

wre, 14/2/08.
M

Estudios de caso en el comportamiento de la salud bucal en canelones, Uruguay

Las percepciones maternas y del niño y el comportamiento que afecta la salud bucal
del niño

PREPARADO POR:

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS)

El 3 de Setiembre de 2007

Por: Rainy Dawn Warf

PROYECTO FINAL POR UNA MAJESTRIA EN SALUD PUBLICA

LA UNIVERSITY DE ARIZONA MEL AND ENID ZUCHERMAN COLLEGE OF PUBLIC HEALTH

Estudios de caso en el comportamiento de la salud bucal en Canelones, Uruguay

Las percepciones maternas y del niño y el comportamiento que afecta la salud bucal del niño

OBJETIVO: ESTE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN INFORMA UN DOBLE ESTUDIO QUE EXAMINA EL COMPORTAMIENTO DE SALUD Y LA PERCEPCIÓN QUE ESTÁ RELACIONADA CON LA PREVENCIÓN Y LA GESTIÓN DE LAS ENFERMEDADES BUCALES EN NIÑOS, DE LAS PERSPECTIVAS DE LAS MADRES Y LOS NIÑOS QUE VIVEN EN LA REGIÓN DE CANELONES.

ANTECEDENTES: LA CARIE DENTAL ES UNA DE LAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS MÁS PROMINENTE ENTRE LOS NIÑOS. UNA INVESTIGACIÓN CONSIDERABLE HA INFORMADO QUE EL COMPORTAMIENTO SE VINCULA FUERTEMENTE AL RESULTADO DE LAS CARIES. LAS PRÁCTICAS DIETÉTICAS SE DIFERENCIAN MUCHO DE REGIÓN A REGIÓN Y HACE UN ANÁLISIS DE COMPORTAMIENTO EXISTENTE DIFÍCIL DE APLICAR ANCHAMENTE A LOS ÚNICOS AMBIENTES SOCIOCULTURALES. IDENTIFICANDO LOS PATRONES DE COMPORTAMIENTO EN UNA REGIÓN DADA AYUDA A PROVEER UN CONTEXTO POR UN PROGRAMA DE DESARROLLO DE LA PREVENCIÓN DE SALUD BUCAL QUE IDENTIFICA LAS CAUSAS DE RAÍZ DEL COMPORTAMIENTO.

MÉTODOS: UNA MUESTRA DE INTENCION RESUELTA DE 8 MADRES Y 8 NIÑOS EN DOS COMUNIDADES SEMIRURALES EN CANELONES EN URUGUAY FUERON ELEGIDOS. EL MODELO DE COMPORTAMIENTO HUMANO (MCH) SE USÓ PARA GUIAR EL MARCO METODOLÓGICO DEL DISEÑO DE LA ENCUESTA. LA INVESTIGACIÓN INTENTABA EXPLORAR LAS PERCEPCIONES DE AUTOEFICACIA EN CUANTO A LA PREVENCIÓN DE LOS PROBLEMAS DE SALUD BUCAL EN LOS NIÑOS A TRAVÉS DE UN MARCO INTERPRETATIVO QUE INVOLUCRA MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN CUALITATIVA. LA OBSERVACIÓN DEL PARTICIPANTE Y LAS ENTREVISTAS SEMIESTRUCTURADAS EN PROFUNDIDAD FUERON LOS INSTRUMENTOS USADOS PARA RECOPIRAR LOS DATOS.

HALLAZGOS: BASADO EN EL ANÁLISIS DEL MCH, MIENTRAS QUE LOS INDIVIDUALES PERCIBÍAN MUCHOS BENEFICIOS DE LA PREVENCIÓN DE CARIES DENTALES, ELLOS ENCONTRARON AL CONTRARIO QUE NO ES MUY GRAVE, A MENUDO SIN INCONVENIENTES PARA LOS QUE YA LO TENÍAN Y MUCHOS SENTÍAN QUE ERA NORMAL COMO LA MAYORÍA DE LA GENTE QUE CONOCÍAN ERA AFECTADA POR LA CONDICIÓN, ADEMÁS LOS INDIVIDUALES ENCONTRARON DIFÍCIL PREVENIRLO CON MUCHOS OBSTÁCULOS TALES COMO LA DISPONIBILIDAD DE DULCES PARA CONSUMIR. ESTO RESULTÓ EN UN INDIVIDUAL CON AUTOEFICACIA BAJA RELACIONADA A LA PREVENCIÓN. LOS FACTORES TALES COMO LA CARENCIA DE ENTENDIMIENTO RELACIONADO A LOS EFECTOS DEL CONSUMO DE CARBOHIDRATOS Y LOS FACTORES MOTIVANTES PARA LA PREVENCIÓN TALES COMO EL MIEDO DE UNA APARIENCIA A LARGO PLAZO RELACIONADA CON LAS CARIES DENTALES SON FACTORES QUE PODRÍAN SER DESTACADOS POR LAS INTERVENCIONES DEL CAMBIO DE COMPORTAMIENTO.

Antecedentes

Las percepciones, las normas y el comportamiento no sólo tienen una influencia en la toma de decisiones, las cuales pueden afectar la salud de uno, sino también pueden afectar el último éxito de la intervención de la promoción de salud. Mejorándose nuestro entendimiento de patrones de comportamiento y normas percibidas, los programas de educación de salud se pueden proveer con un contexto en el cual se desarrolla una intervención. De este modo, los programas pueden marcar las causas de raíz con un resultado final de crear un impacto sostenible. Los estudios de caso son una manera de proveer un contexto cualitativo de comportamiento social por comportamiento individual común, que impactaría anchamente los resultados de la salud. También tienen éxito en investigar las actitudes y las percepciones que guían la toma de decisiones.

Un doble estudio cualitativo fue desarrollado para entender mejor las percepciones maternas, del niño y los factores motivantes que son relacionados a qué tan bien las familias sentían que podría actuar y prevenir los problemas de salud bucal en sus niños. Tanto como para identificar las creencias de salud individuales que impactan la nutrición y el comportamiento de higiene bucal que al final influyen en la susceptibilidad a la enfermedad multifactorial de las caries dentales de la infancia. La intención de estos estudios era para entender mejor los obstáculos y los factores motivantes en el área de las actividades de prevención para salud bucal. Estos estudios proveen un contexto para los programas de salud bucal de Canelones y se usan como instrumento para informar planes para programas futuros y el desarrollo en esta área.

Esta investigación apoya a las iniciativas piloto de salud bucal que actualmente están en proceso en el Departamento de Canelones. Estas fueron desarrolladas en colaboración con el Ministerio de Salud Pública, el Consejo Municipal de Canelones y con la ayuda de la Organización Panamericana de la Salud. Uno de estos programas pilotos es una intervención piloto desarrollada para proveer servicios de reconstrucción bucal a niños de bajos recursos. El programa usa un procedimiento nuevo, el cual se refiere a la técnica ART (un tratamiento reconstituyente traumático). Este se cumplió en escuelas de bajos recursos en la provincia semirural de Canelones. Esta técnica minimiza la invasividad para ambos, el paciente y al diente de procedimientos tradicionales de restauración dental. Esta técnica tiene el beneficio adicionado que es un procedimiento de baja tecnología y se puede hacer en un ambiente escolar con muchos estudiantes a la vez.

Al avanzar con este programa, éste probablemente fortalecería sus actividades de prevención y expandiría el componente de su programa. Estos estudios ayudarán a identificar los asuntos que pueden influir en la toma de decisiones que está relacionada con los patrones del consumo de alimentos y la higiene bucal, los dos factores que al final afectarán los resultados de la salud bucal de los niños en estas comunidades. Los patrones de comportamiento se pueden marcar directamente con las estrategias de prevención que indican las causas de raíz de este comportamiento identificado en esta investigación.

Metodología

Marco Teórico

Una versión revisada del MCS se usa como una base para esta investigación. El Modelo de creencias de la salud mostraba tener la utilidad por predecir el comportamiento de un adulto. (1) Se usa comúnmente como un instrumento predictivo en la investigación programada de educación sanitaria. El MCS fue desarrollado en los años 50 en un esfuerzo por explicar el fracaso de la gente para participar en comportamientos de salud preventivos tales

como programas de rastreo e inmunización. (2), (3) Es importante declarar que este modelo se usa ante todo en los Estados Unidos y así no hay investigación considerable que muestra su éxito predictivo en Uruguay.

El Modelo de creencias de la salud, el cual tiene sus orígenes en la teoría psicosocial, propone que, generalmente, el comportamiento depende de cuánto el individuo valore una meta en particular y su juicio personal de que una acción en particular alcanzará esa meta. Si la meta es evitar un problema de salud, el individuo tiene que sentirse personalmente vulnerable (la susceptibilidad percibida) a un problema que está juzgado ser potencialmente grave (la gravedad percibida), y tiene que estimar que la acción específica será beneficiosa en reducir la amenaza de la salud (el beneficio percibido) e involucrar superar los obstáculos (los obstáculos percibidos). (4)

Es importante considerar cuando aplica el Modelo de creencias de la salud a niños que sus percepciones y comportamiento a menudo son dictados por las creencias de salud del principal cuidador. (5) Por esa razón, las madres eran incluidas en la población entrevistada. Se hizo esto para facilitar un entendimiento más ancho de los puntos de vista de los niños y la gente que los influye. Tanto como proveer perspicacia adicionada al comportamiento materno que influye directamente la salud bucal del niño. El centro de Modelo de creencias de la salud guiaba el desarrollo de este doble estudio.

El Modelo de creencias de la salud se ve en términos de cuatro estructuras que representan las amenazas percibidas y los beneficios ganados y cómo eso afecta la autoeficacia o la confianza en la habilidad para exitosamente llevar a cabo una acción:

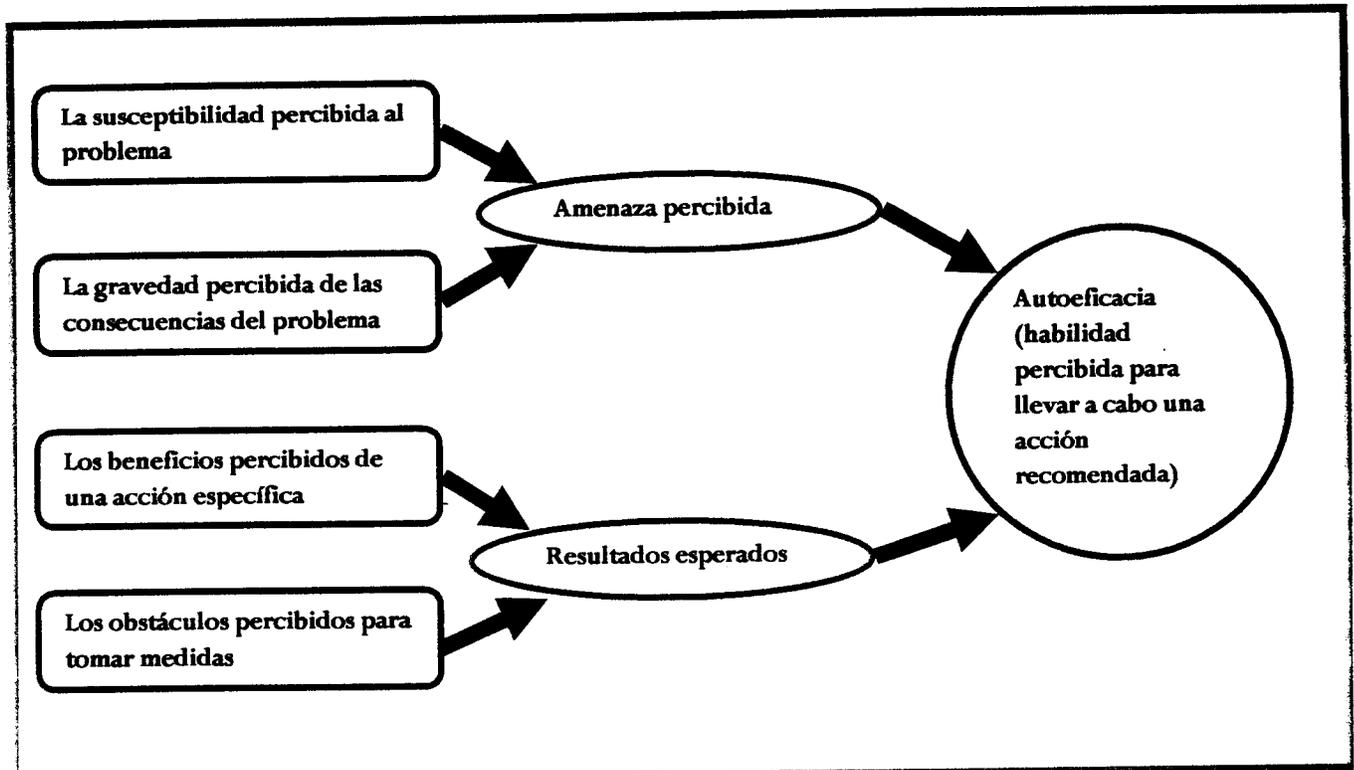


FIGURA 1 EL MODELO DE CREENCIAS DE LA SALUD (MCS) FLUJO DE LÓGICA

Selección del sitio

Un diseño de estudio múltiple combinado fue utilizado (6), (7), (8). La investigación intentó entender las percepciones y el comportamiento que influyen la etiología causal múltiple de las caries dentales tanto como la



autoeficacia de la familia en prevenir el desarrollo de caries. La enfermedad dental es la enfermedad más común que afecta a los humanos y muchos estudios se muestran sin proporción que es más extendida en las comunidades de un status socioeconómico más bajo (SES). (9) Los ingresos forman distintamente el desarrollo de las caries. El desarrollo de caries esta más altamente vinculado con los ingresos que con el simple conocimiento o el comportamiento. Los factores adicionales tales como el acceso a alimentación y atención dental

también son afectados ganando poder y así sería diferente en una comunidad que genera un ingreso más alto. Estos



factores no están relacionados con las percepciones en la escogencia del comportamiento individual, así los ingresos son un factor que confundió en entender los patrones de comportamiento en estas dos comunidades. Por esa razón sólo los individuos de bajos recursos fueron entrevistados en ambas comunidades a pesar de las diferencias totales en el ingreso de la comunidad.

Dos sitios de estudio fueron elegidos por un examen profundo de estas variables; ambas comunidades estaban ubicadas en el Departamento de Canelones en Uruguay. La primera comunidad, la comunidad de San Bautista se percibe por muchos dentro de la comunidad y su alrededor es una comunidad modelo por su status socioeconómico medio. Esta comunidad fue elegida en primer lugar por la facilidad de investigación, como es actualmente el hogar al facilitador de programas de salud bucal. La perspicacia de la comunidad y las conexiones personales facilitaban la aceptación del entrevistador por los miembros de la comunidad. Además, hay un gran interés por los miembros de la comunidad en desarrollar las iniciativas de la salud bucal para mejorar el comportamiento nutricional y la higiene oral en la escuela. Así, el conocimiento que han ganado en este estudio podría ser aplicado directamente al desarrollo de un programa futuro.

La otra comunidad que fue elegida es la comunidad de Suárez. Esta comunidad fue nombrada por muchos fuera de la población por tener uno de los status socioeconómicos más bajo en el Departamento de Canelones. Además, la escuela primaria se designaba de "contexto crítico" por el distrito de la escuela. Esta designación indicaba las tazas de repeticiones de niveles altos y notas académicas bajas. Esta percepción de penuria socioeconómica no era compartida por el alcalde del pueblo u otros que se dedicaban de buena gana a un procedimiento informal de entrevista por los propósitos de desarrollo contextuales.

El reclutamiento de participante

La intención era reclutar muestras de participantes iguales de madres y niños. El número enfocado era 10 por cada población en cada comunidad. En un esfuerzo por estrechar el estudio a los individuos con un SES bajo en ambas comunidades fueron elegidos. Un criterio fue desarrollado identificando la gente con un SES bajo sin pedir información personal. No todos los individuos que entrevistaron al principio eran incluidos en el análisis, así como el criterio fue desarrollado, los contactos fueron formados y la información contextual fue obtenida.

| Criterio para la inclusión basado en el SES | |
|--|---|
| LOS PARTICIPANTES SE INCLUYERON POR UNA ENTREVISTA Y UN ANÁLISIS SI SATISFACÍAN UNO DE LOS SIGUIENTES CRITERIOS | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Recibe ayuda pública • Recibe canastas de comida urgentemente • Vivía en residencias construida con ayuda del gobierno (MEVIR) | <ul style="list-style-type: none"> • Participaba en un programa gratis después de la escuela • Los maestros identificaban a los niños que tenían padres que no tenían trabajo o tenían trabajos ligeros |

FIGURA 2 CRITERIO DE INCLUSIÓN

LAS MADRES

Las madres fueron reclutadas por un método de "bola de nieve". Esto permitía que los entrevistados iniciales identificaran contactos que eran de la misma demográfica socioeconómica. Un permiso de Suárez fue recogido por el



alcalde para entrevistar a las mujeres que trabajaban por la asistencia del gobierno, el cual es un programa que proporciona asistencia de dinero y alimentación a cambio de trabajo cotidiano en la comunidad. Estas mujeres



también vivían en residencias públicas. El alcalde permitía que las entrevistaran durante las horas de operación lo cual facilitaba su participación, pero ordenaba un ambiente de grupo focal. En San Bautista las mujeres fueron contactadas directamente por las residencias públicas y las entrevistas tenían lugar en su ambiente de hogar. Las mujeres firmaban su permiso el cual fue ordenado de estas madres identificadas, y luego eran entrevistadas y les pidieron que identificaran a otras madres que conocían que serían candidatas

apropiadas para entrevistar. Muchas madres inicialmente fueron entrevistadas como un instrumento por la entrevista y un criterio bajo de SES estaba en las etapas de desarrollo, durante la etapa de observación de participante de la investigación. Estas madres no satisfacían el último criterio y no fueron incluidas en la etapa de análisis de datos, y sólo fueron usadas por los propósitos de diseño instrumental y de prueba. Todas las madres que fueron incluidas en el análisis estaban recibiendo asistencia pública o viviendo en residencias públicas con muchas que satisfacían ambos criterios. Al final, las entrevistas incluyeron 2 grupos focales de 6 madres cada uno de Suárez y 8 entrevistas individuales en San Bautista. Las estadísticas de resumen no son citadas por las madres debido a las diferencias en el grupo focal versus las entrevistadas individuales.

LOS NIÑOS

Los niños de quinto y sexto fueron reclutados a través de la escuela en que asistían, con la ayuda de los maestros y la administración. En San Bautista, los niños fueron reclutados a base de su asistencia de un programa gratis después de la escuela. Se enfocaron en los informes de sus maestros que sus padres estaban sin empleo o eran empleados ligeramente. Para mejorar la precisión de estos informes de segunda mano, les pidieron a los niños cuántas personas en su familia trabajaban fuera de la casa. Todos los niños que fueron entrevistados auto identificados como tener padres que no tenían empleo, trabajaban en empleos esporádicos o eran empleados por el programa de asistencia del gobierno como trabajadores del día. El número final de participantes que eran reclutados incluyó 9 niños de Suárez y 10 de San Bautista. Seis niños de sexto fueron entrevistados también en parejas durante las etapas tempranas de investigación pero no fueron incluidos en la etapa de análisis de datos a causa de la edad y las diferencias en el instrumento de entrevista que fue usado durante estas etapas tempranas.

Instrumentación

Observación participante

La observación participante fue usada en las etapas tempranas de la colección de datos. Esto implicaba pasar tiempo con los miembros de la comunidad y pasar tiempo en ambas escuelas observando las meriendas y el recreo. Las conversaciones durante este tiempo estaban entre ambos estudiantes y maestros sobre el tema de los patrones del consumo de alimentos y las percepciones de la salud bucal. Además, las conversaciones informales con los maestros, los directores, los administradores de la escuela y los dentistas locales proveen contexto por la fase de entrevistas de la investigación. Patton (1990) dice que, "Para entender las complejidades de muchas situaciones, la participación directa en y la observación del fenómeno de interés es el mejor método de investigación". (10) Por esta razón la observación de participante fue usada para, "desarrollar el punto de vista de una persona de adentro de lo que está pasando." (10) Esto fue especialmente crucial como el investigador primario era extranjero y no era directamente familiar con la población que estaba siendo estudiado. La observación de participante fue analizada directamente por el contenido en el análisis final pero fue usado para proveer un contexto y evaluar la coherencia de las entrevistas. Se proveía lo que Patton describe como "una vista integral de una cultura total o una subcultura" (10), en este estudio, dos comunidades en el departamento de Canelones. Se mantenía un archivo de campo en el cual se registraban observaciones verbales de las respuestas de los participantes. Además, el tono de la entrevista tanto como la observación propia del entrevistador de la autenticidad de las respuestas basada a los consejos no verbales que fueron documentados. La etapa de observación de participante de esta investigación no estaba directamente analizada sino utilizada por un marco contextual en ambos, el desarrollo de la entrevista y el análisis de los datos.

Diseño de instrumento

La naturaleza cualitativa de este doble estudio requería que los conceptos centrales retenidos en el MCS fuera una entrevista de preguntas abiertas. Esta adaptación cambia el rigor cuantitativo que a menudo está asociado con el MCS. Sin embargo esta revisión cualitativa permite un contexto más ancho para entender cómo los individuos perciben estos conceptos en su vida cotidiana. Se adaptó este enfoque para "describir" y "entender" las creencias de salud de los participantes del estudio, y sus puntos de vista relacionados con la salud bucal del niño. Muchas de estas amplias conexiones podrían estar perdidas en la cuantificación. El MCS fue usado para guiar el desarrollo del contenido de la encuesta. La encuesta constó de 38 preguntas en tres categorías.

- Las percepciones del comportamiento nutricional del niño
- Las percepciones de la higiene oral del niño
- Las amenazas percibidas y los beneficios para tener éxito en la salud bucal (autoeficacia)

La encuesta constó de las preguntas principales en un formato de preguntas abiertas. Este diseño fue creado para facilitar un método de recolección de datos conversacionales en el ambiente del individuo.

El marco de la guía de la entrevista fue construida por los asuntos que surgieran de la observación de participante y la literatura pertinente. Incluye preguntas tales como "¿Siente que es posible impedir las caries dentales del niño? Y "¿Qué factores influyen su decisión sobre los tipos de alimentos que usted proporciona a su hijo?"

Entrevistas

Se uso una técnica de entrevista semiestructurada en la cual el entrevistador usaba un número específico de preguntas importantes, cada pregunta relacionada con los tres temas principales de interés (nutrición, higiene oral y autoeficacia.) Estas preguntas eran meramente una base para más exploración, como el entrevistador estaba libre de investigar más allá de las respuestas inmediatas de los demandados (11). Las preguntas o los asuntos formaban un marco iterativo de lo cual el investigador desarrollaba preguntas adicionales para ganar más información del demandado.

Estas entrevistas semi estructuradas en profundidad, cada una duró entre 30 y 45 minutos (12) esto permitía que los participantes contestaran en sus propias condiciones, pero ya obtenida una estructura para comparar entre entrevistas. Más bien que dependían en la memoria de los participantes de eventos específicos, preguntas abiertas que han ayudado a los participantes que reconstruyen sus experiencias anteriores fueron preguntadas (13). Esto incluyó preguntar a los niños para recordar que desayunaron ayer. De este modo, una memoria específica del consumo de alimento fue obtenido para evitar generalizaciones anchas que de lo contrario sugieran de otras preguntas que son relacionadas a la práctica general. Además, las versiones de la misma pregunta fueron hechas de modos diferentes. Esto fue hecho para intentar conseguir la respuesta que estaba más cerca del comportamiento real. Hay una gran asociación de los sentimientos de los padres de culpabilidad de la salud bucal de su niño. Es difícil alcanzar la honestidad de una respuesta que esta relacionada con la higiene oral de un niño. Por esta razón los padres y los niños se les pregunto "¿cuántas veces a un niño se le olvida cepillar los dientes por semana" siguiendo una pregunta inicial de "¿cuántas veces por día el niño se cepilla los dientes?", una revisión de la declaración. Estas respuestas revisadas reflejan más precisamente el comportamiento real.

El entrevistador se quedaba neutro durante todo y para mantener una buena comunicación, el entrevistador usaba "señales del cuerpo de rastreo verbal tales como hacer un gesto con la cabeza y con palabras de agradecimiento, apoyo y alabanza que ayudaba que los participantes sintieran que la información de la entrevista era importante (13). Además, las preguntas principales que influían en la dirección de la entrevista para obtener las respuestas ideales eran evitadas (13).

Todos los participantes que fueron entrevistados firmaron formas de consentimiento y estaban asegurados de anonimato en el análisis y el uso de los datos coleccionados. Las entrevistas fueron grabadas digitalmente y transcritas textualmente.

Análisis de datos

Las técnicas de análisis de contenido fueron usadas para analizar los datos que eran generados por las entrevistas. El análisis de contenido es una técnica usada para aclarar significados compartidos entre individuos (10). El enfoque de este informe es la autoeficacia y las percepciones de los niños relacionadas a su propia salud bucal. Por esta razón, las entrevistas de los niños eran el enfoque del análisis de contenido sistemático. A causa de las diferencias en el tipo de datos, las entrevistas maternas fueron analizadas como una sola unidad por temas anchos y usados solamente como contexto por los temas generados por los niños. Diferencias obvias en los temas fueron informadas entre los niños y las madres.

Análisis de contenido

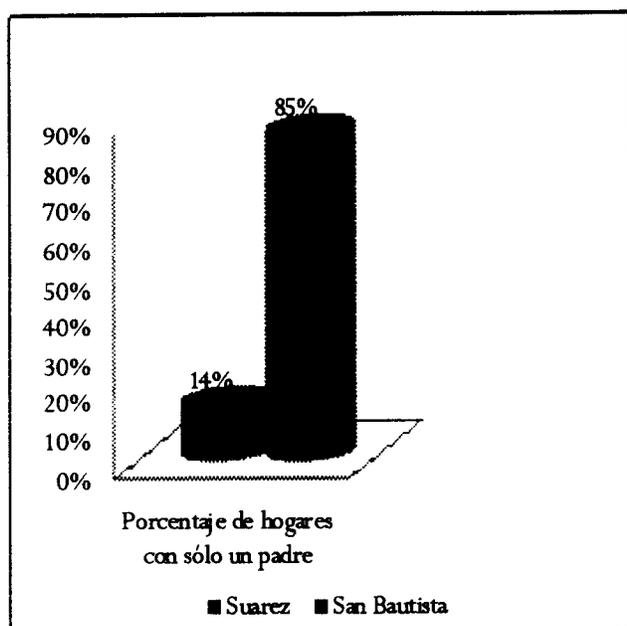
- 1) Un análisis de primer nivel de los datos involucrados escuchando las grabaciones de audio y preparando una transcripción del contenido de cada entrevista
- 2) Las preguntas fueron agrupadas basadas en su relación a:
 - a. al MCH
 - b. las percepciones de higiene oral
 - c. las percepciones de nutrición
- 3) Un análisis de contenido produjo subtemas relacionados a estas categorías
 - a. Y las citas cualitativas fueron usadas para ejemplificar cada categoría de respuestas
- 4) los temas que fueron compilados entre grupos

Los temas comunes se identificaron entre los dos estudios. Aunque las comunidades no fueran destinadas a ser comparadas directamente, como variables en confundir tales como el status socioeconómico hacia esto problemático, la única diferencia entra las comunidades, las madres, los niños y otros que eran relacionados al SES fueron anotados.

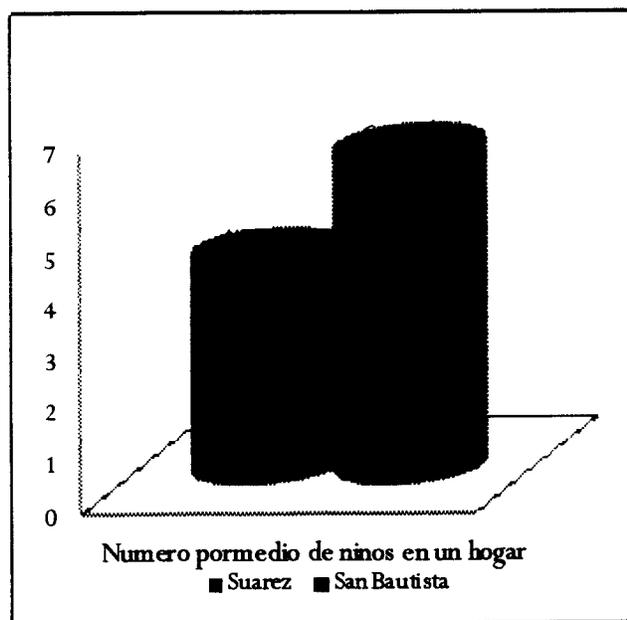
Hallazgos

Este estudio al final apoya el conocimiento existente de los determinantes sociales de la *salud bucal*, examinando cómo las creencias de la *salud*, autoeficacia en particular, relaciona los resultados dentales y las prácticas de los niños. Otros estudios han examinado estos asuntos en otros ambientes culturales y percepciones encontrados de autoeficacia de uno y las nociones de fatalismo, compilado con el estrés de ser padre y la disponibilidad del apoyo social para ser

vaticinadores de la frecuencia del niño de cepillarse los dientes y la condición de Caries de Infancia Temprana (ECC). (9) Esta investigación provee un fondo por este doble estudio.



La pobreza es un factor importante en el desarrollo de los problemas de salud bucal en los niños. Muchos estudios han documentado el vínculo directo entre el status económico y su relación con la salud bucal. En ambas comunidades, familias de bajos ingresos fueron probadas a propósito. Como las familias de bajos recursos son el riesgo más grande, es importante enfocarse especialmente en programas directamente relacionados a sus necesidades. Debido a las diferencias en el conjunto de cada comunidad la demografía de estas familias diferencian. En San Bautista las familias de bajos probadas no representaban la familia promedio. Fue observado por el investigador que estas familias tenían una tendencia de estar bajo un estrés social y financiera más grande a causa de los factores relacionados al tamaño de la familia y el padre soltero del hogar. Una mayoría (85%) de los niños que fueron entrevistados eran de un hogar de un padre. Además el número de niños en una familia dada era más grande sin un niño que informó tener menos de 3 hermanos. Muchos de los niños han informado tener un padre debido a la muerte de una enfermedad del otro, dejando muchos con sólo un padre a cargo del hogar a lo largo de los hermanos mayores.



Al contrario, Suárez, el cual se identificaba como ser una comunidad de ingresos bajos, tenía un número más bajo de hogares de un solo padre y menos números promedios de niños en el hogar. Se informó

en la fase de observación de participante de la investigación que Suárez tenía una población más grande de individuos los cuales emigraban de más partes rurales del país. Fue descrito por muchos como una "comunidad de habitación" y

muchos individuos han llegado ahí para estar más cerca de Montevideo para mientras mantener un costo de vida bajo. La realidad de la habilidad del individuo para obtener empleo se informó ser limitado. Las estadísticas descriptivas por esta comunidad son ilustrativas que la pobreza en esta comunidad es más expandida anchamente y atribuible a las circunstancias ambientales más grandes. Las familias entrevistadas eran más representativas de la población en total como la pobreza en esta comunidad no apareció circunstancialmente del individuo más bien un resultado de origen eco político más ancho tales como desempleo e inmigración. Debido a los asuntos de inmigración que son enfrentados por Suárez muchas madres dijeron que había una carencia de apoyo familiar en total y dificultades en regular el comportamiento de su niño a causa de la carencia percibida del tiempo y apoyo familiar. Muchos dijeron que tenían poco o ninguna familia extendida en el área. Es importante entender que este muestreo diferencial de cada comunidad debido a las diferencias en las demográficas de la comunidad era una variable considerable para confundir.

El marco del Modelo de comportamiento humano

Susceptibilidad percibida

Los demandados en esta categoría previo comúnmente declaraciones relacionadas a su percepción que las caries eran teóricamente posibles de evitar. También cumplen los requisitos con respuestas que ilustran la carencia de autoeficacia en prevención basada en su propio comportamiento. La razón principal por esta dificultad en prevención era el reconocimiento que era demasiado difícil evitar comer dulces a pesar del conocimiento que esto fue la causa si "la causa" de caries. Solamente 3 niños sentían que era fácil evitar las caries y todos los 3 de estos niños dijeron exitosamente que evitaban las caries dentales, uno de estos niños dijo que no le gustaban los dulces como los otros niños. Era esta evitación exitosa que supuestamente creó esta única percepción de la autoeficacia relacionada a la prevención. Otros niños que informaron que tener caries en el pasado, dijeron que intentaban cambiar su comportamiento de alimentos relacionado al consumo de dulces y así esperaba que hubiera tenido éxito en el futuro.

ES POSIBLE EVITAR

Estos niños que sentían que fuera posible evitar las caries dentales a menudo proveían respuestas que identificaban las acciones necesarias para alcanzar exitosamente la prevención.

"Lavándote los dientes y no comer caramelos"

"porque ahora estoy comiendo menos dulces que antes"

Esta percepción indicaba que su comportamiento estaba dentro de su control y con este cambio de comportamiento, podrían evitar las caries. Un niño más directamente expresó su percepción que tenía éxito en su esfuerzo de comer menos dulces.

"es difícil pero se controlarme igual."

ES DIFÍCIL EVITAR

Más demandados hicieron declaraciones en esta categoría, algunas declaraciones reflejaban la percepción del individuo de la inevitabilidad de las caries basadas en la prevalencia percibida de la enfermedad.

"todo el mundo tiene caries, y evitarlas son como... yo nunca tuve caries y empecé el año pasado, en el 2004 empecé con caries y todavía las tengo y las estoy curando."

La mayoría de los individuales sentía que fuera posible evitar las caries con el cambio de comportamiento pero este cambio de comportamiento era difícil alcanzar. Estas declaraciones revolvían alrededor de la habilidad percibida del individuo al dejar de comer dulces. Este era el factor principal que los individuos sentían que las caries fueran difíciles de evitar si no imposibles.

"Digo que no lo como mas pero lo sigo comiendo, igual lo como"

"En los niños no, porque los niños comen mucho caramelos... para ningún niño del mundo es posible, porque todos los niños alguna vez comemos caramelos."

La gravedad percibida

NO MUY GRAVE

La mayoría de los individuos percibían gravedad al ser relativamente baja, esta percepción era razonada en declaraciones hechas que reflejaban la carencia de preocupación por este problema.

Cuando se le preguntó al estudiante si se sentía preocupado por los dulces que disfrutaba haciéndole daño a sus dientes dijo que

"no porque me hace mal a la boca no más"

Este individuo parece pensar que porque esto no era una situación que amenaza la vida no era demasiado de una preocupación por ella.

Otras percepciones que giraban alrededor de la noción de ir al dentista era una forma de arreglar el problema,

"...Porque he ido a lo de Alicia y me ha curado, y cuando me duele la muela tomo medicamentos o voy a un curandero que vive cerca de mi casa, que agarra y me cura el dolor por unos meses no me duele."

"si, la dentista que vino a la escuela ya me las saco las caries...me puso una pasta para cubrir las caries"

5 niños sentían que las caries dentales era un problema muy grave, estos mismos niños dijeron que sufrían dolor, la extracción del diente o el descoloramiento físico de la enfermedad. Muchos niños informaban tener caries y tener sus dientes empastados periódicamente pero no han tenido la experiencia de gran sufrimiento de esto.

Beneficios percibidos

Los temas comunes que son identificados que estan relacionados con los beneficios de prevención que incluyeron factores motivantes para la prevención. Los beneficios principales están relacionados principalmente para evitar los resultados negativos posibles de las caries dentales. Los niños expresaron un miedo real relacionado a estos resultados negativos posibles y expresaron este miedo como un factor motivante por el cambio de comportamiento relacionado al incremento de cepillarse los dientes y la disminución del consumo de dulces.

PREOCUPACIÓN SOBRE LA APARIENCIA

Un tema común que causa la preocupación de la apariencia física como un factor motivante para cepillarse los dientes.

"A mi me gusta hacerlo porque si no se te ponen feos los dientes"

"Me lo ha sellado la dentista, porque no me gusta tener los dientes feos"

"...por la tema de las caries y eso. Después la boca fea no queda lindo"

"es feo tener la boca toda con caries..."

Un niño explicó esta vergüenza no viene de miedo sino de experiencia personal con daño de caries a sus incisivos.

"porque cada vez que tengo caries me da vergüenza...cuando por ejemplo yo voy a hablar y sonrío y no me gusta que me vean las caries."

SOBRE EL DOLOR O PÉRDIDA DE LOS DIENTES *** CONCERN ABOUT PAIN OR LOSS OF TEETH ***

Preocupación sobre el dolor o la pérdida de dientes

Algunos niños expresaron el dolor de las caries y el perdido de dientes como factores motivantes. Otros niños simplemente expresaron el miedo de tal dolor y pérdida de dientes los cuales han visto en otros.

"Porque si caries no te duelen las muelas y los dientes ni nada"

"Porque después con las caries, se te caen las dientes, te las tienen que sacar y después cuando tenés permanente y te las sacan no las podés recuperar. Ya no podés masticar"

"No me gusta que se me caigan los dientes y todo"

"...después cuando tengo que ir al dentista me duele cuando me escarban las muelas por las caries."

BUEN SENTIMIENTO EN LA BOCA

Un informe común relacionado al factor motivante para cepillarse los dientes en los niños que lo dijeron como una experiencia agradable, era el sentimiento que les daba de limpieza. Esto pareció ser independiente del miedo del desarrollo de caries.

"me siento como que estoy mejor con los dientes limpios, como que me siento mejor en el día. Yo me tomo todo el tiempo, a veces me apuro y digo ya va...me tomo mi tiempo."

Obstáculos percibidos

AUTOCONTROL

El obstáculo principal para los niños era su habilidad para controlar su consumo de dulces y proveer frecuencia en sí para cepillarse los dientes.

Los padres expresaron obstáculos más complejos y más diversos.

OBSTÁCULOS ECONÓMICOS

La economía y su carga resultante sobre la carencia de empleos bien pagados de los individuos era frecuentemente citado por las madres como un obstáculo en la prevención de las caries. Esto está relacionado con los factores alrededor del dinero por tratamiento disponible, y el dinero por selecciones de alimentos nutricionales. Es importante tener en cuenta que estas eran las percepciones de las madres y eran expresadas dentro de la gran variación de los patrones de consumo informados y las prácticas. Las opciones de comprar alimentos cambió mucho entre las madres que dijeron que el dinero era obstáculo.

OBSTÁCULOS RELACIONADOS CON EL TIEMPO

Las madres informaron la falta de tiempo para dividir entre el trabajo y sus niños como un obstáculo en la prevención de las caries. Esta preocupación estaba relacionada con la dificultad de confirmar o vigilar las prácticas de higiene oral tanto como el tiempo limitado dedicado a la preparación de la comida y la vigilancia del consumo de meriendas.

LA INFLUENCIA Y EL CONTROL RELACIONADOS A LOS OBSTÁCULOS

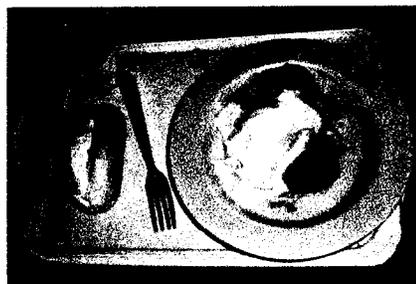
Las madres repetidamente informaron una carencia de autoeficacia relacionada a su habilidad para influir en la toma de decisiones de sus niños y en la compra de dulces. Sentían que sus niños fueron inclinados a comprar dulces a pesar de su propio comportamiento. Estas mismas madres reconocían proporcionar dinero para la compra de dulces.

EL AMBIENTE RELACIONADO A LOS OBSTÁCULOS

El ambiente relacionado a los obstáculos incluyó las percepciones que los dulces viene de muchas fuentes del ambiente que lo hace una tentación difícil para que los niños eviten los dulces y es difícil controlar para los padres.

Las percepciones del comportamiento nutricional del niño

Las madres y los niños se preguntaron de sus prácticas nutricionales a través del uso de retiro dietético y las preguntas relacionadas a las percepciones de estos patrones dietéticos. El análisis del contenido de las entrevistas transcritas producía temas generales, que cuando se compara a la literatura disponible podría ser usada para interpretar acciones futuras.



Carbohidratos

Los carbohidratos se informaron como un componente fuerte de los dietas de los niños. El desayuno sin excepción informó incluir un carbohidrato refinado. Esto incluyó tales cosas como *biscoche*, *pan con dulce*, *alfajor* o *galletitas*. La "Merienda" también fue dicho frecuentemente incluir si no sea limitado al carbohidrato. Esta parte especialmente relevante de estos informes es que las madres se referían a esto como un mejoramiento sobre otros tipos de meriendas. Esto se refleja en la cita debajo cuando una madre se refiere a su creencia que su hijo estaba comiendo mejor cuando provee la merienda para su hijo.

"Cuando merienda en la escuela por lo general yo le doy... a veces alfajor o biscoche. No le doy dinero por que se que si le daba se compraría de todo... Entonces no compra allá cosas."

Esta cita de la madre representa los sentimientos expresados por otras madres, que los carbohidratos no eran un problema para la salud bucal. Aunque ningunas declaraciones se hicieron directamente al papel de los carbohidratos en las caries dentales, las madres repetidamente elegían sustituir los dulces por dulces hechos en casa de un origen de carbohidrato.



Además la pasta fue informada por las madres como un medio barato de llenar el estómago del niño.

Cuando los padres y niños se hicieron preguntas relacionadas a la causa de las caries dentales, los carbohidratos no se mencionaron. Un niño identificó un alfajor pero sentía que era un componente de azúcar que era una preocupación. Un ejemplo de esta discrepancia se ve en la respuesta de un niño a una pregunta en cuanto a si lo que está comiendo pueda afectar su salud bucal.

"Comida no, pero golosinas si, por ejemplo un alfajor cada día en la merienda me parece que es mucho, trato de comer muchas cosas saladas, los alfajores pueden llegar a hacer daño."

Otros comentarios hechos por los niños indicaban que estaban siguiendo los deseos de sus padres que compran alimentos que llenarían su estómago.

"Dice que no llenan las pastillas que compré alfajores o papitas"

Esto indica claramente la distancia en conocimiento que está relacionada al consumo de carbohidratos y a su afecto en el desarrollo de caries. La percepción que las cosas saladas no son una preocupación que era normal en ambas comunidades. La literatura muestra claramente que los carbohidratos son un recurso crucial de alimento por las bacterias de *S. Mutans* que son responsables de las caries.

Calcio en el consumo de leche

Las madres identificaron claramente que el calcio recibido por el consumo de productos lácteos es una prioridad comprarlos y proporcionarlos a sus niños. La carencia de calcio también era mencionada frecuentemente por las madres como una causa de las caries dentales, así el gran énfasis se ponía en proveer calcio para sus niños.

El costo de los productos lácteos era a menudo un obstáculo para comprarlos. La leche era la única excepción como era una prioridad con el pan más allá de otros productos.

"Es cara si, pero la leche hay que comprarla. Al igual que el pan, son necesarios."

El queso y el yogurt se expresaron frecuentemente ser demasiados caros para comprar y no se informaron frecuentemente como parte de los patrones regulares de consumo.

A pesar de que las madres exigieran claramente comprar leche, no todos los niños informaron tomarla en niveles adecuados. En las dos comunidades 70% de los demandados informaron tomar leche por lo menos una vez por día, solamente 50% informaron que toman leche dos veces por día y nadie informó que tomara la leche más de dos veces por día. Pocos informes del consumo de queso y yogurt fueron informados. Cuando se preguntaron si tomaban leche y la frecuencia, una respuesta negativa común del consumo de leche era:

"a veces si, a veces no" o "más o menos me gusta"

La importancia de calcio adecuado como un factor protegido para el desarrollo de las caries ha sido bien documentado. Como el progresivo A disminuye en la genicidad de caries, se observaba que hasta las dietas altas en sacarosa, el incremento en el calcio y fosfato disponibles. (14) Aunque solo no define el riesgo de las caries, es una parte importante de la red de riesgos que define el desarrollo de caries. Además, para satisfacer las necesidades básicas del calcio, la leche muestra cada vez más tener proteínas bioactivas que impiden bacterias cariogénicas y que forman placa (14).

Basado en la información que proveían por un panel de expertos arreglados por el Instituto Nacional de la Salud en los EE.UU. las recomendaciones para el consumo de calcio entre 800-1.200 mg/día para los niños hasta de una edad de 10 y aumenta a 1.200-1.500mg/día para adolescentes. (15) Esto es una cantidad grande de calcio necesario. Un estudio muy temprano de niños entre las edades de 3 y 13 encontraron que la conservación óptima de calcio se obtiene con el consumo de un cuarto de galón diariamente de leche. (16) Aunque la recomendación exacta para el consumo de calcio varíe, es claro que las cantidades grandes de calcio son necesarias para apoyar las necesidades crecientes de los dientes y los huesos de los niños. Basado en el pequeño tamaño de la muestra y la naturaleza cualitativa de este informe, la especulación es todo lo que se puede hacer en los niveles exactos de calcio de los niños que fueron entrevistados, sin embargo parece claro que más investigación debe considerar el consumo de calcio dentro de esta población como un riesgo posible en el desarrollo de caries.

Consumo de café

El café se informó tomar de una a dos veces por día por 91% de los niños que eran entrevistados en ambas comunidades. Los que no tomaban café informaron que leche tibia con azúcar o cacao y azúcar. El café en el desayuno es parte de un desayuno uruguayo tradicional y los niños no son excluidos de este consumo. Aunque la mayoría de los niños incluyeran leche en su consumo, muchos niños prefieren café negro con azúcar. Esto es importante como el café con leche en el desayuno y la merienda son los tiempos más frecuentes que se informaron en el consumo de leche. Los que elegían café negro sin leche así estaban eliminando la leche de su dieta. Además, la absorción del calcio se impide por el consumo combinado del recurso primario de calcio de la leche con cafeína. Aunque un repaso de la literatura indica que el café afecta en la absorción del calcio en lo mínimo y sea compensado por el incremento del consumo de calcio de una cantidad pequeña. (18) Por un niño que toma café sin leche, esta deficiencia ya esta debajo de los estándares deseables y así cualquier incremento en deficiencia sería de preocupación.

Además de las implicaciones arriba de esta práctica dietética, la inclusión de azúcar en esta comida con o sin café era una preocupación escondida. Los padres no describían esto como un fondo de azúcar en las dietas de los niños y ningún niño mencionó esto cuando se refería al consumo de dulces que afectara sus dientes.

Bebidas

El uso de la palabra "jugo" para representar una sustancia naranja en polvo mezclado con agua era un tema común. La mayoría de los individuos autoidentificaron el jugo como su bebida principal pero cuando la declaración era calificada con "¿jugo natural? la mayoría de los individuos dijeron "de polvo". Esta identificación de jugo en polvo al ser lingüísticamente igual como jugo natural es importante entender la conceptualización de esta bebida. Era claro que los individuos que contestan a esta pregunta que veían el jugo en polvo como nutricional o igual a la variedad natural. El azúcar de este jugo es substancialmente diferente. Consta de principalmente azúcar y de hecho consta de ningún jugo natural. Las madres y los niños describían esto como un producto frecuente de consumo.

Aunque los obstáculos económicos fueron descritos como factores preventivos en el consumo de gaseosas, eran descritos por todos los niños en cuanto a las preguntas sobre su selección de bebida. Las madres frecuentemente

explicaron su preferencia del consumo de jugo por sus niños sobre la gaseosa pero no distinguieron entre los jugos naturales y en polvo.

Dulces



Los postres fueron informados ser consumidos en muchos hogares pero la mayoría frecuentemente lo informó como frutas. Esta definición de frutas como postre es un recurso cultural importante. Aunque los dulces se comieron durante el desayuno y la merienda, cuando las madres y los niños se preguntaron sobre los postres todas las madres y los niños incluyeron la fruta como un componente principal del postre. Aunque muchos individuos no incluyeron otros postres o simplemente dijeron que la fruta era demasiado cara y por eso no se comieron el postre. Este hallazgo es importante cuando se considera la educación nutricional del consumo de dulces, como la fruta ya ha estado culturalmente definida como postre. Este constructor es un recurso nutricional que podría ser más aprovechado por los propósitos educacionales.

Fluorización

Cuando se pregunta del uso y fuente del flúor, solamente una madre identificó la sal como una fuente posible del flúor. La mayoría de los niños no pudieron identificar qué era el flúor y los que dijeron que venía del dentista de una forma líquida.

Las percepciones de las prácticas de la higiene bucal de los niños



La participación maternal de cepillarse los dientes

Los niños comúnmente dijeron que se les olvida cepillarse los dientes pero nunca se les olvida cuando su madre pidió que se los cepillara. Dijeron que había infrecuencia de la ayuda de cuando la madre los recuerda. Las madres informaron que debido al trabajo y otras limitaciones del tiempo que no siempre pedían a sus niños. También dijeron que sentían que sus niños tenían la edad para hacerlo responsablemente por ellos mismos. Como cepillarse se informaron a aumentar con tal vigilancia es claro que las diferencias existen entre la percepción materna y del niño relacionado con la vigilancia y los consejos relacionados a cepillarse los dientes. Una respuesta común a cómo la influencia materna afectaba el comportamiento era;

"Yo a veces estoy durmiendo y me levanto tarde y me llama para desayunar y lavarme los dientes, sino me acuerdo y me atraso, me dice y lo hago."

La marca de pasta dentífrica afecta el resultado de la salud bucal

Otro tema que esta relacionado con la higiene bucal era una creencia de que la marca de pasta dentífrica que se usaba era pertinente a cómo se podría evitar las caries. Ningunas preguntas relacionadas con este concepto estaban directamente hechas sino muchos demandados indicaron que Colgate era la pasta dentífrica como la selección perfecta para evitar las caries, el aumento asociado en el costo era a menudo valer el dinero si era posible. Un ejemplo de esto se puede ver en la descripción que un niño previo en cuanto a las maneras de que se puede evitar el desarrollo de caries.

"Lavarme los dientes, las muelas, cepillarme bien y usar la mejor pasta, la más cara Colgate...lo más caro es lo más bueno"

Informar la frecuencia de cepillarse los dientes

Los niños dijeron cepillarse los dientes comúnmente después de cada comida, con la mayoría que se lo olvida antes de acostarse o después del desayuno. Aunque se puede suponer que los informes de los niños representan solamente una intención y no comportamiento verdadero que son importantes que observen la creencia del comportamiento

apropiado. Los niños dijeron uniformemente que se cepillaban los dientes de 3 a 4 veces por día después de cada comida. Sólo 2 niños se diferencian de esta tendencia que solamente se cepillaban los dientes dos veces por día. Era claro que de estos informes que los niños se sentían que esto era el comportamiento ideal que los esperaban. Esta información es importante valorarla por la transmisión de conocimiento de comportamiento apropiado de higiene bucal. Los niños informaron más éxito cepillarse los dientes en la escuela o en un programa antes de que empiece la escuela donde el cepillarse los dientes era implementado como parte de las actividades del día.

Las diferencias entre las poblaciones

Variables afuera del mediano por la población de bajo recursos

De los dos grupos focales que eran entrevistados en la comunidad de Suárez, una era muy diferente de la otra y merece más consideración. Los temas eran identificados en este grupo que no estaban en otras partes de la investigación. Aunque esto sea una muestra muy pequeña de la población estos hallazgos valen la pena mencionar porque este grupo focal sea representante de otras estratosferas económicas. Aunque este grupo focal satisficiera el mismo criterio que está relacionado con el status económico como los otros individuos que incluyeron en este análisis, era apuntado por el investigador que es de un status considerablemente más bajo económicamente que otros individuos. Esta observación estaba basada en los informes de frecuencia del consumo de carne siendo casi nunca a causa del costo, que se compararon con los informes de una a dos veces por semana en otros hogares. Además, la información anecdótica del alcalde, el que era familiar con todas las madres que fueron entrevistadas, indicó que estas madres padecían de más pobreza que otros individuos, además estas madres tenían más niños y nietos que estaban viviendo con una madre que informó 16 bajo la edad de 18 que estaba viviendo en su casa.

Todos los otros miembros de ambas comunidades a pesar de ser empleados ligeramente y describir difícilmente comprar alimentos surtidos siempre informaban que otros individuos tenían más riesgos por las caries dentales a causa de su pobreza extrema, estas madres no se referían a ningún otro grupo.

Muchas actividades distintas eran informadas en este grupo que valen la pena apuntar como sea representativas de los comportamientos que crean más factores de riesgo extremo son los pobres extremos de la población.

DISOLUCIÓN DE LECHE

Las madres estaban de acuerdo por unanimidad en este grupo focal de Suárez que normalmente compraban leche del campo. Sentían que esta leche era más nutritiva y era menos cara a veces. También explicaban que su contenido rico de grasa lo hacía posible de disolución que permitía que la leche durara más por menos plata.

“Sí seguro. Con un litro de leche, tenés para servir como dos litros”

Para describir por qué la “leche del campo” es mejor, una madre explica que:

“Es mejor... Sí, porque la leche de campo es más fuerte que la otra... tiene más vitaminas.”

Esta práctica se disminuye el calcio disponible que se consuman los niños en estas familias pobres ya. El esmalte de los dientes que no tienen cantidades suficientes de calcio sea más susceptible al daño de los ácidos de la bacteria.

LA SAL

Las madres también informaron uniformemente en este grupo que compraba sal ilegalmente de Brasil. No mencionaron la potencial que de este flúor en esta sal, así que la sal brasileña no tiene flúor. Esta sal suelta no tiene etiquetas y así no lo puede identificar. Aunque las madres sintieran que esta sal era definitivamente de Brasil, luego cuando se habla con el ministerio de salud pública de la provincia de Canelones sentía que esta sal probablemente no era brasileña sino una sal de nivel industrial peor que sobró del procedimiento de fabricación. Aunque esto no pudo ser confirmado, se quedan las inquietudes como contaminantes posiblemente químicos que podrían contribuir más al desarrollo de las caries como las sustancias tal como plomo se conoce tener una consecuencia grave por el grosor del esmalte y el último aumento de la taza de caries.

EL CONSUMO DE PASTA DENTÍFRICA

Muchas madres en este grupo expresaron que han cambiado la marca de pasta dentífrica o esconden la pasta dentífrica porque sus niños estaban comiéndola. Esta práctica se podría explicar como una forma de *pica* la cual se refiere a la ingestión compulsiva de las sustancias de muchos productos y es común en las comunidades que son nutritivamente necesitadas. Se mostraron ser comúnmente asociados a la deficiencia de hierro pero se ha asociado con la deficiencia nutricional de otros micronutrientes. (21) Este comportamiento podría ser una señal que los niños no están recibiendo una alimentación adecuada y así intentan comer otros productos.

Una madre explica el consumo de su hija como....

"hay que pedirle que no se coma la pasta porque se la comen a veces."

"Si, dice que parece la parte de dentro de un bombón."

A pesar de la razón por este comportamiento era percibido por las madres que la experimentan como un problema por ellas en ayudar a sus niños que se cepillan los dientes.

Las diferencias entre San Bautista y Suárez

PREVENCIÓN

En cuanto a la habilidad para evitar las caries, no había niños en San Bautista que sentían que esta era imposible de evitar, simplemente dijeron que los obstáculos que eran relacionados a su dificultad o comentario que eran relacionados a su prevalencia donde en Suárez muchos niños dijeron francamente que sentían que no era posible evitar las caries. Esto no era el caso en cuanto a las respuestas de las madres en las dos comunidades.

EL CONSUMO DE COMIDAS PREPARADAS O YA ESTÁN LISTAS

Estaban informando las diferencias entre las dos comunidades en el consumo de comida preparada y ya lista. En San Bautista el consumo de hamburguesas y papas fritas o papas nunca se mencionaron por las madres ni los niños como parte de su dieta normal donde en Suárez muchas madres y varios niños dijeron que sí comían estas comidas con una frecuencia regular.

TARIFA DE BUS

En Suárez la carencia para pagar el bus para que las madres pudieran llevar a sus niños al dentista de salud pública en Pando era frecuentemente citado como un obstáculo para las madres para llevar a sus niños para recibir tratamiento por sus caries. Este asunto no estaba presente en San Bautista pues había un dentista de la salud pública disponible ahí.

Las diferencias entre las percepciones maternas y las percepciones de los niños de su comportamiento

CONTROL MATERNAL

Las percepciones que están relacionadas al control paternal eran una diferencia principal entre los padres y los niños. Los padres frecuentemente informaban la falta de control alrededor de los hábitos de comer de los niños y la compra de dulces. Por otro lado, los niños informaban que la responsabilidad estaba relacionada directamente con las solicitudes de sus padres.

Un niño indica este tema en relación a la solicitud de sus padres para limitar el consumo de dulces. El indica que le molestan los padres cuando piden pero entiende la motivación pero no se lo cumple.

"a veces sí me molesta porque me compro paquetes de chicles grandes y me los quiero comer todos y no me dejan...por el tema de las caries, sé que está bien lo que dicen pero no me gusta."

"mi madre me contó. Me dijo que no comiera porque me dolían los dientes, por eso es que ahora estoy tratando de no comer."

GRAVEDAD PERCIBIDA

Había dos diferencias extremas cuando las madres y los niños informaron cosas relacionadas a la gravedad percibida. Las madres a menudo informaban un sufrimiento a largo plazo de las caries dentales en sí y entendían la consecuencia de la pérdida de un diente. Los niños generalmente se preocupaban por los resultados de la enfermedad pero muchos informaban el sufrimiento de las caries sin síntomas extremos más allá de ir al dentista.

Limitaciones de la investigación

La validez interna

El status del investigador como extranjero era un factor limitante primario por las interpretaciones de los resultados del estudio, posiblemente por los matices lingüísticos que hayan sido malentendidos o ignorados por accidente podrían afectar el resultado de este estudio.

El investigador eligió no desarrollar resúmenes estadísticos para el análisis de contenido que hizo basado en la carencia de uniformidad de las respuestas. Algunos niños eran más tímidos que otros y podrían no haber elaborado sus respuestas lo cual dejan una duda en la claridad de sus respuestas. Para compensar esta variación en la calidad de las respuestas solamente los temas verdaderos eran identificados en este informe que representaban una porción considerable de los que estaban entrevistados que contestaban más allá de una respuesta binaria.

El tamaño de la muestra también es un factor limitante como las restricciones del tiempo obligaron la selección de un pequeño tamaño de muestra que limitó la habilidad de generalizar ampliamente sobre los hallazgos.

La validez externa

Hay una gran variación socialmente de comunidad a comunidad dentro del departamento de Canelones, esto lo hace difícil generalizar a través del departamento basado en los hallazgos de una parte de la población de estas dos comunidades. El investigador eligió unir los temas entre las comunidades que eran parecidas en cada esfuerzo por mejorar este aspecto de la validez externa. Las diferencias en la participación de la escuela y la participación paternal y el status socioeconómico son factores que modifican considerablemente por la aplicabilidad amplia de esta investigación.

Discusión

Conclusiones de MCS

Un beneficio principal del modelo de creencias de la salud es su habilidad para enfocarse en las áreas que necesitan ser dirigidas en un ambiente de programas educacionales. El MCS examina el valor de los lugares individuales en una preocupación potencial y específica de la salud y la creencia del individuo que específicamente evita las acciones que alcanzarán este resultado de salud.

Basado en los datos recolectados, aparece que a pesar de que los individuos vean el valor de la prevención en términos de los muchos beneficios como se puede ver en la figura 4, eliminado de esto son los muchos obstáculos, además de la inhabilidad en percibir las caries dentales como una preocupación verdadera y al final evitable, al final la combinación de estos factores disminuyen la autoeficacia total del individuo relacionada con la prevención.

FIGURA 4 LOS RESULTADOS DEL FLUJO DE LÓGICA DEL MCS



Este modelo sugiere que si la persona ha cambiado su comportamiento o no (Ej. Aumenta la frecuencia de cepillarse los dientes o el disminuye el consumo de dulces) es influido por una evaluación de los beneficios que son pesados contra los costos. En este caso los beneficios sobrepasan los costos. La autoeficacia relaciona a la creencia del individuo que es capaz de llevar a cabo un cambio de comportamiento pretendido exitosamente. Para que un cambio de comportamiento tenga lugar, un individuo tiene que sentirse amanzado por el comportamiento actual (Ej. Creer que las caries es un problema verdadero por él); tener un incentivo para cambiar (Ej. Creer que puede evitar las caries a través de un aumento en el cepillado de los dientes); creer que un cambio de comportamiento tendría pocas consecuencias adversarias (ej. Tiene niveles altos de autoeficacia). Aunque la mayoría de los individuos sentían que fuera difícil evitarlas basado en su carencia de autocontrol relacionado a los dulces. Los padres los encontraron especialmente difícil el controlar el ambiente en el cual sus niños encuentran los dulces en un base cotidiano y sentían una autoeficacia baja relacionada en satisfacer las necesidades de los niños que a menudo sentían que no podían decir

no a las peticiones de sus niños por el dinero para comprar dulces, a pesar del nivel de pobreza de la familia. Además, la mayoría de los niños sentía que no era importante si tenía caries como muchos les dijeron que tenían caries y tenían síntomas regulares. Lo más destacado del MCS dentro de este contexto incluye los obstáculos percibidos y los beneficios percibidos como estos comprueban lo más útil en guiar los programas futuros.

Los obstáculos eran principalmente estructurales por naturaleza; la falta de dinero y recursos eran vistos como un obstáculo principal para la mayoría de las madres y los niños. Un niño dijo que ha escuchado limpiar con hilo dental era una cosa buena y dado a la pobre salud de sus dientes quería tratarlo pero su madre no podía comprarlo. La falta de dinero para el transporte es un asunto en Suárez donde no había una *publiclinica*.

Los beneficios percibidos eran especialmente importantes como pueden destacar las ventajas posibles en la percepción que sería ideal usarlo por programas educacionales futuros. Un factor motivante principal por los niños era el miedo de parecer feo relacionado a los dientes oscuros o perdidos, una preocupación secundaria estaba relacionada con el dolor o la pérdida de un diente, y finalmente los niños dijeron que disfrutaban como se sentía una boca limpia después de cepillarse los dientes. Relacionado al comportamiento y las percepciones de las causa, nadie indicó el consumo de carbohidratos como un factor en el desarrollo de las caries dentales. Esto es un tema importante que se podía utilizar para programas educacionales futuros.

Recomendaciones



La importancia de cambiar los factores ambientales se ve en esta investigación, como es el ambiente que forma parte en gran medida del comportamiento de los niños. El ambiente de la escuela era frecuentemente informado como un área importante para intervenciones. Las madres frecuentemente informaban confiarse en la nutrición de la escuela, dado el tiempo que los niños están bajo el cuidado de las escuelas, el papel de la escuela para proveer un ambiente educacional que apoya la salud bucal es genial. Un estudio que fue conducido en Curitiba en Brasil encontró que los niños que apoyaban a las escuelas tenían una mejor salud bucal que los en escuelas que no apoyaban. (14) Este resultado era independiente de otros factores tal como la educación materna y los ingresos. Esta investigación muestra que el ambiente de la escuela tiene una gran potencial para impactar la salud bucal incluso entre las familias de bajos recursos.

Muchas madres percibían que sus niños estaban cepillándose los dientes en la escuela incluso sin la existencia de ningún programa como en Suárez. También contaban con la escuela para ayudar con la educación de higiene bucal. Un tema en común que las madres de Suárez sentían era que es más necesario ser *hecho* para educar a los niños en las escuelas sobre la salud bucal. Se recomienda que este recurso valioso sea más utilizado, que incorpore cepillarse los dientes en todas las escuelas a través del departamento y potencialmente involucre a los estudiantes en el diseño de los programas de prevención en las escuelas, ambos que identifican y dirigen algunos de los obstáculos que se menciona en este estudio.

Las madres informaron que el tiempo y su habilidad de vigilar a sus niños eran factores importantes para evitar las caries. Así está claro que el lugar donde los niños pasan la mayor parte del tiempo estén involucrados en ayudar a los

padres con las estrategias de prevención como las madres que trabajaban sentían que a menudo no estaban bastante disponibles para vigilar bien el comportamiento de la salud bucal de su niño en la casa.

Los administradores de la escuela y los maestros dijeron la exigencia que se enfrentaban con la cantidad de las cosas que se dirigían relacionadas a la salud y bienestar de sus estudiantes que los padres no podían proveer en la casa que era difícil satisfacer. Por lo tanto se sugiere que cualquier programa que se lleve a cabo, provea recursos de afuera y apoyo para minimizar la carga sobre los maestros y los empleados.

Debido a que los costos de transporte eran citados en Suárez como un obstáculo donde no había una *publiclínica*, se recomienda que un programa sea iniciado con un grupo de transporte regular a las facilidades de servicios dentales públicos. El pueblo de Suárez ya facilita un proyecto parecido relacionado a la salud de mujeres tales como exámenes de pecho. La técnica PRAT con su clínica móvil también podría facilitar la eliminación de este obstáculo.

Finalmente un problema de autocontrol fue declarado por ambos, madres y niños, como los niños recibían dulces de las familias y de los amigos. Así que si la comunidad entera no hace un esfuerzo unido, el dulce está disponible universalmente. Los esfuerzos que hacen en San Bautista parecen ser positivos como la venta de dulces ha sido eliminada en la escuela a favor de una "comida casera". Aunque los alimentos horneados eran a base de carbohidratos, era claramente un esfuerzo de mejorar la situación y la facultad no informó una disminución de ventas en este cambio. Las ganancias económicas de las escuelas de la venta de dulces eran informadas como la razón principal por esta práctica por los administradores en ambas escuelas. La documentación de este cambio y la viabilidad económica de ella por las escuelas potencialmente animaría que otras escuelas hagan esta transición.

Además de involucrar a los estudiantes en encontrar una solución potencialmente, otorgaría poderes a ellos para hacer estos cambios. Teniendo niños que conducen sus propias entrevistas de por qué los niños comen dulces tanto como una investigación de los niños mayores en muchas de las causas de las caries dentales involucraría a los niños en este procedimiento de educación y otorgaría poderes para diseñar intervenciones de su propio cambio en el comportamiento.

Finalmente el mercadeo de la salud pública podría ser desarrollado en que la motivación que los niños enfocados dijeron de cepillarse los dientes incluye el miedo de "los dientes feos". En una campaña estadounidense de tabaco que muestra los efectos gráficos de fumar, se mostraron tener éxito en reducir las tasas de fumado. Parecido en las campañas sociales de mercadeo podrían enfocarse en las preocupaciones de los jóvenes de la apariencia y el miedo del dolor y pérdida de los dientes como fueron destacadas en esta investigación. Mostrando a los niños que puede pasar si comen alimentos cariogénicos y no se cepillan los dientes regularmente, podrían ser instrumentos eficaces. Un mercadeo parecido que se enfoca en los padres, debe otorgar poderes a ellos para decir "no" a las peticiones de dulces y meriendas de los niños y enseñar alternativas. La mayoría de los padres sentían que no podían decir "no" a tales peticiones y sentían que probablemente estaría bien. Vinculando la salud bucal a la salud general y la nutrición es especialmente importante como las tasas de la enfermedad de corazón y la diabetes se incrementan. Enseñando a los niños y a los padres que estas selecciones cotidianas les importan y pueden tener un impacto a largo plazo en la salud total del niño.

Referencias

1. *An evaluation of the health belief model for predicting perceived and actual dietary quality.* **Sapp, Stephen G. and Jensen, Helen H.** 3, February 1998, *Journal of Applied Social Psychology*, Vol. 28, pp. 235-248.
2. *What research in motivation suggests for public health.* **IM, Rosenstock.** 1960, *Am J Public Health*, Vol. 50, pp. 295-301.
3. *Why people use health services.* **IM, Rosenstock.** 2, 1966, *Milbank Memorial Fund Q*, Vol. 44, pp. 94-124.
4. *Developing a new model for cross-cultural research: synthesizing the health belief model and the theory of reasoned action.* **Poss, Jane E.** 4, June 2001, *Advances in Nursing Science*, Vol. 23, pp. 1-15.
5. *A Children's Health Belief Model.* **Bush, P. and Iannotti, A.** 1, January 1990, *Medical Care*, Vol. 28, pp. 69-86.
6. **Yin, R.K.** *Case Study Research: Design and Methods.* 3rd. Thousand Oaks : Sage Publications, 2003.
7. **Miles, M.B. and Huberman, M.A.** *Qualitative Data Analysis: An Expanded Sourcebook.* 2nd. s.l. : SAGE Publications, 1994.
8. **Stake, R.** *The Art of Case Study Research.* Thousand Oakes : Sage Publications, 1995.
9. **Finlayson, Tracy.** *Mother's self-efficacy and oral health in low-income African American children in Detroit.* *Dissertation Abstracts International.* Section B: The sciences and engineering, 2005, Vol. 66, 2-B, p. 845.
10. **Patton, MQ.** *Qualitative Evaluation and Research Methods.* 2nd. Newbury Park : Sage Publications Inc., 1990.
11. **Denzin, NK and Lincoln, YS.** *Handbook of Qualitative Research.* 2nd. Thousand Oaks : Sage, 2000.
12. **I, Seidman.** *Interviewing as Qualitative Research: A Guide for Researchers in Education and the Social Sciences.* 2nd. New York and London : Teachers College, Columbia University, 1998.
13. **Co^ te^, J.** *The influence of the family in the development of talent.* *The Sport Psychologist.* 13, 1999, pp. 395-417.
14. *Oral health: an important determinant of the health of children.* **Goldfeld, Sharon and Kilpatrick, Nicky.** 3, March 2007, *Journal of Paediatrics and Child Health*, Vol. 43, pp. 99-100. not yet used.
15. *Determining liverpool adolescents beliefs and attitudes in relation to oral health.* **Stokes, E., Ashcroft, A. and Platt, M.** J. 2, April 2006, *Health Education Research*, Vol. 21, pp. 192-205. not yet used.
16. *The independent impact of household and neighborhood based determinants social determinants of early childhood caries: a cross sectional study of innercity children.* **Willems, Sara, Vanobbergen, Jacques and Martens, Luc.** 2, Apr-June 2005, *Family & Community Health*, Vol. 28, pp. 168-175.
17. *self rated oral health as an independent predictor of self rated general rater, self esteem and life satisfaction .* **Benyamini, Yael, et al.** 5, Sept. 2004, *Social Science & Medicine*, Vol. 59, pp. 1109-1116.
18. *playing games in promoting childhood dental health.* **Makuch, Almut and Reschke, Konrad.** 1, Apr 2001, *Patient Education and Counseling*, Vol. 43, pp. 105-110.

19. *The affect of parental stess on the oral health of children.* LaValle, Patricia Scully, Glaros, Alan and Bohaty, Brenda. 4, Dec 2000, Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, Vol. 7, pp. 197-201.
20. *Social and biological early influences on severity of dental caries in children age 6 years.* Peres, Marco Aurélio, et al. 1, Feb 2005, Community Dentistry & Oral Epidemiology, Vol. 33.
21. *Pica - Do You Know What Your Patients Are Eating?* Gonyea, J. 2, March/April 2007, Nephrology Nursing Journal, Vol. 34, pp. p230-231.