

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
SUBDIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN, INNOVACIÓN Y POSGRADO
MAESTRÍA EN CIENCIAS EN SALUD PÚBLICA
PROGRAMA INTERFACULTADES



CREENCIAS PARENTALES SOBRE SALUD ORAL DE PREESCOLARES
MEXICANOS

Por

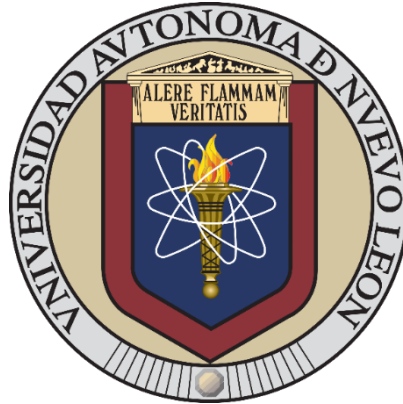
C.D. ERNESTO ISMAEL MÁRQUEZ SANTANA

Como requisito parcial para obtener el grado de

MAESTRÍA EN CIENCIAS EN SALUD PÚBLICA

Marzo, 2024

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
SUBDIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN, INNOVACIÓN Y POSGRADO
MAESTRÍA EN CIENCIAS EN SALUD PÚBLICA
PROGRAMA INTERFACULTADES



CREENCIAS PARENTALES SOBRE SALUD ORAL DE PRESCOLARES MEXICANOS

Por

C.D. ERNESTO ISMAEL MÁRQUEZ SANTANA

Director de Tesis

DRA. ANA ELISA CASTRO SÁNCHEZ

Como requisito parcial para obtener el grado de

MAESTRÍA EN CIENCIAS EN SALUD PÚBLICA

Marzo, 2024

CREENCIAS PARENTALES SOBRE SALUD ORAL DE PRESCOLARES MEXICANOS

Aprobación de Tesis

Ana Elisa Castro Sánchez, Ph.D*

Presidente

Dr. Miguel Ángel Quiroga García*

Secretario

Dra. María Natividad Ávila Ortiz*

Vocal

Dra. en C. Blanca Edelia González Martínez

Subdirectora de Investigación, Innovación y Posgrado



COMITÉ DE EVALUACIÓN DE TESIS

El Comité de Evaluación de Tesis APROBÓ la tesis titulada: “**CREENCIAS PARENTALES SOBRE SALUD ORAL DE PRESCOLARES MEXICANOS**” presentada por **C.D. ERNESTO ISMAEL MÁRQUEZ SANTANA**, con la finalidad de obtener el grado de Maestría en Ciencias en Salud Pública.

Monterrey, Nuevo León a _____ del 2024

Dr. Miguel Ángel Quiroga García

Presidente

Dra. Ana Elisa Castro Sánchez

Secretario

Vocal (xxxx)



Dra. en C BLANCA EDELIA GONZÁLEZ MARTÍNEZ
SUBDIRECTORA DE INVESTIGACIÓN INNOVACIÓN Y POSGRADO
FACULTAD DE SALUD PÚBLICA Y NUTRICIÓN DE LA U.A.N.L.
P R S E N T E:

Nos permitimos comunicar a usted que hemos concluido la Dirección y Codirección de la tesis titulada: **“CREENCIAS PARENTALES SOBRE SALUD ORAL DE PRESCOLARES MEXICANOS”** presentada por **C.D. ERNESTO ISMAEL MÁRQUEZ SANTANA**. Con la finalidad de obtener su grado de Maestría en Ciencias en Salud Pública.

Sin otro asunto en particular, les envío un cordial saludo.

Atentamente
“Alere Flammam Veritatis”
Monterrey, Nuevo León a _____ de 2024

Dra. Ana Elisa Castro Sánchez
Director de Tesis

Dr. Miguel Ángel Quiroga García
Co-Director de Tesis

AGRADECIMIENTOS

Ante todo, a mi Dios por brindarle la fortaleza y soporte a mi alma y a mi vida.

A mis padres, mis tíos y mi familia por su apoyo y respaldo incondicional en todos mis propósitos.

A los doctores Guillermo Cruz Palma, Carlos Galindo Lartigue y Miguel Ángel Quiroga por brindarme su apoyo, confianza y todas las ganas de estudiar este posgrado.

A la Dra. Ana Elisa Castro Sánchez, por el apoyo que me brindó durante mi formación, por su tiempo, paciencia, comprensión, compromiso y profesionalismo.

A todos los maestros y directivos de la facultad por el apoyo y enseñanzas que me brindaron a lo largo de la maestría.

A mis cinco compañeros de clase los cuales depositaron en mí su confianza y me brindaron su amistad.

A mi alma mater la Universidad Autónoma de Nuevo León por haberme recibido una vez más con los brazos abiertos.

Y, por último, pero no menos importante al CONACYT (ahora CONAHCYT) por el apoyo económico que me brindó mediante el otorgamiento de la beca para estudios de posgrado.

DEDICATORIA

Agradezco una vez más a mi padre celestial por darle ese sustento infinito a mi vida y mi corazón; Eben ézer.

A mis padres por brindarme su amor, comprensión y ser el respaldo más grande en mi vida, los amo y les estoy eternamente agradecido por darme la mayor herencia en esta vida.

A toda mi familia: mis abuelos paternos y maternos, mis tíos paternos y maternos en especial a la familia Márquez Maldonado por darme ese apoyo incondicional; a mis primos, sobrinos, a mi hermana y cuñado.

A mi tío Ismael Santana Ibarra que a lo largo de estos últimos tres años luchó hasta la muerte por vencer el cáncer que asechaba su vida. Sus enseñanzas y lecciones las atesoro en mi corazón, lo extraño y espero volver a verlo un día.

A todos y a cada uno de ellos les dedico con amor y cariño los frutos de mi trabajo.

TABLA DE CONTENIDO

CONTENIDO	Página
CAPÍTULO 1	
1. ANTECEDENTES.....	17
1.1 Introducción.....	17
1.2 Marco Teórico/ Conceptual.....	19
1.2.1 Caries, salud oral y calidad de vida del infante.....	20
1.2.2 Salud oral y su relación con los padres y nuevas dinámicas familiares.....	21
1.2.3 ¿Qué son las creencias?.....	23
1.2.4 ¿Qué son las creencias sobre salud y salud oral?.....	25
1.2.5 ¿Qué son las creencias parentales sobre salud oral de preescolares?.....	25
1.2.6 Modelo de creencias en salud.....	26
1.3 Estudios relacionados.	
1.3.1 Estudios cuantitativos.....	29
1.3.2 Estudios cualitativos.....	31
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	33
3. JUSTIFICACIÓN.....	34
CAPÍTULO 2	
4. HIPÓTESIS.....	35
CAPÍTULO 3	
5. OBJETIVOS.....	35
5.1 Objetivo general.....	35
5.2 Objetivos específicos.....	35

CONTENIDO	Página
CAPÍTULO 4	
6. MATERIAL Y MÉTODOS.....	36
6.1 Diseño del estudio.....	36
6.2 Universo de estudio.....	36
6.3 Población de estudio.....	36
6.3.1 Criterios de selección.....	36
6.3.1.1 Criterios de inclusión.....	36
6.3.1.2 Criterios de exclusión.....	36
6.3.1.3 Criterios de eliminación	36
6.4 Técnica muestral.....	37
6.5 Cálculo del tamaño de muestra.....	37
6.6 Variables.....	38
6.7 Instrumentos de medición.....	46
6.8 Procedimientos.....	48
6.9 Plan de análisis.....	49
7. CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	50
CAPÍTULO 5	
8. RESULTADOS CUANTITATIVOS.....	52
8.1 Perfil sociodemográfico.....	52
8.2 Antecedentes odontológicos.....	54
8.3 Conocimientos sobre servicios odontológicos.....	56
8.4 Creencias parentales sobre salud oral de preescolares mexicanos.....	58
8.5 Creencias parentales por dimensiones.....	61
8.6 Creencias parentales específicas sobre salud oral de preescolares mexicanos.....	68
8.7 Principal responsable en el cuidado de la salud oral del hijo.....	88
8.8 Diferencias en la responsabilidad del cuidado en salud oral según sus características sociodemográficas.....	89

CONTENIDO	Página
8.9 Responsabilidad y creencias en salud oral de preescolares.....	90
8.10 Prueba de diferencia de proporciones.....	91
9. RESULTADOS CUALITATIVOS.....	92
9.1 Creencias parentales de salud oral en preescolares.....	95
9.2 División sexual del cuidado de la salud oral en preescolares.....	107
CAPÍTULO 6	
10. DISCUSIÓN.....	110
10.1 Creencias parentales sobre salud oral de preescolares mexicanos.....	110
10.2 Principal responsable y roles parentales en el cuidado de la salud oral del preescolar.....	116
CAPÍTULO 7	
11. CONCLUSIONES.....	118
11.1 Conclusiones cuantitativas.....	118
11.2 Conclusiones cualitativas.....	118
CAPÍTULO 8	
12. REFERENCIAS	120
ANEXO A. Carta de consentimiento informado.....	129
ANEXO B. Instrumento cuantitativo	130
ANEXO C. Instrumento cualitativo.....	135

LISTA DE TABLAS

Tabla	Página
1. Operacionalización de las variables.....	38
2. Distribución sociodemográfica de los participantes.....	53
3. Antecedentes odontológicos (frecuencia de los profilácticos) según sexo.....	54
4. Antecedentes odontológicos (padecimiento de caries) según sexo	55
5. Antecedentes odontológicos (uso de ortodoncia) según sexo	55
6. Conocimiento sobre los servicios odontológicos (odontopediatría) según sexo.....	56
7. Conocimiento sobre el uso flúor según sexo.....	57
8. Comparación de creencias según sexo	58
9. Comparación de creencias generales según perfil sociodemográfico (escolaridad y estado civil).....	59
10. Comparación de creencias generales según perfil sociodemográfico (actividad económica y lugar de residencia).....	60
11. Comparación de la severidad según datos sociodemográficos (sexo y escolaridad).....	61
12. Comparación de la importancia según sexo.....	62
13. Comparación de la importancia según datos sociodemográficos (sexo, actividad económica y escolaridad).....	63
14. Comparación de las barreras según datos sociodemográficos (sexo y lugar de residencia).....	64

Figura	Página
15. Comparación de los beneficios según datos sociodemográficos (sexo y escolaridad).....	65
16. Comparación de la efectividad según sexo.....	66
17. Comparación de la efectividad según datos sociodemográficos (escolaridad y estado civil).....	67
18. Creencias sobre la gravedad de una caries mal atendida o no atendida según sexo	68
19. Los problemas dentales son causa de mala salud según sexo y actividad económica	69
20. Las caries les dan un mal aspecto a los dientes de mi hijo según sexo	70
21. Las caries y dientes chuecos afectan la calidad de vida de mi hijo según sexo y escolaridad	71
22. Creencia sobre la importancia de mantener la salud bucal de mi hijo en buen estado según sexo.....	72
23. Creencias sobre la importancia de evitar la caída de los dientes antes de tiempo según sexo.....	72
24. Creencia sobre la importancia de los problemas dentales frente a otras enfermedades del cuerpo según sexo.....	73
25. El costo de la consulta impide llevar mis hijos al dentista según sexo y actividad económica	74
26. Tiempo para llevar a mis hijos con el dentista según sexo y actividad económica	75
27. Tiempo para llevar a mis hijos con el dentista según sexo y actividad económica.....	77

Figura	Página
28. Posibilidad de llevar a mi hijo al dentista, aunque tenga muchas cosas por hacer según sexo, actividad económica y escolaridad.....	78
29. Posibilidad de que si mi hijo presenta problemas dentales lo lleve al dentista, aunque tenga muchas cosas por hacer según sexo, actividad económica y escolaridad.....	80
30. Posibilidad de que si mi hijo tiene dolor dental lo lleve al dentista, aunque tenga muchas cosas que hacer según sexo y actividad económica.....	81
31. El cepillado previene enfermedades en las encías según sexo.....	82
32. El uso del hilo dental previene enfermedades en las encías según sexo y escolaridad.....	83
33. Acudir a las citas con mi dentista ayuda a prevenir caries y enfermedades en las encías según sexo.....	84
34. Creencias sobre qué tan buenos son los servicios dentales públicos según sexo y escolaridad.....	85
35. Creencias sobre qué tan buenos son los servicios dentales públicos según estado civil.....	86
36. Creencia sobre que tan buenos son los servicios dentales privados según sexo.....	87
37. Principal responsable del cuidado de la salud oral del hijo.....	88
38. Diferencias sobre el principal responsable del cuidado de la salud oral del hijo según actividad económica	89

39. Diferencias sobre el principal responsable del cuidado de la salud oral del hijo según creencias en salud oral.....	90
40. Distribución sociodemográfica de los participantes en las entrevistas.....	92
41. Hallazgos cualitativos relevantes sobre las creencias parentales. Primera parte.....	93
42. Hallazgos cualitativos relevantes sobre las creencias parentales. Segunda parte.....	94

Lista de Figuras

Figura	Página
1. Variables.....	38
2. Flujograma de procedimientos.....	49
3. Prueba de diferencia de proporciones.....	91

RESUMEN

C.D. Ernesto Ismael Márquez Santana
Universidad Autónoma de Nuevo León
Maestría en Ciencias en Salud Pública
Programa Interfacultades

Fecha de graduación: junio 2023

Título del Estudio: Creencias parentales sobre salud oral de prescolares mexicanos.

Candidato para obtener el grado de Maestría en Ciencias en Salud Pública
Número de páginas: 139

Introducción: Las creencias en salud son uno de los factores más influyentes en los padres de familia para llevar a cabo determinadas conductas o comportamientos frente al cuidado de la salud oral en sus hijos. Por lo que identificar dichas creencias es clave para la creación de mejores estrategias que ayuden a mantener la salud de los niños en edad preescolar.

Objetivo del estudio: Analizar las creencias parentales sobre salud oral en preescolares mexicanos.

Material y métodos: Diseño mixto cuantitativo (transversal comparativo) y cualitativo (un análisis mediante la teoría fundamentada). La población de estudio se conformó por padres y madres de prescolares inscritos en escuelas ubicadas en el área metropolitana de Monterrey, Nuevo León, México. Se utilizó un cuestionario basado en la escala de creencias en salud oral adaptado de Nakazono, y se realizaron entrevistas semiestructuradas. El análisis estadístico se llevó a cabo mediante el software IBM SPSS v19.0 y el cualitativo por medio del programa ATLAS.ti v23. Se utilizaron pruebas de χ^2 .

Resultados: El estudio se realizó durante agosto 2022 y junio 2023; participaron 359 padres y 359 madres (N=718) con una edad media de 31 ± 7 años; 47.5% tenía secundaria terminada. La mayoría de las creencias fueron desfavorables con diferencias estadísticamente significativas por sexo ($p < 0.05$). Por otra parte, se realizaron entrevistas cualitativas en 11 madres y 9 padres de familia; uno de los principales resultados fue la identificación de la categoría central "división sexual del trabajo en el cuidado de la salud oral".

Conclusiones: Las creencias parentales sobre la salud oral son mayoritariamente desfavorables; las creencias favorables predominan en las mujeres (madres); la distribución de responsabilidades parentales es desigual frente al cuidado de la salud oral de los hijos en edad preescolar; sin embargo, existe un sector de madres-padres que comparten ese trabajo en forma igualitaria. En cualquier caso, esta división sexual del trabajo al interior de las familias merece ser estudiada en profundidad a fin de dimensionar sus repercusiones en la salud y bienestar general.

Palabras clave: Creencias en salud, Salud oral, Caries temprana de la infancia, Creencias parentales.

FIRMA DEL DIRECTOR (A) DE TESIS _____

ABSTRACT

C.D. Ernesto Ismael Márquez Santana
Universidad Autónoma de Nuevo León
Maestría en Ciencias en Salud Pública
Programa Interfacultades

Fecha de graduación: octubre 2023

Title: Parental Beliefs Regarding the Oral Health of Mexican Preschoolers.
Candidate for a Master's Degree in Public Health Sciences
Number of Pages: 139

Introduction: Health beliefs are one of the most influential factors for parents in carrying out certain behaviors or attitudes regarding oral health care in their children. Therefore, identifying these beliefs is crucial for the development of better strategies to maintain the health of preschool children.

Objective: To analyze parental beliefs about oral health in Mexican preschoolers.

Materials and Methods: A mixed-methods approach was employed, consisting of a quantitative (comparative cross-sectional) and qualitative (grounded theory analysis) design. The study population consisted of parents of preschoolers enrolled in schools located in the metropolitan area of Monterrey, Nuevo León, Mexico. A questionnaire based on the Oral Health Beliefs Scale adapted from Nakazono was utilized, along with semi-structured interviews. Statistical analysis was conducted using IBM SPSS v19.0 software, and qualitative analysis was performed using ATLAS.ti v23. Chi-square tests were employed.

Results: The study was conducted from August 2022 to June 2023, with the participation of 359 fathers and 359 mothers (N=718) with a mean age of 31 ± 7 years; 47.5% had completed secondary education. The majority of beliefs were unfavorable, with statistically significant differences by gender ($p < 0.05$). Qualitative interviews were conducted with 11 mothers and 9 fathers; one of the main findings was the identification of the central category "gender division of labor in oral health care".

Conclusions: Parental beliefs about oral health are predominantly unfavorable, with favorable beliefs more common among women (mothers). The distribution of parental responsibilities is unequal regarding the oral health care of preschool children; however, there is a sector of mothers and fathers who share this responsibility equally. Nonetheless, this gender division of labor within families deserves to be studied in depth to understand its implications for overall health and well-being.

Keywords: Health beliefs, Oral health, Early childhood caries, Parental beliefs.

1. ANTECEDENTES

1.1 INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como el estado de bienestar físico, mental y social, que no se limita simplemente a la ausencia de dolor. Por lo tanto, si cualquiera de estos aspectos se ve interrumpido o afectado, la salud y la calidad de vida de una persona se ven comprometidas (Secretaría de Salud, 2019).

No se puede considerar a la cavidad oral como un ente ajeno a estos sucesos, ya que la presencia de alguna infección en ella no permite que una persona sea considerada saludable. Durante los últimos años, las afecciones orales, como la caries dental, han adquirido una gran relevancia a nivel mundial. Se estima que hasta el año 2017 se registraron alrededor de 3.500 millones de casos de caries (GBD, Oral Disorders Collaborators, 2020). Según la OMS, la caries es la tercera enfermedad más prevalente y afecta a más del 95% de la población en países desarrollados. En México, se estima que el 87% de la población que acude a los servicios de salud presenta esta enfermedad (Secretaría de Salud, 2019).

La caries es una condición infecciosa que surge debido a diversos factores, entre ellos, el consumo excesivo de alimentos que contienen altos niveles de azúcares fermentables, la mala higiene oral y o la capacidad del huésped de poseer agentes bacterianos capaces de producir ácidos y enzimas proteolíticas que propician la destrucción de los tejidos dentarios. Existen otros elementos influyentes cruciales en su progresión y aparición, como una situación socioeconómica y nivel educativo desfavorables, además de la limitada disponibilidad de servicios de atención médica (Tiol, 2021).

La prevalencia de esta afección no se limita únicamente a adultos y jóvenes, sino que abarca un amplio rango de edades y ambos sexos. No obstante, la variante más severa de la enfermedad es la caries de la infancia temprana (CIT), la cual se distingue por manifestarse en una o más superficies dentales cariadas, perdidas u obturadas en los dientes de leche de niños de hasta 71 meses de edad (Secretaría de Salud, 2019). La aparición de esta variante ha sido vinculada a ciertos hábitos durante la lactancia materna, las condiciones de vida de los niños y sus familias, entre otros.

El papel de los padres de familia es ampliamente reconocido como influyente en la prevención de enfermedades y el cuidado, ya que son ellos quienes en primera instancia son responsables del valor atribuido a la salud oral; por lo tanto, la CIT es el producto de múltiples factores interrelacionados, tales como la educación, las creencias y percepciones de los padres, así como el nivel socioeconómico, que de forma indirecta puede dar lugar a malos hábitos y a una higiene oral deficiente (Herrera et al. 2017; Chaffee et al., 2017; Tiol, 2021).

Las “creencias” han sido objeto de numerosos estudios por parte del personal de salud debido a su relevancia en el modelo de creencias en salud. Se considera un factor crucial en la toma de decisiones y la adopción de comportamientos relacionados con el cuidado y la adherencia al tratamiento (Moreno et al., 2003).

El presente trabajo pretende analizar las creencias parentales sobre la salud oral en preescolares con el propósito de incrementar el conocimiento sobre las conductas que los padres llevan a cabo en relación con el cuidado de la salud oral en sus hijos. En los siguientes capítulos se plantea el sustento teórico, así como la metodología empleada para la ejecución del trabajo de investigación. Esperando así que los resultados obtenidos sirvan como antecedente para la mejora de programas y políticas de salud en la materia.

1.2 MARCO TEÓRICO

La caries es una de las enfermedades más relevantes en la niñez, a pesar de que existen otros padecimientos que puedan afectar su salud oral como los traumatismos o la mal oclusión dental, la caries sigue siendo la más común de todas.

Aun cuando la mayoría de las enfermedades inducidas por la placa dentobacteriana como la caries se puedan prevenir mediante el empleo de hábitos dietéticos y comportamientos enfocados en el mantenimiento de una buena higiene oral. Su control se ha tornado aún más complejo debido a los diferentes factores que influyen en su inicio y evolución.

Algunos estudios indican que las lesiones por caries aumentan y se agravan conforme a la edad; lo que puede desembocar en la pérdida de uno o más dientes, comprometiendo así la alimentación, la oclusión y la dentición permanente.

A continuación, se presenta una mejor perspectiva de los conceptos relacionados con la caries dental y sus principales repercusiones.

1.2.1 CARIES, SALUD ORAL Y CALIDAD DE VIDA DEL INFANTE

Como se ha mencionado anteriormente, la caries es una condición dental compleja en la que participan diversos factores. Se caracteriza por la desmineralización de los tejidos dentales, resultado de la producción de ácidos por ciertos microorganismos. La intensidad de esta enfermedad puede verse influenciada de manera significativa, tanto directa como indirectamente, por varios factores específicos como la edad o los hábitos de higiene oral; los cuales ponen en riesgo la salud oral y general de las personas (Santos et al., 2021).

En el caso de los menores de edad se han estudiado las diferentes complicaciones y repercusiones que la caries tiene sobre su salud y calidad de vida; dado que existe una variante más severa y exclusiva de los infantes de 3 a 5 años denominada CIT o caries de biberón. Este y otros tipos de caries se suelen asociar con el dolor e incomodidad, también a problemas con la alimentación o el sueño (Finlayson et al., 2017; Secretaría de Salud, 2019; Tiol, 2021).

Además, la CIT tiene un impacto social y económico significativo, ya que la salud oral forma parte de un correcto bienestar social, de acuerdo con el valor atribuido que la cultura le dé y la posibilidad de los padres de suplir las necesidades económicas. Por lo que la caries suele asociarse a problemas socio económicos, baja o nula escolaridad o a problemas familiares (Montero et al., 2011; Hooley et al., 2012; Martínez et al. 2017; Herrera et al., 2017).

Así pues, otros factores como los hábitos alimenticios, prácticas de higiene oral, frecuencia de visitas al dentista, entre otros pueden producir de igual manera una predisposición a padecer caries lo cual puede contribuir a la pérdida de salud oral, la cual se ha demostrado puede generar alteraciones en la calidad de vida y desencadenar un retraso en el desarrollo físico (Opydo et al. 2021; Santos et al., 2021).

1.2.2 SALUD ORAL Y SU RELACIÓN CON LOS PADRES Y NUEVAS DINÁMICAS FAMILIARES

Cuando se habla del cuidado de la salud oral, se hace referencia a las actitudes, percepciones, creencias, conductas o comportamientos que un individuo posee para mantener un buen estado de bienestar; las cuales pueden variar de su beneficencia y su eficacia ya que son dependientes de la connotación (positiva o negativa) que el medio o entorno en el que se encuentre le asigne. Así que, tanto la salud como la enfermedad surgen debido a la interacción entre factores biológicos y el entorno social, y están influenciadas directa o indirectamente por las interpretaciones que los individuos o grupos les atribuyen (Herrera et al., 2017; Camacho et al., 2018; Santos et al., 2021).

Por lo que se infiere que la sociedad juega un papel importante al modificar la percepción que se tiene hacia alguna enfermedad. El concepto de salud-enfermedad-atención (PSEA) reconoce que estos procesos son dinámicos y se transforman en cada sociedad, debido a las complejas interacciones entre el individuo y su entorno (Santos et al., 2021).

Ahora bien, al hablar, del cuidado de la salud oral de un infante se reconoce la influencia que tiene la familia. Se destaca especialmente el rol de la madre en el cuidado de la salud bucal y la prevención de enfermedades, ya que son ellas por mandato cultural, las principales responsables de identificar y buscar soluciones a los problemas orales. La percepción que tienen con relación a la caries y la salud oral es relevante, puesto que suelen estar a cargo del cuidado de sus hijos, supervisando aspectos como el crecimiento, desarrollo, alimentación y salud (Vásquez et al., 2015; Clarke y Shaw, 2018; Alvarado et al., 2019).

Sin embargo, la estructura y los roles que desempeña la familia han sufrido una serie de cambios debido a la globalización mundial; todos estos cambios en la dinámica y disposición familiar se engloban en el concepto de “familia tardomoderna”, siendo la independencia de las mujeres uno de sus aspectos más significativos (Herrera et al., 2017). Lo que conlleva a la negación de la idea de la maternidad o custodia como uno de sus rasgos identitarios. Esto se refleja en la ampliación del horizonte personal de las mujeres, que van desde la mujer totalmente a cargo de la familia hasta la mujer ajena a la maternidad y desligada a las necesidades de sus hijos (Herrera et al., 2017).

A partir de esta nueva dinámica familiar, los roles y los compromisos de los padres se encuentran polarizados mostrándose como sobreprotectores o distantes con los hijos, cuestión que repercute en la suplencia de las necesidades familiares ya sea la educación, la vivienda o la salud. Entonces en este contexto se puede resaltar que hoy en día, el cuidado de la salud oral del infante no es sólo responsabilidad de la madre sino de ambos progenitores (padre y madre) con el fin de mejorar la crianza y el cuidado de los niños (Herrera et al., 2017).

En la última década se ha demostrado la importancia de los factores sociales y familiares en la salud oral infantil. Factores psicosociales como las creencias, percepciones y conocimientos pueden influir en el riesgo de padecer alguna enfermedad oral. Así también se ha demostrado la función que los padres desempeñan en el soporte emocional, la adaptación ante una enfermedad o tratamiento y en el financiamiento de la salud de los niños. También destaca el hecho de que el tipo de familia, por ejemplo, familias monoparentales, sea un factor que contribuya al desarrollo de caries dental (Hooley et al, 2012; Cupé y García, 2015; Carlos et al, 2017; Van, 2018; Sabb y Muñoz, 2019).

1.2.3 ¿QUÉ SON LAS CREENCIAS?

Además de los aspectos biológicos que intervienen en las enfermedades bucales se ha analizado su relación con otros factores como los psicológicos y culturales ya que se ha considerado su influencia en la salud oral de los niños, por ejemplo, en las diferentes elecciones de alimentación con alto contenido en azúcar lo que puede producir un mayor riesgo de padecer caries en la infancia (Hooley et al, 2012).

Los factores antes mencionados suelen influenciar a una serie de conductas que se adquieren mediante una repetición frecuente, a las cuales se les llama hábitos; como la elección de la alimentación o la correcta higiene oral. Dichas acciones suelen ser transmitidas por los padres en primera estancia (Valdés y Urías., 2011; Hooley et al, 2012; Caviglia y García 2019).

De entre los aspectos psicológicos se van a considerar a las creencias como uno de los principales influyentes en los hábitos y conductas que pueda llevar a cabo una persona.

El concepto de creencias es un tanto ambiguo puesto que no siempre se utiliza el mismo significado o la misma interpretación. Para la epistemología la creencia o idea es el resultado de un proceso evaluativo de un razonamiento sobre la realidad. Desde la perspectiva de la psicología, se considera como una disposición o conjunto de rasgos de personalidad, hábitos e instintos (Diez, 2017).

Algunos autores mencionan que las creencias son concepciones previamente aceptadas por la sociedad y que el individuo encuentra y adopta como su interpretación de la realidad. Contrariamente a una creencia, una idea se refiere al resultado de una actividad intelectual (Diez, 2017).

Diez Patricio (2017) menciona que para la psicología cognitiva:

“La creencia es una verdad subjetiva, una convicción, algo que el sujeto considera cierto, y no debe ser confundida con la verdad objetiva, cuya correspondencia en la teoría del conocimiento es el concepto de saber (p. 128).”

De acuerdo con estos conceptos se puede decir que una creencia es “una verdad subjetiva o disposición influenciada por la sociedad que el sujeto adopta como realidad pero que es independiente de la verdad objetiva la cual no tiene en cuenta al sujeto” (Diez, 2017).

Según la definición psicológica, tener una creencia implica una disposición a actuar como si lo que se cree fuera verdadero. En otras palabras, la creencia conlleva una expectativa de comportamiento por parte del individuo, ya que lo orienta a actuar de una manera específica. Por esta razón, es posible inferir la conducta de una persona mediante la observación repetida de sus creencias (Diez, 2017).

1.2.4 ¿QUÉ SON LAS CREENCIAS SOBRE SALUD Y SALUD ORAL?

Las creencias relacionadas con el cuidado de la salud se refieren a las ideas adoptadas por las personas sobre cómo mantener o recuperar su bienestar, así como a las expresiones verbales que pueden manifestar con relación a ello. Estas creencias se originan y evolucionan en el contexto social de cada individuo. Sin embargo, cada persona produce, admite, guarda, y ejecuta su propio repertorio de creencias en el cuidado de salud. Es importante destacar que las creencias no son estáticas, sino que pueden experimentar cambios parciales o completos a lo largo del tiempo, tanto dentro de una misma cultura como en diferentes culturas (Melguizo y Alzate, 2008).

De acuerdo con lo antes mencionado se puede inferir que las creencias sobre el cuidado de la salud oral como “las ideas que las personas pueden asumir sobre cómo conservar o recuperar su salud oral o como acciones verbales que las personas puedan manifestar” puesto que la salud oral no es ajena a la salud general (Melguizo y Alzate, 2008; Secretaría de Salud, 2019).

1.2.5 ¿QUÉ SON LAS CREENCIAS PARENTALES SOBRE SALUD ORAL DE PREESCOLARES?

Las creencias parentales entonces son un factor muy específico para la ejecución de prácticas se vuelven relevantes en el proceso cognitivo de las personas ya que son todas aquellas comprensiones o supuestos sentidos como verdaderos o reales sobre el cuidado de la salud oral desde los cuales los sujetos orientan sus acciones, apoyan sus juicios y toman decisiones (Valdés y Urías., 2011; Hooley et al, 2012; Van Dorsee, 2018; Caviglia y García 2019).

1.2.6 MODELO DE CREENCIAS DE SALUD (MCS)

El Modelo de Creencias en Salud (MCS) considera que los comportamientos en salud son el resultado del conjunto de creencias y valoraciones internas que el sujeto aporta a una situación determinada.

Fue desarrollado hacia la década de los 50's en el área de psicología del *Servicio de Salud Pública* de Estados Unidos; surgió con la finalidad de encontrar respuestas, sobre el por qué los individuos se negaban a llevar a cabo conductas preventivas; ya que la salud pública de esa época se veía amenazada por el surgimiento de enfermedades que podían prevenirse mediante ciertos actos. El modelo se deriva de múltiples aportaciones de autores y grupos de investigación, influenciados por las teorías de estímulo-respuesta y la teoría cognitiva.

El Modelo de Creencias en Salud (MCS), al ser uno de los modelos más antiguos, ha evolucionado y ha sido adaptado para aplicarse en distintas poblaciones. Lo que resulta en la incorporación de numerosas variables exógenas y creencias específicas (Moreno y Roales, 2003).

En el presente trabajo de investigación el MCS se utiliza como base para el entendimiento de las creencias que puedan influenciar las posibles conductas de los padres en el cuidado de la salud oral de los hijos.

Los elementos fundamentales del Modelo de Creencias en Salud (MCS) incluyen la susceptibilidad, la severidad, los beneficios y las barreras; sin embargo, se reconoce como críticas las dos primeras dimensiones, y la *susceptibilidad* queda fuera cuando ya se padece la enfermedad, por lo que las otras tres pasan a ser parte clave para mantenimiento del cuidado. A continuación, se mencionan los conceptos que engloban las dimensiones (Moreno y Roales, 2003).

SUSCEPTIBILIDAD

Esta dimensión evalúa cómo la percepción de los sujetos varía con la vulnerabilidad a enfermar; se refiere a la verdad subjetiva que tiene cada individuo sobre el peligro de enfermarse (Moreno y Roales, 2003).

SEVERIDAD

La dimensión de severidad abarca las creencias relacionadas con la gravedad de contraer una enfermedad o dejarla sin tratar. Esta dimensión considera dos tipos de repercusiones asociadas a la pérdida de salud: las sociales y las repercusiones médico-clínicas. Esta dimensión se vio ejecutada mediante la respuesta de los padres a una serie de preguntas y enunciados que cuestionaban las verdades subjetivas sobre seriedad de las enfermedades orales más comunes en los niños como la caries (Moreno y Roales, 2003).

BENEFICIOS

Hace referencia a las creencias del individuo, en relación con la efectividad de las conductas que estén a su alcance a la hora de enfrentarse con alguna enfermedad. Los beneficios se mantuvieron presentes mediante enunciados que cuestionaban los beneficios de las conductas para el cuidado de la salud oral (Moreno y Roales, 2003).

BARRERAS

Las barreras son aquellas que percibe el sujeto y que se oponen a la realización de la conducta; ante lo cual se esperaría una acción, pero al percibir un obstáculo -aspecto negativo-, la acción no será la esperada. De igual manera que las anteriores dimensiones, las barreras se indagaron mediante una serie de planteamientos que tomaban a los principales factores que intervienen como obstáculo para la ejecución de algunas conductas preventivas (Moreno y Roales, 2003).

CLAVES PARA LA ACCIÓN Y FACTORES MODULADORES

Aparte de los componentes básicos del MCS, algunos autores, señalan la necesidad de incluir ciertos estímulos internos o externos que son necesarios para el proceso de la toma de decisiones, a los que se les llama “claves para la acción”. Existen además otras dimensiones que pueden ser incluidas, como “motivación”, “efectividad percibida”, “importancia” o “locus de control” entre otras, las cuales pueden determinar el cambio de comportamiento que una persona puede tener para el cuidado de su salud (Moreno y Roales, 2003; Cruces, 2014).

1.3 ESTUDIOS RELACIONADOS

1.3.1 ESTUDIOS CUANTITATIVOS

En 2017 Carlos Medrano y colaboradores realizaron un estudio observacional descriptivo y transversal en donde estudiaron los conocimientos, creencias y percepciones de estudiantes del área médica de Zacatecas en México. Donde se observó una asociación en la creencia de “saber atender los problemas de caries”, de “cómo realizar la higiene oral infantil” y en la percepción entre la información y la licenciatura. Lo que da pie a incentivar el desarrollo y mejoras en la enseñanza del cuidado de la salud oral infantil (Carlos et al., 2017, p. 46).

Durante 2018 Clarke y Shaw Ridley analizaron las actitudes, creencias y comportamientos de padres afroamericanos sobre las medidas preventivas contra la caries de prescolares en Florida, Estados Unidos. Se concluyó que las actitudes y creencias de los padres sobre la salud bucal de sus hijos son positivas, a excepción de las medidas de control externo (prevenir las caries es responsabilidad del odontólogo). La mayoría de los padres han aceptado que son los principales responsables de prevenir la caries de sus hijos. Si bien este es un resultado positivo, es importante que también reconozcan que llevar a sus hijos al dentista es parte de esa responsabilidad ya que menos del 50% de los padres refirieron haber llevado a su hijo a la aplicación del flúor con el odontólogo (Clarke y Shaw, 2018, p. 731).

Igualmente, en 2018 Anne R. Wilson y colaboradores realizaron la validación de un instrumento basado en el modelo de creencias en salud oral en padres de una comunidad india en estados unidos que tomaba las dimensiones de susceptibilidad, severidad, beneficios, barreras y autoeficacia del modelo de creencias en salud. La mayoría de sus participantes fueron mujeres y de acuerdo

con sus características sociodemográficas se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la severidad percibida con el nivel de estudios de los padres y el sexo femenino; así también padres jóvenes y con mayor nivel educativo percibieron grandes beneficios y menores barreras a la adherencia a las conductas en salud oral recomendadas (Wilson et al., 2018, p. 7).

En 2019 Setiawan, Kendhawatiy y Agustiani analizaron el modelo de creencias dentales de los padres, al saber que su comportamiento y creencias pueden tener un impacto negativo como una fuente de miedo a la atención odontológica, y se concluyó que la percepción y el comportamiento de los padres se correlacionan con la formación de miedo dental en niños de edad preescolar (Setiawan et al., 2019, p.426).

Por otra parte, Somphone Phanthavong y colaboradores describieron el comportamiento de salud oral de los niños y su asociación con la caries dental infantil, así también evaluaron las asociaciones entre el comportamiento de cepillado de dientes de los niños y las creencias de los tutores. Encontraron una prevalencia de caries en el 82% de los niños y concluyeron que la conducta de cepillado dental de los niños se asoció con la autoeficacia de los tutores para hacer que sus hijos se cepillaran los dientes dos veces al día (Phanthavong et al, 2019, p.1).

Otro estudio durante 2019 analizó las creencias, conocimientos y prácticas de las madres respecto a la salud bucal en Popayán, Colombia. En sus resultados destaca la influencia maternal sobre los hábitos en salud de la familia y de los niños. La mayoría creyó que el riesgo de padecer caries dentales es debido a malos hábitos mientras que menos de la cuarta parte de la población consideró que los dientes solo deben durar algunos años (Rengifo y Muñoz, 2019, p.2).

1.3.2 ESTUDIOS CUALITATIVOS

En un estudio realizado por Vázquez, Ramírez y Aravena (2015) se investigaron las creencias, conocimientos y prácticas de los padres y/o tutores de preescolares en la región metropolitana de Chile. Los resultados indicaron que existe una percepción de correlación entre la salud bucal y una buena apariencia, y se reconoció la importancia de una buena higiene oral para lograr este objetivo. Así también fue consistente el hecho de que las mujeres son las responsables de la creación de hábitos para el cuidado oral y que una buena percepción sobre salud oral se daba en aquellos preescolares cuyos padres se preocupaban y supervisaban la higiene bucal y restringían los hidratos de carbono (Vásquez et al., 2015, p.220).

De igual manera, durante 2015 Dujister y colaboradores exploraron en padres y madres de familia las barreras y los facilitadores que influenciaban los comportamientos en salud oral en los niños. El estudio se llevó a cabo en Holanda y contó con padres oriundos de ese país y padres originarios de Marruecos y Turquía; se identificaron muchas influencias en el comportamiento de salud oral de los niños. La influencia en el cepillado dental de los niños provenía directamente del entorno familiar al igual que el consumo de alimentos y bebidas azucaradas (Dujister et al., 2015, p.1).

En el 2020 Humeres, Guzmán, Madrid y colaboradores analizaron cualitativamente las prácticas en salud oral de madres e hijos de 2 a 5 años en sus barreras y facilitadores. Identificaron que las madres se sienten responsables de la salud oral de sus hijos y que el padre y el hijo ejercen un rol más pasivo en el cuidado de este (Humeres et al., 2020, p. 1).

Durante 2021 Segovia Chamorro y colaboradores en un artículo de revisión estudiaron las creencias en salud bucal de pacientes de una facultad de odontología y se identificaron cinco categorías relacionadas con las creencias sobre caries dental, enfermedad periodontal, pérdida de los dientes e higiene oral. Los resultados revelaron que las personas que acuden a una facultad de odontología para recibir atención presentan creencias más enfocadas en la caries dental que en la periodontitis o la pérdida de los dientes. Además, se observó que las creencias en salud generalmente se originan en la familia y en conocidos, en lugar de provenir de profesionales de la salud (Segovia et al., 2021, p.1).

Por su parte, Shrikrishna y colaboradores exploraron las percepciones y desafíos enfrentados por los padres de niños con caries temprana de la infancia al realizar prácticas de higiene oral rutinarias para sus hijos. Y concluyeron que los padres enfrentaban una grave falta de conocimiento, lo cual dificulta la selección de los productos adecuados de higiene oral para sus hijos. Además, enfrentan barreras para implementar rutinas de higiene oral para sus hijos, a pesar de ser conscientes de la importancia del cepillado dental (Shrikrishna et al., 2021, p.4).

En un estudio de 2021, Olave Müller y su equipo exploraron las creencias de padres y cuidadores de niños preescolares en relación con la salud oral. Los participantes atribuían la responsabilidad de los cuidados a profesionales de la salud y manifestaban falta de información comprensible para replicar prácticas adecuadas. La postergación de visitas al odontólogo se debía a malas experiencias previas y falta de acceso a servicios. Aunque resaltaban la importancia estética y social de la salud dental, se identificaron barreras para una adecuada atención. Estos hallazgos enfatizan la necesidad de mejorar la comprensión, abordar experiencias negativas y facilitar el acceso a servicios odontológicos (Olave et al., 2021, p.888).

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La caries y otras enfermedades representan un desafío importante en el ámbito de la salud pública, con altos índices de morbilidad y una prevalencia significativa. En México, en el año 2019, se registró que el 70% de los niños de 2 a 5 años sufrieron de caries en la infancia temprana, y un 35% de los infantes de 3 a 5 años también fueron afectados por esta condición. La cual se define como cualquier signo de caries en una superficie lisa según los criterios establecidos por la Academia Americana de Odontología Pediátrica. En el rango de edad de 3 a 5 años, se considera Caries Severa de la Infancia Temprana (CSIT) cuando se observa la presencia de uno o más dientes cariados (cavitados o no), ausentes (debido a caries) o restaurados en la dentición primaria anterosuperior. Es bien conocido que esta enfermedad puede prevenirse de manera oportuna a través de una buena higiene oral (Secretaría de Salud, 2019).

Por lo tanto, la CIT es la consecuencia de un conjunto de factores que interactúan simultáneamente como la ignorancia por parte de los padres o cuidadores y una percepción parental distorsionada que indirectamente conllevan a malos hábitos dietéticos y deficiente higiene oral (Tiol, 2021).

De otra manera se infiere que la salud oral de niños en edad preescolar es dependiente de los padres por ende si ellos no cuentan con la preparación necesaria para su cuidado la salud oral del infante se puede ver disminuida, al igual que su calidad de vida.

En México existe un vacío de conocimiento en estudios sobre las creencias parentales acerca de la salud oral de los hijos, hay un retraso en cuanto a la distribución del cuidado de la salud oral de los infantes, siendo la madre la principal responsable; esta responsabilidad asignada culturalmente a la madre podría constituir una problemática y limitante para alcanzar una mejor salud. La presente investigación aporta conocimiento que ayude a la retroalimentación o

diseño de políticas, programas y estrategias enfocados a la mejora y la concientización del cuidado de salud oral en menores de edad.

3. JUSTIFICACIÓN

La salud oral forma parte del bienestar general de las personas, por lo que su mal cuidado puede desencadenar una serie de enfermedades que pueden afectar la calidad de vida, dichos padecimientos pueden ser prevenibles mediante el manejo y control de algunos factores clave.

Dado que la caries temprana de la infancia es una enfermedad compleja resultado de múltiples determinantes biológicos, sociales y psicológicos que pueden propiciar su inicio o agravar su evolución es imprescindible estudiar la mayor cantidad de ellos.

Se propone a las creencias parentales como un elemento clave de estudio ya que son ellas quienes en primera estancia influyen el proceso cognitivo de los padres dando como resultado la ejecución de las practicas preventivas en salud oral; estudios cualitativos mencionan cómo las madres consideran a la caries dental como una enfermedad con poca repercusión en la salud general y el desarrollo de sus hijos; lo que impide el uso de servicios odontológicos preventivos de manera oportuna (Santos et al., 2021).

En México existe un vacío de conocimiento en estudios sobre las creencias parentales acerca de la salud bucal de los hijos. Gracias a la información generada se puede tener una mejor idea acerca de las posibles creencias que los padres tienen en materia de prevención y salud oral de los preescolares; estos datos aportan conocimiento que retroalimenten el diseño de políticas, programas de intervención para mejorar la educación de los padres sobre el cuidado oral y estrategias enfocados a la mejora de la salud oral en menores de edad.

4. HIPÓTESIS

Ha1: La prevalencia de creencias favorables en mamás es alta en un 60% en comparación con el 50% de los papás.

Ha2: El 50% o más de las madres se hacen responsables del cuidado de la salud oral de los hijos.

5. OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GENERAL:

Analizar las creencias parentales sobre salud oral en preescolares mexicanos.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Cuantitativos:

- Analizar diferencias según características sociodemográficas.
- Determinar la prevalencia de creencias favorables y desfavorables.
- Comparar las creencias entre padres y madres de familia.
- Identificar el principal responsable del cuidado oral.

Cualitativos:

- Describir las creencias sobre la importancia de la salud oral.
- Describir las barreras y los facilitadores.
- Describir los roles parentales (padres) en el cuidado de la salud oral.

6. MATERIALES Y MÉTODOS

6.1 DISEÑO DEL ESTUDIO.

Estudio mixto; transversal comparativo; y cualitativo con base a la teoría fundamentada.

6.2 UNIVERSO DE ESTUDIO.

Padres y madres de prescolares del área metropolitana de Nuevo León.

6.3 POBLACIÓN DE ESTUDIO.

Padres y madres de prescolares que asisten a preescolar en el área metropolitana de Nuevo León.

6.3.1 CRITERIOS DE SELECCIÓN

6.3.1.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Padres de familia que firmen y completen el consentimiento informado.

6.3.1.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Abuelos u otros familiares que colaboren con el cuidado del preescolar.

6.3.1.3 CRITERIO DE ELIMINACIÓN

- Información incompleta o instrumentos de medición incompletos en un 50%.
- Todo padre de familia que decida abandonar el protocolo de investigación.

- Padres que tengan estudios de licenciatura relacionados con la odontología

6.4 TÉCNICA MUESTRAL

Cuantitativa: No probabilística por conveniencia.

Cualitativa: muestreo teórico (no probabilístico) hasta lograr la saturación de los datos obtenidos. Inicialmente se deberá contar con al menos 8 madres y 8 padres.

6.5 CÁLCULO DEL TAMAÑO DE MUESTRA

La estimación del tamaño de muestra se realizó por medio de la fórmula para la estimación de dos proporciones en una población infinita, según la hipótesis: *“la prevalencia de creencias favorables en mamás es alta en un 60% en comparación con el 50% de los papás”* con un nivel de confianza del 95%, una precisión del 5% y ajuste por pérdidas del 15%. Se obtuvieron diferentes tamaños de muestra de acuerdo con las distintas hipótesis y se tomó en cuenta la que presentaba mayor proporción, esto para garantizar la identificación del fenómeno $n= 718$ como tamaño mínimo de muestra (359 padres y 359 madres).

6.6 VARIABLES

Figura 1

Esquema de variables

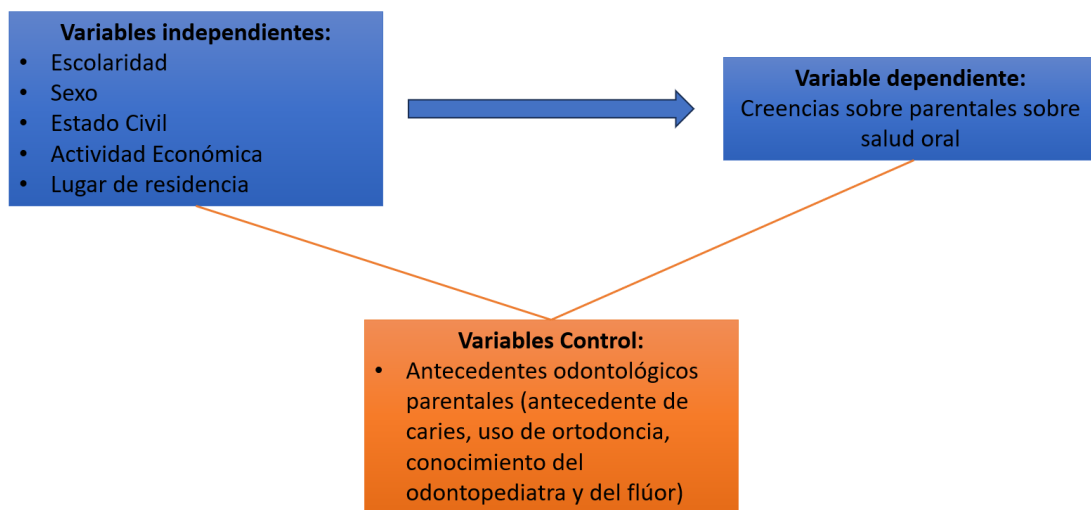


Tabla 1. Tabla de variables

Operacionalización de variables				
Variable	Tipo de variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición
Creencias parentales	Dependiente	Pensamientos que se consideran como verdaderos sobre una determinada cuestión.	<p>Cuestionario de creencias en salud oral de Nakazono.</p> <p>Para obtener las creencias se sumará los valores de los ítems.</p> <p>≥ 14 pts. = Creencias favorables</p> <p>≤ 13 pts. = Creencias desfavorables</p>	Continua
Severidad	Dependiente	Creencias sobre la gravedad de contraer una determinada enfermedad oral o dejarla sin tratar una vez contraída.	<p>4 ítems (preguntas 1, 2, 3 y 4) en escala de Likert:</p> <p>Nada = 0</p> <p>Muy poco = 0</p> <p>Algo o poco = 0</p> <p>Mucho = 1</p> <p>4 pts. = Severidad percibida</p>	Continua

			VARIABLE DE ENTREVISTA	
Importancia	Dependiente	Creencias sobre la relevancia de cuidar la salud oral de los prescolares.	<p>3 ítems (preguntas 5, 6, y 7) en escala de Likert:</p> <p>Nada = 0</p> <p>Muy poco = 0</p> <p>Algo o poco = 0</p> <p>Mucho = 1</p> <p>3 pts. = Importancia Percibida</p> <p>VARIABLE DE ENTREVISTA</p>	Continua
Barreras	Dependiente	Obstáculos que impiden o dificultan el cuidado de la salud oral del precolar.	<p>3 ítems, la pregunta 8 en escala de Likert:</p> <p>No, nada = 1</p> <p>Muy poco = 0</p> <p>Algo o poco = 0</p> <p>Sí, mucho = 0</p> <p>La pregunta 9 en escala de Likert:</p> <p>No, nada = 0</p> <p>Muy poco = 0</p>	Continua

			<p>Algo o poco = 0</p> <p>Sí, mucho = 1</p> <p>La pregunta 10 en escala de Likert:</p> <p>No, ninguno = 0</p> <p>Muy pocos = 0</p> <p>Algunos o pocos = 0</p> <p>Sí, muchos = 1</p> <p>3 pts. = Barreras percibidas</p> <p>VARIABLE DE ENTREVISTA</p>	
Motivación	Dependiente	La capacidad de motivación que tiene para el cuidado de la salud oral.	<p>3 ítems (preguntas 11, 12 y 13) en escala de Likert:</p> <p>Nada = 0</p> <p>Muy poco = 0</p> <p>Algo o poco = 0</p> <p>Mucho = 1</p> <p>3 pts. = Motivación percibida</p> <p>VARIABLE DE ENTREVISTA</p>	Continua

Beneficios	Dependiente	Beneficios percibidos de estrategias para el cuidado de la salud oral.	<p>3 ítems (preguntas 14, 15 y 16) en escala de Likert:</p> <p>Nada = 0</p> <p>Muy poco = 1</p> <p>Algo o poco = 2</p> <p>Mucho = 3</p> <p>Promedio mínimo = 2 pts.</p> <p>VARIABLE DE ENTREVISTA</p>	Continua
Efectividad	Dependiente	Creencias sobre la efectividad de los servicios privados y públicos para la solución de los problemas dentales.	<p>2 ítems (preguntas 17 y 18) en escala de Likert:</p> <p>Nada = 0</p> <p>Muy poco = 0</p> <p>Algo o poco = 0</p> <p>Mucho = 1</p> <p>2 pts. = Efectividad percibida</p> <p>VARIABLE DE ENTREVISTA</p>	Continua

Responsabilidad sobre el cuidado oral	Dependiente	Identificación percibida del padre o madre como principal responsable del cuidado oral.	6 ítems (preguntas 1 a 6 de la segunda parte del cuestionario) en escala de Likert: Nunca = 0 Casi nunca = 0 Algunas veces = 0 Casi siempre = 1 Siempre = 1 6 pts.= Responsable del cuidado de la salud oral VARIABLE DE ENTREVISTA	Continua
Sexo (parentesco con el preescolar)	Independiente	Características biológicas y físicas que definen a los seres humanos como hombre (padre) y mujer (madre).	1. Papá 2. Mamá	Categórica
Edad	Independiente	Años cumplidos	¿Cuántos años tiene?	Continua
Escolaridad	Independiente	Nivel educativo de los padres.	1. Primaria 2. Secundaria 3. Preparatoria/ carrera técnica	Categórica

			4. Universidad	
Estudios previos en odontología	Independiente	Si el papá o mamá estudió previamente para ser odontólogo.	1. Sí. 2. No.	Categorica
Estado civil	Independiente	Condición que caracteriza a una persona en lo que hace a sus vínculos personales.	1. Soltero(a) 2. Casado(a) 3. Viudo(a) 4. Divorciado(a) 5. Unión libre	Categorica
Lugar de residencia	Control	Lugar en el cual la persona ha permanecido ahí por algún tiempo indeterminado.	1. Monterrey 2. San Nicolás 3. San Pedro 4. Santa Catarina 5. Apodaca 6. García 7. Escobedo Otro	Categorica
Ocupación	Independiente	Condición de realizar una actividad física o intelectual con el objetivo de ser remunerado económicamente.	1. Empleado(a)/ autoempleado(a) 2. Desempleado(a) 3. Amo(a) de casa 4. Jubilado(a) 5. Estudiante	Categorica

<p>Antecedentes odontológicos del padre</p>	<p>Control</p>	<p>Los antecedentes patológicos orales y de uso de servicios odontológicos.</p>	<p>A) Frecuencia con la que acude a realizarse limpieza dental.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cada 6 meses 2. Una vez al año 3. Cada 2 años 4. Nunca <p>B) Antecedentes de caries.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sí 2. No 3. No sé <p>C) Antecedentes de ortodoncia.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sí 2. No <p>D) Conocimiento sobre el odontopediatra.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sí 2. No <p>E) Conocimiento sobre el flúor.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sí 2. No 	<p>Categorica</p>
--	----------------	---	---	-------------------

6.7 INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN

Cuantitativo.

Para medir las creencias sobre salud oral, se utilizó una adaptación transcultural del cuestionario de creencias en salud oral de Nakazono (Cruces, 2014; Anexo B;), que originalmente cuenta con 6 dimensiones que corresponden a: la importancia, la severidad, barreras, motivación, beneficios y autoeficacia, y 18 ítems evaluados con una escala de Likert de 4 puntos la cual fue modificada, categorizada de la siguiente manera del 0 al 2 como “0” y 3 como “1”. Entre mayor puntuación, más positivo era el resultado de la encuesta.

El análisis de las creencias parentales se llevó a cabo mediante tres niveles de categorización. En el primer nivel, se sumaron todas las respuestas de la encuesta y se clasificaron como 'favorables' o 'desfavorables'. Esta generalización permitió agrupar todas las creencias planteadas por el instrumento en dichas categorías.

En el segundo nivel, los ítems del instrumento se dimensionaron según las dimensiones del modelo de creencias en salud. Por lo tanto, la categorización se enfocó en determinar si se percibía o no un grado de severidad, importancia, barreras, motivación, beneficios y efectividad en el cuidado de la salud oral de los preescolares, de acuerdo con las creencias de los participantes.

Finalmente, se realiza un análisis detallado y específico de cada una de las creencias, según lo propuesto por la adaptación transcultural de la escala de Nakazono. En este nivel de categorización, el enfoque se centra en determinar si el participante cree o no en los enunciados propuestos, con el objetivo de obtener una comprensión más precisa de las creencias individuales.

El primer nivel se categorizó como “creencias favorables” y “creencias desfavorables”; el segundo nivel categorizó sus resultados como “Sí percibe” o “No percibe”; y por el tercer nivel como “Sí cree” o “No cree”.

Además, se hizo la comparación de las creencias entre padres y madres; y se buscaron relaciones con el perfil sociodemográfico y algunos otros datos incluidos en la encuesta.

En la versión actual del instrumento, se realizaron algunas modificaciones significativas. Se añadió una dimensión adicional denominada "Responsabilidad parental en el cuidado de la salud oral del preescolar". Esta dimensión consta de 6 enunciados, evaluados mediante una escala de Likert de 5 puntos. La escala se categoriza del 0 al 3 como "No responsable" y del 4 al 5 como "Responsable". Estos enunciados se diseñaron para identificar la presencia de responsabilidad en el cuidado de salud oral de los hijos preescolares de acuerdo con sus prácticas.

Cualitativo.

Para el apartado cualitativo, se realizaron entrevistas semiestructuradas audio grabadas.

La Guía de la entrevista, integró los ítems de las distintas dimensiones del modelo de creencias en salud (ANEXO C), además de indagar sobre los roles parentales en el cuidado de la salud oral.

6.8 PROCEDIMIENTOS

Fase 1:

Con la autorización de directivos de escuelas públicas de nivel preescolar ubicadas en el área metropolitana de Monterrey, se invitó a papás y mamás de familia a participar en el estudio. A quienes accedieron se les hizo llegar la Carta de Consentimiento Informado junto con la encuesta por medio de las profesoras de sus hijos. Al igual que se extendió una invitación para participar voluntariamente en la Fase 2 del estudio, la cual contempló las entrevistas.

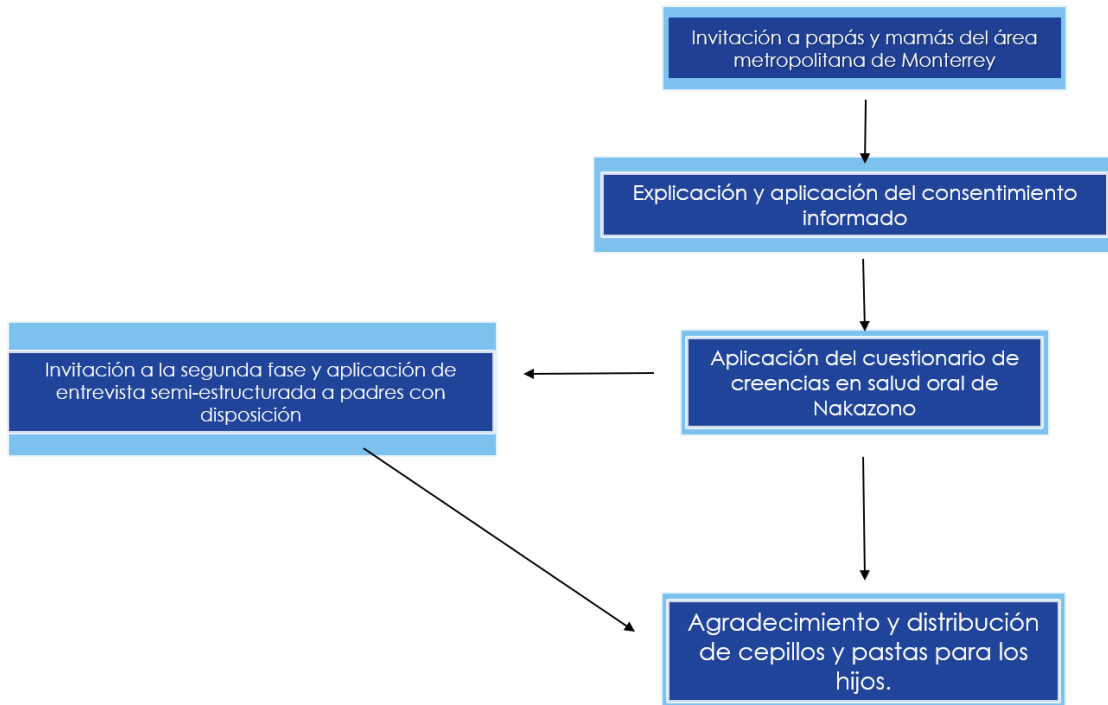
Fase 2:

Se realizaron entrevistas semiestructuradas audio grabadas a papás y mamás que aceptaron participar en la segunda fase. Se agendaron las citas de forma presencial según lugar y horarios acorde a sus posibilidades; se aseguró y se tuvieron los cuidados para que el lugar fuera privado y adecuado para tener una comunicación y audio grabación óptimas. Sin embargo, la mayoría de los casos la entrevista fue llevada a distancia por medio de videollamada.

Para el control de calidad, se llevó a cabo una previa capacitación general sobre el manejo de los programas Atlas.Ti y SPSS, así como el entrenamiento para realización de las entrevistas cualitativas. Además, la directora de proyecto auditó las bases de datos.

Figura 2

Fig. 2 Flujograma de procedimientos



6.9 PLAN DE ANÁLISIS

Estadística Descriptiva

Se utilizaron las medidas de tendencia central y dispersión para variables continuas, y las frecuencias porcentuales para las variables categóricas mediante el paquete estadístico SPSS.

Estadística Inferencial

Se utilizaron pruebas de diferencia de proporciones para las Ha1 y Ha2, al igual que pruebas de Chi2 para los resultados.

Análisis cualitativo

Se utilizó la codificación abierta, axial y selectiva mediante el programa Atlas Ti.

7. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Este proyecto de investigación cumplió con las disposiciones establecidas en el reglamento de la Ley General de Salud (LGS), específicamente en el Título Quinto sobre Investigación para la Salud. De acuerdo con el artículo 102, fracción I, IV y V, se asegura que la investigación en salud respete la dignidad e integridad de las personas sujetas a estudio. Para ello, se requirió la aprobación del Comité de Ética e Investigación de la Facultad de Salud Pública y Nutrición de la Universidad Autónoma de Nuevo León (Cámara de Diputados, 2022).

Se siguió lo establecido en el artículo 100, fracción III, que enfatiza la importancia de preservar la dignidad y proteger los derechos de los participantes en la investigación. Se garantizó la privacidad y el anonimato de los datos recopilados, sin incluir los nombres de los participantes en los cuestionarios utilizados. El investigador responsable se encargó de resguardar los datos durante cinco años y, al finalizar este periodo, los destruirá. Los resultados del estudio se presentaron de manera general.

Según el artículo 100, fracción III, este estudio no representó riesgos o daños innecesarios para la seguridad física o mental de los participantes, ya que sólo se indagó sobre las creencias en salud oral de los hijos en edad preescolar. Asimismo, se cumplió con el artículo 100, fracción IV, obteniendo el consentimiento informado por escrito de los participantes, quienes fueron informados sobre los objetivos de la investigación y las posibles consecuencias positivas o negativas para su salud.

El consentimiento informado incluyó los siguientes aspectos, de acuerdo con el reglamento:

1. Justificación y objetivo de la investigación.
2. Procedimientos y su propósito.
3. Breve descripción de la encuesta que se contestó, la cual no representa riesgo.
4. Beneficios observables.
5. Garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta relacionada con la investigación.
6. Libertad de retirar el consentimiento en cualquier momento del estudio.
7. Confidencialidad de los datos recopilados.
8. Compromiso de proporcionar información obtenida durante el estudio.

La selección de los participantes se llevó a cabo sin discriminación de ningún tipo, sin sesgo social, étnico, racial, sexual o cultural.

8. RESULTADOS CUANTITATIVOS

8.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

Durante el periodo agosto 2022 – julio 2023 se recolectaron datos en 385 padres y 385 madres que tenían a sus hijos inscritos en centros educativos preescolares del área metropolitana de Nuevo León, México. 78.9% de los participantes radicaba en el municipio de General Escobedo N.L., mientras que el resto se encontraba viviendo en municipios aledaños como Monterrey (15.9%), San Nicolás (1.2%) y García (2.3%) entre otros (Tabla 2).

La media de edad se situó en 31 ± 7 años con un valor mínimo de 19 y un máximo de 72 años; 37.5% de los encuestados estuvo en el rango de los 25 a los 30 siendo el grupo quinquenal con mayor frecuencia.

La distribución porcentual de las personas según su estado civil muestra que 50.8% de los padres estaban casados, 26.9% se encontraban en unión libre y 19.1% divorciado. 63.2% de los participantes se encontraban económicamente activos, de los cuales 28.9% son madres (Tabla 2).

9.6% del total de los encuestados realizaron estudios universitarios. La mayoría (47.5%) de los padres tenían hasta la secundaria terminada; 7.2% de ellos solo tenía estudios de primaria (Tabla 2).

Tabla 2. Distribución sociodemográfica de los participantes

Escolaridad	Padre	Madre	Total
Primaria	37 (9.8%)	18 (4.8%)	55 (7.2%)
Secundaria	173 (45.6%)	186 (49.5%)	359 (47.5%)
Preparatoria/ Carrera técnica	129 (34%)	139 (37%)	268 (35.4%)
Universidad	40 (10.6%)	33 (8.8%)	73 (9.6%)
Total	379 (100%)	376 (100%)	755 (100%)
Estado Civil			
Casado(a)	202 (52.9%)	188 (52.2%)	390 (50.8%)
Divorciado(a)	5 (1.3%)	142 (46.6%)	147 (19.1%)
Unión libre	152 (39.8%)	55% (55)	207 (26.9%)
Viudo(a)	2 (.5)	4 (1%)	6 (.7%)
Soltero(a)	21 (5.5%)	52 (13.5%)	73 (9.5%)
Total	382 (100%)	385 (100%)	767 (100%)
Ocupación			
Económicamente activo(a)	375 (97.7%)	111 (28.9%)	486 (63.2%)
Económicamente inactivo(a)	9 (2.3%)	273 (71.1%)	282 (36.7%)
Total	384 (100%)	384 (100%)	768 (100%)
Lugar de residencia			
Monterrey	67 (18.9%)	48 (13.2%)	115 (15.9%)
San Nicolás	9 (2.5%)		9 (1.2%)
Santa Catarina	2 (.6%)	.3% (1)	3 (.4%)
García	13 (3.7%)	4 (1.1%)	17 (2.3%)
Escobedo	259 (73%)	309 (84.9%)	568 (78.9%)
Otro	5 (1.4%)	5 (.5%)	10 (1.3%)
Total	355 (100%)	364 (100%)	719 (100%)

Fuente: Datos obtenidos de la encuesta

8.2 ANTECEDENTES ODONTOLÓGICOS

Los principales antecedentes utilizados como variables control fueron: la frecuencia con la que padres y madres efectuaban su profilaxis oral, sus precedentes sobre caries y si habían estado bajo algún tratamiento ortodóntico. Los resultados fueron los siguientes:

43.4% de padres y madres refirió realizarse un profiláctico oral una vez al año. 19.1% nunca se lo había realizado.

21.5% de padres y madres acude a profilaxis oral cada 6 meses; esto sin diferencias estadísticas significativas según sexo (Tabla 3).

Tabla 3. Frecuencia de profilaxis oral según sexo

Informante	Cada 6 meses	Una vez al año	Cada 2 años	Nunca	Total	χ^2	p
Padre	84 (22.3%)	148 (39.3%)	66 (17.5%)	79 (21.0%)	377 (100%)	5.522	.137
Madre	78 (20.7%)	179 (47.5%)	55 (14.6%)	54 (17.2%)	377 (100%)		
Total	162 (21.5%)	327 (43.4%)	121 (16.0%)	144 (19.1%)	754 (100%)		

Fuente: Datos obtenidos de la encuesta

Por otro lado, 46.9% mencionó haber padecido caries dental en sus antecedentes; 13.1% desconocía si padecía la enfermedad en el momento de la encuesta; mientras que 40.0% refirió no tenerla (Tabla 4).

Tabla 4. Antecedentes de caries dental según sexo

Informante	Sí	No	No sé	Total	χ^2	p
Padre	170 (45.0%)	163 (43.1%)	45 (11.9%)	378 (100%)	3.287	.193
Madre	188 (48.8%)	142 (36.9%)	55 (14.3%)	385 (100%)		
Total	358 (46.9%)	305 (40.0%)	100 (13.1%)	763 (100%)		

Fuente: Datos obtenidos de la encuesta

En cuanto a otros antecedentes, 14.3% había estado bajo tratamiento de ortodoncia, las madres con mayor frecuencia (Tabla 5). Sin diferencias estadísticas significativas por sexo.

Tabla 5. Antecedentes de uso de ortodoncia según sexo

Informante	Sí	No	Total	χ^2	p
Padre	46 (12.2%)	330 (87.8%)	376 (100%)	2.643	.104
Madre	63 (16.4%)	322 (83.6%)	385 (100%)		
Total	109 (14.3%)	652 (85.7%)	761 (100%)		

Fuente: Datos obtenidos de la encuesta

8.3 CONOCIMIENTOS SOBRE SERVICIOS ODONTOLÓGICOS

Otras variables de control fueron los conocimientos básicos que los encuestados tenían sobre el ámbito odontológico como: el conocimiento sobre la existencia de los especialistas en odontopediatría y los beneficios del flúor.

45.2% desconocía sobre el especialista de los niños en odontología (odontopediatría). Se encontró diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.05$) por sexo (Tabla 6).

Tabla 6. Conocimiento sobre el odontopediatra según sexo

Informante	Sí	No	Total	χ^2	p*
Padre	191 (50.7%)	186 (49.3%)	377 (100%)	5.153	.023
Madre	226 (58.9%)	158 (41.1%)	384 (100%)		
Total	417 (58.8%)	344 (45.2%)	761 (100%)		

Fuente: Datos obtenidos de la encuesta. $p < .05$ asociación significativa.

Por otra parte, 29.9% de los participantes desconocía el uso de flúor como método preventivo de la caries dental. Se encontró una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.05$) por sexo ya que fueron las madres quienes tuvieron mayor conocimiento al respecto (Tabla 7).

Tabla 7. Conocimiento sobre el uso flúor según sexo

Informante	Sí	No	Total	χ^2	p*
Padre	241 (64.1%)	135 (35.9%)	376 (100%)	12.781	.000
Madre	291 (76.0%)	92 (24.0%)	383 (100%)		
Total	532 (70.1%)	227 (29.9%)	759 (100%)		

Fuente: Datos obtenidos de la encuesta. $p < .05$ asociación significativa.

8.4 CREENCIAS PARENTALES SOBRE SALUD ORAL DE PREESCOLARES MEXICANOS

73.9% de los participantes presentaron creencias desfavorables sobre salud oral de los preescolares. 26.1% poseía creencias favorables. Se encontró una diferencia estadística significativa ($p < 0.05$) por sexo; estos resultados coinciden con la primera hipótesis alterna planteada por el estudio, dicho resultado se menciona más adelante (Tabla 8).

Tabla 8. Comparación de creencias parentales sobre salud oral de preescolares mexicanos según sexo

Informante	Creencias desfavorables	Creencias favorables	Total	χ^2	p^*
Papá	293 (77.3%)	86 (22.7%)	379 (100%)		
Mamá	268 (70.5%)	112 (29.5%)	380 (100%)	4.527	.033
Total	561 (73.9%)	198 (26.1%)	759 (100%)		

Fuente: Datos obtenidos de la encuesta. $p < .05$ asociación significativa.

En el análisis de las creencias según características sociodemográficas, 81.7% de padres y madres que contaban con estudios universitarios; y 28.6% de participantes que se encontraban soltero(a)s presentaron creencias favorables (Tabla 9).

Por otra parte, se observó que 29.8% de los encuestados estaban económicamente inactivos; al igual que 44.4% de ellos que residían en el municipio de San Nicolás, poseían creencias favorables sobre salud oral (Tabla 10). No se encontraron diferencias estadísticas significativas respecto a variables sociodemográficas.

Tabla 9. Comparación de creencias parentales sobre salud oral de preescolares mexicanos según perfil sociodemográfico (escolaridad y estado civil)

Escolaridad	Creencias desfavorables	Creencias favorables	Total	χ^2	p
Primaria	40 (72.7%)	15 (27.3%)	55 (100%)	6.959	.073
Secundaria	270 (76.9%)	81 (23.1%)	351 (100%)		
Preparatorio/ carrera técnica	197 (73.8%)	70 (26.2%)	267 (100%)		
Universidad	44 (62.0%)	58 (81.7%)	71 (100%)		
Total	551 (74.1%)	193 (25.9%)	744 (100%)		
Estado civil					
Casado(a)	276 (75.0%)	92 (25.0%)	368 (100%)	.880	.927
Divorciado(a)	15 (75.0%)	5 (25.0%)	20 (100%)		
Unión libre	213 (72.9%)	79 (27.1%)	292 (100%)		
Viudo(a)	5 (83.3%)	1 (16.7%)	6 (100%)		
Soltero(a)	50 (71.4%)	20 (28.6%)	70 (100%)		
Total	559 (73.9%)	197 (26.1%)	756 (100%)		

Fuente: Datos obtenidos de la encuesta

Tabla 10. Comparación de creencias parentales sobre salud oral de preescolares mexicanos según perfil sociodemográfico (actividad económica y lugar de residencia)

Actividad económica	Creencias desfavorables	Creencias favorables	Total	χ^2	p
Económicamente activo	361 (76.0%)	114 (24.0%)	475 (100%)	3.068	.080
Económicamente inactivo	198 (70.2%)	84 (29.8%)	282 (100%)		
Total	559 (73.8%)	198 (26.2%)	757 (100%)		
Lugar de residencia					
Monterrey	84 (75.0%)	28 (25.0%)	112 (100%)	2.794	.732
San Nicolás	5 (55.6%)	4 (44.4%)	9 (100%)		
Santa Catarina	2 (66.7%)	1 (33.3%)	3 (100%)		
García	13 (81.3%)	3 (18.8%)	16 (100%)		
Escobedo	409 (72.9%)	152 (27.1%)	561 (100%)		
Otro	6 (85.7%)	1 (14.3%)	7 (100%)		
Total	519 (73.3%)	189 (26.7%)	708 (100%)		

Fuente: Datos obtenidos de la encuesta

8.5 CREENCIAS PARENTALES POR DIMENSIONES

DIMENSIÓN DE SEVERIDAD

De acuerdo con las creencias parentales, 30.9% de padres y madres, al igual que 44.4% de participantes que contaba con estudios universitarios percibe un grado de severidad relacionada con padecimientos de la cavidad oral en preescolares (Tabla 11). En el análisis de la severidad percibida de acuerdo con sus datos sociodemográficos, sólo la escolaridad obtuvo diferencia estadística significativa ($p < 0.05$).

Tabla 11. Comparación de la severidad percibida según datos sociodemográficos (sexo y escolaridad)

Informante	No	Sí	Total	χ^2	p
Papá	269 (70.2%)	114 (92.4%)	383 (100%)		
Mamá	260 (67.9%)	123 (31.1%)	383 (100%)	.495	.482
Total	529 (69.1%)	237 (30.9%)	766 (100%)		
Escolaridad					
Primaria	40 (72.7%)	15 (27.3%)	55 (100%)		
Secundaria	255 (71.6%)	101 (28.4%)	356 (100%)		
Preparatorio/ carrera técnica	185 (69.0%)	83 (31.0%)	268 (100%)	7.604	.055*
Universidad	40 (55.6%)	32 (44.4%)	72 (100%)		
Total	520 (69.2%)	231 (30.8%)	751 (100%)		

Fuente: Datos obtenidos de la encuesta. $p < .05$ asociación significativa.

DIMENSIÓN DE IMPORTANCIA

En la importancia percibida, 51.0% de padres y madres percibe un grado de importancia sobre el cuidado de la salud oral de los hijos, el resto no lo percibe (Tabla 12). No hubo diferencias estadísticas significativas.

Tabla 12. Comparación de la importancia percibida según sexo

Informante	No	Sí	Total	χ^2	p
Papá	187 (48.6%)	198 (51.4%)	385 (100%)		
Mamá	190 (49.4%)	195 (50.6%)	385 (100%)	.047	.829
Total	377 (49.0%)	393 (51.0%)	770 (100%)		

Fuente: Datos obtenidos de la encuesta

DIMENSIÓN DE MOTIVACIÓN

48.7% percibe motivación sobre el cuidado de la salud oral del hijo. Se encontró una diferencia estadística significativa ($p < 0.05$) entre padres y madres. (Tabla 13).

58.5% de los encuestados eran económicamente inactivos, y, al igual que 54.8% de los padres y madres que contaban con estudios universitarios, percibía motivación sobre el cuidado de la salud oral de sus hijos (Tabla 13). Ambas variables sociodemográficas demostraron diferencias estadísticas significativas por sexo ($p < 0.05$).

Tabla 13. Comparación de la importancia percibida según datos sociodemográficos (sexo, actividad económica y escolaridad)

Informante	No	Sí	Total	χ^2	p*
Papá	229 (59.8%)	154 (40.2%)	383 (100%)	19.429	.000
Mamá	169 (43.9%)	216 (56.1%)	385 (100%)		
Total	398 (51.8%)	370 (48.2%)	768 (100%)		
Actividad económica					
Económicamente activo	280 (57.9%)	204 (42.1%)	484 (100%)	19.106	.000
Económicamente inactivo	117 (41.5%)	165 (58.5%)	282 (100%)		
Total	397 (51.8%)	369 (48.2%)	766 (100%)		
Escolaridad					
Primaria	28 (50.9%)	27 (49.1%)	55 (100%)	10.483	.015
Secundaria	206 (57.5%)	152 (42.5%)	358 (100%)		
Preparatorio/ carrera técnica	121 (45.3%)	146 (54.7%)	267 (100%)		
Universidad	33 (45.2%)	40 (54.8%)	73 (100%)		
Total	388 (51.5%)	365 (48.5%)	753 (100%)		

Fuente: Datos obtenidos de la encuesta. $p < .05$ asociación significativa.

DIMENSIÓN DE BARRERAS

93% de padres y madres al igual que 94.2% de encuestados que residía en el municipio de Escobedo, percibió barreras que dificultan el cuidado de la salud oral de los hijos (Tabla 14), lo cual arroja una diferencia estadística significativa ($p < 0.05$) según el lugar de residencia del encuestado.

Tabla 14. Comparación de las barreras percibidas según datos sociodemográficos (sexo y lugar de residencia)

Informante	No	Sí	Total	χ^2	p
Papá	23 (7.3%)	357 (92.7%)	385 (100%)		
Mamá	26 (6.8%)	356 (93.2%)	382 (100%)	.064	.801
Total	54 (7.0%)	713 (93.0%)	767 (100%)		
Lugar de residencia					
Monterrey	14 (12.3%)	100 (87.7%)	114 (100%)		
San Nicolás	2 (22.2%)	7 (77.8%)	9 (100%)		
Santa Catarina	0 (0.0%)	3 (100%)	3 (100%)		
García	1 (5.9%)	16 (94.1%)	17 (100%)	22.017	.001*
Escobedo	33 (5.8%)	533 (94.2%)	566 (100%)		
Otro	3 (42.9%)	4 (57.1%)	7 (100%)		
Total	43 (7.4%)	663 (92.6%)	717 (100%)		

Fuente: Datos obtenidos de la encuesta. $p < .05$ asociación significativa.

DIMENSIÓN DE BENEFICIOS

En los beneficios percibidos, 35.2% del total de ellos al igual que 53.4% de encuestados que contaban con estudios universitarios, percibió beneficios en cuidar la salud oral de los hijos (Tabla 15).

Se encontró diferencia estadística significativa en los beneficios percibidos según el grado de escolaridad de los participantes ($p < 0.05$).

Tabla 15. Comparación de los beneficios percibidos según datos sociodemográficos (sexo y escolaridad)

Informante	No	Sí	Total	χ^2	p
Papá	243 (63.3%)	141 (36.7%)	384 (100%)	.734	.391
Mamá	255 (66.2%)	130 (33.8%)	385 (100%)		
Total	498 (64.8%)	271 (35.2%)	769 (100%)		
Escolaridad					
Primaria	41 (74.5%)	14 (25.5%)	55 (100%)	17.270	.001*
Secundaria	248 (69.3%)	110 (30.7%)	358 (100%)		
Preparatorio/ carrera técnica	165 (61.6%)	103 (38.4%)	268 (100%)		
Universidad	34 (46.6%)	39 (53.4%)	73 (100%)		
Total	488 (64.7%)	266 (35.3%)	754 (100%)		

Fuente: Datos obtenidos de la encuesta. $p < .05$ asociación significativa.

DIMENSIÓN DE EFECTIVIDAD

19.8% de los participantes cree que los servicios dentales son efectivos en el cuidado de la salud oral de los hijos (Tabla 16). Hubo diferencias estadísticas significativas ($p < 0.05$) en la efectividad percibida por los padres según su sexo, escolaridad y estado civil.

Tabla 16. Comparación de la efectividad percibida según sexo

Informante	No	Sí	Total	χ^2	p*
Papá	320 (83.6%)	63 (16.4%)	383 (100%)		
Mamá	296 (76.9%)	89 (23.1%)	385 (100%)	5.377	.020
Total	616 (80.2%)	152 (19.8%)	768 (100%)		

Fuente: Datos obtenidos. $p < .05$ asociación significativa.

24.6% de participantes con secundaria terminada al igual que 66.7% que se encontraba viudo(a) percibió un cierto grado de efectividad por parte de los servicios odontológicos en el cuidado de la salud oral de los hijos (Tabla 17).

Tabla 17. Comparación de la efectividad percibida según datos sociodemográficos (escolaridad y estado civil)

Escolaridad	No	Sí	Total	χ^2	p*
Primaria	42 (76.4%)	13 (23.6%)	55 (100%)	12.318	.006
Secundaria	269 (75.4%)	88 (24.6%)	357 (100%)		
Preparatoria/ carrera técnica	231 (86.2%)	37 (13.8%)	268 (100%)		
Universidad	61 (83.6%)	12 (16.4%)	73 (100%)		
Total	603 (80.1%)	150 (19.9%)	753 (100%)		
Estado civil					
Casado(a)	313 (84.4%)	58 (15.6%)	371 (100%)	20.106	.000
Divorciado(a)	19 (95.0%)	1 (5.0%)	20 (100%)		
Unión libre	226 (76.6%)	69 (23.4%)	295 (100%)		
Viudo(a)	2 (33.3%)	4 (66.7%)	6 (100%)		
Soltero(a)	53 (72.6%)	20 (27.4%)	73 (100%)		
Total	613 (80.1%)	152 (19.9%)	765 (100%)		

Fuente: Datos obtenidos de la encuesta. $p < .05$ asociación significativa.

8.6 CREENCIAS PARENTALES ESPECÍFICAS SOBRE SALUD ORAL DE PREESCOLARES MEXICANOS

Las creencias específicas se refieren a la respuesta a los enunciados de cada uno de los reactivos de la escala de creencias.

1. Una caries mal atendida o no atendida puede ser grave

87.1% de los participantes creía que una caries mal o no atendida puede ser grave para la salud de los preescolares (Tabla 18).

Tabla 18. Creencias sobre la gravedad de una caries mal atendida o no atendida según sexo

Informante	No cree	Sí cree	Total	χ^2	p
Padre	52 (13.5%)	333 (86.5%)	385 (100%)		
Madre	47 (12.2%)	338 (87.5%)	385 (100%)		
Total	99 (12.9%)	671 (87.1%)	770 (100%)		

Fuente: Datos obtenidos de la encuesta.

2. Los problemas en los dientes pueden ser causa de mala salud

57.1% de padres y madres creyó que los problemas dentales pueden generar un estado de malestar general. De igual manera, 61.9% de los encuestados que se encontraban económicamente activos creían lo mismo (Tabla 19).

Se encontró una diferencia estadística significativa en la creencia según sexo y actividad económica de los participantes ($p < 0.05$)

Tabla 19. Los problemas dentales son causa de mala salud según sexo y actividad económica

Informante	No cree	Sí cree	Total	χ^2	p*
Padre	148 (38.4%)	237 (61.6%)	385 (100%)	6.292	.012
Madre	182 (47.4%)	202 (52.6%)	384 (100%)		
Total	330 (42.9%)	439 (57.1%)	769 (100%)		
Actividad económica					
Económicamente activo	185 (38.1%)	300 (61.9%)	485 (100%)	12.817	.000
Económicamente inactivo	145 (51.4%)	137 (48.6%)	282 (100%)		
Total	330 (43.0%)	437 (57.0%)	767 (100%)		

Fuente: Datos obtenidos de la encuesta. $p < .05$ asociación significativa.

3. Las caries hacen que los dientes de mi hijo tengan mal aspecto

81.0% de los participantes creía que la caries dental provoca que sus hijos tengan un mal aspecto. 20.5% de los papás y 17.4% de las madres creían lo contrario (Tabla 20).

Tabla 20. Las caries les dan un mal aspecto a los dientes de mi hijo según sexo

Informante	No cree	Sí cree	Total	χ^2	p
Padre	79 (20.5%)	306 (79.5%)	385 (100%)		
Madre	67 (17.4%)	318 (82.6%)	385 (100%)	1.217	.270
Total	146 (19.0%)	624 (81.0%)	770 (100%)		

Fuente: Datos obtenidos de la encuesta.

4. Tener caries o dientes chuecos afectan la calidad de vida de mis hijos

50.8% del total de los participantes no creía que tener caries o dientes chuecos afectan la calidad de vida de los preescolares (Tabla 21).

63.9% de los participantes con estudios universitarios creyó que la caries o los dientes chuecos afectan la calidad de vida de los hijos (Tabla 21). Encontrándose diferencia estadística significativa ($p < 0.05$) en las creencias según la escolaridad de los participantes.

Tabla 21. Las caries y dientes chuecos afectan la calidad de vida de mi hijo según sexo y escolaridad

Informante	No cree	Sí cree	Total	χ^2	p
Padre	201 (52.5%)	182 (47.5%)	383 (100%)	.883	.347
Madre	188 (49.1%)	195 (50.9%)	383 (100%)		
Total	389 (50.8%)	377 (49.2%)	766 (100%)		
Escolaridad					
Primaria	34 (61.8%)	21 (38.2%)	55 (100%)	9.241	.026*
Secundaria	185 (52.0%)	171 (48.0%)	356 (100%)		
Preparatorio/ carrera técnica	140 (52.2%)	128 (47.8%)	268 (100%)		
Universidad	26 (36.1%)	46 (63.9%)	72 (100%)		
Total	385 (51.3%)	366 (48.7%)	751 (100%)		

Fuente: Datos obtenidos de la encuesta. $p < .05$ asociación significativa.

5. Es importante mantener la salud bucal de mi hijo en buen estado

96.9% de los participantes creyó importante mantener en buen estado la salud oral de los preescolares, 3.1% creía lo contrario (Tabla 22).

Tabla 22. Creencia sobre la importancia de mantener la salud bucal de mi hijo en buen estado según sexo

Informante	No cree	Sí cree	Total	χ^2	p
Padre	14 (3.6%)	371 (96.4%)	385 (100%)		
Madre	10 (2.6%)	375 (97.4%)	385 (100%)	.668	.407
Total	24 (3.1%)	746 (96.9%)	770 (100%)		

Fuente: Datos obtenidos de la encuesta

6. Es importante evitar la caída de los dientes antes de tiempo

38.3% de padres y madres no creían que sea importante evitar la caída de los dientes antes de tiempo (Tabla 23)

Tabla 23. Creencias sobre la importancia de evitar la caída de los dientes antes de tiempo según sexo

Informante	No cree	Sí cree	Total	χ^2	p
Padre	142 (36.9%)	243 (63.1%)	385 (100%)		
Madre	153 (39.7%)	232 (60.3%)	385 (100%)	.665	.415
Total	295 (38.3%)	475 (61.7%)	770 (100%)		

Fuente: Datos obtenidos de la encuesta

7. Creo que los problemas dentales son igual de importantes que otras enfermedades del cuerpo

79% del total de los participantes creía que los problemas dentales son igual de importantes que cualquier otra enfermedad (Tabla 24).

Tabla 24. Creencia sobre la importancia de los problemas dentales frente a otras enfermedades del cuerpo según sexo

Informante	No cree	Sí cree	Total	χ^2	p
Padre	83 (21.6%)	302 (78.4%)	385 (100%)		
Madre	79 (20.5%)	306 (79.5%)	385 (100%)	.125	.724
Total	162 (21.0%)	608 (79.0%)	770 (100%)		

Fuente: Datos obtenidos de la encuesta

8. El costo de la consulta impide llevar a mis hijos al dentista

60.6% de los encuestados no creía que el costo de la consulta sea un impedimento para llevar a sus hijos al dentista versus 66.7% de los que se encontraban económicamente activos (Tabla 25). Lo cual resultó estadísticamente significativo ($p < 0.05$) según la actividad económica.

Tabla 25. El costo de la consulta impide llevar mis hijos al dentista según sexo y actividad económica

Informante	No cree	Sí cree	Total	χ^2	p
Padre	225 (58.4%)	160 (41.6%)	385 (100%)	1.502	.220
Madre	241 (62.8%)	143 (37.2%)	384 (100%)		
Total	466 (60.6%)	303 (39.4%)	769 (100%)		
Actividad económica					
Económicamente activo	276 (56.9%)	209 (43.1%)	485 (100%)	7.107	.008*
Económicamente inactivo	188 (66.7%)	94 (33.3%)	282 (100%)		
Total	464 (60.5%)	303 (39.5%)	767 (100%)		

Fuente: Datos obtenidos de la encuesta. $p < .05$ asociación significativa.

9. Tengo tiempo suficiente para llevar a mis hijos con el dentista

41.9% de los participantes creyó tener tiempo suficiente para llevar a sus hijos al dentista versus 57.8% de los que no se encontraban económicamente activos (Tabla 26); lo cual resultó en diferencia estadística significativa ($p < 0.05$) según sexo y actividad económica.

Tabla 26. Tiempo para llevar a mis hijos con el dentista según sexo y actividad económica

Informante	No cree	Sí cree	Total	χ^2	p*
Padre	261 (67.8%)	124 (32.2%)	385 (100%)		
Madre	186 (48.4%)	198 (51.6%)	384 (100%)	29.589	.000
Total	447 (58.1%)	322 (41.9%)	769 (100%)		
Actividad económica					
Económicamente activo	328 (67.6%)	157 (32.4%)	485 (100%)		
Económicamente inactivo	119 (42.2%)	163 (57.8%)	282 (100%)	47.428	.000
Total	447 (58.3%)	320 (41.7%)	767 (100%)		

Fuente: Datos obtenidos de la encuesta. $p < .05$ asociación significativa.

10. Hay dentistas y consultorios dentales cerca del lugar donde vivo

19.4% de los participantes creía que hay dentistas y consultorios dentales cerca del lugar donde vive (Tabla 27) versus 85.5% de padres económicamente inactivos que no lo creía.

De igual manera, 82.4% de los participantes que residía en García y Escobedo no creía que hubiese dentistas o consultorios dentales cerca del lugar donde vive (Tabla 34).

En el análisis de la creencia según variables sociodemográficas, se encontraron diferencias estadísticas significativas ($p < 0.05$) según actividad económica y lugar de residencia.

11. ¿Qué tan posible es que usted lleve a su hijo al dentista, aunque tenga muchas cosas por hacer?

52.7% creyó poder llevar a su hijo a una cita con el dentista, aunque tenga muchas cosas por hacer (Tabla 28).

En el análisis de la creencia de acuerdo con otros datos sociodemográficos 53.1% de participantes económicamente activos no cree posible llevar a su hijo al dentista. Por otra parte, 59.0% de encuestados con preparatoria o carrera técnica, cree posible llevar a su hijo al dentista, aunque tenga cosas por hacer (Tabla 28).

En el análisis de la creencia según variables sociodemográficas, se encontraron diferencias estadísticas significativas ($p < 0.05$) según sexo, actividad económica y escolaridad.

Tabla 27. Creencia que dentistas y consultorios se encuentran cerca del lugar donde vivo según sexo, actividad económica y lugar de residencia

Informante	No cree	Sí cree	Total	χ^2	p
Padre	300 (77.9%)	85 (22.1%)	385 (100%)	3.538	.060
Madre	319 (83.3%)	64 (16.7%)	383 (100%)		
Total	619 (80.6%)	149 (19.4%)	768 (100%)		
Actividad económica					
Económicamente activo	377 (77.9%)	107 (22.1%)	484 (100%)	5.918	.015*
Económicamente inactivo	240 (85.1%)	42 (14.9%)	282 (100%)		
Total	617 (80.5%)	149 (19.5%)	766 (100%)		
Lugar de residencia					
Monterrey	77 (67.5%)	37 (32.5%)	114 (100%)	16.842	.005*
San Nicolás	6 (66.7%)	3 (33.3%)	9 (100%)		
Santa Catarina	3 (100%)	0 (0.0%)	3 (100%)		
García	14 (82.4%)	3 (17.6%)	17 (100%)		
Escobedo	467 (82.4%)	100 (17.6%)	567 (100%)		
Otro	4 (57.1%)	3 (42.9%)	7 (100%)		
Total	571 (79.6%)	146 (20.4%)	717 (100%)		

Fuente: Datos obtenidos de la encuesta. $p < .05$ asociación significativa.

Tabla 28. Posibilidad de llevar a mi hijo al dentista, aunque tenga muchas cosas por hacer según sexo, actividad económica y escolaridad

Informante	No cree	Sí cree	Total	χ^2	p*
Padre	208 (54.0%)	177 (46.0%)	385 (100%)		
Madre	156 (40.5%)	229 (59.5%)	385 (100%)	14.089	.000
Total	364 (47.3%)	406 (52.7%)	770 (100%)		
Actividad económica					
Económicamente activo	258 (53.1%)	228 (46.9%)	486 (100%)		
Económicamente inactivo	105 (37.2%)	177 (62.8%)	282 (100%)	17.992	.000
Total	363 (47.3%)	405 (52.7%)	768 (100%)		
Escolaridad					
Primaria	24 (43.6%)	31 (56.4%)	55 (100%)		
Secundaria	189 (52.6%)	170 (47.4%)	359 (100%)		
Preparatorio/ carrera técnica	110 (41.0%)	158 (59.0%)	268 (100%)	9.261	.026
Universidad	31 (42.5%)	42 (57.5%)	73 (100%)		
Total	354 (46.9%)	401 (53.1%)	755 (100%)		

Fuente: Datos obtenidos de la encuesta. $p < .05$ asociación significativa.

12. ¿Qué tan posible es que si su hijo tiene caries o problemas dentales usted lo lleve al dentista, aunque tenga muchas cosas por hacer?

75.2% del total de los participantes creía posible llevar a su hijo al dentista si este padeciera de caries u alguna otra enfermedad oral, aunque tuviera muchas cosas por hacer (Tabla 29).

82.6% de los participantes económicamente activos al igual que 83.6% de padres y madres con estudios universitarios creyeron posible llevar a su hijo al dentista en caso de presentar caries o algún problema dental (Tabla 27). Hubo diferencia estadística significativa ($p < 0.05$) de la creencia según sexo, actividad económica y escolaridad.

Tabla 29. Posibilidad de que si mi hijo presenta problemas dentales lo lleve al dentista, aunque tenga muchas cosas por hacer según sexo, actividad económica y escolaridad

Informante	No cree	Sí cree	Total	χ^2	p*
Padre	121 (31.4%)	264 (68.6%)	385 (100%)	18.110	.000
Madre	70 (18.2%)	315 (81.8%)	385 (100%)		
Total	191 (24.8%)	579 (75.2%)	770 (100%)		
Actividad económica					
Económicamente activo	142 (29.2%)	344 (70.8%)	486 (100%)	13.394	.000
Económicamente inactivo	49 (17.4%)	233 (82.6%)	282 (100%)		
Total	191 (24.9%)	577 (75.1%)	768 (100%)		
Lugar de residencia					
Primaria	17 (30.9%)	38 (69.1%)	55 (100%)	17.240	.001
Secundaria	110 (30.6%)	249 (69.4%)	359 (100%)		
Preparatorio/ carrera técnica	48 (17.9%)	220 (82.1%)	268 (100%)		
Universidad	12 (16.4%)	61 (83.6%)	73 (100%)		
Total	187 (24.8%)	568 (75.2%)	755 (100%)		

Fuente: Datos obtenidos de la encuesta. $p < .05$ asociación significativa.

13. ¿Qué tan posible es que si su hijo tiene dolor de dientes usted lo lleve al dentista, aunque tenga muchas cosas por hacer?

15.0% del total de los participantes no creyó posible llevar a su hijo con el dentista si éste tuviera dolor dental ya que tiene muchas cosas por hacer. Hubo diferencia estadística significativa ($p < 0.05$) en el análisis de la creencia según sexo y actividad económica (Tabla 30).

91.5% de los encuestados económicamente inactivos creía posible llevar a su hijo al dentista en caso de presentar dolor dental (Tabla 30).

Tabla 30. Posibilidad de que si mi hijo tiene dolor dental lo lleve al dentista, aunque tenga muchas cosas que hacer según sexo y actividad económica

Informante	No cree	Sí cree	Total	χ^2	p*
Padre	80 (20.9%)	303 (79.1%)	383 (100%)		
Madre	35 (9.1%)	350 (90.9%)	385 (100%)	20.986	.000
Total	115 (15.0%)	653 (85.0%)	768 (100%)		
Actividad económica					
Económicamente activo	91 (18.8%)	393 (81.2%)	484 (100%)		
Económicamente inactivo	24 (8.5%)	258 (91.5%)	282 (100%)	14.790	.000
Total	115 (15.0%)	651 (85.0%)	766 (100%)		

Fuente: Datos obtenidos de la encuesta. $p < .05$ asociación significativa.

14. Cepillarse los dientes previene enfermedades en las encías

89.1% de padres y madres creía que hay beneficios en cepillarse los dientes ya que previene las enfermedades de las encías (Tabla 31).

Tabla 31. El cepillado previene enfermedades en las encías según sexo

Informante	No cree	Sí cree	Total	χ^2	p
Padre	47 (12.2%)	338 (87.8%)	385 (100%)	1.336	.248
Madre	37 (9.6%)	348 (90.4%)	385 (100%)		
Total	84 (10.9%)	686 (89.1%)	770 (100%)		

Fuente: Datos obtenidos de la encuesta

15. Creo que el uso del hilo dental previene enfermedades en las encías

38.4% de los participantes creyó que el uso del hilo dental previene enfermedades gingivales, el resto no lo cree. Del total de los participantes que no cree en ese beneficio, 64.2% fueron madres (Tabla 32).

En relación con datos sociodemográficos, sólo la escolaridad obtuvo una diferencia estadística significativa ($p < 0.05$); 56.2% de participantes con estudios universitarios creyó que el uso del hilo dental previene enfermedades gingivales (Tabla 30).

Tabla 32. El uso del hilo dental previene enfermedades en las encías según sexo y escolaridad

Informante	No cree	Sí cree	Total	χ^2	p
Padre	227 (59.0%)	158 (41.0%)	385 (100%)		
Madre	247 (64.2%)	138 (35.8%)	385 (100%)	2.195	.138
Total	474 (61.6%)	296 (38.4%)	770 (100%)		
Escolaridad					
Primaria	37 (67.3%)	18 (32.7%)	55 (100%)		
Secundaria	234 (65.2%)	125 (34.8%)	359 (100%)		
Preparatorio/ carrera técnica	161 (60.1%)	107 (39.9%)	268 (100%)	12.673	.005*
Universidad	32 (43.8%)	41 (56.2%)	73 (100%)		
Total	464 (61.5%)	291 (38.5%)	755 (100%)		

Fuente: Datos obtenidos de la encuesta. $p < .05$ asociación significativa.

16. Acudir a mi cita con el dentista me ayuda a prevenir caries y enfermedades de las encías

86.3% de los participantes creyó que acudir a las citas con el dentista ayuda a prevenir caries y enfermedades gingivales. No se encontraron diferencias estadísticas significativas (Tabla 33).

Tabla 33. Acudir a las citas con mi dentista ayuda a prevenir caries y enfermedades en las encías según sexo

Informante	No cree	Sí cree	Total	χ^2	p
Padre	57 (14.8%)	327 (85.2%)	384 (100%)		
Madre	56 (14.5%)	329 (85.5%)	385 (100%)	.014	.919
Total	113 (14.7%)	656 (86.3%)	769 (100%)		

Fuente: Datos obtenidos de la encuesta

17. ¿Qué tan buenos cree usted que son los servicios dentales públicos (IMSS, Centros de Salud, etc.)?

77.7% de mamás y papás no creía que sean buenos los servicios dentales públicos. Sólo 25.5% de madres y 19.2% de padres cree que son efectivos. Hubo diferencias estadísticas significativas ($p < 0.05$) en el análisis de esta creencia según sexo, escolaridad y estado civil (Tabla 34).

28.4% de encuestados con secundaria terminada creía que los servicios dentales públicos son muy buenos en el tratamiento de enfermedades orales (Tabla 34).

Tabla 34. Creencias sobre qué tan buenos son los servicios dentales públicos según sexo y escolaridad

Informante	Nada	Mucho	Total	χ^2	p*
Padre	311 (80.8%)	74 (19.2%)	385 (100%)	4.312	.038
Madre	287 (74.5%)	98 (25.5%)	385 (100%)		
Total	598 (77.7%)	172 (22.3%)	770 (100%)		
Escolaridad					
Primaria	40 (72.7%)	15 (27.3%)	55 (100%)	17.645	.001
Secundaria	257 (71.6%)	102 (28.4%)	359 (100%)		
Preparatorio/ carrera técnica	228 (85.1%)	40 (14.9%)	268 (100%)		
Universidad	60 (82.2%)	13 (17.8%)	73 (100%)		
Total	585 (77.5%)	170 (22.5%)	755 (100%)		

Fuente: Datos obtenidos de la encuesta. $p < .05$ asociación significativa.

De igual manera, 66.7% de los encuestados que se encontraban viudos cree que los servicios dentales públicos son muy buenos en el tratamiento de enfermedades orales (Tabla 35).

Tabla 35. Creencias sobre qué tan buenos son los servicios dentales públicos según estado civil

Estado civil	Nada	Mucho	Total	χ^2	p*
Casado(a)	304 (81.9%)	67 (18.1%)	371 (100%)	18.969	.001
Divorciado(a)	19 (95.0%)	1 (5.0%)	20 (100%)		
Unión libre	218 (73.4%)	79 (26.6%)	297 (100%)		
Viudo(a)	2 (33.3%)	4 (66.7%)	6 (100%)		
Soltero(a)	52 (71.2%)	21 (28.8%)	73 (100%)		
Total	595 (77.6%)	172 (22.4%)	767 (100%)		

Fuente: Datos obtenidos de la encuesta. $p < .05$ asociación significativa.

18. ¿Qué tan buenos cree usted que son los servicios dentales privados (Muguerza, Hospital San José, Doctors Hospital, etc.)?

73.2% del total de los participantes cree que son muy buenos los servicios dentales privados (Tabla 36). No hubo diferencias estadísticas significativas.

Tabla 36. Creencia sobre que tan buenos son los servicios dentales privados según sexo

Informante	Nada	Mucho	Total	χ^2	p
Padre	105 (27.4%)	278 (72.6%)	383 (100%)		
Madre	101 (26.2%)	284 (73.8%)	385 (100%)	.137	.712
Total	206 (26.8%)	562 (73.2%)	768 (100%)		

Fuente: Datos obtenidos de la encuesta

8.7 PRINCIPAL RESPONSABLE EN EL CUIDADO DE LA SALUD ORAL DEL HIJO

La suma del total de los ítems se utilizó para analizar la presencia de responsabilidad en el cuidado de la salud oral de los hijos por parte de los padres e identificó que 69.6% del total de las madres son responsables del cuidado de la salud oral de sus hijos, frente a 52.6% de los padres (Tabla 37), encontrándose diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.05$).

Tabla 37. Principal responsable del cuidado de la salud oral del hijo.

Informante	No responsable del cuidado de salud	Responsable del cuidado de salud	Total	χ^2	p*
Papá	182 (47.4%)	202 (52.6%)	384 (100%)		
Mamá	117 (30.4%)	268 (69.6%)	385 (100%)	23.397	.000
Total	299 (38.9%)	470 (61.1%)	769 (100%)		

Fuente: Datos obtenidos de la encuesta. $p < .05$ asociación significativa.

8.8 DIFERENCIAS EN LA RESPONSABILIDAD DEL CUIDADO EN SALUD ORAL SEGÚN SUS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

En el análisis de sus demás características sociodemográficas, sólo la actividad económica obtuvo una diferencia estadística significativa ($p < 0.05$). 62.5% de las mamás y 54.6% del total de los padres que al momento de la encuesta eran económicamente activos se identificaron como responsables en el cuidado de la salud oral del hijo (Tabla 38).

Tabla 38. Responsabilidad en el cuidado de la salud oral del hijo según actividad económica

Actividad económica	No responsable del cuidado de salud	Responsable del cuidado de salud	Total	χ^2	p*
Económicamente activo	218 (44.9%)	267 (55.1%)	485 (100%)	20.632	.000
Económicamente inactivo	80 (28.4%)	202 (71.6%)	282 (100%)		
Total	298 (38.9%)	469 (61.1%)	767 (100%)		

Fuente: Datos obtenidos de la encuesta. $p < .05$ asociación significativa.

8.9 RESPONSABILIDAD Y CREENCIAS EN SALUD ORAL DE PREESCOLARES

Además de la comparación entre los informantes, se realizó una comparación de acuerdo con sus creencias en salud oral y se encontró una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.05$) en el porcentaje de participantes que presentaban creencias favorables en el cuidado de salud oral y su responsabilidad en su cuidado (Tabla 39).

Tabla 39. Principal responsable del cuidado de la salud oral del hijo según creencias en salud oral

Creencias en salud oral	No responsable del cuidado de salud	Responsable del cuidado de salud	Total	χ^2	p*
Creencias desfavorables	244 (43.6%)	316 (56.4%)	560 (100%)		
Creencias favorables	50 (25.3%)	148 (74.7%)	198 (100%)	20.676	.000
Total	294 (38.8%)	464 (61.2%)	758 (100%)		

Fuente: Datos obtenidos de la encuesta. $p < .05$ asociación significativa.

8.10 PRUEBA DE DIFERENCIA DE PROPORCIONES

Se analizaron los resultados obtenidos de acuerdo con la hipótesis “La prevalencia de creencias favorables en mamás es alta en un 60% en comparación con el 50% de los papás”. Los valores obtenidos por los participantes son estadísticamente significativos con los valores previamente planteados (Figura 3).

Fig. 3 Prueba de diferencias de proporciones

Número de casos:	112	Número de casos:	86
Tamaño de muestra:	380	Tamaño de muestra:	359
Valor para contrastar:	60.000%	Valor para contrastar:	50.000%
Nivel de confianza:	95.0%	Nivel de confianza:	95.0%
Proporción (%)		IC (95.0%)	
29.474	24.758	34.189	
Prueba para una proporción		Prueba para una proporción	
Estadístico Z	Valor p	Estadístico Z	Valor p
12.0944	0.0000	9.8167	0.0000

9. RESULTADOS CUALITATIVOS

En el periodo agosto 2022 – julio 2023 se entrevistó un total de 20 padres con hijos inscritos en preescolares de la zona metropolitana de Monterrey; 75% de ellos residía en el municipio capitalino con una media de edad 36.26 ± 9.55 años; 70% se encontraba casado y 80% se encontraba económicamente activo (Tabla. 40).

Tabla 40. Distribución sociodemográfica de los participantes en las entrevistas

Escolaridad	Papá	Mamá	Total
Primaria		9.1% (1)	5.3% (1)
Secundaria	12.5% (1)	9.1% (1)	10.5% (2)
Preparatoria/ carrera técnica	25% (2)	36.4% (4)	31.6% (6)
Universidad	62.5% (5)	45.5% (5)	52.6% (10)
Total	100% (8)	100% (11)	100% (19)
Estado civil			
Casado(a)	87.5% (7)	58.3% (7)	70% (14)
Unión libre	12.5% (1)	8.3% (1)	10% (2)
Soltero(a)		25% (3)	5% (1)
Viudo(a)		8.3% (1)	15% (3)
Total	100% (8)	100% (12)	100% (20)
Ocupación			
Económicamente activo(a)	100% (8)	66.7% (8)	80% (16)
Económicamente inactivo(a)		33.3% (4)	20% (4)
Total	100% (8)	100% (12)	100% (20)
Lugar de residencia			
Monterrey	75% (6)	75% (9)	75% (15)
Apodaca		8.3% (1)	5% (1)
García	12.5% (1)		5% (1)
Escobedo		8.3% (1)	5% (1)
Otro	12.5% (1)	8.3% (1)	10% (2)
Total	100% (8)	100% (12)	100% (20)

Fuente: Datos obtenidos de las entrevistas.

Los resultados (Tabla 41) se estructuraron según dos categorías centrales; una de ellas es *Creencias parentales de salud oral en preescolares*; la cual a su vez se integra por cuatro dimensiones: importancia, beneficios, barreras y facilitadores.

Tabla 41. Hallazgos cualitativos relevantes de las creencias parentales. Primera parte.

Categoría central: Creencias parentales de salud oral en preescolares		
Dimensiones	Sub-dimensión	
Importancia	<ul style="list-style-type: none"> • Importancia Idónea e ideal • Importancia preventiva 	
Beneficios	<ul style="list-style-type: none"> • Psicológicos (en padres e hijos) • Económicos 	
Barreras	Parentales	De los hijos
	<ul style="list-style-type: none"> • Económicas • Disponibilidad de tiempo • Culturales del cuidado de la salud oral • Psicológicas 	<ul style="list-style-type: none"> • Psicológicas
Facilitadores	Parentales	De los hijos
	<ul style="list-style-type: none"> • Actitud-comportamiento proactivo. • Implementar estrategias divertidas para el cepillado. • Acompañamiento y supervisión durante el cepillado. • Accesorios dentales especiales o didácticos o divertidos. • Tener un odontólogo en la familia. • Trabajo en equipo padre-madre; acuerdo de pareja sobre el cuidado de la salud oral. 	<ul style="list-style-type: none"> • Presenciar u observar el momento del cepillado dental de los padres – madres.

Fuente: Datos obtenidos de las entrevistas

La otra categoría central, es *División sexual del cuidado de la salud oral*, se refiere a la asignación de roles y tareas parentales específicas basadas en el género para el cuidado oral de los hijos. Dentro de esta categoría, se identificaron dos patrones que describen la distribución de roles: A) tradicional; y, B) emergente- no tradicional (Tabla 42).

Tabla 42. Hallazgos cualitativos relevantes en las creencias parentales. Segunda parte

Categoría central: División sexual del cuidado de la salud oral en preescolares		
Patrones	Características	
	Padres	Madres
Tradicional	<ul style="list-style-type: none"> • Siempre en su empleo. • No tienen tiempo. • Algunos se involucran en la imagen y salud de los hijos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Principal responsable de la salud y la educación de los hijos. • Observación estrecha de la salud. • Establece las rutinas de cuidado y bienestar. • Pasa más tiempo con los hijos. • Supervisa el cepillado después de las comidas.
Emergente- no tradicional	<ul style="list-style-type: none"> • Responsabilidad compartida entre madres y padres en el cuidado de la salud oral de los hijos. • Ambos tienen empleo remunerado. • Ambos supervisan. • Disponibilidad de tiempo de ambos. • Estrecho involucramiento de ambos en el cuidado de la salud del hijo. • Roles de género flexibles e igualitarios. • El papá se encarga del cepillado en la noche antes de ir a dormir. 	

Fuente: Datos obtenidos de las entrevistas

Cada entrevista fue identificada con una clave que se integró para cada caso con la síntesis de los siguientes datos: número de folio (1,2,3...); Informante (P= papá, M= mamá); Edad (años cumplidos); Número de hijos (1h: un hijo; 2h: dos hijos, etc.) y estado civil (C: casado(a); S: soltero(a); V: viudo(a); UL: unión libre).

9.1 CREENCIAS PARENTALES DE SALUD ORAL EN PREESCOLARES

Son el conjunto de supuestos percibidos como verdaderos o reales sobre el cuidado de la salud oral desde los cuales los sujetos orientan sus acciones, apoyan sus juicios y toman decisiones y valoraciones internas sobre la importancia, beneficios, barreras y facilitadores en el cuidado oral y se reflejan en la comprensión y las actitudes que los padres tienen hacia mantener una buena salud oral en sus hijos desde una edad temprana.

Importancia

La importancia se refiere al grado de valor o interés que los padres atribuyen al cuidado de la salud oral del preescolar y se observa manifestado en dos principales tipos:

Importancia idónea o ideal.

Alta valoración parental basada en el deseo de cumplir expectativas socialmente aceptadas, reflejan el “deber ser” o norma cultural respecto al cuidado de la salud en los hijos; aunque no necesariamente coincidan con la realidad concreta o cotidiana de lo que padres – madres llevan a cabo:

“Hay que tener más cuidado con eso...más higiene y que no coman tanta comida chatarra”. 13_M_25_1h_C.

“Para mí los dentistas son súper importantes en cualquier etapa de la vida porque los dientes siempre se tienen que cuidar y mantener limpios”. 1_M_34_2h_C.

“Mi niño igual de 5 años, lo amamanté hasta los 2 años y medio, tiene algunas caries en sus dientitos que todavía son de leche, todavía no se le caen, y tiene caries porque la leche materna se quedaba como que jugando con ella dormido y le provocaban caries en 4 de sus dientitos, entonces sí pienso que es importante la salud bucal en los niños, sobre todo evitarles las caries”. 11_M_48_4h_C.

Importancia preventiva.

Esta valoración expresa la importancia biofuncional de la cavidad oral del preescolar y de su cuidado para evitar pérdida de piezas, infecciones en la cavidad oral, mordida disfuncional y sus repercusiones. Se encuentra influenciada en gran manera por las experiencias de los padres, por ejemplo, tratamientos ortodónticos que ellos mismos llevaron o sus experiencias de higiene oral:

“Porque yo usé ortodoncia muchos años, entonces tengo como que el pendiente de que siempre tengan buena salud bucal desde ahorita; atender caries, por ejemplo, con Santiago tuve un problema que tiene el PH de la saliva bien ácido, entonces su misma saliva le produce caries y hay que estarse observando”. 12_M_43_3h_C.

“Porque es necesario, es necesario porque nuestros dientes y nuestra lengua están llenos de bacterias las 24 horas del día, desde que tomamos agua, desde que toman el choco milk, el almuerzo o sea siempre hay bacterias en los dientes, entonces de ahí se van formando las caries y es muy importante que hagan sus aseos dentales como deben de ser”. 3_M_34_1h_S

“Porque he escuchado que si los dientes de leche vienen mal así van a salir los que se van a quedar con ella”. 5_M_36_2h_C.

Beneficios

Son todos los efectos positivos que los padres creen que se produzcan manteniendo un papel activo en el cuidado oral. Estos efectos se pueden ver reflejados tanto en el niño como en los padres y son los siguientes:

Beneficio psicológico

Es el efecto psicológico que produce tener una salud oral óptima en los hijos, una clase de protección en su autoestima, ya que una pérdida prematura de piezas dentales o la presencia de algún signo evidente para los demás puede condicionar al hijo a sufrir eventos que atenten hacia su bienestar mental:

“Pues más que todo por la salud bucal, este para que estén sanos sus dientitos, y el día de mañana pues que no batallen, y que no se les vayan a caer tan chiquitos, o que estén jóvenes y que no vayan a batallar con eso”.

6_M_39_3h_C.

“... y estéticas al final de cuentas, porque si no tienes los dientes... no tienes una buena estética, los niños pues... son muy crueles, o sea, y si puede haber un tremendo bullying porque no te lavas los dientes o porque te duele la boca o porque esto y a lo mejor hasta le puede pegar emocionalmente”.

2_P_45_3h_C.

“yo creo que le afecta más al niño porque incluso cuando empiezan a mudar, la pérdida de una pieza dental para ellos es algo nuevo, que a veces no lo superan así muy rápido más si hay quien les critica que ya no trae un diente o que se le cayó un diente, entonces yo creo que psicológicamente a los niños les afecta más”.

5_P_2h_C.

Por otra parte, estos mismos efectos positivos que son producto del cuidado oral en los hijos, pueden llegar a ser benéficos para los padres. El reconocimiento social es uno de ellos y surge en algunas ocasiones al llevar a cabo prácticas de cuidado:

“Que el pediatra me diga que sí está creciendo bien y cómo está ella de salud...”.

1_M_34_2h_C.

“Sí pues una es la satisfacción de que estás haciendo un buen trabajo como padre de cuidar la salud de tus hijos, esa sería la primera”. 3_P_42_3h_C.

Beneficios económicos

Se refiere al efecto positivo en la economía familiar que se genera al invertir de manera eficiente y eficaz en el cuidado de la salud oral de los hijos:

“Indudablemente la cuestión económica porque por ejemplo lo vemos como hago la analogía con un vehículo, con un carro, si yo acostumbro a llevar mi carro a mantenimiento cada que le toca sus periodos, okay es un gasto que estoy haciendo periódicamente pero me ayuda a prevenir un gasto mayor; tal vez de que se me descompuso el carro, se me desvioló y cámbiale el motor, lo mismo lo veo con mis hijas o sea veo el gasto que hizo mi papá al mandarse a hacer una placa y que constantemente se tiene que estar checando que se le mueve que esto y gastos fuertes cuando ahora me pongo a pensar se pudo haber prevenido esto con estar yendo periódicamente, un pequeño gasto cada 6 meses o cada año no sé y ahora de repente “no que la placa me sale en tantos miles” “o que tengo que ir para que me corrijan esto y me sale en tantos miles” entonces va desde la satisfacción de uno como papá hasta el beneficio económico por así decirlo”. 3_P_42_3h_C.

Barreras

Se refiere a la dimensión que engloba los obstáculos o limitaciones que dificultan o impiden el adecuado cuidado de la salud oral en los hijos.

Se observaron dos subdimensiones: A) Parentales; a su vez desagregadas en cuatro subtemas (económicas, temporales, culturales y psicológicas); y, B) De los hijos-as (Tabla 39).

Barreras Parentales

Se refiere a un subdimensión que abarca los obstáculos o limitaciones provenientes de, o que se les atribuye a, el padre-madre; y que dificultan o impiden el adecuado cuidado de la salud oral de los hijos. Dentro de ellas se encuentran las siguientes:

Barreras económicas

Es aquella insuficiencia, incertidumbre, escasez o falta de recursos económicos por parte de los padres que impide gastar o invertir dinero en el cuidado de la salud oral:

“Económicamente, no sé si sea por omisión o porque no sabes, o sea, creo que ya los papás sabemos que es importante, pero económicamente probablemente no tienes la facilidad o los recursos para poder actuar”.

2_P_45_3h_C.

“Pueden ser diversos factores desde los económicos que mencionaba ahorita, argumentan o no sé qué tan cierto sea de que, pues “no tengo el dinero”, “si hago ese gasto, a lo mejor es la comida de dos o tres días o es un recibo de luz o de agua” porque muchas veces argumentan eso”.

3_P_42_3h_C.

“Pues primero que nada pues yo me imagino que también pues es económicamente, este porque la verdad pues es caro cuidarse verdad la salud bucal”.

6_M_39_3h_C.

Barrera: disponibilidad de tiempo

Es aquella limitación, escasez o falta de tiempo disponible para atender la salud oral de los hijos e hijas, principalmente se identificó que los varones (papás) argumentan incompatibilidad entre horario laboral y horarios de atención en consulta odontológica:

“Pues probablemente la situación que impida acudir aun cuando ya tiene algún problemita de caries o de alguna enfermedad dental o problema, a lo mejor es por la ocupación del trabajo pues como sabemos, lamentablemente los turnos que hay de trabajo son turnos de todo el día; ahí pues a lo mejor menos tiempo para acudir a alguna clínica dental y pues no sé, la mayor parte de las instituciones de este tipo son horarios que también abarca el mismo horario laboral por eso a lo mejor la gente no acude normalmente con frecuencia al dentista”. 5_P_2h_C_C.

“Híjole, la falta de tiempo también puede ser ¿no?, porque pos ahorita todo mundo pos trabaja todo el día y luego te vas a trabajar otra cosa y es un, es muy demandante todo y luego todavía pues tienes que estarles buscando la cita con el dentista y todo ¿no?, pero pues en general no debería de ser, no sé, yo creo que lo más posible es que fuera quizás por falta de tiempo”. 6_P_38_1h_C.

Barreras culturales

Se refiere a aquellas dificultades que producen una pobre transmisión de costumbres y conocimientos sobre el cuidado de la cavidad oral como un correcto cepillado o las visitas periódicas al odontólogo. Lo que a su vez puede provocar que los padres subestimen o den menos importancia a la salud oral frente a la salud o cuidados de otras partes del cuerpo:

“Pues simplemente porque no le damos la importancia que se debe de tener”. 27_M_23_1h_UL.

“Creo que, por cultura, los padres no nos llevan antes, los ven como normal, se ponen remedios caseros, van aguantando dolor, se les va cayendo la muela en pedazos y ya cuando lo ven muy difícil ya muy doloroso ya van al dentista ya muy tarde. Por falta de cultura, por falta de cultura por los papás de antes y nosotros que ya somos grandes tuvimos mucho esa educación y ahorita que estamos nosotros y lo sufrimos y lo vivimos”. 4_P_59_2h_C

Barreras psicológicas

Se refiere a limitaciones emocionales, cognitivas o de perspectiva que impiden el cuidado de la salud oral. Estas barreras están relacionadas con actitudes, sentimientos y perspectivas individuales que los padres poseen sobre el cuidado de la salud oral. Se caracterizan por una *actitud reactiva*, lo que hace que sólo actúen ante la presencia de un signo físico o visible directamente observable en la cavidad oral y/o manifestación de dolor y malestar del hijo:

“Pues muchos papás así no les, no les toman mucha importancia hasta que ya ven lo que ya están muy picados o cuando ya empieza el niño que le duele la muelita, el dientito, es cuando ya empiezan, pero antes pues muchos no le ponen atención por, ponen otra atención a otra, a otras cosas, les dan más importancia a otras cosas en lugar de pues la más importante son los dientes”.
6_M_39_3h_C.

“Pues muchas veces es por flojera, de que prefieren estar viendo novelas, o el fútbol o tomando ahí con los amigos y no atienden bien a sus hijos”.
1_P_54_2h_C.

“Yo creo que por falta de interés ¿no?; como te decía hace rato, si el mismo adulto dice “no es que el dentista me da miedo” “no tengo tiempo” aplican la misma ¿no?; utilizan el mismo método con sus hijos y está mal yo creo que más que nada por eso, por el “no le vaya a doler a mi hijo” o “no le vaya a agarrar el miedo al dentista” o “no tengo tiempo”.
8_P_27_2h_UL.

“Eh pues este, el niño no nos ha dicho que le duelen los dientes ni así, pero sí sé que tiene las muelas picadas.”
27_M_23_1h_UL.

“Desde que comenzó con su problema de caries, que tenía un poco de dolor. Este pues tuve que acercarme al dentista y ahí fue cuando hizo un tratamiento”.
26_M_26_1h_S.

Facilitadores parentales

Se refiere a aquellos factores, recursos o condiciones que promueven o coadyuvan en el cuidado adecuado de la salud oral de padres y madres hacia los hijos.

Actitud y comportamiento proactivo

Es aquel comportamiento que promueve iniciativa y capacidad de anticiparse a problemas o necesidades futuras en salud oral. En comparación con el comportamiento reactivo, este no espera a la presencia de signos visibles, sino que es preventivo:

“Sí, Sara y yo vamos cada 7-8 meses a limpieza y a Romina ya la empezamos a llevar también a chequeo y limpiezas, muy gentiles”. 1_M_34_2h_C.

“Porque yo usé ortodoncia muchos años, entonces tengo como que el pendiente de que siempre tengan buena salud bucal desde ahorita, atender caries; por ejemplo, con Santiago tuve un problema que tiene el ph de la saliva bien ácido, entonces su misma saliva le produce caries y hay que estarse observando”. 12_M_43_3h_C.

Implementación de estrategias entretenidas para el cepillado

Formas divertidas de promover los hábitos de salud oral como el cepillado:

“Pues mi esposo y yo siempre tratamos de hacer un momento divertido para que ellas no se estresen a la hora de cepillarse los dientes. Romi ayuda a Sara para que no le dé tanto miedo cuando va”. 1_M_34_2h_C.

“Pues tratas de hacerlo más divertido, tratas de hacerlo más... jugando, para que ella también quiera jugar, quiera jugar, cuando se va a dormir sepa que va a jugar o sepa que va a hacer algo divertido, a y agarras tu cepillo y quiere estar jugando, o sea, y como sabe que la pasta sabe a chicle, pues igual como que quiere ir”. 2_P_45_3h_C.

Acompañamiento y supervisión durante el cepillado

La ejecución del cepillado dental por parte de los padres en compañía de los hijos puede facilitar la transmisión de hábitos en el cuidado de la salud oral:

“Yo creo que igual los dos. Casi siempre, como tenemos las rutinas muy similares; entonces, a la hora que nos levantamos, se los lava el papá, me los lavo y se los lavan las dos bendiciones e igual cuando terminamos de comer o cuando vamos a salir a un lado, casi siempre es a la misma hora. Entonces nos ven, mediante el ejemplo también ellas dicen “me cepillo” o así”. 7_M_26_2h_C.

“Inculcar el hábito, o sea, que no... como mencionas de inculcar el hábito es muy importante porque trasciende, o sea, los hábitos trascienden, o sea, si ven que tú te lavas los dientes, ellos también se quieren lavar los dientes”. 2_P_45_3h_C.

Accesorios dentales especiales

Los padres- madres adquieren, disponen, se apoyan en diferentes artefactos y tecnologías en la ejecución del cepillado para mejorar y transmitir la experiencia de la higiene oral en sus hijos:

“Ahora sí que poniendo como ayudándoles, “incitándoles” ¿no? Por decir no sé algún vasito para que se enjuague la boca de colores o con el dibujo que les gusta o comprándoles cepillos de dientes en forma de carrito o en forma de princesa para las niñas, apoyándolos, incitándolos en ese sentido ¿no?” 8_P_27_2h_UL.

“Sí, al principio sí, los primeros años desde que prácticamente empezaron a tener sus dientes de leche, les decíamos “así te los tienes que cepillar” igual a lo mejor nos falta ese conocimiento del correcto cepillado, tratamos de hacerlo, hoy tenemos la facilidad de que por medio de la tecnología ya encuentras en YouTube, en internet el correcto cepillado y todo eso”. 3_P_42_3h_C.

La presencia de un odontólogo en la familia

Para algunos padres, el hecho de contar con algún odontólogo o especialista en sus ramas ha facilitado el cuidado de la salud oral:

“Sí, yo creo que, ¿qué será?, quizás desde el año y medio o año, tipo desde que le empezaron a salir los dientitos, te digo pues obviamente aprovechamos de que ahí viene mi cuñada o vamos allá con ellos, ellos viven en Victoria y pues de que, oye échale una revisadilla al niño.” 6_P_38_1h_C.

Trabajo en equipo

Para algunos padres el trabajo en equipo, sinergia entre ellos (papá-mamá) promueve la comunicación, en consecuencia, ayuda a llegar a un consenso de ideas que permiten atribuirle un mismo valor al cuidado de la salud oral:

“Pues fíjate que el trabajo en equipo y que los dos tenemos esa conciencia de salud en general, o sea tanto como mi esposa y yo tenemos se puede decir que compartimos ese mismo ideal acerca de la limpieza dental”. 8_P_27_2h_UL.

“Al menos para mí y para mi esposa es de los principales, porque pues es, te digo, tanto por salud como por imagen las dos cosas son muy importantes y es fundamental que tengan buenos hábitos y que tengan unas rutinas bien marcadas”. 6_P_38_1h_C.

Barreras en los hijos

Por otro lado, hay quienes sostienen que el cuidado de la salud oral es una responsabilidad compartida entre padres e hijos. Según esta perspectiva, los padres tienen la tarea de brindar una base sólida de conocimientos y prácticas, pero también consideran que los hijos deben asumir un rol activo en el cuidado de su propia salud bucal. Por lo tanto, las barreras *en los hijos* son todos obstáculos o limitaciones provenientes del propio niño o niña que dificultan o impiden el adecuado cuidado de la salud oral.

Barreras psicológicas

Dentro de esta subdimensión se encuentran todas aquellas actitudes, sentimientos o personalidad del hijo las cuales dificultan y/o impiden en cierto grado el cuidado de la salud oral por parte de los padres:

“A veces este... tienes que estar más pendiente, porque ella no sabe que debe de hacerlo, yo te puedo decir que la en las mañanas no se los lava, pero en la noche sí, en las noches yo me doy cuenta de que todos se lavan los dientes, casi te puedo decir que mis hijos se lavan los dientes nomás en las noches, 2 sí se los lavan en las mañanas, pero a Ángela, la más chiquita, no, nada más una vez al día, en la noche”. 2_P_45_3h_C.

“Pues como lo repito por estar entretenidos en el celular o por flojera”.
1_P_54_2h_C.

“Porque pues a veces se les olvida yo creo o tal vez no sé les da flojera verdad”.
16_M_41_2h_V.

Facilitadores en los hijos

Sin embargo, así como hay barreras también hay facilitadores por parte de cada hijo que ayuda a promover el empleo de buenos hábitos para el cuidado de la salud oral.

Facilitadores psicológicos

La personalidad del hijo-a, del tipo atentos u observadores, más independientes, es el principal facilitador en el cuidado de la salud oral por parte de los mismos preescolares:

“Fíjate que, en mi caso particular con mi hija, desde muy chiquita habló muy rápido; siempre se la pasaba hablando y preguntando, y ella veía que yo me lavaba los dientes entonces como ella me veía tomaba eso, tomaba mi ejemplo y lo hacía y lo sigue haciendo ¡gracias a Dios!”. **8_M_27_2h_UL.**

“Casi siempre se los cepillos yo, pero Romi es una niña muy independiente, le gusta cepillarse sola mientras yo la veo”. **1_M_34_2h_C.**

9.2 DIVISIÓN SEXUAL DEL CUIDADO DE LA SALUD ORAL EN PREESCOLARES

Esta categoría central se refiere a la distribución - división, basada en estereotipos sexo-género, de roles-funciones, actividades y responsabilidades entre padres y madres para el cuidado oral de los hijos.

Dentro de los hallazgos más relevantes se encontraron dos principales patrones que las familias siguen en la distribución del trabajo y responsabilidades: A) tradicional; y, B) emergente, no tradicional.

Patrón tradicional

Este patrón se caracteriza por un rol pasivo o ausente y sin responsabilidad del varón en la ejecución del cuidado de la salud de los hijos e hijas y donde el padre de familia se identifica más bien como el principal proveedor de recursos económicos. Mientras que, por el contrario, a la madre se le atribuye cuasi exclusivamente la procuración del bienestar y la salud familiar, inclusive la salud oral, de los hijos:

“La mamá de mis hijas, pues a lo mejor por cuestión de que mi esposa también es maestra también trabaja, pero en este caso hay que mencionar que yo trabajo dos turnos ella trabaja uno, entonces está más con ellas pasa más tiempo con ellas y sí es ella a lo mejor la cuestión de que nos inculcan desde niño de que la mamá está más al pendiente de los hijos”. 3_P_42_3h_C.

“Yo creo que la mamá, en México lleva la educación de los niños, el papá siempre trabajando, yo lo viví. Los papás de más antes casi trabajando nunca se metían con los niños, la educación de los niños siempre fue la mamá tanto como educación en la casa, educación en la escuela, la limpieza, todo. Era la mamá siempre, yo lo he vivido el papá siempre trabajando; si hay papás que se involucran mucho en la imagen de sus hijos y en la salud de sus hijos”. 4_P_59_2h_C.

“Sí pues digo, en general al menos aquí pues es mi esposa, mi esposa se encarga mucho de llevar, o sea como de marcarle la rutina al niño, yo la verdad

porque yo soy como muy, ¿cómo se dice?, no quiero decir flojo, pero es como que, no tengo la constancia como te decía, entonces ella sí es muy de rutinas muy marcadas". 6_P_38_1h_C.

El perfil de las madres se caracteriza por fungir como la principal responsable de la salud y la educación de los hijos. Al pasar indirectamente más tiempo con el hijo se vuelve la encargada de la observación de su salud, de establecer rutinas y hábitos, así como de supervisarlos:

"Pues como te repito una como madre, porque es la que pasa más tiempo y es la que básicamente es la que les enseña cómo es que se deben de cepillar, ya sea mañana, tarde, noche, eh... es la que pasa más tiempo y es la que prácticamente está todo el día, es la que les enseña". 4_M_35_3h_C.

"Pues yo, porque pues es la pues es la que estoy ahí con la alimentación, la comida que no coman tanto dulce, tantos azúcares, este, pero yo soy la responsable". 6_M_39_3h_C.

"Yo, porque el papá casi no está, entonces yo les doy de almorzar, comer y cenar y trato de que se laven los dientes después de las comidas". 28_M_29_2_C.

Patrón emergente

El patrón emergente o no tradicional se diferencia del anterior principalmente por la toma de conciencia por parte de la figura paterna en la importancia del trabajo equitativo en el cuidado de la salud oral y se caracteriza por: la posesión de empleo remunerado en ambos, una disponibilidad de tiempo igualitaria, roles de género flexibles y la distribución racional de las acciones de cuidado como el cepillado dental o las consultas al odontólogo:

"No, eso era antes ahorita los dos están a la par trabajando juntos con su familia, con sus hijos, que se involucre el papá en la educación, en la enfermedad, en todos los problemas de los hijos, en todos los problemas que pasen en la

escuela, en la calle, en su ámbito social; es muy bueno y está cambiando, está cambiando mucho, pero no es como antes y sí es muy importante que se involucre tanto el padre como la madre porque es hijo de los dos, porque hay más educación, me refiero, va cambiando la vida, ahorita no es como antes; antes era como le digo, la mamá con los hijos y el papá trabajando y ahorita no, sí se involucran los dos, y eso es bueno para los hijos y para la familia". 4_P_59_2h_C

"Pues porque debe ser muy compartido la responsabilidad de tener un hijo, o sea ya está muy viejo decir eso de que, que el papá es el proveedor, pues los dos deben tener la responsabilidad del niño o de la niña porque pues es tu hijo, tienes que estarlo monitoreando constantemente, siempre hay que estar al pendiente". 6_P_38_1h_C.

"El que esté disponible, el papá o mamá, si uno está trabajando y el otro está disponible, va papá, o si el papá está trabajando, va la mamá". 2_P_45_3h.

"Tanto yo como su papá, los dos estamos a cargo de ellas". 7_M_26_2h_C.

10. DISCUSIÓN

La distribución por sexo de los participantes fue distinta en comparación con estudios previos; pues se compuso de madres (mujeres) y padres (hombres) por igual, hecho que marca un aporte inédito; debido a que este tipo de estudios se han realizado cuasi exclusivamente en madres de familia. Sin embargo, en cuanto a la distribución sociodemográfica, el presente estudio posee una similitud en la media de edad y el estado civil de los participantes (Clarke y Shaw., Wilson et al, 2018., Phanthavong et al, 2019).

Previo al análisis de las creencias parentales sobre salud oral de los preescolares, se obtuvo una gran cantidad de datos relevantes acerca de los antecedentes y el conocimiento de los servicios odontológicos de cada uno de los participantes que vale la pena mencionar, ya que algunos de ellos mostraron tener una relación significativa con las creencias parentales.

La escolaridad de los encuestados se relacionó con el padecer caries dental y el uso de terapia ortodóntica. De igual manera el conocimiento sobre algunos de los servicios odontológicos como el uso del flúor para la prevención de caries y el conocer al especialista en odontología infantil se relacionó con la escolaridad de los padres y madres de familia.

10.1 CREENCIAS PARENTALES SOBRE SALUD ORAL DE PREESCOLARES MEXICANOS

Las creencias parentales sobre salud oral de los preescolares fueron desfavorables en la mayoría de los participantes. Sólo una parte de la población poseía creencias parentales favorables sobre salud oral. Las madres dispusieron de más creencias favorables en comparación con los padres. Sólo el sexo del participante tuvo una relación significativa con las creencias parentales sobre salud oral, puesto que en la prueba de hipótesis de proporciones los resultados fueron significativos ($p < 0.05$).

Dichos resultados contrastan con los obtenidos en otros estudios, en donde no se obtuvieron diferencias estadísticas significativas de acuerdo con el perfil sociodemográfico de los encuestados (Rengifo y Muñoz, 2019).

Por tanto, ser madre o mujer se relaciona con poseer creencias favorables en salud oral. Esto podría explicarse por el rol directo que ejerce la madre en el cuidado, ya que en primera instancia es ella quien tradicionalmente se preocupa por llevar a cabo un correcto cuidado de los hijos (Santos et al., 2021). Por otra parte, el hecho de que las creencias en general sobre salud oral de preescolares no se relacionaran con otras características sociodemográficas tiene respuesta en que las creencias son más un aspecto cultural independiente de ellas (Melguizo y Alzate, 2008).

En el análisis de las dimensiones que conformaban el instrumento, sólo una parte de los participantes percibió una severidad relacionada con los problemas de salud oral en preescolares. En nuestro estudio, se observó la presencia de este fenómeno, a diferencia de otros estudios en los que 100% de los participantes percibía una severidad en la salud oral de sus hijos y, siendo la percepción en grado neutro el más frecuente (Phanthavong et al, 2019).

Además, se encontró una relación entre la percepción de severidad y el nivel educativo. Los padres y madres con estudios universitarios percibieron un mayor grado de severidad en comparación con los demás participantes. Este fenómeno puede ser atribuido a los diversos determinantes sociales y culturales a los que los padres están expuestos, lo cual contrasta con hallazgos de otros estudios donde no se encontraron diferencias significativas en este aspecto (Martínez et al., 2017).

Se observaron diferencias en algunas creencias específicas sobre la severidad de los problemas de salud bucal en preescolares, según ciertas características sociodemográficas. Por ejemplo, se encontró que los participantes

que eran hombres y estaban empleados creían más en que los problemas dentales podrían ser una causa de mala salud. Asimismo, los padres y madres con estudios universitarios tenían una mayor creencia en que tener caries o dientes chuecos afectaba la calidad de vida de sus hijos. Estos resultados contrastan con los encontrados por Rengifo et al., quienes consideraron las creencias como variables influyentes en la salud bucal y buscaron establecer relaciones con diferentes variables, como la edad, etnia, estado civil, entre otras. Sin embargo, en su estudio no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en este sentido (Rengifo et al. 2019).

En cuanto a la dimensión de importancia, la mayoría de los participantes percibió como importante el cuidado de la salud oral de sus hijos. La importancia percibida no mostró relación con el perfil sociodemográfico de los participantes. Sin embargo, sí se observó una relación entre la importancia percibida y el conocimiento sobre el odontopediatra y el uso del flúor. Estos resultados son consistentes con la asociación encontrada por Hiratzuka et al. en relación con la importancia percibida y ciertos hábitos de higiene oral por parte de los padres (Hiratzuka et al., 2020). La percepción de la importancia es uno de los beneficios derivados de las visitas dentales regulares y de los buenos hábitos en la salud oral por parte de los padres (Clark et al. 2018).

Por otro lado, los participantes percibieron barreras en el cuidado de la salud oral de los preescolares. En un estudio realizado por Sabbagh et al, encontraron que las barreras eran más frecuentes en padres con baja educación y con un gran número de hijos (Sabbagh et al., 2022). Las barreras percibidas por nuestra población sólo se relacionaron con el lugar de residencia.

Sin embargo, en algunas creencias más específicas sobre las barreras del cuidado de la salud oral en preescolares, se observó una relación no sólo con el

lugar de residencia, sino también con el sexo y la actividad económica de los participantes. Se encontró que los padres y madres económicamente activos tenían una mayor creencia de que el costo de la consulta dental impedía llevar a sus hijos al dentista. Asimismo, los participantes hombres y económicamente activos expresaron no contar con suficiente tiempo para llevar a sus hijos al dentista. Esta relación fue consistente con los resultados encontrados en las entrevistas donde una de las principales barreras en el cuidado de la salud oral por parte de los padres (varones) era el “tiempo”; algunas madres expresaban encargarse del cuidado de los hijos, porque el marido se encontraba trabajando.

La motivación percibida por los participantes se relacionó con su sexo, nivel educativo y actividad económica, así como con la frecuencia de las visitas para profilaxis oral y sus conocimientos sobre el flúor y el odontopediatra. En consecuencia, se observó que las participantes que eran madres o tenían estudios universitarios, y que se encontraban económicamente inactivas, manifestaron una mayor motivación en el cuidado de la salud oral de sus hijos. Además, aquellos que acudían regularmente al dentista cada 6 meses y tenían conocimientos sobre el uso del flúor y la odontopediatría también mostraron una mayor disposición en este aspecto.

Por su parte, algunos de los participantes percibieron ciertos beneficios en el cuidado de la salud oral de los preescolares, dicha percepción se relacionó con la escolaridad, sus antecedentes de caries, los conocimientos sobre el uso del flúor y del odontopediatra.

Del mismo modo, en algunas creencias más específicas sobre los beneficios del cuidado de la salud oral en preescolares, se encontró una diferencia significativa según el nivel educativo de los encuestados. Por ejemplo, los padres y madres con estudios universitarios tendieron a creer más en que el uso del hilo dental previene enfermedades en las encías. Estos hallazgos concuerdan con los resultados encontrados por Rengifo et al., donde sólo 31% de los niños de estrato socioeconómico bajo en Medellín incluían el uso de seda dental en sus rutinas de cepillado. Esta discrepancia puede ser atribuida a determinantes sociales en

torno a la importancia de estos comportamientos para el cuidado dental (Rengifo et al. 2019).

En relación con la efectividad percibida, en este estudio se adoptó una perspectiva diferente a la utilizada en investigaciones anteriores. En lugar de medir la percepción de los padres sobre su propia eficacia en el cuidado de la salud oral de sus hijos, se analizó la percepción de los padres sobre la efectividad de los servicios odontológicos en el cuidado de la salud bucal de sus hijos.

En general, padres y madres tienden a creer que los servicios dentales, ya sean privados o públicos, no son efectivos en el cuidado de la salud oral de sus hijos. Esta percepción se encontró relacionada con la escolaridad y el estado civil de los participantes. De esta manera, aquellos participantes con estudios de preparatoria o carrera técnica, y que además se encontraban divorciados, expresaron la creencia de que los servicios dentales no eran efectivos en el cuidado de la salud oral de sus hijos.

Por su parte, los resultados cualitativos revelaron dos categorías principales. La primera categoría se refiere a las creencias parentales sobre la salud oral de los preescolares y consta de cuatro dimensiones principales: la importancia, los beneficios, las barreras y los facilitadores del cuidado de la salud oral de los hijos. Las dimensiones identificadas en el estudio son consistentes con las categorías establecidas por Vázquez et al. Estas categorías incluían: la importancia de la salud bucal y su cuidado, el rol de las personas encargadas del cuidado de la salud bucal, la percepción de la salud bucal de los niños pequeños y los estímulos positivos o negativos asociados a la salud bucal (Vázquez et al., 2015).

La importancia atribuida por los padres y madres se dividió en dos categorías en relación con el cuidado de la salud oral de sus hijos: la importancia "idónea", que reflejaba una expectativa social deseable por parte de los entrevistados, y la importancia "preventiva", que concienciaba a los participantes sobre la importancia del cuidado biofuncional de la cavidad oral. Shrikishna y sus colaboradores identificaron en su estudio que la mayoría de los participantes (principalmente madres) reconocían la importancia de una buena higiene bucal y

afirmaban que es esencial cepillarse al menos una vez al día y enjuagar la boca después de consumir alimentos azucarados y pegajosos (Shrikrishna et al., 2021).

Nuestros resultados son muy similares en cuanto las creencias parentales sobre la importancia del cuidado de la salud oral de los hijos; sin embargo, difieren en la manera de categorizarlas.

En relación con las barreras y facilitadores, la perspectiva de los padres se dividió en dos categorías: aquellas exclusivas de los padres y aquellas exclusivas del hijo. En cuanto a las barreras percibidas por los padres y madres, destacaron la falta de recursos económicos, la escasez de tiempo, la falta de conciencia sobre el cuidado de la salud oral y la disposición psicológica como los principales obstáculos que dificultaban el cuidado de la salud oral de sus hijos. Por su parte, las barreras asociadas al hijo, los participantes consideraron que las actitudes, emociones y personalidad del niño también afectaban negativamente su salud oral.

Las barreras son consistentes con las mencionadas por otros autores como Dujister et al. y Shrikrishna et al., en donde muchos padres describieron situaciones en las que experimentaron dificultades al cepillar los dientes. Unas de las barreras más comunes estaban asociadas con el comportamiento difícil de los niños y su falta de cooperación al momento de cepillarse los dientes, al igual que el tiempo disponible cuando ambos padres trabajaban y el horario de acostarse del niño (Dujister et al., 2015., Shrikrishna et al., 2021).

Por otro lado, Scambler y sus colaboradores encontraron que, aunque en un grupo minoritario, algunas madres experimentaban dificultades para supervisar la higiene oral de sus hijos debido a la falta de tiempo. Además, identificaron que el costo percibido del tratamiento, los gastos de viaje, los tiempos de espera, las habilidades de comunicación deficientes entre el dentista y el paciente, así como las presiones resultantes de tener familias numerosas, también representaban barreras en el cuidado de los hijos (Scambler et al., 2010).

En cuanto a los facilitadores, padres y madres manifestaron que una actitud o comportamiento proactivo, la implementación de estrategias divertidas que aligeraran la ejecución del cepillado; el acompañamiento y supervisión, así como la adquisición de accesorios especiales son algunas acciones que les facilita el cuidado de la salud oral en el hijo.

Así también, los padres creen que en el hijo también se propician una serie de facilitadores exclusivos que benefician su cuidado oral dentro de los cuales el presenciar u observar el momento del cepillado dental de los padres o madres es uno de ellos.

Estos facilitadores coinciden con algunos encontrados por Dujister et al. Por ejemplo, algunos padres intentaron maximizar el cumplimiento del cepillado al proporcionar recompensas como calcomanías o cepillos de dientes nuevos, así como convirtiendo el cepillado de dientes en una actividad fácil y agradable. Esto incluye cantar canciones, utilizar un póster con iconos para el cepillado de dientes, establecer alarmas y contar en voz alta. Además, algunos padres percibieron que, al cepillarse los propios dientes en presencia de sus hijos, los alentaban a cepillarse también, funcionando como un ejemplo o modelo a seguir para ellos (Dujister et al., 2015).

10.2 PRINCIPAL RESPONSABLE Y ROLES PARENTALES EN EL CUIDADO DE LA SALUD ORAL DEL PREESCOLAR.

Las madres se mostraron como las principales responsables del cuidado de la salud oral de sus hijos. Estos resultados concuerdan con los hallazgos de Humeres et al. 2020, quienes entrevistaron a madres de familia y destacaron su papel central en el cuidado de la salud oral de sus hijos. Se consideran responsables de esta tarea y ven como su deber llevar a cabo las actividades de higiene oral de los menores que están a su cuidado (Humeres et al., 2020).

Un hallazgo que emerge de nuestros resultados cualitativos es la categoría-concepto de *división sexual del cuidado de la salud oral* del hijo en edad preescolar, el cual se configura a partir de dos patrones. El primero, convencional,

caracterizado por una responsabilidad implícita de la figura materna, la cual sigue costumbres conservadoras en donde se encarga exclusivamente del trabajo del hogar. Este patrón se asemeja a lo descrito por Humeres et al., respecto a que los padres varones, no emergen o no aparecen espontáneamente en los discursos y relatos, como responsables en las prácticas de cuidado de la salud de sus hijos (Humeres et al., 2020).

Por su parte el segundo patrón “emergente” surge como una respuesta positiva a las principales barreras en el cuidado, como lo es la disponibilidad de tiempo y el ingreso económico. En la mayoría de los casos en donde se presentaba este patrón, ambos padres contaban con una edad relativamente joven y una actividad económica remunerada. Estas condiciones destacaban en la mayoría de los padres y madres que se repartían de forma igualitaria el cuidado de la salud oral del hijo. Las actividades en las que más se involucraron los padres, fue la actividad del cepillado nocturno antes de que sus hijos fuesen a dormir. Lo que muestra alternativas en la forma de involucrarse en el cuidado de la salud oral por parte de los padres varones. Este patrón profundiza en una de las múltiples respuestas a: “¿quién es el principal responsable de la higiene oral en los hijos?”; tal como se muestra en estudios previos donde algunos padres y madres reconocen que las prácticas de cuidado oral como el cepillado los dientes de sus hijos es responsabilidad de ambos sexos (Shrikrishna et al., 2021).

11. CONCLUSIONES

11.1 Cuantitativos

Los resultados de este estudio revelan que las creencias parentales sobre la salud oral de los preescolares mexicanos son en su mayoría desfavorables, con sólo un porcentaje pequeño de la población poseían creencias favorables; dichas creencias no sólo afectan las rutinas diarias de cuidado oral, sino que también pueden influir en las actitudes, emociones y comportamientos relacionados con el cuidado de los hijos.

Además, se encontraron diferencias significativas en las creencias según el sexo de los participantes, siendo las madres quienes mostraron mayor propensión a tener creencias favorables. Estos hallazgos sugieren que el rol directo de las madres en el cuidado de los hijos puede influir en sus creencias sobre salud oral.

En cuanto a las dimensiones que conformaban el instrumento utilizado, se encontró que la percepción de severidad relacionada con los problemas de salud oral en preescolares fue baja en comparación con otros estudios, y se observó una relación entre la percepción de severidad y el nivel educativo de los padres y madres.

11.2 Cualitativos

La importancia atribuida al cuidado de la salud oral de los hijos fue reconocida por la mayoría de los participantes, sin embargo, las barreras percibidas, como la falta de recursos económicos y el tiempo limitado, dificultaban su implementación. Por otro lado, se identificaron diversos facilitadores, tanto por parte de los padres como por parte de los hijos, que promovían el cuidado de la salud oral.

En cuanto a la responsabilidad en el cuidado de la salud oral de los preescolares, se observó un patrón convencional en el que las madres asumían el rol principal. Sin embargo, también emergió un patrón emergente en el que

ambos padres se involucraban de manera más equitativa, especialmente en casos donde tenían una edad joven y una actividad económica remunerada.

Estos hallazgos subrayan la necesidad de implementar estrategias de promoción de la salud oral dirigidas a diferentes segmentos de la población, considerando factores sociodemográficos y variables de conocimiento. Es fundamental educar a los padres y madres sobre la importancia de la atención dental regular, el uso adecuado del flúor y la importancia de la ortodoncia cuando sea necesario.

En conclusión, este estudio resalta la importancia de las creencias parentales, brinda información valiosa para comprender las características demográficas, creencias y prácticas en salud oral de los padres y madres en el área metropolitana de Nuevo León. Estos hallazgos pueden ser útiles para diseñar intervenciones y programas de educación que promuevan creencias favorables, aborden las barreras identificadas y fomenten la participación equitativa de ambos padres en el cuidado de la salud oral de sus hijos.

12. REFERENCIAS

Alvarado Solórzano, A. M., Buendía Pizarro, W. X. y Tovar Moreira, E. M. (2019). El efecto de los padres de la salud oral de los niños y de la comunicación mutua. *Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud. Salud y Vida*, 3(6), 530- 552.

<https://doi.org/10.35381/s.v.v3i6.330>

Camacho Reyes, D., Cardona Rodríguez, M., González Rojas, D., Rincón Cervera, I. P., Zarta Arizabaleta, M. A. y Riveros Munévar, F. (2018). Diseño y validación de una escala de actitudes hacia la paternidad para muestras colombianas. *Psychologia: Avances de la Disciplina*, 12(2), 87–99.

<https://doi.org/10.21500/19002386.3424>

Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. (2022). Ley general de salud [ArchivoPDF].

<https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGS.pdf>

Carlos Medrano, L.E., Luengo Fereira, A., Toscano García, I., Luévano Bueno, A. y Anaya Álvarez, M. (2017). Conocimientos, creencias y percepción de universitarios mexicanos sobre caries temprana de la infancia. *Acta Universitaria*, 27(2), 46–52. <https://doi.org/10.15174/au.2017.1330>

Caviglia, I. y García, G. (2019). Determinación de la adquisición del Streptococcus grupo mutans en un grupo de niños uruguayos de hasta 36 meses de edad. Estudio piloto. *Odontoestomatología.*, 22(35), 62–71. DOI: 10.22592/ode2020n35a8

Chaffee, B. W., Rodrigues, P. H., Kramer, P. F., Vítolo, M. R. y Feldens, C. A. (2017). Oral health-related quality-of-life scores differ by socioeconomic status and caries experience. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 45(3), 216–224.
<https://doi.org/10.1111/cdoe.12279>

Clarke, R. y Shaw Ridley, M. (2018). Parental Attitudes and Beliefs About Preschooler Preventive Oral Health Behaviors: Implications for Health Promotion. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 21(4), 731–736.
<https://doi.org/10.1007/s10903-018-0812-8>

Cruces Ramírez, G. A. (2014). *Adaptación transcultural y validación del cuestionario de creencias en salud oral de Nakazono para cuidadores de preescolares chilenos* [Tesis de pregrado, Universidad de Chile].
<https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/130194>

Cupé Araujo, A. C. y García Rupaya, C. R. (2015). Conocimientos de los padres sobre la salud bucal de niños preescolares: Desarrollo y validación de un instrumento. *Revista Estomatol Herediana*, 25(2), 112–121.

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S101943552015000200004&script=sci_abstract

Diez Patricio, A. (2017). Más sobre la interpretación (II). Ideas y creencias. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 37(131): 127-143. DOI: 10.4321/S0211-57352017000100008

Dujister, D., Jong, M., Verrpis, E. y Van Loveren, C. (2015). Establishing oral health promoting behaviors in children – parents’ views on barriers, facilitators and professional support: a qualitative study. *BMC Oral Health*, 15 (157), 1-13. DOI 10.1186/s12903-015-0145-0

Finlayson, T. L., Beltrán, N. Y. y Becerra, K. (2017). Psychosocial factors and oral health practices of preschool-aged children: A qualitative study with Hispanic mothers. *Ethnicity & Health*, 24(1), 94–112. <https://doi.org/10.1080/13557858.2017.1315366>

GBD 2017 Oral Disorders Collaborators. (2020). Global, Regional, and National Levels and Trends in Burden of Oral Conditions from 1990 to 2017: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease 2017 Study. *Journal of Dental Research*, 99(4) 362–373.

DOI: 10.1177/0022034520908533 journals.sagepub.com/home/jdr

Herrera Salas, F., Arredondo Velázquez, I. E., Martínez Aguilar, K. M., Hernández Hernández, T. F., Castro Ramírez, L. D. y Aguilar Pérez, L. F. (2017). Educación para la salud, tipología familiar y el cuidado de la salud bucal del infante. *Revista de Educación y Desarrollo*, 43, 47–55.
https://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/anteriores/43/43_Herrera.pdf

Hiratsuka, V. Y., Robinson, J. M., Greenlee, R. y Refaat A. (2020). Oral health beliefs and oral hygiene behaviours among parents of urban Alaska Native children. *International Journal of Circumpolar Health*, 78:1, 1586274, DOI: 10.1080/22423982.2019.1586274

Hooley, M., Skouteris, H., Boganin, 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(11), 873–885.
<https://doi.org/10.1016/j.jdent.2012.07.013>

Humeres Flores, P., Guzmán Orellana, D., Madrid Canales, C., Fredes Ziliani, A. y Mustakis Truffello, A. (2020). Cuidado de la salud oral en la primera infancia: La perspectiva de sus madres, un estudio cualitativo. *International Journal of Interdisciplinary Dentistry*, 13(2); 62-66. DOI: 10.4067/S2452-55882020000200062

- Martínez Mejía, V. J., Quiroga García, M. Á., Martínez González, G. I. y Aguiar Fuentes, E. G. (2017). Determinantes sociales y percepción de salud bucal de las gestantes del hospital civil de Tepic. *RESPYN Revista Salud Pública y Nutrición*, 16(1), 16-22. <https://doi.org/10.29105/respyn16.1-3>
- Melguizo Herrera, E. y Alzate Posada, M. L. (2008). Creencias y prácticas en el cuidado de la salud. *Avances en Enfermería*, (1):112-123. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002008000100012
- Montero Canseco, D., López Morales, P. y Castrejón Pérez, R. C. (2011). Prevalencia de caries de la infancia temprana y nivel socioeconómico familiar. *Revista Odontológica Mexicana*, 15(2), 96–102. <https://www.medigraphic.com/facultadodontologiaunam>
- Moreno San Pedro, E. y Roales Nieto, J. G. (2003). El modelo de creencias de salud: Revisión teórica, consideración crítica y propuesta Alternativa. I: Hacia un análisis funcional de las creencias en salud. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 3(1), 91-109. <https://www.redalyc.org/pdf/560/56030105.pdf>
- Olave Müller, P., Fajreldin, V., Coronado Vigueras, L., López Contreras, N. y Valenzuela, M. T. (2021). Necesidades, creencias y prácticas en salud oral de padres y cuidadores de preescolares: Un enfoque cualitativo. *International Journal of Odontostomatology*, 15(4), 888–897. <https://doi.org/10.4067/s0718-381x2021000400888>

- Opydo Szymaczek, J., Borysewicz-Lewicka, M., Andrysiak, K., Witkowska, Z., Hoffmann-Przybylska, A., Przybylski, P., Walicka, E. y Gerreth, K. (2021). Clinical consequences of dental caries, parents' perception of child's oral health and attitudes towards dental visits in a population of 7-Year-Old children. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(11), 5844. <https://doi.org/10.3390/ijerph18115844>
- Phanthavong, S., Nonaka, D., Phonaphone, T., Kanda, K., Sombouaphan, P., Wake, N., Sayavong, S., Nakasone, T., Phongsavath, K. y Arasaki A. (2019). Oral health behavior of children and guardians' beliefs about children's dental caries in Vientiane, Lao People's Democratic Republic (Lao PDR). *PLOS ONE*, 14(1), 1-10. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0211257>
- Rengifo Reina, H. A. y Muñoz Ordóñez, L. M. (2019). Creencias, conocimientos y prácticas de madres respecto a la salud bucal en Popayán, Colombia. *Universitas Odontológica*, 38(80). <https://doi.org/10.11144/javeriana.uo38-80.ccpm>
- Santos Madrigal, N. O., Moreno, A. y Lara Flores, N. L. (2021). Caries y salud bucal, percepciones acerca de la enfermedad. *Revista de Odontopediatría Latinoamericana*, 11(2). <https://doi.org/10.47990/alop.v11i2.255>
- Sabbagh, H. J., Aljehani, S. A., Abdulaziz, B. M., Alshehri, N. Z., Bajkhaif, M. O., Alrosini, S. K., Al-Amoudi R. M. y Elkhodary H. M. (2022). Oral Health Needs and Barriers among Children in Saudi Arabia. *International Journal Environ Res*

Public Health. 2022 Oct 20;19(20):13584. doi: 10.3390/ijerph192013584.

Scambler, S., Klass, C., Wrigh, D. y Gallagher, J. E. (2010). Research article Insights into the oral health beliefs and practices of mothers from a north London Orthodox Jewish community. *BMC Oral Health* 2010, 10:14.
<http://www.biomedcentral.com/1472-6831/10/14>

Secretaría de Salud.(2019). Resultados del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales[ArchivoPDF].

https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/597944/resultadosSIVEPAB_2019.pdf

Segovia Chamorro, J., Espinosa Díaz, F., Kuhne Tapia, G. y Guerra Zúñiga, M. (2021). Creencias en salud bucal en personas que asisten a una facultad de odontología. estudio cualitativo. *International Journal of Interdisciplinary Dentistry*, 1–26.
https://ijoid.cl/Trabajos_Aprobados/septiembre-2021/revista-2021-0011.pdf

Setiawan, A. S., Kendhawati, L. y Agustiani, H. (2019). Relational model between parental dental belief and formation of dental fear among preschool children in Indonesia. *European Journal of Dentistry*, 13(03), 426–431.
<https://doi.org/10.1055/s-0039-1700187>

Shrikrishna, B., D'Souza, V., Shenoy, R., Mahabala, Y., Panakaje, A. y Rao, A. (2021) Early Childhood Caries and Parents' Challenges in Implementing Oral Hygiene Practices: A Qualitative Study. *International Journal of Paediatric Dentistry*, 31(1) 106-114. doi: 10.1111/ipd.12696

Tiol Carrillo, A. (2021). Caries en niños. ¿Maltrato infantil o ignorancia parental?

Revista de la Asociación Dental Mexicana, 78(4), 205–208.

<https://doi.org/10.35366/101074>

Wilson, A., Brega, A., Thomas, J., (2018) Validity of Measures Assessing Oral Health

Beliefs of American Indian Parents. *Journal of Racial and Ethnic Health*

Disparities., 1–10.

<https://doi.org/10.1007/s40615-018-0472-3>

Van Dorsee León, P. C. (2018). *Creencias en salud oral de padres y/o cuidadores de niños*

con discapacidad intelectual, escuela especial evangélica presbiteriana, Talca

2017 [Tesis de posgrado, Universidad del Desarrollo].

<http://hdl.handle.net/11447/3642>

Valdés Cuervo, A. A. y Urías Murrieta, M. (2011) Creencias de padres y madres acerca

de la participación en la educación de sus hijos. *IISUE-UNAM*, 33(134), 99-114.

<https://www.scielo.org.mx/pdf/peredu/v33n134/v33n134a7.pdf>

Vásquez, P., Ramírez, V. y Aravena, N. (2015). Creencias y prácticas de salud bucal de

padres de párvulos: estudio cualitativo. *Revista Clínica de Periodoncia,*

Implantología y Rehabilitación Oral, 8(3), 217–222.

<https://doi.org/10.1016/j.piro.2015.08.00>



12. ANEXOS

Anexo A. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Investigador responsable: C.D. Ernesto Ismael Márquez Santana (UANL)
Directora de tesis: Dra. Ana Elisa Castro Sánchez (UANL)
Título del protocolo: “CREENCIAS PARENTALES SOBRE SALUD ORAL EN PREESCOLARES MEXICANOS”

El presente proyecto de investigación tiene como objetivo general: Analizar las creencias parentales sobre salud oral en preescolares.

Los objetivos específicos del estudio son:

1. Determinar la prevalencia de creencias favorables y desfavorables en padres y madres.
2. Determinar las creencias sobre la distribución de los roles parentales en el cuidado de la salud oral.

Al encuestado se le pide contestar conscientemente la encuesta proporcionada en los tiempos oportunos, facilitando el proceso de investigación.

Los datos personales de cada encuestado (nombre, edad, género, etc.) serán anotados en una ficha elaborada especialmente para este estudio. Estos datos serán completamente confidenciales y no serán revelados, ni serán aplicados en otro estudio. El Investigador Responsable e Investigador Colaborador de esta investigación serán las únicas personas que tendrán acceso a la información y datos del encuestado.

Los datos recolectados serán custodiados debidamente, certificando su confidencialidad en todo el proceso.

Este consentimiento informado es un procedimiento que garantiza que se ha expresado voluntariamente la intención de participar y así también que el participante puede retirarse libremente del estudio en el momento que lo desee; y que ha comprendido la información sobre los objetivos, procedimientos, riesgos y beneficios, a saber:

Beneficios y riesgos:

Los beneficios del estudio son:

- Obtener información precisa sobre creencias parentales sobre salud oral en preescolares.
- Concientizar y reflexionar para mejorar las creencias parentales sobre salud oral en preescolares.

El presente estudio no implica riesgo alguno debido a que se trata de recoger datos mediante una encuesta (cuestionario), no se interviene físicamente (no es invasiva) con el participante y no compromete su salud física o mental.

Acepto participar (nombre o iniciales): _____

Estoy de acuerdo en participar en una entrevista: Sí ---- No.

Datos de contacto del participante:

ANEXO B. CUESTIONARIO DE CREENCIAS EN SALUD ORAL

DATOS GENERALES

Folio:

Parentesco con el precolar:

Edad: _____

- 1. Papá
- 2. Mamá
- 3. Otro

Escolaridad:

- 1. Primaria
- 2. Secundaria
- 3. Preparatoria/ carrera técnica
- 4. Universidad

Es dentista o estudia para ser dentista: Sí No

Estado Civil:

Lugar de residencia:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Casado(a) | <input type="checkbox"/> 1. Monterrey | <input type="checkbox"/> 6. García |
| <input type="checkbox"/> 2. Divorciado(a) | <input type="checkbox"/> 2. San Nicolás de los Garza | <input type="checkbox"/> 7. Escobedo |
| <input type="checkbox"/> 3. Unión Libre | <input type="checkbox"/> 3. San Pedro Garza García | <input type="checkbox"/> 8. Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> 4. Viudo(a) | <input type="checkbox"/> 4. Santa Catarina | |
| <input type="checkbox"/> 5. Soltero(a) | <input type="checkbox"/> 5. Guadalupe | |

Ocupación:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Empleado(a)/ autoempleado | <input type="checkbox"/> 2. Desempleado(a) | |
| <input type="checkbox"/> 3. Amo(a) de casa | <input type="checkbox"/> 4. Jubilado(a) | <input type="checkbox"/> 5. Estudiante |

Con qué frecuencia acude a realizarse limpieza dental: cada 6 meses una vez al año

INSTRUCCIONES PARA RESPONDER EL CUESTIONARIO:

Estimado/a padre o madre: a continuación, se presentarán 19 afirmaciones respecto a lo que usted **cree** en relación con la salud oral de sus hijos/as. Lea atentamente cada enunciado y marque claramente una sola alternativa entre las mostradas (Nada. Muy poco, Algo o poco, Mucho), de acuerdo con lo que usted crea que mejor representa su opinión en relación con la salud oral. Posteriormente responderá una segunda parte de acuerdo con su rol como cuidador en la salud de su hijo. **Intente NO dejar preguntas sin responder**

PRIMERA PARTE.

- 1. Una caries mal atendida o no atendida puede ser grave:
 - a) Nada
 - b) Muy poco
 - c) Algo o poco
 - d) Mucho

- 2. Los problemas en los dientes puedan ser causa de mala salud:
 - a) Nada
 - b) Muy poco
 - c) Algo o poco
 - d) Mucho

- 3. Las caries hacen que los dientes de mi hijo tengan mal aspecto:
 - a) Nada
 - b) Muy poco
 - c) Algo o poco
 - d) Mucho

- 4. Tener caries o dientes chuecos afectan la calidad de vida de mis hijos:
 - a) Nada
 - b) Muy poco
 - c) Algo o poco
 - d) Mucho

- 5. Es importante mantener la salud bucal de mi hijo en buen estado:
 - a) Nada
 - b) Muy poco
 - c) Algo o poco
 - d) Mucho

6. **Es importante evitar la caída de los dientes antes de tiempo:**
- a) Nada
 - b) Muy poco
 - c) Algo o poco
 - d) Mucho
7. **Creo que los problemas dentales son igual de importantes que otras enfermedades del cuerpo:**
- a) Nada
 - b) Muy poco
 - c) Algo o poco
 - d) Mucho
8. **El costo de la consulta impide llevar a mis hijos al dentista:**
- a) No, nada
 - b) Muy poco
 - c) Algo o poco
 - d) Sí, mucho
9. **Tengo tiempo suficiente para llevar a mis hijos con el dentista:**
- a) No, nada
 - b) Muy poco
 - c) Algo o poco
 - d) Sí, Mucho
10. **Hay dentistas y consultorios dentales cerca del lugar donde vivo:**
- a) No, ninguno.
 - b) Muy pocos
 - c) Algunos o pocos
 - d) Sí, muchos
11. **Qué tan posible es que usted lleve a su hijo al dentista, aunque tenga muchas cosas por hacer:**
- a) Nada
 - b) Muy poco
 - c) Algo o poco
 - d) Mucho
12. **Qué tan posible es que si su hijo tiene caries o problemas dentales usted lo lleve al dentista, aunque tenga muchas cosas por hacer:**
- a) Nada
 - b) Muy poco
 - c) Algo o poco
 - d) Mucho

13. Qué tan posible es que si su hijo tiene dolor de dientes usted lo lleve al dentista, aunque tenga muchas cosas por hacer:
- a) Nada
 - b) Muy poco
 - c) Algo o poco
 - d) Mucho
14. Cepillarse los dientes previene enfermedades en las encías:
- a) Nada
 - b) Muy poco
 - c) Algo o poco
 - d) Mucho
15. Creo que el uso del hilo dental previene enfermedades en las encías:
- a) Nada
 - b) Muy poco
 - c) Algo o poco
 - d) Mucho
16. Acudir a mi cita con el dentista me ayuda a prevenir caries y enfermedades de las encías:
- a) Nada
 - b) Muy poco
 - c) Algo o poco
 - d) Mucho
17. Qué tan buenos cree usted que son los servicios dentales públicos (IMSS, Centros de Salud, etc.):
- a) Nada
 - b) Muy poco
 - c) Algo o poco
 - d) Mucho
18. Qué tan buenos cree usted que son los servicios dentales privados (Muguerza, Hospital San José, Doctors Hospital, etc.):
- a) Nada
 - b) Muy poco
 - c) Algo o poco
 - d) Mucho

SEGUNDA PARTE.

1. Me encargo de que mis hijos se cepillen los dientes después de cada comida:

- a) Nunca
- b) Casi nunca
- c) Algunas veces
- d) Casi siempre
- e) Siempre

2. Acompaño y/o llevo a mis hijos a sus citas con el dentista:

- a) Nunca
- b) Casi nunca
- c) Algunas veces
- d) Casi siempre
- e) Siempre

3. Proporciono el dinero o recursos económicos para pagar las consultas y/o tratamientos dentales de mis hijos:

- a) Nunca
- b) Casi nunca
- c) Algunas veces
- d) Casi siempre
- e) Siempre

4. Superviso que mis hijos se cepillen los dientes antes de irse a dormir:

- a) Nunca
- b) Casi nunca
- c) Algunas veces
- d) Casi siempre
- e) Siempre

5. Le enseño a mis hijos a cepillarse correctamente:

- a) Nunca
- b) Casi nunca
- c) Algunas veces
- d) Casi siempre
- e) Siempre

6. Soy el principal responsable de la salud dental de mis hijos:

- a) Nunca
- b) Casi nunca
- c) Algunas veces
- d) Casi siempre
- e) Siempre

Tuvo o tiene caries: Sí No No sé

Tuvo o tiene ortodoncia (Brackets): Sí No

¿Ha oído hablar del odontopediatra?

Sí No

¿Ha oído hablar del flúor?

Sí No

ANEXO C. ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA

Perfil del entrevistado

- Papá o mamá con al menos un hijo-a en edad preescolar (3 a 5 años).
- No tener estudios en odontología.
- Ocupación: NO del área de la salud.

1) Datos generales

Lugar de nacimiento y residencia: _____ (si no nació en Nuevo León, preguntarle cuánto tiempo tiene viviendo en Monterrey).
Escolaridad: _____ Ocupación: _____ Edad: _____
Sexo: _____

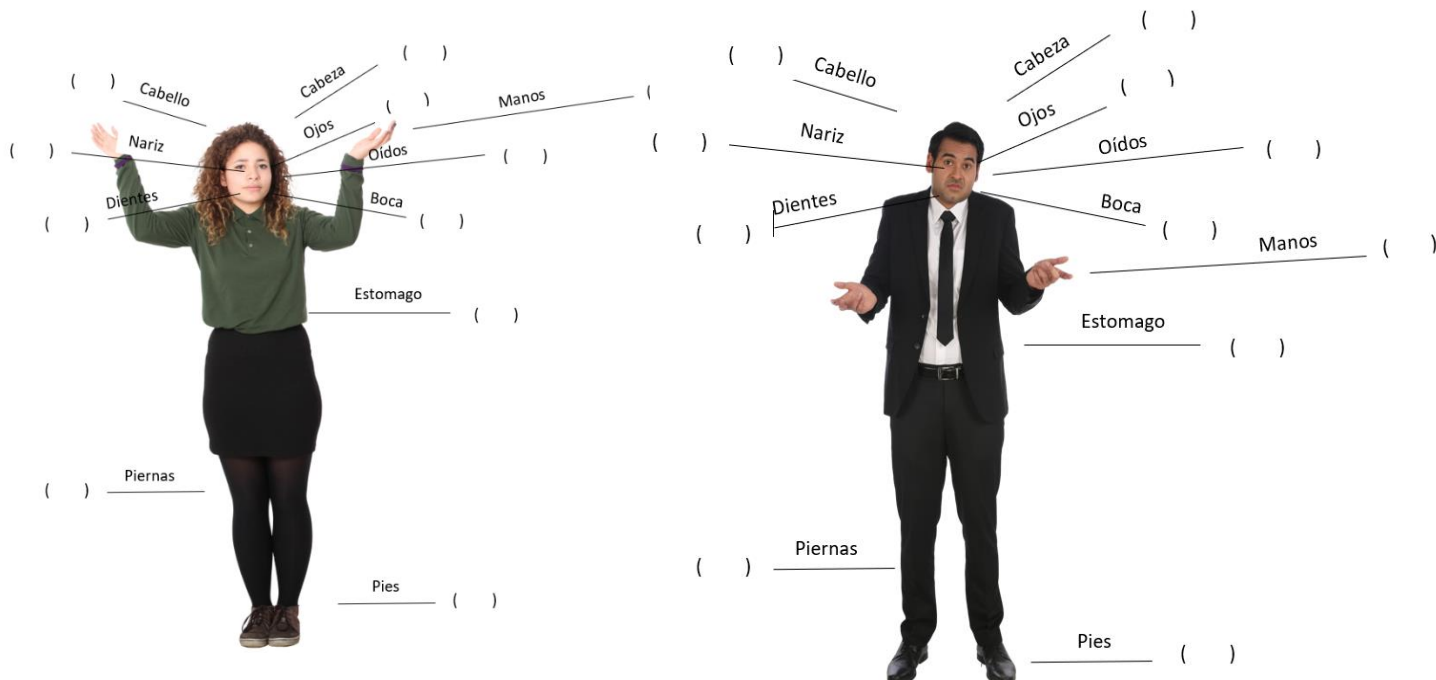
Estado Civil: _____ No. de hijos: _____

2) Dimensiones del modelo de creencias en salud:

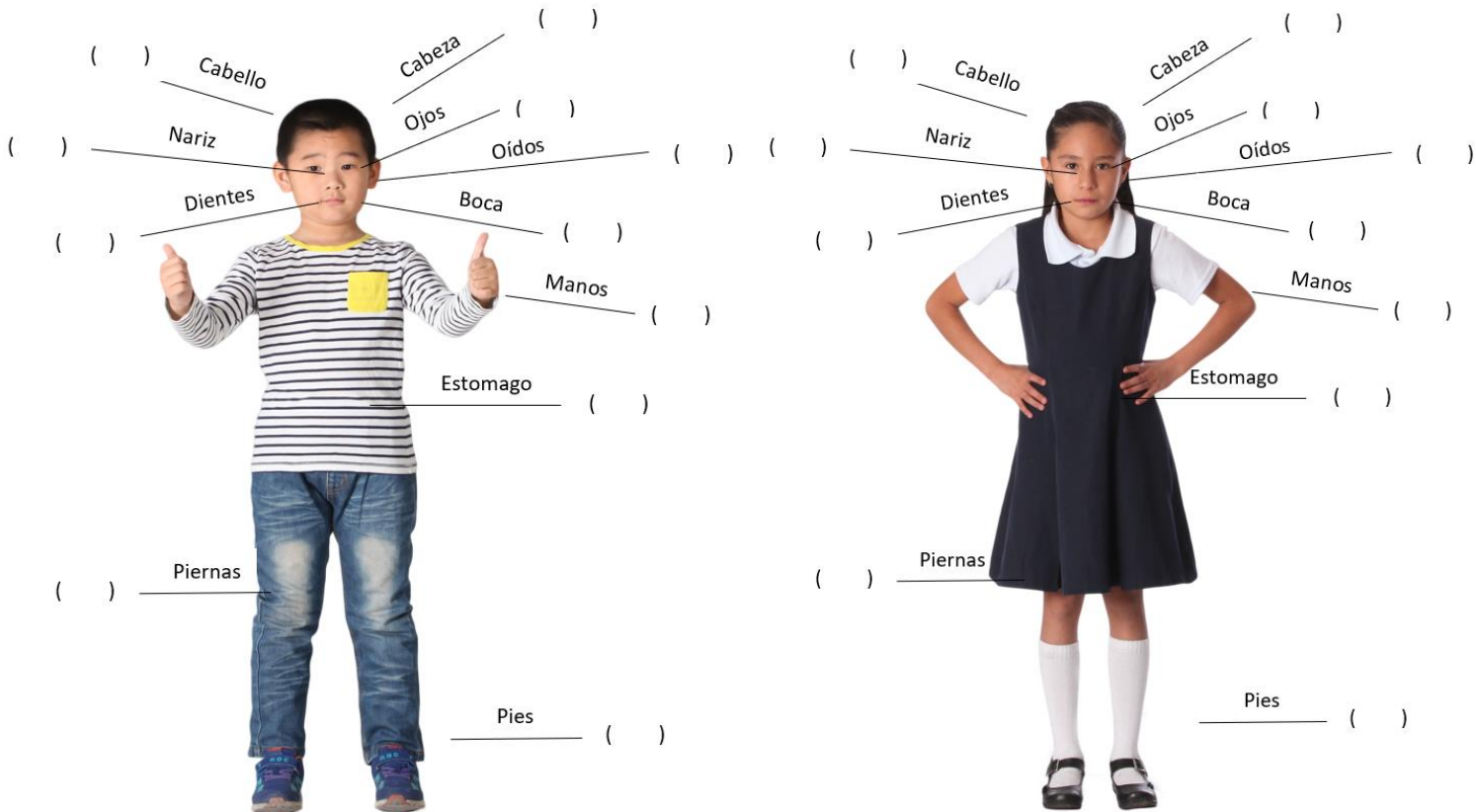
2.1. Importancia:

Ordenar (entre 0 -nada importante- y 10 -lo más importante-) según su importancia para el entrevistado:

¿Cuál sería para usted la parte del cuerpo que más se debe cuidar y que tiene mayor importancia **para la salud de las personas?**... ¿Por qué?



¿Cuál sería para usted la parte del cuerpo que más se debe cuidar y que tiene mayor importancia para la salud de los niños / niñas?... ¿Por qué?



Podría contarme ¿Qué aspecto de la salud de sus hijo-as ha sido más difícil de cuidar o atender desde que nacieron? ¿por qué?...

¿Problemas de salud de sus hijos durante la pandemia? ¿Vacunas?

1) Antecedentes de uso de servicios odontológicos:

¿usted y/o los miembros de su familia acuden o han acudido a consulta dental en el último año?

¿alguna vez sus hijos han acudido a la consulta con un dentista? ¿por qué?

¿podría decirme aproximadamente cuántas veces y a qué edades (desde que nacieron) han recibido atención o consulta dental sus hijos?

¿cuándo fue la primera vez que su-hijo-a tuvo consulta de dentista? Y ¿por qué razón?

Severidad:

¿Qué piensa usted de la caries?

Usted o sus hijos ¿han tenido caries alguna vez?

Usted o sus hijos ¿alguna vez han tenido problemas de salud oral, ya sea en dientes, encías o boca?

¿Qué pensó / sintió cuando detectó o supo que usted/alguno de sus hijos-as tenía caries?

¿Qué piensa usted de la caries en los niños?

Barreras:

¿Qué opinión tiene usted de los dentistas y de los servicios de odontología? ¿qué experiencias ha tenido usted cuando ha consultado?

¿Sabe usted por qué algunas personas no acuden al dentista?

¿Qué cree usted que le impida a una persona consultar al dentista? y/o cuidar sus dientes?

¿Sabe usted por qué algunas personas no se cepillan los dientes?

¿Sabe usted por qué algunos padres/ madres no llevan sus hijos al dentista?

¿Sabe usted por qué algunos niños-niñas no se cepillan los dientes?

Motivación:

¿Qué lo motiva a llevar a consulta a su hijo?

¿Usted le cepilla los dientes a su hijo? ¿Qué lo motiva usted a cepillarle los dientes a su hijo?

Beneficios:

¿Cree usted que sea de utilidad o haya beneficios en que los niños se cepillen los dientes? ¿Cuáles? ¿Por qué?

En su opinión ¿Cree usted que haya beneficios en llevar a su hijo al dentista?

Autoeficacia:

¿Cómo se sentiría usted en caso de que su hijo presentara algún problema de dientes o dolor en su boca y ¿qué es lo primero que usted haría? ¿Por qué?

Distribución de roles parentales en el cuidado de la salud oral:

En la familia ¿Para usted quién es el principal responsable del cuidado de la salud de los hijos? ¿Por qué?

Podría contarme ¿Quién es el encargado de la salud de los dientes de los hijos? ¿Por qué?...

Podría contarme ¿Quién supervisa el cepillado de dientes de los hijo-as? ¿Por qué?...

¿Quién acompaña a los niños-as a la consulta con el dentista? ¿Por qué?...

¿Me podría contar de qué forma usted se ha involucrado en el cuidado de los dientes de su hijo-as? ¿Por qué?...

RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO

Ernesto Ismael Márquez Santana

Candidato al grado de

Maestro en Ciencias en Salud Pública

Tesis: Creencias parentales sobre salud oral de preescolares mexicanos.

Campo de estudio: Ciencias en Salud Pública

Datos personales: Nacido en Cd. Victoria, Tamaulipas el 22 de septiembre de 1997, hijo de Leoncio Márquez Toscano y Teresa Angélica Santana Ibarra.

Educación: Egresado de la Universidad Autónoma de Nuevo León, grado obtenido de Licenciatura en Cirujano Dentista en el año 2022. Titulación bajo examen.

Experiencia profesional: Dentista general en consulta privada.