

REG. 9481

MARC 60225

+S718c
2010

ESCUELA DE
ODONTOLOGÍA



UNIVERSIDAD
DE VALPARAÍSO

CHILE

CONOCIMIENTO, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE SALUD ORAL EN NIÑOS DE 12 AÑOS EN LA COMUNA DE QUILPUÉ.

Trabajo de Investigación requisito para optar al Título de Cirujano Dentista

Alumna: Carla Soto Pavez
Docente guía: Prof. Dr. Alfredo Cueto Urbina
Cátedra de Salud Pública

Valparaíso – Chile
2010

Agradecimientos

A mi familia que me ha apoyado y acompañado en todo este proceso. A mi profesor guía, Dr. Alfredo Cueto, quien con paciencia y conocimiento me facilitó esta etapa.

Índice

Índice	1
Resumen	3
Introducción	4
Marco Teórico	7
1. Salud Oral	7
1.1 Antecedentes generales	6
1.2 Factores condicionantes sobre salud oral y edad	8
1.2.1 Factores condicionantes	8
1.2.2 Edad	9
1.3 Salud Oral en los 12 años	10
1.3.1 Caries Dental	10
1.3.2 Enfermedad Gingival y Periodontal	11
1.3.3 Anomalías Dentomaxilares	12
2. Nivel de Conocimiento, Actitudes y Prácticas sobre Salud Oral	12
2.1 Nivel de Conocimiento sobre Salud Oral	12
2.1.1 Conceptos generales sobre el conocimiento	12
2.2.2 Conocimiento en Salud Oral	13
2.2.3 Conocimiento sobre Salud Oral en niños de 12 años	14
2.2 Nivel de Actitudes sobre Salud Oral	16
2.2.1 Conceptos generales sobre actitudes	16
2.2.2 Actitudes en Salud Oral	16
2.2.3 Actitudes en Salud Oral en niños de 12 años	17
2.3 Nivel de Prácticas sobre Salud Oral	18
2.2.1 Conceptos generales sobre Prácticas	18
2.2.2 Prácticas en Salud Oral	18
2.2.3 Prácticas en Salud Oral en niños de 12 años	19
2.3 Conocimiento, Actitudes y Prácticas sobre Salud Oral en niños de 12 años	21
Objetivos	24
Materiales y método	25
1. Diseño de investigación	25
2. Población y muestra	25
3. Variables, definiciones operacionales y unidades de medidas	26
3.1 Variables y unidades de medida	26
3.2 Definiciones operacionales	30
4. Instrumentos de medición de variables	34
5. Análisis Estadístico	35

Plan de trabajo y cronograma	36
a) Procedimiento administrativo a seguir en la recogida de datos	36
b) Cronograma y Fases del Estudio	37
Presupuesto y recursos necesarios para la investigación	38
Resultados	39
Discusión	59
Conclusiones	61
Bibliografía	63
Anexos	66

Resumen

Las enfermedades orales son consideradas como uno de los principales problemas de salud pública debido a su alta prevalencia e incidencia. En Chile afectan a gran parte de la población, y si bien no son causa de muerte, perjudica la calidad de vida de las personas.

En nuestro país, los estudios epidemiológicos se focalizan principalmente hacia los niños y adolescentes debido al enfoque preventivo que está adquiriendo la salud a medida que se desarrolla. Esto se debe a que en la actualidad no existen los recursos necesarios para controlar la patología oral, ya que, el daño en la edad adulta es muy severo.

El grupo etáreo de 12 años se considera importante, de hecho es la edad universal de vigilancia de caries a nivel internacional, permitiendo realizar comparaciones entre países y desarrollar un sistema de vigilancia intra país para comparar las tendencias de las enfermedades. Además durante la adolescencia se generan algunas conductas que inciden negativamente en los medios familiar y social, lo cual produce estilos de vida poco saludables, que afectan su calidad de vida. Además, los niños de esta edad adquieren hábitos que difícilmente podrán ser cambiados en una edad adulta.

Evaluar el grado de conocimiento de la población es fundamental, pues condiciona el nivel de salud bucal. Este conocimiento será esencial para poder definir actitudes, prácticas, y por ende, el comportamiento futuro que la persona adquiera en su diario vivir. A esto se suma la poca información que hay acerca de actitudes y prácticas sobre salud oral en países en vías de desarrollo como el nuestro, en comparación con los desarrollados.

Los niños de 12 años constituyen un grupo de vigilancia en epidemiología, por lo que es importante o relevante estudiar su nivel de conocimiento, actitudes y prácticas en salud oral para permitir evaluar el impacto de políticas públicas, y por otro lado retroalimentar para hacer ajustes necesarios.

El objetivo del presente estudio será determinar el nivel de conocimiento, actitudes y prácticas sobre salud oral en niños de 12 años en la comuna de Quilpué; para poder evaluar la necesidad de reforzar hábitos que pueden ser intervenidos mediante programas preventivos de salud pública.

Para ello se aplicará un cuestionario desarrollado para este fin, en 1019 alumnos que cursen 7° básico en la comuna de Quilpué en el año 2010. La muestra se seleccionará mediante muestreo probabilístico estratificado por afijación proporcional. Los datos serán analizados y relacionados mediante análisis estadístico simple.

Introducción

Las enfermedades orales son consideradas como uno de los principales problemas de salud pública debido a su alta prevalencia e incidencia (Petersen, 2003); de hecho son las de mayor morbilidad, en países de altos ingresos, y una de las mayores y que va en aumento en países de bajos y medianos ingresos. (Petersen , 2009)

Los problemas de salud bucal en Chile continúan afectando a gran parte de la población, y si bien no son causa de muerte, afectan la calidad de vida de las personas.

Las patologías orales de mayor prevalencia son: caries dentales, enfermedades gingivales y periodontales, y anomalías dentomaxilares. (Chile, Ministerio de Salud)¹

En nuestro país, los estudios epidemiológicos se focalizan principalmente hacia los niños y adolescentes debido al enfoque preventivo que está adquiriendo la salud a medida que se desarrolla. Esto se debe a que en la actualidad no existen los recursos necesarios para controlar la patología oral, ya que, el daño en la edad adulta es muy severo. (Chile, Ministerio de Salud)

Los adolescentes son un grupo etéreo de gran importancia, debido a que el impacto que se pueda tener sobre sus conductas va a influir de una u otra forma en el desarrollo de estilos de vida en generaciones posteriores. (Zillmann & Rodríguez, 2005)

Es por esto que se ha priorizado las medidas preventivas como control del daño bucal, captando como población objetivo a niños y adolescentes.

Dentro de este rango, destaca la edad de 6, 8 y 12 años por comprender el período de dentición mixta, en la cual, ocurre una secuencia de hechos de manera ordenada y regulada en el tiempo. Este período no sólo marca el inicio de la dentición definitiva, si no que dará las bases de la futura salud bucal de esta población.

El grupo etéreo de los 12 años es especialmente importante, debido a que en muchos países es la edad en que los niños egresan de la enseñanza básica y por consiguiente, constituye la última oportunidad de obtener fácilmente una muestra confiable en el sistema escolar. De hecho es la edad universal de vigilancia de caries a nivel internacional, permitiendo realizar comparaciones entre países y desarrollar un sistema de vigilancia intra país para comparar las tendencias de las enfermedades. Además es el período en que la mayoría de los adolescentes tienen erupcionadas todas las piezas dentarias permanentes, exceptuando los terceros molares, y una etapa de menor daño de caries dental y enfermedad periodontal. (Encuestas de Salud Bucodental. Métodos Básicos. Cuarta edición. Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud, p. 7)

¹ Chile, Ministerio de Salud. Perfil Epidemiológico en salud bucal, www.minsal.cl

En el último tiempo se ha reforzado el componente de salud bucal en el Control de Salud Integral del niño, realizado por el equipo de salud pediátrico, desde el nacimiento hasta los 10 años; dando prioridad al control a los 18 meses de edad para reforzar el cepillado dental y al control de los 42 meses para reforzar la dieta no cariogénica. También se realiza el control odontológico del niño sano a los 2 y 4 años efectuado por el odontólogo. (Chile, Ministerio de Salud)²

Si bien, el grupo control son los adolescentes de 12 años (edad de vigilancia internacional de la caries dental), ellos no son prioridad ni forman parte de las Garantías Explícitas en Salud. Aún así, gracias a las medidas implementadas, el daño por caries en esta edad disminuyó de 3,4 piezas afectadas a 1,9, cumpliendo el objetivo sanitario fijado para la década 2000-2010.(Chile, Ministerio de Salud)³

El no abarcar esta edad, corrobora estudios donde mencionan que los adolescentes han sido tradicionalmente olvidados desde el punto de vista de la salud en general y afirman que es necesario invertir en la salud de este grupo poblacional. (Tascón & Cabrera, 2005)

Cabe destacar que durante la adolescencia se generan algunas conductas que inciden negativamente en los medios familiar y social, lo cual produce estilos de vida poco saludables, que afectan su calidad de vida. (Brukiene & Aleksejūniene, 2009) Si bien, se considera que el pronóstico de la salud oral es bueno, pero a largo plazo; este mejoraría si pudiéramos intervenir educacionalmente este grupo.

El encontrar falencias en los niveles de conocimiento, actitudes y prácticas, nos hace reflexionar sobre la falta de un componente educacional para reforzar estos conceptos.

A esto se suma la poca información que hay acerca de actitudes y prácticas sobre salud oral en países en vías de desarrollo como el nuestro, en comparación con los desarrollados. (Harikiran et al, 2008) Además estas prácticas no han sido completamente entendidas en el caso de los escolares, siendo los datos limitados. (Kawamura et al, 2008)

Por lo tanto, el evaluar el grado de conocimiento de la población estudio, en este caso niños de 12 años, se considera fundamental para determinar el nivel de salud bucal. Este conocimiento será esencial para poder definir actitudes, prácticas y comportamientos futuros que la persona adquiera en su diario vivir. Además, la edad de estudio se considera clave en cuanto a la adopción de hábitos que difícilmente podrán ser cambiados en una edad adulta.

Los niños de 12 años constituyen un grupo de vigilancia en epidemiología, por lo que es importante estudiar su nivel de conocimiento, actitudes y prácticas en salud oral para

² Chile, Ministerio de Salud. Perfil Epidemiológico en salud bucal, www.minsal.cl

³ Chile, Ministerio de Salud. Perfil Epidemiológico en salud bucal, www.minsal.cl

permitir evaluar el impacto de políticas públicas, y por otro lado retroalimentar para hacer ajustes necesarios.

Según lo anterior, se necesitan estudios sobre el nivel de conocimiento, actitudes y prácticas sobre salud bucal en niños de 12 años, para poder evaluar la necesidad de reforzar hábitos que pueden ser intervenidos mediante programas preventivos de salud pública.

Por lo tanto, este trabajo pretende responder a las siguientes preguntas:

- ¿Cuál es el nivel de conocimiento, actitudes y prácticas sobre salud oral en niños de 12 años en la comuna de Quilpué?
- ¿Cuál es la relación entre nivel de conocimiento, y nivel de actitudes y prácticas sobre salud oral?
- ¿Cuál es la relación existente entre estos niveles, y el sexo y el nivel socioeconómico?

Marco teórico

1. Salud Oral

1.1 Antecedentes generales

En un contexto general, la salud se define como « estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.». Aplicada a la cavidad oral, corresponde a estar libre de dolor crónico facial y bucal, cáncer de garganta y oral, llagas bucales, defectos congénitos como labio leporino y paladar hendido, enfermedad periodontal (de las encías), caries y pérdida de dientes, y otras enfermedades y trastornos que afectan a la boca y la cavidad oral. (Organización Mundial de la Salud)⁴

No podemos evaluar la salud oral como una entidad individual, sino como parte esencial e integral de la salud general, ya que, siempre va a repercutir en ésta.

Si bien a nivel mundial ha habido grandes avances en salud bucal, aún persisten grupos no privilegiados que presentan un importante daño en algunas comunidades, tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo. (Tascón & Cabrera, 2005)

Información reciente del Banco Mundial de datos de la OMS, confirma dos tendencias en el estado de salud bucal de la población mundial: un deterioro en la mayoría de los países en vías de desarrollo y un progreso en casi todos los países industrializados. (Petersen, 2003)

Existen muchas enfermedades que pueden afectar las estructuras bucodentarias, entre éstas, la caries dental y enfermedad periodontal han sido histórica y universalmente reconocidas como las que presentan la mayor carga de enfermedad. (Petersen, 2003). En la actualidad, la distribución y severidad de las mismas varía de una región a otra y su aparición está fuertemente asociada con factores socioculturales, económicos, ambientales y del comportamiento. (Tascón & Cabrera, 2005)

La caries dental es todavía el mayor problema de salud oral en la mayoría de los países industrializados, afectando al 60-90% de los escolares y a la mayoría de los adultos. Es también la enfermedad oral más prevalente en varios países asiáticos y latinoamericanos, mientras parece ser menos prevalente en la mayoría de los países africanos. (Petersen, 2003)

En las últimas dos décadas muchos países desarrollados han experimentado un dramático descenso en la prevalencia de caries dental entre los niños y adolescentes. (Petersen, 2003) Las razones de estos cambios son complejas, implican básicamente la reducción en el consumo de azúcar, mejoras en la higiene bucal, el uso de pasta

⁴ Organización mundial de la Salud, www.oms.com

fluorurada, agua potable fluorurada, el efectivo uso de los servicios de salud oral y el establecimiento de programas preventivos basados en las escuelas. (Petersen, 2003)

Por el contrario, la prevalencia y severidad de la caries dental ha ido en aumento en varios países en desarrollo; especialmente en aquellos países donde los programas de prevención no han sido aplicados. (Amin & Al-Abad, 2008)

Es el caso de África, en que a la luz de los cambios en las condiciones de vida, se espera que la incidencia de la caries dental aumente; particularmente como resultado del creciente consumo de azúcares y la inadecuada exposición de fluoruros. (Petersen, 2003)

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), en su informe de salud oral de 1997, afirmó que la caries dental sigue siendo un aspecto fundamental de las condiciones generales de salud en las Américas, por la importancia que tiene como parte de la carga global de morbilidad, los costos relacionados con su tratamiento, pérdida de dientes y la posibilidad de aplicar medidas eficaces de prevención. (Tascón & Cabrera, 2005)

Con respecto a Chile, los problemas de salud bucal continúan siendo de alta prevalencia en todos los grupos etáreos. Las patologías orales de mayor prevalencia en nuestro país son: caries dental, enfermedades gingivales y periodontales, y anomalías dentomaxilares. (Chile, Ministerio de Salud)

1.2. Factores condicionantes sobre salud oral y edad

1.2.1 Factores condicionantes

La rapidez con que los patrones de la enfermedad cambian a través del mundo está estrechamente ligada al estilo de vida de las personas. (Petersen, 2003)

Como se dijo anteriormente los estilos de vida de los individuos están fuertemente asociados con la salud bucal de los mismos, sin embargo, estos se ven muy influenciados por factores sociales, observándose grandes diferencias según nivel de pobreza, educación, nivel socioeconómico y condición urbano rural. (Petersen , 2009)

En los diagnósticos de Salud Bucal realizados en el país se observa, en forma constante, un mejor estado de Salud Bucal en la población de nivel socioeconómico alto al compararla con los de niveles más bajos. La población más rica del país tiene índices de salud bucal comparables a los países desarrollados. El porcentaje de niños de 6 y 12 años con su dentadura sana es mayor en el nivel socioeconómico alto, a su vez, el daño por caries es tres veces mayor en los niños de nivel socioeconómico bajo. (Soto et al, 2007)

También se observa en los estudios un mayor daño bucal en la población en áreas rurales al compararlos con los que residen en zonas urbanas. La probabilidad que los niños de 6 y 12 años tengan su dentadura sana es el doble en zonas urbanas que en rurales. El daño por caries es el doble en los niños de zonas rurales, en relación a los de zonas urbanas. (Soto et al, 2007).

Estilos de vida, tales como los hábitos higiénicos y alimenticios tienen gran impacto en la salud bucal de los individuos. (Petersen, 2003) También cobra especial importancia, como factor protector, el consumo de agua, especialmente en nuestro país en que está fluorurada. (Chile, Ministerio de Salud)

Un hábito importante a considerar es el de fumar, ya que, éste afecta negativamente la salud bucal, así como la salud general de nuestra población. (Chile, Ministerio de Salud)

Los condicionantes de estilo de vida tienen que ver con cambios culturales, y para tener éxito en ello es necesario trabajar en forma intersectorial, siendo el sector educación fundamental en esta tarea. (Zillmann & Rodríguez, 2005)

1.2.2 Edad

Adolescencia es el período de la vida en que el niño se transforma en adulto. Es una etapa crítica en el desarrollo biopsicosocial del ser humano, en la que ocurren cambios biológicos y psíquicos que transforman al niño en un individuo maduro en sus aspectos físico, sexual, emocional y psicosocial. (Zillmann & Rodríguez, 2005)

La OMS la define cronológicamente como el período en la vida comprendido entre los 10 y 20 años, coincidente con el comienzo de los cambios puberales y su término con la culminación del crecimiento y desarrollo morfológico. (Zillmann & Rodríguez, 2005)

Los adolescentes han sido tradicionalmente olvidados desde el punto de vista de la salud en general y los estudios afirman que es necesario invertir en la salud de este grupo poblacional. (Tascón & Cabrera, 2005)

En general, los adolescentes tienden a subestimar los riesgos. En consecuencia, la adolescencia puede ser considerada como un período difícil, de cambios y crítico en la vida para promover la salud. Por lo tanto, es importante conocer que enfoques son más exitosos en su promoción orientados a esta edad. (Brukiene & Aleksejūniene, 2009)

El problema de los dientes es una situación que afecta a la mayoría de escolares y adolescentes; esto a su vez compromete el estado físico del niño en la aparición de enfermedades del estómago, bajo rendimiento escolar y posteriormente problemas de tipo emocional. (Tascón & Cabrera, 2005)

La literatura revela que durante la adolescencia el impacto de la caries es alto. Del mismo modo señala que las consecuencias de otras enfermedades orales como la enfermedad periodontal, comienzan a notarse claramente en este período de vida. Ambas enfermedades (caries y enfermedad periodontal) entre otras de menor prevalencia, pero de gran importancia (cáncer, malformaciones, maloclusiones y demás enfermedades infecciosas como el SIDA y herpes), marcan los problemas de salud bucal de la edad adulta. (Tascón & Cabrera, 2005)

En relación a la edad, destaca el rango de 6 a 8 y 12 años por comprender el período de dentición mixta, en la cual, ocurre una secuencia de hechos de manera ordenada y regulada en el tiempo. Este período no sólo marca el inicio de la dentición definitiva, si no que darán las bases de la futura salud bucal de esta población.

Las principales consideraciones a tener en cuenta sobre la salud bucal de los niños y adolescentes es sentar las bases para lograr una dentición permanente intacta, un estado periodontal correcto y el mantenimiento de la salud del resto de las estructuras del sistema estomatognático.

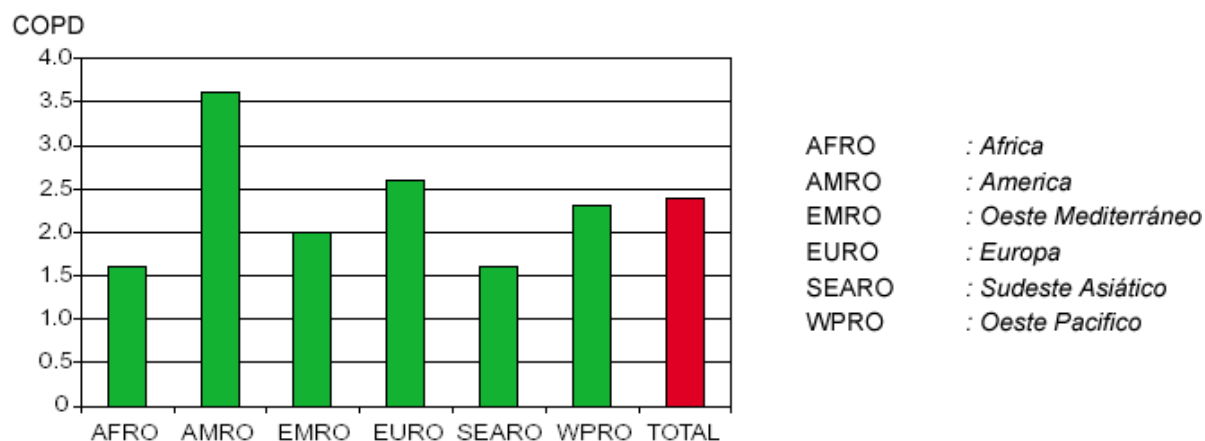
El grupo etáreo de los 12 años, es especialmente importante porque en muchos países es la edad en que los niños salen de la enseñanza básica y por consiguiente, constituye la última oportunidad de obtener fácilmente una muestra confiable en el sistema escolar. De hecho es la edad universal de vigilancia de caries a nivel internacional, permitiendo realizar comparaciones entre países y desarrollar un sistema de vigilancia intra país para comparar las tendencias de la enfermedad. Además es el período en que la mayoría de los adolescentes tienen erupcionados todas las piezas dentarias permanentes, exceptuando los 3eros molares, y una etapa de menor daño de caries dental y enfermedad periodontal. (Encuestas de Salud Bucodental. Métodos Básicos. Cuarta edición. Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud, p. 7)

1.3 Salud Oral en 12 años

1.3.1 Caries Dental:

En las pasadas dos décadas ha habido un dramático declive de caries dental en niños de 12 años en un gran número de naciones industrializadas. (Tascón & Cabrera, 2005).

(1) Experiencia de caries en escolares de 12 años en las seis oficinas regiones de la OMS en el año 2000, basado en el índice COPD (Fuente: WHO Global Oral Health Data Bank and WHO ORAL Elath Country/Area Profile Programme, 2000).



Con respecto a Chile, la caries dental sigue siendo la patología oral de mayor prevalencia en los niños y adolescentes de nuestro país. (Chile, Ministerio de Salud)

El estudio nacional, realizado por el Ministerio de Salud (Urbina et al, 1996 y 1999; citado por Minsal, Chile) arrojó los siguientes resultados:

Resultados en los niños de 12 años:

- Sin historia de caries: 15.66 % de los niños o daño por caries en dentición permanente (COPD): 3.42 piezas. Este se desglosa en 2.21 piezas cariadas, 0.83 piezas obturadas y 0.19 piezas con extracciones por caries.

A su vez, en el Diagnóstico Nacional de Salud Bucal del Adolescente de 12 años y Evaluación del Grado de Cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de Salud Bucal 2000-2010. Chile 2007; se obtuvo los siguientes resultados (Soto et al, 2007):

- Sin historia de caries: 37,5 % de los adolescentes.
- Daño por caries en dentición definitiva (COPD): 1,9 piezas dentarias. Este se desglosa en 0,75 piezas cariadas, 1,039 piezas obturadas y 0,112 piezas con extracciones por caries.

1.3.2 Enfermedad Gingival y Periodontal:

Globalmente, la mayoría de los niños tienen signos de gingivitis y, entre los adultos, las etapas iniciales de enfermedad periodontal son prevalentes. La periodontitis

agresiva afecta a individuos durante la pubertad, provocando pérdida prematura de los dientes, abarcando alrededor del 2% de los jóvenes. (Petersen, 2003)

En nuestro país, no existen datos muy precisos relativos a la presencia de gingivitis en niños y adolescentes. Los estudios existentes reportan prevalencias que van desde aproximadamente el 40 al 98%. (Chile, Ministerio de Salud)

En el estudio realizado en estudiantes de enseñanza básica y media en la Región Metropolitana se reporta un 96 % de gingivitis en jóvenes de 12, 15 y 18 años, mientras que en un estudio nacional en niños de 6 y 12 años (Mella, 1992), se observó un 37.7% de los niños de 6 años y un 41.1% de los niños de 12 años con gingivitis.

La enfermedad periodontal en adolescentes chilenos, ha sido estudiada recientemente en una muestra aleatoria de más de 9000 estudiantes de 12 a 21 años de la Provincia de Santiago (López, 2001). Los hallazgos de ese estudio fueron:

Enfermedad Periodontal en Adolescentes de Santiago:

- Prevalencia de gingivitis ulceronecrotizante: 6.7%.
- Pérdida de inserción:
 - ≥ 1 mm: 69.2%
 - ≥ 2 mm: 16%
 - ≥ 3 mm: 4.5%

En el Diagnóstico Nacional de Salud Bucal del Adolescente de 12 años y Evaluación del Grado de Cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de Salud Bucal 2000-2010. Chile 2007; se obtuvo una prevalencia de gingivitis del 66,9% de los adolescentes. (Soto et al, 2007).

1.3.3 Anomalías dentomaxilares:

Las anomalías dentomaxilares fueron de una prevalencia del 53 % en los adolescentes de 12 años. (Soto et al, 2007).

2. Nivel de Conocimiento, Actitudes y Prácticas sobre Salud Oral

2.1 Nivel de Conocimiento sobre Salud Oral

2.1.1 Conceptos generales sobre el conocimiento

El conocimiento, según la Real Academia Española, se define como “Acción y efecto de conocer” y “entendimiento, inteligencia, razón natural”. Antonio Zabala y Laia Arnau en su trabajo “11 ideas claves. Cómo aprender y enseñar competencias” lo definen

como los componentes de las competencias de carácter concreto o abstracto que hacen referencia a hechos, conceptos, principios y sistemas conceptuales.⁵

2.2.2 Conocimiento en Salud Oral

El conocimiento sobre salud oral se define como el conjunto de información almacenada mediante la experiencia o aprendizaje sobre salud oral, patologías bucales y temas relacionados. En la literatura los niveles de conocimiento se determinan por medio de una encuesta aplicada a la población estudio, ésta comprende básicamente las áreas de causa y prevención de caries dental y enfermedad periodontal, higiene oral, prácticas alimenticias y hábitos nocivos. (Kahabuka & Mbawalla, 2006; Rodríguez et al, 2006; Amin & Al-Abad, 2008; Harikiran et al, 2008; Tolvanen et al, 2009; Ruisánchez et al, 2005; Oredugba, 2004; Brukiene & Aleksejūniene, 2009; Tascón & Cabrera, 2005; Rodríguez, 2005; Delgado et al, 2006).

El nivel de conocimiento es considerado un prerrequisito esencial para las prácticas relacionadas con salud, (Al-Ansari, 2003) y a su vez, un indicador de la eficiencia de los programas de salud oral y los servicios preventivos en general en las escuelas. (Amin & Al-Abad, 2008).

El poder evaluar el grado de conocimiento de la población estudio; en este caso, niños de 12 años, se considera fundamental, pues condiciona la salud bucal en este grupo. Éste será esencial para poder determinar actitudes, prácticas y comportamiento futuro que la persona adquiera en su diario vivir. A esto se suma que la edad de estudio se considera clave en cuanto a la adopción de hábitos que difícilmente podrán ser cambiados en una edad adulta.

Tales prácticas como cepillarse los dientes, uso de flúor en la pasta de dientes y agua, y un mínimo consumo de alimentos azucarados, puede jugar un papel importante en la prevención de las enfermedades orales. Sin embargo, esto es sólo es posible cuando una persona comprende la importancia de la salud bucal dental y tiene los suficientes conocimientos para ello. (Kahabuka & Mbawalla, 2006)

Este conocimiento se puede relacionar con el estado bucal de la población, principalmente con las dos patologías más importantes en cuanto a prevalencia, que son la caries dental y enfermedad periodontal. (Amin & Al-Abad, 2008)

El que se logre efectivamente relacionar un bajo nivel de conocimiento con un pobre estado de salud oral, da las bases para un refuerzo en las acciones de promoción de la salud y tratamiento de las enfermedades dentales para mejorar el estado de salud de este grupo de población.

⁵ Zabala, A, Arnau, L. 11 ideas claves. Cómo aprender y enseñar competencias, pág.218

Con respecto a modificaciones sobre el nivel de conocimiento, la información existente ha reportado que éste mejora con la edad (Tolvanen et al, 2009), y que bajo programas educativos siempre tiende a mejorar (Tolvanen et al, 2009; Ruisánchez et al, 2005; Brukiene & Aleksejūniene, 2009; Delgado et al, 2006); no así con el caso de actitudes y prácticas. (Tolvanen et al, 2009)

2.2.3 Conocimiento sobre Salud Oral en niños de 12 años

En general los estudios declaran un nivel de conocimientos “aceptable” o “bueno”, según la escala de evaluación predeterminada (Tascón & Cabrera, 2005; Rodríguez, 2005; Amin & Al-Abad, 2008; Kahabuka & Mbawalla, 2006; Oredugba, 2004; Harikiran et al, 2008 y Ruisánchez et al, 2005; Delgado et al, 2006); sin embargo, sería necesario un refuerzo y control de hábitos saludables para lograr una salud bucal óptima. (Rodríguez et al, 2006)

Claramente el nivel varía dependiendo del tema específico a tratar. Un parámetro a evaluar es si la caries es una enfermedad infecciosa (producida por bacterias). En Chile en un estudio llevado en la región metropolitana, un 78% acertó, (Rodríguez, 2005); en Colombia un 57% (Tascón & Cabrera, 2005) y Tanzania un 88%. (Kahabuka & Mbawalla, 2006); calificando de buen nivel.

Con respecto a su etiología, no es de conocimiento popular el que las bacterias sean responsables. Es el caso de Arabia Saudita donde sólo el 2,2% contestó correctamente (Amin & Al-Abad, 2008); Colombia el 18%(Tascón & Cabrera, 2005); y en Nigeria sólo un 8% .(Oredugba, 2004). Este ítem posee un mal nivel de conocimiento, ya que, como causal tienden a asociarlo a alimentos cariogénicos

En relación a los alimentos cariogénicos, los conocimientos en general van de regular a bueno. En India un 48,9% sabían que los dulces y azúcar son uno de los causantes de la caries dental (Harikiran et al, 2008); en Arabia Saudita el 76,9% (Amin & Al-Abad, 2008). En Tanzania el 67% mencionó las galletas, 65% los dulces, el 36% sabía que el helado y el 32,8% el jugo azucarado. (Kahabuka & Mbawalla, 2006). En Chile un 83% atribuye una dieta con alto contenido de azúcares a su origen, un 83% alimentos dulces, blandos y pegajosos; un 80% alimentos dulces y duros, y sólo un 41% a frutos secos. (Rodríguez, 2005)

En relación a la etiología del sangrado de las encías, sí es asociado al componente bacteriológico y al no realizar una técnica de higiene correcta. Es el caso de Tanzania el 83% conoce tal detalle. Ellos lo atribuyeron al no cepillarse los dientes con un 66% y el 64% al cepillado irregular. (Kahabuka & Mbawalla, 2006). En Nigeria el 72% contestó acertadamente con respecto a que la falta de higiene sería su causal (Oredugba, 2004). En Chile el 68% lo asocia a un exceso de microbios en la boca, sobre todo en las encías. (Rodríguez, 2005)

En relación a la prevención, éste es un tema de conocimiento más popular, calificándose en general como bueno. En India un 75,1% manifestó conocimiento con respecto a la eficacia de la prevención de caries y las enfermedades de las encías, a través del cepillado e instrucciones sobre higiene con un 65,8%; y uso de flúor con un 36,3% . (Harikiran et al, 2008)

En Arabia Saudita el 93,9% afirma que el enjuague de la boca después de las comidas en ayudas a la prevención de la caries y el cepillado de dientes previene las caries 81,8%. También afirman que el cepillo de dientes debe cambiarse regularmente 52,2% (Amin & Al-Abad, 2008)

En Tanzania el 83% sabe como prevenir las caries y el 77% sabía cómo prevenir la hemorragia las encías. Del mismo modo, el 68% entendió la importancia del uso de flúor en la pasta de dientes, el 67% de los niños sabías que el cepillado regularmente los dientes pueden prevenir el sangrado de las encías en comparación. (Kahabuka & Mbawalla, 2006)

En aquellos estudios donde tocaban la visita al dentista, casi la mitad de los encuestados contestaron correctamente. En España un 54,2% sabía que hay que ir al menos una vez al año, mientras que un 45,8% opinaba que sólo era necesario ir cuando existía algún problema. (Ruisánchez et al, 2005). En Arabia Saudita la visita a un dentista cada 6 meses es esencial para la salud oral 57,1%(Amin & Al-Abad, 2008)

Otros de los temas a encuestar en algunos casos fue la presencia de bacterias en nuestra boca, si realmente estaban siempre presentes y el 61,1% acertó en Arabia Saudita, también en el mismo país se refirieron a que si los objetos afilados pueden dañar las encías y un 81,8% concordó con esto.(Amin & Al-Abad, 2008)

En Nigeria sobre el conocimiento de la función de los dientes, un 82% respondió acertadamente, un 8% no acertó y un 10% desconocía su función. (Oredugba, 2004)

Cabe destacar que en nuestro país, según un cuestionario aplicado vía online a una muestra representativa de 323 escolares de 12 años en Santiago de Chile el año 2005, existe gran información por parte de los jóvenes respecto de la naturaleza de la caries, la forma de prevenirla y el tipo de alimentos que favorecen su formación. Pero no tienen claro la condición infectocontagiosa que posee esta enfermedad. Sin embargo, dentro de las medidas preventivas, le otorgan gran importancia a flúor, no así al uso de seda dental (Zillmann & Rodríguez, 2005).

Esto contrasta radicalmente con un estudio desarrollado en nuestro país el año 1995, donde los adolescentes mostraron escasos conocimientos sobre las enfermedades bucales más comunes y su prevención. Sin embargo, cabe destacar que en este caso el rango etáreo fue de 12 a 20 años, por lo que no se aplica exactamente a la edad de estudio.(Misrachi et al, 1995, citado por Zillmann & Rodríguez, 2005)

2.2 Nivel de Actitudes sobre Salud Oral

2.2.1 Conceptos generales sobre actitudes

Actitud, del latín *actitúdo*, según la Real Academia Española se define como la “disposición de un ánimo que se manifiesta de algún modo”. Para Antonio Zabala y Laia Arnau en su trabajo “11 ideas claves. Cómo aprender y enseñar competencias”, la actitud es el componente de las competencias que hacen referencia a la predisposición y a la forma de actuar de la persona ante una situación determinada.⁶

Es considerada un sentimiento constante, positivo o negativo, hacia un objeto (ya sea una persona, una acción o una idea). Los valores de un individuo afectan sus patrones de pensamiento y de conducta, en parte porque generan actitudes. Los valores, entonces, preceden a las actitudes. (Zillmann & Rodríguez, 2005)

La mayoría de las personas se sienten cómodas cuando el conocimiento que tienen es consistente con sus valores, creencias y actitudes. Si surge una discrepancia, los hechos son interpretados (o malinterpretados), de tal forma, que la contradicción entre conocimientos y actitudes desaparece. (Zillmann & Rodríguez, 2005)

No existe una progresión lineal, desde las actitudes hacia las conductas. A menudo, un cambio de actitud precede a un cambio de conducta; de igual modo un cambio de conducta puede preceder o influir en una actitud.

Los resultados de los estudios sobre las actitudes no ofrecen una imagen clara de cómo se forman (Tolvanen et al, 2009)

2.2.2 Actitudes en Salud Oral

La actitud en salud oral comprende la predisposición de la persona a responder de una manera determinada frente a la salud oral, tras evaluarlo positiva o negativamente según sus experiencias.

Esto involucra en nivel de salud oral percibido, predisposición a las visitas dentales o al tratamiento odontológico, ya sea por miedo de ir o no al dentista por posible dolor; (Harikiran et al, 2008) deseo para mejorar la salud oral, ansiedad dental, posponer la visita al dentista, resignación a las propias cavidades por caries; y también podría relacionarse persistencia y sociabilidad. (Kawamura et al, 2008)

El mecanismo más eficaz que tenemos en la actualidad para generar en las personas un cambio de actitud hacia modos de vida más saludables, es la Educación para la Salud, en todos sus ámbitos de actuación, preservando siempre el derecho fundamental de las personas de obrar en libertad, sin imposición por parte de los educadores. (Ruisánchez et al, 2005; Caldés et al, 2005)

⁶ Zabala, A, Arnau, L. 11 ideas claves. Cómo aprender y enseñar competencias, pág.218

La educación y motivación no son suficientes para alcanzar cambios a largo plazo. (Tolvanen et al, 2009) En la educación para la salud participan varias disciplinas claramente diferenciadas como las ciencias de la salud, conducta, educación y comunicación; que serán el núcleo básico sobre el que se sustenta el programa tanto teórico como práctico de la Educación para la Salud. (Caldés et al, 2005)

2.2.3 Actitudes en Salud Oral en niños de 12 años

En general, el tema de actitud sobre salud oral es menos estudiado, y se asocia muchas veces al conocimiento o creencias, considerándolo como tal y no de manera independiente.

Uno de los grandes temas a considerar en este ítem, es la percepción que se tiene sobre salud oral. En India un 35% de los niños de 12 años no están satisfechos y efectivamente, la evaluación de su estado bucal es pobre. (Wang et al, 2005). En Suecia se demostró una estrecha relación entre la percepción de la salud oral y auto-conocimiento sobre su estado bucal. (Östberg et al, 2001; citado por Broadbent et al, 2006).

En India, un 21.9% de los niños encuestados evita sonreír a causa del mal estado de sus dientes, solo un 20.9% considera que mantener su dentadura en forma natural es importante. El 33% consideraba su estado bucal como excelente y el 7% como deficiente; mientras que el 9.4% manifestó no estar satisfecho con el estado de sus dientes. Un 37% de los encuestados relacionó la pérdida de piezas dentales con una mala apariencia. (Harikiran et al, 2008)

Pocos estudios evaluaron los cambios en los adolescentes y su actitud hacia la salud dental antes y después de las intervenciones de comportamiento. Sólo una ligera (3.3-3.5%) o ninguna mejoría en la actitud se constató en el caso de Canadá. Por otra parte, los cambios parecieran ser propensos al deterioro con el tiempo, ya que, los efectos ya no eran sostenidos después de unos meses. (Brukiene & Aleksejūniene, 2009)

El miedo al dentista es la causa principal de visitas irregulares, a su vez, la tendencia a posponer las visitas al dentista y a la resignación de cavidades por caries aumenta con la edad. (Kawamura et al, 2008; Harikiran et al, 2008)

Otros estudios han considerado la apatía del público ante las medidas de salud pública, especialmente de la fluoruración del agua (Neenan, 1996 & Hastings et al., 1998; citados por Broadbent et al, 2006); como las creencias sobre la salud dental que afectarían la ansiedad hacia la profesión (Poulton et al., 2001& Abrahamsson et al., 2003; citado por Broadbent et al, 2006), y la relación de las creencias de salud con la adherencia del paciente, versus el cumplimiento de las instrucciones de higiene oral (Borkowska et al., 1998; citado por Broadbent et al, 2006); ratificando en todos tal vínculo .

En general las niñas tenían significativamente resultados más altos que los varones de deseo de mejorar la salud oral, ansiedad dental, preocupación sobre el número de cavidades, y sociabilidad. (Kawamura et al, 2008; Brukiene & Aleksejūniene, 2009; Broadbent et al, 2006)

2.3 Nivel de Prácticas sobre Salud Oral

2.3.1 Conceptos generales sobre Prácticas

Práctica, del latín practica, y éste del griego praktike, ciencia activa. Se dice de los conocimientos que enseñan el modo de hacer algo. Uso continuado, costumbre o estilo de algo. Ejercicio de cualquier arte o facultad, conforme a sus reglas Aplicación de una idea o doctrina. (Real Academia Española). Es un conjunto de aspectos de un conocimiento que permiten su aplicación a hechos reales y concretos, y esta aplicación. También como costumbre, actuación normal o habitual. Es el medio que permite llevar a cabo y ejecutar una serie de principios teóricos.

2.3.2 Prácticas en Salud Oral

Aplicado a la salud oral se define como costumbre, actuación normal o habitual sobre hábitos o comportamientos relacionados con salud oral. Estas incluyen principalmente hábitos de higiene, dieta y hábitos nocivos según la literatura revisada. (Harikiran et al, 2008; Kawamura et al, 2008; Amin & Al-Abad, 2008; Kahabuka & Mbawalla, 2006; Rodríguez et al, 2006; Tolvanen et al, 2009; Wang et al, 2005; Oredugba, 2004; Brukiene & Aleksejūniene, 2009; Vallejos et al, 2008; Sarmadi et al, 2009; Kasila et al, 2006; Tascón & Cabrera, 2005; Delgado et al, 2006).

Dichas prácticas son adoptadas cuando los niños son muy jóvenes y usualmente son originadas en la casa y su medio ambiente. (Tolvanen et al, 2009). Se sugiere que mientras más tempranas son iniciadas en la vida, más alta es la probabilidad de mantenerse en el tiempo.(Brukiene & Aleksejūniene, 2009)

Éstas se han relacionado al costo y aceptación al tratamiento, acceso o facilidades, miedo al dolor y percepción a la necesidad dental por parte de los niños y padres, los que pueden crear barreras para buscar el cuidado dental. (Oredugba, 2004)

Para estudiar las prácticas de salud oral en niños, es necesario usar un cuestionario que mida sistemáticamente los conocimientos, actitudes y comportamiento durante las distintas etapas del desarrollo. (Kawamura et al, 2008)

La información obtenida es útil para entender qué debe enseñarse y qué comportamientos son necesarios mejorar; así como también, para el desarrollo de

estrategias que podrían ser utilizados para educar a los niños acerca de buenos hábitos a seguir. (Kawamura et al, 2008)

2.3.3 Prácticas en Salud Oral en niños de 12 años

Con respecto a las prácticas en salud oral en escolares de 12 años, no han sido entendidas plenamente; además datos sobre aspectos, tales como condiciones orales y hábitos (frecuencia de cepillado, uso de seda dental, visitas al dentista, consumo de dieta cariogénica, entre otros) son limitados. (Kawamura et al, 2008)

Hábitos como el cepillado, uso de pasta fluorurada y mínimo consumo de alimentos azucarados, juegan un rol importante en la prevención de enfermedades orales. Sin embargo, esto sólo es posible cuando la persona entiende la importancia de la salud bucal. (Kahabuka & Mbawalla, 2006)

En relación a las técnicas de higiene, se ha demostrado que patrones relativamente estables de cepillado se establecen durante la infancia y adolescencia. (Kasila et al, 2006) La mayoría de los escolares de 12 años cepillan sus dientes como rutina diaria, sin embargo, hay diferencias considerables en la frecuencia de cepillado en los niños de los países estudiados.

Los resultados sugieren que medidas preventivas simples como cepillarse dos veces al día no es una norma. (Harikiran et al, 2008). Todos los estudios concuerdan en que sobre un 90% se cepilla los dientes, a excepción de India, donde un 12% no usa cepillo de dientes. (Wang et al, 2005) y un estudio que abarco niños que vivían en la calle, donde sólo el 74% lo hacía. (Kahabuka & Mbawalla, 2006)

La frecuencia varía mucho según el país de estudio y su realidad. La mayoría llega a la conclusión de que los niños de esta edad se cepilla una vez al día. Es el caso de India donde un 58.9% lo hace, Arabia Saudita (Amin & Al-Abad, 2008), Nigeria un 68,4%(Oredugba, 2004) y Suecia un 29,3%(Sarmadi et al, 2009). Por otra parte hay estudios cuya media es de 3 veces al día como Colombia con un 54,2%(Tascón & Cabrera, 2005) y México con un 81,7%. (Vallejos et al, 2008). Otros países como Finlandia (Tolvanen et al, 2009) y España con un 65% lo hace 2 veces al día. (Ruisánchez et al, 2005)

Cabe destacar que frecuencias de dos o más veces al día se relaciona con pacientes libres de caries. (Amin & Al-Abad, 2008)

En estudios de intervención de prácticas sobre salud oral se han obtenido mejorías en la frecuencia de cepillado. Es el caso de España, donde previo al estudio un 65% lo hacía dos veces al día, 22% 3 o más veces y sólo el 13% una vez.; posterior a la intervención el 33% lo hizo 3 o + veces, sólo el 2% una vez y el 65% 2 veces. (Ruisánchez et al, 2005).

Los clínicos deberían tener en mente que ciertas características de la madre como el nivel educacional, factor socioeconómico y ambiental, durante el desarrollo de los niños y jóvenes están asociadas fuertemente a patrones de higiene oral en niños. (Harikiran et al, 2008). En un estudio desarrollado en México se identificó que las características de la madre en el cuidado de la salud oral de los niños están asociadas con hábitos de cepillado, particularmente bajo patrones más deseables de atención. (Vallejos et al, 2008)

Con respecto al uso de pasta fluorurada la mayoría hace uso de éste. En Tanzania sólo el 7,6% no lo hace. (Kahabuka & Mbawalla, 2006) Finlandia el 51% y aumentó a un 59% posterior a una intervención educacional. (Tolvanen et al, 2009). En India el 27% no la usa. (Wang et al, 2005)

Con respecto a hábitos higiénicos entre adolescentes de esta edad, es frecuente el uso de goma de mascar, y rápido cepillado de los dientes y usar elementos para un aliento más fresco. Hábitos en el cepillado de dientes de los niños se ve influenciado en gran parte por los hábitos de los cuidadores, principalmente de la madre.(Kawamura et al, 2008)

El uso de seda dental es raro entre ellos (Kasila et al, 2006), es el ejemplo de India la frecuencia de uso es de 4,6%.(Harikiran et al, 2008); por el contrario, en un estudio en Colombia se registra un 55%; además un 51% usa enjuague bucal. (Tascón & Cabrera, 2005)

Alta proporción de los estudios registran el consumo de alimentos azucarados diario, es el caso de India, donde la ingesta de líquidos azucarados es de 32,18%, leche con azúcar de 65,9%, té con azúcar de 56,1%, el 79% consume dulces regularmente y sólo un 21% no lo hace nunca. (Harikiran et al, 2008) En Nigeria la mayoría de los niños (60%) consume galletas y bebidas azucaradas como snacks. (Oredugba, 2004). En Tanzania, se comparó prácticas entre niños de instituciones y que viven en la calle, donde el 22% consume dulces y galletas en las instituciones en comparación a un 44% que consume snacks en la calle. Sólo un 6% bebe sodas y jugos azucarados mientras que un 32-36% lo hace en las calles; además los niños que viven en las calles son más propensos a comer alimentos más cariogénicos y tienen malas prácticas de higiene oral.(Kahabuka & Mbawalla, 2006).

Para cambiar hábitos ya establecidos se necesita obtener conocimiento de diferentes fuentes y soporte social de padres, compañeros y otras personas en su medio ambiente diario. (Tolvanen et al, 2009)

La mayoría de los estudios orientados a la promoción de la salud oral en adolescentes registraron sólo efectos cortos y variados en el tiempo en cuanto a hábitos relacionadas a salud oral. El conocimiento actual sugiere que las recaídas en el tiempo en cuanto a su comportamiento son esperables en ausencia de subsecuente reforzamiento.(Brukiene & Aleksejūniene, 2009)

2.4 Conocimiento, Actitudes y Prácticas sobre Salud Oral en niños de 12 años

Los conocimientos, actitudes y prácticas, además del índice de higiene, nivel de caries y salud bucal, son usados como indicadores para la evaluación de los cambios de comportamiento de salud oral en niños y adolescentes. (Harikiran et al, 2008; Kawamura et al, 2008; Amin & Al-Abad, 2008; Kahabuka & Mbawalla, 2006; Caldés et al, 2005; Oredugba, 2004). Sin embargo, poco se sabe acerca de las actitudes y el comportamiento de este grupo en países en desarrollo, en comparación con los desarrollados. (Harikiran et al, 2008)

En general, los estudios a nivel mundial, revelan y concuerdan que los conocimientos, actitudes y prácticas son regulares a pobres y necesitan ser intervenidos. (Harikiran et al, 2008) Esto varía, ya que, si tomamos por separado nivel de conocimiento, versus actitudes y prácticas, el primero estaría en general dentro del rango de buen a muy buen nivel; a diferencia de los segundos que son regulares a pobres. (Tolvanen et al, 2009; Kahabuka & Mbawalla, 2006). También se detectan diferencias en cuanto al género, con varones teniendo actitudes, prácticas y percepción de su salud bucal menos favorables. (Kawamura et al, 2008; Amin & Al-Abad, 2008; Broadbent, 2006, Harikiran et al, 2008).

Una manera de intervenir esto son los programas de promoción orientadas a la comunidad a nivel de escolares. (Harikiran et al, 2008) Se ha registrado que el cambio en los conocimientos, actitudes y destrezas es descrito como resultado de la promoción de la salud, y como resultado intermedio se incluye el cambio de prácticas hacia una opción más saludable. (Delgado et al, 2006)

La teoría de la creencia de la Salud (Eiser, 1997; citado en Broadbent et al, 2006) sugiere que éstas deben asociarse a comportamientos de salud dental. Esto implica que el cambio debe conllevar en modificaciones en los comportamientos, teniendo en consideración que se asocian principalmente a conocimientos, y en menor grado las actitudes. (Broadbent et al, 2006)

La teoría tradicional acerca del cambio de comportamiento es el modelo de "conocimiento - actitud - comportamiento", que sugiere una relación causal de dicha cadena: Un incremento en el nivel de conocimientos genera cambios actitudinales, los cuales pueden guiar a cambios en las conductas de las personas, en la búsqueda de estilos de vida saludables. (Tolvanen et al, 2009; Delgado et al, 2006).

Tras comprender este modelo, se consideró que modificar el conocimiento es el primer paso para alterar el comportamiento. Lamentablemente, se ha demostrado que tales mejorías no necesariamente se transforman en actitudes más positivas y éstas no siempre influyen en los comportamientos individuales. Incluso si los cambios en salud oral se producen, parecen ser menos resistente al deterioro del tiempo que los conocimientos en esta área. (Brukiene & Aleksejūniene, 2009)

El proceso se basa en las teorías psicológicas del aprendizaje al involucrar los aspectos cognitivo, afectivo y conductual. Ha sido sugerido que para lograr cambios en los conocimientos, actitudes y prácticas se debe usar un enfoque concertado de educación y promoción de la salud, que integre las interacciones interindividuales y con la comunidad. (Delgado et al, 2006)

Los resultados de varios estudios indican en general que intervenciones promocionales en la comunidad puede mejorar el conocimiento y actitudes, pero que las prácticas son más difíciles de modificar. (Tolvanen et al, 2009) Es el caso de Canadá, donde el limitado éxito de la conducta y la falta de diversidad en los métodos utilizados, no permitieron la identificación de mejoras a largo plazo en los adolescentes. Por tanto, concluyeron que enfoques alternativos para la promoción de la salud oral deberían ser explorados. (Brukiene & Aleksejūniene, 2009)

Si bien, hay intervenciones que efectivamente no sólo logran cambios en el conocimiento, si no que en algunas prácticas habituales, éstas últimas son difíciles de mantener en el tiempo. (Brukiene & Aleksejūniene, 2009)

Es el caso de Finlandia, los niños mejoraron su relación conocimiento - comportamiento, cuando están expuestos a un programa de promoción de la salud oral utilizando un enfoque multinivel. Sin embargo, los mismos efectos sobre las actitudes no se observaron. (Tolvanen et al, 2009)

En España se observaron cambios significativos tanto en la frecuencia como en la técnica de cepillado, en las actitudes a tomar antes del sangrado de las encías y en el abandono de hábitos nocivos. Por ello, se concluyó que los programas educativos sobre higiene y salud buco-dental son eficaces para modificar positivamente las conductas de niños de esta edad, subrayando el interés que tiene la implantación de los mismos en el ámbito escolar. (Ruisánchez et al, 2005)

En general, tales programas concuerdan en que es posible realizar intervenciones comunitarias de promoción en salud oral efectivas, utilizando el enfoque de cambio conductual y la educación como pilares. Ambas herramientas que pueden ser aplicadas con facilidad en países en vías de desarrollo y que no representan un alto costo. (Delgado et al, 2006)

En base a los resultados, cambios en los conocimientos, actitudes y prácticas están relacionadas, pero los niños están listos para el cambio en diferentes momentos. Por lo tanto, promoción de la salud oral debe ser concebido como un proceso continuo en lugar de una intervención a corto plazo. (Tolvanen et al, 2010)

Por lo tanto, el principal reto para la futura investigación de la promoción en la salud oral no tiene como objetivo sólo encontrar las formas efectivas para cambiar el comportamiento de un individuo, sino que también para lograr mejoras sostenidas que se traducirán en una mejora de la salud oral. (Brukiene & Aleksejūniene, 2009)

Objetivos:

General:

- Determinar el nivel de conocimiento, actitudes y prácticas sobre salud oral en niños de 12 años en la comuna de Quilpué.

Específicos:

1. Determinar el nivel de conocimiento sobre salud oral en niños de 12 años.
2. Determinar el nivel de actitudes sobre salud oral en niños de 12 años.
3. Determinar el nivel de prácticas sobre salud oral en niños de 12 años.
4. Determinar la relación entre nivel de conocimiento y nivel de actitudes/prácticas sobre salud oral.
5. Determinar la relación entre nivel de conocimientos, actitudes, prácticas y sexo.
6. Determinar la relación entre nivel de conocimientos, actitudes, prácticas y nivel socioeconómico.

Materiales y método

1. Diseño de investigación

El estudio realizado es descriptivo de corte transversal.

2. Población y muestra

2.1 **Universo**

El universo está constituido por los escolares de 12 años que cursen 7° básico, pertenecientes a las escuelas de la comuna de Quilpué en el año 2010.

2.2 **Muestra**

Del universo se seleccionó mediante muestreo probabilístico estratificado por afijación proporcional, donde la distribución se hace de acuerdo con el peso (tamaño) de la población en cada estrato.

Cada estrato está constituido por las dependencias de los centros educacionales de la comuna que imparten enseñanza básica, vale decir, escuelas municipalizadas, particulares subvencionados y particulares pagados. (Provincial Educacional de Valparaíso). El primer estrato formado por las escuelas municipales, está conformado por un total de 17 instituciones que imparten enseñanza básica y poseen 7° año. El segundo estrato está formado por los 45 colegios particulares subvencionados y el tercero comprendido por los 2 particulares pagados existentes.

Se obtuvo la muestra según el cálculo de la siguiente fórmula:

$$n = \frac{\sum_{h=1}^k \frac{W_h \cdot N_h \cdot p_h \cdot (1 - p_h)}{N_h - 1}}{ee^2 + \sum_{h=1}^k \frac{W_h^2 \cdot p_h \cdot (1 - p_h)}{N_h - 1}}$$

Para ello se consideró los siguientes valores:

- Prevalencia de respuestas correctas: $P = 0,73$
- Error de Estimación de la prevalencia real: $ee = 0,05$
- N° de escuelas municipales (poblacional) = 17
- N° de colegios subvencionados (poblacional) = 45
- N° colegios particulares (poblacional) = 2

Esto arrojó un tamaño de muestra total: 38 colegios seleccionados aleatoriamente dentro de cada estrato, los que se subdividen de la siguiente manera:

- Tamaño de muestra de colegios municipales: 10 colegios
- Tamaño de muestra de colegios subvencionados: 26 colegios

- Tamaño de muestra de colegios particulares: 2 colegios.

Se aplicó el instrumento a todos los cursos que impartan 7° básico dentro de cada escuela, y a su vez a todos los alumnos presentes, excluyendo aquéllos abarcados por los criterios de exclusión.

En base a lo anterior el número de alumnos que comprendió la muestra abarcó un total de 1019 niños.

2.3 Criterios de inclusión/exclusión

Criterios de inclusión:

- Alumnos que cursen 7° básico, pertenecientes a las escuelas de la comuna de Quilpué en el año 2010.
- Aquéllos que cumplan con el rango de edad establecido, que va de los 11 años y 6 meses a los 13 años y 1 mes.
- Aquéllos que cuenten con la autorización por parte del apoderado para desarrollar el estudio.
- Alumnos presentes el día a desarrollar el cuestionario.
- Alumnos que quieran de forma voluntaria cooperar en el presente estudio.

Criterios de exclusión:

- Alumnos que no cumplan con los criterios de inclusión previamente establecidos.

2.4 Unidad de medida: Escolares de 12 años.

3. Variables, definiciones operacionales y unidades de medidas

3.1 Variables y unidades de medida

VARIABLES	TIPO DE VARIABLES	UNIDADES DE MEDIDA
Universales incluidas		
Sexo	Cualitativa dicotómica	Género: 1: Masculino 2: Femenino
Nivel socioeconómico	Cualitativa nominal	Escuelas: 1: Municipalizado 2: Particular subvencionado 3: Particular pagado
Variables Principales		

Nivel de conocimiento	Cualitativa ordinal	<p>Escala de evaluación predeterminada:</p> <p>1: Muy bueno (>85% - 100%)</p> <p>2: Bueno (>70%-85%)</p> <p>3: Regular (>60% - 70%)</p> <p>4: Malo (0% - 60%)</p>
Nivel de actitudes	Cualitativa ordinal	<p>Escala de evaluación predeterminada:</p> <p>1: Muy bueno (>85% - 100%)</p> <p>2: Bueno (>70%-85%)</p> <p>3: Regular (> 60% - 70%)</p> <p>4: Malo (0% - 60%)</p>
Nivel de prácticas	Cualitativa ordinal	<p>Escala de evaluación predeterminada:</p> <p>1: Muy bueno (>85% - 100%)</p> <p>2: Bueno (>70%-85%)</p> <p>3: Regular (> 60% - 70%)</p> <p>4: Malo (0% - 60%)</p>
Nivel de conocimiento-actitud-prácticas o CAP	Cualitativa ordinal	<p>Escala de evaluación predeterminada:</p> <p>1: Muy bueno (>85% - 100%)</p> <p>2: Bueno (>70%-85%)</p> <p>3: Regular (>60% - 70%)</p> <p>4: Malo (0% - 60%)</p>
Conocimiento sobre salud oral		
Indicación del uso de seda dental	Cualitativa nominal	<p>Alternativas de selección múltiple:</p> <p>1. Si me cepillo bien los dientes, no es necesario</p> <p>2. No está recomendado, pues daña las encías.</p> <p>3. Se recomienda uso diario junto al cepillado.</p> <p>4. Sólo lo uso si tengo los dientes muy separados, porque así elimino los restos de alimentos que quedan.</p> <p>5. No sé la respuesta.</p>
Número de veces al día que se deben cepillar los dientes	Cualitativa nominal	<p>Alternativas de selección múltiple:</p> <p>1. 1 vez al día.</p> <p>2. 2 veces al día.</p> <p>3. 3 veces al día.</p> <p>4. Después de cada comida.</p> <p>5. No sé la respuesta.</p>

Causa de caries e inflamación de las encías	Cualitativa nominal	Alternativas de selección múltiple: 1. Como muchos dulces. 2. Porque me cepillo, pero sin pasta dental. 3. Porque toda mi familia tiene mala dentadura. 4. Porque después de comer cualquier alimento, especialmente azucarados, no me realizo una buena higiene bucal. 5. No sé la respuesta.
Momento más importante para realizar una rigurosa higiene bucal	Cualitativa nominal	Alternativas de selección múltiple: 1. En la mañana, antes de desayunar. 2. En la mañana, después de desayunar. 3. En la tarde, después de almorzar. 4. En la noche, antes de acostarse. 5. No sé la respuesta.
Elemento que no contiene flúor.	Cualitativa nominal	Alternativas de selección múltiple: 1. Cada 6 meses. 2. Cada 2 meses. 3. Una vez al año. 4. Cuando haya dolor. 5. No sé la respuesta.
Qué es lo más importante en una pasta dental	Cualitativa nominal	Alternativas de selección múltiple: 1. Pasta dental. 2. Agua potable. 3. Té. 4. Café. 5. No sé la respuesta.
La caries es una enfermedad contagiosa	Cualitativa nominal	Alternativas de selección múltiple: 1. Verdadero 2. Falso 3. No sé la respuesta
Utilidad de los sellantes	Cualitativa nominal	Alternativas de selección múltiple: 1. Previene las encías sangrantes 2. Previene la caries dental 3. Curación de caries dental 4. Limpieza de dientes 5. No sé la respuesta.
Prácticas		

Frecuencia de cepillado al día	Cuantitativa discreta	Pregunta abierta: Número de veces al día en que cepilla sus dientes.
Frecuencia de uso de seda dental a la semana	Cuantitativa discreta	Pregunta abierta: Número de veces al día en que usa seda dental a la semana.
Frecuencia de visitas al dentista al año	Cuantitativa discreta	Pregunta abierta: Número de veces al año en que en que acude al dentista.
Frecuencia de consumo de frutos secos	Cualitativa ordinal	Alternativas de selección múltiple: 1. Siempre 2. A veces 3. Nunca
Frecuencia de consumo de leche con azúcar	Cualitativa ordinal	Alternativas de selección múltiple: 1. Siempre 2. A veces 3. Nunca
Frecuencia de consumo de dulces	Cualitativa ordinal	Alternativas de selección múltiple: 1. Siempre 2. A veces 3. Nunca
Frecuencia de consumo de bebidas azucaradas	Cualitativa ordinal	Alternativas de selección múltiple: 1. Siempre 2. A veces 3. Nunca
Frecuencia de consumo de té o café con azúcar	Cualitativa ordinal	Alternativas de selección múltiple: 1. Siempre 2. A veces 3. Nunca
Actitud		
Deseo por aprender cómo mejorar el cepillado de los dientes.	Cualitativa dicotómica	1. Sí 2. No
Deseo por saber cómo usar seda dental apropiadamente.	Cualitativa dicotómica	1. Sí 2. No
Deseo por conocer más posibilidades de tratamiento para las caries.	Cualitativa dicotómica	1. Sí 2. No
Ansiedad el día previo a la visita dental.	Cualitativa dicotómica	1. Sí 2. No

Preocupación acerca del tratamiento dental a recibir.	Cualitativa dicotómica	1. Sí 2. No
Evitar visitas al dentista por miedo.	Cualitativa dicotómica	1. Sí 2. No
Satisfacción con la apariencia dental propia.	Cualitativa dicotómica	1. Sí 2. No
Evitar sonreír o reír por causa de tus dientes.	Cualitativa dicotómica	1. Sí 2. No
Creencia en que la salud bucal propia es buena.	Cualitativa dicotómica	1. Sí 2. No

3.2 Definiciones operacionales

3.2.1 Variables independientes

Nivel socioeconómico

Categoría del estrato social en la que se ubica la persona según dependencia de la escuela a la que acude. Se codificará 1 si son escuelas municipalizadas, 2 particulares subvencionados y 3 particular pagado.

3.2.2 Variables dependientes

- 1. Nivel de conocimiento en salud oral:** Categoría del conocimiento que posee la persona, que será considerado como tal cuando se obtengan cinco o más aciertos de un total de ocho preguntas, al aplicar el cuestionario diseñado para este estudio. Estas preguntas responden a las siguientes categorías: Indicación de uso de seda dental, frecuencia en que se debe cepillar los dientes, causa de caries e inflamación de las encías, momento para realizar una rigurosa higiene bucal, frecuencia que se debe tener para los controles al dentista, elemento que no contiene flúor, la caries como una enfermedad contagiosa y utilidad de los sellantes.

Los resultados se someterán a una escala de evaluación predeterminada en base a porcentajes de respuestas correctas. Se codificará 1 rango muy bueno (>85% - 100%), 2: bueno (>70%-85%), 3: Regular (>60% - 70%) y 4: Malo (0% - 60%).

- 2. Nivel de actitud en salud oral:** Categoría de las actitudes que posee la persona, que será considerado como tal cuando se obtengan seis o más aciertos

de un total de nueve preguntas, al aplicar el cuestionario diseñado para este estudio. Estas preguntas responden a las siguientes categorías:

- Deseo para mejorar la salud oral: compuesto por 3 preguntas que miden interés por aprender cómo mejorar el cepillado de los dientes, por saber cómo usar seda dental apropiadamente y por conocer más posibilidades de tratamiento para las caries.
- Ansiedad dental: compuesto por 3 preguntas que miden ansiedad el día previo a la visita dental, preocupación acerca del tratamiento dental a recibir y evitar visitas al dentista por miedo al dolor.
- Percepción del nivel de salud oral: compuesto por 3 preguntas que miden satisfacción con la apariencia dental propia, evitar sonreír o reír por causa de tus dientes y creencia en que la salud bucal propia es buena.

Los resultados se someterán a una escala de evaluación predeterminada en base a porcentajes de respuestas correctas. Se codificará 1 rango muy bueno (>85% - 100%), 2: bueno (>70%-85%), 3: Regular (>60% - 70%) y 4: Malo (0% - 60%).

- 3. Nivel de prácticas en salud oral:** Categoría de las prácticas que posee la persona, que será considerado como tal cuando se obtengan cinco o más aciertos de un total de ocho preguntas, al aplicar el cuestionario diseñado para este estudios. Estas preguntas responden a las siguientes categorías: Frecuencia de uso de seda dental, de cepillado, de consumo de frutos secos, bebidas azucaradas, dulces, leche con azúcar, té o café con azúcar, y regularidad de visitas al dentista.

Los resultados se someterán a una escala de evaluación predeterminada en base a porcentajes de respuestas correctas. Se codificará 1 rango muy bueno (>85% - 100%), 2: bueno (>70%-85%), 3: Regular (>60% - 70%) y 4: Malo (0% - 60%).

- 4. Nivel de conocimiento-actitud-práctica o CAP sobre salud oral:** Categoría que posee la persona, en la cual se considera como tal aquéllos que poseen sobre un 60% de los aciertos promediados entre los 3 niveles o dimensiones evaluados en el instrumento desarrollado para el estudio.

Se someterá a una escala de evaluación predeterminada en base a porcentajes de respuestas correctas. Se codificará 1 rango muy bueno (>85% - 100%), 2: bueno (>70%-85%), 3: Regular (>60% - 70%) y 4: Malo (0% - 60%).

Variables sobre conocimiento en salud oral

- 1. Indicaciones del uso de la seda dental:** Corresponde a la ocasión o causa del uso de seda dental y es considerado como tal, a la alternativa “se recomienda

uso diario junto al cepillado” en el cuestionario desarrollado para esta investigación. Se codificará como 3 para efectos de este estudio.

2. **Frecuencia en que se debe cepillar los dientes:** Es el número de veces que se debe cepillar al día y será considerada como tal, a la alternativa “después de cada comida” en el cuestionario desarrollado para esta investigación. Se codificará como 4 para efectos de este estudio.
3. **Causa de caries e inflamación de las encías:** Es uno de los factores etiológicos de la caries y enfermedad periodontal. Será considerada como tal, a la alternativa “porque después de comer cualquier alimento, especialmente azucarados, no me realizo una buena higiene bucal”; en el cuestionario desarrollado para esta investigación. Se codificará como 4 para efectos de este estudio.
4. **Momento más importante para realizar una rigurosa higiene bucal:** Es la ocasión más importante para el aseo bucal, en pos de la prevención de enfermedades orales. Será considerada como tal, a la alternativa “en la noche, antes de acostarse” en el cuestionario desarrollado para esta investigación. Se codificará como 4 para efectos de este estudio.
5. **Frecuencia que se debe tener para los controles al dentista:** Es el número de veces al año en que se debe realizar controles odontológicos y será considerada como tal, a la alternativa “cada 6 meses” en el cuestionario desarrollado para esta investigación. Se codificará como 1 para efectos de este estudio.
6. **Elemento que no contiene flúor:** Corresponde a aquél elemento, alimento o líquido mencionado en el cuestionario que no posea flúor. Será considerada como tal, a la alternativa “café” en el cuestionario desarrollado para esta investigación. Se codificará como 4 para efectos de este estudio.
7. **La caries es una enfermedad contagiosa:** Calidad de la caries de transmitirse de una persona a otra. Será considerada como tal, a la alternativa “verdadero” en el cuestionario desarrollado para esta investigación. Se codificará como 1 para efectos de este estudio.
8. **Utilidad de los sellantes:** Función de los sellantes y será considerada como tal, a la alternativa “previene la caries dental” en el cuestionario desarrollado para esta investigación. Se codificará como 2 para efectos de este estudio.

Variables en relación a prácticas sobre salud oral:

9. **Frecuencia de cepillado:** Número de veces al día en que cepilla sus dientes. Será considerada como tal, aquéllos que indiquen 3 o más veces al día suponiendo que los que apunten a un mayor número se debe a una mayor

frecuencia de ingestas diarias de alimentos, por lo que las oportunidades de higienización debe ser mayor.

- 10. Frecuencia de uso de seda dental:** Número de veces a la semana en que usa seda dental. Será considerada como tal, aquéllos que indiquen 7 veces.
- 11. Regularidad de visitas al dentista:** Número de veces al año en que se controla con el dentista. Será considerada como tal, aquéllos que indiquen 2 o más veces suponiendo que los que apunten a un mayor número se debe a que están en tratamiento, por lo que los controles se consideran parte de éste.
- 12. Frecuencia de consumo de frutos secos (pasas, higos secos, etc.):** Número de veces que se consume frutos secos de forma periódica. Será considerada como tal, sólo a las alternativas: “nunca”, “a veces” (menos de una vez al día), “siempre” (una o más veces al día). Se codificara 1 para siempre, 2: a veces, 3: nunca.
- 13. Frecuencia de consumo de bebidas azucaradas:** Número de veces que se consume bebidas azucaradas de forma periódica. Será considerada como tal, sólo a las alternativas: “nunca”, “a veces” (menos de una vez al día), “siempre” (una o más veces al día). Se codificara 1 para siempre, 2: a veces, 3: nunca.
- 14. Frecuencia de consumo de dulces:** Número de veces que se consume dulces de forma periódica. Será considerada como tal, sólo a las alternativas: “nunca”, “a veces” (menos de una vez al día), “siempre” (una o más veces al día). Se codificara 1 para siempre, 2: a veces, 3: nunca.
- 15. Frecuencia de consumo de leche con azúcar:** Número de veces que se ingiere leche con azúcar de forma periódica. Será considerada como tal, sólo a las alternativas: “nunca”, “a veces” (menos de una vez al día), “siempre” (una o más veces al día). Se codificara 1 para siempre, 2: a veces, 3: nunca.
- 16. Frecuencia de consumo de té o café con azúcar:** Número de veces que se ingiere té o café con azúcar de forma periódica. Será considerada como tal, sólo a las alternativas: “nunca”, “a veces” (menos de una vez al día), “siempre” (una o más veces al día). Se codificara 1 para siempre, 2: a veces, 3: nunca.

Variables sobre actitudes en salud oral:

- 17. Deseo por aprender cómo mejorar el cepillado de los dientes:** Interés por aprender a desarrollar la técnica de cepillado de manera correcta. Será considerada como tal, a la alternativa “sí” en el cuestionario desarrollado para esta investigación. Se codificará como 1 para efectos de este estudio.

- 18. Deseo por saber cómo usar seda dental apropiadamente:** Interés por aprender a usar la seda dental de manera correcta. Será considerada como tal, a la alternativa “sí” en el cuestionario desarrollado para esta investigación. Se codificará como 1 para efectos de este estudio.
- 19. Deseo por conocer más posibilidades de tratamiento para las caries:** Interés por conocer otros métodos de tratamiento de la enfermedad caries. Será considerada como tal, a la alternativa “sí” en el cuestionario desarrollado para esta investigación. Se codificará como 1 para efectos de este estudio.
- 20. Ansiedad el día previo a la visita dental:** Aprehensión previa al tratamiento dental. Será considerada como tal, a la alternativa “sí” en el cuestionario desarrollado para esta investigación. Se codificará como 1 para efectos de este estudio.
- 21. Preocupación acerca del tratamiento dental a recibir:** Aprehensión previa al tipo de tratamiento dental a recibir. Será considerada como tal, a la alternativa “sí” en el cuestionario desarrollado para esta investigación. Se codificará como 1 para efectos de este estudio.
- 22. Evitar visitas al dentista por miedo al dolor:** Aprehensión previa al tratamiento dental por temor a que la intervención sea dolorosa. Será considerada como tal, a la alternativa “sí” en el cuestionario desarrollado para esta investigación. Se codificará como 1 para efectos de este estudio.
- 23. Satisfacción con la apariencia dental propia:** Es sentir agrado por como se ven nuestros dientes. Será considerada como tal, a la alternativa “sí” en el cuestionario desarrollado para esta investigación. Se codificará como 1 para efectos de este estudio.
- 24. Evitar sonreír o reír por causa de tus dientes:** Es no mostrar los dientes por rechazo de la propia apariencia. Será considerada como tal, a la alternativa “sí” en el cuestionario desarrollado para esta investigación. Se codificará como 1 para efectos de este estudio.
- 25. Creencia en que la salud bucal propia es buena. :** Percepción favorable del propio estado bucal, en relación a ausencia de enfermedades orales. Será considerada como tal, a la alternativa “sí” en el cuestionario desarrollado para esta investigación. Se codificará como 1 para efectos de este estudio.

4. Instrumentos de medición de variables

La recolección de información es llevada a cabo a través de un cuestionario desarrollado especialmente para este estudio (anexo 1) y es completado bajo la

supervisión del investigador. Éste comprende 25 preguntas, de las cuales 22 son cerradas y 3 abiertas. Éstas están confeccionadas para ser contestadas en un tiempo aproximado de 20 minutos.

La manera para aplicarlo es autoadministrado, donde el cuestionario se proporciona directamente a los respondientes, quienes lo contestan. No hay intermediarios y las respuestas las marcan ellos. No es necesario explicación alguna y en caso de desconocer algún término o definición, está la alternativa “no sé la respuesta”, siendo esto parte de la evaluación.

La comunicación interpersonal no será permitida. Además los alumnos serán informados de la importancia de responder honestamente.

El nivel de conocimiento se evalúa a través de 8 preguntas cerradas de selección múltiple, las cuales, constan de 5 alternativas y una de 3, donde se deberá elegir la opción que describa más adecuadamente su respuesta.

En ella se abarcan las siguientes categorías:

- caries dental y enfermedad periodontal: 2 preguntas
- Higiene oral: 3 preguntas
- Visitas al dentista: 1 pregunta
- Uso de sellantes. 1 pregunta
- Flúor: 1 pregunta

Las actitudes se evalúan en un ítem de 3 categorías con 3 preguntas cerradas dicotómicas cada una dando un total de 9, optando por la opción sí o no. En las categorías se evalúa:

- Deseo para mejorar la salud oral: 3 preguntas
- Ansiedad dental: 3 preguntas
- Percepción del nivel de salud oral: 3 preguntas

Las prácticas se evalúan en 8 preguntas, de las cuales 5 son cerradas y de selección múltiple, las que presentan tres alternativas; y 3 preguntas abiertas sobre número de veces en que realiza determinadas prácticas. Las categorías a evaluar son:

- Frecuencia de cepillado: 1 pregunta
- Frecuencia de uso de seda dental: 1 pregunta
- Frecuencia de visitas al dentista: 1 pregunta
- Consumo de alimentos cariogénicos.: 5 preguntas

La selección de tópicos incluidos en el instrumento se basó en la revisión de la literatura existente y en la experiencia de los investigadores.

4. Validez del instrumento

La validez del instrumento fue llevada a cabo en dos etapas. La primera constó en poner a prueba el cuestionario desarrollado para el estudio, sometiéndolo a la

evaluación por expertos, por parte del docente guía, de la cátedra de Salud Pública y otros docentes dispuestos a colaborar. Posteriormente se llevó a cabo los cambios sugeridos por los mismos.

La segunda etapa consistió en una prueba piloto a desarrollada en marzo del 2010, en un curso de 7° básico de una escuela predeterminada, en este caso de alumnos del colegio San Antonio de Villa Alemana. Se desarrolló el cuestionario y posteriormente se procedió a consultar sobre las preguntas y términos empleados, examinando la facilidad de entendimiento y factibilidad de su desarrollo en el tiempo estimado; para conocer sus dificultades y corregir sus defectos antes de aplicarlo a la totalidad de la muestra.

5. Análisis Estadístico

Metodología estadística:

Análisis 1:

Se desarrolló un análisis exploratorio descriptivo para conocer el comportamiento de los datos en cada una de las variables en estudio.

Para ello se crearon tablas de frecuencias (frecuencias absolutas y porcentuales), ya que, el estudio sólo se compone de variables de tipo cualitativas, diagramas de sectores para algunas variables de interés (sexo, tipo de colegio, nivel socioeconómico) y de barras simples para las relacionadas al cuestionario y sus resultados.

Análisis 2:

Análisis de tablas de contingencia 2 x 2 para cruzar variables de interés con los tres tipo de niveles evaluados o dimensiones (nivel de conocimiento, de actitud y prácticas) y el nivel del test en general (CAP: conocimiento-actitud-práctica), con el objetivo de observar tendencias entre cada una de las variables a cruzar y medir si éstas se encuentran asociadas entre sí.

Para medir la relación o asociación entre variables se testeó en base a la hipótesis nula, H_0 : No existe asociación entre las variables, con un 95% de confianza y un nivel de significancia $ALPHA = 0,05$ (5% de error de equivocarnos) mediante el Test Chi cuadrado utilizando el *estadístico de prueba Chi cuadrado de Pearson* y el valor de p para decidir si se rechaza o no la hipótesis nula. Si el valor de $p < 0.05$ existe evidencia estadística para rechazar la hipótesis nula en favor de la alternativa, es decir, existe asociación entre las variables. Si valor $p > 0.05$ no existe evidencia estadística para rechazar la hipótesis nula en favor de la alternativa, por tanto no se rechaza H_0 .

Plan de trabajo y cronograma

Plan de trabajo

Procedimiento administrativo a seguir en la recogida de datos

Se procedió a obtener los permisos necesarios tanto de la escuela seleccionada con carta al Director (anexo 2), como el consentimiento a los apoderados (anexo 3); por ser los sujetos de estudio menores de edad. Para tales efectos se entregó a cada apoderado una hoja de consentimiento, explicando el estudio a realizar con sus objetivos y procedimientos a llevar a cabo, y de esta manera evitar algún problema de interpretación o confusión durante la evaluación de los pacientes.

Estudio piloto:

Se puso a prueba el cuestionario desarrollado para el estudio. Para ello, primero se sometió a apreciación por parte del docente guía y de la cátedra de Salud Pública dispuestos a colaborar. Posteriormente se llevó a cabo los cambios sugeridos por los mismos.

La segunda etapa consiste en aplicar la encuesta en un curso de 7° básico de una escuela predeterminada en marzo del 2010, donde desarrolló la encuesta y posteriormente se procedió a consultar sobre las preguntas y términos empleados. Se examinó la facilidad de entendimiento y factibilidad de su desarrollo en el tiempo estimado; para conocer sus dificultades y corregir sus defectos antes de aplicarlo a la totalidad de la muestra.

Presupuesto o recursos disponibles.

1. Recursos disponibles:

Humanos:

- Encuestador, conformado por el investigador principal.
- Colaboración de docente guía, Dr. Alfredo Cueto, y otros docentes de salud pública para la evaluación del instrumento o cuestionario a aplicar en el grupo estudio.

Infraestructura disponible:

Dependencias de la Escuela seleccionada. Para tales fines se usará una sala de clases disponible en ese momento, u otra instalación para aplicar el cuestionario a los alumnos escogidos aleatoriamente. Todo previo permiso y colaboración del director de escuela.

2. Recursos no disponibles:

Cantidad	Material	Valor por Unidad	Valor Total
1019	Fotocopias (cuestionario).	\$30	\$30.570
114	Movilización ⁷	\$500	\$ 57.000
38	Impresión y sobres (para carta a Directores de escuela)	\$100	\$3.800
340	Fotocopia (hoja de consentimiento apoderados).	\$15	\$5.100
COSTO TOTAL			\$96.470

⁷ Considerando promedio app. entre viajes interurbanos y locales.

Resultados

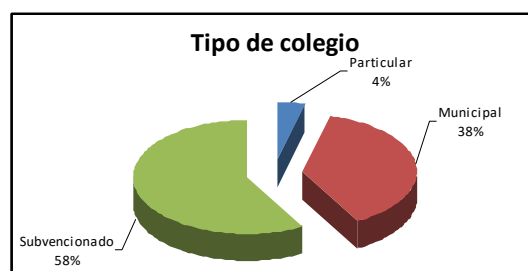
1. Identificación de la muestra:

Del total de la muestra comprendida por 1019 alumnos de 7° año, más de la mitad de los encuestados corresponden a colegios particulares subvencionados con un 58,1%, y el menor porcentaje recae en los particulares pagados con sólo un 3,9%.

Tabla 1: Alumnos encuestados según el tipo de establecimiento al cual pertenecen.

Tipo de Colegio		
	Frecuencia	Porcentaje
Municipal	387	38,0
Subvencionado	592	58,1
Particular	40	3,9
Total	1019	100,0

Gráfico 1: Alumnos encuestados según Tipo de colegio.

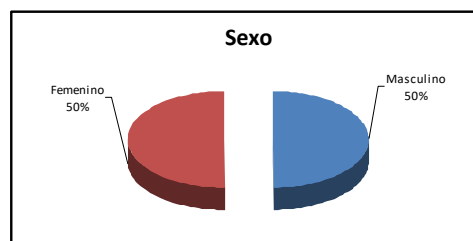


A su vez la relación entre géneros alcanza una proporción similar con prácticamente un 50% para cada grupo.

Tabla 2: Alumnos encuestados según el género al cual pertenecen.

Género		
	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	507	49,8
Femenino	512	50,2
Total	1019	100,0

Gráfico 2: Alumnos encuestados según su género.



2. Preguntas

Las preguntas serán presentadas según orden en el cual aparecen en el cuestionario y tema a evaluar.

2.1 Preguntas de conocimiento sobre salud oral:

Pregunta 1:

1. Con respecto al uso de la seda (hilo) dental responde:

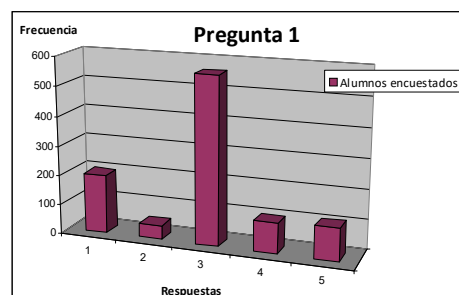
- a) Si me cepillo bien los dientes, no es necesario.
- b) No está recomendado, pues daña las encías.

- c) Se recomienda uso diario junto al cepillado.
 d) Sólo lo uso si tengo los dientes muy separados, porque así elimino los restos de alimentos que quedan.
 e) No sé la respuesta.

Tabla 3: Alumnos encuestados según respuesta a la pregunta 1.

Pregunta 1		
	Frecuencia	Porcentaje
Alternativa a (1)	199	19,5
Alternativa b (2)	47	4,6
Alternativa c (3)	562	55,2
Alternativa d (4)	102	10,0
Alternativa e(5)	109	10,7
Total	1019	100,0

Gráfico 3: Alumnos encuestados según respuesta a la pregunta 1



Más de la mitad de los encuestados contestaron la alternativa correcta correspondiente a la c, con un 55,2% de aciertos.

Pregunta 2:

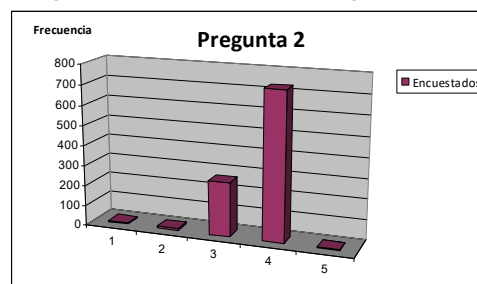
2. ¿Cuántas veces al día se DEBE cepillar los dientes?

- a) 1 vez al día.
 b) 2 veces al día.
 c) 3 veces al día.
 d) Después de cada comida.
 e) No sé la respuesta.

Tabla 4: Alumnos encuestados según respuesta a la pregunta 2.

Pregunta 2		
	Frecuencia	Porcentaje
Alternativa a	7	,7
Alternativa b	10	1,0
Alternativa c	268	26,3
Alternativa d	730	71,6
Alternativa e	4	,4
Total	1019	100,0

Gráfico 4: Alumnos encuestados según respuestas a la pregunta 2



Gran parte de los alumnos acertaron a la alternativa d, con un 71,6% de respuestas correctas.

Pregunta 3:

3. ¿Por qué se produce la caries dental y la inflamación de las encías?

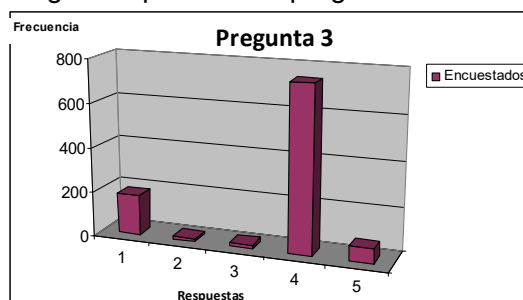
- a) Porque como muchos dulces.
 b) Porque me cepillo, pero sin pasta dental.

- c) Porque toda mi familia tiene mala dentadura.
 d) Porque después de comer cualquier alimento, especialmente azucarados, no me realizo una buena higiene bucal.
 e) No sé la respuesta.

Tabla 5: Alumnos encuestados según respuesta a la pregunta 3.

Pregunta 3		
	Frecuencia	Porcentaje
Alternativa a	182	17,9
Alternativa b	12	1,2
Alternativa c	16	1,6
Alternativa d	744	73,0
Alternativa e	65	6,4
Total	1019	100,0

Gráfico 5: Alumnos encuestados según respuesta a la pregunta 3



Gran parte de los alumnos acertaron a la alternativa d, con un 73% de respuestas correctas.

Pregunta 4:

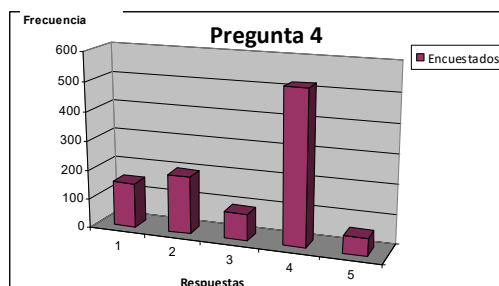
4. ¿Qué momento es el más importante para realizar una buena higiene bucal?

- a) En la mañana, antes de desayunar.
 b) En la mañana, después de desayunar.
 c) En la tarde, después de almorzar
 d) En la noche, antes de acostarse.
 e) No sé la respuesta

Tabla 6: Alumnos encuestados según respuesta a la pregunta 4.

Pregunta 4		
	Frecuencia	Porcentaje
Alternativa a	152	14,9
Alternativa b	197	19,3
Alternativa c	91	8,9
Alternativa d	521	51,1
Alternativa e	58	5,7
Total	1019	100,0

Gráfico 6: Alumnos encuestados según respuesta a la pregunta 4



Más de la mitad de los encuestados contestaron la alternativa correcta correspondiente a la d, con un 51,1% de aciertos.

Pregunta 5:

5. ¿Cada cuánto tiempo se DEBEN realizar los controles con el dentista?

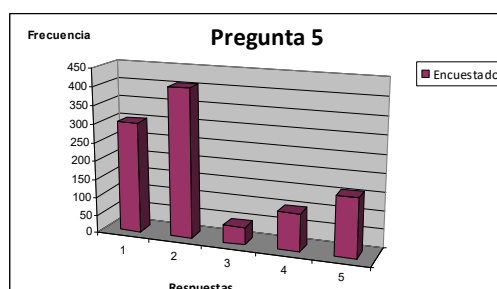
- a) Cada 6 meses.
 b) Cada 2 meses.

- c) Una vez al año.
- d) Cuando haya dolor.
- e) No sé la respuesta.

Tabla 7: Alumnos encuestados según respuesta a la pregunta 5.

Pregunta 5		
	Frecuencia	Porcentaje
Alternativa a	302	29,6
Alternativa b	407	39,9
Alternativa c	48	4,7
Alternativa d	102	10,0
Alternativa e	160	15,7
Total	1019	100,0

Gráfico 7: Alumnos encuestados según respuesta a la pregunta 5



Sólo un 29% respondió correctamente la alternativa a, siendo la respuesta mayormente contestada la b que corresponde a controles cada 2 meses.

Pregunta 6:

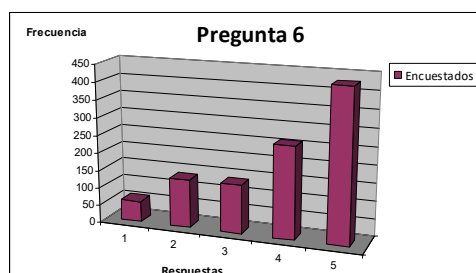
6. ¿Cuál de estos elementos NO contiene flúor?

- a) Pasta dental.
- b) Agua potable.
- c) Té.
- d) Café.
- e) No sé la respuesta.

Tabla 8: Alumnos encuestados según respuesta a la pregunta 6.

Pregunta 6		
	Frecuencia	Porcentaje
Alternativa a	58	5,7
Alternativa b	136	13,3
Alternativa c	137	13,4
Alternativa d	259	25,4
Alternativa e	429	42,1
Total	1019	100,0

Gráfico 8: Alumnos encuestados según respuesta a la pregunta 6



Sólo un 25,4% respondió correctamente la alternativa d, siendo la respuesta mayormente contestada la e que corresponde a "no sé la respuesta".

Pregunta 7:

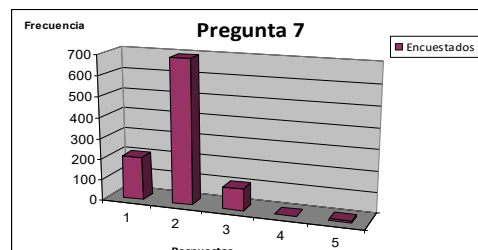
7. ¿La caries es una enfermedad contagiosa (se puede transmitir de una persona a otra, por ejemplo, de madre a hijo al besarla)?

- a) Verdadero.
- b) Falso.
- c) No sé la respuesta.

Tabla 9: Alumnos encuestados según respuesta a la pregunta 7.

Pregunta 7		
	Frecuencia	Porcentaje
Alternativa a	208	20,4
Alternativa b	697	68,4
Alternativa c	114	11,2
Total	1019	100,0

Gráfico 9: Alumnos encuestados según respuesta a la pregunta 7



Más de la mitad de los encuestados contestó erróneamente con un 68,4% para la alternativa b. Sólo un 20,4% acertó a la alternativa a.

Pregunta 8:

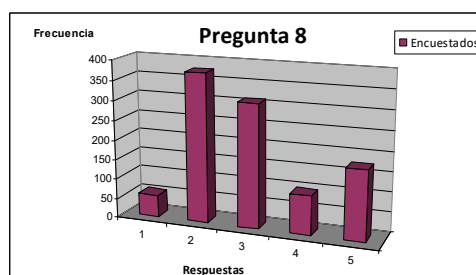
8. ¿Cuál es la utilidad de los sellantes?

- Previene las encías sangrantes.
- Previene la caries dental.
- Curación de caries dental.
- Limpieza de dientes.
- No sé la respuesta.

Tabla 10: Alumnos encuestados según respuesta a la pregunta 8.

Pregunta 8		
	Frecuencia	Porcentaje
Alternativa a	56	5,5
Alternativa b	376	36,9
Alternativa c	311	30,5
Alternativa d	99	9,7
Alternativa e	177	17,4
Total	1019	100,0

Gráfico 10: Alumnos encuestados según respuesta a la pregunta 8



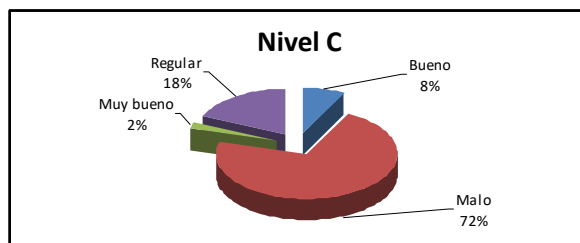
Sólo el 36,9% respondió correctamente la alternativa b, siendo a su vez ésta la mayormente contestada.

En relación al Nivel de Conocimiento obtenido en base a las preguntas desarrolladas, se determinó que los alumnos están en el rango de mal nivel con un 71,8 %. Solo un 2,2% está en el de muy bueno, 7,6% de bueno y 18,4% regular.

Tabla 11: Alumnos encuestados rango en que se clasifica su nivel de conocimiento.

Nivel de Conocimiento		
	Frecuencia	Porcentaje
Bueno	77	7,6
Malo	732	71,8
Muy bueno	22	2,2
Regular	188	18,4
Total	1019	100,0

Gráfico 11: Nivel de conocimiento según escala de evaluación.



2.2 Preguntas de prácticas sobre salud oral:

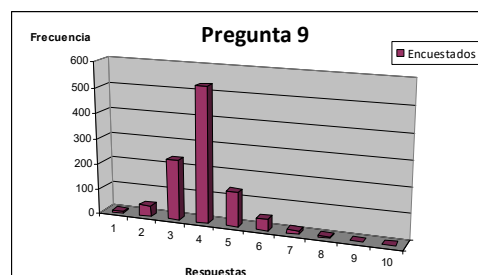
Pregunta 9:

9. Señala el número de veces que TE CEPILLAS los dientes al día. (En caso de no hacerlo, indica cero veces)

Tabla 12: Alumnos encuestados según respuesta a la pregunta 9.

Pregunta 9		
	Frecuencia	Porcentaje
0	7	0,7
1	44	4,3
2	236	23,2
3	531	52,1
4	136	13,3
5	44	4,3
6	14	1,4
7	5	0,5
8	1	0,1
10	1	0,1
Total	1019	100,0

Gráfico 12: Alumnos encuestados según respuesta a la pregunta 9



Más de la mitad de los encuestados contestaron que se cepillaban los dientes 3 veces al día con un 52,1%. Le sigue en orden de frecuencia con un 23,2% aquellos que realizan esta práctica 2 veces al día, y en un tercer lugar con un 13,3% cuatro veces. El número de veces señaladas en este ítem fluctúa de 0-10 veces diarias.

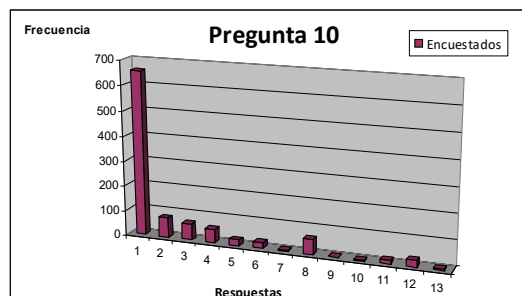
Pregunta 10:

10. Señala el número de veces que USAS SEDA (HILO) dental a la semana. (De no hacerlo, indica cero veces)

Tabla 13: Alumnos encuestados según respuesta a la pregunta 10.

P.10		
	Frecuencia	Porcentaje
0	658	64,6
1	79	7,8
2	64	6,3
3	54	5,3
4	23	2,3
5	22	2,2
6	4	,4
7	62	6,1
8	1	,1
10	3	,3
14	16	1,6
21	28	2,7
28	5	,5
Total	1019	100,0

Gráfico 13: Alumnos encuestados según respuesta a la pregunta 10



La mayoría de los encuestados señalan no realizar esta práctica con un 64,6%. El rango presentado de número de veces que usan seda dental a la semana varía de 0 a 28 ocasiones.

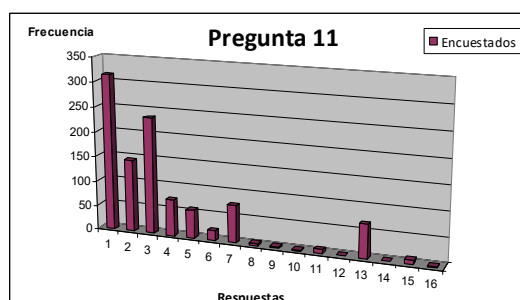
Pregunta 11:

11. Señala el número de veces que TE CONTROLAS con el dentista al año. (De no hacerlo, indica cero veces).

Tabla 14: Alumnos encuestados según respuesta a la pregunta 11.

Pregunta 11		
	Frecuencia	Porcentaje
0	314	30,8
1	146	14,3
2	235	23,1
3	73	7,2
4	57	5,6
5	20	2,0
6	76	7,5
7	5	,5
8	3	,3
9	1	,1
10	8	,8
11	1	,1
12	68	6,7
15	2	,2
24	9	,9
48	1	,1
Total	1019	100,0

Gráfico 14: Alumnos encuestados según respuesta a la pregunta 11



La primera mayoría presentada corresponde a aquéllos que no realizan esta práctica con un 30,8%. Le sigue en frecuencia los jóvenes que lo hacen 2 veces al año con un 23,1%, y en un tercer lugar aquéllos que lo hacen s+olo 1 vez con un 14,3%. El rango presentado varía de 0-48 visitas al año.

Pregunta 12.a:

12. *¿Qué tan a menudo come/bebe alguno de los siguientes alimentos?*

(**SIEMPRE** es una o más veces al día, **A VECES** es menos de una vez al día, **NUNCA** es cuando no lo haces).

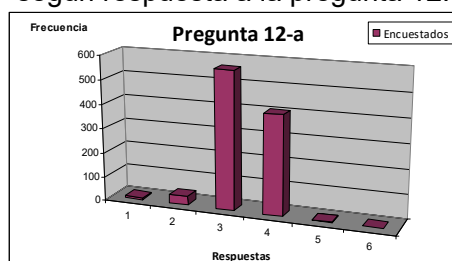
a) Frutos secos mpre s Nunca

(pasas, higos secos, etc)

Tabla 15: Alumnos encuestados según respuesta a la pregunta 12.a.

Pregunta 12-a		
	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	45	4,4
A veces	567	55,6
Nunca	407	39,9
Total	1019	100,0

Gráfico 15: Alumnos encuestados según respuesta a la pregunta 12.a



Más de la mitad de los encuestados contestaron la alternativa “a veces” con un 55,6% , le sigue con un 39,9% “nunca” y con un 4,4% “siempre”.

Pregunta 12.b:

12. *¿Qué tan a menudo come/bebe alguno de los siguientes alimentos?*

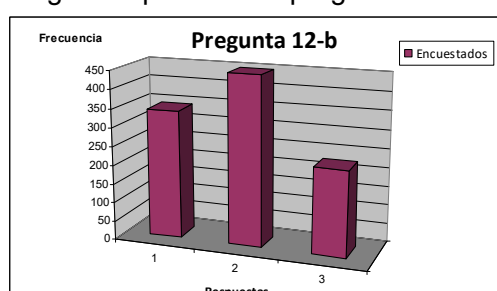
(**SIEMPRE** es una o más veces al día, **A VECES** es menos de una vez al día, **NUNCA** es cuando no lo haces).

b) Leche con azúcar mpre s Nunca

Tabla 16: Alumnos encuestados según respuesta a la pregunta 12.b.

P.12-b		
	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	342	33,6
A veces	449	44,1
Nunca	228	22,4
Total	1019	100,0

Gráfico 16: Alumnos encuestados según respuesta a la pregunta 12.b



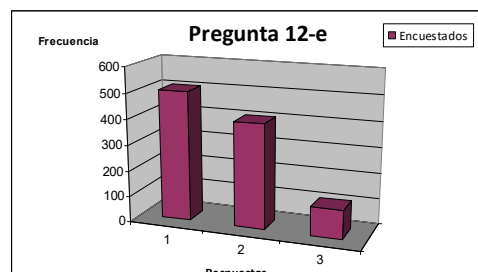
La primera mayoría corresponde la alternativa “a veces” con un 44,1% , le sigue con un 33,6% “siempre” y con un 22,4% “nunca”.

Pregunta 12.c:

Tabla 19: Alumnos encuestados según respuesta a la pregunta 12.e.

Pregunta 12-e		
	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	504	49,5
A veces	405	39,7
Nunca	110	10,8
Total	1019	100,0

Gráfico 19: Alumnos encuestados según respuesta a la pregunta 12.e

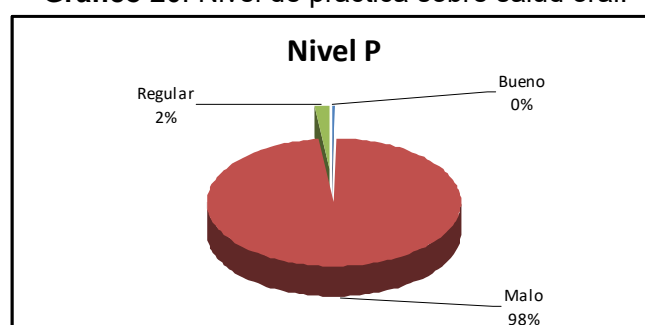


La primera mayoría corresponde a la alternativa “siempre” con un 49,5% , le sigue con un 39,7% “a veces” y con un 10,8% “nunca”.

Tabla 20: Alumnos encuestados según nivel de prácticas general

Nivel Prácticas General		
	Frecuencia	Porcentaje
Bueno	3	,3
Malo	995	97,6
Regular	21	2,1
Total	1019	100,0

Gráfico 20: Nivel de práctica sobre salud oral.



El resultado del nivel de prácticas sobre salud oral fue de un 98% del total de los encuestados en un mal nivel, un 2% regular y 0% para bueno y muy bueno.

2.3 Preguntas de actitud sobre salud oral:

Pregunta 13.a:

13.

- ¿Te gustaría aprender como cepillar mejor tus dientes?.

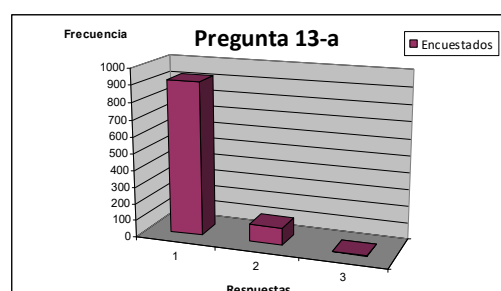
Sí

No

Tabla 21: Alumnos encuestados según respuesta a la pregunta 13.a.

Gráfico 21: Alumnos encuestados según respuesta a la pregunta 1.a

Pregunta 13-a		
	Frecuencia	Porcentaje
Sí	917	90,0
No	102	10,0
Total	1019	100,0



Un 90% de los encuestados contestaron positivamente a la pregunta, teniendo así una actitud positiva en ese enunciado.

Pregunta 13.b:

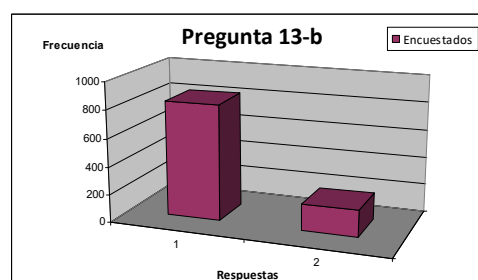
13.

- ¿Te gustaría saber cómo usar seda (hilo) dental apropiadamente? Sí No

Tabla 22: Alumnos encuestados según respuesta a la pregunta 13.b.

Pregunta 13-b		
	Frecuencia	Porcentaje
Sí	830	81,5
No	189	18,5
Total	1019	100,0

Gráfico 22: Alumnos encuestados según respuesta a la pregunta 1.b



Un 81,5% de los encuestados contestaron positivamente a la pregunta, teniendo así una actitud positiva.

Pregunta 13.c:

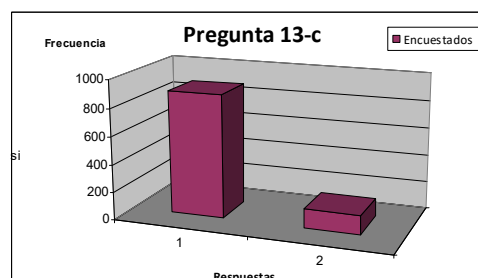
13.

- ¿Te gustaría conocer más posibilidades de tratamiento para las caries? Sí No

Tabla 23: Alumnos encuestados según respuesta a la pregunta 13.c.

Pregunta 13-c		
	Frecuencia	Porcentaje
Sí	885	86,8
No	134	13,2
Total	1019	100,0

Gráfico 23: Alumnos encuestados según respuesta a la pregunta 13.c



Un 86,8% de los encuestados contestaron positivamente a la pregunta, teniendo así una actitud positiva.

Pregunta 14.a:

14.

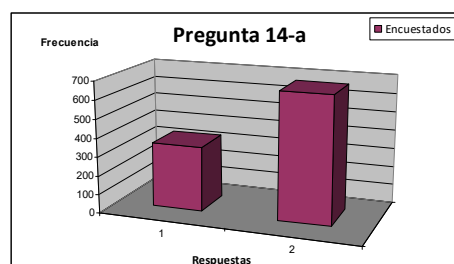
- ¿Estás nervioso el día previo a la visita dental?.

Sí No

Tabla 24: Alumnos encuestados según respuesta a la pregunta 14.a.

Pregunta 14-a		
	Frecuencia	Porcentaje
Sí	343	33,7
No	676	66,3
Total	1019	100,0

Gráfico 24: Alumnos encuestados según respuesta a la pregunta 14.a



Un 66,3% de los encuestados contestaron negativamente a la pregunta, teniendo así una actitud positiva al no presentar nerviosismo previo a la visita dental.

Pregunta 14.b:

14.

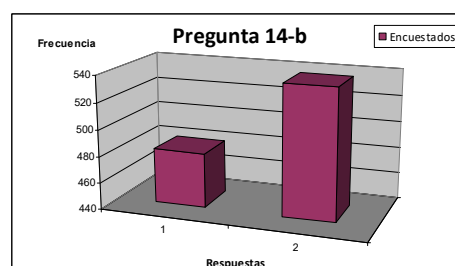
- ¿Te preocupas acerca del tratamiento que recibirás en la sala de espera?.

Sí No

Tabla 25: Alumnos encuestados según respuesta a la pregunta 14.b.

Pregunta 14-b		
	Frecuencia	Porcentaje
Sí	481	47,2
No	538	52,8
Total	1019	100,0

Gráfico 25: Alumnos encuestados según respuesta a la pregunta 14.b



Un 52,8% de los encuestados contestaron negativamente a la pregunta, teniendo así una actitud positiva al no preocuparse acerca del tipo de tratamiento a recibir.

Pregunta 14.c:

14.

- ¿Tratas de evitar visitar al dentista por miedo al dolor?.

Sí No

Tabla 26: Alumnos encuestados según respuesta a la pregunta 14.c.

Pregunta 14-c		
	Frecuencia	Porcentaje
Sí	235	23,1
No	784	76,9
Total	1019	100,0

76,9% de los encuestados contestaron negativamente a la pregunta, teniendo así actitud positiva al no evitar las visitas al dentista por miedo al dolor.

Pregunta 15.a:

15.

- ¿Te gusta cómo se ven tus dientes?.

Tabla 27: Alumnos encuestados según respuesta a la pregunta 15.a.

A.15-a		
	Frecuencia	Porcentaje
Sí	555	54,5
No	464	45,5
Total	1019	100,0

Un 54,5% de los encuestados contestaron que sí a la pregunta, teniendo así una actitud positiva o favorable.

Pregunta 15.b:

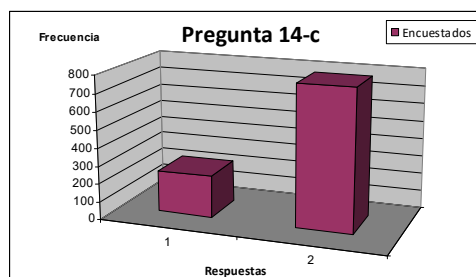
15.

- ¿Evitas sonreír o reír por como se ven tus dientes?.

Tabla 28: Alumnos encuestados según respuesta a la pregunta 15.b.

A.15-b		
	Frecuencia	Porcentaje
Sí	241	23,7
No	778	76,3
Total	1019	100,0

Gráfico 26: Alumnos encuestados según respuesta a la pregunta 14.c

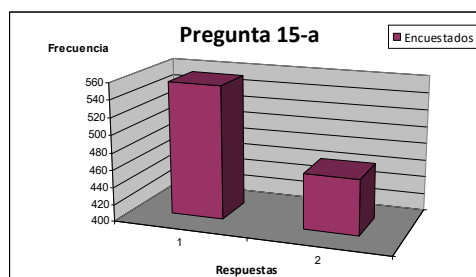


Un

una

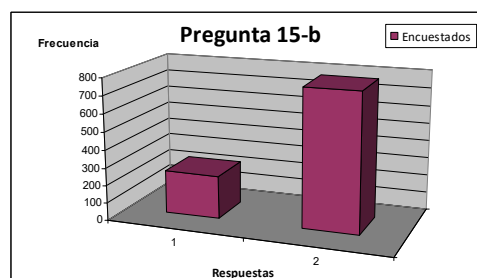
Sí No

Gráfico 27: Alumnos encuestados según respuesta a la pregunta 15.a



Sí No

Gráfico 28: Alumnos encuestados según respuesta a la pregunta 15.b



Un 76,3% de los encuestados contestaron negativamente a la pregunta, teniendo así una actitud positiva al no evitar reír sonreír debido al aspecto de sus dientes .

Pregunta 15.c:

15.

- ¿Crees que la salud de tus dientes y encías es buena?.

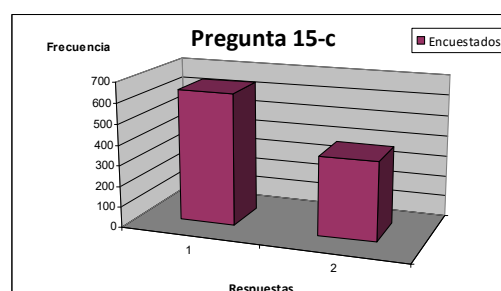
Sí

No

Tabla 29: Alumnos encuestados según respuesta a la pregunta 15.c.

A.15-c		
	Frecuencia	Porcentaje
Sí	640	62,8
No	379	37,2
Total	1019	100,0

Gráfico 29: Alumnos encuestados según respuesta a la pregunta 15.c



Un 62,8% de los encuestados contestaron que sí a la pregunta, teniendo así una actitud positiva.

En relación al Nivel de Actitud general, la primera mayoría obtenida fue de actitud muy buena hacia la salud oral con un 32,4%, seguida de mala con un 28,1% y de regular con un 20,4%.

Tabla 30: Alumnos encuestados según Nivel de Actitud.

Nivel de Actitud		
	Frecuencia	Porcentaje
Bueno	195	19,1
Malo	286	28,1
Muy bueno	330	32,4
Regular	208	20,4
Total	1019	100,0

Gráfico 30: Alumnos encuestados según Nivel de Actitud.

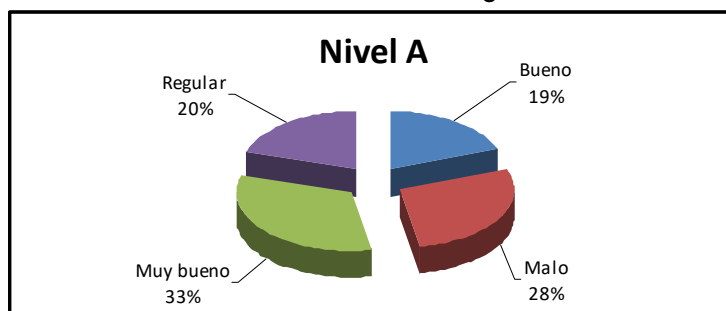
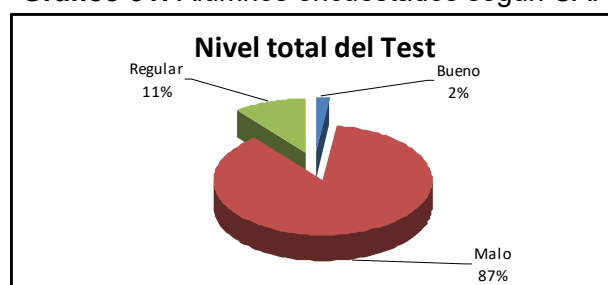


Tabla 31: Alumnos encuestados según CAP.

Nivel Total del Test		
	Frecuencia	Porcentaje
Bueno	19	1,9
Malo	890	87,3
Regular	110	10,8
Total	1019	100,0

Gráfico 31: Alumnos encuestados según CAP

Como resultado general del estudio y considerando las tres dimensiones, vale decir nivel de conocimiento, actitudes y prácticas sobre salud oral, se obtuvo un 87,3% del total en un mal nivel, un 10,8% en un regular y 1,9% en un buen nivel, sin existir en este caso el rango muy bueno.

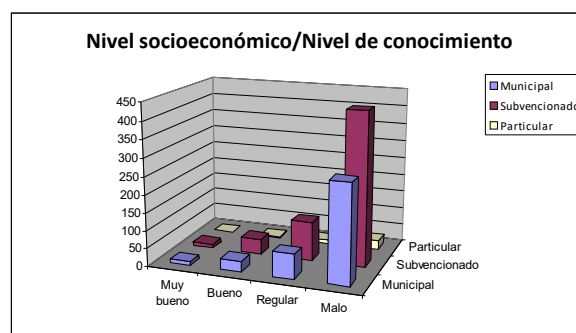
3. Nivel de conocimiento

3.1 Nivel de conocimiento/ Nivel socioeconómico:

Tabla 32: Nivel de conocimiento versus nivel socioeconómico

		Nivel socioeconómico (Tipo de colegio)			Total
		Municipal	Subvencionado	Particular	
Nivel de Conocimiento	Muy bueno	10	11	1	22
	Bueno	31	43	3	77
	Regular	69	109	10	188
	Malo	277	429	26	732
Total		387	592	40	1019

P 0,913

Gráfico 32: Nivel de conocimiento versus nivel socioeconómico

El nivel obtenido tiene un comportamiento similar en los tres estratos, vale decir, colegios municipales, particulares subvencionados y particulares pagados; ubicándose en gran proporción en un mal nivel de conocimiento sobre salud oral según la escala de evaluación predeterminada. No existe una relación estadísticamente significativa entre las variables.

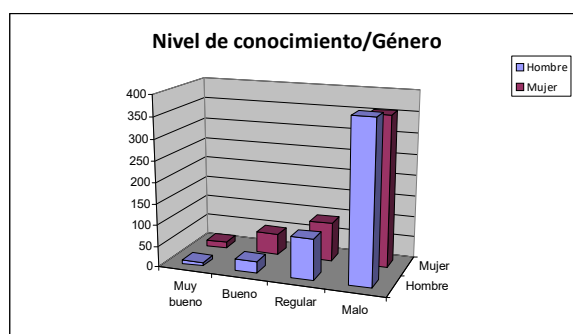
3.2 Nivel de conocimiento/ Género:

Tabla 33: Nivel de conocimiento versus género

		Género		Total
		Masculino	Femenino	
Nivel de Conocimiento	Muy bueno	8	14	22
	Bueno	27	50	77
	Regular	96	92	188
	Malo	376	356	732
Total		507	512	1019

P 0,028

Gráfico 33: Nivel de conocimiento versus nivel socioeconómico



El nivel de conocimiento para ambos géneros está ampliamente ubicado en el rango de malo, existiendo una diferencia estadísticamente significativa entre ambos géneros. El estudio concuerda con investigaciones desarrolladas que determina que el sexo femenino está en un mejor nivel que el masculino, pese en este caso al resultado general.

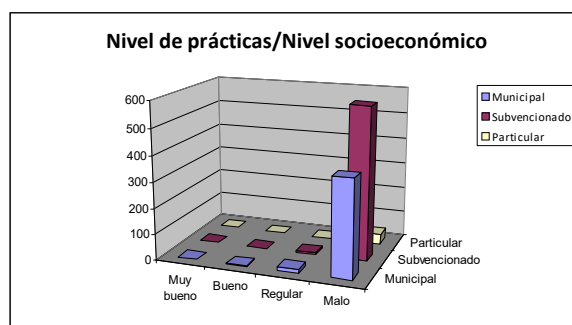
4. Nivel de Prácticas

4.1 Nivel de Prácticas/ Nivel socioeconómico:

Tabla 34: Nivel de prácticas versus nivel socioeconómico

		Nivel socioeconómico (Tipo de colegio)			Total
		Municipal	Subvencionado	Particular	
Nive del Prácticas	Muy bueno	0	0	0	0
	Bueno	2	1	0	3
	Regular	13	8	0	21
	Malo	372	583	40	995
Total		387	592	40	1019

P 0,154

Gráfico 34: Nivel de prácticas versus nivel socioeconómico

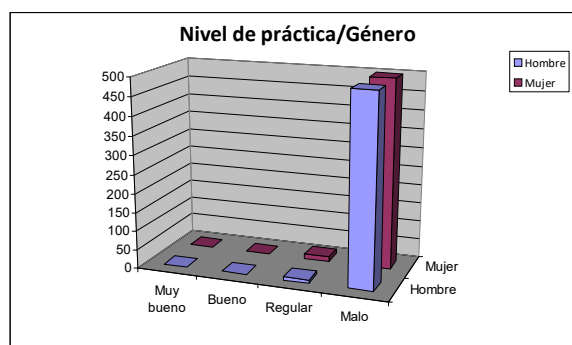
Las prácticas también se clasifican en el rango de mal nivel, teniendo un comportamiento similar en los tres estratos. No existe diferencia significativa entre las variables.

4.2 Nivel de Prácticas/ Género

Tabla 35: Nivel de prácticas versus género

		género		Total
		Masculino	Femenino	
Nivel de Prácticas	Muy bueno	0	0	0
	Bueno	2	1	3
	Regular	8	13	21
	Malo	497	498	995
Total		507	512	1019

P 0,472

Gráfico 35: Nivel de prácticas versus género

Las prácticas también se clasifican en el rango de mal nivel, teniendo un comportamiento similar en los tres estratos. No existe diferencia significativa entre las variables.

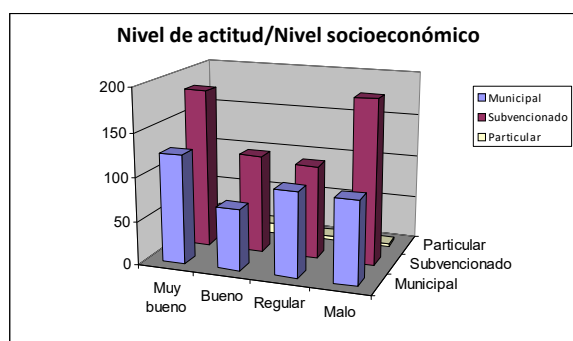
4. Nivel de Actitud

4.1 Nivel de Actitud/ Nivel socioeconómico:

Tabla 36: Nivel de actitud versus nivel socioeconómico

		Nivel socioeconómico (Tipo de Colegio)			Total
		Particular	Subvencionado	Municipal	
Nivel de Actitudes	Muy bueno	21	125	184	330
	Bueno	12	70	113	195
	Regular	4	97	107	208
	Malo	3	95	188	286
Total		40	387	592	1019

P 0,0002

Gráfico 36: Nivel de actitud versus nivel socioeconómico.

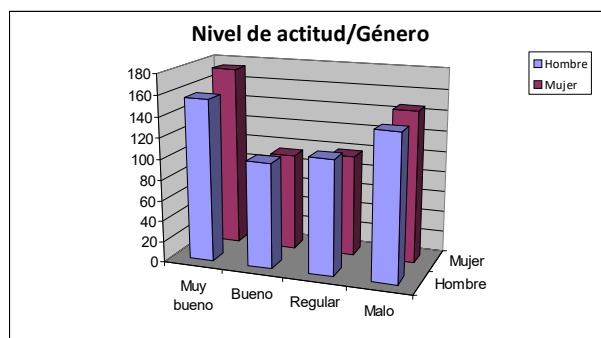
El nivel de actitud sobre salud oral varía significativamente según el nivel socioeconómico. Aquéllos pertenecientes a un mayor nivel que para efectos de este estudio se relaciona exclusivamente a la dependencia del colegio al cual asisten, en este caso a los particulares; tienen notablemente un mejor nivel que los subvencionados y estos a su vez con los municipales.

4.2 Nivel de Actitud/ Género:

Tabla 37: Nivel de actitud versus el género

		género		Total
		Masculino	Femenino	
Nivel de Actitud	Muy bueno	156	174	330
	Bueno	101	94	195
	Regular	110	98	208
	Malo	140	146	286
Total		507	512	1019

P 0,567

Gráfico 37: Nivel de actitud versus nivel socioeconómico.

No existe diferencia significativa entre el nivel de actitud y el género, ubicándose la mayoría en el rango de mal nivel y muy bueno.

5. Nivel de CAP

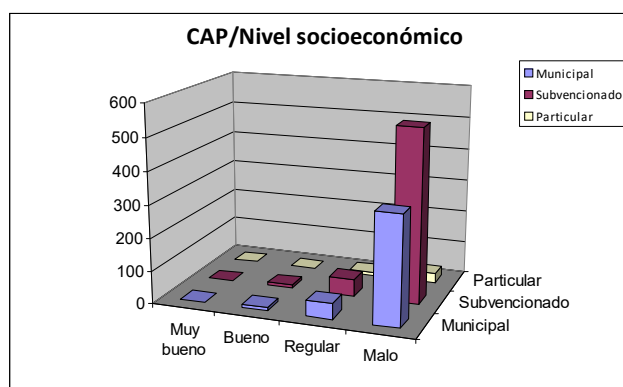
5.1 Nivel de CAP/ Nivel socioeconómico

Tabla 38: Nivel de CAP versus el nivel socioeconómico.

		Nivel socioeconómico (Tipo de Colegio)			Total
		Particular	Subvencionado	Municipal	
CAP	Muy bueno	0	0	0	0
	Bueno	0	9	10	19
	Regular	11	47	52	110
	Malo	29	331	530	890
Total		40	387	592	1019

P 0,003

Gráfico 38: Nivel de actitud versus nivel socioeconómico.



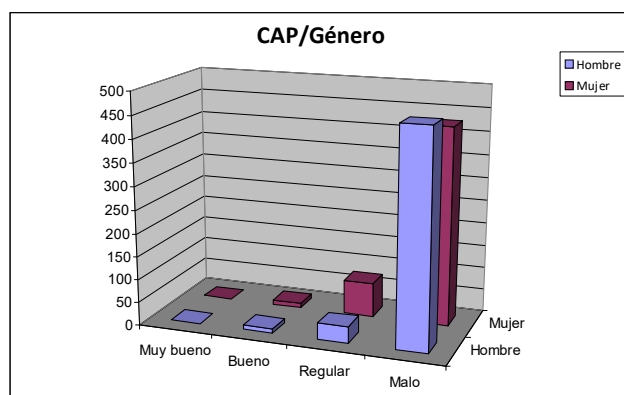
El nivel de CAP (Conocimiento-actitud-prácticas) sobre salud oral presenta una mayor prevalencia en el rango de mal nivel, además existe una diferencia significativa entre las variables.

5.1 Nivel de CAP/ Género

Tabla 39: Nivel de CAP versus el género..

		género		Total
		Masculino	Femenino	
Nivel Total del Test	Muy bueno	0	0	0
	Bueno	9	10	19
	Regular	36	74	110
	Malo	462	428	890
Total		507	512	1019

P 0,001

Gráfico 39: Nivel de CAP versus el género

El CAP presentado se encuentra en un mal nivel, existiendo una diferencia significativa entre las variables, teniendo un mejor nivel las mujeres que los hombres.

Discusión.

De acuerdo a los resultados obtenidos en el presente estudio, se indica que los jóvenes de 12 años en general poseen un pobre nivel de conocimiento, actitud y prácticas (CAP) sobre salud oral.

Esto se agrava si pensamos que el porcentaje de la población presente en el rango de mal nivel para el ítem de conocimiento supera el 70%, ya que, se considera fundamental al condicionar la salud bucal de la persona y la presencia de enfermedades prevalentes.

Este resultado contrasta con estudios similares en países como: Finlandia, Canadá, Nueva Zelanda, España, México, entre otros, en los cuales es considerado aceptable o bueno para el rango etéreo; incluso contrasta con un estudio desarrollado en la región Metropolitana el año 2005 aplicado a sólo 6 escuelas. Sin embargo, coincide plenamente con el realizado por Misrachi el año 1995 en la región metropolitana, donde los adolescentes en general presentaron escasos conocimientos sobre las enfermedades bucales más comunes y su prevención.

Hay un acuerdo unánime en la bibliografía con respecto a que el conocimiento es considerado base para poder determinar actitudes, prácticas y comportamiento futuro que la persona adquiera en su diario vivir. Difícilmente un individuo podría adquirir un hábito, forma de actuar o preferencia si no posee la información necesaria para que estos formen parte del mismo. Aquello se avala en teorías desarrolladas sobre el modelo de creencias en salud y modelo de "conocimiento - actitud - comportamiento", que sugiere una relación causal de dicha cadena.

Las prácticas sobre salud oral fueron catalogadas en un 98% en mal nivel, lo que es lógico de esperar con el rango de conocimiento previamente obtenido. Ambos, nivel de prácticas y conocimiento, en el presente estudio se relacionaron con las variable género y nivel socioeconómico sin encontrar diferencias estadísticamente significativas.

En relación al Nivel de Actitud, la primera mayoría obtenida fue muy buena con un 32,4%, y regular en un 3° lugar con un 20, 4%; por lo que podemos afirmar que pese a los bajos resultados en las anteriores dimensiones, hay sí una predisposición y forma de actuar positiva hacia esta área, pero sin las bases que generen un comportamiento también favorable. También fue cotejado con las variables género y tipo de colegio existiendo valores estadísticamente significativos en favor del sexo femenino y colegios particulares.

Como resultado general del estudio se obtuvo un CAP bajo arrojando un 87,3% del total en el rango de malo. Esto sí concuerda con estudios a nivel mundial que revelan que los conocimientos, actitudes y prácticas son regulares a pobres y necesitan ser intervenidos. Sin embargo, si tomamos por separado nivel de conocimiento, versus actitudes y prácticas, el primero estaría en general dentro del rango de buen a muy

buen nivel; a diferencia de los segundos que son regulares a pobres. Situación que no se presentó en la población estudiada, lo que arrojaría que estamos en un peor nivel que el promedio.

Esto nos hace recapacitar que las intervenciones desarrolladas en ésta área no son suficientes y que algo esta fallando en nuestro sistema. También que efectivamente es una edad que sí o sí requiere ser acogida por Programas de Salud Oral enfocados en ello, más aún si es considerada a nivel global como una edad difícil y clave para mantener conductas que la persona va a mantener por el resto de su vida.

Es por esto que es necesario desarrollar programas educativos en el grupo estudio, más aún si esto es avalado por otros países que si lo están haciendo y han obtenido resultados favorables con respecto al mismo.

Conclusiones

El nivel de conocimiento, actitud y prácticas sobre salud oral en niños de 12 años en la comuna de Quilpué se encuentra en el rango de mal nivel con un porcentaje menor al 60% de respuestas correctas o aciertos, obteniendo así un 87,3% del total en dicho rango.

El conocimiento como dimensión única a considerar se encuentra también en un mal nivel en la mayoría de los encuestados, con un 71,8 %. Sólo un 2,2% está en el de muy bueno, 7,6% de bueno y 18,4% regular.

Las actitudes presentadas se encuentran en un mejor rango con un 51,5% entre la categoría buena y muy buena, con un 19,1% para el primero y 30,4% para el segundo, además de un 20,4% regular y 28,1% mala.

Las prácticas obtenidas también son pobres con 98% clasificados en la categoría de mal nivel.

Tanto prácticas como conocimiento son escasos en todos los estratos socioeconómicos, como en ambos géneros, teniendo un comportamiento similar para cada uno de ellos y sin existir una diferencia estadísticamente significativa.

La actitud en cambio presentó diferencias al indicar mejores resultados y arrojar una diferencia estadísticamente significativa entre las variables género y nivel socioeconómico, en favor del sexo femenino y colegios particulares.

El CAP también es pobre, siendo estadísticamente significativo entre las variables y teniendo así un mejor nivel las mujeres que los hombres.

La relación entre nivel de conocimiento escaso en relación a actitud y prácticas es consistente, por lo que se avala lo presentado en otros estudios como relación causal del primero, en el desarrollo de predisposición y comportamiento del individuo.

Si consideramos la edad en cuestión, los adolescentes son un grupo etéreo de gran importancia, debido a que el impacto que se pueda tener sobre sus conductas va a influir de una u otra forma en el desarrollo de estilos de vida en generaciones posteriores. Además de ser una época conflictiva, difícil y de cambios; por lo que requieren un mayor énfasis y motivación para llegar a ellos.

A esto se suma que los niños de 12 años no son prioridad ni forman parte de las Garantías Explícitas en Salud, lo que indica que están dejando de lado una edad importante y clave para mantener una buena salud oral en la vida adulta.

El no abarcar esta edad, corrobora estudios donde mencionan que los adolescentes han sido tradicionalmente olvidados desde el punto de vista de la salud en general y afirman que es necesario invertir en este grupo poblacional.

Además el encontrar falencias tan graves en los niveles de CAP nos hace reflexionar sobre la falta de un componente educacional para reforzar estos conceptos. Esta medida es avalada por estudios que confirman que la generación de mejoras en conocimiento, definirían a su vez actitudes, prácticas, y por ende, comportamiento futuro de la persona más saludable.

Es por ello que se hace necesario implementar políticas públicas como por ejemplo programas educacionales a través de charlas motivacionales a nivel de escuelas, para mejorar así los niveles de conocimiento, actitud y prácticas sobre salud oral en esta población.

Bibliografía

1. Petersen PE. The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century - the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dent Oral Epidemiol* 2003;31(Suppl. 1):3–24.
2. Petersen PE. Global policy for improvement of oral health in the 21st century--implications to oral health research of World Health Assembly 2007, World Health Organization. *Community Dent Oral Epidemiol* 2009 Feb; 37(1):1–8
3. Tolvanen M, Lahti S, Hausen H. Changes in toothbrushing frequency in relation to changes in oral health-related knowledge and attitudes among children - a longitudinal study. *Eur J Oral Sci.* 2010 Jun;118(3):284-9.
4. Harikiran AG, Pallavi SK, Hariprakash S, Ashutosh, Nagesh KS. Oral health-related KAP among 11- to 12-year-old school children in a government-aided missionary school of Bangalore city. *Indian J Dent Res* 2008;19:236-42
5. Kawamura M, Takase N, Sasahara H, Okada M. Teenagers' oral health attitudes and behavior in Japan: comparison by sex and age group. *J Oral Sci.* 2008 Jun;50(2):167-74.
6. Amin TT, Al-Abad BM. Oral hygiene practices, dental knowledge, dietary habits and their relation to caries among male primary school children in Al Hassa, Saudi Arabia. [Int J Dent Hyg.](#) 2008 Nov;6(4):361-70.
7. Kahabuka FK, Mbawalla HS. Oral health knowledge and practices among Dar es Salaam institutionalized former street children aged 7-16 years. [Int J Dent Hyg.](#) 2006 Nov;4(4):174-8.
8. Rodríguez L, Contreras R, Arjona J, Soto. M, Alanís J. Prevalencia de caries y conocimientos sobre salud-enfermedad bucal de niños (3 a 12 años) en el Estado de México. *Revista ADM* 2006;LXIII(5):170-175.
9. Tolvanen M, Lahti S, Poutanen R, Seppä L, Pohjola V, Hausen H. Changes in children's oral health-related behavior, knowledge and attitudes during a 3.4-yr randomized clinical trial and oral health-promotion program. *Eur J Oral Sci.* 2009 Aug;117(4):390-7.
10. David J, Wang NJ, Astrøm AN, Kuriakose S. Dental caries and associated factors in 12-year-old schoolchildren in Thiruvananthapuram, Kerala, India. *Int J Paediatr Dent.* 2005 Nov;15(6):420-8
11. Ruisánchez S, Sánchez N, Aliseda P, Nicolás V, García A, Arévalo S, Albaladejo VR, Rojas V. ¿Una intervención educativa en niños de doce años de

Madrid modifica sus conocimientos y hábitos de higiene buco-dental? Av. Odontostomatol 2005; 21-3: 149-157.

12. Oredugba FA Oral health care knowledge and practices of a group of deaf adolescents in Lagos, Nigeria. J Public Health Dent. 2004 Spring;64(2):118-20
13. Brukiene V, Aleksejūniene J. An overview of oral health promotion in adolescents. Int J Paediatr Dent. 2009 May;19(3):163-71. Epub 2008 Nov 11. Review
14. Vallejos-Sánchez AA, Medina-Solís CE, Maupomé G, Casanova-Rosado JF, Minaya-Sánchez M, Villalobos-Rodelo JJ, Pontigo-Loyola AP. Sociobehavioral factors influencing toothbrushing frequency among schoolchildren. J Am Dent Assoc. 2008 Jun;139(6):743-9
15. Sarmadi R, Gabre P, Gahnberg L. Strategies for caries risk assessment in children and adolescents at public dental clinics in a Swedish county. Int J Paediatr Dent. 2009 Mar;19(2):135-40. Epub 2008 Oct 20.
16. Broadbent JM, Thomson WM, and Poulton R.. Oral Health Beliefs in Adolescence and Oral Health in Young Adulthood. J Dent Res. 2006 April ; 85(4): 339–343.
17. Kasila K, Poskiparta M, Kettunen T, Pietilä I. Oral health counselling in changing schoolchildren's oral hygiene habits: a qualitative study. Community Dent Oral Epidemiol. 2006 Dec;34(6):419-28.
18. Tascón JE, Odontol, M.S.P.1, Gustavo Alonso Cabrera, Fon., M.S.P., Dr.S.P. Creencias sobre caries e higiene oral en adolescentes del Valle del Cauca. Colomb Med 2005; 36: 73-78
19. Zillmann G, Rodríguez C. (2005) Conocimientos de salud bucal de estudiantes de 7° y 8° Básico de la ciudad de Santiago. Seminario de Tesis, Facultad Odontología, Universidad de Chile.
20. Soto L, Tapia R y col. Chile, 2007. Diagnóstico Nacional de Salud Bucal del Adolescente de 12 años y Evaluación del Grado de Cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de Salud Bucal 2000-2010.
21. Encuestas de Salud Bucodental. Métodos Básicos. Cuarta edición. Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud. Cuara edición Ginebra 1997. ISBN 92 4 354493.
22. Delgado E, Sánchez PC, Bernabé E. Mejora en los conocimientos, actitudes y prácticas a través de una intervención en salud oral basada en comunidad. Rev Estomatol Herediana. 2006; 16 (2) : 83 - 88.

23. Zabala, A, Arnau, L. 11 ideas claves. Cómo aprender y enseñar competencias; Editorial Grao, España, 2008, pág. 218
24. Ministerio de Salud (online). *“Perfil Epidemiológico en salud bucal”*. <http://www.minsal.cl>
25. Organización mundial de la Salud www.oms.com
26. Diccionario de la Real Academia Española, online: <http://drae.rae.es>

