



**UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
DEPARTAMENTO DEL NIÑO Y ORTOPEDIA DENTOMAXILAR
AREA DE ODONTOPEDIATRIA**

**CONOCIMIENTOS DE SALUD BUCAL DE ESTUDIANTES DE 7° Y 8°
BASICO DE LA CIUDAD DE SANTIAGO.**

Cristián Alfredo Rodríguez León

**TRABAJO DE INVESTIGACION
REQUISITO PARA OPTAR AL TITULO DE
CIRUJANO-DENTISTA**

**TUTOR PRINCIPAL
Prof. Dra. Gisela Zillmann Geerds**

**TUTORES ASOCIADOS
Dra. Silvia Espinosa Cereceda
Dra. Andrea Muñoz Martínez**

**Santiago - Chile
2005**

*Dedicada a todas aquellas personas;
familia, amigos, profesores; gracias a los
cuales he logrado mi formación como un
profesional de la Universidad de Chile,
aunque solo sea el comienzo...*

“Sin ellos nada hubiese sido posible”

Índice.-

Introducción.-.....	4
Marco Teórico.....	9
Materiales y Métodos.-	58
Resultados.-	64
Discusión.-.....	127
Conclusiones.-	138
Sugerencias.-	141
Resumen.-	142
Referencias.-	145
Anexo.-	149

Introducción:

La población chilena enfrenta actualmente un serio problema en su Salud Bucal. Mientras en los países desarrollados las patologías orales más prevalentes tienden a disminuir, en los países en vías de desarrollo, como el nuestro, van en aumento (1). La Salud Bucal de la población chilena en el año 1990 se caracterizaba por una alta prevalencia y severidad de enfermedades orales que afectaban a gran parte de la población; más del 90% de los chilenos presentaba caries dental, con un promedio de 12 dientes comprometidos por persona, correspondiendo a niños un porcentaje importante de esta cifra, lo cual indicaba que este problema persistiría.

Estudios nacionales de los años 1996, 1997 y 1999 muestran la persistencia de altos índices de caries en niños chilenos de 12 años (84,34%). Las enfermedades gingivales afectan a más del 80% de los niños y adolescentes. Cerca del 70% de los niños presenta alguna alteración en su desarrollo dento-maxilar (3).

El Ministerio de Salud (MINSAL) ha incluido la Salud Bucal dentro de sus 16 prioridades programáticas, con mayor énfasis en las tres patologías más prevalentes: caries, enfermedades gingivales y periodontales y anomalías dento-maxilares (2).

La evidencia científica muestra que estas enfermedades se pueden evitar aplicando medidas preventivas a nivel poblacional, a través de programas permanentes de educación, para el autocuidado de la salud oral, que sean de amplia cobertura (6).

Por otra parte, como consecuencia de las discusiones generadas por las estrategias educacionales, propuestas en la declaración de Alma Ata: Salud para Todos (7), surgió un nuevo concepto, el de promoción en salud, definido como cualquier combinación de educación para la salud con intervenciones organizacionales, políticas y económicas, diseñadas para facilitar cambios conductuales y ambientales que mejoren o protejan la salud (8). En relación a ello Misrachi (1990) dice que “el componente operativo esencial de la promoción de la salud es la educación de los individuos, grupos y comunidades”.

Desde esta perspectiva, la promoción de la salud es un proceso encaminado a capacitar a la población para realizar acciones destinadas a mejorar o mantener su bienestar físico, mental y social (9, 10). Depende particularmente de las personas, grupos y comunidades, y su componente operativo esencial es la educación.

A diferencia de los animales, cuya conducta es heredada, el hombre se desarrolla y sobrevive gracias a lo que aprende de la sociedad, en el

contacto diario con los demás seres humanos y con el ambiente (proceso de “educación”).

El concepto de educación ha sido aplicado a las actividades del hombre desde el comienzo de la humanidad, pero donde primero se aplicó, sin lugar a dudas, fue en la transmisión de generación en generación de los valores culturales y la medicina tradicional de las primeras agrupaciones de seres humanos (4).

John Dewey define la educación como: “la suma total de los procesos por los cuales una comunidad o un grupo asociado, pequeño o grande, transmite sus poderes y conocimientos adquiridos a fin de asegurar su propia existencia y su continuo crecimiento”. Con el transcurso del tiempo, el concepto de educación ha ido adquiriendo distintos significados, Kant plantea que la educación tiene por objetivo “desarrollar en el individuo toda la perfección de que es susceptible” (4).

La Ley de Enseñanza en Chile señala en su artículo 2, que la educación tiene como finalidad *“alcanzar el desarrollo moral, intelectual, artístico, espiritual y físico de las personas..., capacitándolas para convivir y participar de forma responsable y activa en la comunidad”*.

Las definiciones pueden ser diversas, pero todas tienden a un enfoque centrado en el aprendiz, es decir, anteponer los intereses, necesidades y

problemas de estos por sobre los objetivos que una institución o establecimiento tenga planificado (4).

El conocimiento y la capacidad de aprender se consideran cada vez más centrales para la calidad de vida y el bienestar de los individuos y sus comunidades.

En el último tiempo, se reconoce una multiplicación y dispersión de los agentes que efectivamente “educan” a las nuevas generaciones, reforzándose el rol de la escuela, como actor central y portador principal de la misión de promover el desarrollo de las capacidades cognitivas y otras esenciales para la vida y convivencia humanas (5).

La Salud Bucal es esencial para una óptima calidad de vida, ya que tiene influencia en la vida cotidiana y en las relaciones con nuestros pares.

Abordar la situación de Salud Bucal en Chile, requiere aplicar enfoques de Salud Pública, con estrategias preventivas claras que permitan asumir este problema, reforzando el trabajo multidisciplinario e intersectorial mediante actividades que vinculan la acción individual, comunitaria y profesional.

Desde 1995, el Sistema Nacional de Servicios de Salud ha priorizado las actividades odontológicas promocionales y preventivas por sobre las curativas. El enfoque preventivo, está orientado hacia los grupos más

vulnerables, a través de acciones masivas e individuales, muy eficaces en función del costo.

En Chile, 3,5 millones de niños asisten diariamente a la escuela, lo que sumado a profesores, padres, apoderados y administrativos constituye una institución de gran cobertura.

La eficiencia de la educación para la salud depende de la precisión y sistematización efectuadas en su planificación y evaluación.

Es importante, entonces, saber qué conocimientos presentan los adolescentes sobre Salud Bucal.

Los adolescentes son un grupo etario de gran importancia, debido a que el impacto que se pueda tener sobre sus conductas va a influir en el desarrollo de estilos de vida que influyan en generaciones posteriores(43).

La intención de este trabajo es contribuir a la identificación de los conocimientos de salud oral de los jóvenes de 7º y 8º básico, para aportar elementos útiles a la planificación de intervenciones educativas que favorezcan el desarrollo de estilos de vida saludables.

Marco teórico:

La Salud Bucal, es esencial para tener una buena calidad de vida (1). La OMS la integra en todos sus programas de salud general a nivel comunitario y nacional, reorientando sus esfuerzos desde mediados del 2002 especialmente hacia la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades, desarrollando áreas prioritarias en salud bucal mediante actividades que concuerden con las políticas globales de la organización (1).

La Salud Bucal de la población chilena en 1990 se caracterizaba por una alta prevalencia y severidad de enfermedades orales que afectaban a gran parte de la población, alterando significativamente la autoestima y calidad de vida de las personas. En el ámbito nacional, más del 90% de los chilenos presentaba caries dental con un promedio de 12 dientes comprometidos por persona. La prevalencia de caries en escolares de 6 a 18 años de la Región Metropolitana era de 79,9%. El 68% de la población presentaba lesiones inflamatorias y traumáticas del periodonto, de las cuales el 18% era de tipo destructivo y el 65% de la población menor de 14 años presentaba algún grado de maloclusion y anomalía dentomaxilar (3). Esta realidad reveló la necesidad de promover cambios trascendentales en la

odontología que dieran una nueva orientación, y formulación de estrategias y desarrollo de actividades acorde a las necesidades de la población.

Para cumplir este ambicioso objetivo, en 1990 se formuló y desarrolló el “Programa nacional de prevención de enfermedades bucodentales”, el cual busca disminuir la prevalencia de enfermedades de la población a través de medidas preventivas costo / beneficio de alta cobertura (3).

Características epidemiológicas de las enfermedades bucodentales en Chile.-

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 (3). Existen muchas enfermedades que pueden afectar las estructuras bucodentarias, pero las de mayor prevalencia son: caries, enfermedades gingivales y periodontales y anomalías dento-maxilares.

La mayoría de los estudios miden la morbilidad bucal a través de los índices de caries dental. Unos de los índices más utilizados a nivel mundial son el COPD y el ceod. Ambos miden el promedio de piezas cariadas, obturadas y/o perdidas por caries, en dentición permanente y temporal

respectivamente. La OMS ha asignado cinco niveles de riesgo según los valores de estos índices:

- Muy bajo: 0 – 1,1
- Bajo: 1,2 – 2,6
- Moderado: 2,7 – 4,4
- Alto: 4,5 – 6,5
- Muy alto: mayor a 6,8

Estudios realizados sobre morbilidad de caries en países en desarrollo, muestran claras disminuciones en los niveles de COPD y ceod. Niños australianos (1999) presentan niveles de COPD de 0,8 y niños en el Reino Unido (1996-97), niveles de 1,8 (27, 28).

Otros países en vías de desarrollo muestran valores que distan bastante de esta realidad. Países como Bolivia (1995), Costa Rica (1988) y Honduras (1997), muestran valores de COPD de 4,7, 8,5 y 4,0 respectivamente, considerados por la OMS como de mayor riesgo (29).

En Chile existen pocos datos recientes de morbilidad bucal en niños. Urbina y cols. publicaron en 1987 un estudio epidemiológico de la población de 6 a 14 años del Área Metropolitana, determinando que el 77,5% presentaba caries. El COPD promedio fue de 3,37 y el ceod fue de 3,1 (30). Mella y cols. en 1992 estudiaron el mismo tema en niños de 6 y 12 años de

todo el país, encontrando un 67,5% de niños con caries, con un ceod promedio de 4,0 a los 6 años y un COPD de 3,5 a los 12 años (31).

En los años 1996, 1997 y 1999, los investigadores Urbina T., Caro JC., y Vicent M., en representación de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile y en asociación con el Departamento Odontológico del MINSAL, realizaron un estudio de caries dentaria y fluorosis en niños de 6, 8 y 12 años de edad, el que incluyó las 13 regiones de nuestro país. En 1996 se comenzó con las regiones II, VI, VIII, IX, X y Metropolitana (32), en donde se examinaron 865 niños de 6 a 8 años y 295 niños de 12 años. En el total de los niños examinados, se observó que el porcentaje de niños libres de caries descendía desde 10,6% a la edad de 6 a 8 años hasta un 7,6% a los 12 años. Estos valores nacionales son menores que los descritos en 1992 en el trabajo de Mella y cols. que incluyó 26 localidades del país utilizando la misma tecnología. Analizando las 6 regiones estudiadas, el grupo de 6 a 8 años mostró un COPD de 1,1 y un ceod de 4,87, ambos valores superiores a los descritos por Mella en 1992. A los 12 años el COPD para las regiones estudiadas es de 4,1, mayor que lo encontrado por Mella.

En la segunda etapa de este estudio, en el año 1997, realizado para las regiones I, III, IV, XI y XII (11), fueron examinados 1740 niños de 6 a 8 años y 557 niños de 12 años. En estas regiones se observó que el porcentaje

de niños libres de caries aumentaba desde un 14,1% a la edad de 6 a 8 años a un 19,9% a los 12 años de edad. Cifras mayores a las encontradas en 1996 para otras 6 regiones del país.

En el grupo de 6 a 8 años, el COPD fue de 0,84 y el ceod alcanzó a 4,04. A los 12 años el COPD para las regiones estudiadas es de 2,99, clasificado por la OMS como un nivel de riesgo moderado en relación a la caries dentaria (11).

La última etapa del proyecto en 1999, se centró en la V Región (12), se examinaron 1170 niños y se observó un 26,2% de ellos libres de caries (26,9% de 6 a 8 años y un 23,7% a los 12 años). Estas cifras prácticamente duplican los valores globales encontrados en las otras 12 regiones del país en 1996 y 1997.

El índice COPD para el grupo de 6 a 8 años es de 0,42 y el ceod de 2,24. A los 12 años, el COPD es de 1,99, cifra catalogada como de riesgo bajo por la OMS.

La mayoría de los trabajos en nuestro país, han sido realizados en escolares; en el año 1994, Alarcón F. investigó la prevalencia de la caries en 143 alumnos de primero básico de escuelas municipalizadas de la comuna de La Serena, determinando un 83,22% de caries (13).

En 1996 Araya A. y Bader M. publicaron un estudio realizado en la población escolar de la comuna de Quilaco, VIII región. Examinaron 607 niños de un total de 676 alumnos de 1º a 8º año básico, el 89,8% del total de escolares de la comuna. Los promedios de ceod encontrados fueron de 4,07 para los hombres y de 3,3 para las mujeres. Respecto al índice COPD, se observó que aumenta con respecto al ceod, estableciéndose promedios de 5,73 para los hombres y de 6,35 para las mujeres (14).

Villa A. y cols. en diciembre de 2002, estudiaron la prevalencia de caries en escolares rurales de 31 comunas de la IX región. De un universo de 32.524 niños se seleccionaron 3 grupos de edades. Se examinaron 217 niños de 6 años, 222 de 9 años y 221 de 12 años, encontrándose un ceod de 6,7 para el primer grupo, un COPD de 1,47 para el segundo y un COPD de 3,6 para el tercero (15).

Con respecto a las enfermedades gingivales y periodontales, los datos reunidos por la OMS, en más de 35 países, revelan una prevalencia superior al 75% entre personas de 35 a 44 años (16).

Son diversos los estudios epidemiológicos que muestran en las poblaciones de países en vías de desarrollo una mayor prevalencia y severidad de enfermedades periodontales comparadas con poblaciones de países industrializados (16, 17, 18, 19, 20).

En 1986, la prevalencia de gingivitis en la Región Metropolitana era de 92% en los niños de 6 a 9 años y 96% en el grupo de 12 a 18 años. Relacionándose directamente con el grado de higiene bucal. Los escolares que presentaban periodontitis marginal, constituían el 10,6% del total de casos examinados (22).

En Chile, en 1995 Gamonal J. realiza un estudio en 8 comunas de nivel socioeconómico medio y bajo de Santiago. En él, la prevalencia de la enfermedad periodontal en el grupo de 35 a 44 años es de 98,78% y de 100% en el grupo de 65 a 74 años (21).

La prevalencia y la severidad de la periodontitis se incrementan desde la adolescencia hasta la edad adulta, aumentando luego en el adulto mayor (23).

Los estudios epidemiológicos de las enfermedades gingivales y periodontales en Chile (21, 22), revelan que los factores más relevantes son la edad y el grado de higiene bucal, lo que coincide con lo observado en otros países (24, 25).

Abdellatif y cols. (26) señalan, que si existe una buena higiene bucal mantenida durante la vida del individuo, no se presentan los efectos de la edad sobre las enfermedades periodontales.

Las anomalías dento-maxilares (ADM) constituyen uno de los problemas odontológicos más percibidos por la población debido a que alteran la estética y la funcionalidad del sistema estomatognático, afectando la relación de los niños con los pares, lo que se traduce en una gran demanda de consultas a especialistas (49). Además, como muchas de estas anomalías son progresivas, trascenderán a la vida adulta.

Estudios realizados a nivel mundial, señalan que la población de 5 a 18 años, sin importar raza, sexo o nivel socioeconómico, presenta una alta prevalencia de ADM de distinto tipo y severidad (49).

Tanto en Argentina como en México se han realizado estudios epidemiológicos relativos a las ADM, sin embargo, para tener un perfil latinoamericano aún faltan más investigaciones con métodos comparables (50).

En nuestro país no existe un estudio nacional que permita establecer datos reales de prevalencia de ADM.

Los trabajos disponibles, en su mayoría realizados en la Región Metropolitana, proporcionan sólo información local, no extrapolable a todo el país; por la gran diversidad de diseños de estos estudios, la gran variabilidad entre los grupos etarios, y el tamaño y selección de las muestras.

En un estudio sobre morbilidad bucal y necesidades de tratamiento, Urbina y cols. en 1981, examinaron 1601 preescolares y escolares del Gran Santiago, encontrando un 44,4% de niños con maloclusiones (41).

En 1986, Fernández investigo sobre el estado de salud bucal en 2504 estudiantes de enseñanza básica y media de la Región Metropolitana, estableciendo que la prevalencia de ADM, según el criterio de la OMS, era de 49,6% en estudiantes de 6 a 18 años de edad, independiente del sexo (22).

Guerrero y cols. en 1996 señalan que la prevalencia de ADM, caries y fluorosis, en una muestra de 819 escolares, de 5, 12 y 15 años de nivel socioeconómico medio y bajo, del Servicio de Salud Metropolitano Sur, es de un 68,3% de ADM en niños de 5 años (42).

Educación.-

La educación se entiende como un proceso que sintetiza dos actividades: la *enseñanza* y el *aprendizaje*.

La **enseñanza** se define como la acción de un agente educador sobre los educandos, que puede ser programada o no; pretende transformar al alumno a partir de la capacitación.

El **aprendizaje** es el resultado del trabajo que realiza el estudiante, para adquirir lo que se le transmite. El alumno tiene la capacidad de aprender y por eso puede ser educado (33).

La **educación** es una práctica en la que agentes especializados (educadores) realizan una labor sobre una materia prima (alumnos) con instrumentos adecuados, con el objetivo de que los sujetos de la educación, generalmente niños y adolescentes, se adapten a una determinada sociedad (33). Esta educación produce dos efectos en el alumno: la capacitación y la formación.

Se entiende por *capacitación* la adquisición por parte del estudiante de conceptos, procedimientos, informaciones, etc., que facilitan un mejor desempeño en una actividad determinada.

La *formación* implica la adquisición de actitudes, normas, valores y un código ético y moral. La adquisición de una actitud: ver la realidad de una manera socialmente aceptada, que posibilita al alumno a adaptarse a las normas que tiene la sociedad (33).

De la práctica educativa surge esa transformación que se advierte como una capacitación y una formación cuya finalidad es posibilitar dicha adaptación.(33).

Educar es el arte de crear o reafirmar una conducta deseada. La educación logra su objetivo cuando se produce un cambio de actitud o hábito del educando, o cuando el conocimiento o información se traducen en la practica rutinaria y efectiva de ciertas acciones (40).

Hay muchas barreras que el educador debe vencer para lograr educar. Entre estas barreras se pueden mencionar las cognoscitivas, que se expresan como ignorancia, las emocionales, expresadas a través del desinterés, que es muy destructivo, ambientales, principalmente por conductas económicas. Estas últimas son muy difíciles de variar para el educador (39).

El aprendizaje se realiza a través de un proceso educativo que debe presentar varias etapas bien definidas:

1. **Toma de conocimientos:** el educador entrega la información o instrucción en la cual da a conocer los contenidos educativos en forma ordenada y secuencial.
2. **Interés:** una vez motivado, el educando se interesa por la situación, siente el deseo de poner en práctica lo adquirido en la etapa previa.
3. **Enjuiciamiento:** el educando analiza las ventajas y desventajas que le proporcionaría poner en práctica lo que se plantea.
4. **Ensayo:** el educando pone en práctica a manera de prueba lo que se le indicó y verifica las ventajas y desventajas que teóricamente analizó.
5. **Nuevo enjuiciamiento:** después del ensayo, el educando analiza los resultados de la aplicación de esta situación.
6. **Adopción o rechazo:** si el ensayo tuvo éxito adopta total o parcialmente la conducta, si ocurre lo contrario, la rechaza (39).

La Ley de Enseñanza en Chile señala en el artículo 2 que la educación tiene como finalidad “alcanzar el desarrollo moral, intelectual, artístico, espiritual y físico de las personas..., capacitándolas para convivir y participar de forma responsable y activa en la comunidad”.

La Declaración Mundial sobre Educación para Todos establece que su propósito principal es satisfacer las necesidades básicas de aprendizaje (34). En el artículo 1º manifiesta que cada persona, niño, joven o adulto, deberá estar en condiciones de beneficiarse de las oportunidades educacionales, ofrecidas para satisfacer sus necesidades básicas de aprendizaje. Estas necesidades comprenden los conocimientos, valores y actitudes requeridos para que los seres humanos sean capaces de sobrevivir, desarrollen sus capacidades intelectuales, vivan y trabajen con dignidad; mejoren la calidad de sus vidas, tomen decisiones y continúen aprendiendo. El alcance de las necesidades básicas de aprendizaje y la manera de satisfacerlas varía según cada país y cada cultura e inevitablemente cambia con el paso del tiempo (35).

El concepto de educación ha sido aplicado a las actividades del hombre desde el comienzo de la humanidad, pero donde primero se aplicó, sin lugar a dudas, fue en la transmisión de generación en generación de los

valores culturales y medicina tradicional de las primeras agrupaciones de seres humanos (36).

Promoción en Salud.-

En la actualidad, nos encontramos en la fase de la promoción en salud iniciada en 1975 y llamada también “la segunda revolución epidemiológica”. Según Greene el concepto de promoción en salud es: *“Cualquier combinación de educación para la salud con los correspondiente apoyos organizacionales, políticos, económicos y ambientales que fomenten comportamientos que conduzcan a la salud”*.

En 1986 se realiza la primera reunión internacional sobre promoción de la salud en Ottawa. En esa oportunidad se formula la Carta de Ottawa, que hasta hoy representa un gran referente conceptual y estratégico en el mundo entero. Se definió la promoción como el “Proceso que confiere a la población los medios de asegurar un mayor control sobre su propia salud y mejorarla”.

En la escuela andaluza de Salud Pública (1994) la promoción en salud se definió como la “Estrategia racional de intervención dirigida a mejorar el nivel de salud de la comunidad, de carácter complementario e integral, que reivindica como responsabilidad social (y del Estado) la provisión de

cuidados individuales y comunitarios”. Enfatiza en los proveedores de la salud las categorías familia, grupo, infraestructura social y otras supraestructuras públicas o privadas. El acento está en los aspectos positivos, dinámicos, culturales, ambientales y sociales de la salud.

La OPS/OMS (1996) la define como “Proceso mediante el cual los individuos y las comunidades están en condiciones de ejercer un mayor control sobre los determinantes de la salud y de este modo mejorar su estado de salud”.

La Promoción de la Salud constituye una estrategia que vincula a la gente con sus entornos, con vistas a crear un futuro más saludable, combina la elección personal con la responsabilidad social.

La Promoción de la Salud, como principio, abarca a toda la población, debe existir una participación comunitaria efectiva en la definición de los problemas, toma de decisiones y en las medidas emprendidas para modificar y mejorar los factores determinantes de la salud. Por esta razón se requiere de una cooperación estrecha entre todos los sectores de la sociedad, incluido el gobierno, para asegurar que el entorno global promueva a la salud.

El Ministerio de Salud de Chile (MINSAL) ha consensuado una definición operacional que permita el diseño de estrategias, desde el sector público de salud como estimulador del proceso: “Estrategia o conjunto de

líneas de acción que involucra a individuos, familias, comunidades y sociedad en un proceso de cambio direccionado hacia el mejoramiento de las condicionantes de la salud como componente de la calidad de vida”

La promoción en salud es un medio de conseguir la salud para todos, es un proceso encaminado a capacitar a la población para realizar acciones destinadas a mejorar o mantener su bienestar físico, mental y social. De esta manera la promoción en salud depende particularmente de las personas, grupos y comunidades, por lo tanto, la educación para la salud constituye su componente operativo esencial (36).

De naturaleza multidisciplinaria, la educación para la salud deriva de las ciencias biológicas y se basa en las ciencias sociales que permiten comprender la conducta de los individuos y de los grupos, así como la complejidad de los procedimientos de percepción, comunicación y aprendizaje (40).

La educación para la salud apunta al logro de adaptaciones voluntarias de conductas que favorezcan la salud (40).

Es un complemento indispensable de toda acción médica, sea ella de fomento, protección o recuperación de la salud, ya que se preocupa de crear conductas, reforzar hábitos y actividades que contribuyan a mantener al individuo sano y evitar la enfermedad (40).

Según Greene L. W., educación sanitaria se define como: “toda combinación de oportunidades o de experiencias de aprendizaje y actividades educativas destinadas a facilitar adaptaciones voluntarias del comportamiento que conduzcan a mejorar la salud” (16).

La verdadera educación sanitaria dirige sus esfuerzos a una formación completa de la personalidad de cada individuo, a un verdadero cultivo de la salud como parte fundamental del bienestar individual y colectivo, por lo que toda persona podrá estar implicada, ya sea como individuo o como integrante de una comunidad estructurada (36, 37, 38).

El éxito de todo programa de salud va a depender, en primera instancia, de la colaboración, del comportamiento del paciente y de su **conducta** frente a la salud.

La **conducta** se define como la respuesta de los individuos manifestada frente a estímulos del medio ambiente, a través de la cual expresa su manera de pensar, sentir y actuar. Está determinada por los conocimientos (errados o no), los hábitos (favorables o no) y las actitudes (40).

En la mayoría de los animales las conductas son heredadas y van surgiendo en el momento preciso. En el ser humano, es él quien debe desarrollarlas y va sobreviviendo gracias a lo que aprende en el seno de la

sociedad, en el contacto diario con los demás seres vivos y con el ambiente (40).

El hombre va a realizar este aprendizaje mediante el proceso educativo, que tiene como finalidad formar, reforzar o cambiar conductas.

Educación para la Salud, es el proceso educativo (enseñanza-aprendizaje) por el cual los individuos y la colectividad aprenden a mejorar, a proteger o a recuperar su salud.

En el presente, la Educación para la Salud se focaliza en el mejoramiento del estilo de vida general de las personas, que es influido por el estilo de vida de sus familias, comunidades y países. Esto, además de considerar cambios en las conductas riesgosas para la salud o mantención de conductas que la favorezcan, implica que las personas se involucren en el proceso para cambiar las condiciones sociales y ambientales que influyen en la salud. Se requiere concentrar los esfuerzos educativos en las instituciones que participan en el proceso de adopción de los comportamientos característicos de determinados estilos de vida: la familia, la escuela y eventualmente los lugares de trabajo (36).

Dado que los recursos destinados a la Educación para la Salud son siempre escasos, resulta indispensable investigar qué institución permitiría

establecer el sistema educativo de mayor eficiencia, tanto en términos de cobertura como en términos de efectividad de los aprendizajes.

Se sabe que los factores que mayor influencia poseen en el desarrollo de estilos de vida saludables son aquellos que refuerzan positiva o negativamente los comportamientos en salud. Estos factores determinan la persistencia de una conducta una vez que se ha practicado. La familia es una de las fuentes de refuerzo más importantes en el proceso de adopción y mantención de conductas en salud (38).

Los conocimientos, actitudes y prácticas en salud, al igual que otros aspectos que forman parte de las culturas de las comunidades, se difunden dentro del grupo familiar especialmente a través de la interacción del subsistema madre-hijo (36). Se puede plantear entonces que la mayor eficiencia de la educación para la salud se podría alcanzar a través de programas focalizados en las madres. Sin embargo, no existe una institución que congregue en forma permanente a todas las madres, resultando muy difícil alcanzar a este grupo objetivo para promover estilos de vida saludables.

Un estudio realizado por Misrachi y cols. (38) probó que los niños sometidos a un programa escolar de educación para la salud produjeron cambios en los conocimientos, actitudes y prácticas en salud de sus madres. De esta

manera, la escuela sería un buen medio a través del cual se lleven a cabo los programas de educación y así alcanzar mayor cobertura, en forma directa (escolares, profesores y personal de la escuela) y en forma indirecta, a las madres de los escolares. Así, a través de la interacción de los distintos subsistemas familiares se podría alcanzar al resto de la familia.

Otra ventaja de la escuela es ser una de las instituciones más adecuadas para llevar a cabo programas focalizados en el mejoramiento integral de los estilos de vida, ya que congrega permanentemente al mayor número de personas. A través de ella se puede alcanzar al niño, a sus profesores y padres; los profesores son las personas más idóneas para educar y, finalmente, es más probable lograr cambios de conducta si la educación se inicia a temprana edad y se lleva a cabo en forma permanente y sistemática a lo largo de la niñez.

La Promoción en Salud es, por lo tanto, un proceso activo, para la prevención de las enfermedades, que abarca componentes educativos, incluyendo cambios individuales y grupales y técnicas de influencia social las que, junto con intervenciones ambientales, legislativas y organizacionales, constituyen un rango de estrategias para mejorar la salud (37).

Cualquier programa para la promoción de la salud debe monitorizar y responder a las necesidades, actitudes, temores y costumbres dinámicamente cambiantes de la sociedad.

Debido a que los programas para la promoción de la salud llevan tiempo para planearse y desarrollarse, los planificadores deben tomar en cuenta no solo las creencias, valores, actitudes y necesidades presentes en la comunidad, sino que también deben ser capaces de prever la dirección en que estas se moverán en el futuro (37).

Planificación.-

La planificación, desde el punto de vista educativo, se define como el proceso mediante el cual, sobre la base del análisis de la situación y la previsión de necesidades, son formulados objetivos coherentes con la filosofía y política institucional, y se establecen los medios y secuencia de acciones indispensables para lograr dichos objetivos, y los instrumentos y recursos que estas acciones implican (40). Es la forma sistemática y ordenada para llevar a cabo de manera óptima un proyecto de educación en salud y lograr resultados concretos, mediante la cual se establecen claramente los objetivos y se llevan a la práctica.

En la planificación de programas de prevención en salud, se generan distintos pasos a seguir (OMS en el año 1988), estos son (43):

- Identificación de los problemas.
- Establecimiento de los objetivos.
- Elección de las medidas preventivas.
- Ejecución de los programas.
- Evaluación de los programas de prevención.

Principales etapas de programación en educación para la salud: (40)

1. **Constitución del equipo coordinador:** la o las personas que van a intervenir.
2. **Diagnóstico de situación.** Se deberán realizar dos grandes tareas en esta etapa:
 - Determinar los recursos disponibles.
 - Determinar las conductas, ya sea hábitos, costumbres, creencias y mitos de la comunidad respecto a los problemas de salud que se abordarán.
3. **Formular un plan de ejecución del programa.**
4. **Ejecución de la campaña.**
5. **Evaluación.**

Es importante, entonces, realizar un estudio acabado sobre las conductas relacionadas con el problema de salud presente, para tener una base sobre la cual influir para obtener cambios en esas conductas.

Será esencial comprender el proceso de cambio conductual y los elementos o factores que influyen en este, y así poder implementar estrategias para la promoción de la salud si queremos influir sobre las conductas de las personas.

El comportamiento humano en salud es complejo, no siempre comprensible y las conductas en salud son motivadas por estímulos externos provenientes del medio que rodea al sujeto.

La respuesta a estos estímulos puede o no estar directamente relacionada con la salud. La motivación que influye las conductas en salud puede no estar directamente relacionada con ellas. Un ejemplo, son aquellas personas que se inscriben en cursos de gimnasia por razones estéticas y no para mejorar la salud.

La motivación hacia las conductas favorables, es un proceso dinámico; puede reflejar las etapas que el individuo ha alcanzado en la adopción y desarrollo de una conducta en particular.

Cuando se aplican teorías del comportamiento individual a situaciones de salud, el nivel de riesgo de contraer una enfermedad o discapacidad involucrado es, a menudo, el factor clave para determinar la respuesta del individuo enfrentado a una toma de decisión con relación a conductas conducentes a la salud.

Un individuo enfrentado a un riesgo voluntariamente tratará de evitarlo, lamentablemente el proceso no es tan simple. Algo de riesgo está siempre presente en toda conducta, pero el comportamiento arriesgado produce satisfacción intrínseca en algunos individuos, por el desafío que implica.

La determinación de riesgos individuales en salud ha sido el principal foco de los programas de prevención secundaria. Los riesgos para las principales enfermedades asociadas a los estilos de vida han sido estudiados e identificados con variados grados de certeza, siendo la conclusión que los individuos de alto riesgo, al conocer los factores de riesgo, se motivarían para alterar sus estilos de vida.

Aunque no existe una fórmula exacta, la probabilidad de que los individuos adopten conductas que fomenten la salud sobre conductas desfavorables o riesgosas, es una función del nivel de conocimientos, de las actitudes y las destrezas que la persona posea en relación con el riesgo.

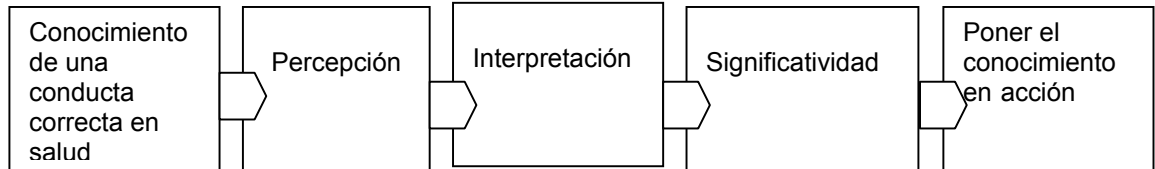
Factores que influyen en las conductas en salud.-

El conocimiento.-

En la sociedad moderna, las personas se encuentran permanentemente bombardeadas por una gran cantidad de información; cada individuo responde a ella de acuerdo a sus propias percepciones, pudiendo seleccionar lo que le interesa e ignorar lo que no desea ver u oír, porque le produce ansiedad o reacciones defensivas.

El modelo de conocimiento-acción establece, que habiendo percibido un estímulo, el individuo lo interpreta. Esta interpretación dependerá de la correspondencia existente entre el bagaje de conocimientos, experiencias, creencias y valores del individuo y la forma en que se ha generado el mensaje. Finalmente, el input recibido y analizado debe ser significativo para que se decida a adoptar una conducta determinada.

Fases entre el conocimiento y la conducta



De lo anterior se desprende que:

- En algunos casos, el conocimiento puede ser suficiente para producir cambios de conducta; pero en otros, no es condición necesaria ni suficiente.
- Cuando el conocimiento es estimado importante, debe ser formulado en términos que resulte significativo para el grupo objetivo.
- La transferencia del conocimiento a la acción depende de un amplio rango de factores internos y externos, incluyendo los valores, las actitudes y las creencias.
- Para la mayor parte de los individuos, la traducción del conocimiento en conducta requiere del desarrollo de destrezas específicas.

Actitudes, valores, creencias y conductas.-

Para que el conocimiento llegue a la acción, debe ser incorporado por el individuo de tal forma que afecte sus valores, creencias y actitudes hacia la salud.

Valor se define como una creencia transmitida y compartida dentro de una comunidad.

Creencia es la convicción de que un fenómeno u objeto es verdadero o real.

Actitud es 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.

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.

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.

Modelo de Creencias en Salud.-

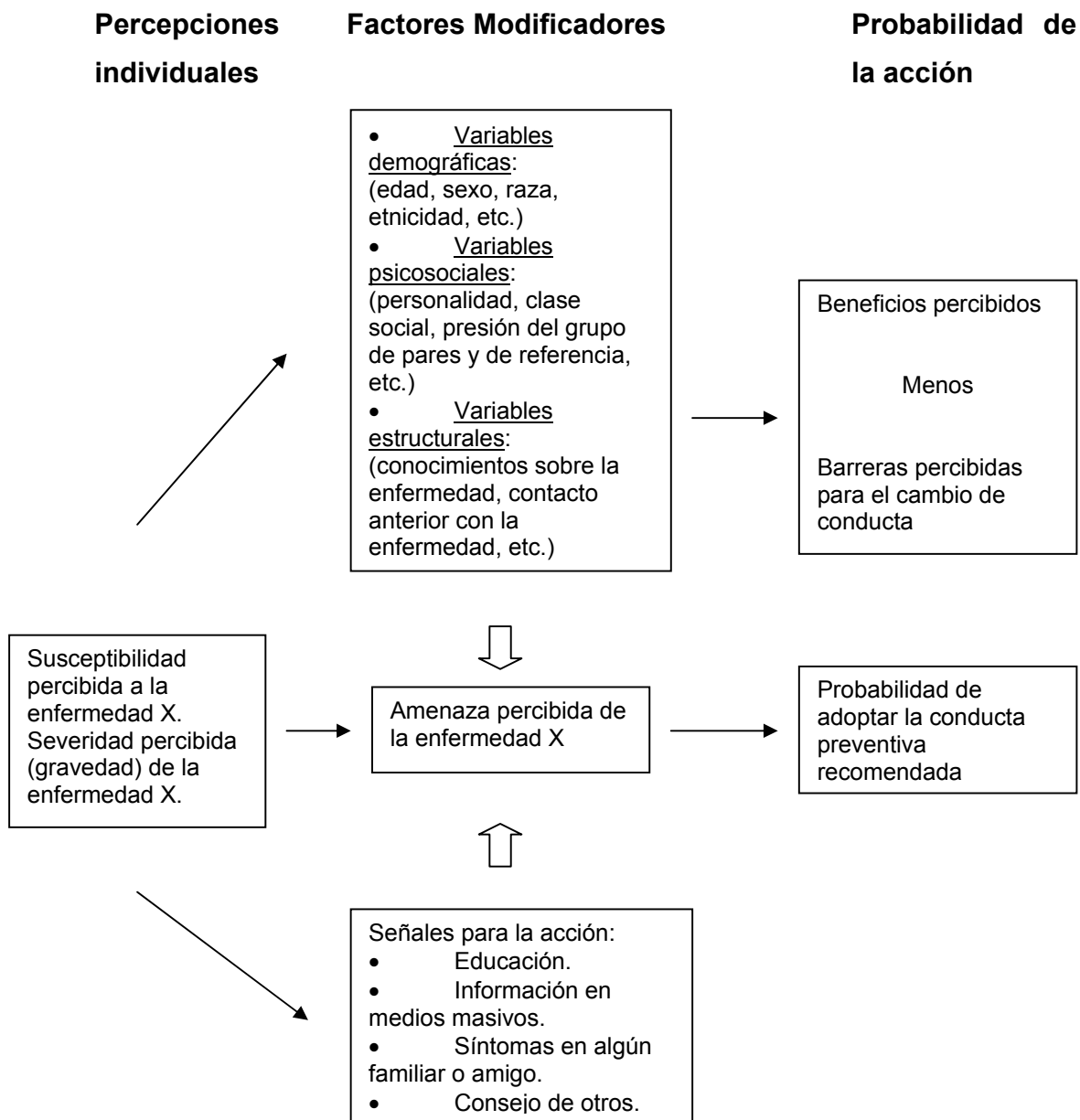
Este modelo (Rosentock, 1974), es uno de los intentos más antiguos para explicar conductas en salud. Fue desarrollado basándose en investigaciones realizadas en 1950, influenciadas por el psicólogo social Kart Lewin. El principio esencial del modelo es la forma en que un individuo percibe el mundo que lo rodea y la forma en que esas percepciones motivan sus conductas.

El modelo postula que la prontitud para tomar una acción favorable a la salud nace de la percepción que tenga el individuo sobre su susceptibilidad a una determinada enfermedad y sobre la potencial severidad de la misma. Esta teoría indica que una acción relacionada con salud depende de la ocurrencia de las siguientes situaciones:

1. La existencia de suficiente motivación (o preocupación) por la salud, para que el problema de salud adquiriera relevancia.

2. La creencia que se es susceptible (vulnerable) a un problema serio de salud (la amenaza percibida).
3. La creencia que efectuando determinadas acciones se reducirá la amenaza percibida a un costo subjetivamente aceptable.
4. Debe haber una “señal” para la acción o un estímulo que haga sentir al sujeto la necesidad de la acción.

EL MODELO DE CREENCIAS EN SALUD.-



Adaptado de Rosenstock, 1974.

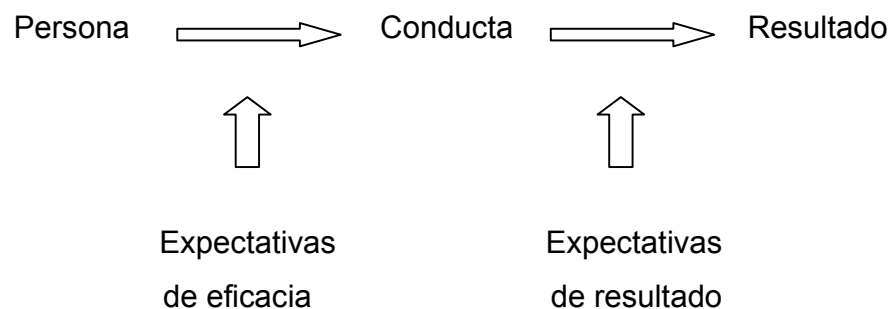
La educación para la salud puede proporcionar la señal para la acción, si se ha diagnosticado correctamente las creencias en salud.

El diagnóstico de la autoeficacia también es fundamental para planificar las intervenciones en educación para la salud.

Recientemente, se ha ampliado el modelo de creencias en salud (Rosentock et al., 1988), incluyendo el concepto de autoeficiencia, extraído de la teoría del aprendizaje social de Bandura, es decir, la creencia que se poseen habilidades para implementar un cambio.

En la teoría del aprendizaje social, Bandura manifiesta que los cambios psicológicos derivan de un mecanismo común. El cambio se comunica a través de procesos cognitivos, pero los eventos cognitivos son intuitivos y alterados mucho más rápidamente por experiencias que en su mayoría surgen de un desempeño exitoso.

La expectativa de autoeficiencia es diferente de la expectativa sobre el resultado (que son los beneficios percibidos en el modelo de creencias en salud), las personas pueden creer que una acción es capaz de producir ciertos resultados, pero no están seguras de ser capaces de realizar la acción.



Por ejemplo, para que un adolescente (persona) evite comer golosinas a deshoras por razones de salud (resultado), debe creer que dejar de comer golosinas beneficiará su salud (expectativas de resultado) y además que es capaz de lograrlo (expectativa de autoeficiencia).

El entrenamiento para acrecentar la autoeficiencia se debe realizar ordenando las conductas que se deben adquirir en una serie de pasos, cada vez más difíciles. Una vez que la persona realiza con éxito las tareas iniciales más fáciles, aumentará su sentido de autoeficiencia y estará lista para asumir una tarea más difícil.

En resumen, el modelo de creencias en salud explica que, para que ocurra un cambio de conducta, el individuo debe ser incentivado a cambiar; sentirse amenazado por su conducta presente, sentir que un cambio será beneficioso y que tiene un costo aceptable. Además, tiene que sentirse competente para implementar el cambio de conducta.

MODELO PRECEDE.-

El modelo, diseñado por Green et al. (1980) es de especial utilidad para la planificación de programas de educación para la salud. Se puede aplicar para una gran variedad de situaciones, que van desde la educación comunitaria a la educación individual de pacientes y está basado en la siguiente definición de educación para la salud: “cualquier combinación de experiencias de aprendizaje diseñadas para facilitar adaptaciones voluntarias de conducta que conducen a la salud” (1).

El modelo tiene como objetivo llamar la atención sobre la necesidad de preguntarse qué comportamiento precede a un beneficio de salud dado y qué causas preceden a cada conducta que debe ser objeto de educación para la salud. Incluye el diagnóstico de todos los factores que influyen en cada conducta. En este modelo las causas que contribuyen a una conducta en

salud determinada se agrupan en tres tipos de factores: predisponentes, facilitadores y reforzadores (Green et al. 1980) (1).

1. **Los factores predisponentes:** incluyen el conocimiento, las actitudes, las creencias, los valores y las percepciones. La característica que define a estos factores es su fuerza motivacional previa a la toma de decisiones para realizar una práctica de salud determinada.
2. **Los factores facilitadores:** son aquellos que anteceden al comportamiento y que permiten que la motivación se haga realidad. Entre ellos se incluyen las habilidades y los recursos personales y comunitarios necesarios para llevar a cabo una práctica de salud determinada.
3. **Los factores reforzadores:** son aquellos subsecuentes al comportamiento. Determinan si una conducta que ha sido motivada y facilitada persistirá una vez que se haya ensayado. Se incluyen entre ellos los beneficios físicos y sociales, así como también recompensas tanto tangibles como vicarias (45).

De acuerdo al modelo, los programas de Educación para la Salud deben estar basados en el conocimiento de las pautas culturales de la población, para focalizar los objetivos de aprendizaje en la modificación de las causas reales de las conductas en salud que se consideran inadecuadas (45).

Como fuentes de conocimiento, es destacable que para todos los jóvenes atendidos por el sistema público de atención primaria en el programa de salud bucal, están claramente establecidos los contenidos educativos, como indicaciones, que se le deberían entregar a cada paciente o sus padres (según su edad) en cada uno de los controles en los que deben participar.

PROGRAMA ODONTOLÓGICO MINSAL.-

Dentro del Plan Nacional de atención Buco Dental desde el año 1990, existen objetivos educacionales claros para cada grupo etario en la “Norma de actividades promocionales y preventivas específicas en la atención odontológica infantil” editada en 1998 (46), los que se mencionan a continuación:

Recién nacido hasta 6 meses de edad:

- Lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses.
- Es recomendable no besar al niño en la boca ni chupar sus utensilios.
- Moderar consumo de azúcares.
- Si usa chupete, de preferencia, como pacificador.
- Si usa chupete retirarlo de la boca después que el niño duerme.

Desde los 7 meses hasta 23 meses de edad:

- Uso de cepillo dental pequeño, suave y sin pasta, efectuado por un adulto.
- Promover formación del hábito de beber agua pura o jugos de fruta sin azúcar.
- Si el niño está en tratamiento con medicamentos azucarados, indicar higiene o beber agua después de la administración de este.
- Evitar dar golosinas entre las comidas.
- Al año y medio el niño no debe mamar ni tomar biberón nocturno.

“Hasta los 23 meses la entrega de estos componentes de Salud Bucal es realizado por el Equipo de Salud de cada Consultorio”.

Control odontológico a los 2 años de edad:

- La higiene bucal debe ser más acuciosa, especialmente en los molares, con movimientos de adelante a atrás.
- Indicar uso de cepillo suave, pequeño, sin pasta, efectuado por un adulto.
- Promover la eliminación del biberón diurno.
- Fomentar el consumo de agua potable sin agregados y consumo de alimentos naturales.
- Evitar colaciones cariogénicas, golosinas y postres envasados.
- Moderar ingesta de azúcar.
- Estimular la masticación con alimentos más duros.
- Prevención de accidentes: caídas de escalones, golpes en los dientes con objetos duros, recomendando que el niño no tenga objetos en la boca mientras se mueva, camine, o juegue.

Control odontológico a los 4 años de edad:

- La higiene bucal debe ser acuciosa, especialmente en los molares, con movimientos de adelante a atrás.
- Si el niño se cepilla solo, debe ser supervisado por un adulto.
- Indicar uso de cepillo suave, pequeño, puede usar pasta dental infantil con flúor de 400 a 500 ppm.
- Fomentar el consumo de agua potable sin agregados y consumo de alimentos naturales.
- Recomendar a la madre el control de la disposición de golosinas, dulces y bebidas gaseosas, reservando el consumo para después de las comidas (postre).
- Detectar disfunciones de respiración, masticación, deglución y lenguaje.
- Prevención de accidentes: caídas de escalones, golpes en los dientes con objetos duros, recomendando que el niño no tenga objetos dentro de la boca mientras se mueva, camine o juegue.

Control odontológico a los 6 años de edad:

- Reforzar el hábito de higiene bucal después de las comidas, evaluación de técnica de higiene bucal y enseñanza de técnica de cepillado.
- Indicar uso de cepillo suave, puede usar pasta dental de adulto con flúor, de 1.000 a 1.500 ppm., del tamaño de una lenteja.
- Evitar que el niño se trague la pasta.
- Usar cantidad del tamaño de una lenteja.
- Evitar el consumo frecuente de golosinas y bebidas azucaradas entre las comidas.
- Fomentar el consumo de agua potable sin agregados y consumo de alimentos naturales.
- Evitar colaciones cariogénicas, golosinas y postres envasados.
- Fomentar el hábito de cepillado en la Escuela.

Control odontológico a los 12 años de edad:

- Reforzar el hábito de higiene bucal después de las comidas, evaluación técnica de higiene bucal y enseñanza de técnica de cepillado con uso de cepillo dental y seda.
- Indicar uso de cepillo suave, de cabeza pequeña, con pasta dental de adulto, con 1.000 a 1.500 ppm de flúor.
- Enjuagar suavemente con agua para eliminar el excedente de pasta dental.
- Usar pasta dental en cantidad del tamaño de una lenteja.
- Evitar el consumo frecuente de golosinas y bebidas azucaradas entre las comidas.
- Fomentar el consumo de agua potable sin agregados y consumo de alimentos naturales.
- Prevenir el riesgo de daño periodontal por consumo de tabaco.
- Fomentar el hábito de cepillado en la Escuela (46).

PLAN AUGE.-

En el plan de Acceso Universal con Garantías Explícitas (actual GES), a partir del 1º de Julio de 2005, entre las 25 prioridades programáticas se encuentra la atención en salud oral integral en el niño de 6 años. En la guía clínica se establece que el escolar recibirá información educativa, durante el examen de salud realizado por el odontólogo respecto a hábitos saludables de salud bucal, referidos a instrucción de técnicas de cepillado y hábitos dietéticos, especialmente respecto a frecuencia de consumo de alimentos y bebidas azucaradas y uso de fluoruros. Y también recibirá educación grupal para reforzamiento periódico, esta puede ser realizada en las escuelas o consultorios por personal paramédico de odontología, educadoras sanitarias u otro profesional capacitado.

La educación se realizará en la modalidad tanto individual como grupal o masiva.

Educación individual, a través del examen de salud y refuerzo periódico realizado por Auxiliar Paramédico de Odontología Capacitado. Para enseñar a cepillarse en forma adecuada según las características de cada niño, de acuerdo a su crecimiento y desarrollo.

Educación grupal o masiva, a través de Programas Escolares o en Consultorios, para lo cual localmente debe existir un profesional responsable de establecer coordinaciones locales con los equipos de salud y con Instituciones Educativas, JUNAEB y Centros de Padres y Apoderados, de manera de formar una red comunitaria que permita dar soporte de colaboración y mantención de la salud bucal de los niños, reforzando hábitos y asumiendo el autocuidado del grupo familiar, alcanzando un abordaje sistémico.

Además, es necesario que los padres y/o apoderados, se comprometan a mantener hábitos saludables de salud bucal para el niño(a) en particular y en general para la familia. La técnica de higiene bucal debe ser reforzada y retroalimentada por el odontólogo o por el personal paramédico de odontología, cada vez que el niño(a) acuda a tratamiento, mientras se alcanza el alta planificada.

De acuerdo a esta guía clínica, cualquiera sea el riesgo del paciente; sano, en riesgo (bajo o alto) o con patología bucal, todos deben tener un alta educativa antes de comenzar el tratamiento preventivo y/o rehabilitador (56).

Conocimientos de los adolescentes sobre salud bucal.-

“Si queremos saber qué siente la gente, cuáles son sus experiencias y qué recuerdan, cómo son sus emociones y motivos, y las razones para que actúen de la forma en que lo hacen, ¿por qué no preguntarles a ellos?

G. W. Allport, 1926.

Una encuesta en esencia, consiste en una serie de preguntas formuladas directamente a los sujetos en estudio. Las encuestas se dirigen predominantemente a un grupo, población o universo que interesa conocer en determinados aspectos o variables (que requieren ser definidos y delimitados con exactitud), y el grupo de los jóvenes de 7° y 8° básico es un grupo de gran relevancia (53).

Misrachi y cols., en 1995 publicaron un estudio sobre conductas en salud oral y los factores que las determinan en adolescentes. Se realizó una encuesta semiestructurada a 381 estudiantes de 7° básico a 4° medio, de 12 a 20 años, de los cuales, aproximadamente, se repartían 50% y 50% en un nivel socioeconómico medio-bajo y nivel socioeconómico alto, mostrando escasos conocimientos, por parte de los adolescentes, sobre las enfermedades bucales más comunes y su prevención.

La mayoría de ellos practica el cepillado dental, pero de ellos mismos, el 16% se considera incapaz de realizar una correcta técnica de higiene; un pequeño porcentaje declaró realizar la técnica de cepillado por motivos ajenos a la prevención de enfermedades orales (44).

Más de 1/5 de la población desconoce el cepillo utilizado y solo 1/3 utiliza un cepillo blando (43). Siendo muy relevante que 1 de cada 1,6 adolescentes declara desconocer la relevancia de la higiene bucal nocturna (43).

En relación a la salud de las encías, aproximadamente el 40% de los jóvenes declararon que sus encías sangraban siempre o a veces, asociando principalmente esto a que la encía está enferma, el cepillo es muy duro o a la presencia de caries, siendo alrededor de la mitad de los jóvenes los que adoptaban alguna conducta frente a este hecho y solo el 36,8% los que visitaban al dentista. También estaban como medidas cambiar el cepillo por uno más blando (7,5%) y usar enjuagues bucales (5,5%) (44).

Los jóvenes cuidan sus dientes por estética en un 62%, para la masticación en un 52%, para evitar el dolor en un 13% y hablar correctamente un 5% (44).

La gran importancia estética es generalizada en la población, la “apariencia” es un valor generalizado y presenta una asociación muy grande con el estado de los dientes (43, 44, 6).

Adolescencia.-

Adolescencia es el período de la vida en que el niño se transforma en adulto (adolescente = crecer). 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 (55).

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 (55).

Los adolescentes son un grupo etario 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 (43).

Infotecnología en educación.-

En una sociedad donde sólo el 20,5% de la población tiene acceso a computadores en el hogar, la construcción de la red ENLACES permite que el 90% de los estudiantes tenga acceso en su escuela o liceo a una sala de computación. Enlaces es el inicio de una política nacional para introducir tecnologías de la información y la comunicación en Chile. Su foco ha sido propiciar el acceso equitativo a las nuevas tecnologías, a través de la integración de redes y computadores en los establecimientos educacionales del país (54). Junto con esto, Enlaces se encarga de la preparación del recurso humano como un factor clave en este proceso de incorporación de tecnología, para esto se mantiene de forma continúa capacitando masivamente al profesorado.

El **C5**, Centro de Computación y Comunicación para la Construcción del Conocimiento de la Universidad de Chile, es el encargado de ofrecer la oportunidad de apoyar la innovación y el cambio en instituciones educativas a través de la integración curricular de las Tecnologías de Información y Comunicación (TICs) en diferentes contextos escolares. La Informática Educativa es una disciplina que abarca e involucra diversas áreas del conocimiento, por lo que la acción del C5 ha sido orientada a ofrecer

diferentes alternativas de asesoría y capacitación de acuerdo a las necesidades específicas de cada institución.

Los adolescentes como grupo etario de gran importancia habitualmente presentan el problema de la falta de tiempo, el eterno “cansancio” que los caracteriza, por lo que se hace necesario utilizar una vía mucho mas fácil para ellos de contestar las encuestas, idealmente que no sea necesario que siquiera abandonen el colegio, por esto la opción de realizarlo en línea través de un dominio particular. La mayoría de los estudios que buscan recopilar datos por parte de la población han sido realizados en forma tradicional, entregando por mano las encuestas para que estas sean devueltas una vez respondidas (51, 52), se hace interesante el evaluar este nuevo método de recolección de datos.

Por todo lo anterior, es importante saber qué conocimientos presentan los adolescentes sobre Salud Bucal, para tener una idea global de la situación a la que nos enfrentamos, de esta manera podemos contribuir en la planificación de futuras intervenciones y refuerzos educativos en este grupo etario, aprovechando la infotecnología.

TITULO.-

“CONOCIMIENTOS EN SALUD BUCAL DE JÓVENES ESTUDIANTES DE 7° Y 8° BÁSICO DE LA CIUDAD DE SANTIAGO”

HIPÓTESIS.-

“LOS CONOCIMIENTOS EN SALUD BUCAL DE LOS ADOLESCENTES DE 7° Y 8° BÁSICO SON INSUFICIENTES PARA MANTENER UN ÓPTIMO ESTADO DE SALUD EN SUS BOCAS”

OBJETIVO GENERAL.-

- EVALUAR EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS EN SALUD BUCAL QUE POSEEN JÓVENES ESTUDIANTES DE 7° Y 8° BÁSICO DE LA CIUDAD DE SANTIAGO.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.-

- APLICAR LA ENCUESTA DE CONOCIMIENTOS EN SALUD BUCAL A UNA MUESTRA DE ADOLESCENTES DE DISTINTAS COMUNAS DE LA CIUDAD DE SANTIAGO VÍA INTERNET.
- CUANTIFICAR, MEDIANTE LA ENCUESTA, EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS QUE POSEAN LOS ESTUDIANTES SOBRE SALUD BUCAL.
- IDENTIFICAR LOS CONOCIMIENTOS FAVORABLES Y ERRÓNEOS SOBRE SALUD BUCAL.
- IDENTIFICAR AQUELLOS CONOCIMIENTOS QUE ESTÉN AUSENTES EN LOS ESTUDIANTES.
- ANALIZAR ESTADÍSTICAMENTE LOS RESULTADOS.

Materiales y Métodos.-

Para el desarrollo de esta investigación, se aplicó la encuesta sobre conocimientos en Salud Bucal de 30 preguntas (34) a una muestra significativa de **323** jóvenes de 7° y 8° básico de distintas escuelas de la ciudad de Santiago. La encuesta fue publicada en un dominio particular en Internet, de modo que todos los jóvenes accedieran a ella al conectarse a la red en sus respectivos colegios.

Población o universo

El universo correspondió a adolescentes que asistían a colegios subvencionados que participan en la red ENLACES del MINEDUC y que tienen como institución capacitadora a la Universidad de Chile, específicamente el Centro de Computación y Comunicación para la Construcción del Conocimiento (C5), al 1° de Marzo de 2005. Esto correspondió aproximadamente a 100 colegios de la ciudad de Santiago. Se excluyeron todos aquellos colegios particulares subvencionados y que no pertenecieran a la provincia de Santiago.

Muestra

Se solicitó al Centro de Computación y Comunicación para la Construcción del Conocimiento (C5) la elaboración de una nómina con una muestra representativa de colegios, en los cuales se pudiese realizar esta investigación; obteniéndose como resultado, una lista de 9 colegios, en los cuales se trabajaría con los 7° y 8° básicos.

El contacto con la Dirección de los colegios, para poder llegar a los estudiantes, fue mediante correo electrónico y telefónico. Todos los colegios escogidos eran subvencionados y miembros de la red ENLACES, seleccionados por el C5. De los 9 entregados por el C5 solamente 3 de estos no aceptaron participar en el estudio, 6 aceptaron ser parte de este estudio.

Se envió correo electrónico y adjunto una carta de presentación que explicaba detalladamente el proyecto.

Cada establecimiento tenía un profesor encargado del área de computación y red ENLACES, quien actuó como contacto, a ellos se les solicitó fueran los coordinadores de la investigación en el colegio, preocupándose de que los alumnos accedieran a la página en Internet y que respondiera sólo 1 formulario en forma individual. Se les pidió que cualquier comentario que tuviesen sobre la página, lo hiciesen llegar para asegurar el

buen funcionamiento y evitar problemas una vez que los jóvenes hubiesen comenzado a contestar la encuesta.

De esta forma los colegios que participaron fueron:

Tabla I.- Colegios participantes en el estudio:

Nombre Colegio	Dirección	Comuna	Prof. Responsable
Francisco de Borja Echeverría E 3561	Santa Teresa # 1085	Estación Central	Mauricio Fierro
Luis Gregorio Ossa E 406	Lago Yoltán # 1106	Peñalolén	M ^a Eugenia Núñez
Rapa Nui D 742	Avenida Las Torres # 935	Lo Prado	Marta Hernández
Parque Las Américas E 1154	Av. Lo Ovalle # 3915	Pedro Aguirre Cerda	Maritza Sanhueza
Centro Educ. Eduardo de la Barra D 606	Calle 4 N° 6301	Peñalolén	Erick Bosch
Palestina E 460	Genaro Benavides # 6405	La Reina	José Luis Segura

Instrumento de recolección de datos

Se diseñó una encuesta especialmente para esta investigación (ver anexo 1); consta de 30 preguntas de respuesta cerrada con una respuesta posible, 26 preguntas con 3 alternativas de respuesta; una de las preguntas se subdividía en 5 más y solo 3 preguntas tenían más de 3 opciones en su respuesta.

La encuesta se construyó basada en 7 ítems:

- Caries (5 preguntas).
- Enfermedad Periodontal (4 preguntas).
- Evolución de la Dentición (4 preguntas).
- Prevención de Anomalías Dento-Maxilares (2 preguntas).
- Prevención (7 preguntas).
- Funciones de la dentición (5 preguntas).
- Información general (3 preguntas).

Para la identificación de los jóvenes se solicitaron 3 datos: edad, curso y género; preguntas que estaban al comienzo de la encuesta.

En el encabezado de la misma, existía un saludo y agradecimiento a los jóvenes participantes del estudio y las instrucciones para responder la encuesta.

Procedimiento

La encuesta se publicó en un dominio privado de Internet (www.healthdent.cl) al cual tuvieron libre acceso los estudiantes que participaron de este estudio.

Una vez completados los formularios por los alumnos, fueron enviados directamente a una casilla electrónica. Los formularios se traspasaron a una planilla Excel y los datos se tabularon según las diferentes variables a analizar.

Para determinar el nivel de conocimientos que tenían los jóvenes, se comparo el porcentaje de aciertos en cada una de las preguntas con una escala de evaluación “predeterminada”, fijando de esta forma el nivel de conocimientos que poseían los jóvenes en cada preguntas. Posteriormente se promediaron los resultados por temas y poder tener una idea global del nivel de conocimientos que poseían los adolescentes.

Tabla II.- Escala de evaluación del nivel de conocimientos

Deficiente	0% - 49,9%	1
Aceptable	50% - 59,9%	2
Buen Nivel	60% - 74,9%	3
Muy Buen Nivel	75% - 89,9%	4
Excelente	90% - 100%	5

Para el análisis estadístico se utilizó el Test de Wilcoxon o Mann-Whitney, para establecer alguna diferencia significativa entre las respuestas que dieran los jóvenes de los distintos cursos y las diferencias en la distribución de las respuestas entre los estudiantes de 7° respecto a los de 8°. Y para evaluar el nivel de conocimientos en cada uno de los ítems, se promediaron las evaluaciones de cada una de las preguntas de cada tema y posteriormente se calculó la desviación estándar de cada tema de manera de evaluar la validez de este promedio.

Resultados

Identificación de la muestra.-

Tabla III.- Estudiantes según edad y sexo

	Femenino	Masculino	Total
11	1	3	4
12	34	43	77
13	90	90	180
14	21	41	62
Total	146	177	323

La mayoría son jóvenes de 13 años, sin diferencia de genero; luego 12, en que se encuentra una mayor parte de hombres; los jóvenes de 14 años existe el doble de hombres que de mujeres y los jóvenes de 11 años con representación minoritaria.

Grafico N° 1.-

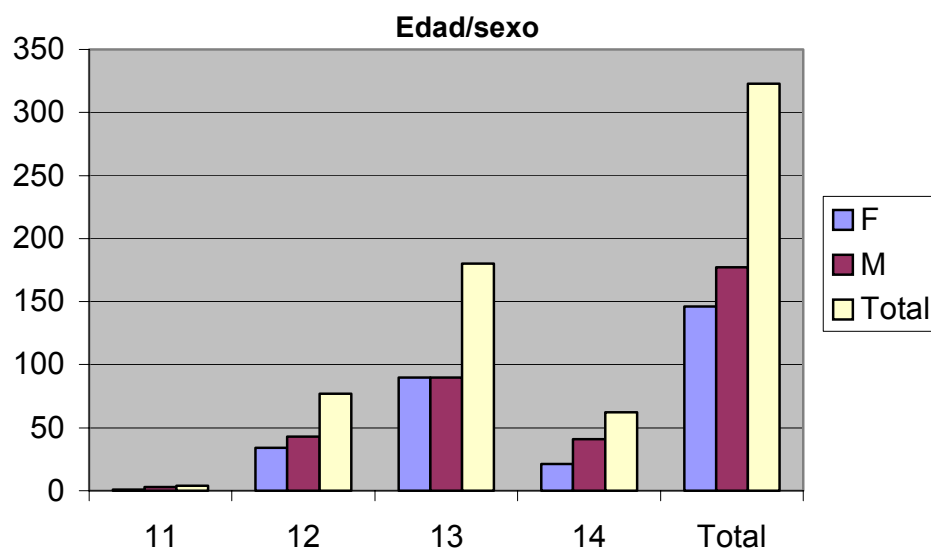


Tabla IV.- Estudiantes según sexo y curso al que pertenecen

	7°	8°	Total
Femenino	43	103	146
Masculino	49	128	177
Total	92	231	323

La mayoría de los jóvenes encuestados eran alumnos de 8° básico. En ambos cursos se repite la relación levemente mayor de hombres respecto de mujeres.

Grafico N° 2.-

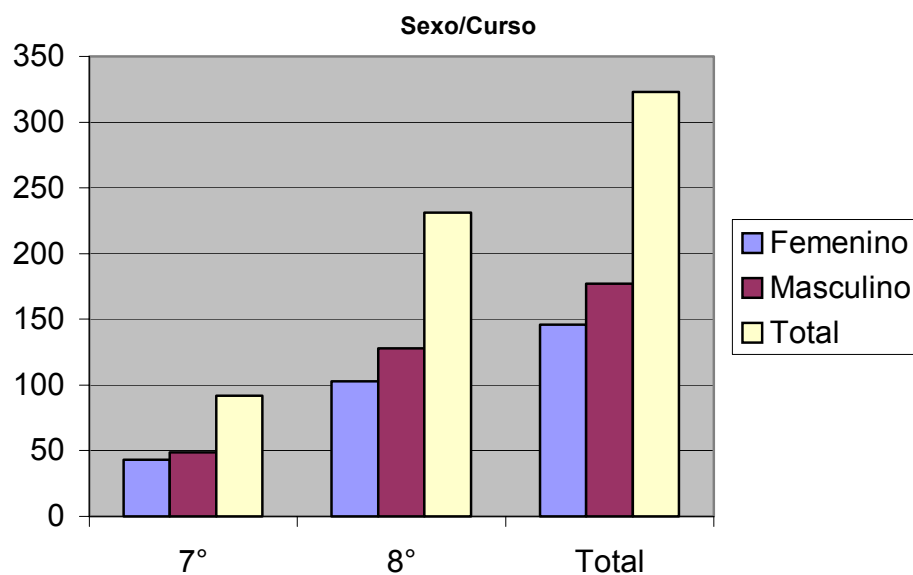
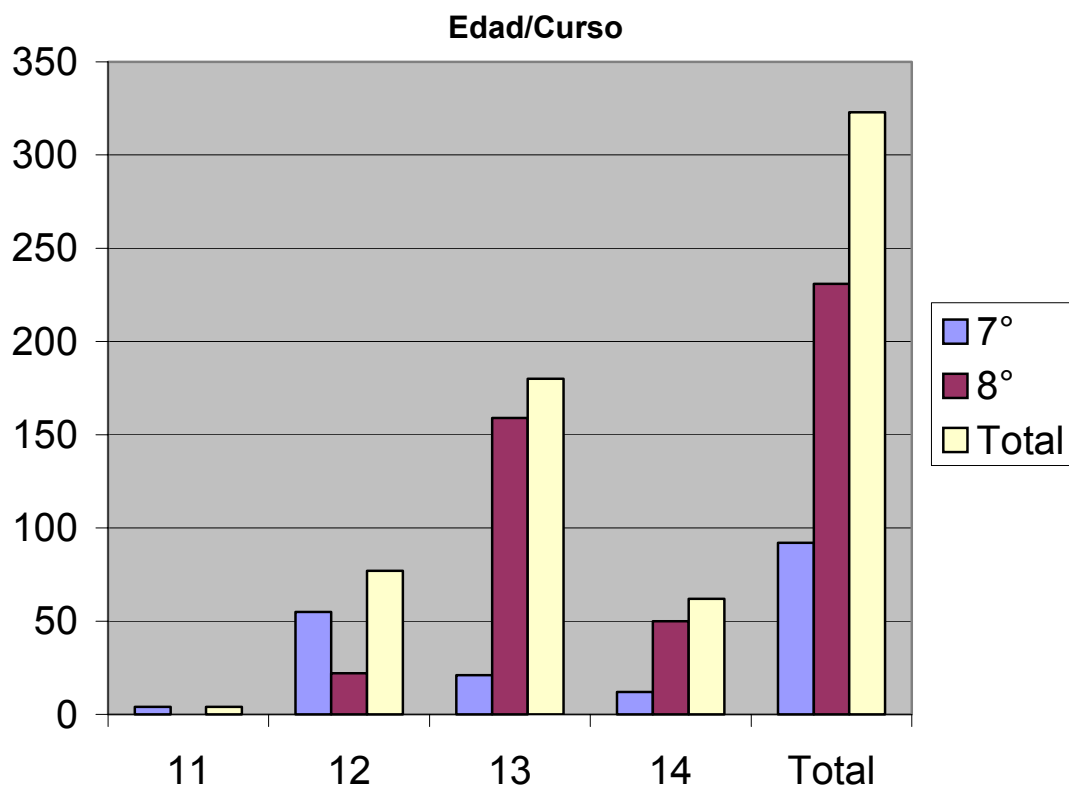


Tabla V.-Estudiantes según edad y curso al que pertenecen

	7°	8°	Total
11	4	0	4
12	55	22	77
13	21	159	180
14	12	50	62
Total	92	231	323

Grafico N° 3.-



Preguntas

Las preguntas de la encuesta serán ordenadas según los 7 temas que esta abarco:

Caries

Pregunta 15:

La caries es una enfermedad infecciosa (producida por bacterias).-

De acuerdo () En desacuerdo () Desconozco ()

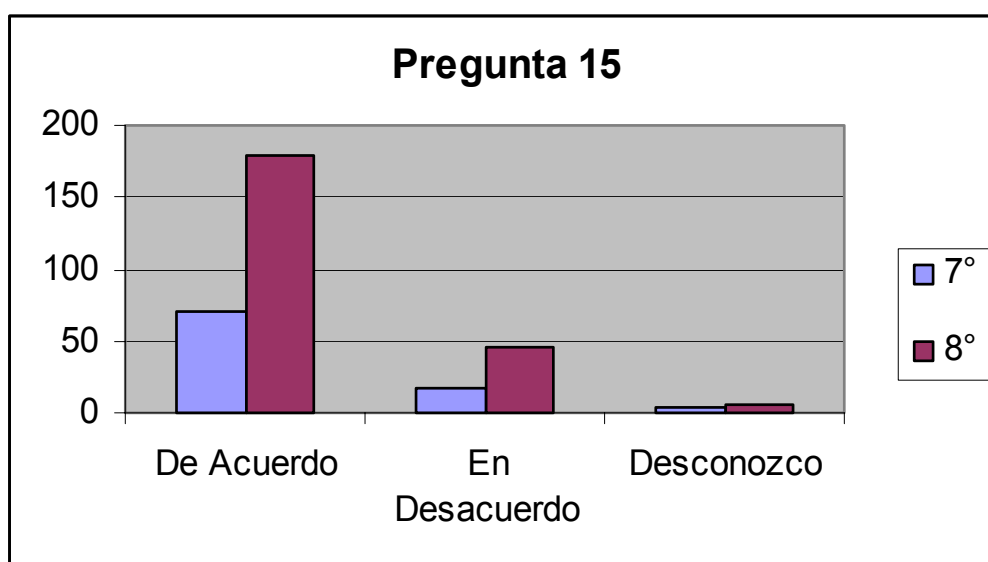
Tabla VI.-Estudiantes de 7° y 8° Básico según su respuesta a la pregunta 15

	7° Básico		8° Básico		Total		
De Acuerdo	71	77%	180	78%	251	78%*	
En Desacuerdo	18	20%	46	20%	64	20%	
Desconozco	3	3%	5	2%	8	2%	
Total	92	100%	231	100%	323	100%	P = 0,85

En esta pregunta no existe una diferencia estadísticamente significativa en la respuesta entre ambos cursos, queda clara la marcada tendencia hacia la alternativa correcta.

Como existe un 78% de aciertos, el nivel de conocimientos en esta pregunta es Muy Bueno (IV).

Grafico N° 4.-



Pregunta 16:

La caries es una enfermedad contagiosa (se puede transmitir de una persona a otra, por ejemplo, de la mamá a su hijo).-

De acuerdo () En desacuerdo () Desconozco ()

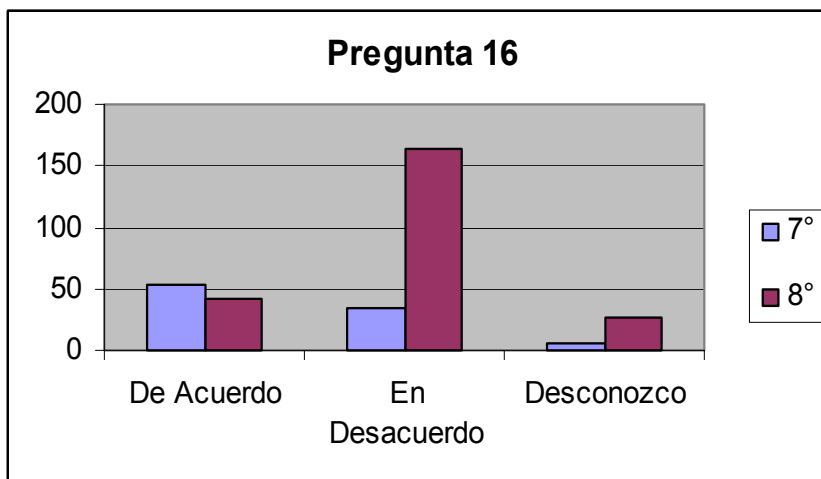
Tabla VII.- Estudiantes de 7° y 8° Básico según su respuesta a la pregunta 16

	7° Básico		8° Básico		Total		
De Acuerdo	53	58%	42	18%	95	29%*	
En Desacuerdo	34	37%	163	71%	197	61%	
Desconozco	5	5%	26	11%	31	10%	
Total	92	100%	231	100%	323	100%	P = 0,0

En 7° tienen una propensión a la alternativa correcta, en cambio en 8° se observa todo lo contrario, mostrando una preferencia a la respuesta incorrecta. En esta pregunta existe una diferencia estadísticamente significativa entre las respuestas de ambos cursos.

De acuerdo al bajo porcentaje de acierto en esta pregunta (29%) el nivel de conocimiento corresponde al Deficiente (I).

Gráfico N° 5.-

**Pregunta 17:**

Un diente temporal (diente de leche) con caries afecta al diente que va a salir después.-

De acuerdo () En desacuerdo () Desconozco ()

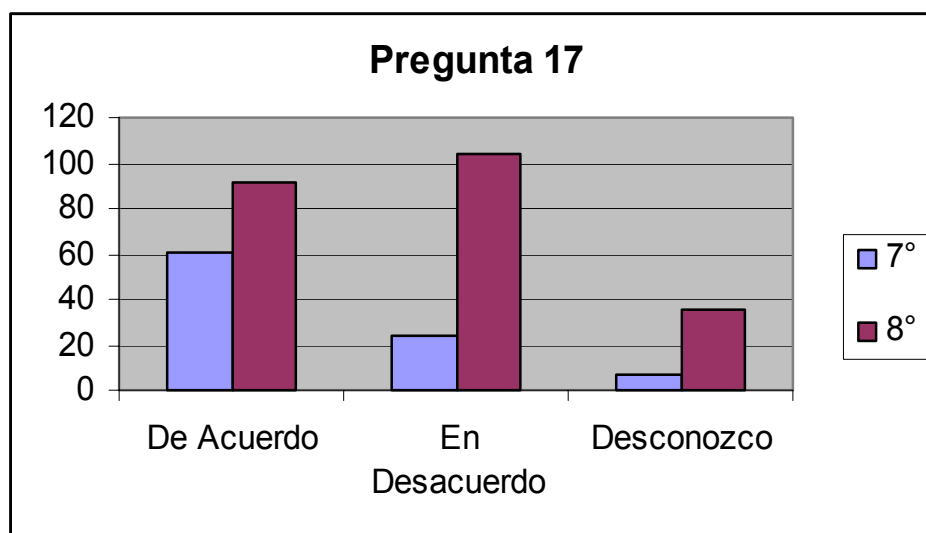
Tabla VIII.- Estudiantes de 7° y 8° Básico según su respuesta a la pregunta 17

	7° Básico		8° Básico		Total		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
De Acuerdo	61	66%	91	40%	152	47%*	
En Desacuerdo	24	26%	104	45%	128	40%	
Desconozco	7	8%	35	15%	42	13%	
Total	92	100%	230	100%	322	100%	P = 0,0

Encontramos una diferencia entre las respuestas de ambos cursos, mientras en 7° tienen una clara predisposición hacia la alternativa correcta; los jóvenes de 8° no muestran una predilección clara en sus respuestas, inclinándose levemente hacia la alternativa incorrecta, además de un número no despreciable de jóvenes que marcaron la opción desconozco. En esta pregunta existe una diferencia estadísticamente significativa entre las respuestas de ambos cursos.

Debido al porcentaje de aciertos en esta pregunta (47%) el nivel de conocimientos es Deficiente (I).

Grafico N° 6.-



Pregunta 25-1:

Ayudan a la aparición de caries: **Mucho** **Poco** **No afecta**

Una dieta con alto contenido de azúcares () () ()

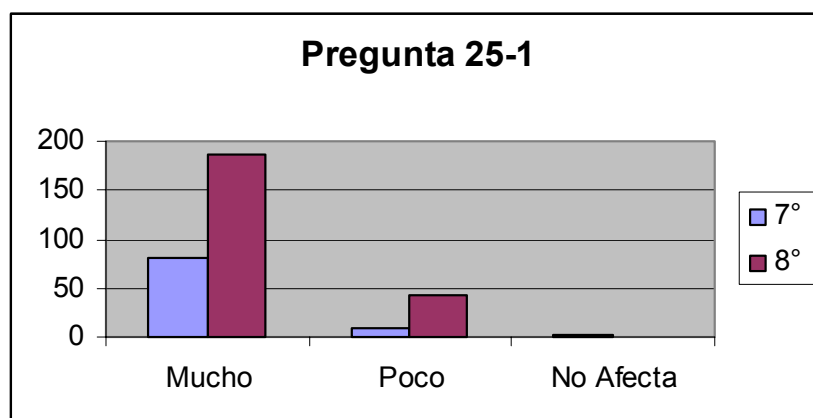
Tabla IX.- Estudiantes de 7° y 8° Básico según su respuesta a la pregunta 25-1

	7° Básico		8° Básico		Total		P = 0,24
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Mucho	80	87%	187	81%	267	83%*	
Poco	9	10%	43	18%	52	16%	
No Afecta	3	3%	1	1%	4	1%	
Total	92	100%	231	100%	323	100%	

No existe una diferencia significativa en la respuesta de ambos cursos. La respuesta correcta alcanzó un alto porcentaje.

Considerando el porcentaje de acierto en esta pregunta (83%) el nivel de conocimiento fue Muy bueno (IV).

Grafico N° 7.-



Pregunta 25-2:

Ayudan a la aparición de caries: **Mucho Poco No afecta**

Consumo de alimentos dulces, blandos y pegajosos () () ()
(calugas, masticables, sustancias, etc.)

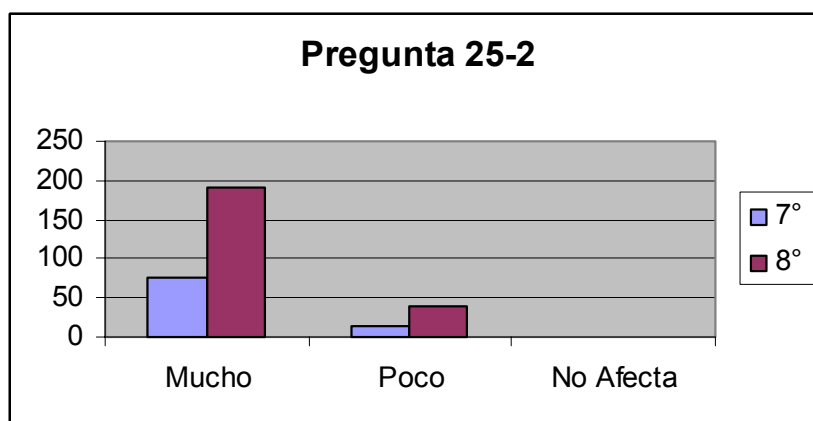
Tabla X.- Estudiantes de 7° y 8° Básico según su respuesta a la pregunta 25-2

	7° Básico		8° Básico		Total		
Mucho	77	84%	192	84%	269	83%*	
Poco	14	15%	39	16%	53	16%	
No Afecta	1	1%	0	0%	1	1%	
Total	92	100%	231	100%	323	100%	P = 0,98

Hay un alto porcentaje de respuestas correctas, no existiendo una diferencia significativa entre las respuestas de ambos cursos.

Considerando el porcentaje de acierto en esta pregunta (83%) el nivel de conocimiento fue Muy bueno (IV*).

Grafico N° 8.-



Pregunta 25-3:**Ayudan a la aparición de caries:****Mucho Poco No afecta**Consumo de alimentos dulces y duros
(*Turrón, dulces, koyac, etc.*)

() () ()

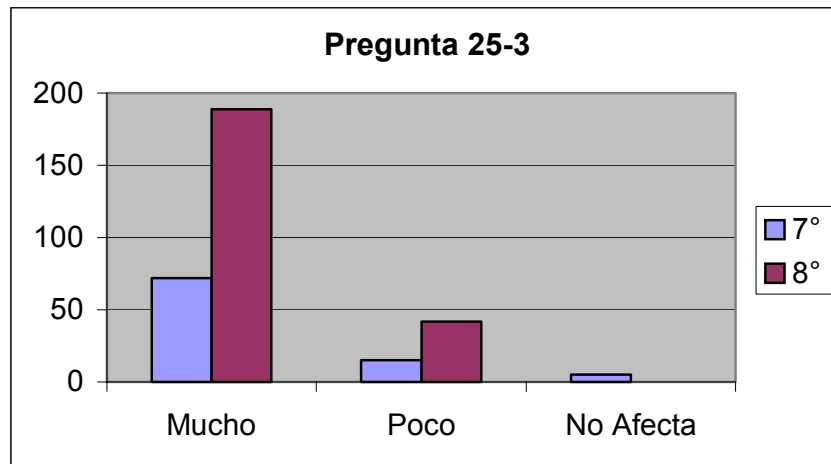
Tabla XI.- Estudiantes de 7° y 8° Básico según su respuesta a la pregunta 25-3

	7° Básico		8° Básico		Total		
Mucho	72	78%	189	82%	261	80%*	
Poco	15	16%	42	18%	57	18%	
No Afecta	5	6%	0	0%	5	2%	
Total	92	100%	231	100%	323	100%	P = 0,35

Hay una inclinación hacia la alternativa correcta al asociar la aparición de caries al consumo de alimentos dulces y duros. No existe una diferencia significativa entre las respuestas de ambos cursos.

Considerando el porcentaje de acierto en esta pregunta (80%) el nivel de conocimiento fue Muy bueno (IV).

Grafico N° 9.-

**Pregunta 25-4:**

Ayudan a la aparición de caries: **Mucho Poco No afecta**

Consumo de alimentos entre comidas () () ()

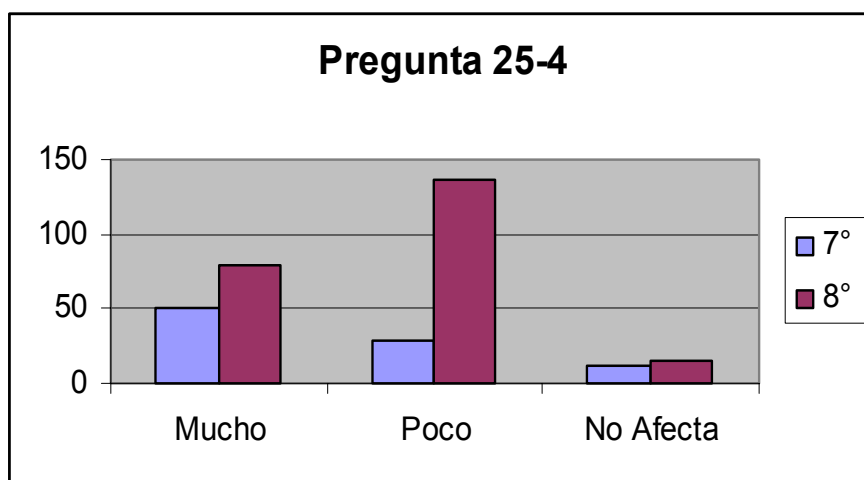
Tabla XII.- Estudiantes de 7° y 8° Básico según su respuesta a la pregunta 25-4

	7° Básico		8° Básico		Total		P = 0,01
	N	%	N	%	N	%	
Mucho	51	55%	80	35%	131	41%*	
Poco	29	32%	136	59%	165	51%	
No Afecta	12	13%	15	6%	27	8%	
Total	92	100%	231	100%	323	100%	

En 7° se inclinan más por la alternativa que asocia la aparición de caries al consumo de alimentos entre comidas. Los jóvenes de 8° tienden a asociar menos la aparición de caries con el consumo de alimentos entre comidas. Existe diferencia estadísticamente significativa entre las repuestas de ambos cursos.

Considerando el porcentaje de acierto en esta pregunta (41%) el nivel de conocimiento fue Deficiente (I).

Grafico N° 10.-



Pregunta 25-5:**Ayudan a la aparición de caries:****Mucho Poco No afecta**Alto consumo de frutos secos
(pasas, higos secos, etc.)

() () ()

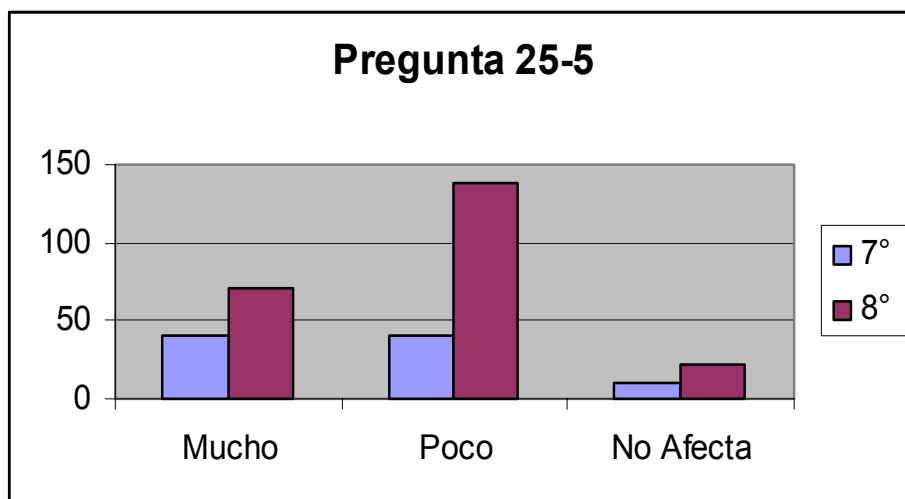
Tabla XIII.- Estudiantes de 7° y 8° Básico según su respuesta a la pregunta 25-5

	7° Básico		8° Básico		Total		
Mucho	41	44%	70	30%	111	34%*	
Poco	41	44%	139	60%	180	56%	
No Afecta	10	12%	22	10%	32	10%	
Total	92	100%	231	100%	323	100%	P = 0,058

En 7° y 8° las respuestas se inclinan asociando el consumo de frutos secos con la aparición de caries. En 8° hay más tendencia a asociarlo de menor forma solamente. Existen diferencias, pero no son estadísticamente significativas.

Considerando el porcentaje de acierto en esta pregunta (34%) el nivel de conocimiento fue Deficiente (I).

Grafico N° 11.-

**Pregunta 27:**

Respecto a mi boca creo que:

No tengo caries ()

Quizás tengo caries ()

Tengo caries ()

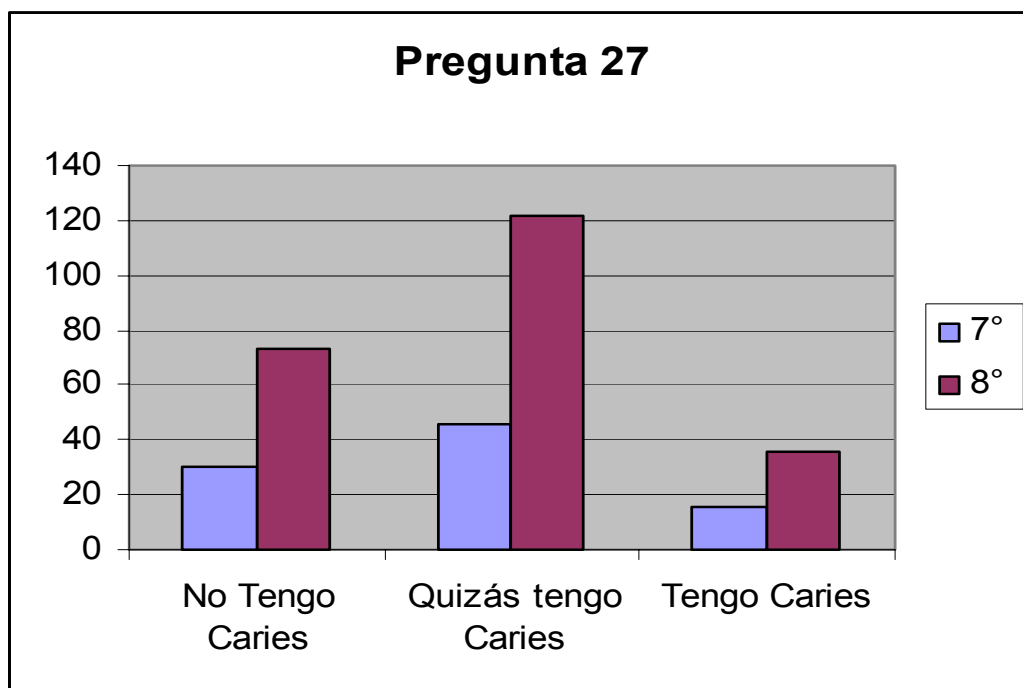
Tabla XIV.- Estudiantes de 7° y 8° Básico según su respuesta a la pregunta 27

	7° Básico		8° Básico		Total	
No Tengo Caries	30	33%	73	32%	103	32%
Quizás tengo Caries	46	50%	122	53%	168	52%
Tengo Caries	16	17%	36	25%	52	16%
Total	92	100%	231	100%	323	100%

P = 0,95

La mayoría responde la alternativa de que posiblemente tienen caries. No existe una diferencia significativa entre las respuestas de los jóvenes de ambos cursos.

Grafico N° 12.-



En relación al nivel de conocimientos que poseen los jóvenes respecto al tema de Caries, en resumen sería:

Tabla XV.- Promedio de evaluaciones preguntas del tema Caries.

Pregunta	Nivel	Valor
15	Muy Bueno	4
16	Deficiente	1
17	Deficiente	1
25-1	Muy Bueno	4
25-2	Muy Bueno	4
25-3	Muy Bueno	4
25-4	Deficiente	1
25-5	Deficiente	1
Promedio	Aceptable	2,5

DS: 1.603

Debido a que las preguntas presentaban valores extremos en sus evaluaciones (solo 1 y 4), quedando demostrado con la alta desviación estándar de 1,6. El promedio obtenido en este tema no es representativo.

Enfermedad Periodontal

Pregunta 1.-

La gingivitis (encías inflamadas) es una enfermedad producida por un exceso de microbios en la boca, sobre todo en las encías.-

De acuerdo () En desacuerdo () Desconozco ()

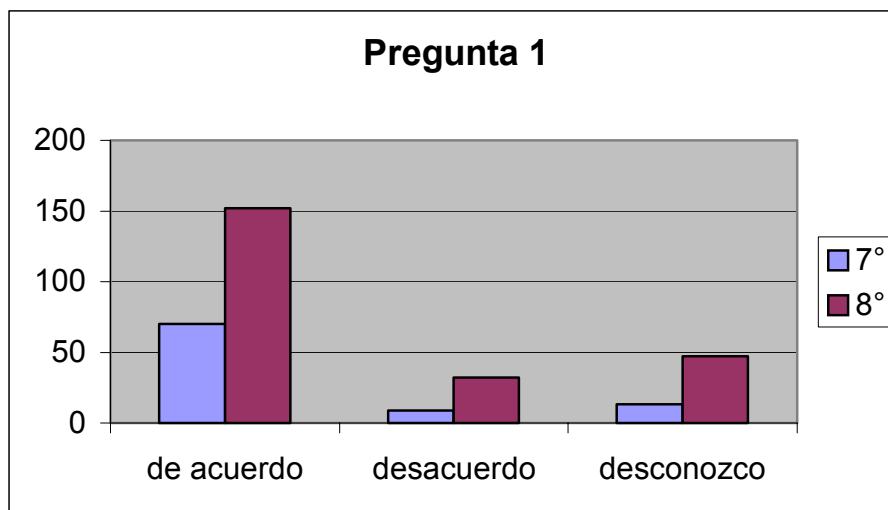
Tabla XVI.- Estudiantes de 7° y 8° Básico según su respuesta a la pregunta 1.-

	7° Básico		8° Básico		Total		
De Acuerdo	70	76%	152	66%	222	68%*	
En Desacuerdo	9	10%	32	14%	41	13%	
Desconozco	13	14%	47	20%	60	19%	
Total	92	100%	231	100%	323	100%	P = 0,03

Se aprecia una clara tendencia a la alternativa correcta, tanto en 7° como en 8°, no existiendo diferencias estadísticamente significativas entre las respuestas de 7° y 8°.

Debido al porcentaje de aciertos en esta pregunta (68%) el nivel de conocimientos, de acuerdo a las respuestas, fue Bueno (III).

Grafico N° 13.-

**Pregunta 2.-**

Es normal que las encías sangren al cepillarse los dientes.-

De acuerdo () En desacuerdo () Desconozco ()

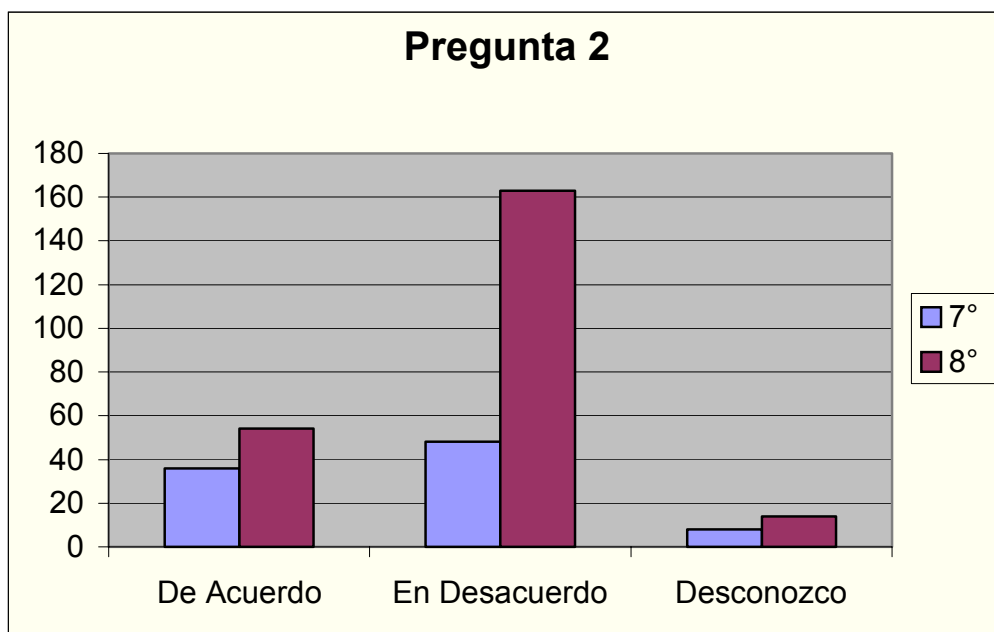
Tabla XVII.- Estudiantes de 7° y 8° Básico según su respuesta a la pregunta 2

	7° Básico		8° Básico		Total		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
De Acuerdo	36	39%	54	24%	90	28%	
<i>En Desacuerdo</i>	48	52%	163	70%	211	65%*	
Desconozco	8	9%	14	6%	22	7%	
Total	92	100%	231	100%	323	100%	P = 0,03

Los jóvenes de 8° tienen una mayor propensión a la respuesta correcta que los de 7ª. Existe una diferencia estadísticamente significativa entre las respuestas de ambos cursos

Debido al porcentaje de aciertos en esta pregunta (65%) el nivel de conocimientos, de acuerdo a las respuestas, fue Bueno (III).

Grafico N° 14.-



Pregunta 3:

La gingivitis (encías inflamadas) es una enfermedad que pocas personas padecen.-

De acuerdo () En desacuerdo () Desconozco ()

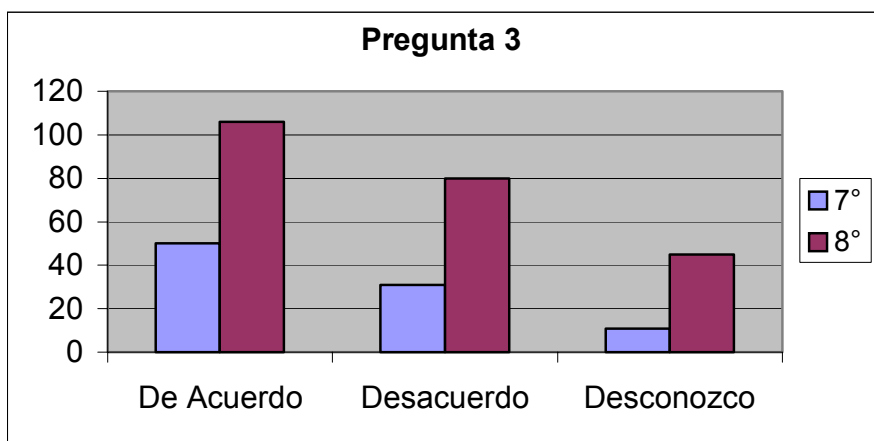
Tabla XVIII.- Estudiantes de 7° y 8° Básico según su respuesta a la pregunta 3

	7° Básico		8° Básico		Total		
De Acuerdo	50	54%	106	46%	156	49%	
En Desacuerdo	31	34%	80	35%	111	34%*	
Desconozco	11	12%	45	19%	56	17%	
Total	92	100%	231	100%	323	100%	P = 0,09

Ambos cursos tienden mas a la alternativa correcta. No existiendo una diferencia estadísticamente significativa entre los 2 cursos.

Debido al porcentaje de aciertos en esta pregunta (34%) el nivel de conocimientos, de acuerdo a las respuestas, fue Deficiente (I).

Gráfico N° 15.-

**Pregunta 28:**

Al cepillarme los dientes, me sangran las encías:

Frecuentemente ()

Rara vez ()

Nunca ()

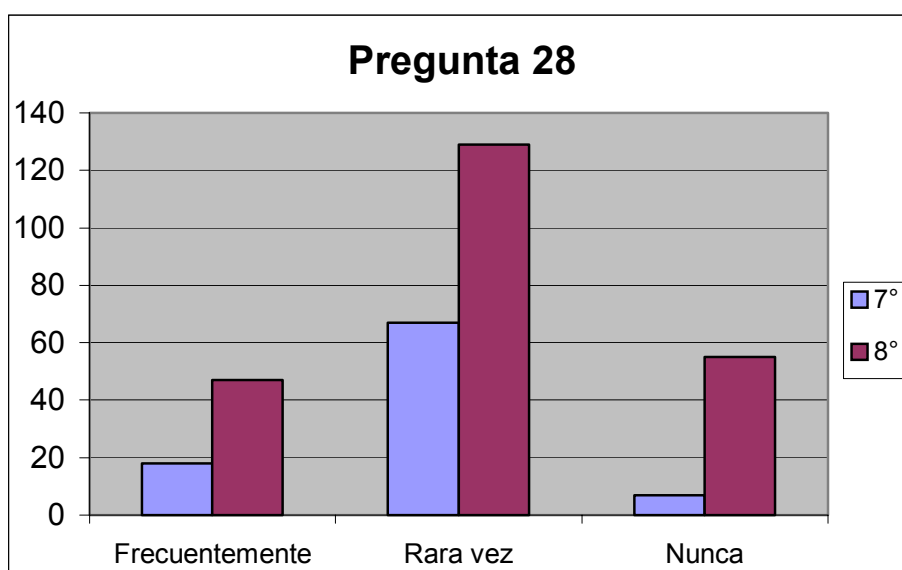
Tabla XIX.- Estudiantes de 7° y 8° Básico según su respuesta a la pregunta 28

	7° Básico		8° Básico		Total		P = 0,04
	N	%	N	%	N	%	
Frecuentemente	18	19%	47	20%	65	20%	
Rara vez	67	73%	129	56%	196	61%	
Nunca	7	8%	55	24%	62	19%	
Total	92	100%	231	100%	323	100%	

Existe una diferencia entre las respuestas de los jóvenes de ambos cursos. Los jóvenes de 7° responden mayoritariamente que rara vez le sangran las encías al cepillarse. Un número menor dice que le ocurre frecuentemente.

Los jóvenes de 8° responden principalmente que rara vez le sangran las encías al cepillarse (igual que en 7°); la segunda preferencia es que nunca le sangran las encías al cepillarse. En esta pregunta encontramos una diferencia estadísticamente significativa entre las respuestas de los jóvenes de ambos cursos.

Grafico N° 16.-



En relación al nivel de conocimientos que poseen los jóvenes respecto al tema de Enfermedad Periodontal, en resumen sería:

Tabla XX.- Promedio de evaluaciones preguntas del tema Enfermedad Periodontal.

Pregunta	Nivel	Valor
1	Bueno	3
2	Bueno	3
3	Deficiente	1
Promedio	Aceptable	2,3

DS: 1.154

En este tema el promedio si es representativo al no encontrarnos solo con valores extremos; que se confirma con una desviación standard menor que la anterior.

Evolución de la Dentición

Pregunta 6:

Las primeras piezas dentarias temporales (dientes de leche) que aparecen en la boca son los incisivos centrales superiores (paletas).-

De acuerdo () En desacuerdo () Desconozco ()

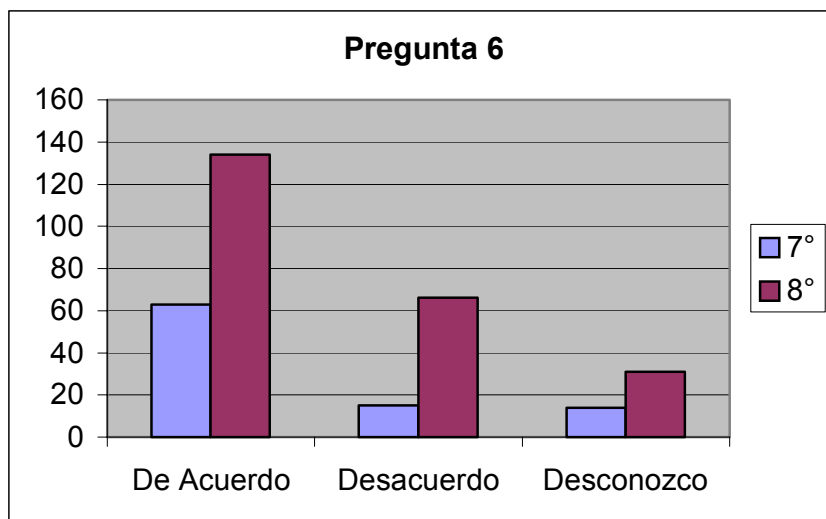
Tabla XXI.- Estudiantes de 7° y 8° Básico según su respuesta a la pregunta 6

	7° Básico		8° Básico		Total		
De Acuerdo	63	69%	134	58%	197	61%	
<i>En Desacuerdo</i>	15	16%	66	29%	81	25%*	
Desconozco	14	15%	31	13%	45	14%	
Total	92	100%	231	100%	323	100%	P = 0,17

La mayoría se inclina por la alternativa incorrecta, no existiendo una diferencia estadísticamente significativa en la respuesta entre ambos cursos.

Debido al porcentaje de aciertos en esta pregunta (25%) el nivel de conocimientos, de acuerdo a las respuestas, fue Deficiente (I).

Grafico N° 17.-

**Pregunta 7:**

A los 3 años de edad ya deberían estar en la boca todos los dientes de leche.-

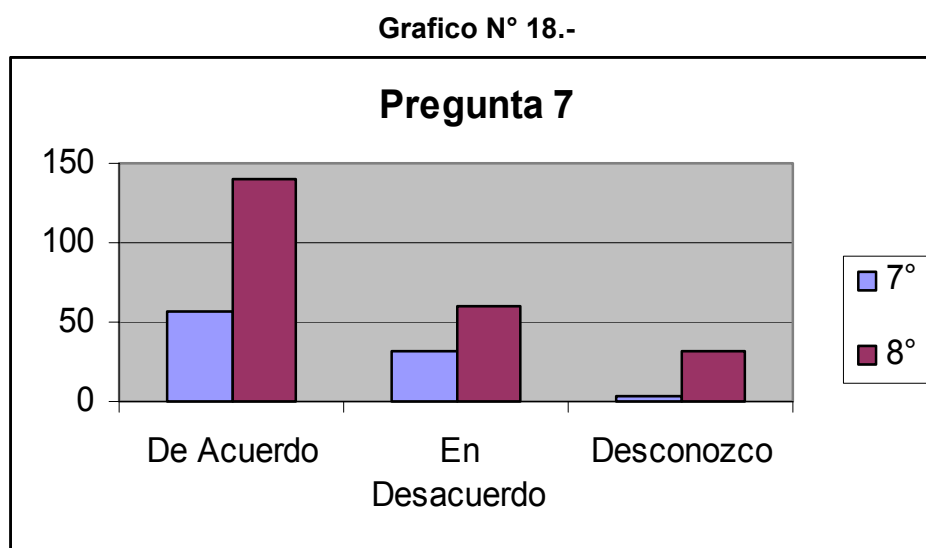
De acuerdo () En desacuerdo () Desconozco ()

Tabla XXII.- Estudiantes de 7° y 8° Básico según su respuesta a la pregunta 7

	7° Básico		8° Básico		Total		P = 0,538
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
De Acuerdo	56	61%	140	61%	196	61%*	
En Desacuerdo	32	35%	60	26%	92	28%	
Desconozco	4	4%	31	13%	35	11%	
Total	92	100%	231	100%	323	100%	

La mayoría responde la alternativa correcta, sin embargo se debe destacar la aparición de un importante número de respuestas en la opción “desconozco” en 8°. No hay diferencia estadísticamente significativa en las respuestas de ambos cursos.

Debido al porcentaje de aciertos en esta pregunta (61%) el nivel de conocimientos, de acuerdo a las respuestas, fue Bueno (III).



Pregunta 8:

La primera pieza dentaria permanente (definitiva) en aparecer en la boca es el primer molar y lo hace alrededor de los 6 años de edad.-

De acuerdo () En desacuerdo () Desconozco ()

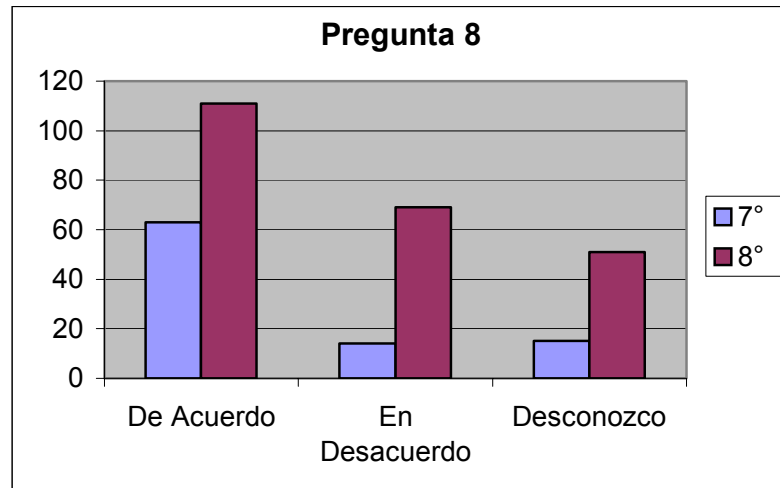
Tabla XXIII.- Estudiantes de 7° y 8° Básico según su respuesta a la pregunta 8

	7° Básico		8° Básico		Total		
De Acuerdo	63	69%	111	48%	174	54%*	
En Desacuerdo	14	15%	69	30%	83	26%	
Desconozco	15	16%	51	22%	66	20%	
Total	92	100%	231	100%	323	100%	P = 0,003

Hay una diferencia en las respuestas de los jóvenes de ambos cursos; si bien en ambos la tendencia es hacia la alternativa correcta, esta es mucho mas marcada en los jóvenes de 7° año, además, aparece un numero importante que responde la alternativa desconozco en ambos cursos. Existe una diferencia estadísticamente significativa entre las respuestas de los jóvenes de ambos cursos.

Debido al porcentaje de aciertos en esta pregunta (54%) el nivel de conocimientos, de acuerdo a las respuestas, fue Aceptable(II).

Grafico N° 19.-

**Pregunta 9:**

El primer molar permanente erupciona en un espacio propio y no reemplaza a ningún diente de leche.-

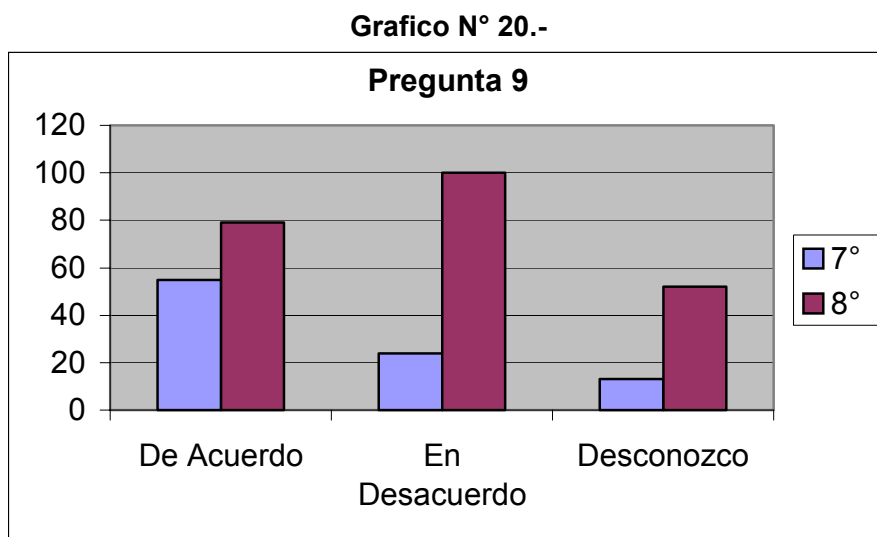
De acuerdo () En desacuerdo () Desconozco ()

Tabla XXIV.- Estudiantes de 7° y 8° Básico según su respuesta a la pregunta 9

	7° Básico		8° Básico		Total		P = 0,0001
	N	%	N	%	N	%	
De Acuerdo	55	60%	79	34%	134	42%*	
En Desacuerdo	24	26%	100	43%	124	38%	
Desconozco	13	14%	52	23%	65	20%	
Total	92	100%	231	100%	323	100%	

Existe una diferencia entre las respuestas de ambos cursos, los de 7° tienden a responder la alternativa correcta; caso contrario en 8°, en que responden la alternativa incorrecta en un alto porcentaje. Existe una diferencia estadísticamente significativa entre las respuestas de los jóvenes de ambos cursos.

De acuerdo al porcentaje de aciertos en las respuestas (42%) el nivel de conocimientos en las respuestas fue Deficiente (I).



En relación al nivel de conocimientos que poseen los jóvenes respecto al tema de Evolución de la Dentición, en resumen sería:

Tabla XXV.- Promedio de evaluaciones preguntas del tema Evolución de la Dentición.

Pregunta	Nivel	Valor
6	Deficiente	1
7	Bueno	3
8	Aceptable	2
9	Deficiente	1
Promedio	Deficiente	1,75

DS: 0.957

Prevención de Anomalías Dento-Maxilares

Pregunta 4:

Chuparse el dedo y usar por mucho tiempo chupete provoca que los dientes se pongan o salgan “chuecos”.-

De acuerdo () En desacuerdo () Desconozco ()

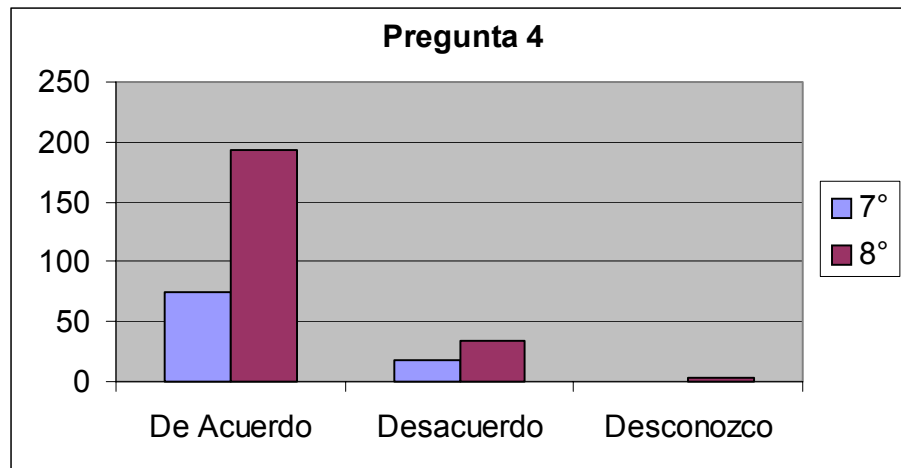
Tabla XXVI.- Estudiantes de 7° y 8° Básico según su respuesta a la pregunta 4

	7° Básico		8° Básico		Total	
De Acuerdo	74	80%	193	83%	267	83%*
En Desacuerdo	18	20%	34	15%	52	16%
Desconozco	0	0%	4	2%	4	1%
Total	92	100%	231	100%	323	100% P = 0,55

Existe una predilección en ambos cursos hacia la alternativa correcta. No existiendo una diferencia estadísticamente significativa en la respuesta de ambos cursos.

Considerando el porcentaje de aciertos en esta pregunta (83%) el nivel de conocimientos fue Muy Bueno (IV).

Grafico N° 21.-

**Pregunta 5:**

Chuparse el dedo y usar por mucho tiempo chupete afectan el crecimiento y desarrollo normal de los huesos de la cara.-

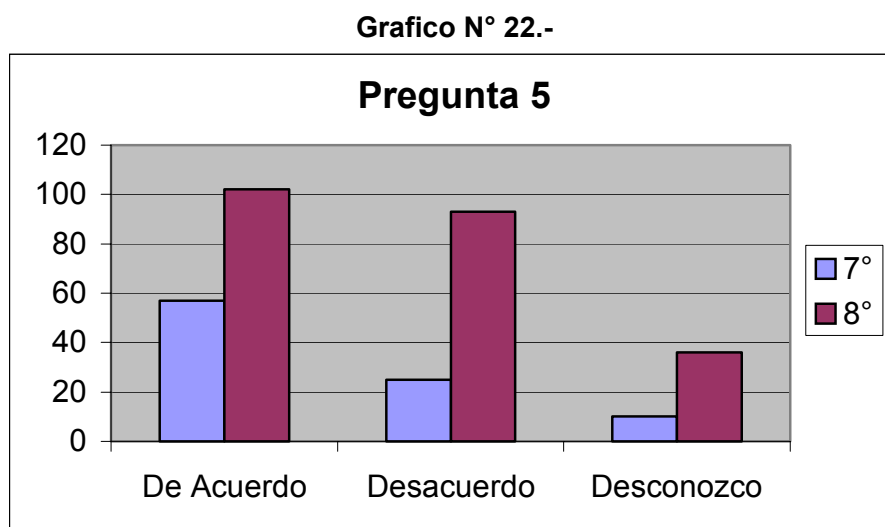
De acuerdo () En desacuerdo () Desconozco ()

Tabla XXVII.- Estudiantes de 7° y 8° Básico según su respuesta a la pregunta 5

	7° Básico		8° Básico		Total		P = 0,006
	N	%	N	%	N	%	
De Acuerdo	57	62%	102	44%	159	49%*	
En Desacuerdo	25	27%	93	40%	118	37%	
Desconozco	10	11%	36	16%	46	14%	
Total	92	100%	231	100%	323	100%	

En 7° hay una mayor preferencia por la alternativa correcta; en cambio en 8° no existe una clara tendencia por alguna de las 2 alternativas y además, existe un no despreciable número de jóvenes que eligieron la alternativa desconozco. Encontramos en esta pregunta una diferencia estadísticamente significativa entre las respuestas de los jóvenes de ambos cursos.

Considerando el porcentaje de aciertos en esta pregunta (49%) el nivel de conocimientos fue Deficiente (I).



En relación al nivel de conocimientos que poseen los jóvenes respecto al tema de Prevención de Anomalías Dentomaxilares, en resumen sería:

Tabla XXVIII.- Promedio de evaluaciones preguntas del tema de Prevención de Anomalías Dentomaxilares.

Pregunta	Nivel	Valor
4	Muy Bueno	4
5	Deficiente	1
Promedio	Aceptable	2,5

SD: 2.121

Debido a que las preguntas presentaban valores extremos en las evaluaciones por sus respuestas (solo 1 y 4), quedando demostrado con la alta desviación estándar de 2.12. El promedio obtenido en este tema no es representativo.

Prevención

Pregunta 18:

La higiene bucal debe iniciarse antes de la aparición de los dientes en la boca, limpiando las encías de la guagua después que la mamá le da pecho.-

De acuerdo () En desacuerdo () Desconozco ()

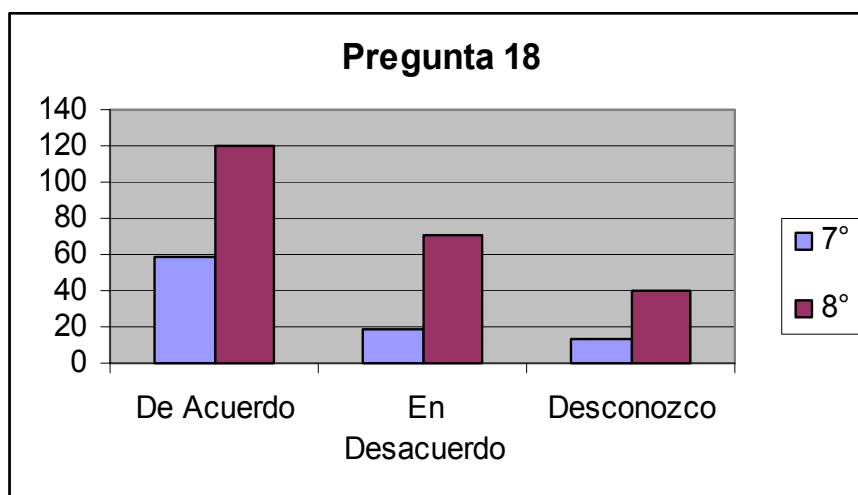
Tabla XXIX.- Estudiantes de 7° y 8° Básico según su respuesta a la pregunta 18

	7° Básico		8° Básico		Total		
De Acuerdo	59	64%	120	52%	179	55%*	
En Desacuerdo	19	21%	71	31%	90	28%	
Desconozco	14	15%	40	17%	54	17%	
Total	92	100%	231	100%	323	100%	P = 0,08

Se aprecia una tendencia hacia la alternativa correcta, en ambos cursos, además encontramos el mismo porcentaje de jóvenes de ambos cursos que marcaron la opción desconozco. No hay una diferencia estadísticamente significativa en la respuesta de ambos cursos.

Considerando el porcentaje de aciertos en esta pregunta (55%) el nivel de conocimientos fue Aceptable (II).

Grafico N° 23.-

**Pregunta 19:**

El cepillado es importante para tener dientes sanos.-

De acuerdo () En desacuerdo () Desconozco ()

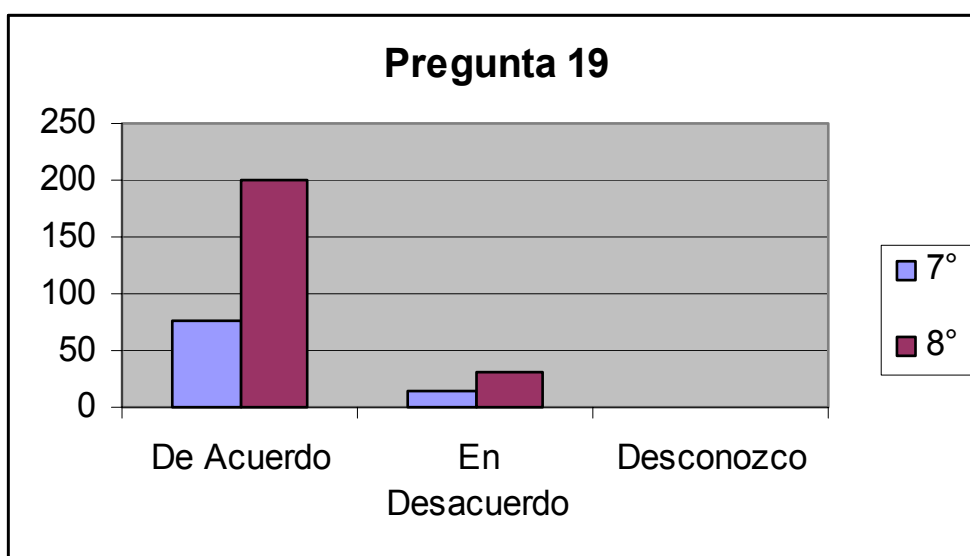
Tabla XXX.- Estudiantes de 7° y 8° Básico según su respuesta a la pregunta 19

	7° Básico		8° Básico		Total		P = 0,55
	N	%	N	%	N	%	
De Acuerdo	77	84%	199	86%	276	85%*	
En Desacuerdo	14	15%	32	14%	46	14%	
Desconozco	1	1%	0	0%	1	1%	
Total	92	100%	231	100%	323	100%	

Se aprecia una mayor propensión hacia la alternativa correcta de ambos cursos, aunque se esperaba que la totalidad contestara estar de acuerdo. No se encuentra diferencia significativa entre las respuesta de los jóvenes de ambos cursos.

Teniendo en cuenta el porcentaje de aciertos en esta pregunta (85%) el nivel de conocimientos es Muy Bueno (IV).

Grafico N° 24.-



Pregunta 20:

Los dientes deben cepillarse después de cada comida.-

De acuerdo () En desacuerdo () Desconozco ()

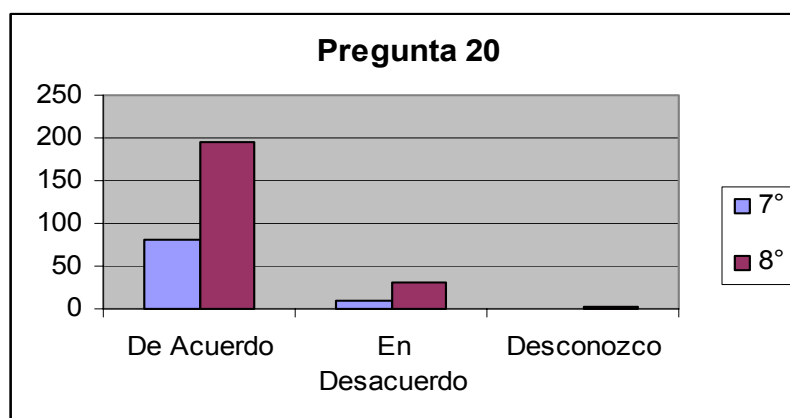
Tabla XXXI.-Estudiantes de 7° y 8° Básico según su respuesta a la pregunta 20

	7° Básico		8° Básico		Total		P = 0,46
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
De Acuerdo	81	88%	196	85%	277	86%*	
En Desacuerdo	10	11%	32	14%	42	13%	
Desconozco	1	1%	3	1%	4	1%	
Total	92	100%	231	100%	323	100%	

La respuesta correcta fue la que tuvo la mayor preferencia. No existiendo una diferencia estadísticamente significativa en la respuesta de los distintos cursos.

Teniendo en cuenta el porcentaje de aciertos en esta pregunta (86%) el nivel de conocimientos es Muy Bueno (IV).

Grafico N° 25.-



Pregunta 21:

El cepillado debe acompañarse siempre con pastas dentales con flúor.-

De acuerdo () En desacuerdo () Desconozco ()

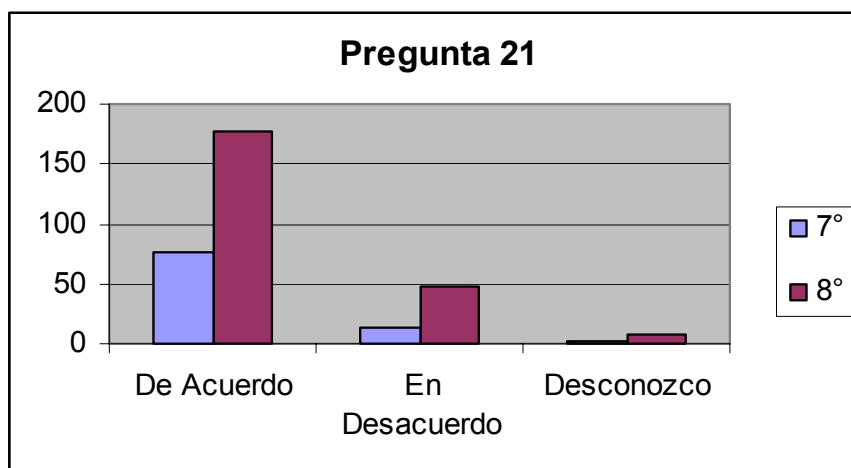
Tabla XXXII.- Estudiantes de 7° y 8° Básico según su respuesta a la pregunta 21

	7° Básico		8° Básico		Total		
De Acuerdo	77	84%	177	77%	254	79%	
<i>En Desacuerdo</i>	14	15%	47	20%	61	19%*	
Desconozco	1	1%	7	3%	8	2%	
Total	92	100%	231	100%	323	100%	P = 0,15

Encontramos una clara predilección hacia la alternativa que indica el acompañar siempre el cepillado con pastas dentales fluoradas, no encontrándose una diferencia estadísticamente significativa entre las respuesta de ambos cursos.

Considerando el bajo porcentaje de aciertos en esta pregunta (19%) el nivel de conocimientos en esta pregunta es deficiente (I).

Gráfico N° 26.-

**Pregunta 22:**

El cepillado más importante de todo el día es:

En la mañana ()

Después de almuerzo ()

Antes de acostarse ()

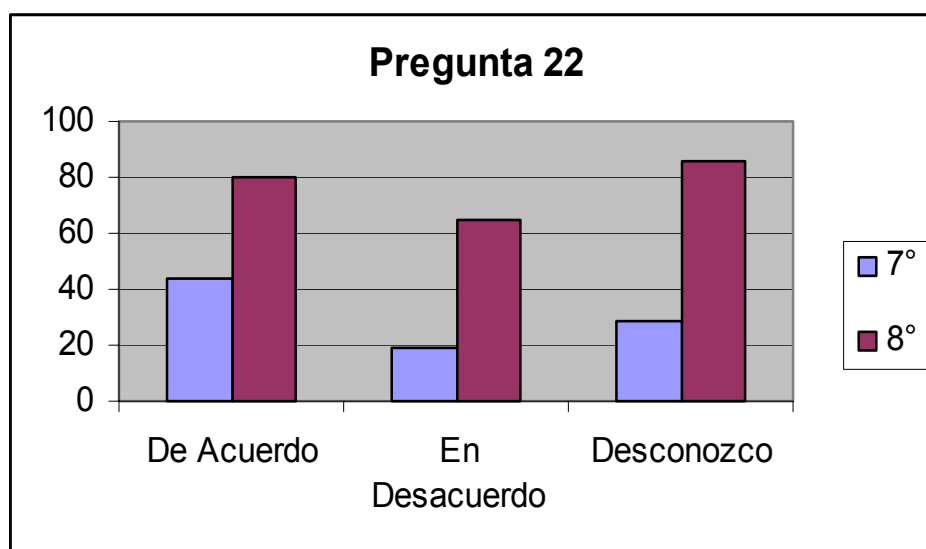
Tabla XXXIII.- Estudiantes de 7° y 8° Básico según su respuesta a la pregunta 22

	7° Básico		8° Básico		Total		P = 0,07
	N	%	N	%	N	%	
En la mañana	44	48%	80	35%	124	38%	
Después de Almuerzo	19	21%	65	28%	84	26%	
Antes de Acostarse	29	31%	86	37%	115	36%*	
Total	92	100%	231	100%	323	100%	

No existe una diferencia significativa en la respuesta de los jóvenes, ni tampoco existe una diferencia muy marcada entre las 3 alternativas, en 7° existe una mayor inclinación por la alternativa que le da mayor importancia al cepillado de la mañana; en cambio en 8° la tendencia es mucho menos clara, siendo levemente mayor por el cepillado antes de acostarse.

Considerando el porcentaje de aciertos en esta pregunta (36%) el nivel de conocimientos en esta pregunta es deficiente (I).

Grafico N° 27.-



Pregunta 23:

El uso de seda dental no es necesario si se realiza una correcta higiene con cepillo y pasta de dientes.-

De acuerdo () En desacuerdo () Desconozco ()

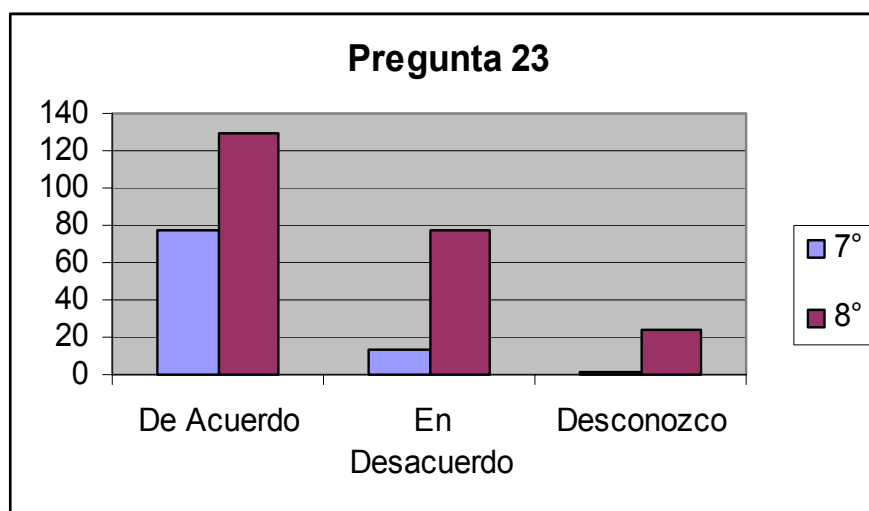
Tabla XXXIV.- Estudiantes de 7° y 8° Básico según su respuesta a la pregunta 23

	7° Básico		8° Básico		Total		
De Acuerdo	77	84%	130	56%	207	64%	
<i>En Desacuerdo</i>	13	14%	77	34%	90	28%*	
Desconozco	2	2%	24	10%	26	8%	
Total	92	100%	231	100%	323	100%	P = 0,0

En 7° tienen una clara inclinación a que solo basta con el uso del cepillo y pasta dental, mientras en 8° la tendencia es mucho menor a esta alternativa. Existe una diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos.

Considerando el porcentaje de aciertos en esta pregunta (28%) el nivel de conocimientos en esta pregunta es deficiente (I).

Grafico N° 28.-

**Pregunta 26:**

El uso de flúor ha demostrado ser muy exitoso en la reducción de caries.-

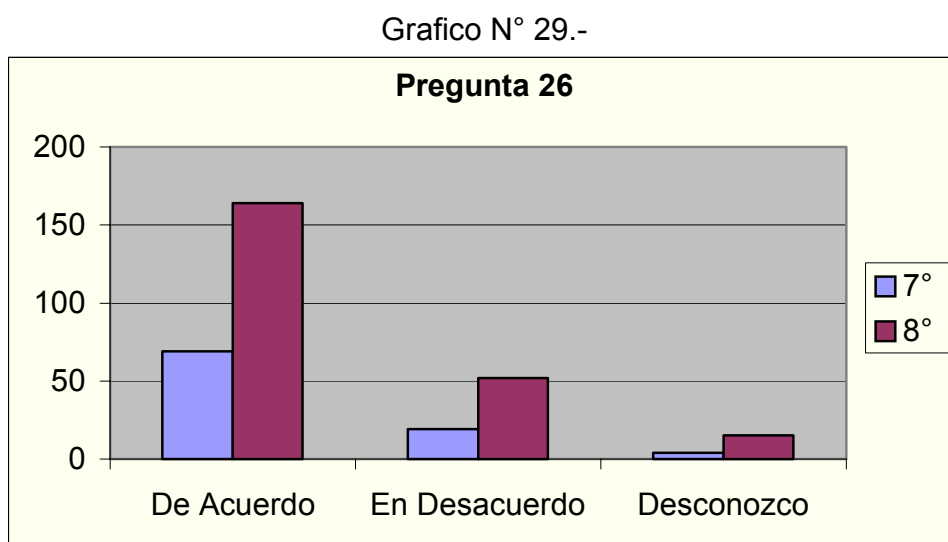
De acuerdo () En desacuerdo () Desconozco ()

Tabla XXXV.- Estudiantes de 7° y 8° Básico según su respuesta a la pregunta 26

	7° Básico		8° Básico		Total		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
De Acuerdo	69	75%	164	71%	233	72%*	
En Desacuerdo	19	21%	52	23%	71	22%	
Desconozco	4	4%	15	6%	19	6%	
Total	92	100%	231	100%	323	100%	P = 0,43

Se encuentra una propensión hacia la alternativa correcta. No hay diferencia significativa entre las respuestas de los jóvenes de ambos cursos.

De acuerdo al porcentaje de aciertos en esta pregunta (72%) el nivel de conocimientos es Bueno (III).



En relación al nivel de conocimientos que poseen los jóvenes respecto al tema de Prevención, en resumen sería:

Tabla XXXVI.- Promedio de evaluaciones preguntas del tema Prevención

Pregunta	Nivel	Valor
18	Aceptable	2
19	Muy Bueno	4
20	Muy Bueno	4
21	Deficiente	1
22	Deficiente	1
23	Deficiente	1
26	Bueno	3
Promedio	Aceptable	2,3

DS: 1.38

Este promedio final de este tema es representativo al encontrar una desviación estándar con un valor adecuado.

Funciones de la dentición

Pregunta 10:

Los dientes definitivos son necesarios.-

De acuerdo () En desacuerdo () Desconozco ()

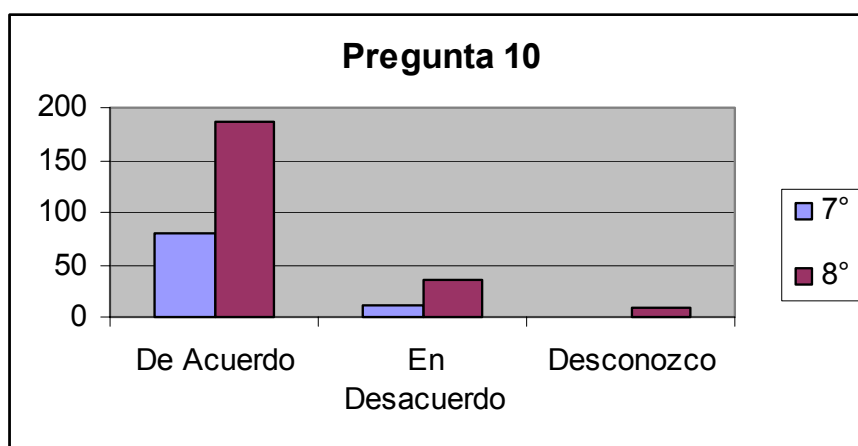
Tabla XXXVII.-Estudiantes de 7° y 8° Básico según su respuesta a la pregunta 10

	7° Básico		8° Básico		Total		
De Acuerdo	81	88%	187	81%	268	83%*	
En Desacuerdo	11	12%	36	16%	47	15%	
Desconozco	0	0%	8	3%	8	2%	
Total	92	100%	231	100%	323	100%	P = 0,1

Existe un alto porcentaje de respuestas correctas. No existe una diferencia estadísticamente significativa en la respuesta de ambos cursos.

De acuerdo al porcentaje de aciertos en esta pregunta (83%) el nivel de conocimientos es Muy Bueno (IV).

Grafico N° 30.-

**Pregunta 11:**

Los dientes de leche son tan necesarios como los definitivos.-

De acuerdo () En desacuerdo () Desconozco ()

Tabla XXXVIII.-Estudiantes de 7° y 8° Básico según su respuesta a la pregunta 11

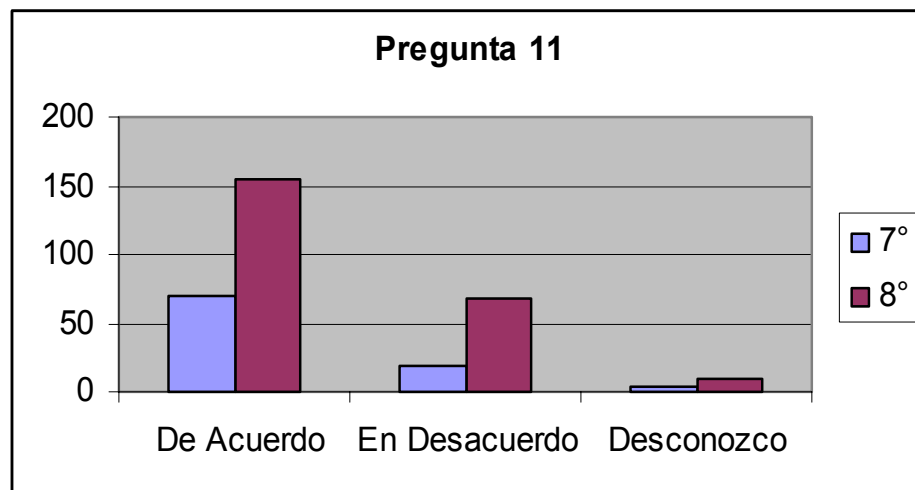
	7° Básico		8° Básico		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
De Acuerdo	69	75%	155	67%	224	69%*
En Desacuerdo	19	21%	67	29%	86	27%
Desconozco	4	4%	9	4%	13	4%
Total	92	100%	231	100%	323	100%

P = 0,19

La respuesta correcta es mayoritaria. No existe una diferencia estadísticamente significativa en la respuesta entre los jóvenes de ambos cursos.

De acuerdo al porcentaje de aciertos en esta pregunta (69%) el nivel de conocimientos es Bueno (III).

Grafico N° 31.-



Pregunta 12:

Sólo los dientes anteriores (paletas y colmillos) son necesarios.-

De acuerdo () En desacuerdo () Desconozco ()

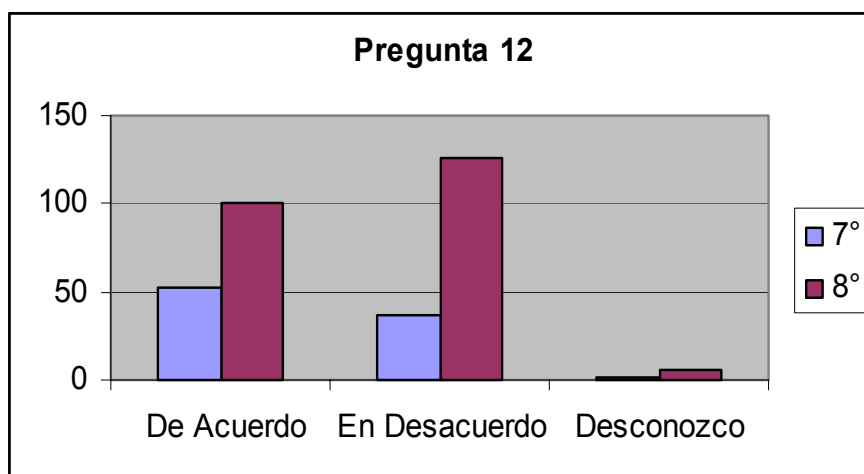
Tabla XXXIX.-Estudiantes de 7° y 8° Básico según su respuesta a la pregunta 12

	7° Básico		8° Básico		Total		
De Acuerdo	53	58%	100	43%	153	47%	
<i>En Desacuerdo</i>	37	40%	126	55%	163	51%*	
Desconozco	2	2%	5	2%	7	2%	
Total	92	100%	231	100%	323	100%	P = 0,024

En 7° existe una inclinación a la alternativa incorrecta. En 8° se inclinan mas por la alternativa correcta. En esta pregunta existe una diferencia estadísticamente significativa entre las respuestas de los jóvenes de ambos cursos.

Considerando el porcentaje de aciertos en esta pregunta (51%) el nivel de conocimientos es Aceptable (II).

Grafico N° 32.-

**Pregunta 13:**

Los dientes anteriores y posteriores (muelas) son necesarios.-

De acuerdo () En desacuerdo () Desconozco ()

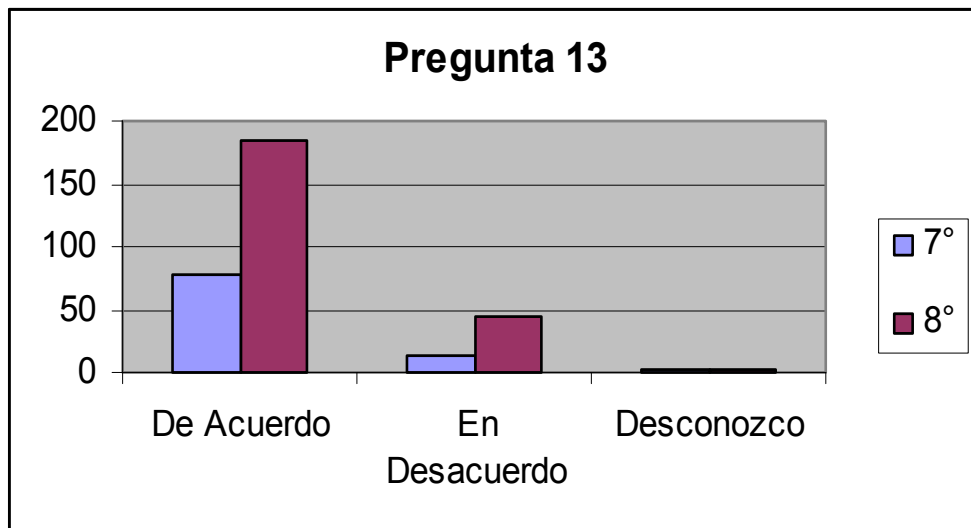
Tabla XL.- Estudiantes de 7° y 8° Básico según su respuesta a la pregunta 13

	7° Básico		8° Básico		Total		P = 0,43
	N	%	N	%	N	%	
De Acuerdo	77	84%	184	80%	261	80%*	
En Desacuerdo	13	14%	44	19%	57	18%	
Desconozco	2	2%	3	1%	5	2%	
Total	92	100%	231	100%	323	100%	

Ambos cursos optan por la alternativa correcta. No existe una diferencia estadísticamente significativa en las respuestas entre de ambos cursos.

De acuerdo al porcentaje de aciertos en esta pregunta (80%) el nivel de conocimientos es Muy Bueno (IV).

Grafico N° 33.-



Pregunta 14:

Los dientes y las muelas sirven para masticar (moler) correctamente los alimentos.-

De acuerdo () En desacuerdo () Desconozco ()

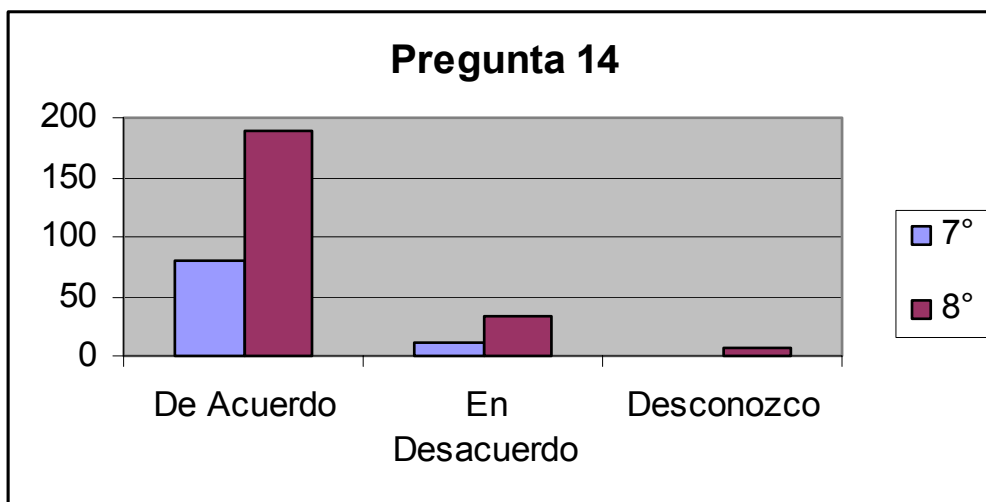
Tabla XLI.-Estudiantes de 7° y 8° Básico según su respuesta a la pregunta 14

	7° Básico		8° Básico		Total		
De Acuerdo	80	87%	190	82%	270	84%*	
En Desacuerdo	11	12%	34	15%	45	14%	
Desconozco	1	1%	7	3%	8	2%	
Total	92	100%	231	100%	323	100%	P = 0,28

No existe una diferencia estadísticamente significativa en la respuesta entre los jóvenes de ambos cursos. Hay una clara preferencia por la alternativa correcta de ambos cursos.

De acuerdo al porcentaje de aciertos en esta pregunta (84%) el nivel de conocimientos es Muy Bueno (IV).

Grafico N° 34.-



En relación al nivel de conocimientos que poseen los jóvenes respecto al tema de Funciones de la Dentición, en resumen sería:

Tabla XLII.- Promedio de evaluaciones preguntas del tema Funciones de la Dentición.

Pregunta	Nivel	Valor
10	Muy Bueno	4
11	Bueno	3
12	Aceptable	2
13	Muy Bueno	4
14	Muy Bueno	4
Promedio	Bueno	3,4

DS: 0.894

El nivel de conocimientos promedio en este tema es Bueno, siendo este valor representativo al tener una desviación estándar con un valor adecuado y variados niveles en las preguntas.

Información general

Pregunta 29:

Es necesario ir al dentista aunque no tenga caries.-

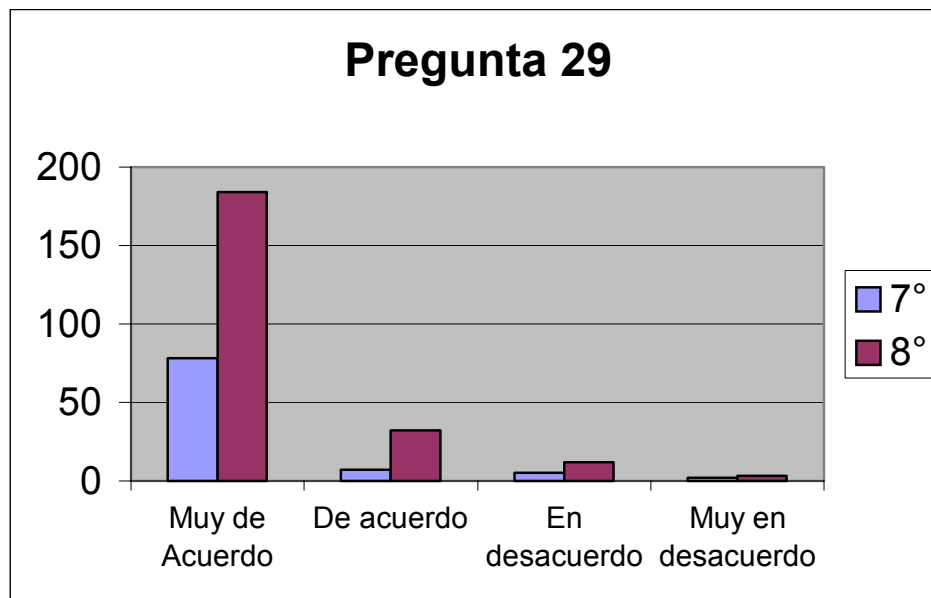
Muy de acuerdo () De acuerdo () En desacuerdo () Total desacuerdo ()

Tabla XLIII.- Estudiantes de 7° y 8° Básico según su respuesta a la pregunta 29

	7°		8°		Total		
Muy de Acuerdo	78	85%	184	80%	262	81%	
De acuerdo	7	8%	32	14%	39	12%	
En desacuerdo	5	5%	12	5%	17	5%	
Muy en desacuerdo	2	2%	3	1%	5	2%	
Total	92	100%	231	100%	323	100%	P =0,35

Se muestra la importancia generalizada de asistir a controles odontológicos entre los jóvenes. No existe una diferencia significativa entre las respuestas de los jóvenes de ambos cursos.

Grafico N° 35.-



Pregunta 30:

La última vez que asistí al dentista fue:

Hace más de 2 años () Hace más de 1 año () Entre 6 meses y 1 año ()

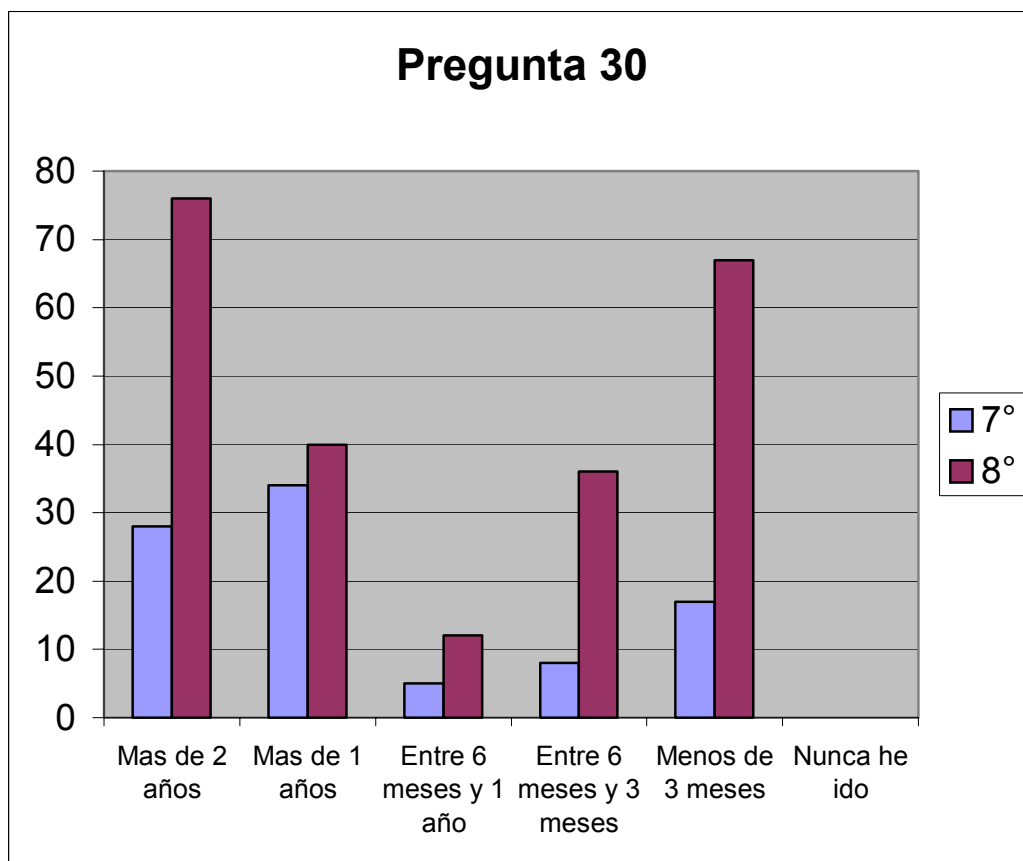
Entre 3 meses y 6 meses () Menos de 3 meses () Nunca he ido ()

Tabla XLIV.- Estudiantes de 7° y 8° Básico según su respuesta a la pregunta 30

	7°		8°		Total		
Mas de 2 años	28	30%	76	33%	104	32%	
Mas de 1 año	34	37%	40	17%	74	23%	
6 m - 1 año	5	5%	12	5%	17	5%	
6 m – 3 m	8	9%	36	16%	44	14%	
Menos de 3 meses	17	19%	67	29%	84	26%	
Nunca he ido	0	0%	0	0%	0	0%	
Total	92	100%	231	100%	323	100%	P = 0,11

En 7° gran parte asistió hace mas de 2 años o entre 6 meses y 1 año, los jóvenes de 8° la gran mayoría asistió hace mas de 2 años o hace menos de 3 meses. En esta pregunta, no existe una diferencia significativa entre las respuestas de los jóvenes de ambos cursos.

Grafico N° 36.-



Pregunta 31:

La información que posees sobre salud bucal la has obtenido de.-

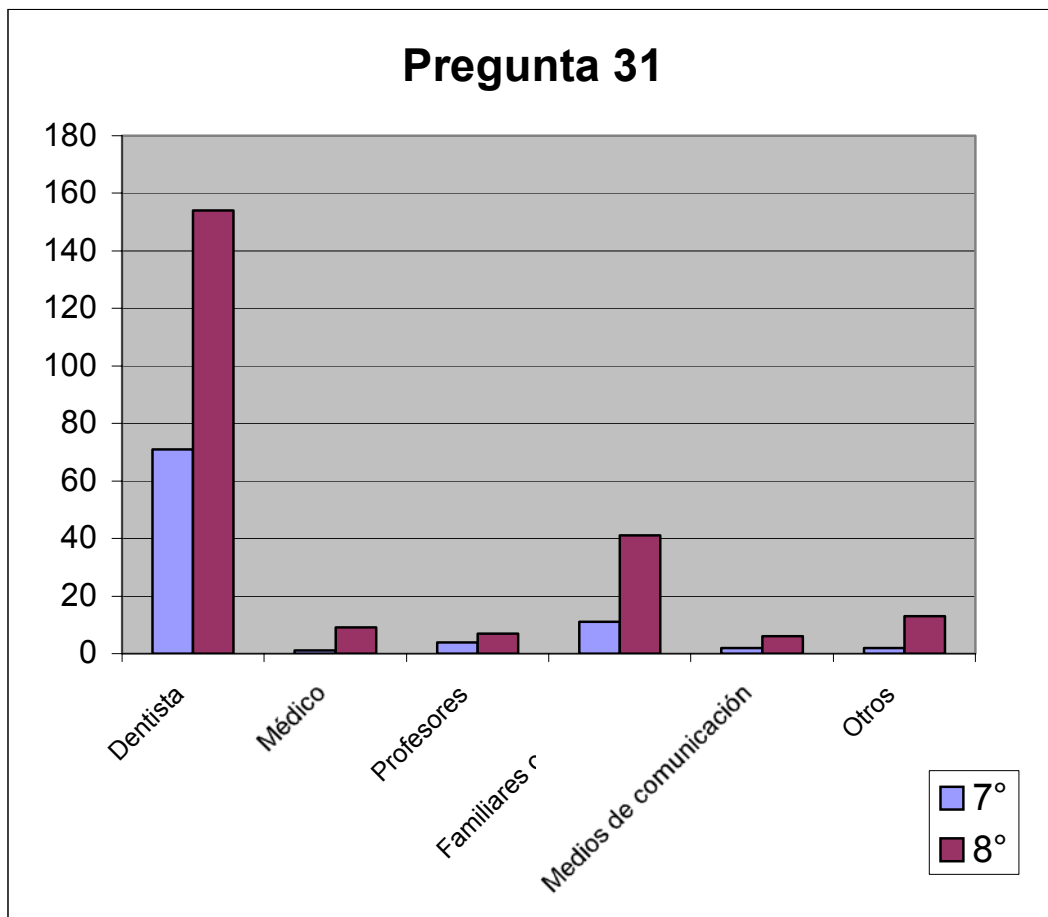
Dentista () Médico () Profesores () Familiares o amigos ()
Medios de comunicación (diarios, revistas, TV, etc.) () Otros ()

Tabla XLV.- Estudiantes de 7° y 8° Básico según su preferencia en la pregunta 31

	7°		8°		Total		
Dentista	72	78%	154	67%	225	71%	
Médico	1	1%	9	4%	10	3%	
Profesores	4	5%	7	3%	11	3%	
Familiares o amigos	11	12%	42	18%	52	16%	
Medios de comunicación	2	2%	6	2%	8	2%	
Otros	2	2%	13	6%	15	5%	
Total	92	100%	231	100%	323	100%	P = 0,04

Mientras los de 7° señalan al odontólogo como su principal fuente de información respecto a salud bucal; los de 8° también identifican al odontólogo como su principal fuente, pero a este se le suma también los familiares o amigos como importante fuente de información. Hay una diferencia estadísticamente significativa entre las respuestas de los jóvenes de ambos cursos.

Grafico N° 37.-



Como resumen del nivel de conocimientos que poseen los jóvenes estudiantes, se presenta un resumen de las evaluaciones por cada uno de los temas:

Tabla XLVI.- resumen del nivel de conocimientos de los jóvenes en cada uno de los temas.

Tema	Nivel	Valor
Caries	Aceptable	2,5
Enfermedad Periodontal	Aceptable	2,33
Evolución de la Dentición	Deficiente	1,75
Prevención de Anomalías Dentomaxilares	Aceptable	2,5
Prevención	Aceptable	2,3
Funciones de la Dentición	Bueno	3,4
Promedio	Aceptable	2,46

Discusión.-

De acuerdo al análisis de los resultados obtenidos la discusión se presenta en base a los 7 temas encuestados: Caries, Enfermedad Periodontal, Evolución de la Dentición, Prevención de Anomalías Dento-Maxilares, Prevención, Funciones de la dentición, Información general y fuentes de información.

Caries:

Ambos cursos, séptimos y octavos básicos, reconocen a la caries como una enfermedad infecciosa producida por bacterias, en contraste con el conocimiento popular de que la caries es atribuída exclusivamente al consumo de “dulces”, la herencia o el embarazo (6, 43, 44, 47) demostrando la adquisición por parte de esta población de conocimientos de suma importancia en la mantención de su salud bucal,

Existe una marcada diferencia en las respuestas de los jóvenes de ambos cursos respecto a la condición de que la caries sea una enfermedad comunicable y transmisible (contagiosa), concepto que no ha sido evaluado anteriormente en algún otro estudio de este tipo. Los estudiantes de 7° reconocen la caries como una enfermedad “contagiosa” y también la

posibilidad de que ésta se transmita de la madre al hijo. Los jóvenes de 8° están en desacuerdo con este concepto, si bien reconocen que es una enfermedad producida por bacterias, no la reconocen como “contagiosa”, no creen que pueda traspasarse de una persona a otra, asumiendo quizás que los microorganismos que producirían la caries, serían propios de la boca de cada uno y por esto no sería factible que colonizaran otros lugares distintos a éste. Este conocimiento posiblemente se pueda atribuir principalmente al conocimiento popular de la población relacionado con los diversos orígenes que le otorgan a la caries o que creen que estos microorganismos estarían asociados al consumo de dulces y no son residentes habituales de la boca de ellos (6, 43, 44, 47).

Un destacable porcentaje dice no conocer sobre este tema, mucho más marcado en 8° básico. Esto nos hablaría de una clara falta de conocimientos por parte de los jóvenes respecto a la condición “contagiosa” de la caries, probablemente debido a que no exista en el “Plan Nacional de Atención Bucal Dental” del año 1990, plan vigente en el período que recibieron atención estos niños, ninguna pauta clara sobre este punto ni la indicación de ser entregado a los pacientes o sus familias (57).

En la actualidad existe una pauta clara en que este tipo de contenidos deben ser entregados al paciente o su familia. En la “Norma de actividades

Promocionales y Preventivas Especificas en la Atención Odontológica Infantil” esta claramente establecido, dentro de los contenidos que se le debiese entregar a la familia del niño de hasta 6 meses de edad por el equipo de salud, recomendar a los padres no besar al niño en la boca ni chupar sus utensilios por la posibilidad de transmisión vertical (46).

Con relación a la importancia que le atribuyen a la caries en dentición temporal y el efecto que ésta pueda tener sobre la dentición definitiva, los jóvenes de 7° piensan mayoritariamente que puede afectarla, lo que hablaría sobre un conocimiento acertado; en cambio los estudiantes de 8° básico se inclinan en similares porcentajes por ambas opciones, es decir, no se especifica claramente si éstos le dan una importancia a que una caries en un diente temporal, pueda afectar a su sucesor definitivo, además de tener un alto número de jóvenes que optan por la opción de desconocimiento. No existe información al respecto en estudios anteriores

La marcada diferencia entre las respuestas puede deberse a que un gran número de estos jóvenes, ya no presentan sus piezas temporales en boca, ya sea porque han sido exfoliadas o extraídas prematuramente. De acuerdo a estudios anteriores a estos dientes se les atribuye la característica de “blandos” y la principal opción para solucionar el problema del dolor dental es la exodoncia en algunos centros asistenciales (6, 39, 44).

En relación a los factores que facilitan el desarrollo de la caries, existe una clara predilección, en asignarle importancia a todos los alimentos con gran contenido de azúcar (dulces blandos y pegajosos, dulces duros y frutos secos), indicando que los jóvenes le otorgan el papel de cariogénico al alto contenido de azúcar de los “dulces” y no a su “dureza”, factor principal que produciría las caries según estudios anteriores sobre creencias en salud bucal (6, 47, 48).

Respecto al consumo de alimentos entre comidas, ambos grupos le asignan importancia al consumo de alimentos entre comidas al relacionarlo con caries, pero se observa que los jóvenes de 8° le restan un poco de importancia, lo que deja de manifiesto que se necesita reforzar estos conocimientos que tienen directa relación con la presencia de hábitos saludables.

La percepción que tienen los jóvenes sobre su salud bucal es que la gran mayoría reconoce que presenta o duda de tener caries, solamente un 32% asegura estar libre de caries; sin embargo mas del 50% se ha atendido con el dentista en el ultimo año. No existe información al respecto en estudios anteriores.

Enfermedad Periodontal:

La mayoría de los jóvenes asocian las enfermedades de las encías con un exceso de microbios en la boca, además de reconocer la hemorragia gingival como algo incompatible con la salud del periodonto, si bien esto es más marcado en los jóvenes de 8°, igual es una tendencia clara en todos los estudiantes, demostrando que manejan conceptos claves sobre salud periodontal.

La percepción que estos tienen de la frecuencia que tiene la enfermedad periodontal en la población chilena es un problema. Si bien más del 50% de los jóvenes relata que más de alguna vez les han sangrado las encías al cepillarse los dientes, más del 40% de jóvenes que relataban hemorragia al cepillado en estudios anteriores (44), no reconocen la alta frecuencia que tiene esta enfermedad en la población chilena. La tendencia más marcada fue de que pocas personas padecen esta enfermedad. Esta información es de gran importancia al encontrarnos con una prevalencia de esta enfermedad tan alta en la población tanto en la Región Metropolitana como a nivel nacional (21, 22),

Evolución de la Dentición:

Se puede destacar la falta de conocimientos específicos de los jóvenes, si bien tienen algunos conceptos claros como la edad en la que se presenta la dentición temporal completa, no reconocen bien cuales son las primeras piezas temporales que aparecen en boca.

Respecto a la dentición definitiva sucede algo bastante particular. En relación con la fecha de erupción del primer molar definitivo y el lugar en que lo hace indica la falta de este componente educativo, a pesar que todos ellos ya presentan sus primeros molares en boca y un gran porcentaje han recibido atención dental; por lo tanto este componente educativo debería haber sido entregado. Por esto las respuestas favorables de los jóvenes de 7° puede deberse a conocimientos adecuados, populares o simplemente al azar.

En ambos cursos los jóvenes le dan una gran importancia a ambas denticiones, aún cuando no reconocen claramente la importancia de la dentición temporal.

No existen indicaciones, en las pautas educativas de los consultorios, sobre evolución de la dentición, sin embargo desde hace algún tiempo uno de los grupos prioritarios de atención son los niños de 6 años por la erupción de los primeros molares definitivos y no muchos de estos saben de la

presencia de estas piezas en sus bocas (46). Tampoco se encontró información al respecto al revisar todos los textos de enseñanza utilizados por los colegios fiscales (municipales y subvencionados) de 1° a 8° básico otorgados por el MINEDUC; aún cuando, actualmente, en las libretas de control de los recién nacidos se encuentra un calendario de erupción de todas las piezas dentaria.

Prevención de Anomalías Dento-Maxilares:

Los jóvenes de ambos cursos asocian de manera correcta el mal hábito de “chuparse el dedo o chupar chupete por mucho tiempo” con la aparición de anomalías dento-maxilares. La contradicción es que frente al mismo mal hábito no existe una mayoría tan marcada que la asocie a anomalías máxilo-faciales, si bien los jóvenes de 7° tienen una tendencia a asociarlo, los jóvenes de 8° no revelan una tendencia clara, contradiciéndose con las respuestas de la pregunta anterior en que se inclinaba de gran manera hacia la asociación. Además el número de jóvenes que desconocen respecto al tema no es despreciable. Se puede deducir que tienen solo conceptos respecto a anomalías de posición dentaria, y no asocian esto al continente de los dientes en que están inmersos el cual también se puede ver afectado por algún mal hábito.

Prevención:

En prevención los jóvenes le otorgan una importancia a la higiene bucal antes de que aparezcan en boca las primeras piezas dentarias, probablemente no sea porque este conocimiento se les haya entregado sino por una percepción por parte de ellos de que esto sería lo correcto, además de encontrar un menor número de jóvenes que desconocen respecto al tema.

El rol del cepillado es ampliamente aceptado en la mantención de una salud bucal, aunque se esperaba que la respuesta fuese de un 100% en relación a la alternativa de asociar el cepillado a tener dientes sanos. El porcentaje de respuesta positivas es importante indicando que lo asocian como un hábito saludable, además la gran mayoría reconoce la importancia de realizarlo después de cada comida.

En 8° básico la mayoría se inclina por otorgarle mayor importancia al cepillado nocturno, predilección que no se encuentra en los jóvenes de 7°. Indicando que existe una adquisición de conocimientos de suma importancia respecto a higiene oral. En estudios anteriores también se encuentra esta relación que demuestra la preocupación de los jóvenes por la mantención de su salud bucal (43), sin embargo se contradice con la realidad nacional respecto con la caries y gingivitis.

Si bien es cierto que le otorgan importancia a la higiene bucal, ellos no consideran la importancia de coadyudantes del cepillado al reconocer una importancia menor al uso de seda dental junto con el cepillado, a pesar que este aspecto esta claramente establecido en las pautas de atención de todos los consultorios (46). En su mayoría los jóvenes creen que con un correcto cepillado no es necesario el uso de seda dental, si bien existe una diferencia en la distribución de las respuestas entre 7° y 8, sigue siendo la de primera elección, indicando que falta en los jóvenes conceptos sobre el uso de elementos coadyudantes del cepillado y de su utilidad en la mantención de una boca sana.

Existen estudios que demuestran que gran número de adolescentes declara desconocer la relevancia de la higiene bucal (43) información que no corresponde con lo encontrado en que se manifiesta un claro interés por la mantención de una correcta salud bucal.

Funciones de la dentición:

Con relación a la importancia que le otorgan a su dentadura, los jóvenes de 7°, con una leve mayoría, le otorgan sólo importancia a sus dientes anteriores, existe mayor interés por el aspecto estético de estas piezas, en cambio los jóvenes de 8° invierten esta relación y responden no estar de acuerdo con esta aseveración, indicando una incorporación de conocimientos correctos respecto al tema. En cuanto a las piezas posteriores existe un consenso en la importancia que se le otorgan a estos dientes, además de tener clara la función principal que cumplen estas piezas, recalando que los jóvenes han incorporado estos conocimientos probablemente mediante su propia experiencia.

Información general y fuentes de información:

Existe una tendencia clara en todos los jóvenes respecto a la necesidad de asistir al dentista sin que necesariamente sea por dolor, información que es de suma importancia ya que indica un cambio en la percepción de la visita al dentista siempre asociada a episodios de dolor (6, 43, 44, 47), esto se contrapone en cierta forma con el hecho de que aproximadamente solo la mitad los jóvenes indica haber asistido al dentista hace menos de 1 año, información lamentable debido a que debiese ser de un 100% en 8° básico,

esto hablaría de la poca participación de los jóvenes en sus controles odontológicos. Se revela que tienen el conocimiento del buen hábito de asistir al odontólogo, pero no lo están aplicando en la realidad. Se debe destacar que el 100% de los jóvenes habrían asistido por lo menos alguna vez al dentista.

Respecto a las fuentes de información sobre salud bucal, responden en su mayoría que es el odontólogo. Las otras fuentes muestran diferencias, siendo los mas relevantes familiares o amigos, profesores y otros. Información concordante con estudios anteriores que confirman como principal fuente de información al odontólogo y la familia (44). Además de sumar como fuente de información al colegio, fuente que no se repite actualmente mostrando una falencia respecto al tema de salud bucal en las materias otorgadas por los colegios.

Conclusiones.-

Es posible realizar una encuesta de forma masiva por medio de Internet en distintos lugares.

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. No fue posible determinar un nivel de conocimientos promedio en este tema.

Los estudiantes manejan conceptos importantes sobre salud periodontal, sin que valoren el real impacto de esta enfermedad en la población, su nivel de conocimientos es aceptable aunque al mismo tiempo declaran tener hemorragia gingival, o haber tenido alguna vez, en un 81% de los casos.

Los estudiantes asocian malos hábitos con anomalías de posición dentarias, y no con anomalías máxilo faciales.

En relación a la percepción de los jóvenes acerca de su estado de salud se sienten con alguna alteración y solo un grupo pequeño se reconoce completamente sano.

El conocimiento acerca de evolución de la dentición, sobre todo en relación a la erupción de las primeras piezas permanentes es deficiente.

El nivel de conocimientos en relación a medidas de prevención en salud bucal es aceptable, otorgándole gran importancia a Fluor y no al uso de seda dental

La importancia de asistir a los controles odontológicos en forma periódica, sin que la motivación sea el dolor, es un acuerdo general, sin embargo solo un 50% de los estudiantes ha asistido al odontólogo en el último año, considerando sus condiciones de riesgo a esta edad, esto es insuficiente aun cuando todos los jóvenes hayan asistido al odontólogo alguna vez en sus vidas.

La principal fuente de conocimientos sobre salud bucal en todos los jóvenes es el odontólogo; siendo de suma importancia el que comenzaran a

aparecer otras fuentes de información, como los profesores y otros miembros del equipo de salud.

Los estudiantes evaluados revelan un nivel de conocimientos promedio "Aceptable", sin embargo sería necesario un buen refuerzo y control de hábitos saludables para que posean una salud bucal óptima.

De suma relevancia, sobretodo respecto a aquellos conocimientos que los jóvenes no manejan de manera adecuada o francamente están ausentes, es el hecho de que estos reconocen en el dentista a su principal fuente de información, indicaría que los odontólogos no estarían ejerciendo de manera correcta su rol de promotores de salud o no lo están realizando, concentrándose principalmente en la labor clínica y dejando en un segundo plano o simplemente omitiendo la labor educativa y promocional que debiesen realizar.

Sugerencias.-

Contar con mayor apoyo de organismos institucionales , como el MINSAL, MINEDUC, corporaciones municipales, etc. que facilitaría la colaboración de los colegios.

Incorporar la educación en salud bucal al colegio, con colaboración de los profesores como los profesionales más capacitados para realizar las acciones de educación en estos grupos etéreos.

Perfeccionar el rol educativo del odontólogo por ser este la principal fuente de conocimientos que citan los jóvenes estudiantes.

Mejorar el instrumento de recolección de información de los jóvenes encuestados y nuevas preguntas en algunos temas.

Evaluar hábitos saludables mediante indicadores válidos y universales, especialmente sobre los dietéticos y de higiene bucal ya que poseen los conocimientos pero no revelan en un 100% una buena salud bucal.

Reforzar el manejo de hábitos saludables tanto para prevención de caries, enfermedad periodontal, anomalías dentomaxilares y maxilofaciales.

Realizar una encuesta “cualitativa” en relación a hábitos relevantes en salud bucal con pautas establecidas de evaluación y de esta forma evaluar hábitos saludables en salud bucal.

Resumen.-

La evidencia científica muestra que muchas enfermedades se pueden evitar aplicando medidas preventivas a nivel poblacional, a través de programas permanentes de **educación**, que sean de amplia cobertura.

Los adolescentes son un grupo etario de gran importancia, debido a que el impacto que se pueda tener sobre sus conductas va a influir en el desarrollo de estilos de vida que influyan en generaciones posteriores.

Es importante, entonces, saber qué conocimientos presentan los adolescentes de 7° y 8° básico, para aportar elementos útiles a la planificación de intervenciones educativas que favorezcan el desarrollo de estilos de vida saludables.

Para esto se realizó una encuesta semiestructurada de 34 preguntas a jóvenes estudiantes de 7° y 8° básico de 6 colegios municipales de la ciudad de Santiago a través de un dominio particular en Internet, coordinado en cada colegio por el profesor encargado de computación de cada establecimiento, se mantuvo la encuesta en el aire durante 1 mes aproximadamente, tiempo en el que respondieron la encuesta 323 jóvenes.

La encuesta abarcaba 7 temas (Caries, enfermedad periodontal, prevención de ADM, Evolución de la dentición, prevención, funciones de la dentición e información general).

Resumiendo los resultados de la encuesta según cada tema los resultados fueron los siguientes:

Tema	Nivel	Valor
Caries	Aceptable	2,5
Enfermedad Periodontal	Aceptable	2,33
Evolución de la Dentición	Deficiente	1,75
Prevención de Anomalías Dentomaxilares	Aceptable	2,5
Prevención	Aceptable	2,3
Funciones de la Dentición	Bueno	3,4
Promedio	Aceptable	2,46

El nivel de conocimientos promedio de los jóvenes fue aceptable, es decir que mas del 50% de ellos responde de manera correcta a las preguntas que les fueron formuladas.

Todos los jóvenes han asistido al dentista en los últimos 2 años y la principal fuente de información es sin lugar a dudas el odontólogo, falta si evaluar a los jóvenes respecto a hábitos saludables en relación a salud bucal mediante pautas de evaluación para relizarlo de forma “cualitativa”, y sobre todo mejorar el rol educativo del odontólogo.

Referencias.-

1. Organización Mundial de la Salud. "The global oral health programme at WHO headquarters." Ginebra 2002, <http://www.who.int/en>.
2. "Norma en prevención de enfermedades gingivales y periodontales." División de Salud de las Personas, Departamento Odontológico, MINSAL, 1998.
3. "Evaluación plan nacional de salud buco-dental 1990-1999." División de Salud de las Personas; Departamento Odontológico, MINSAL.
4. "Manual de educación para la salud buco-dental." MINSAL, División Programas de Salud, Dpto. Odontológico. 1992.
5. Seminario sobre Prospectivas de la Educación en América Latina y el Caribe, Chile, 23 al 25 de agosto de 2000; UNESCO; Séptima reunión del comité regional intergubernamental del proyecto principal de educación en América Latina y el Caribe año 2003; "Sistemas de determinación y evaluación de metas de logros de aprendizaje escolar como instrumentos para mejorar la calidad, la equidad y la responsabilización en los procesos educativos en América Latina." Patricia Arregui.
6. Misrachi C., Sáez M. "Valores, creencias y prácticas populares en relación a la salud oral". Cuadernos Médico-Sociales 1989; 30 (2): 27-33.
7. OMS Alma Ata 1978. Atención Primaria de la Salud. Serie Salud para Todos N° 1, Ginebra 1978.
8. Green L. W. "National Policy in the promotion of health." Int J Health Education 1979; 22: 161-168.
9. Ashton C. "La promoción de la salud, un nuevo concepto para una nueva sanidad." Monografies Sanitaires. Serie D. Salud para Todos N° 1. Valencia, España 1988.
10. Kar S.B., Colman W. "Development of indicators of information and education programmes for primary health care." WHO/UCLA. Octubre 1988.
11. Urbina T., Caro JC., Vicent M. "Caries dentaria y fluorosis en niños de 6, 8 y 12 años de la I, III, IV, VII, XI y XII. Chile 1997." MINSAL, División Programas de Salud, Departamento Odontológico. 1997.
12. Urbina T., Caro JC., Vicent M. "Caries dentaria y fluorosis en niños de 6, 8 y 12 años de la V región. Chile 1999." MINSAL, División Programas de Salud. Departamento Odontológico. 1999.
13. Alarcón F. "Estudio epidemiológico de prevalencia de caries en escolares de primer año básico de escuelas municipalizadas de la comuna de La Serena en el año 1994 (6 a 7 años)." Odontología Chilena 1995; 43: 95-98.
14. Araya A., Bader M. "Estudio COPD y ceod en la población escolar, comuna de Quilaco, VIII región". Rev. Facultad de Odontología Universidad de Chile 1996; 14(1).

15. Villa A. y cols. "Estudio basal de prevalencia de caries dental en escolares rurales de la región de la Araucanía" *Odontología Chilena* 2002; 50(1): 33-38.
16. Organización Mundial de la Salud. Métodos y programas de prevención de las enfermedades bucodentales. Serie de informes técnicos N° 713. Ginebra, 1984.
17. Lembariti B., Funcken J. and Pilot T. "Prevalence and severity of periodontal condition among adults in urban and rural Morogoro, Tanzania." *Commun. Dent. Oral Epidemiology* 1988; 16: 240-243.
18. Baellum V., Fejerskov O. "Periodontal disease in adult Kenyans." *J. Clin Periodontology* 1988; 15: 445-452.
19. Sheiham A. "Public health aspect of periodontal disease in Europe." *J. Clin Periodontology* 1991; 18: 362-369.
20. Schurch E., Minder C., Lang N. and Geering A. "Periodontal conditions in a randomly selected population in Switzerland". *Commun. Dent. Oral Epidemiology* 1988; 16: 181-186.
21. Gamonal J. "Prevalencia de enfermedad periodontal y necesidad de tratamiento en adultos", Tesis para optar al grado de Magíster en Ciencias Odontológicas, Universidad de Chile, Marzo 1996.
22. Fernández O. "Estudio de salud bucal de los estudiantes de enseñanza básica y media y de los recursos humanos necesarios para su tratamiento", Tesis para optar al grado de Magíster en Salud Pública, Universidad de Chile, 1987.
23. Douglass C., Lainson P., Fiel H. and Wawkins B. "Risk factors for various levels of periodontal disease and treatment needs of Iowa", *Commun. Dent Oral Epidemiology* 1984; 12: 17-22.
24. Fritas E., Meyer K., Davis R. and Kristofferson T. "A baseline study of periodontal conditions among youth-adults in Portugal", *Commun Dent Oral Epidemiology* 1983; 11: 250-254.
25. Papapanou P., Wennstrom J. and Grondahl K. "Periodontal status in relation to age and tooth type. A cross sectional radiographic study", *J Clinical Periodontology* 1988; 15: 469-478.
26. Abdellatif H., Burt B.; "An epidemiological investigation into relative importance of age and oral hygiene status as determinants of periodontitis"; *J. Dent. Res.*; 66:13-18, 1987.
27. Armfield et al. "The child dental health survey, Australia 1999: trends across the 1990's", AIHW 2003.
28. Pitts NB et al. "The dental caries experience of 12 year old children in the united Kingdom", *Community Dental Health* 1998; 15: 49-54.
29. Organización Mundial de la Salud. "Oral health country/area profile programme. Significant caries index", <http://www.whocollab.od.mah.se/index.html>.
30. Urbina T. et al. "Caries dentaria en preescolares y escolares del gran Santiago", *Revista Dental de Chile*, 1987.

31. Mella S. "Morbilidad bucal y necesidades de tratamiento en niños de 6 y 12 años", Monografía. Facultad de Odontología, Universidad de Chile, 1992.
32. Urbina T., Caro JC., Vicent M. "Caries dentaria y fluorosis en niños de 6, 8 y 12 años de la II, VI, VIII, IX, X y RM. Chile 1996", MINSAL, División Programas de Salud. Departamento Odontológico. 1996.
33. "La educación como motor del desarrollo"; *Ignacio Tabares*; 18 de septiembre de 2002; www.juenticus.com
34. UNESCO/UNICEF. "Declaración mundial sobre educación para todos". WCFA/ documento trabajo borrador C. Nueva Cork, Enero 1990.
35. Misrachi C.; "Un modelo para la promoción de la salud focalizado en la escuela y su operacionalización"; enfoques en la atención primaria 5(4): 7-14, 1990.
36. Misrachi C.; "Influencia de la educación escolar para estilos de vida saludables en los factores determinantes de conductas en salud oral"; *Odontología chilena* 42 (2):87-92, 1994.
37. Misrachi C.; "Estrategias y métodos para la promoción de la salud"; publicación Facultad de Odontología U. de Chile, 1993.
38. Misrachi C., Flores M., Fredes J. "Influencia de la educación del escolar en las conductas de salud de sus madres". Cuadernos médicos sociales. 1994; XXXV, 2:8-14.
39. Kohen G., Mireya., "Nivel de educación en salud bucal de un grupo de escolares del área norte", Tesis para optar al título de cirujano dentista, 1986.
40. Alarcón P., Dania, "Evaluación educativa sobre salud bucal en un grupo de apoderados de un centro abierto de Santiago a través de un video foro", tesis para optar al título de cirujano dentista, 1999.
41. Urbina T, Ayub M.; "Morbilidad bucal y necesidades de tratamiento en preescolares y escolares del gran Santiago"; *Rev. Fac. Odont. Universidad de Chile*; 2(2):25-32, 1984.
42. Guerrero S. y cols; "Prevalencia de anomalías dentomaxilares, caries y fluorosis en niños del área sur de la región metropolitana"; *Rev. Dent. Chile*; 88(2):4-9, 1997.
43. Misrachi C., Arellano M.; "Adolescentes: factores predisponentes, facilitadores y reforzadores de conductas en salud oral"; *Rev. Odontología Chilena*; ¿?:23-29, 1???
44. Misrachi C., Arellano M.; "Conductas y factores determinantes en salud oral de los adolescentes"; *Rev. Chilena de Pediatría*; 66(6):317-322, 1995.
45. Misrachi C., Sáez M.; "Comportamientos de búsqueda de salud oral: factores determinantes, en poblaciones urbano marginales"; *Rev. Odontología Chilena*; 43:7-13, 1995.
46. "Norma de actividades promocionales y preventivas específicas en la atención odontológica infantil", División de Salud de las Personas, Departamento Odontológico, MINSAL, 1998.

47. Misrachi C., Sáez M.; "Cultura popular en relación a la salud bucal, en sectores urbano marginales"; Enfoques en atención primaria; 5(1), 13-19, 1990.
48. Misrachi C., Sapag R.; "Factores predisponentes y facilitadores de las conductas de salud oral en niños de 6 a 8 años"; Cuad. Medicos sociales; 33 (4), 43-51,1992.
49. Normas de prevención y anomalías dentomaxilares; división de salud de las personas, MINSAL, Chile, 1998.
50. De Muniz Br.; "Epidemiology of malocclusion in argentin children", Comn. Dent. Oral epidemiology, 14(4): 221-4, 1986.
51. [Martensson C, Soderfeldt B, Halling A, Renvert S.](#) Knowledge on periodontal disease before and after a mass media campaign., Swed Dent J. 2004;28(4):165-71.
52. [Marino R, Calache H, Wright C, Schofield M, Minichiello V.](#) "Oral health promotion programme for older migrant adults"., Gerodontology. 2004 Dec;21(4):216-25.
53. Travers Robert, "Introducción a la investigación educacional", Capítulo 9 Métodos de encuestas, Edit Paidos; Buenos Aires, 1971.
54. Red ENLACES, "Red Enlaces, una puesta de futuro"; www.enlaces.cl
55. OMS, "Problemas de Salud de los adolescentes"; Serie de informes técnicos, N°308, 1965.
56. "Salud oral integral en el niño de 6 años"; Guías clínicas Garantías Explicitas en Salud, MINSAL 2005.
57. Gestion Odontológica 1990 – 1993; División programas de salud, departamento odontológico, MINSAL 1993.
58. Carta informe enviada por Ruth Rodríguez S al MINEDUC.; Oficina de Educacion para la salud, D.T.P.S., SSMS.

Anexo.-

Anexo 1:

Encuesta.-

1. La gingivitis (encías inflamadas) es una enfermedad producida por un exceso de microbios en la boca, sobre todo en las encías.-

De acuerdo () En desacuerdo () Desconozco ()

2. Es normal que las encías sangren al cepillarse los dientes.-

De acuerdo () En desacuerdo () Desconozco ()

3. La gingivitis (encías inflamadas) es una enfermedad que pocas personas padecen.-

De acuerdo () En desacuerdo () Desconozco ()

4. Chuparse el dedo y usar por mucho tiempo chupete provoca que los dientes se pongan o salgan "chuecos".-

De acuerdo () En desacuerdo () Desconozco ()

5. Chuparse el dedo y usar por mucho tiempo chupete afectan el crecimiento y desarrollo normal de los huesos de la cara.-

De acuerdo () En desacuerdo () Desconozco ()

6. Las primeras piezas dentarias temporales (dientes de leche) que aparecen en la boca son los incisivos centrales superiores (paletas).-

De acuerdo () En desacuerdo () Desconozco ()

7. A los 3 años de edad ya deberían estar en la boca todos los dientes de leche.-

De acuerdo () En desacuerdo () Desconozco ()

8. La primera pieza dentaria permanente (definitiva) en aparecer en la boca es el primer molar y lo hace alrededor de los 6 años de edad.-

De acuerdo () En desacuerdo () Desconozco ()

9. El primer molar permanente erupciona en un espacio propio y no reemplaza a ningún diente de leche.-

De acuerdo () En desacuerdo () Desconozco ()

10. Los dientes definitivos son necesarios.-

De acuerdo () En desacuerdo () Desconozco ()

11. Los dientes de leche son tan necesarios como los definitivos.-

De acuerdo () En desacuerdo () Desconozco ()

12. Sólo los dientes anteriores (paletas y colmillos) son necesarios.-

De acuerdo () En desacuerdo () Desconozco ()

13. Los dientes anteriores y posteriores (muelas) son necesarios.-

De acuerdo () En desacuerdo () Desconozco ()

14. Los dientes y las muelas sirven para masticar (moler) correctamente los alimentos.-

De acuerdo () En desacuerdo () Desconozco ()

15. La caries es una enfermedad infecciosa (producida por bacterias).-

De acuerdo () En desacuerdo () Desconozco ()

16. La caries es una enfermedad contagiosa (se puede transmitir de una persona a otra, por ejemplo, de la mamá a su hijo).-

De acuerdo () En desacuerdo () Desconozco ()

17. Un diente temporal (diente de leche) con caries afecta al diente que va a salir después.-

De acuerdo () En desacuerdo () Desconozco ()

18. La higiene bucal debe iniciarse antes de la aparición de los dientes en la boca, limpiando las encías de la guagua después que la mamá le da pecho.-

De acuerdo () En desacuerdo () Desconozco ()

19. El cepillado es importante para tener dientes sanos.-

De acuerdo () En desacuerdo () Desconozco ()

20. Los dientes deben cepillarse después de cada comida.-

De acuerdo () En desacuerdo () Desconozco ()

21. El cepillado debe acompañarse siempre con pastas dentales con flúor.-

De acuerdo () En desacuerdo () Desconozco ()

22. El cepillado más importante de todo el día es:

En la mañana () Después de almuerzo () Antes de acostarse ()

23. El uso de seda dental no es necesario si se realiza una correcta higiene con cepillo y pasta de dientes.-

De acuerdo () En desacuerdo () Desconozco ()

24. La mamadera debe dejar de utilizarse desde el primer año de edad.-

De acuerdo () En desacuerdo () Desconozco ()

25. Ayudan a la aparición de caries:

	Mucho	Poco	No afecta
• Una dieta con alto contenido de azúcares	()	()	()
• Consumo de alimentos dulces, blandos y pegajosos (calugas, masticables, sustancias, etc.)	()	()	()
• Consumo de alimentos dulces y duros (turrón, dulces, koyac, etc.)	()	()	()
• Consumo de alimentos entre comidas	()	()	()
• Alto consumo de frutos secos (pasas, higos secos, etc.)	()	()	()

26. El uso de flúor ha demostrado ser muy exitoso en la reducción de caries.-

De acuerdo () En desacuerdo () Desconozco ()

27. Respecto a mi boca creo que:

No tengo caries () Quizás tengo caries () Tengo caries ()

28. Al cepillarme los dientes, me sangran las encías:

Frecuentemente () Rara vez () Nunca ()

29. Es necesario ir al dentista aunque no tenga caries.-

Muy de acuerdo () De acuerdo () En desacuerdo () Total desacuerdo ()

30. La última vez que asistí al dentista fue:

Hace más de 2 años () Hace más de 1 año () Entre 6 meses y 1 año ()

Entre 3 meses y 6 meses () Menos de 3 meses () Nunca he ido ()

31. La informaron que. posees sobre salud bucal la has obtenido de .-

Dentista () Médico () Profesores () Familiares o amigos ()

Medios de comunicación (diarios, revistas, TV, etc.) () Otros ()