

TOC₄
0193

EVALUACIÓN DE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE SALUD BUCAL EN
ADOLESCENTES DEL COLEGIO BENJAMIN HERRERA DE SANTIAGO DE CALI EN EL
PERIODO DE 2004

ROCIO HINESTROZA CORTEZ
FRANCIA ELENA MAMIAN JARAMILLO
SANDRA PATRICIA VERGARA BOLAÑOS
LEIDY MARIANA DÍAZ SÁNCHEZ

COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN
SANTIAGO DE CALI
2005 - I

EVALUACIÓN DE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE SALUD BUCAL EN
ADOLESCENTES DEL COLEGIO BENJAMIN HERRERA DE SANTIAGO DE CALI EN EL
PERIODO DE 2004

ROCIO HINESTROZA CORTEZ
FRANCIA ELENA MAMIAN JARAMILLO
SANDRA PATRICIA VERGARA BOLAÑOS
LEIDY MARIANA DÍAZ SÁNCHEZ

Trabajo presentado como requisito para optar al título de odontóloga

Asesora Científico
GERMAN DUQUEARANGO

Asesor Metodológico
BLANCA ACOSTA DE VELASQUEZ

Asesor Estadístico
HÉCTOR FABIO MUESES MARIN

COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN
SANTIAGO DE CALI

2005 - I

Ante todo a Dios por todos los favores recibidos.

A nuestros padres por su amor, esfuerzo y
sacrificio brindado a lo largo de nuestra formación
profesional.

A la familia, amigos y todos los que fueron testigos
y colaboradores de la culminación con éxito de la
presente investigación.

AGRADECIMIENTOS

A los participantes de este estudio ya que sin ellos el objetivo del presente trabajo jamás se hubiera llevado a cabo.

Y a nuestros docentes por su compromiso y por compartir su sabiduría día a día para formarnos como grandes profesionales del mañana.

CONTENIDO

	Pág.
1. INTRODUCCIÓN	16
1.1 DEFINICIÓN DEL PROBLEMA	16
1.1.2 Preguntas de investigación	16
1.1.2 Justificación	16
1.1.3 Marco Teórico	17
1.2 OBJETIVOS	31
1.2.1 Objetivo general	31
1.2.2 Objetivos específicos	31
2. DISEÑO METODOLÓGICO	32
2.1 TIPO DE ESTUDIO	32
2.3 CRITERIOS DE SELECCIÓN	33
2.3.1 Criterios de inclusión	33
2.3.2 Criterios de exclusión	33
2.4 VARIABLES	34
2.5 SESGOS	35
2.6 CONSIDERACIONES ETICAS	36
2.7 PRUEBA PILOTO	36
2.8. RECOLECCION DE INFORMACION	36
2.9 ANALISIS ESTADISTICO	37
3. RECURSOS, PRESUPUESTO Y CRONOGRAMA	38
3.1 RECURSOS Y PRESUPUESTO	38
3.2 CRONOGRAMA	39
4. RESULTADOS	40
5. DISCUSIÓN	45
6. CONCLUSIONES	47
7. RECOMENDACIONES	48
BIBLIOGRAFÍA	49

LISTA DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico 1. Edad	40
Gráfico 2. Género	40
Gráfico No. 3 En tu opinión ¿Qué es tener una boca sana?	41
Gráfico 4 necesidad de utilizar crema dental para la limpieza de la boca	42
Gráfico 5 Relación entre utilizar mas crema para que los dientes queden mas blancos	42
Gráfico 6. Actitudes	43
Gráfico 7. Prácticas	44

RESUMEN

Objetivo. Evaluar los conocimientos, actitudes y practicas sobre salud bucal de los alumnos del colegio Benjamin Herrera en el periodo del 2004, para la prevención de enfermedades buco dentales

Materiales y Métodos. Se realizó un estudio observacional descriptivo, se selecciono una muestra de 185 estudiantes, en edades comprendidas entre 9 y 18 años elegidos aleatoriamente que cumplían los criterios de inclusión que fueron preadolescentes y adolescentes hombres y mujeres que estudiaban en el Colegio Benjamín Herrera de la ciudad de Cali.

Resultados. De los 185 estudiantes, el 51.4% fueron niñas y el 48.6% fueron niños. El 30% de 185 estudiantes cree que tener una boca sana es tener dientes blanco y/o parejos. El 71.4% afirma que los padres les enseñaron a cuidarse la boca y el 28.69% utiliza la crema dental. De acuerdo al porcentaje entre placa bacteriana y genero – placa bacteriana y edad no hay diferencias

Conclusiones. Se observo que es necesario incentivar la educación de los padres, los hijos y toda la comunidad para disminuir el índice de placa y poder controlar la enfermedad.

Palabras Claves. Placa dental, índice de O'leary, salud bucal, Conocimientos, actitudes y practicas en salud bucal.

GLOSARIO

ACTITUD: ha sido definida como la posición que se asume en una situación, un sentimiento relativamente constante, predisposición y conjunto de creencias en relación con un objeto, persona, comportamiento o situación".

APOYOS DIDACTICOS: de este apoyo se requiere de un trabajo elaborado previamente, el que por lo general no es producto de la reflexión o análisis que el grupo mismo ha realizado. Esta basada en una investigación, análisis y ordenamiento de los que lo produjo. Esta Técnica aporta elementos de importancia adicional, lo que permite una mayor reflexión y análisis sobre algún tema, posibilitando profundizar en el mismo. Debe hacerse una discusión para analizar los contenidos. Medios de Enseñanza: deben estar en correspondencia con los objetivos, temas, auditorio, lugar y situación donde se desarrollará la actividad educativa.

ARBOL DE LA SALUD ENFERMEDAD: este ejercicio permite hacer una reflexión crítica sobre los elementos que puedan intervenir en los problemas de salud, buscando analizar las causas que lo generan, a fin de poder instrumentar las estrategias idóneas que preserven y eleven las condiciones de salud de la población.

BIENESTAR SOCIAL: que el ser humano tenga satisfecha todas sus necesidades para vivir decorosamente: alimentación, trabajo, vivienda, vestido, educación, asistencia médica.

CALCULO: depósito que se forma por la mineralización de la placa dental.

CARACTERÍSTICAS: apreciaciones importantes de algún fenómeno o problema. Rasgos que describen constantes de algún objeto, persona, documento, lugar, etc.

CHARLA: técnica que permite hacer una presentación hablada de uno o más temas, la cual es muy fácil de organizar y muy útil para impartir nuevos conocimientos e información. Debe estar preparada con una guía, emplear un lenguaje sencillo, cuidar la comunicación extraverbal, y de ser posible, utilizar medios de enseñanza. La retroalimentación nos permitirá comprobar si los objetivos se han cumplido.

COMUNICACIÓN: Es un proceso planificado encaminado a motivar a las personas a adoptar actitudes y comportamientos positivos en relación con la salud o a utilizar los servicios existentes. Tiene como premisa las inquietudes de los individuos, las necesidades que se perciben, las creencias y las prácticas actuales; promueve el diálogo (también llamado comunicación en 2 sentidos), el intercambio de ideas y una mayor comprensión entre los diversos protagonistas. Es un componente importante de todos los servicios y actividades de Promoción de Salud. Este proceso alcanza su máxima eficacia cuando incluye una combinación estratégica de comunicación interpersonal, apoyados por la comunicación masiva, medios impresos y otras modalidades audiovisuales.

COMUNIDAD: colectivo de personas que comparten ciertos valores, intereses, condiciones, problemas y características comunes.

CONDUCTA: manera de conducirse ante una situación; una acción que tiene frecuencia, duración y propósitos específicos, ya sea consciente o inconsciente. Una forma de actuar adquirida, aprendida.

COSTUMBRES: lo que se hace comúnmente, formas de actuar, hacer, celebrar, etc. , aprendidas y transmitidas de generación en generación.

CREATIVIDAD: proceso de descubrimiento o producción de algo nuevo, valioso, original y adecuado que cumpla las exigencias de una determinada situación social en la cual se expresa el vínculo de los aspectos cognoscitivos y afectivos de la personalidad.

CREENCIA: una posición, sentido o significado, declarada o insinuada, aceptada emocional y/o intelectualmente como verdadera por una persona o grupo.

CULTURA: la suma de conocimientos, destrezas y valores que se trasmiten de generación en generación.

DEMOSTRACIÓN: muestra en forma práctica como hacer cosas, haciendo evidente las habilidades del demostrador y promoviendo la confianza de la comunidad. Permite una amplia participación a través de "aprender haciendo". También es una técnica educativa oral (colectiva o individual) cuyo objetivo es enseñar sencilla y prácticamente procedimientos para desarrollar una acción.

DENTÍFRICO: conveniente para limpiar dentadura, sustancia, líquido, pasta o polvo que se emplea para limpiar los dientes por medio de frotamiento.

DESTREZA: habilidad, el saber hacer un procedimiento de manera adecuada.

DISCUSIÓN EN GRUPOS: Esta técnica permite la presentación y análisis de ideas, la expresión de dudas, la búsqueda de respuestas e interrogantes a través de una retroalimentación inmediata de los participantes, quienes mediante esta técnica tienen la oportunidad de analizar en forma inmediata la información recibida.

EDUCACIÓN PARA SALUD: como estrategia en la promoción de salud se ha constituido en una forma de enseñanza que pretende conducir al individuo y a la colectividad a un proceso de cambio de actitud y de conducta, que parte de la detección de sus necesidades y que intenta redundar en el mejoramiento de las condiciones de salud del individuo y de su comunidad.

HÁBITOS: es la repetición de una práctica determinada.

HERRAMIENTA DEL PENSAR: preparar el terreno para la generación de ideas eliminando barreras del pensamiento que bloquean la mente. El individuo puede así pensar en situaciones no convencionales o fuera de lo esperado. Permiten ver el problema con mayor amplitud y profundidad; propician esquemas de pensamiento con apertura, flexibilidad, equilibrio y autorregulación.

HIGIENE BUCAL: medidas dependientes de los individuos destinadas en particular a promover hábitos que actúan a favor de la preservación de la salud bucal y eliminación de las enfermedades bucodentales presentes.

HUÉSPED: persona o animal vivo que en determinadas circunstancias permite la subsistencia y el alargamiento de un agente infeccioso.

INFORMACIÓN: incluye la transmisión de contenidos generales y técnicos, hechos y temas para concientizar a los decisores, docentes y población en general acerca de acontecimientos importantes.

INTEGRACIÓN DE RECONOCIMIENTOS DE ACTITUDES O CONOCIMIENTOS: en la Educación para la Salud, no solo se necesita instruir o dar conocimientos, sino es necesario comunicarse para lograr la motivación.

LLUVIAS DE IDEAS: mediante esta técnica los participantes deben proporcionar ideas en forma rápida y sin discusión excesiva y disgregaciones del tema principal. Así mismo estimula la participación de los tímidos y retraídos. Otra ventaja es que se ejecuta en poco tiempo.

MATERIA ALBA: acumulación blanda de bacterias y células hísticas que carecen de la estructura organizada de la placa dental y se desplazan fácilmente con agua en aerosol.

PARES Y CUARTETOS: esta dinámica permite lograr un mayor conocimiento del grupo a través de la ruptura de tensión inicial.

PLACA DENTAL: es una biopelícula que se vincula con un huésped que se forma por las interacciones bacterianas con el diente u otras superficies duras de la boca entre ellas y restauraciones removibles y fijas.

PLACA MARGINAL: depósitos blandos que forman una biopelícula que se adhieren con directo contacto con el margen gingival.

PLACA SUBGINGIVAL: se encuentra por debajo del margen de la encía entre el diente y el tejido del surco gingival.

PLACA SUPRAGINGIVAL: es una biopelícula o depósitos blandos que se adhiere a la superficie dentaria en o por arriba del margen de la encía.

PREVENCIÓN: conjunto de actuaciones que se realizan, por profesionales y técnicos y por la propia población, para evitar la instalación de un proceso de enfermedades en los individuos o grupos, o durante las diferentes etapas de la misma con el objetivo de limitar las complicaciones y secuelas.

PROMOCIÓN EN SALUD: consistía en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma.

SOCIODRAMAS: técnica educativa oral colectiva que consiste en la actuación de los participantes, representando situaciones reales, espontáneas. Se ofrece el tema, se distribuyen los personajes (no más de 5), y comienza la acción, cuidando hablar con voz clara y fuerte, actuando en correspondencia con las necesidades reales y sentidas de acuerdo al rol que les correspondió a cada uno. Se destacarán al final las actitudes positivas y sus beneficios. Se estimulará el diálogo.

TEATRO POPULAR: es una técnica educativa que se basa en la actuación de situaciones simuladas. Consiste en la preparación de una verdadera obra de teatro. Es utilizada para audiencias numerosas. Atrae y retiene la atención con la vista y el oído. Presenta los mensajes en forma atractiva y enseña de manera integral a través de la voz, movimiento, ambientación, etc. Combina la enseñanza con la diversión. Puede producirse a bajo costo. Propicia amplia participación y es pertinente a la cultura local.

TÉCNICAS AFECTIVO - PARTICIPATIVAS (TAP): se usa para que las personas participen o para animar, desinhibir o integrar el grupo. Hacer más sencillos o comprensibles los temas que se quieren tratar. Deben usarse como herramientas dentro de un proceso que ayude a fortalecer la organización de la población. Recogen lo objetivo y subjetivo de la práctica o realidad, permitiendo la reflexión educativa. Es el instrumento, el estímulo que propicia la participación para la generación de conocimientos. Herramientas para hacer viables nuestros métodos. Las TAP deben

llevarse a la cúspide del objetivo propuesto. Cuidar no dejaría en el plano de recursos, ya que las desvalorizamos. Si aplicamos técnicas afectivas - participativas sin tomar en cuenta las perspectivas transformadoras del proceso educativo podemos correr el riesgo de que los coordinadores se conviertan en "dinamiqueros". Lo importante no es el uso de la técnica, sino la concepción metodológica, en la que interese hacer un proceso educativo basado en una permanente recreación del conocimiento.

1. INTRODUCCIÓN

1.1 DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

1.1.2 Preguntas de investigación

1.1.1.1 ¿Cuál es el índice de placa promedio en los alumnos del Colegio Benjamín Herrera?

1.1.1.2 ¿Cuáles son los hábitos de higiene oral más utilizados en esta población?

1.1.1.3 ¿Cuál es el promedio de edad y género donde se encuentra el mayor índice de higiene oral?

1.1.2 Justificación

En 1980 el segundo estudio de Salud Bucal reportó un aumento en el número de personas con historia de caries en relación al primer estudio (al pasar el 95.5% a 96.7% en 1977/80) aunque el promedio de dientes afectados por persona se redujo de 15.4 a 12.7; el CPO – D de 4.8 a los 12 años, llevó a la Organización Mundial de la Salud a clasificar a Colombia, dentro de los países con alto índice de caries, es decir con un problema de importancia en salud pública, al comparar este resultado con el primer indicador mundial del estado de salud bucodental establecido con meta para el año 2.000 (CPO – D de 3.0 a los 12 años).

Mediante el índice de placa blanda (IPB), componente de índice de higiene oral simplificado, se determinó la presencia de placa encontrándose valores muy similares en los niños de 5, 6, 7 y 12 años, (1.6 a los 7 años y de 1.2 (95% LC 1.1 – 1.3) a los doce años), en los adolescentes (15 a 19 años) y más se observaron valores entre 0.3 y 0.5. La reducción del IPB de 1.08 en 1977/80 a 0.8 en el presente estudio, indica una reducción cercana 2.5% en el valor del índice, sugiriéndose una leve mejoría en los niveles clínicos de higiene para la población general. La reducción es más evidente entre las personas de 15 años y más, pues aunque debe tenerse en cuenta que en este

artículo se evaluaron edades diferentes (5, 6, 7 y 12 años) los datos no sugieren mejoría en índice de placa blanda que oscila entre 1.2 y 1.6 en comparación con un índice de 1.45 de los niños de 5 a 14 años en 1977/80.

En la dentición primaria se encontró que el 60.4% de los niños de 5 años, tenía historia de caries; proporción que aumentó a 73.8% a los 7 años y descendió a 13% a los 12 años como efecto de la exfoliación dentaria: la prevalencia de caries fue de 54.8% a los 5 años y 63.8% a los 7 años en tanto el índice CEO – D de 3.0 a los 5 años sin incrementos importantes a los 6 y 7 años presentándose un promedio de dientes temporales sanos de 16.3 a la misma edad.

La placa dental es un problema que afecta principalmente a niños y adolescentes; debido a la mala higiene oral y a unas técnicas inadecuadas de cepillado y uso de seda dental, es por esto que el propósito de esta investigación es realizar un estudio para identificar y determinar el índice de placa bacteriana en los adolescentes y preadolescentes para posteriormente educar sobre higiene oral por medio de charlas, folletos, dinámicas, instrucción y motivación.

1.1.3 Marco Teórico

A comienzos del siglo se estimaba que todas las especies bacterianas encontradas en la placa dental poseían igual capacidad para causar enfermedad, a mediados de los 60 con estudios microscópicos, se reveló la presencia de distintos morfotipos bacterianos, mas tarde en los 70 se mejoran técnicas en los procedimientos para aislar, cultivar e identificar los organismos presentes en la cavidad oral, la microbiota es una comunidad compleja de gérmenes, muchos de los cuales aun es complicado o imposible aislar en el laboratorio, hoy en día es evidente que múltiples especies operan como patógenos en la cavidad oral.¹

La placa bacteriana es una película pegajosa formada por un acumulo de microorganismos que se adhieren a la superficie del diente y a los tejidos gingivoperiodontales, en los tejidos duros provoca

la desorganización del esmalte hasta la caries dental, y en los tejidos blandos provoca la inflamación, sangrado y acumulación de sarro.²

Historia natural de la enfermedad

Definición

Es la descripción del desarrollo económico, político, social y biológico de la enfermedad, es la descripción cronológica de la enfermedad, como son el agente causal y el huésped susceptible y el ambiente propicio, es la descripción del transcurso natural de la enfermedad, sin oponerle barreras y obstáculos, desde el momento en que se presentan circunstancias negativas, pasando por la gestación, desarrollo, reproducción y la finalización de la misma.³

Etiología

Para que se produzca la enfermedad es necesario que se unan tres factores: ambiente propicio, huésped susceptible y agente causal.

Ambiente propicio

Es el medio social, económico y político negativo en que se desenvuelve un órgano viviente. También puede definirse como la asociación de los factores condicionantes de la enfermedad.

Huésped susceptible

Es el organismo viviente que se ha desarrollado en un ambiente propicio general, que lo predispone a ser susceptible de enfermarse al contacto con un ambiente propicio específico y un agente causal.

Agente causal

Es el organismo viviente, elemento o causa que produce un efecto en otro organismo viviente susceptible de recibirlo, en medio de un ambiente propicio para que se realice la acción, también

puede decirse que es la causa natural o artificial capaz de producir un impacto, un efecto, en los individuos.⁴

Formación

Para que no haya enfermedad y se conserve la salud es Imprescindible que no se unan los tres factores productores de la misma: ambiente propicio, huésped susceptible y agente causal. Más sencillo aún: si se logra controlar cualquiera de los tres factores productores de la enfermedad habrá salud, y/o si se logra evitar la presencia o acción de uno de los tres factores no se presentará la enfermedad y habrá salud.⁵

Salud oral y comunidad

La salud es un proceso integral que solo puede lograrse cuando se tiene a disposición una serie de acciones e intervenciones para abordar el contexto que rodea a la persona, su autonomía y responsabilidad frente a la salud y no solo a mejorar o combatir la enfermedad.⁶

Es importante tener en cuenta que la salud no es solo la ausencia de la enfermedad, es el bienestar completo, físico, mental y social. Es la resultante a un proceso social, económico y político tanto a nivel individual como a nivel colectivo.⁷

Para la promoción en salud y específicamente en salud bucal en la comunidad, es necesario apropiarse del problema, ya que si existe enfermedad es porque no hay una verdadera participación de la comunidad, lo que conlleva a grandes problemas metodológicos, no es sorprendente el fracaso de muchos programas nacionales y regionales sobre prevención en salud bucal, ya que todos han sido planteados dentro de una salud y no dentro del contexto sociocultural que rodea a la comunidad. Más que cifras estadísticas del porcentaje de la enfermedad, es saber qué aprendió la comunidad, cómo se aplican las estrategias y cómo mejora día a día su calidad de vida.⁸

La carencia de personal sanitario en la promoción y prevención de la salud oral, hace que no se pueda responder a las verdaderas necesidades de la población; por eso, el bajo impacto de muchos programas de capacitación en salud oral dentro de las comunidades.⁹

Salud oral: explicación unicausal de la enfermedad

Mediante representaciones sociales, es decir, como la comunidad interpreta o concibe el mundo, lo cual necesariamente está atravesado por mitos y creencias políticas, religiones, culturales estéticas, éticas, donde lo económico y lo social determinan en un momento dado su situación. Ellos reflejan la forma como las poblaciones explican y afrontan el proceso salud – enfermedad oral, de tal manera que lo que abordan las instituciones y específicamente los profesionales de salud en la interacción con el paciente, está relacionado con sus representaciones e igualmente con las prácticas que unos y otros realizan.¹⁰

Al diseñar estrategias para la educación en salud bucal, se debe tener en cuenta la explicación unicausal de la enfermedad para poder concientizar a la comunidad, sin imponer teorías; sólo hacer que adquieran hábitos correctos y convicciones sobre higiene oral, en cada familia, por el poco conocimiento sobre salud oral, es muy difícil implementar actividades preventivas, ya que para ellas las frases como “no hay nada que hacer”, “nacimos así”, son de la vida cotidiana y forman barreras en las técnicas de prevención y promoción de salud oral, esta concepción es heredada de padres a hijos, lo que claramente se comporta como mentalidad, reduciendo patrones culturales sobre salud oral, como que la prevención se relaciona más con un estereotipo de belleza, blancura, frescura, “sabor salvaje”, que con evitar que la enfermedad aparezca, o que estando la enfermedad, eviten que se agrave.¹¹

Importancia de la familia y docentes en la implementación de estrategias de salud bucal en los niños

Educar es formar; es un proceso que permite cambio de conceptos, comportamientos y actitudes frente a la salud – enfermedad. Este proceso implica un trabajo compartido entre padres educadores, para facilitar al personal de salud, la identificación, el análisis de problemas y la búsqueda de soluciones de acuerdo con el contexto social y cultural.¹²

Los padres son los protagonistas del desarrollo del niño. Éste se desenvuelve dentro del núcleo familiar (tíos, hermanos, abuelos) de los cuales adquiere, por medio del aprendizaje, personalidad, conductas y creencias que hacen que el niño desempeñe un rol dentro de la comunidad, ya sea de forma positiva o negativa, es importante, para desarrollar con eficacia un proyecto en una comunidad marginal, no sólo abordar el contexto bucal, sino el medio que lo rodea. La escuela es el segundo hogar y es allí donde aprende a interactuar con amigos y maestros clave para la formación del niño, si en un conjunto (padres y educadores), se trabaja con el niño, se puede lograr que obtenga habilidades y destrezas en el desarrollo de la higiene oral. A la vez, convicciones que cambian estilos de vida y logran no sólo mejorar la calidad de vida del infante, sino convertirlo en un ser autónomo en la toma de decisiones, aumentando el grado de voluntad y motivación en pro de la salud oral, evitando así la presentación del dolor.¹³

El niño adopta un patrón de comportamiento influenciado tanto por los padres como por los educadores y el ejemplo es vital en la salud buco dentaria, en la mayoría de los casos, lo aprendido por los padres es heredado por los hijos, convirtiéndose en factor determinante de la morbilidad oral. Si se educa a los dos estamentos, se combaten las inadecuadas instrucciones aprendidas, ya que su patrón sociocultural no permitió que lo educarán correctamente, esto no es impedimento para adoptar nuevos hábitos en los padres y educadores, ya que no necesitan una clase social determinada para aprender. Se debe estructurar una metodología que facilite una visión

integradora del proceso educativo y en especial la problemática de morbilidad en salud oral de la comunidad en sus interrelaciones históricas, estructurales y conceptuales con la sociedad global.¹⁴

Históricamente, una práctica clínica exitosa es el resultado de los tratamientos realizados por el profesional y su persona auxiliar a sus paciente. Los avances tecnológicos y los procedimientos contribuyen de manera directa en este proceso constante; sin embargo, el éxito no depende solamente de la técnica aplicada o de las destrezas del operador y el técnico dental, sino también de los pacientes su actitud y conducta, y la interacción odontólogo – paciente. El éxito depende de una compleja combinación de la capacidad técnica del odontólogo y la actitud del paciente, su capacidad de adherirse a nuevos patrones de conducta requeridos para completar y mantener una terapia y la manera como ambos interactúan. Además deben sumarse las expectativas del odontólogo y del paciente acerca del plan de tratamiento, su desarrollo a corto y largo plazo.¹⁵

La OMS ha definido "Salud" como el completo bienestar físico y mental, no sólo la ausencia de la enfermedad. Otra definición dice que salud es el silencio orgánico, una más dice que salud es el estado en que el ser orgánico ejerce normalmente sus funciones, epidemiológicamente se podría decir que salud es la óptima manifestación síquica o somática de unas condiciones de vida, sociales, económicas, políticas y biológicas. positivas, de un individuo o comunidad, el significado ampliado de salud oral es paralelo al significado ampliado de salud. en 1948 la OMS amplió la definición de salud para significar "un estado de bienestar físico, mental y social completo, y no simplemente la ausencia de enfermedad". Se desprende que salud oral debe también incluir el bienestar. Tal como ahora entenderemos que naturaleza y nutrición están inexplicablemente unidos, y que el cuerpo y la mente son expresiones de nuestra biología humana, debemos también reconocer que la salud oral y la salud general son inseparables. El ignorar signos y síntomas de enfermedad y mal funcionamiento oral va en nuestro propio detrimento.¹⁶

Para el éxito de la promoción y prevención de la salud bucal de la población , uno de los aspectos de mayor relevancia se le confiere a la atención primaria de estomatología con enfoque de riesgo, que consiste en la identificación y control de los riesgos a enfermar de las principales afecciones bucales basados en los factores determinantes del estado de salud bucal, la promoción de salud bucal y su herramienta principal, la educación sanitaria, constituye un factor importante y está centrada en el desarrollo de los servicios de higiene bucal o áreas de control de placa dentó bacteriana. Las actividades de prevención, conjuntamente con las de promoción, basadas en el enfoque del riesgo para la atención primaria, se viene desarrollando en el país de Cuba desde 1970, y es en el año 1985 que se logra dar una cobertura del 100% de la población estudiada, tanto en zonas urbanas como rurales la cual se ejecuta en las instituciones de salud por un pequeño equipo integrado por técnicas de atención estomatológica dirigidas y controladas por el estomatólogo responsabilizado con la actividad o servicios correspondientes, basado en un esquema de prevención, confeccionado a partir de las actividades preventivas del Programa Nacional de Salud Bucal.

La promoción de la salud tiene tres componentes fundamentales:

- Educación para la salud.
- Comunicación
- Información.

Todas sustentadas en un elemento fundamental que es la participación social, tanto de la población como del resto de los sectores de la sociedad. ¹³

La promoción de salud se está ganando un espacio cada vez mayor a nivel mundial y pudiera afirmarse, haciendo valer una redundancia, que está siendo fuertemente promocionada incluso por estadistas de las grandes potencias. Esto quizás se deba al hecho de que la tecnología médica, cada vez más costosa, produce resultados cada vez menos visible, lo que constituye uno de los

aspectos de la crisis actual de la medicina, por lo que resulta imprescindible la búsqueda de nuevas estrategias, una reciente revisión sobre el tema, muestra cómo las aceptaciones del término distan de coincidir en diferentes autores. El higienista F. Rojas Ochoa propone un regreso a las definiciones clásicas del concepto (Winslow, Siguerist y Terris) en el marco de las tareas de la Salud Pública, que serían las siguientes:

1. Promoción de salud.
2. Prevención de enfermedades.
3. Recuperación del enfermo.
4. La rehabilitación.¹⁸

La vigilancia y evaluación del estado de salud bucal de la población constituye un método de observación y control que permite detectar precozmente las enfermedades o daños de la salud, lo cual permite tomar decisiones encaminadas a prevenir o interrumpir la aparición de enfermedades.¹⁹

La vigilancia del estado de salud bucal acumula gran diversidad de aspectos relacionados con las actividades educativas, preventivas, de rehabilitación e higiénico – sanitarias, que se desarrollan con las personas según el grupo en que se clasifiquen los objetivos del método de vigilancia del estado de salud bucal.²⁰

Las formas utilizadas en salud oral

- Directa e indirecta.
- Masiva de grupo e individual.

Directa

Es la educación que se realiza por contacto entre odontólogo y paciente mediante conferencias, charlas y ejecución de técnicas operativas.

Indirecta

Es la educación que se realiza sin entrar en contacto directo personal entre odontólogo paciente mediante la utilización de sistema de comunicación televisión, radio, prensa, cine, etc.

Masiva

Es la educación que se realiza en grandes grupos de población en forma indirecta.

Grupo

Es la educación que se realiza en grupos específicos utilizando sistema de comunicación.

Individual

Es la educación que se realiza directamente entre el odontólogo paciente por contacto personal.²¹

PREVENCIÓN

Los profesionales de la salud deben tener claro su compromiso de mantener al individuo sano en todos sus aspectos, cuerpo, mente, hábitat, la salud es un proceso en donde se busca un completo bienestar físico mental y social del hombre dentro de la sociedad en la cual se desempeña diariamente.²²

Se obtiene una buena prevención en salud bucal, si se tiene claro que se es multifactorial y que para lograrlo, es necesario identificar el comportamiento de los componentes de la salud, sus determinantes o factores de riesgo, la causalidad de estos y su entorno.²³

Niveles de prevención

Definición: es la descripción de las medidas que fomentan o promueven la salud, previenen, diagnostican, tratan y limitan las enfermedades y rehabilitan las secuelas de las mismas, todo con el fin de conservar la salud, bien puede denominársele niveles para conservar la salud, pues ese

es el gran objetivo de los niveles de prevención.⁵

En Estudios recientes en países como Cuba, España, Colombia se realizó énfasis en estrategias de comunicación que ayudan a mejorar la salud bucal por medio de técnicas educativas, afectivas participativas complementado con juegos didácticos para observar el estado actual de los conocimientos, hábitos y actitudes en el ámbito de la higiene bucodental de escolares, pre-adolescentes y adolescentes, modificando los conocimientos de salud bucal lo cual propicio un cambio de actitud en muchos de los adolescentes con respecto a la higiene bucal y valorar su aproximación a los objetivos de la salud bucodental de la OMS ha logrando una mayor motivación y auto responsabilidad hacia la salud bucal y con ello avanzar en el cumplimiento de los indicadores de salud estomatológico en esas edades.^{24,25,26}

El III ENSAB se adelantó, a fin de establecer la situación de salud y de morbilidad bucal, identificar el nivel de representaciones, conocimientos y prácticas en la población e identificar las necesidades de atención odontológica con el fin de orientar acciones de promoción y prevención y de prestación de servicios asistenciales²⁷, mediante información recolectada en una muestra Constituida por 6.336 personas entre 12 y 69 años para la encuesta de representaciones, Conocimientos y prácticas, y por 4.400 niños de 5, 6,7 y 12 años y 8.448 adultos de 15 a 44 y 55 a 74³ años para el examen clínico de morbilidad bucal.,la información recopilada se analizó de forma descriptiva teniendo en cuenta diferentes niveles de desagregación de los resultados según las variables de edad, sexo, ubicación geográfica (por regiones y subregiones), categorización de municipios por el Departamento Nacional de Planeación (DNP), la zona de procedencia (urbana y rural), el nivel educativo, la afiliación a la seguridad social y el estrato socioeconómico, la encuesta buscó establecer el nivel de conocimientos formales e informales que tiene la población sobre la boca, la salud y la enfermedad bucal, sus causas y consecuencias, las prácticas terapéuticas y de auto cuidado más frecuentes y la demanda y uso de los servicios de salud bucal, así como sobre el cuidado bucal que ejercen las mujeres entre 18 y 69 años en los niños que tienen a su cargo. El

71.5% de las personas expresaron que los padres fueron quiénes les enseñaron a cuidarse la boca, seguidos en menor frecuencia por la enseñanza de los maestros y/o del odontólogo, por el autoaprendizaje o por el aprendizaje a través de mensajes de radio y televisión; Con lo anterior se evidencia la apropiación del conocimiento respecto al papel del cepillado para la prevención de las enfermedades como la caries y la gingivitis, lo que sin duda puede atribuirse al incremento de mensajes y de campañas educativas y publicitarias de los últimos años que también ha generado cambio en los patrones estéticos, aunque este conocimiento todavía no alcanza a afectar suficientemente los hábitos y menos aún la destreza de las personas. En relación con el cuidado bucal de los niños, entre otros aspectos se destaca que el 88.5% de las mujeres con niños a su cargo, estuvo de acuerdo con que "los niños son más propensos (que los adultos) a la caries dental", el 83.9% consideran que "el cuidado de la boca del bebé comienza con la salida del primer diente" el 94.5% es consciente que "es perjudicial o dañino para el niño dormir con el tetero en la boca" y que "la alimentación es un factor importante que influye en la formación de los dientes". Entre las prácticas que citan las madres para garantizar el cuidado de la boca de los niños, la más frecuente es cepillarles los dientes con crema dental (87%) y en segundo lugar llevados al odontólogo periódicamente (16.3%), respecto a la aplicación de flúor, el 36.8% de las mujeres refiere que los niños han recibido aplicaciones o enjuagues de flúor en el último año, con mayor frecuencia en la escuela o colegio (68%) y en el puesto o centro de salud (13%). El 72.1% de las mujeres consideró que es necesario el uso de flúor para los niños debido a "que evita la caries" y "porque endurece los dientes" Las mujeres que no lo consideraron necesario (10%), argumentan que "es suficiente con el cepillado", o que "el flúor es dañino por que mancha los dientes o les quita su brillo y el 18.0% manifiesta no saber si el flúor es necesario para los niños. Todas estas afirmaciones evidencian que si bien se ha alcanzado un mayor conocimiento acerca de los riesgos para la salud bucal y se ha logrado un mayor interés sobre el cuidado de la dentición de los niños desde los primeros años de vida, es necesario continuar el proceso educativo sobre aspectos fisiológicos normales que las madres pueden monitorear como las etapas de erupción y de recambio dentario. En relación con la demanda y utilización de servicios de salud bucal, del 82.9%

de la población que refiere haber sentido alguna vez dolor en una muela o diente, solo el 66% consulto al odontólogo, el 32% tomo analgésicos, el 16% utilizo remedios caseros y el 7% uso antibióticos, llamando la atención los niveles de automedicación y el que sólo se consulta al odontólogo cuando la enfermedad se toma incapacitante., el 22.2% de los encuestados refiere haber tenido algún problema dental o en la boca en el último mes (urgencia), siendo el problema más frecuente el dolor de muelas o dientes (60.5%) seguido por la presencia de caries dental, sangrado de la encía, pérdida de obturaciones y dientes, fracturas dentales y de prótesis, inflamación de la cara, dificultad para abrir la boca y otros. De estas personas, sólo consulto el 45%, principalmente por la pérdida de dientes y por la fractura de prótesis y el 12.3% dejó de asistir a su trabajo o al estudio, o no pudo realizar sus actividades ordinarias durante un tiempo promedio de 3 días, situación que aumenta el ausentismo escolar y laboral impactando negativamente la productividad del individuo. Como causas de no consulta se reportaron la falta de dinero, la dificultad en el acceso a los servicios para consultas regulares ya sea por vivir en zonas rurales o por no tener afiliación a la seguridad o pertenecer al régimen subsidiado; además por la deficiencia en la oportunidad y en la organización de los servicios para responder a las diferentes percepciones y representaciones de las personas tanto de la boca como de la enfermedad bucal y la credibilidad de la población frente a la profesión odontológica. Con el objeto de identificar la morbilidad bucal y las necesidades de atención odontológica se realizó el examen clínico, previa calibración de los odontólogos a fin de asegurar la interpretación, entendimiento y aplicación de criterios uniformes en la observación y registro de las patologías y condiciones incluidas en el estudio, las variables de morbilidad se analizaron con los datos originales tomados del examinado o por medio de índices, cruzados Con las variables independientes que en algunos casos fueron reagrupadas para darle mayor calificación a los resultados y evitar errores de muestreo altos en el caso de fenómenos de baja frecuencia. El 81.6% del total de las personas presentaron placa al momento del examen, con una mayor proporción en las personas menores de 20 años (95%) hasta alcanzar menores proporciones en personas de edad avanzada (26.9%) debido básicamente a la pérdida dentaria.²⁸

Una práctica de salud ora realizada en la Universidad del Valle de la ciudad de Santiago de Cali, mostró que la mayoría (94%) practicó el cepillado dental en un número adecuado, sin embargo, pocos (24%) utilizaron la seda dental; esto es sorprendente, porque es conocido los beneficios para la salud el uso de la seda dental en la prevención de enfermedades periodontales, y además es un procedimiento muy fácil de hacer en forma individual, pues necesita muy poco tiempo para su ejecución; por otro lado, 40% no realizaron un control odontológico de rutina. Los estudiantes eran adultos jóvenes y adolescentes, relativamente pueden no tener experiencia de enfermedad periodontal y por considerarla poco necesaria en estos momentos, a pesar de tener un servicio médico odontológico de la UV, la proporción alta de estudiantes que no asistieron a un control médico de rutina (63.9%), se puede deber al hecho de minimizar la importancia, o a permanecer en apariencia sanos, como sucede en estos ciclos vitales (adolescente y adultos jóvenes) ²⁹

La relación médico – paciente sería un factor explicativo de la utilización, fundamentalmente, de la interfase usuario – profesional. Para tratar de entender esto, se ve el ejemplo de la “relación médico – paciente dependiente”. Una relación de tipo “dependiente” podría ocurrir porque se trate de un médico generador de dependencia (protector, paternista, etc) o bien porque el paciente posee rasgos dependientes de personalidad o por ambas cosas, o porque la interacción entre ese médico y ese paciente, en un determinado entorno y circunstancia, favorece ese tipo de relación. El médico generador de dependencia suele pensar que su consulta está muy utilizada porque es un profesional excelente y sus pacientes necesitan mucho de él. Es raro que este tipo de profesional se plantea que sus pacientes van mucho a consulta porque él tiene dificultades para resolver eficientemente los problemas de salud de sus paciente. Al fin y al cabo se trata de un mecanismo de defensa para salvar la autoestima profesional, que en algunos casos ya estaría deteriorada. Esto es fácil de entender a la luz de la denominada demanda inducida por el proveedor, por la cual algunos médicos, ante el mismo problemas de salud resuelto (por ejemplo, una neumonía), emplearía muchas más visitas que otros médicos. También es cierto que algunos pacientes se sienten incapaces de afrontar su vida con cierta autonomía y mantienen “enganchados” a todo lo

que hacen a familiares, amigos y profesionales de la salud. Estos son los pacientes con rasgos dependientes de personalidad, que como cabría esperar también generan un gran aumento de la utilización de las consultas. Incluso algunos factores del entorno y la organización de los servicios de salud favorecen esta dependencia: información médico-dependiente e hipocondríaca de los medios de comunicación o protocolos de actuación clínica poco científicos y excesivamente centrados en el control médico.³⁰

Las afecciones bucales constituyen un importante problema de salud por su alta prevalencia, demanda pública y fuerte impacto sobre las personas y la sociedad en términos de dolor, malestar, limitación y discapacidad social y funcional, así como también por su efecto sobre la calidad de vida de la población., la enfermedad bucal es la resultante de condiciones específicas de la salud: respuesta a la exposición a determinados agentes bacterianos, dieta rica o carente de carbohidratos, fluoruros, hábitos higiénicos bucales, acceso a la atención estomatológica, adquisición de conocimientos sobre problemas buco dentales, responsables individual con su propia salud, asistencia sistemática a los servicios y otras. El esfuerzo debe estar dirigido a reducir la frecuencia de las afecciones bucales mediante un incremento de las actividades de promoción, prevención y educación sanitaria, donde desempeña una relevante función la educación para la salud, por cuanto influye favorablemente sobre los conocimientos, actitudes y comportamientos de los individuos, grupos y colectividades.³¹

Dentro de las funciones de los odontólogos, es de importancia ser interdisciplinario para aumentar la motivación de todos los profesionales de la salud y obtener resultados positivos en la prevención bucal. Dentro de esta unión interdisciplinaria están los ginecoobstetras, pediatras enfermeras, a fin de que sean ellos los que ayuden a transmitir los conocimientos sobre el cuidado de la salud bucal.³²

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo general

Evaluar los conocimientos, actitudes y practicas sobre salud bucal de los alumnos del colegio Benjamin Herrera en el periodo del 2004, para la prevención de enfermedades bucodentales

1.2.2 Objetivos específicos

- 1.2.2.1 Estudiar el nivel de placa dental presente en los estudiantes por medio del índice de Olery.
- 1.2.2.2 Conocer los hábitos de higiene oral presente en la población de alumnos
- 1.2.2.3 Obtener información sobre los conocimientos del cuidado de la cavidad oral por medio de un cuestionario de preguntas

2. DISEÑO METODOLÓGICO

2.1 TIPO DE ESTUDIO

Estudio observacional descriptivo: se limita a observar el fenómeno y apunta la descripción, no interviene dentro del fenómeno que esta ocurriendo.

2.2 POBLACIÓN

300 estudiantes preadolescentes y adolescentes hombres y mujeres con edades correspondientes de 9 a 18 años de edad del Colegio Benjamín Herrera ubicado al sur de la ciudad de Santiago de Cali.

MUESTRA

80	N1 = Estudiantes 6	Proporción de éxito en estratos 1 al 5 = $p_1 = p_2 = 0.5$
75	N2 = Estudiantes 7	Proporción de éxito en estratos 1 al 5 = $q_1 = q_2 = 0.5$
68	N3 = Estudiantes 8	
31	N1 = Estudiantes 9	
	N1 = Estudiantes 10	
31	N1 = Estudiantes 11	
Total Alumnos = N	Peso del estrato 1	$w_1 = 0.26666667$
	Peso del estrato 2	$w_2 = 0.25$
	Peso del estrato 3	$w_3 = 0.26666667$
	Peso del estrato 4	$w_4 = 0.10333333$
	Peso del estrato 5	$w_5 = 0.05$
	Peso del estrato 6	$w_6 = 0.10333333$

Realizamos un muestreo aleatorio estratificado proporcional con un error del 5% y un nivel de confianza del 95%.

Se definen 6 estratos representados por los estudiantes de sexto a once grado.

Necesitamos observar 173 casos en el estudio

n1 = tamaño de muestra mínimo requerido en VI	46
n2 = tamaño de muestra mínimo requerido en VII	43
n3 = tamaño de muestra mínimo requerido en VIII	39
n4 = tamaño de muestra mínimo requerido en IX	18
n5 = tamaño de muestra mínimo requerido en X	9
n6 = tamaño de muestra mínimo requerido en XI	18
Tamaño de muestra total requerido (n) :	173

2.3 CRITERIOS DE SELECCIÓN

2.3.1 Criterios de inclusión

- Preadolescentes y adolescentes que estudian en el Colegio Benjamín Herrera de Santiago de Cali con edades comprendidas entre los 9 y 18 años.
- Género: ambos sexos

2.3.2 Criterios de exclusión

- Estudiantes con compromiso sistémico
- Estudiantes con discapacidades físicas o motoras

2.4 VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION	TIPO DE VARIABLE	VARIABLE OPERACIONAL
Genero	Es el sexo de los estudiantes pertenecientes al estudio	Cualitativa	Masculino- Femenino
Edad	Es la edad correspondiente de los estudiantes pertenecientes al estudio	Cuantitativa	Años
Frecuencia de cepillado	Numero de veces que se cepillan los estudiantes pertenecientes al estudio	Cuantitativa	Números
Placa bacteriana	Película adquirida formada por el acumulo de bacterias las cuales son producidas por restos alimenticios.	Cuantitativa	Porcentaje
Actitud	Posición que se asume ante una situación y conjunto de creencias	Cualitativa	Conocimientos
Practica	Acción que el estudiante o persona continuamente realiza	Cualitativa	Conocimientos

2.5 SESGOS

❖ MUESTREO

- Que el día que se vaya a tomar la muestra por alguna razón falte un alumno seleccionado en el estudio.

Cómo se pudo controlar:

- Se les explicó que esta muestra se les toma para conocer el estado de higiene oral y para que adquirieran conocimientos en cuanto al cuidado de su salud oral.
- Se les informó a los estudiantes el día de la toma de la muestra y algunos alumnos mejoren su técnica de cepillado que altere el estudio.

Cómo se pudo controlar:

- Escogió un día cualquiera con la directora del colegio para que los alumnos no cambien su técnica de higiene oral.

❖ INVESTIGADOR

- Que se presente un error al tomar la muestra por no revisar bien los sitios del diente marcados por el revelador de placa.

Cómo se pudo controlar:

- Revisar cada diente con mucho cuidado y en un orden adecuado para que no que de faltando ninguno por revisar.
- Que no se calibre bien el grupo para revisar la muestra.

Cómo se pudo controlar:

- Estudiar el índice escogido (O'leary) para que al tomar la muestra todo el grupo pueda clasificar de una misma manera el grado de placa bacteriana existente.

❖ FALTA DE RESPUESTA

- Que los alumnos se salten o no contesten algunas respuesta.

Cómo se pudo controlar:

- Darles determinado tiempo y explicarles que el cuestionario es importante para saber que conocimiento y actitudes tienen con su salud oral.

❖ **SERIE DE RESPUESTA**

- Que las preguntas no estén bien explicadas y formuladas y por esta razón haya un error al contestarlas.

Cómo se pudo controlar:

- Explicar y escribir de que forma se debe contestar cada pregunta del cuestionario, y manejar palabras entendibles para las personas que no conocen términos odontológicos.

2.6 CONSIDERACIONES ETICAS

Según la Resolución 008430 del 1993 del Ministerio de Salud de Colombia esta investigación se clasifico como sin riesgo. El consentimiento informado fue previamente revisado y aprobado por el Comité de Ética del Colegio Odontológico Colombiano Extensión Santiago de Cali.

2.7 PRUEBA PILOTO

Evidencio que el formato de recolección de información y el procedimiento a emplear eran validos.

2.8. RECOLECCION DE INFORMACION

Se realizo una encuesta de 30 preguntas, 28 de selección múltiple y 2 de pregunta abierta, donde 5 preguntas fueron de conocimientos de salud oral y 25 de prácticas en salud oral.

Se les explico detenidamente como resolver el cuestionario de una manera clara, también se les explico que se les realizaría un índice de placa el cual constaba en aplicar 4 gotas en la lengua de sustancia reveladora de marca Eufar Ditonos®, que es un liquido de color azul o rojo y su función era revelar la placa bacteriana presente en cada uno de los dientes de cada estudiante, que deberían pasar por todas las superficies de los dientes, por delante y por detrás de los mismos.

Posteriormente a la explicación se realizó la encuesta y se hizo el índice de placa de O'Leary, teniendo en cuenta todas las medidas de bioseguridad, después de haber aplicado el líquido de revelar en la lengua de cada estudiante y haberlo pasado por todas las superficies de su boca, se les pidió que lo escupieran sin enjuagarse la boca de tal manera que el operador observó los dientes pintados y se consignó los datos en el formato de recolección de información, el cual presenta una tabla donde está diseñado el índice de O'Leary, que consiste en ver las 4 superficies (distal, mesial, vestibular, palatina o lingual) de todos los dientes existentes en la boca de cada estudiante.

2.9 ANALISIS ESTADISTICO

Para el análisis de la información se realizó una base de datos en Excel Microsoft®.

Se utilizó un paquete estadístico Epi-info 2004 del Centro de Control y Prevención de Enfermedades de la OMS. Se realizó un análisis estadístico univariado utilizando tablas de frecuencia, indicadores de tendencia central y dispersión; representándolos en gráficos de barra o pastel.

Para evaluar si existió diferencia en el índice de placa de acuerdo al género se realizó un análisis con la prueba T Student para muestras independientes y para evaluar diferencias, entre índice de placa y edad se realizó un análisis de varianza de un factor.

Para las pruebas estadísticas se empleó el nivel de significancia de 0.05 (5%).

3. RECURSOS, PRESUPUESTO Y CRONOGRAMA

3.1 RECURSOS Y PRESUPUESTO

ARTICULOS	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
Tinta	3	60000	180000
Resma	5	15000	75000
Argollado	8	3000	24000
Internet	65	2000	130000
Caja de guantes	2	10000	20000
Revelador de placa	4	3000	12000
Espejo bucal	30	7000	210000
Explorador bucal	30	7000	210000
Caja baja lenguas	5	6000	30000
Cartulina	15	2000	30000
Fotocopias	1500	50	75000
Lapicero	12	800	9600
Lápiz	12	300	3600
Caja de tiza	1	2000	2000
Marcadores	12	3000	36000
Crema	130	1200	156000
Cepillos	130	1200	156000
Seda dental	24	2000	48000
Vasos	260	150	39000
Diapositivas	40	2000	80000
Disquete	6	2000	12000
Borrador	3	300	900
Refrigerio	138	2000	276000
Transporte	276	1000	276000
Empastado final	1	20000	20000
Glutaraldeido	3	25000	75000
Hipoclorito	1	4000	4000
Bandeja	12	5000	60000
			2250100
		10% IMPREVISTOS	225010
		TOTAL	2475110

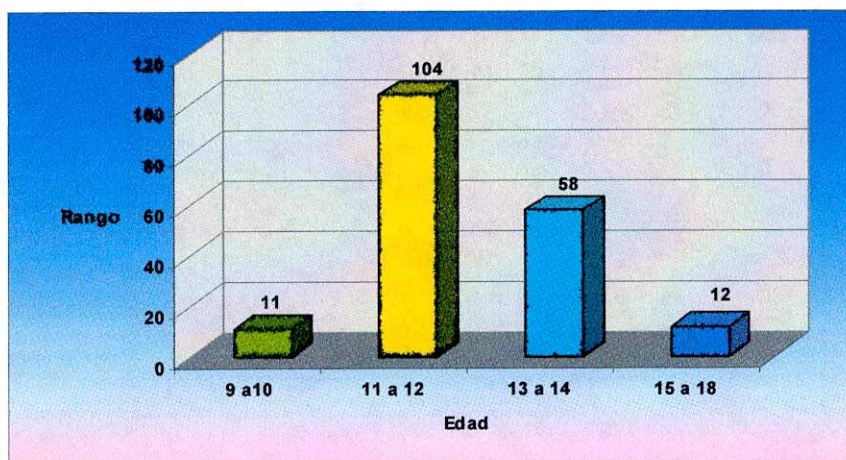
3.2 CRONOGRAMA

	Semestre 1					Semestre 2					Semestre 3					Semestre 4				
Actividad / Mes	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Elaboración del Proyecto																				
Presentación ante el Comité de Investigación																				
Presentación ante el Comité de Ética																				
Prueba piloto																				
Análisis Prueba piloto																				
Recolección de información																				
Tabulación de la información																				
Análisis de la información																				
Informe final																				
Preparación artículo																				
Entrega final																				

4. RESULTADOS

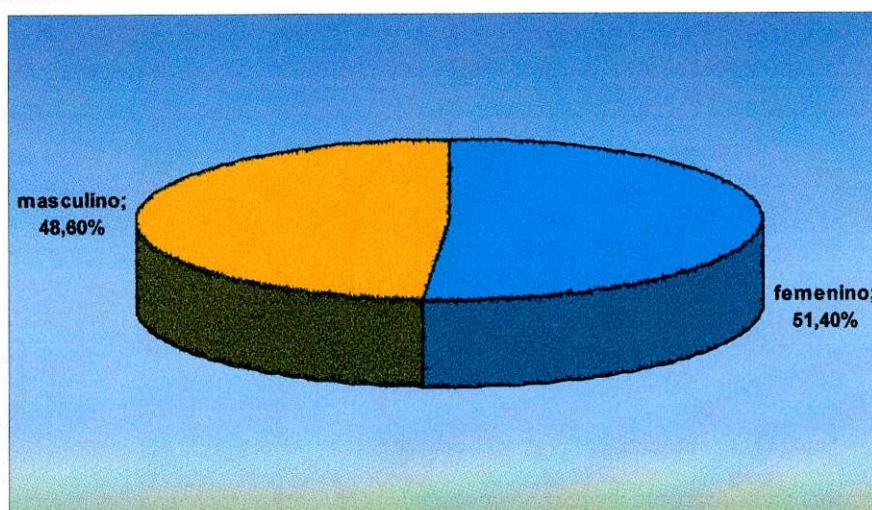
La población encuestada en su totalidad fueron 185 estudiantes, de los cuales el 51.4% eran niñas y el 48.6% eran niños.

Gráfico 1 Edad



El promedio de edad fue 12 años con una desviación estándar de 1.5 con un rango de edad entre los 9 y 18 años.

Gráfico 2 Genero



La mitad de niños y niñas tenían el índice de placa por debajo del 63.5%, observándose niveles entre 0 y 79%.

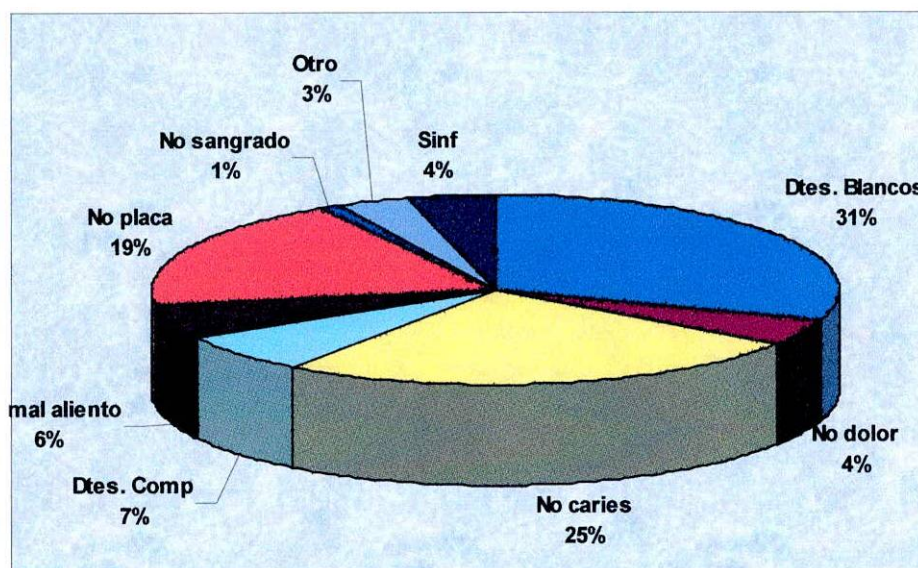
De acuerdo al porcentaje entre placa bacteriana y genero – placa bacteriana y edad no hay diferencias

La variabilidad de los datos respecto al índice de placa fue muy alta.

Creencias

Al evaluar las creencias de los estudiantes se encontró que el 30% de 185 estudiantes creen que tener una boca sana es tener dientes blancos y/o parejos, el 25% opina que es no tener caries, mientras que el 18.9% creen que es no tener placa bacteriana o calculo, el 51.4% de 185 estudiantes creen que los dientes deben durar toda la vida, se presento una frecuencia muy similar con los estudiantes que creen que el mal cepillado o el no cepillarse pican los dientes, con un 45.9% de 185 estudiantes que creen que los dientes se pican por el consumo de dulces el 57.3% de 185 estudiantes creen que las encías sangran por causa del cepillado fuerte.

Gráfico No. 3 En tu opinión ¿Qué es tener una boca sana?



De 185 estudiantes el 4.3% creen que en cada embarazo se pierde un diente. El 90% de 185 estudiantes creen que la crema dental es necesaria para realizar la limpieza de la boca, teniendo en cuenta que un 63.2% creen que cuando mas crema dental se usa mas limpios quedan los dientes, se encuentra una frecuencia muy similar de un 41.1% que creen que la seda dental evita el sangrado de la encía a un 42.7% que no creen que esta evita el sangrado de las encías.

Gráfico 4 necesidad de utilizar crema dental para la limpieza de la boca

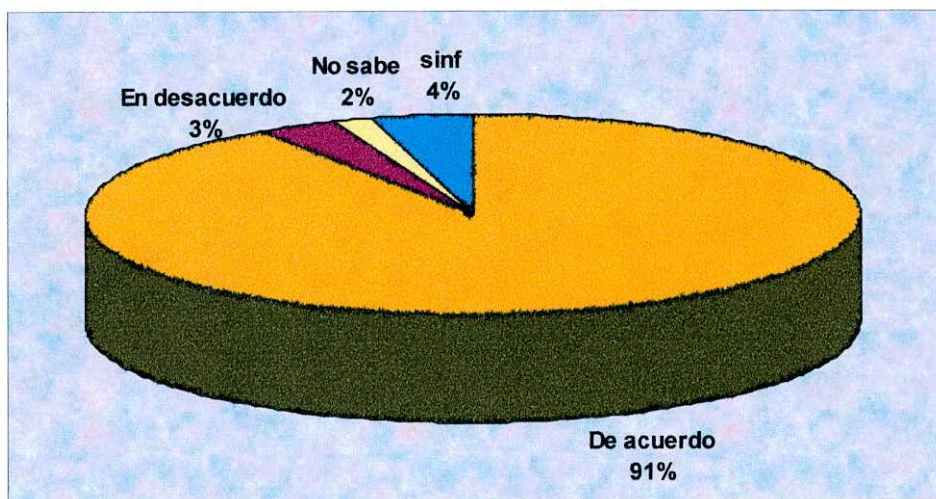
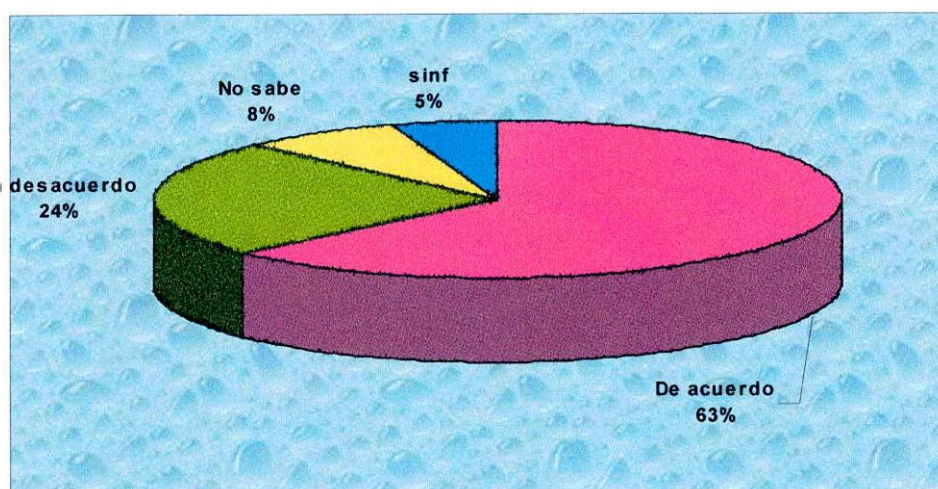


Gráfico 5 Relación entre utilizar mas crema para que los dientes queden mas blancos



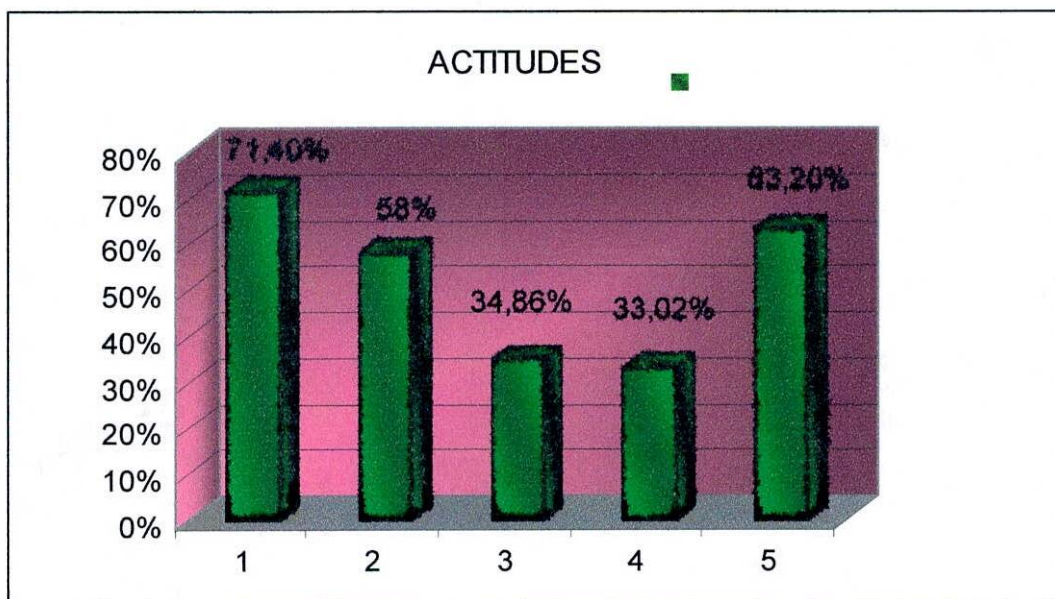
Un 57.8% de 185 estudiantes no están de acuerdo que los dientes amarillos están dañados.

Actitudes

Al evaluar las actitudes de los estudiantes encontramos que un 71.4% de 185 estudiantes afirman que los padres les enseñaron a cuidarse la boca, un 58% de 185 estudiantes cambia el cepillo cuando las cerdas ha perdido su forma. De 185 estudiantes un 34.86% cambia la forma de cepillarse cuando le sangran las encías, mientras que el 33.02% acuden al odontólogo, el 63.2% consulta al odontólogo cuando presentan dolor de muela.

De los 185 estudiantes el 10.8% consulto al odontólogo por dolor de diente. El 16.8% de 185 estudiantes consultan al odontólogo cuando presentan algún problema dental.

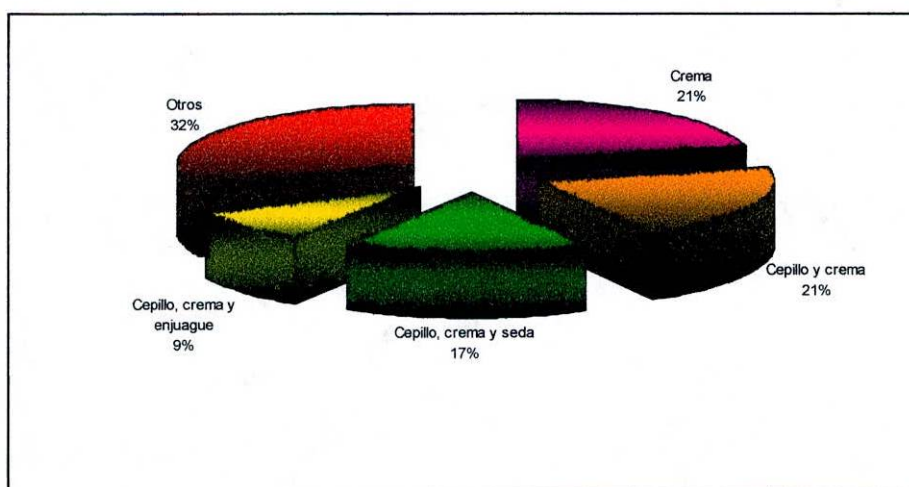
Gráfico 6.



Prácticas

Al evaluar las prácticas de los estudiantes se encontró que el 41.73% de 185 estudiantes utilizan solo el cepillo dental, el 28.69% utilizan la crema dental, el 10.72% la seda dental y el 13.62% el enjuague, teniendo en cuenta que el 34.6% se cepillan los dientes al levantarse, el 48.1% utilizan la seda dental.

Gráfico 7. Prácticas



5. DISCUSIÓN

Los resultados encontrados respecto a las creencias y las actitudes sobre higiene oral en este estudio se ajustan a lo encontrado en un estudio realizado por el ENSAB III con muestras similares donde se encontró que el 71.5% de las personas expresaron que los padres fueron quiénes les enseñaron a cuidarse la boca, seguidos en menor frecuencia por la enseñanza de los maestros y/o del odontólogo, por el autoaprendizaje o por el aprendizaje a través de mensajes de radio y televisión, corroborando así los resultados obtenidos en nuestro estudio.

Los sujetos evaluados en este estudio son preadolescentes y adolescentes, esto es importante porque es una edad en donde el cuidado de la salud oral y las técnicas para una buena higiene oral deben ser mostradas y enseñadas a los niños a muy temprana edad para evitar problemas dentales en la edad adulta.

Diferentes estudios realizados en Cuba, España y Colombia hacen énfasis en las estrategias de comportamiento que ayudan a mejorar la salud bucal por medio de técnicas educativas, para observar el estado actual de los conocimientos, hábitos y actitudes en el ámbito de la higiene bucodental de los estudiantes pre – adolescentes y adolescentes.^{4, 5, 6}

Los resultados obtenidos al indagar algunas creencias, conocimientos y prácticas de los estudiantes respecto a salud bucal. Comparadas con el ENSAB III se destaca que el 94.4% de la población considera que la crema dental es necesaria para la limpieza de la boca y los adolescentes del Colegio Benjamín Herrera, presentaron una similitud con un 90% con la misma creencia, también se encontró una similitud en la creencia que mientras más crema se use más limpios quedan los dientes.

Existe una diferencia en cuanto a las prácticas y creencias en la población encuestada del Colegio Benjamín Herrera, el 90% confirma que la crema dental es necesaria para la limpieza de la boca y sólo el 28.69 la utiliza, mientras que en otros estudios se presenta similitud de porcentajes entre la práctica y la creencia.

El ENSAB III dice que en general las actitudes, creencias y prácticas sociales de los estudiantes tienen su origen en la tradición familiar, a través de sus padres, abuelos, personas mayores, entre otros, coincidiendo con lo encontrado en este estudio.

6. CONCLUSIONES

El estudio permitió evaluar los conocimientos actitudes y prácticas de los estudiantes del Colegio Benjamín Herrera y se observó que la falta de información correcta afecta la salud oral de los estudiantes.

El nivel de placa bacteriana presentó un índice alto en todas las edades, lo que permitió observar que es necesario un incremento en la educación de los padres e hijos y toda la comunidad para disminuir el índice de placa y poder controlar la enfermedad.

El profesional de la salud debe ser un profesional integral que permita controlar y disminuir la enfermedad, incrementando el cuidado de la salud bucal que debe ser responsabilidad del paciente y controlado por el odontólogo.

7. RECOMENDACIONES

Realizar campañas de promoción en salud oral a los niños a temprana edad.

Fomentar la educación en salud oral en las instituciones e incentivar a los padres a hacer parte de esta educación.

Incentivar a los niños a asistir al odontólogo periódicamente y a realizar recambio del cepillo cada 3 meses.

BIBLIOGRAFÍA

1. CARRANZA, Fermín; NEWMAN, Michael. Periodoncia clínica. McGraw Hill Interamericana. 8ª edición. p. 90 – 99.
2. La prevención es la salud bucal se inicia con el nacimiento. Disponible en: file:///c:/ABSHIRLYTATY/MSN%20-%20mas%20util%20cada%20dia_archivos/3espe.htpag1
3. HERAZO ACUÑA, Benjamín. Clínica del sano, Capítulos III. Santafé de Bogotá: Ecoe ediciones, 2ª Edición. 1993. p. 31 – 42
4. HERAZO ACUÑA, Benjamín. Clínica del sano, Capítulos IV. Santafé de Bogotá: Ecoe ediciones, 2ª Edición. 1993. p. 31 – 42
5. HERAZO ACUÑA, Benjamín. Clínica del sano, Capítulos V. Santafé de Bogotá: Ecoe ediciones, 2ª Edición. 1993. p. 31 – 42
6. HERAZO ACUÑA, Benjamín. Estudio de tendencias epidemiológicas de caries dental y periodontopatías en las grandes ciudades colombianas. Programa Salud Bucal. Santafé de Bogotá. Ministerio de Salud.
7. HERAZO ACUÑA, Benjamin. Clínica del Sano en Odontología. Santafé de Bogotá: Ecoe, 1993, 2ª edición. 17p.
8. MONCADA, Orlando; JIMÉNEZ, Guillermo. La sal, alimento enriquecido para la prevención de salud oral en Colombia. En: Revista Federación Odontológica Colombiana. Abril de 1995, 34p.
9. HERAZO ACUÑA, Benjamín. Morbilidad bucodental. En: Revista Federación Odontológica Colombiana. Encuentro de la odontología colombiana por las Leyes 30/92 y 100/93. Noviembre de 1996. 51p.
10. III Estudio Nacional de Salud Oral. Bogotá: Ministerio de Salud, 1999
11. Representaciones sociales del proceso de salud – enfermedad oral en poblaciones urbano marginales y su relación con los discursos y prácticas institucionales. 9 – 10p.
12. MONTES CAMPUZANO, Victor Hugo. El neoliberalismo y la salud bucal en los países de América Latina. En: Revista Federación Odontológica Colombiana. Marzo de 1995. 47p.
13. SEIFR, Tomas. Cariología. Prevención, diagnóstico y tratamiento. En: Actualidades odontológicas latinoamericanas.
14. KATZ, Simon; McDONALD, James; STOOKEY, George. Odontología preventiva en acción. México: Médica Panamericana, 1997. 3ª edición.
15. CALATRAVA, Luis Alonso. ¿Qué es éxito clínico en odontología restauradora?. Disponible en: <http://www.elcov.org/éxito.htm> [26/07/2003].
16. SATCHER, David. Mensaje de Donna E. Shalala, Secretaría de Salud y Servicios Humanos. Disponible en: <http://www.nidr.nih.gov/sgr/execSummSpanish.htm>

17. Promoción de salud bucodental y prevención de enfermedades. En: prevenciones en salud capítulo 7. P. 314 – 328.
18. PÉREZ LOVELLE, Reinaldo. Las matrices de agregado, temporales y espaciales de la promoción de salud. Disponible en: http://www.psycologia.com/articulos/ar_perez_reinaldo05.htm [26/07/2003].
19. Vigilancia y evaluación de la salud bucal. Método de observación y control. Disponible en: <http://gbsystems.com/papers/general/est01195.htm> [26/07/2003].
20. MONTEAGUDO PÉREZ, Maritza; et al. Intervención en salud bucal en un área de salud. disponible en: <http://capiro.vcl.sld.cu/medicentro/v3n199/bucal%202html>. [26/07/2003].
21. HERAZO ACUÑA. Clínica del sano en odontología. Prevención con educación específica. Eco ediciones.
22. Una epidemia ignorada. En: Periódico Children's Advocate. Action Allianche for Children. Enero – Febrero, 2002
23. RODRÍGUEZ CALZADIZA, Amado. Diagnóstico de la salud bucal. En: Revista Cubana de Estomatología. Vol. 33. No. 1. 1996.
24. DÍAZ DEL MAZO, Lizel; et al. Modificaciones de los conocimientos y actitudes sobre salud bucal en adolescentes del reparto sueño.
25. GONZÁLEZ DE DIOS; et al. Estudio de hábitos de higiene bucodental en preadolescentes y adolescentes de dos colegios urbanos y dos rurales. En: Anales españoles de pediatría. Vol. 45. No. 1. 1996.
26. LORENZO GARCÍA, Virginia; et al. La salud bucodental en los escolares gallegos 1995. En: Revista Española Salud Pública. Vol. 72. No. 6. 1998. P. 539 – 546.
27. III Estudio Nacional de Salud Oral. Bogotá: Ministerio de Salud, 1999
28. RODRÍGUEZ CALZADILLA, Armando; VALIENTE ZALDÍVA, Carolina. Atención estomatológica a niños y adolescentes durante el año 1999 en Cuba. En: Revista cubana estomatol. Vol. 38. No. 3. 2001. Pág. 170 – 175.
29. Prácticas de salud y su relación con las características sociofamiliares de estudios de medicina. Universidad del Valle, Cali Colombia. 1994. Disponible en: colombiamedica.univalle.edu.co/vol.26N04/practicas.html-51k-21
30. BELLÓN, J.A. Habilidades de comunicación y utilización de las consultas de atención primaria. Disponible en: www.cfnavarra.es/salud/anales/textovol24/sub:ple2/suple2a.html-23k=2
31. LIMONTA VIDAL, Elena del Rosario; ARAUJO HEREDIA, Teresita. Intervención educativa para modificar conocimientos sobre salud bucal en escolares del tercer grado. En: Medisan. Vol. 4. No. 3. 2000. Pág. 9 – 15.
32. La búsqueda de la salud bucal se inicia con el nacimiento. Disponible en: file://c://ABSHIRLYTATY/MSN%20-%20mas%20util%20cada%20dia%20archivos/3espe.htpag1

Fecha: Abril 1 - 2005

Los estudiantes Rocio Hinojosa, Mariana Diaz Sandra
Verparq, Francisca Mamian.

Estuvieron verificando en el Index Dental Literature, MeSH, y DeCS,
lenguaje documental, relacionado con su tesis

Palabras Inglés

Dental plaque
oral health - knowledge
oral health - practice
oral health (Attitude)
oral health
O'leary index

Palabras español

Placa dental
salud bucal - conocimientos
salud bucal - practica
salud bucal (Actitudes)
salud bucal
indice de O'leary

Cordialmente,



ARLETTE GONZALEZ DE POVEDA
Bibliotecóloga

