

TOCa
OL67

PRIMER MOLAR PERMANENTE: HISTORIA DE CARIES EN NIÑOS ENTRE LOS 5 Y 11 AÑOS
FRENTE A LOS CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS DE SUS MADRES COLEGIO
ODONTOLÓGICO COLOMBIANO - 2003

LILIANA ARANZAZU SOTO
TANIA LILIANA VELASCO GUZMÁN
KAROL DEYANIRA TRUJILLO PINZÓN
MONICA ALEXANDRA PAZ SANCHEZ

COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
DOCUMENTO FINAL
SANTIAGO DE CALI
2004

PRIMER MOLAR PERMANENTE: HISTORIA DE CARIES EN NIÑOS ENTRE LOS 5 Y 11 AÑOS
FRENTE A LOS CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS DE SUS MADRES COLEGIO
ODONTOLÓGICO COLOMBIANO - 2003

LILIANA ARANZAZU SOTO
TANIA LILIANA VELASCO GUZMÁN
KAROL DEYANIRA TRUJILLO PINZÓN
MONICA ALEXANDRA PAZ SANCHEZ

Trabajo escrito presentado como requisito para optar al título de Odontólogo General

JORGE EDUARDO TASCÓN GUTIERREZ, ODONT, MSP
Director trabajo de investigación
Docente Proyecto de Investigación y Salud Pública

COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
SANTIAGO DE CALI

2004

A nuestros padres por su constante e incondicional
apoyo en el desarrollo de nuestras vidas

A nuestros hermanos quienes son el motivo que nos impulsa
a alcanzar nuestras metas

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a Dios, por permitirnos terminar a satisfacción esta nueva etapa de nuestras vidas.

Al doctor Jorge Eduardo Tascón director científico y metodológico de esta investigación, por su constante apoyo, compromiso y dedicación, en nuestra formación y en el desarrollo de esta investigación desde su concepción.

A las madres y niños participantes por su colaboración.

A Hector Fabio Mueses por sus aportes en el análisis estadístico.

A la doctora Blanca Lucía Acosta y docentes de investigación y salud pública.

A las auxiliares de la clínica de odontopediatría y a todas aquellas personas que de una u otra forma colaboraron para hacer posible la realización de esta investigación.

CONTENIDO

	pág.
INTRODUCCIÓN	14
1. CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN	17
1.1 DEFINICIÓN DEL PROBLEMA	17
1.2 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	17
1.3 JUSTIFICACIÓN	18
1.4 OBJETIVOS	20
1.4.1 Objetivo general	20
1.4.2 Objetivos específicos	20
2.MARCO TEORICO	21
2.1 DIENTE	21
2.1 CARACTERÍSTICAS GENERALES	22
2.1.1 Molares Superiores	22
2.1.2 Molares Inferiores	23
2.2 PRIMER MOLAR PERMANENTE	23
2.3 CONOCIMIENTO, ACTITUD Y PRACTICA	24
2.3.1 Conocimientos	25
2.3.2 Actitudes	26
2.3.3 Practicas	28
2.4 CARIES	29
2.5 ÍNDICE COP-D Y CEO- D	30
2.5.1 Índice ceo-d:	30
2.5.2 Epidemiología	31
3. DISEÑO METODOLOGICO	45
3.1 TIPO DE ESTUDIO	45
3.2 LUGAR Y POBLACION SUJETO A ESTUDIO	45
3.3.1 Criterios de inclusión:	45
3.3.2 Criterios de exclusión:	46
3.3.3 Criterios de discontinuación o retiro	46
3.4 MUESTREO	46
3.5 VARIABLES	46
3.6 RECOLECCION DE LA INFORMACION:	48
3.7 PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE DATOS:	48

3.8 ASPECTOS ETICOS	48
4. RECURSOS	50
6. RESULTADOS	51
6.1 POBLACIÓN SUJETO A ESTUDIO	51
6.2 CONOCIMIENTOS SOBRE EL PRIMER MOLAR PERMANENTE	51
6.3 ACTITUDES SOBRE EL PRIMER MOLAR PERMANENTE	52
6.4 PRACTICAS SOBRE EL PRIMER MOLAR PERMANENTE	53
6.5 HISTORIA DEL ÍNDICE COP DEL PRIMER MOLAR PERMANENTE	54
7. DISCUSION	55
8. CONCLUSIONES	58
9. RECOMENDACIONES	61
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	62
ANEXOS	64

LISTA DE TABLAS

	Pág
Tabla 1. Variables	64
Tabla 2. Recursos	50

LISTA DE ANEXOS

	pág.
Anexo A. Formato de consentimiento informado	65
Anexo B. Encuesta	68

RESUMEN

Objetivo: Describir sobre el primer molar permanente la historia de caries en niñ@s entre 5 y 11 años pacientes del C.O.C de Cali, frente a los conocimientos, actitudes y practicas de sus madres.

Introducción: La caries es una enfermedad de origen multifactorial, inicia tras la erupción dental y determina un reblandecimiento de los tejidos duros del diente. El primer molar permanente erupciona entre los 5 y 7 años de edad, no tiene predecesor y es uno de los dientes más afectados por esta enfermedad.

Materiales y Métodos: Estudio descriptivo de corte transversal. La población se conformo por las madres y sus hij@s entre 5 y 11 años pacientes del Colegio Odontológico Colombiano de Cali. La muestra estuvo conformada por 50 niñ@s y sus 50 madres. El indice COP se usó para identificar la historia de caries del primer molar permanente. Para la recoleccion de datos se utilizó un cuestionario semi-estructurado de 21 items.

Resultados: 34% respondió que los dientes definitivos erupcionan entre los seis y siete años. 54% refirió que los dientes temporales son poco importantes por que se van a caer. El 100% de las madres respondió que es importante llevar a su hij@ cada seis meses al odontólogo. 34%. cambia el cepillo de dientes de su hij@, cuando las cerdas han perdido la forma.

Conclusiones: La mayoría de las madres no saben la importancia del primer molar permante, Más de la mitad de los niñ@s presentan un alto porcentaje de dientes obturados, cariados y perdidos. Pese a que las actitudes de las madres con respecto a la higiene oral son favorables, las practicas, no lo son.

INTRODUCCIÓN

La caries dental es una enfermedad de origen multifactorial en la que intervienen cuatro factores: microbianos (presencia de bacterias), del sujeto (diente susceptible), del ambiente (presencia de carbohidratos refinados y fermentados) y del tiempo; se inicia tras la erupción dental y determina un reblandecimiento de los tejidos duros del diente, proceso que conlleva hasta la formación de una cavidad.(1)

Es importante anotar que la presencia de caries en la población entre los 5 y 6 años de edad fue del 73%; periodo en el cual, el primer molar permanente inicia su erupción.(2)

El primer molar permanente, erupciona por detrás del segundo molar deciduo, y no tiene predecesor; y al ocupar un gran espacio posterior, su presencia es fundamental para el desarrollo y equilibrio de la oclusión. (1)

Tascón (2003), plantea que el uso de teorías y modelos para fundamentar una investigación o un programa de intervención en salud, que permitan el entendimiento del comportamiento, los conocimientos y actitudes de las poblaciones sobre un aspecto en salud, mejora significativamente las probabilidades de éxito de las mismas. (3)

La Organización Panamericana de la Salud en su informe de salud oral de 1997, afirmó que la salud oral sigue siendo un aspecto fundamental de las condiciones generales de salud en las Américas, debido a la importancia que tiene como parte de la carga global de morbilidad los costos relacionados con su tratamiento y la posibilidad de aplicar medidas eficaces de prevención.(4)

Satcher (2000), afirmó que las disparidades socioeconómicas y la falta de conocimientos de las personas sobre la importancia de la salud oral, así como sobre las técnicas para lograr un buen cuidado bucal, son barreras que impiden mantener los tejidos bucodentales libres de enfermedad; de igual manera, advierte que la salud oral significa más que dientes en buen estado y por ende la salud oral es parte integral de la salud general del individuo.(5)

Teniendo en cuenta lo anterior, el estudio describe los Conocimientos, Actitudes y Practicas -CAP-, de madres con hijos entre los 5 y 11 años sobre el primer molar permanente, con el propósito de generar evidencia que permita el diseño de campañas efectivas de educación para la prevención de caries dental (específicamente en el primer molar permanente) en este grupo poblacional.

Explicar como y porque las personas adoptan ciertas practicas con efectos en su propia salud y la de los demás, como es el caso de las practicas de higiene oral, es un propósito valido de investigaciones contemporáneas de salud.(6)

Entender los determinantes comportamentales y sociales de las practicas de salud es requerimiento básico para el desarrollo exitoso de intervenciones educacionales y de promoción orientadas a predisponer, facilitar o reforzar ciertas conductas. Entre mas se logre saber de los factores que subyacen al comportamiento, la probabilidad de influir en nuevas decisiones y practicas de las personas es creciente.(6)

Según un informe descriptivo de la fundación FES, los conocimientos son representaciones mentales que cada individuo consolida a lo largo de su vida, estructurándose como ideas, nociones o como claros conceptos y definiciones interrelacionables cognitivamente.(6)

Las actitudes son junto con la motivación, valores y percepciones, uno de los conceptos mas vaga y erradamente abordado desde cuando el concepto comenzó a ganar relevancia en el campo de la psicología.(6)

Las practicas se podrían agrupar en tres categorías: las preventivas, las referidas a las enfermedades y las de la persona ya enferma. Ha sido de esta categorización original que se derivo uno de los ejes básicos del estudio moderno de los diversos componentes de las practicas con implicaciones en salud.(6)

1. CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuales son los conocimientos, actitudes y practicas sobre el primer molar permanente de madres que tienen hijos entre 5 y 11 años que asisten al c.o.c de Cali y cual es la historia de caries de dicho molar?

1.2 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

El primer molar permanente erupciona entre los 6 y 7 años de edad se ubican por detrás del segundo molar temporal donde los inferiores preceden a los superiores. (1)

La Secretaria de Salud del municipio de Cali en 1999 llevó a cabo un programa de salud oral con el objeto de garantizar los servicios básicos de salud oral para la población y dicho plan partió de algunos datos que hacen referencia directa al problema del primer molar permanente. En los resultados de este estudio se pudo detectar que el mayor problema empieza a presentarse con los niños que están entre los 7 y 8 años, los cuales constituyen el 20% y el 10% respectivamente. La situación mas deplorable del primer molar se encuentra entre los niños que tienen 9 y 11 años, por ejemplo los niños de 9 años constituyen el 55%, es decir mas de la mitad presenta un molar cariado. Entre los niños que se encuentran entre los 12 y 14 años, empieza a disminuir el porcentaje de molares cariados. De los tratamientos realizados, el sellante fue el más usado, seguido por la obturación en amalgama. (7)

De acuerdo con esta información, se trabajará con niños entre los 5 y 11 años, dado que el molar erupciona más frecuentemente a los 6 años de edad y se toma en consideración los niños de 9 a 11 años, para evaluar en un intervalo de edades más amplio la historia de caries del primer molar permanente ya que en el transcurso de la carrera se ha visto y conocido por medio del material clínico y las vivencias la importancia del primer molar, así como también se ha podido ver dentro de la práctica diaria en la clínica de adultos y niños del C.O.C que el primer molar permanente es el diente más afectado dentro de la cavidad oral y es al que desafortunadamente más mutilaciones se le realizan.

El estudio a realizar va enfocado en los conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) que tienen las madres del COC de Cali sobre el primer molar permanente a la edad de 5 a 11 años, y así determinar si estos son favorables, o si de lo contrario, no ayudan a la prevención de la caries, por esto por medio de un odontograma se evaluará la historia de caries del primer molar permanente.

1.3 JUSTIFICACIÓN

La cavidad oral está conformada por procesos alveolares, lengua, paladar, mucosa, glándulas, papilas, frenillos, encía y dientes; sin embargo al momento de nacer no hay dientes visibles en la boca, pero se pueden encontrar ya muchos dientes en diferentes etapas del desarrollo en ambos maxilares. El periodo de erupción de los dientes temporales finaliza aproximadamente a los dos años de edad del niño. Esta dentición permanece intacta hasta que el niño tiene aproximadamente seis años de edad, y es cuando empieza la transición hacia la dentición permanente y es ahí donde erupciona el primer molar permanente. (1)

Los molares superiores e inferiores realizan la mayor parte del trabajo de masticación y trituración de los alimentos. Son los más grandes y fuertes por su volumen y su anclaje en los maxilares. Aunque las coronas de los molares pueden ser algo más cortas que las coronas de los premolares,

sus dimensiones son mayores en todos los sentidos; La localización normal del primer molar permanente esta en el centro del maxilar adulto completamente desarrollado. A consecuencia del significado de su posición y de las circunstancias que rodean su brote, se consideran los primeros molares como “piedras angulares” de los arcos dentales. (1)

El primer molar permanente no tiene predecesor y erupciona entre los 6 y 7 años de edad, se ubican por detrás del segundo molar temporal donde los inferiores preceden a los superiores. Por ser este diente el primer molar permanente en la cavidad oral, muchas madres ignoran la importancia del cuidado que se le debe dar.(1)

En el Estudio Nacional de Salud Bucal de 1999 - ENSAB y el estudio de la secretaria de Salud de Cali: En Busca de una sonrisa Feliz (1999), la morbilidad por caries es alta, y es el diente que recibe mayor tratamiento odontológico Se considera que el conocimiento de salud oral es uno de los requisitos esenciales para la adopción de conductas saludables; sin embargo, el conocimiento y las conductas apropiadas de salud oral se pueden mejorar por medio de la educación en salud. (8)

La presente investigación se realiza con el objetivo de describir los conocimientos, actitudes y prácticas que sobre el primer molar permanente tienen las madres de niñ@s entre 5 a 11 años y la historia de caries del mismo; con el propósito de generar evidencia que permita el diseño de campañas efectivas de educación para la prevención de la caries dental (específicamente en el primer molar permanente) en este grupo poblacional. La investigación es metodológicamente viable, es factible porque se cuenta con recursos humanos, físicos y económicos. El recurso físico con el que se cuenta es las clínicas del C.O.C de la ciudad de Cali, donde los investigadores permanecen día a día y donde las personas a ser investigadas están constantemente., teniendo en cuenta lo anterior, no hay necesidad de desplazamientos para que sea realizada la investigación, otro recurso físico son libros, revistas y documentos de la biblioteca del Colegio Odontológico Colombiano Santiago de Cali y además se cuenta con el apoyo de profesionales expertos en esta área.

Por otro lado se cuenta con la presencia de cuatro investigadoras, estudiantes del Colegio Odontológico de Cali, un asesor científico y metodológico para el desarrollo de la investigación y con las madres y sus hijos que asisten a las clínicas pediátricas del C.O.C de Cali

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 Objetivo general

Describir los conocimientos, actitudes y practicas que sobre el primer molar permanente tienen las madres de niñ@s entre 5 a 11 años pacientes del C.O.C de Cali, 2002 y la historia de caries del primer molar permanente.

1.4.2 Objetivos específicos

- Describir la población sujeto a estudio de acuerdo a edad y nivel de escolaridad.
- Describir las características socioeconómicas de las madres de los niños que asisten al C.O.C.
- Describir los conocimientos sobre el primer molar permanente que tienen las madres de los niños entre los 5 y 11 años de edad pacientes del C.O.C.
- Describir las actitudes que tienen las madres sobre el primer molar permanente de los niños entre los 5 y 11 años de edad pacientes del C.O.C.
- Describir las prácticas preventivas sobre el primer molar permanente que hacen las madres de los niños entre los 5 y 11 años de edad pacientes del C.O.C.
- Evaluar la historia de caries del primer molar permanente en los niños de 5 a 11 años de edad pacientes del C.O.C.

2.MARCO TEORICO

2.1 DIENTE

Los dientes son órganos blanquecinos, duros, de consistencia pétreo, implantados en el borde libre o alveolar de los dos maxilares superior e inferior; tienen por función dividir los alimentos para hacerlos más accesibles a la acción de los jugos digestivos. (1)

Tienen un papel accesorio en la fonación y contribuyen a la estética de la boca y de la cara. Por sus características exteriores, los dientes tienen mucha analogía con los huesos y durante largo tiempo han sido descritos con el esqueleto.(1)

El aparato de la masticación está constituido no sólo por los dientes, sino también por los maxilares y músculos de la masticación. (1)

El hombre, al igual que los mamíferos, presenta una dentición heterodóntica, es decir, de piezas dentarias diferentes y no similares entre sí, ya que cada tipo de diente está especializado para una función (los incisivos para cortar, los caninos para desgarrar y los molares para triturar).(1)

Los dientes, ya sean temporales o permanentes, se implantan en los alvéolos del maxilar. Estos alvéolos, que son uniloculares para los dientes de una sola raíz y multiloculares para los dientes de raíces múltiples, son exactamente iguales, en cuanto a forma y dimensiones, a la parte del diente que está destinado a recibir.(1)

Se dice que los dientes se implantan verticalmente en sus alvéolos. Pero eso no es rigurosamente exacto. En efecto, existen algunos que se inclinan más o menos sobre la vertical. Así los grandes

molares se inclinan algo hacia dentro en la mandíbula superior y algo hacia fuera en la mandíbula inferior.(1)

Se presentan tres molares en cada hemiarcada, ellos no son precedidos por ningún diente temporal y la erupción de cada uno de ellos es bastante retardada con respecto a su vecino mesial, como si esperaran un acomodo de los dientes restantes permanentes, ya que ellos ocuparán un gran espacio posterior y representarán un factor de equilibrio o desequilibrio de la oclusión definitiva. (1)

El primer molar inferior junto con su antagonista son generalmente los primeros dientes permanentes que aparecen en la boca. Ellos también son un elemento de soporte fundamental en la dimensión vertical de la cara. Por todas estas consideraciones los primeros molares representan un invaluable conocimiento por parte del estudiante, para prevenir o corregir anomalías en el crecimiento y desarrollo de la especie humana. (1)

2.1 CARACTERÍSTICAS GENERALES

2.1.1 Molares Superiores

- Generalmente poseen tres raíces, dos vestibulares y una lingual.
- En general, de las cuatro cúspides, tres son de carácter considerable y la cuarta, más pequeña.
- Las coronas son siempre más anchas en sentido vestibulo lingual que en sentido meso-distal.
- Generalmente las cúspides disto-vestibular y meso-lingual están unidas por un puente de esmalte o línea oblicua.
- La disposición de las cúspides meso-vestibular, disto-vestibular y meso-lingual es un modelo tricuspídeo triangular.

- La cúspide meso-vestibular es más grande que la disto-vestibular. La cúspide disto-lingual es generalmente de menor elevación. (1)

2.1.2 Molares Inferiores

- La cúspide disto-lingual es más marcada en el primer molar y va disminuyendo progresivamente hasta casi siempre desaparecer en los molares siguientes.
- Los primeros molares superiores e inferiores son generalmente los más grandes de los tres y son el prototipo de todos los molares, los que menos variaciones morfológicas presentan.
- En general los dientes inferiores tienen dos raíces, mesial y distal. Generalmente poseen cuatro cúspides mayores y con frecuencia una quinta muy pequeña.
- Las coronas son siempre más anchas en sentido mesodistal que en sentido vestibulo-lingual.
- Son las únicas unidades donde sus cúspides linguales principales tienen igual tamaño a las restantes.
- Los conceptos que contiene el problema tales como: primer molar permanente, conocimientos, actitudes y prácticas de las madres de los niños del C.O.C. tienen el siguiente significado para la investigación.(1)

2.2 PRIMER MOLAR PERMANENTE

Se ubica por detrás del segundo molar deciduo, en el momento de su erupción motivo por el cual no se requiere la exfoliación de un molar deciduo para permitir su aparición en la cavidad oral.

Erupciona aproximadamente a los 6 años de edad y es pieza de vital importancia ya que realiza durante la masticación la mayor parte del trabajo de trituración de los alimentos. Son los más grandes y fuertes en volumen y en anclaje en los maxilares. (1)

2.3 CONOCIMIENTO, ACTITUD Y PRACTICA

Resume las variables conocimiento, actitud y práctica.

Los estudios de la salud buscan resultados de los comportamientos en los que las personas y los grupos humanos pasan de un CAP negativo a un CAP positivo, más favorable a su salud y el de las otras personas. (6)

Un resultado esperado en toda intervención mediante estrategias educacionales o de promoción, es que las personas adopten prácticas saludables y cambien sus prácticas negativos en la salud.(6)

Entender cada comportamiento mental y social de las prácticas de salud es muy importante para el desarrollo exitoso de intervenciones educacionales y de promoción orientadas a predisponer, facilitar o reforzar ciertas conductas. Entre más se logre saber de los factores que subyacen al comportamiento, la probabilidad de influir en las nuevas decisiones y prácticas de las personas es mayor.(6)

La explicación de las prácticas relacionadas a la salud puede darse por tanto en dos perspectivas mayores: la comportamental y la social. (6)

Otras variables del comportamiento han ganado espacios explicativos. Las más reconocidas son la auto-eficacia teoría de Alberto Bandura, y las etapas de cambio, de James Prochaska y colaboradores. (6)

Por el otro lado, en la perspectiva social, variables interpersonales, de modelamiento grupal, aspectos organizacionales, institucionales, comunitarios y ecológicos entre otros, han sido propuestos y aplicados para explicar las prácticas de las personas. (6)

CAP ha sido la manera familiar como personas y grupos de interés han abordado el estudio de estas tres variables respecto de diversos eventos de salud y enfermedad.(6)

La sigla CAP ha sido frecuente y erradamente usada para referirse a un supuesto "modelo", sobre el cual varias consideraciones pueden ser hechas. (6)

A continuación se define la sigla CAP:

2.3.1 Conocimientos

En el caso de este estudio se entiende que es la distinción que hacen las madres del primer molar permanente, no solo de su ubicación en el arco bucal, sino también de que es un diente permanente que no necesita la exfoliación de otro para erupcionar, de su importancia y su edad de erupción. (6)

Los conocimientos son representaciones mentales que todo ser humano cree a lo largo de su vida, manteniéndolas como ideas, nociones o como claros conceptos y definiciones interrelacionables cognitivamente. (6)

Son productos cognitivos propios de cada persona, mediados por la percepción, la información, la experiencia y el raciocinio. Los conocimientos dicen en si lo que la gente sabe sobre algo. Mediante las opiniones basadas en lo que se sabe, permite revelar características de las creencias de las personas, respaldar emocionalmente sus actitudes y justificar sus practicas entre si mismo y los demás. (6)

De todas las variables relacionadas con el conocimiento la creencia en salud ha sido, sin duda, la más ampliamente usada y discutida. (6)

Los estudiantes de la universidad de ciencias en salud en kuwait durante el curso escolar 2001/2002 realizaron un estudio llamado el conocimiento de salud oral y conductas entre las ciencias de salud masculinas, se distribuyó una encuesta a todos los estudiantes en la Universidad (N = 153), Los estudiantes llenaron (anónimo) la encuesta en la clase después de la conferencia. la información que se obtuvo fue sobre la conducta y conocimiento de salud oral. (9)

El conocimiento de salud oral parecía ser limitado y muy pocos factores eran asociados con él. Más de la mitad de los estudiantes había visitado a un odontólogo en los 12 meses anteriores, pero sólo una tercera parte de los estudiantes se estaba cepillando dos veces por día o más.

Puede concluirse que los estudiantes de Ciencias de salud parecían tener el conocimiento apropiado en algunos temas de salud oral, pero conocimiento limitado en los otros.(9)

2.3.2 Actitudes

Son las que expresan las madres de familia pueden ser en dos sentidos: negativa o positiva; por actitud negativa frente al cuidado del primer molar se piensa que a sabiendas de la naturaleza del molar, la madre de familia no hace nada por cuidarlo, y por actitud positiva cuando actúa en sentido contrario.(6)

Thurstone (1876) definió la actitud como la intensidad de efecto a favor o en contra de un objeto.(6) Para Allport (1912) la actitud es un estado mental y neurológico de atención, organizado a través de la experiencia y capaz de ejercer una influencia directiva o dinámica sobre la respuesta del individuo a todos los objetos y situaciones con las que está relacionado.(6)

Actitudes son, junto a la motivación, valores y percepciones, uno de los conceptos más vaga y erradamente abordado desde cuando el concepto comenzó a ganar relevancia en el campo de la psicología. Para 1918, la psicología social, por ejemplo, ya era definida como el estudio científico de

las actitudes, mostrando la relevancia de este constructo o variable en el ámbito del comportamiento en sociedad. (6)

Allport, en 1935 ya había definido la actitud como el estado mental de preparación, producto de la experiencia, que ejerce una influencia directa y dinámica sobre las respuestas de la persona a todos los objetos y situaciones con las que se relaciona. Harry C. Triandis, académico del departamento de psicología de la Universidad de Illinois-EUA, fue uno de los que mayores aportes teóricos hizo a la descripción y comprensión de las actitudes humanas. Él escribió entre 1968 y 1970, durante una pasantía en el Centro de Estudios Internacionales de la Universidad de Cornell, en Estados Unidos de América, una publicación considerada básica en la interpretación de porque tenemos actitudes, cuales son sus tipos, que las determinan y que hace que estas tengan cambios en las personas. Para Triandis, la actitud en general es una consistencia en las respuestas del individuo a objetos y situaciones. En particular la actitud puede ser vista como una idea cargada de emoción que predispone a una clase de acciones siempre que se está enfrente de una clase particular de situaciones. (6)

Las actitudes son expresiones de un pensamiento o un sentimiento constante, que puede variar, como reflejo de un grupo de creencias dirigidas hacia un objeto, persona o situación. Expresan el conjunto de creencias y tiene una fuerte carga valorativa sobre algo o alguien, por tal motivo las personas sin un concepto, un conocimiento o una creencia sobre algo no puede tener una actitud sobre ese mismo algo. Así, la representación cognitiva sería la condición mínima para tener una actitud. Las actitudes se fundamentan en tres pilares: un componente cognitivo alimentado por la información, las vivencias y los conocimientos; un componente afectivo, mediado por sentimientos, emociones, gustos y aversiones y, uno netamente comportamental, mediado por las habilidades motoras, cognitivas, verbales y sociales de las personas. Sin embargo, cambios en conocimientos, creencias y actitudes no necesariamente significan cambios en las prácticas y viceversa. (6)

2.3.3 Practicas

Son las que se realizan después de tener claro conceptos relacionados con lo que se va a practicar, pueden ser practicas negativas o positivas y se entiende por estas dos lo siguiente: la practica negativa es la falta de costumbres de higiene oral, de ritos sociales para elevar el entusiasmo del niño hacia su higiene oral; por practicas positivas están comprendidas tales como: cepillado diario, uso de la seda dental, enjuagues bucales si es necesario, visita al odontólogo cada seis meses y nutrición. (6)

El trabajo original de Kasl y Cobb, sobre el comportamiento de la gente en momentos de disfrute de salud y durante las enfermedades percibidas o sentidas, es un mito en lo que hoy se conoce sobre prácticas en salud. Las prácticas de las personas se podrían agrupar, según los autores, en tres categorías: las preventivas, las referidas a las enfermedades y las de (a persona ya enferma. Ha sido de esta categorización original que se derivó uno de los ejes básicos del estudio moderno de los diversos componentes de las prácticas con implicaciones en salud. Para Gochman las practicas en salud, incluso, deberían ser consideradas no solo como las acciones observables sino también como los eventos mentales cognitivos y sentimentales viables de ser reportados, registrados y medidos. Él proponía que las prácticas podrían incluir los determinantes de la conducta y la conducta objetiva en sí misma. Para efectos prácticos, sin embargo, lo que realmente puede ser medido es lo que objetivamente la gente hace y puede ser registrado.(6)

En el estudio que aquí se presenta, la plataforma conceptual, la estrategia metodológica y los instrumentos de recolección usados para cumplir con los objetivos formulados, fueron ajustados de acuerdo a estas consideraciones conceptuales y otras de carácter operativo respecto de cinco variables de interés:

- Conocimiento, como concepto relativamente intercambiables y con fuerte interacción.

- Actitud como predisposición de los subgrupos de población encuestados frente a dimensiones de la lactancia.
- Intención y práctica como variables resultado.

Sobre el conocimiento, la actitud y la practica se han hecho algunos estudios, pero a nivel general sobre la salud bucal y no de manera especifica sobre el primer molar permanente, por ejemplo el estudio realizado por el Ministerio de Salud en el año de 1991 sobre la salud bucal expresaba que "los aspectos relacionados con las representaciones, conocimientos y practicas en salud bucal han sido poco analizados en el país. En la encuesta de demanda de servicios odontológicos de 1977-80, se indagó por la percepción que tienen las personas en relación con la enfermedad bucal y la necesidad de atención odontológica que sobre morbilidad se han hecho estudios que con mayor frecuencia afectan a la población, como lo son los temas de morbilidad bucodental, es decir se trata el tema desde el punto de vista de la proporción de personas que se enferman en un sitio y tiempo determinado, pero que desde el punto de vista del conocimiento, la actitud y la práctica, siendo que para las comunidades es tan importante no sólo el aspecto patológico de la enfermedad predominante sino también aquel estudio que reflexiona las causas del problema desde la misma situación de contexto cultural y social en que se hallan las comunidades. (6)

2.4 CARIES

La caries dental es un problema sanitario de primera magnitud en la infancia. Dada la escasa sensibilización de la población hacia este problema y la posibilidad de la prevención que se realiza desde edades tempranas de la vida, el pediatra tiene un importante papel en su profilaxis y detección.(10)

Según la OMS la caries es un proceso patológico localizado de origen externo que determina un reblandecimiento de tejido duro del diente; se inicia tras la erupción y evoluciona hacia la formación de una cavidad. (11)

La caries se caracteriza por una serie de complejas reacciones químicas y microbiológicas que acaban destruyendo el diente, esta destrucción es el resultado de la acción de ácidos producidos por bacterias en el medio ambiente del diente, la importancia de la caries radica en diversos puntos:

- Es la enfermedad infecciosa oral de mayor prevalencia a nivel mundial.
- Puede dar lugar a complicaciones sistémicas graves.
- Puede ser prácticamente erradicada con las medidas preventivas que se conocen y que presentan una ventajosa relación costo-beneficio.(12)

2.5 ÍNDICE COP-D Y CEO- D

El índice cpo-d es un promedio que se obtiene al sumar los dientes permanentes con códigos 1(Cariado) , 2 (obturado con caries), 3 (obturado sin caries) y 4 (perdido por caries) y dividirlos por el numero de personas evaluadas, en los códigos 1 y 2 se incluyen los dientes con indicación de extracción por caries .

2.5.1 Índice ceo-d:

En el índice ceo-d se obtiene al sumar los dientes temporales con códigos c (cariado), y o (obturados sin caries), e (perdido por caries); dentro de los dientes con código e se incluye la extracción indicada por caries. (2)

2.5.2 Epidemiología

La caries dental es el problema numero uno en estomatología ya que puede afectar al 99 % de la población y de igual forma, puede agravar otros problemas estomatologicos.(13)

El Ministerio de Salud realizó en 1998 el Tercer Estudio de Salud Bucodental cuyos resultados indicaron que más del 90% de la población presentó historia de caries dental. (2)

Según estudios realizados por Erazo (1992) en Colombia, se ha llegado a considerar que la problemática de la salud bucal es compleja y que como característica básica son la caries y la enfermedad periodontal, las dos enfermedades que con mayor frecuencia afectan a la población referencia. El mayor porcentaje de edades desconoce el concepto de caries y placa bacteriana, a medida que aumenta la edad existe una noción del concepto pero aún difusa .(14)

Acosta y col.(1987), realizaron una investigación sobre caries dental en la dentición temporal como indicador de riesgo en lesiones cariosas en los primeros molares permanentes; el propósito del estudio fue analizar la posibilidad de utilizar, el índice ceo-d como indicador de lesiones cariosas en fisuras y fosetas del primer molar permanente. Se estudiaron 60 niños entre los 8 y 10 años, se les realizó registro de caries, por medio del índice ceo-d y el estado de los primeros molares permanentes fueron seguidos durante 18 meses en observación. No se encontró ninguno de los molares obturados, el 66.7% de estos se encontraba sano, y el 33.3% con evidencia de caries. Entre la comparación de lo inicial con el nuevo resultado se observó que el 36.7% había modificado su condición inicial de sano, solo el 11.7% de cariados fueron obturados. Estos hallazgos sugirieron que es conveniente utilizar la experiencia de caries en la dentición temporal como indicador de riesgo a caries en los primeros molares permanente. (15)

Igualmente Ríos y colaboradores (2000) de la unidad patológica terapéutica medica del departamento de medicina, odontología y estomatología de la universidad del valle La Paz Bolivia,

acordaron en analizar 575 historias clínicas de pacientes atendidos de la clínica odontológica de la Paz durante enero del para determinar el tipo de patologías pulpares que mas predominan en la muestra tomada, cual es el sexo que presenta mayor frecuencia de estos casos. Siendo mas frecuentes caries en el genero femenino con el 55% de 2670 casos. Según el estudio, en dentición permanente las que presentan mas caries son el primer molar inferior 12% (503 casos) y el segundo molar superior 9% con (389 casos). Se analizaron oclusales, proximales, cervicales en primeros, segundos, centrales y laterales permanentes. En cuanto a edad y sexo las jóvenes tienen una frecuencia mas alta de caries que los hombres, esta diferencia se atribuye a la erupción mas temprana de los dientes en las niñas. En los resultados se estableció que la caries de mayor predominio es la oclusal 65%(3173 casos), y la segunda es caries proximal con 29% y la caries cervical con 7% de casos. De acuerdo a la clasificación, la mayor frecuencia es el de 10 a 19 años con 29%. En dentición permanente los dientes que más presentaron caries fueron: primer molar inferior, primer molar superior y segundo molar superior. La Clínica Odontología Univalle La Paz concluyó un 87% de casos de caries(4887 casos), 9% de patologías pulpares en 522 casas y 4% de anomalías del desarrollo. (16)

En 1995 Lorenzo y colaboradores se analizo el estado de salud bucodental de los niños gallegos de 6 a12 años y se valoró su aproximación a los objetivos de salud bucodental de la OMS del año2000. Se estudio, oclusión dental , prevalecía de placa y estado periodontal, en consideración se evaluó el estado del molar de los 6 años , el 70.5% de niños no presentan anomalía, el 13.1% presenta anomalías leves y severas el 16.5%. En higiene dental 49 niños tienen todos los primeros molares sin placa , 42.1% tiene placa en el tercio gingival y el 23.6% abundante placa . En caries el 29.2% de niños tenían afectadas entre uno y cuatro dientes temporales y el 16.56% tenían 5 o mas dientes alterados , el 54.3 de los niños no presentaban caries en los dientes. (17)

En Sumapaz, ubicada en la cordillera oriental en Colombia, el club de la sonrisa feliz realizó un estudio en el que toda la población se situó en el estrato 1 y 2 donde las familias son numerosas. El objetivo del estudio fue medir el efecto del programa “El club de la Sonrisa Feliz” en la población,

los resultados fueron mejores con respecto a los conocimientos, actitudes y practicas que a las variables relacionadas con la seda y el enjuague bucal. Los objetivos especificos fueron: efectuar mediciones sobre el CAP en salud oral de los escolares, efectuar mediciones sobre el CAP en salud oral del núcleo familiar de los escolares, medir el efecto del programa el club de la sonrisa feliz en su fase de intervención sobre CAP en salud oral de los niños de las escuelas participantes, medir el efecto del programa el club de la sonrisa feliz en su fase de intervención a nivel del grupo familiar de los estudiantes incluidos en el programa. La encuesta escolar tenía un 65% de preguntas dirigidas a medir conocimientos, un 25%, a evaluar actitudes y un 10% para determinar practicas en salud oral, la encuesta familiar un 60.87% en practicas, 21,74% en actitudes y 17.39% en conocimientos. Utilizaron índices de higiene oral Green y vermillon, índice de caries COP y CEO. Los resultados del 100% de los menores de 7 años intervenidos identifica el cepillo dental, el 67% identifica la seda dental y en 67% identifica el enjuague bucal, saben que es caries el 26% y saben definitivamente o conocen la caries el 10%. Encontraron que el nivel socioeconómico de los padres no es un factor influyente para que ellos no conozcan acerca de hábitos en higiene oral, dieta y el uso de medidas preventivas como el fluor, pero el bajo nivel educativo interfiere en la habilidad de que ellos pongan en practica este conocimiento y lo transmitan a sus hijos, no se consiguió impacto en el desarrollo de una cultura de aspecto físico y funcional de los dientes ya que en términos generales el tenerlos desviados, pigmentadas o con caries no preocupa tanto a la población como sería deseable. Otro aspecto es que además de que se consiga una buena identificación de los alimentos que produzcan caries lo cual se consideró ampliamente, se tenga en cuenta para el futuro alimentos que puedan ser protectores de la salud oral. (18)

La Dirección del Servicio de Salud Viña del Mar Quillota a través de su Departamento de Salud Oral, y de las asesorías odontológicas de su Dirección de Atención Integrada (Viña del Mar, Quilpué, Quillota y Petorca), a partir de 1994, dio un fuerte impulso a la Política Nacional de Salud Bucal del Ministerio de Salud, realizó un estudio con el objetivo de Conocer el actual daño que afecta la salud bucal de los escolares atendidos en Consultorios de la Comuna de Viña del

Mar, en aspectos específicos y en determinados grupos hectáreas. Según la distribución por sexo, en el grupo de pre escolares, hubo un 50% de consultantes en ambos grupos. En el grupo de escolares, un 49,8 % correspondió al sexo femenino y un 50,2 al sexo masculino, el grupo pre escolar un total de 477 niños, en los que se encontró un promedio de 20,3 dientes erupcionados, y un promedio de 18,91 dientes libres de caries. La distribución de la severidad de caries en piezas cariadas, obturadas y perdidas es en Pre escolares índice CEO promedio es de 1,43 y en escolares El índice C - O - P promedio es de 2,3. El 64,23 % de niños pre escolares libres de caries encontrados en este estudio, representa un 84,74 % de mejoría con relación al año diagnóstico (1984) previo al inicio de la implementación de las medidas preventivas antes aludidas. Al comparar estos índices con los generales entregados por el MINSAL, vemos claramente que las acciones de Salud Pública del Nivel Central, implementadas, motivadas y potenciadas por el Servicio de Salud Viña del Mar Quillota, están logrando un impacto altamente beneficioso para la población beneficiaria. (19)

La patología bucodental es un problema con elevada incidencia, principalmente en relación con la caries, maloclusión y malposición dentaria. La caries es la patología oral más importante en la infancia y adolescencia, por esto en el año de 1993 y 1994 se realizó una investigación llamada "Estudio de hábitos de higiene bucodental en preadolescentes y adolescentes de dos colegios urbanos y dos rurales". El objetivo del estudio que se realizó es conocer el estado actual de los conocimientos, hábitos y actitudes en el ámbito de la higiene bucodental de escolares preadolescentes y adolescentes. En los resultados se observó que la prevalecía de caries en esta población de escolares es de un 24,5%., hay mejor higiene bucodental en los escolares de colegios rurales y en las niñas. Los adolescentes presentan mayor problemática que los preadolescentes. En el medio rural se adquieren los conocimientos sobre higiene en el colegio mucho mas frecuente que en el urbano, en este ultimo juega un papel muy destacado la televisión. El grupo de edad de 16años tiene una problemática especial, no solo se lavan menos los dientes y declaran que nunca se les ha enseñado nada, sino que además refieren que no se les anima en su familia para ello. El

conocimiento de los alumnos sobre caries presenta unos porcentajes similares en ambos medios, siendo un 23% de los alumnos que aseguran tener caries en el medio rural y un 25% en el urbano, del global de alumnos aproximadamente un 52% asegura no padecer caries, y un 24% no lo sabe. Con respecto a la etiología, un 67% de alumnos respondió que el azúcar era la causa no encontrándose diferencia entre lo rural y lo urbano, donde si aparece diferencia significativa es en la respuesta "un microorganismo" ya que en el medio rural contestaron en un porcentaje mayor(28.5%) que el urbano(21.5%). El mayor porcentaje de los niños considera que que 3 minutos es el tiempo adecuado para lavarse los dientes hay mayor porcentaje de respuestas correctas en el medio rural que en el urbano. La mayoría de alumnos del medio rural nunca a tenido dolor en un diente y mostraron mas interés frente a la encuesta. Los alumnos del medio rural se cepillan la lengua mas frecuentemente(29.3%), mientras que el urbano solo en un16.4%. Es importante realizar exámenes de salud y educación sanitaria en el ámbito escolar, especialmente en determinadas patologías con mayor prevalencia, como la caries dental y otras patologías bucodentales. El primer paso para realizar una adecuada educación sanitaria es conocer la realidad del problema. Un mejor nivel de educación sanitaria en los colegios rurales es, probablemente, la causa de los mejores resultados en esta población. Las niñas tienen mayor conciencia de la enfermedad. Es necesario un mayor nivel de educación sobre higiene bucodental, principalmente en adolescentes. (20)

Un estudio realizado en Venezuela por Rivera sobre prevalencia de caries y fluorosis dental en niños escolarizados, señala que esta enfermedad en dientes primarios se evidenció a partir de los 6 años con más de 3 dientes cariados. (21)

El III estudio nacional de salud bucal de 1998 – ENSAB, reveló que el 60.4% de los niños de 5 años de edad tenían historia de caries en la dentición primaria, con una prevalencia de 54.8%, el índice ceo-d fue de 3.0 en esta misma edad. (2)

Dorronsoro en su investigación sobre la evolución de la salud bucal en niños en Córdoba, Argentina, mostró un incremento de correlación positiva del índice ceo-d con las variables higiene oral y salud gingival. (22)

En 1997 se publicó un artículo en la revista Gaceta Dental llamado "educación para la salud dental" en el cual la OMS define educación dental como una combinación de oportunidades de aprendizaje que facilita cambios voluntarios del comportamiento que conducen a una mejora de la salud. En este artículo se hace énfasis en la promoción de la salud para la cual se usan casi siempre modelos de educación, hasta ahora el modelo dominante es el modelo médico que consiste en dar información sobre la etiología de las enfermedades e instrucciones a la población sobre como deberían comportarse, este enfoque se definió como culpabilización de la víctima ya que hace responsable a cada quien de su salud. Otro modelo es el modelo psicológico en el que se consideran las expectativas y experiencias de cada persona y el modelo socioambiental es cambiar el ambiente para facilitar la elección de estilos de vida más saludables. Todos estos procedimientos necesitan componentes educativos, y la población más importante son los escolares, puesto que los niños no solo tienen desarrolladas al máximo sus capacidades cognitivas sino que se encuentran ansiosos por adquirir habilidades nuevas. Existen unos factores determinantes del comportamiento de la salud, las técnicas utilizadas en el modelo médico fracasan cuando se pretende convertir las actitudes frente a la salud dental de los niños en hábitos saludables, por que la relación entre conocimientos y comportamientos no puede asumirse que sea lineal, por que el niño puede no entender o no estar preparado para aprender, pero si para comprender en forma de manipulación censo motora o de experiencia perceptiva, por esto el conocimiento puede que no se obtenga hasta que no haya ocurrido la actividad. De este modo el factor socioeconómico tiene mucho que ver en el comportamiento para la salud. Otros factores que influyen en el comportamiento son: las actitudes están modeladas por la familia e influenciadas por valores y normas de amigos, compañeros etc, las practicas: las cuales están influenciadas por la preocupación de la apariencia, atractivo facial e influencias socioculturales, las campañas que

aunque puedan proporcionar información es raro que motiven a comportamientos positivos y las influencias políticas y económicas, todo esto se debe tener en cuenta a la hora de realizar un programa educativo de salud bucodental. (23)

El Dr. Nicolás Camacho Calderón realizó un estudio en una Unidad de Medicina Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social, El estudio que se realizó en 106 niños preescolares con edades entre los 3 y 5 años donde 55 eran del sexo masculino y 51 del sexo femenino, los que fueron sometidos a una exploración completa bucal, y a sus padres se le hicieron un tipo de cuestionario que exploró aspectos relacionados con alimentación previa y actual, lactancia materna, hábitos de higiene bucal y atención dental que hubiesen recibido. Para obtener esta información, diseñaron una encuesta que incluyera las siguientes variables: sexo, edad, en cuanto a alimentación: edad a la que se interrumpió la lactancia materna, retiro del biberón, tipo de sustancias dulces colocadas en el biberón, frecuencia al día en que ingiere dulces y alimentos. En cuanto a atención dental: frecuencia con que visitan al dentista, si alguna visita al dentista fue por presentar dolor o asintomático, tipo de tratamiento recibido y hace cuánto tiempo. En cuanto a salud bucal : edad a la que se inicio el cepillado, numero de veces al día de higiene bucal al inicio de esta, número de "cepilladas" al día actualmente, si el niño se los limpia solo o con ayuda de algún adulto. El objetivo del era determinar la importancia que tiene la presencia de alimentos azucarados en el desarrollo de la caries, así como la alta frecuencia del biberón por largo tiempo. se relacionó la frecuencia del consumo de éstos, con la frecuencia de la práctica de higiene bucal y la presencia de caries dental de cualquier grado. Se encontró, que la mayoría de los niños preescolares consumen dulces una o dos veces al día (entre comidas), y sólo se cepillan sus dientes 2 veces al día y son los que presentaron un índice de caries mas alto. Se Llegó a la conclusión de que el daño a los dientes se incrementa cuando se tienen hábitos dietéticos ricos en carbohidratos, además del uso del biberón con sustancias dulces, consumo de alimentos con sacarosa (chicles, helados, golosinas, refresco, etc). La mayoría de los niños no saben realizarse o no están acostumbrados a realizar una buena higiene bucal; en la mayoría de los casos no son

ayudados por los padres lo cual predispone a padecer caries dental pues pudieron comprobar que Existe escasa o nula información por parte de los padres de familia sobre las repercusiones del hábito de dormir con el biberón aunado a sustancias con alto contenido de sacarosa. y lo mas preocupante es que la mayoría de la población esta acostumbrada a asistir a consulta estomatológica sólo cuando existe molestia o dolor dental para recibir tratamiento curativo y no preventivo. Muy poca gente tiene información sobre los cuidados, la importancia de los dientes temporales y los tratamientos preventivos existentes para ellos. La edad a la que se inicia la higiene bucal es un factor importante para prevenir caries, al igual que la frecuencia con que se realiza el cepillado dental. (24)

Se han realizado varios estudios sobre conocimientos actitudes y practicas, un ejemplo es el estudio realizado en 1993 llamado "Las opiniones de conocimientos y practicas de odontólogos generales con respecto al cáncer oral", este estudio fue realizado en Estados Unidos, un grupo de expertos desarrollo encuestas en las que se incluyó: datos personales, preguntas sobre el conocimiento acerca del cáncer oral con signos y síntomas, preguntas sobre opiniones, por ejemplo la importancia del diagnostico temprano del cáncer y preguntas sobre practicas, ejemplo: como realizan el examen para el diagnostico de cáncer oral, componentes de la historia clínica en lo que se hace referencia al consumo de tabaco y alcohol.(etc). Los expertos mandaron por correo un estudio modelo a 500 odontólogos seleccionados al azar. En los resultados sobre los conocimientos se encontraron muchas incoherencias, por ejemplo, el carcinoma de células escamosas fue identificado como la forma mas común de cáncer oral por el 83% de los odontólogos, cuando se hizo la pregunta de dos sitios en los que se presente más comúnmente el cáncer oral, excluyendo los labios, solo el 74% y el 68% respectivamente respondieron correctamente la lengua y piso de boca. El 30% y el 14% selecciono incorrectamente la mucosa bucal y el paladar blando. Solo el 30% seleccionó correctamente que el grupo de 60 años en adelante es donde se diagnostica la mayor cantidad de casos de cáncer oral, y el 36% respondió correctamente que la leucoplasia y la eritoplasia son las lesiones mas comunes asociadas a

cáncer oral temprano. La mayoría de los odontólogos respondió correctamente que el tabaco y el alcohol estaban asociados al desarrollo de cáncer oral e incorrectamente el bajo consumo de frutas, el uso de dentaduras totales o fijas y la historia familiar de cáncer cita .Con respecto a las practicas el 74% de odontólogos realiza un examen en la primera a todos los pacientes. El 20% de los odontólogos no realizan este tipo de exámenes. Un tercio de los odontólogos relata que realizan palpación de cuello de todos los pacientes. El 45% de los odontólogos pregunta a sus pacientes si consumen tabaco o alcohol y el 33% no realiza ninguna pregunta. Por medio de este estudio se concluyó que es de gran importancia mejorar los conocimientos y las practicas de los odontólogos relacionados con el descubrimiento del cáncer oral.

En relación con las afecciones dentales Se presume que el 4% de la población americana bajo 21 a los de edad son afectados por cualquier tipo de afección o limitación física como puede ser la invalidez, estas se pueden adquirir en el nacimiento o pueden ser el resultado de un accidente. De estos individuos se dicen que presenta mayor riesgo de enfermedades bucodentales por la dificultad al acceso del cuidado dental. El SSI, creó un programa que proporciona fondos para la salud oral en niños y adultos inválidos, estas personas deben después de recibir un diagnostico por parte del medico, se remitidos a servicios de salud oral. Frecuentemente estos niños inválidos deben tener la ayuda siempre de sus padres para cumplir positivamente con su buena salud oral, pues por lo regular su actitud es negativa frente a la higiene. (25)

Un grupo de investigadores de la universidad de IOWA realizó un estudio con un grupo de padres que llevaban sus hijos al ISS. Les realizaban un plan de estudio de higiene oral, el grupo escogido fue de problemas sicológicos, retrasados mentales, inválidos física y sensorialmente. Se realizaron preguntas a los padres para saber si su hijo necesitó cualquier cuidado dental en el año, y si la respuesta era positiva se les pedía que informaran que cuidado habían tenido con sus hijos, se le pregunto acerca del cuidado o terapia especial en casa de acuerdo a las dificultades emocionales y de desarrollo. El análisis fue diseñado para determinar los factores que contribuyen

significativamente, la necesidad del cuidado dental y las barreras para recibirlo. Los resultados revelaron que 730 padres contestaron las preguntas de salud oral Y el 68% declararon que en los últimos 12 meses sus hijos necesitaron de cuidado dental, los niños se encontraban entre 5 y 16 años, el 9.4 declararon que tenían problemas grandes, el 8.1% un problema pequeño y el 82.5% no tenían problemas . (26)

La salud oral es un aspecto fundamental en las condiciones generales de salud en América debido a su morbilidad y a los costos. La caries es la enfermedad mas común en escolares entre 5 y 17 años, sin embargo si se realiza intervención temprana se puede evitar. Enfermedades como diabetes, cáncer de cavidad oral y de faringe y en alto grado hepatitis b y VIH, aumentan el riesgo de caries, enfermedad periodontal y perdida de dientes. Este articulo establece conceptos para la gestión de recursos de salud oral, la organización panamericana de la salud OPS, ha contribuido con países como Chile, Colombia, Costa Rica, México y Perú para desarrollar con éxito el programa de fluorización de agua y sal. De este modo se fortalece la eficacia de la reducción de caries, y es factor clave para la OPS y la OMS cambiar el perfil epidemiológico de salud oral en América en un periodo corto. Se espera que la mayoría de países alcancen la meta de la OMS de un CPO-D-12(dientes cariados/perdidos/obturados para niños de 12 años para el año 2000) este programa se celebró en junio de 1997. (27)

Otro Estudio acerca de conocimientos actitudes y practicas se realizó en 1993, en el cual se evaluaron los conocimientos, hábitos, y actitudes en el ámbito de la salud bucodental de los estudiantes de 6,7 y 8 años de dos colegios de Alicante y de dos municipios de la provincia, de dos colegios de medio urbano y de medio rural, en total fueron 600 escolares al azar entre 1993-94, se realizaron encuestas ordenadas por ítems de conocimientos y actitudes, y los resultados fueron: los niños del medio rural en un porcentaje alto se lavan los dientes después de cada comida mientras que el porcentaje en el medio urbano es mayor, Las niñas poseen mayor proporción de

caries que los niños y tienen una mayor incidencia que los niños, con respecto a la higiene las niñas tienen mayor frecuencia de lavado que los niños, las niñas obtienen mas información de sus padres respecto a los niños y hay un porcentaje global del 27% que no obtiene la información de ninguna fuente, las niñas se lavan mejor los dientes ya que un 80% se cepilla todos los dientes, mientras un niño no, con respecto al consumo de golosinas es mayor en las niñas, con respecto la etiología de la caries los menores de 14 años responden correctamente a un microorganismo, a pesar de esto la respuesta global ha sido que el causante de la caries es el azúcar, con respecto a la frecuencia de lavado un 7% de los mayores de 13 años no lo hace y los expertos de la OMS consideran que la educación sanitaria de la salud dental ha de tener dos grandes campos de acción: la comunidad y la escuela. (28)

En relación con los índices de caries, Se realizó un estudio de un año de duración con una población escolar de 820 niños de 4 años en Córdoba Argentina para establecer los factores de la incidencia de caries en diferente condición socioeconómica, los índices y las tasas de incidencia estuvieron desarrollados con el nivel económico social de los niños, los niños de bajo estrato económico tienen un riesgo de experimentar caries de 5 veces mayor que los niños de alto estrato social, el estudio se realizo en los jardines infantiles oficiales o privados de la ciudad de Córdoba, se repartieron encuestas para los padres respecto a la condición laboral y el principal responsable del sustento familiar. Los niños se agruparan en tres grupos de categorías que son: NES1 burguesía, NES2= pequeña burguesía, NES3= proletariado típico y subproletariado.(29)

Se realizó examen clínico odontológico: en el cual se realizó un recuento de dientes presentes y superficies cariadas, con extracción indicada y obturado, se utilizó índice CEO-D y CEO-S, la higiene oral fue determinada por green y vermillon y el índice de salud bucodental fue empleado por los criterios establecidos por cool donde el porcentaje es el estado de boca sana, se evaluaron los niños en tres cortes, los ENS3 que no tenían experiencia de caries para evaluar los efectos de cepillado y la colocación de fluor. La información sobre la nutrición de los niños fue obtenida por

medio de entrevista personal realizada a la madre, se pregunto sobre el consumo cantidad y frecuencia y la cantidad fue valorada teniendo en cuenta los azucres. Los resultados establecieron que la cantidad promedio de dientes temporales presentes en la boca al comienzo y al final de estudio en los niños al igual que el numero de piezas permanentes al finalizar fueron casi idénticas en los tres niveles socioeconómicos. En los preescolares de NES3 el riesgo relativo de padecer caries resulto 5 veces mas altos que en niños de NES1. La proporción de niños con experiencia de caries al comienzo y al termino del periodo de estudio fue mas alto en NES3. No existieron diferencias entre niveles en el porcentaje de los niños que comenzaron con la boca sana. Los índices de caries y la tasa de incidencia de los niños de NES3, que recibieron cepillado y fluorización descendieron a valores casi idénticos a los no tratados de el NES1, la mayor vulnerabilidad de las superficies oclusales puede deberse a dos causas, fosas y fisuras profundas de fácil colonización, y el desplazamiento de la película salival y la depuración de azucres en fosas y fisuras en molares inferiores. (29)

Otro estudio relacionado con las actitudes se realizó en 1993, sobre el crecimiento familiar no deseado. Casi 10 años después en 1982 el porcentaje en embarazos no deseados disminuyo en casi un medio en un 7.7%, hasta el momento no se había realizado ningún estudio basado en la actitud de mujeres embarazadas y en morbilidad de neonatos, se ha evaluado: Encontrándose que las madres con embarazos no deseados tienen conductas como alcohol, tabaco y violencia por parte de sus esposos. Para los propósitos de esta investigación se les pregunto si estaban solteras, casadas, menores de 18 años y si aún vivían con sus padres, si las mujeres contestaban que les molestaba el embarazo y se encontraban antes de los 3 meses se estudiaban posibilidades. También estas preguntas fueron usadas para identificar factores que pueden confundir la relación entre la morbilidad infantil no deseada. Los factores asociados con la actitud hacia el embarazo fueron descritos primero comparando la proporción de aquellos que informan un embarazo no deseado, el 8.3 murió dentro de los primeros 28 días de vida intrauterina y el 0.6 murió después, el riesgo de morbilidad disminuyo con la educación.(30)

Con respecto a la importancia de los conocimientos sobre algún tema algunos estudios hacen referencia a esto, en el 2000 se publicó un artículo en el cual hablan sobre la importancia del conocimiento de los factores de riesgo de la enfermedad de chagas, ya que estos son muy limitados. Esta enfermedad es un problema muy grave en América latina, puede estar producida por falta de higiene, y presencia de animales dentro de la vivienda, este artículo tiene como objetivo definir las nociones elementales que constituyen el nivel óptimo de conocimientos (NOC) sobre la enfermedad de chagas que debe poseer todo habitante de áreas endémicas. Se trabajó con comunidades de dos zonas epidemiológicamente diferentes de Argentina: el departamento de Río Seco y el departamento de Puelén. En cada comunidad participaron todos los docentes y alumnos mayores de 10 años y los jefes de familia de las viviendas visitadas en cada departamento el NOC está representado por 25 conocimientos actualizados de la enfermedad y sus características de transmisión. Se observa que en las comunidades estudiantiles solo los docentes de Río Seco superaron el NOC, entre las cabezas de familia y los docentes de ambos departamentos, no se encontraron diferencias significativas, menos de el 30% de los docentes y alumnos sabían que la presencia de vicuñas en las viviendas se detecta a través de las heces en las paredes, no más de 50% de los alumnos y docente y de 30% de cabezas familiares encuestados reconocieron a los animales domésticos como una fuente de alimentación de las vinchucas, el porcentaje de respuestas correctas con respecto a medios de transmisión fue muy bajo. (31)

Se realizó un estudio en 1128 niños en edades de 5 a 14 años pertenecientes al seminternado y a una escuela secundaria en el municipio de Santa Clara. Con este estudio se pretende conocer el estado de salud bucal de esta población infantil y para determinar la prevalencia de caries y maloclusiones. Se utilizó un muestreo aleatorio estratificado, el método de examen y registro de datos se realizó por inspección visual que se ubicó junto al cuestionario utilizando el índice de Knuston, de IPR, IP-IHBS. Los resultados muestran la prevalencia de caries, solo el 36.5% estaba sano y la edad más afectada fue el grupo de 10 a 14 años, el grupo de más de 14 años presentó mayor porcentaje de buena higiene oral, de 5 a 9 años se observó higiene deficiente en un 54.1%,

en relación con la necesidad de tratamiento de ortodoncia preventiva y correctiva existe una atención solamente al 4.78% ya que es imposible dar cobertura a todos los niños, este problema se presenta en países subdesarrollados en vías de desarrollo y desarrollados. (32)

Este artículo proporciona las estimaciones de caries dental y sellantes que usan los niños americanos y estudio de examen de nutrición. Mas del 60% de niños de 10 años presentan dentición primaria y los adolescentes de 5 a 17 años en el 55% presentan dentición permanente, los porcentajes mas altos de caries dental en niños y adolescentes continua siendo distribuidos entre aproximadamente 25% de la población americana. Menos de 1 en 5 niños tienen uno o mas dientes permanentes sellados. Para la dentición primaria los porcentajes de dientes cariados eran calculados para cada niño que tenia mas de un sellante y los medios de estos porcentajes eran calculados para cada subgrupo de la población. Durante el examen de caries dental, la presencia de sellantes en molares primarios y dientes posteriores permanentes excluyendo terceros molares e incisivos laterales superiores permanente, se descubrieron por métodos visuales y táctiles. Los resultados de este informe están basados en niños examinados de edades de 2 a 11 años. La caries esta por encima de 54'000.000 de niños americanos y adolescentes de 2 a 17 años. El 60% de niños de 10 años de dentición primaria estaba libre de caries en dientes primarios, los niños blancos en un 87%, los negros en un 78% y los México americanos en el 67.7%. (33).

Sobre conocimientos y actitudes en California se realizó un estudio entre proveedores del cuidado dental, Las leyes estatales definen el abuso como lesión física y emocional al igual que accidentes o trauma en un niño realizado por otras personas. Las leyes definen el abandono del niño como negligente tratamiento de nutrición o medico. En California el abandono dental hace parte del abandono físico y se dice que de un millón de niños en New York 800 son maltratados por falta de cuidado bucodental, de los cuales el 85.3% están realizando tratamiento sin importar los abusos y el 2.27% reporta algún tipo de abuso en la comisaría, aproximadamente el 11% fueron informadas por agencias de salud pero se informó que era hecho por agencias dentales y clínicas. (34)

3. DISEÑO METODOLOGICO

3.1 TIPO DE ESTUDIO

Este estudio es de tipo observacional descriptivo transversal, ya que se utilizaron cuestionarios donde se recolectó información necesaria para describir los conocimientos, actitudes y prácticas que tenían las madres sobre el primer molar permanente de sus niñ@s que se encuentran entre los 5 y 11 años y para evaluar el índice COP del mismo.

3.2 LUGAR Y POBLACION SUJETO A ESTUDIO

El estudio fue realizado en las clínicas de odontopediatría del colegio odontológico colombiano de Cali valle.

La población de estudio son madres que tienen niñ@s entre 5 y 11 años de edad que asisten a las clínicas del colegio odontológico colombiano, durante el periodo de la recolección de datos (año 2003

3.3 CRITERIOS DE SELECCIÓN

3.3.1 Criterios de inclusión:

Madres deben ser ante todo personas que lleven a sus hijos a consulta odontológica al C.O.C de Cali , los cuales deben de tener hijos entre las edades de 5 a 11 años de edad.

3.3.2 Criterios de exclusión:

No se tendrá en cuenta para este estudio las madres con hijos menores o mayores a las edades establecidas puesto que no cumplirían con las características necesarias, tampoco se contara con madres que no asistan al C.O.C de Cali.

3.3.3 Criterios de discontinuación o retiro

se discontinuara de la investigación en el caso de que las características esenciales de los sujetos a trabajar no correspondan a lo necesitado por los investigadores.

3.4 MUESTREO

Muestreo no probabilístico por conveniencia en donde se seleccionaran madres que tienen hijos entre 5 a 11 años de edad que asisten al C.O.C de Cali.

3.5 VARIABLES

Tabla 1. Variables

Nombre de la variable	Definición de la variable	Escala de la variable cualitativa	Categoría	Medición
P1 .Edad de la madre	Se requiere la edad de la madre para guiarnos en una edad promedio de cuantos hijos pueda tener	Continua	-36 -35	Cuantitativa
P2 Nivel de escolaridad de la madre	Para conocer que nivel de conocimiento general tiene	Nominal	-Primaria -Bachiller -Universitaria	Cualitativa
P3 Nivel socioeconómico	Para conocer el nivel de cultura general.	Ordinal	-1, 2, 3, 4, 5, 6	Cuantitativa
P4 Edad de el niño	Saber si corresponde a la edad requerida por el estudio.	Continuo	5 - 11	Cuantitativa
P5 Sexo del niño	Para conocer el nivel cognitivo.	Dicotomica	-Femenino -Masculino	Cualitativa
P6 Sabe usted cuando le brotan los dientes definitivos a sus hijos?	Para saber si la madre conoce o no el desarrollo dental de su hijo.	Ordinaria	6-7 9años 10-11 años no sé	Cuantitativa

Continuación tabla 1.

Nombre de la variable	Definición de la variable	Escala de la variable cualitativa	Categoría	Medición
P7 Los dientes de leche son poco importantes porque se van a caer?	Para saber si las madres tienen conocimiento de la importancia de los dientes temporales	Ordinal	Si No No sé	Cualitativa
P8 La primera muelita para toda la vida sale antes de los 8 años	para saber si las madres conocen la erupción del primer molar permanente a los 6 años	Ordinal	Si No No sé	Cualitativa
P9 Par que salga la primera muelita permanente debe caerse primero un diente de leche?	Para saber si las madres conocen que el primer molar permanente no tiene predecesor.	Ordinal	Si No No sé	Cualitativa
P10 Los padres son los responsables de enseñarle a sus hijos a cuidar sus dientes.	Para saber que tan importante es para las madres el cuidado de los dientes de sus hijos	Ordinal	Si No No sé	Cualitativa
P11 Para ud es importante llevar a su hijo al odontólogo cada 6 meses?	conocer que tan importante es para ellas llevar a su hijo al odontólogo.	Ordinal	si No	Cualitativa
P12: Considera importante cepillar a su hijo después de cada comida	Para saber si las madres consideran el cepillado de los dientes importante	Ordinal	si no	Cualitativa
P13: Cree que es importante que su hijo utilice enjuague y seda dental?	Para saber si es importante ara las madres el uso de los implementos de higiene oral.	Ordinal	si no	Cualitativa
P14: Para Ud. es importante que el odontólogo ponga sellante a la primera muelita?	Para saber si es importante que se le realice tratamiento preventivo a los dientes de sus hijos	Ordinal	si no	Cualitativa
P15: Supervisa Ud. el cepillado de dientes de su hijo	Para saber si las madres controla el cepillado de su hijo para una adecuada higiene oral.	Ordinal	Si No	Cualitativa
P16: Cuando decide cambiar el cepillo de dientes de su hijo.	Para saber si las madres cambian adecuadamente los implementos de higiene oral.	Ordinal	1.Cerdas sin forma 2.Sucio 3.Periodicamente	Cualitativa
P17: Cuantas veces ingiere dulces su hijo al día?	Para saber si conocen el alto indice de cariogenidad de los dulces.	1.Una vez al día 2.2veces al dia 3.3 veces al dia	Ordinal	Cualitativa
P18: su hijo utiliza enjuague dental después del cepillado	Para saber si los niños utilizan otro aditamento de higiene a parte de cepillo y crema.	si no	Ordinal	Cualitativa
P19: Su hijo usa seda dental después del cepillado?	Para saber si los niños utilizan otro aditamento de higiene a parte de cepillo y crema.	Si No	Ordinal	Cualitativa
P20: Su hijo utiliza crema dental cada vez que se cepilla	Para saber si utiliza los implementos adecuados	Si No No se	Ordinal	Cualitativa

3.6 RECOLECCION DE LA INFORMACION:

La recolección de información del trabajo de campo se realizó durante el mes de agosto del 2003. Las madres fueron encuestadas utilizando un cuestionario estructurado dividido en cinco ejes temáticos: datos personales de la madre y su hijo, conocimientos (5 ítems), actitudes (5 ítems), practicas (6 ítems) sobre el primer molar permanente. De igual manera, se obtuvo el índice **COP-D** (sumatoria de dientes **D** con caries **C**; dientes con obturación permanente **O** y dientes perdidos por caries **P**, sobre el total de individuos examinados) del primer molar permanente por medio de la revisión de las historias clínicas de los niños, para una muestra total de 100 sujetos a estudio.

Previo al trabajo de campo, se realizó una prueba piloto con 10 niños y 10 madres con el propósito de calibrar a los encuestadores, validar el instrumento de recolección de datos y establecer el cronograma definitivo para el trabajo de campo.

3.7 PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE DATOS:

Para el análisis de datos, se utilizó el paquete estadístico Epi-info 2002 (*) con el que se realizó un análisis estadístico descriptivo univariado por medio tablas de frecuencia, indicadores de tendencia central (media y mediana) y dispersión, de igual manera se realizó un análisis bivariado, con tablas de contingencia y gráficos de barras. Se utilizó la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis para comparar los índices COP-D teniendo en cuenta el estrato socioeconómico, y el nivel de escolaridad de la madre con un nivel de significancia del 95%.

3.8 ASPECTOS ETICOS

Este trabajo contara con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o con su representante legal, deberá ser realizado por estudiantes con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad de las madres bajo la responsabilidad de una entidad de salud.

- En las investigaciones a las madres que asisten al C.O.C de Cali se protegerá la investigación identificándolo solo cuando los resultados lo requieran.
- El grupo de investigadores o el investigador investiga deberá identificar el tipo o tipos de riesgo a que estarán expuestos las madres o sus hijos.
- Los investigadores suspenderán la investigación de inmediato, al advertir riesgo o daño para la salud del sujeto en quien se realice la investigación. Así mismo, será suspendida de inmediato para aquellos sujetos de investigación que así lo manifiesten.
- Se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual las madres autorizan la investigación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos, beneficios y riesgos a que pueda ser sometida con la capacidad de libre selección.
- La información suministrada por las madres al grupo de investigación será de carácter confidencial.
- Ver anexo 1

4. RECURSOS

Tabla 2. Recursos

Rubro	Valor
RESMA DE PAPEL	\$ 15.000
CARTUCHO DE TINTA	\$ 80.000
FOTOCOPIAS POR PAGINA	\$ 30.000
LAPICES	\$ 3.000
REFRIGERIO	\$ 20.000
TANSPORTE POR VIAJE	\$ 25.000
ANILLADO	\$ 6000
HORAS POR INTERNET	\$30.000
DISQUETE	\$ 1700

6. RESULTADOS

6.1 POBLACIÓN SUJETO A ESTUDIO

Un total de 50 cuestionarios fueron diligenciados durante el mes de agosto del 2003. La población participante fué conformada por 50 madres con edades entre los 20 y 72 años, con media de 36 años y mediana 35.

De igual manera se evaluó la historia de caries dental del primer molar permanente de 50 niños hijos de las madres encuestadas, sus edades oscilaban entre 5 y 11 años, con media y mediana de 8.

De los 50 niños evaluados, 30 (que equivalen al un 60%) fueron de sexo femenino y 20 (40%) fueron de sexo masculino.

Con respecto al nivel de escolaridad de las madres, el 24% terminó la primaria, 64% el bachillerato y 12% realizó estudios universitarios.

Cuando se preguntó sobre el nivel socioeconómico en que viven las madres, el 52% pertenecen a estrato uno y dos, 44% al estrato tres y cuatro y 4% al estrato cinco y seis.

6.2 CONOCIMIENTOS SOBRE EL PRIMER MOLAR PERMANENTE

Sobre los conocimientos que tenían las madres sobre el primer molar permanente respondieron:

- Cuando se pregunto sobre si sabían cuando le nacían los dientes definitivos a sus hijos, el 34% respondió seis y siete años, 32% a los nueve años, 16% diez y once años y el 18% no sabían.
- A la pregunta que si los dientes de leche no son poco importantes por que se van a caer, el 54% respondió que si, el 38% que no y el 8% que no sabían.
- Con respecto sobre la primera muelita que es para toda la vida si salía antes de los 8 años, el 46% respondió que si, 30% que no y el 24% que no sabían.
- Las madres conocen que para que salga la primera muelita permanente, debe caerse primero un diente de leche, el 68% respondió que si, el 16% no y no saben el 16%.
- Para la pregunta de que si los padres son los responsables de enseñarle al niño a cuidar sus diente el 96% responde que si, el 4%. Responde no.

6.3 ACTITUDES SOBRE EL PRIMER MOLAR PERMANENTE

Sobre las actitudes de las madres sobre el cuidado de sus hijos:

- Para el 100% de las madres es importante llevar a su hijo cada seis meses al odontólogo.
- Con respecto a la pregunta si es importante cepillar a su hijo después de cada comida, el 96% respondió si, el 4% no.
- En cuanto a la importancia que tienen acerca sobre el uso de la ceda dental y el enjuague bucal, para el 92% si es importante la utilización de estos dos implementos de higiene oral y para el 8% no es importante la utilización.
- Respecto a la actitudes de las madres con sus hijos para el 86% es importante que el odontólogo ponga sellantes a la primera muelita y para el 14% no es importante este procedimiento.
- En cuanto a la pregunta que si es importante ayudar a cepillar a su hijo, el 98% respondió que si y el 2% respondió que no es importante.

6.4 PRACTICAS SOBRE EL PRIMER MOLAR PERMANENTE

Sobre las practicas las madres respondieron:

- Con respecto al cepillado de su hijo el 60% si lo supervisa y el 40% no lo supervisa.
- En cuanto a la decisión de cambiar el cepillo de dientes de su hijo, el 34% lo hace cuando las cerdas han perdido forma, el 8% cuando se ve sucio y el 58% periódicamente sin importar su estado.
- Para las madres el 28% ingieren dulces una vez al día, el 30% dos veces al día y mas de tres veces respondieron el 42%.
- A la pregunta del uso del enjuague después del cepillado el 36% si lo hacen y el 64% no lo hacen.
- Con respecto al uso de la seda dental diario las madres respondieron que sus hijos si la usan diario el 30% y no la usan diario el 70%.
- En cuanto al uso de la crema dental cada vez que se cepilla su hijo ellas respondieron si el 94% y no el 6%.
- Historia de caries dental del primer molar permanente
- Un total de 50 odontogramas evaluaron el historial de caries del primer molar permanente teniendo como resultado que el 34% no presentan historia de caries, el 18% presentan un diente cariado en su cavidad oral, otro grupo presenta el 18% dos dientes cariados el 12% tres dientes cariados y el 18% presenta sus cuatro molares permanentes cariados.
- Historia de obturados del primer molar permanente
- De 50 niños evaluados por medio del odontograma se tiene como resultado que el 62% no presentan obturaciones, el 26% un diente obturado de su cavidad oral, el 8% dos dientes obturados y el 4% cuatro dientes obturados en su cavidad oral.
- Historia de perdidos del primer molar permanente
- Del 90%, ningún diente se encuentran perdido, del 10% un diente perdido en la cavidad oral de 50 odontogramas.

6.5 HISTORIA DEL ÍNDICE COP DEL PRIMER MOLAR PERMANENTE

En cuanto al historial del índice COP el 20% de los niños no lo presentan, el 18% presentan un índice COP de uno, el 12% un índice de dos, otro 12% un índice de tres y el 38% un índice COP de cuatro.

7. DISCUSION

Esta investigación se realizó con el fin de proporcionar información acerca de los conocimientos, actitudes y practicas de madres que tienen niños entre los 5 y 11 años que son atendidos en las clínicas del colegio odontológico de Cali.

Según Gonzales de Dios la patología bucodental es un problema con elevada incidencia principalmente en relación con la caries ya que esta es la patología oral más importante de la infancia y la adolescencia. Se encontró que hay mejor higiene bucodental en los escolares de colegios rurales y principalmente en las niñas. Con relación a este estudio se encontró que la caries es la patología bucodental mas frecuente, ya que un 66% de los 50 niñ@s la presentan. (20)

El estudio sobre hábitos de higiene bucodental en preadolescentes y adolescentes de dos colegios urbanos y dos rurales realizado en México por Gomes 1998 dio como resultado que el conocimiento de los alumnos sobre caries presenta unos porcentajes similares en ambos medios. . La mayoría de los alumnos del medio rural aseguran nunca haber tenido un dolor de diente y mostraron mas interés en la encuesta que el medio urbano. La situación de la caries es similar para los países latinoamericanos, por ejemplo, un gran numero de personas peruanas entre los siete y quince años se ven afectadas por esta enfermedad, con un promedio de hasta cuatro dientes cariados. En la niñez es muy importante actuar en contra de la caries debido a la frecuencia de esta patología que aumenta de los cuatro hasta los ocho años en la dentición primaria y entre los 11 y 19 años en la dentición permanente. Estos resultados coinciden con el presente estudio ya que los conocimientos de las madres sobre el primer molar permanente no fueron favorables por lo cual también se considera importante realizar campañas de prevención para combatir la caries.(28)

Brock y Beazley afirman que los programas de educación son exitosos en la medida que aumentan los conocimientos de los jóvenes, sin embargo son menos exitosos en alterar las actitudes y comportamiento de los niños y es en estos donde los padres juegan un rol relevante. Según el presente estudio realizado las madres juegan el papel mas importante en la higiene oral de sus niños, es responsabilidad de los padres el cuidado de la salud bucodental, Por otro lado es necesario desarrollar por parte de los profesionales de la salud investigaciones, campañas, talleres y charlas dirigidas a las madres sobre las actitudes, los conocimientos y practicas que se deben adquirir para el mejoramiento de la salud de sus hijos.(34)

Moncayo y colaboradores(1997) afirman que los maestros son los que en segundo lugar después de las madres han informado más sobre la caries dental, lo cual no se compara con los respuestas de la investigación ya que el 9% de los resultados refirió que las fuentes de información sobre caries y su prevención fueron los maestros.(35)

En el estudio realizado sobre las actitudes conocimientos y practicas de las madres se observo que coinciden con el estudio de Erazo quien realizo un estudio para considerar que el problema de la salud dental es complejo, y existen estudios referidos a la situación del primer molar permanente que corrobora en la prevalencia de la enfermedad, la condición de la higiene oral, la dieta, condición socioeconómica, nivel educativo de la madre, hasta diferentes factores salivales microbiológicos.(14)

Sin embargo es responsabilidad de los padres el cuidado de la salud bucodental de sus niños. Por otro lado es necesario desarrollar por parte de los profesionales de la salud investigaciones, campañas, talleres y charlas dirigidas a las madres sobre las actitudes, los conocimientos y practicas que se deben adquirir para el mejoramiento de la salud de sus hijos.(14)

El Dr Nicolás Camacho Calderón (2000) realizó un estudio en una unidad de medicina familiar del Instituto Mexicano del seguro social donde llegaron a la conclusión que el daño a los dientes se incrementa cuando se tiene hábitos dietéticos ricos en carbohidratos, además del uso del biberón con sustancias dulces, consumo de sacarosa; este estudio es similar al estudio realizado sobre CAP donde se conoció que el 42% de los niños según sus madres consumen mas de tres dulces al DIA. También el doctor Camacho afirmo con el estudio realizado que muy poca gente tiene información sobre los cuidados, la importancia de los dientes temporales y los tratamientos preventivos al igual que el estudio realizado sobre el CAP molar en las madres donde se confirmo que no tienen conocimientos sobre los cuidados, la importancia de los dientes temporales y los tratamientos preventivos que estos requieren.(24)

8. CONCLUSIONES

El emplear este estudio permitió saber cuales son los conocimientos, actitudes y practicas que tienen las madres de niños de 5 a 11 años que asisten a la clínica del colegio odontológico colombiano de Cali sobre el primer molar permanente.

Al analizar los conocimientos de las madres, llegamos a la conclusión de que la mayoría de ellas no saben la importancia de este diente, esto se ve reflejado con el resultado del índice COP ya que la mayoría de niños presentan un alto porcentaje de dientes obturados y perdidos.

Las actitudes de las madres encuestadas son favorables con respecto a la higiene oral, pero esto no se refleja en la historia de cariadados, obturados y perdidos que se observaron en el odontograma. Las practicas que refieren las madres en cuanto a los elementos utilizados para la higiene oral diaria de sus hijos no son favorables, a pesar que la mayoría de madres tratan de controlar el cepillado diario de los dientes de sus hijos.

La mayoría de las madres encuestadas son menores de 35 años y el nivel de escolaridad que mas se presento es de bachiller, se llevo a concluir que estos factores no influyen en el índice COP.

En base a las características socioeconómicas de las madres se llega a la conclusión que no tiene relación el nivel o estrato donde vivan las madres con la higiene o educación que le se les da a sus hijos.

La causa de que existan tantos molares permanentes cariadados, obturados y perdidos no es muy clara a pesar de el estudio realizado, pero se puede concluir que las madres son las responsables

de la salud oral de sus hijos y que ellas como tal deberían informarse sobre como mantener el buen estado de ellos.

Un alto índice de COP está relacionado con que menos de la población encuestada reconoce la importancia del primer molar, su edad de erupción y que es un diente que al erupcionar no tiene predecesor, por lo tanto las técnicas de higiene oral no son las mas adecuadas.

Sobre los conocimientos de las madres ,con respecto a la importancia sobre la erupción de los dientes definitivos de sus hijos se concluyo que de un 100% un 48 % no tienen un conocimiento adecuado.

Con respecto al primer molar permanente y su erupción antes de los 8 años un 54% de las madres no conocían la edad correcta de erupción del primer molar permanente.

Con relación a la importancia que tienen los dientes deciduos y teniendo en cuenta que estos se van a caer un numero significativo de madres (46%) de un 100% no le dan el debido cuidado a estos dientes.

Referente a el conocimiento de sobre la erupción de el primer molar permanente es necesario la perdida de uno deciduo, se concluyo que el 32% de las madres no tienen en cuenta este aspecto y por lo tanto lo pasan por alto.

En cuanto a las actitudes, el uso de implementos de higiene oral tales como la seda dental y el enjuague bucal es de gran importancia para las madres ya que el 92% de ellas los implementan, al igual que colaborar con el cepillado dental de sus hijos.

De igual forma el hecho de poner sellantes en la primera muelita es muy importante y esto se ve reflejado en la encuesta ya que el 86% respondió afirmativamente a esta pregunta.

Al revisar las practicas se encontró que el 58% de estas madres cambian el cepillo de dientes de sus niños sin importar su estado. Esto se considera una buena practica ya que el cepillo se debe cambiar periódicamente sin importar si se ve o no sucio o si sus cerdas han perdido forma.

Se considero importante que el 60% de las madres encuestadas supervisen el cepillado de sus niños ya que al ella preocuparse y demostrar interés, su hijo poco a poco adoptara la saludable practica de cepillarse las veces necesarias y sin supervisión de su madre.

En cuanto a los implementos de higiene oral tales como crema, seda dental y enjuague bucal se encontró que el mas utilizado es la crema dental ya que el 94% la utilizan, mientras que la seda y el enjuague bucal se utilizan en menor porcentaje, esto se debe muchas veces al nivel socioeconómico al que pertenecen estas madres el cual no les permite acceder a estos implementos básicos de higiene oral.

9. RECOMENDACIONES

Según los resultados de la presente investigación se recomienda:

- Expandir los conocimientos, actitudes y practicas de las madres sobre el primer molar permanente por medio de conferencias, campañas de prevención en salud oral.
- Motivar a las entidades odontológicas a realizar campañas de promoción y prevención en madres y niños.
- Mayor difusión de la importancia del primer molar permanente por parte de los profesionales de la salud.
- Incentivar a los estudiantes de la clínica de odontopediatria del colegio odontológico colombiano a transmitir a las madres los conocimientos básicos del primer molar permanente para el mejoramiento de las actitudes y practicas frente a este.
- Tener en cuenta los resultados de esta investigación para servir de guía a futuras investigaciones.
- Reforzar las practicas de los niños, motivarlos a que cuiden sus dientes para que esta tarea no sea exclusiva de sus madres.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. WHEELER, Anatomía dental, fisiología y oclusión, 7 Ed. México: McGraw-Hill. 1995.
2. Ministerio de salud. ENSAB III Estudio Nacional de Salud Bucal, Colombia; 1998.
1. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, Salud Oral, Programa Provisional: Toronto Canadá; 1997.
2. SATCHER, Conocimientos sobre la importancia de la salud oral; U.S.A.: 2000. Disponible en internet: [URL:http://www.odontologiaonline.com](http://www.odontologiaonline.com).
3. Fundación FES. conocimiento, actitud y practica de la lactancia materna mujeres y personal del Valle de Cauca, Desarrollo y fortalecimiento de la política de promoción de la lactancia materna del Valle del Cauca. División y Salud: Valle del Cauca; 2001.
4. Secretaria de salud publica municipal, En Busca de la sonrisa feliz; Cali Colombia: 1999.
5. Ministerio de salud. ENSAB Estudio nacional de salud bucal, Colombia;1999.
6. EMMANUEL Lesaffre, Conocimiento e la salud oral y conductas entre las ciencias de salud masculinas; Kuwait: 2000-2002. disponible en intrenet : [URL:http// cursos.Puc.cl/enf1105/material/creencia.htm](http://cursos.Puc.cl/enf1105/material/creencia.htm).
7. BARREIRO A, Pediatría y la salud bucal, 2 Ed. México: Mc Graw Hill. 1987.
8. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. etiología y prevención de la caries dental: 1972.
9. RODRÍGUEZ, suplementacion individualizada de fluor en pediatría primaria; Venezuela:1987. disponible en Internet: http://www.odontorevista.hpg.ig.com.br/Artigos/v4n2_03.pdf.
13. IRIGOYEN ME, Szpunar S. Dental caries status of 12-year-old students in the State of Mexico. Community Dent Oral Epidemiol 1994;22:311-314.
14. HERAZO. Morbilidad Bucodental en Colombia. Bogota: ECOE; 1995.
15. ACOSTA. Experiencia de caries en la dentición temporal como indicador de riesgo de las lesiones cariosas en los primeros molares permanentes;1987. disponible en Internet: <file:///A/Experiencia%20de%20caries.htm>
16. RIOS. Patologías bucales mas frecuentes dentro de las anomalías del desarrollo, patologías pulpares y caries en la clínica odontológica Univalle durante la Gestión. La Paz Bolivia; 2000 disponible en Internet: <http://www.infomed.es/amudenes/articlo4.pdf>.
17. LORENZO. Estado de Salud Bucodental de los niños. Galicia España; 1995. disponible en Internet: <http://www.paho.org/spanish/gov/ce/spp/spp36-03-s.pdf>
18. YÉPEZ. el club de la sonrisa feliz", programa de intervención comunitaria en salud oral, Bogota Colombia; 1995.

19. RUIZ. Proyecto el club de la sonrisa feliz. Bogota Colombia;2001. disponible en Internet: mruiz_30@hotmail.com
20. GONZALES DE DIOS, Estudios de hábitos de higiene bucodental en preadolescentes y adolescentes de dos colegios urbanos y dos rurales; México; 1993. disponible en Internet:
21. URL:[http:// www.aeped.es/informed/serviciodepediatria.pdf.com1993](http://www.aeped.es/informed/serviciodepediatria.pdf.com1993)
22. RIVERA. Estudio Basal de Prevalencia de caries y fluorosis dental en niños escolarizados. México;1998.
23. DORRONSORO. Evolución de la salud bucal en niños de 3 a 5 años de edad de la ciudad de Córdoba Argentina. Argentina; 2000. Estudio CLACYD1.
24. GOMEZ. Educación para la salud dental.1997; Disponible en Internet: <http://www.infomed.es/amudenes/articulo4.pdf>.
25. CAMACHO. Estudio en una Unidad de Medicina Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social. México;1993.
26. YELLOWITZ. Knowledge, opinions and practices of general dentists, regarding oral cancer: a pilot survey, jada, vol 129. United States.
27. JACOB M.C. factores que contribuyen significativamente la necesidad de cuidado dental y las barreras para recibirlo. IOWA;1995.
28. GOMEZ. Fluorización del agua y la sal. México.1997.
29. GOMEZ. Estudio de habitos de higiene bucodental en preadolescentes y adolescentes. Mexico; 1998.
30. DORRONSORO. Evolución de la salud bucal en niños de 3 a 5 años de edad de la ciudad de Córdoba Argentina. Argentina.1998. Estudio CLACYD1.
31. RIOS. Actitud mental hacia el embarazo y el riesgo de muerte neonatal.Argentina.1993
32. SANMARTINO. Conocimientos sobre la enfermedad de chagas y factores de riesgo en comunidades epidemiologicamente diferentes de argentina. Argentina.2000.
33. CROCCO. Prevalencia de caries, periodontopatias, maloclusiones en una población de 5 a 14 años. México. 2000.
34. BROCK, BEAZLEY. Dental Caries and sealant usage in U.S children. U.S.A.1998-1999.
35. RAMOS. Knowledge and attitudes among California dental care providers, regarding child abuse and neglect, jada. Vol.129. California. 1998
36. MONCAYO. Promoción y prevención de caries dental. Bogota. 2000.

ANEXOS

Anexo A. Formato de consentimiento informado

COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO - SEDE SANTIAGO DE CALI

A. DATOS GENERALES

1. Nombre del paciente: _____ Edad: _____

2. Historia clínica No.: _____

3. Nombre técnico de la investigación que se va a realizar:

El primer molar permanente: índice de caries en niños de 5 y 11 años frente a los conocimientos, actitudes y practicas de sus madres, en las clínicas del c.o.c de Cali. Conocimientos , actitudes y practicas en madres con hijos entre los 5 y 11 años y perfil epidemiológico sobre el primer molar permanente COC 2003.

4. **El propósito de esta investigación es:**

Generar evidencia que facilite el diseño y desarrollo de campañas educativas que permitan principalmente la prevención de la caries en el molar de los 6 años.

5. **Justificación:** El primer molar permanente no tiene predecesor y erupciona entre los 6 y 7 años de edad y las madres de estos niños no tienen conocimientos relacionados con este proceso de desarrollo dental por tal motivo el propósito de la investigación es saber cuales son los conocimientos, actitudes y practicas sobre el primer molar permanente en madres que tienen niños entre 5 y 11 años, pacientes del COC de Cali y así, con el estudio de los casos clínicos determinar la prevalencia de caries de dicho molar.

Es importante este estudio puesto que el estado de salud del primer molar permanente en niños entre los 5 y 11 años es muy critico y es el diente que recibe primero tratamiento restaurativo antes que preventivo.

6. **Objetivos:**

- Describir los conocimientos sobre el primer molar permanente que tienen las madres de los niños entre los 5 y 11 años de edad pacientes del C.O.C.
- Describir las actitudes que tienen las madres sobre el primer molar permanente de los niños entre los 5 y 11 años de edad pacientes del C.O.C.
- Describir las practicas preventivas sobre el primer molar permanente que hacen las madres de los niños entre los 5 y 11 años de edad pacientes del C.O.C.
- Determinar la prevalencia de caries en niños de 5 a 11 años de edad pacientes del C.O.C.
- Determinar el índice de higiene oral en los niños de 5 a 11 años de edad pacientes del C.O.C.(índice de green y vermillon)

7. El procedimiento que se va a realizar es: 1_X_ Invasivo. 2__ No invasivo

8. La duración del paciente en el estudio será de: 4 meses

9 .La forma de ingreso del paciente al estudio: Por medio de encuestas y examen clínico para elaborar un odontograma.

10. La cantidad de participantes incluidos dentro del estudio son: 50 madres y 50 hijos, total=100

11. Esta investigación está siendo desarrollada por los siguientes estudiantes del Colegio Odontológico Colombiano, sede Santiago de Cali:

Liliana Arazazu	Tel:3315988	jornada: mañana
Mónica Paz	992552	Tel.: 4415558 Jornada: tarde
Karol Trujillo	992558	Tel.:3320619 Jornada: mañana
Tania Velasco	992559	Tel.:3337460 Jornada: mañana

Guiados por el Dr. Jorge Eduardo Tascon, quien es su asesor científico.

12. El paciente puede ser retirado del estudio, en beneficio de su salud, en el momento que por concepto de los investigadores se considere conveniente.

B. INFORMACIÓN AL PACIENTE

1. Descripción del procedimiento:

Se realizará una encuesta a las madres la cual consta de 20 ítems, en los que se evalúan los conocimientos las actitudes y las practicas que tienen ellas sobre el primer molar permanente, así mismo se realizará un odontograma a sus hijos para identificar el estado de este diente, determinando si está obturado, cariado, perdido o si es indicado para Exodoncia.

2. Los beneficios razonablemente esperados del procedimiento son:

Se identificará el estado de salud del primer molar de sus hijos.

C. DERECHOS Y OBLIGACIONES

El paciente o sujeto de investigación tiene derecho a:

1. Conocer con claridad acerca de la justificación y los objetivos de la investigación
2. Saber los procedimientos que vayan a usarse y su propósito, incluyendo la identificación de aquellas que sean experimentales
3. Estar al tanto de las molestias o riesgos esperados
4. Comprender los beneficios que puedan obtenerse
5. Saber de aquellos procedimientos alternativos que puedan ser ventajosos
6. Recibir respuesta a cualquier pregunta y aclarar cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento durante todo el tiempo que aquella o éste duren
7. Retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, sin que por ello se creen perjuicios para continuar con su cuidado y tratamiento
8. Tener la seguridad de que no se le identificará y que se mantendrá la confiabilidad de la información, relacionada con su privacidad
9. Que se le proporcione información actualizada obtenida durante el estudio, aunque esta pudiera afectar su voluntad para continuar participando en él
10. La disponibilidad de tratamiento y la indemnización a que hubiere lugar por parte de la institución responsable de la investigación, en todos los casos de daños que le afecten directamente, causados por la investigación. Los gastos adicionales que el ejercicio de este derecho conlleve, estarán a cargo del presupuesto de la investigación.

Son responsabilidades del paciente o sujeto de investigación:

1. Seguir las indicaciones.
2. Tomar los medicamentos de manera indicada (en caso necesario)
3. Asistir cumplidamente a la primera cita y a los controles.
4. Informar oportunamente los eventos adversos y las reacciones al tratamiento
5. No recibir ningún beneficio monetario

D. CONSENTIMIENTO Y FIRMAS

El Doctor: _____, me ha explicado de forma satisfactoria qué es, cómo se hace y para qué sirve este procedimiento. También se me han explicado y he comprendido satisfactoriamente su naturaleza y propósitos. Así mismo, soy consiente de que no existen garantías absolutas de _____ Dirección: _____ Teléfono: _____

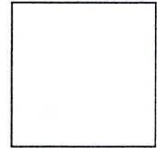
Firma del testigo N° 2: _____
Nombre del testigo N° 2: _____ C.C: _____ de _____
Dirección: _____ Teléfono: _____

Si el paciente es menor de edad, se debe diligenciar esta parte de las firmas

1. Paciente menor de edad:

1.1. Incapacidad absoluta (Sólo firman los padres) Niñas menores de 12 años y Niños menores de 14 años de edad.

Firma de Tutor legal o familiar: _____
Nombre: _____
C.C: _____ de _____
Parentesco: _____

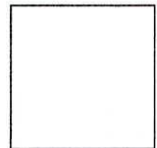


Huella digital del tutor legal

o familiar

1.2. Incapacidad relativa (firma el menor y los padres): menores de 18 años y mayores de 12 años (niñas) o 14 años (niños)

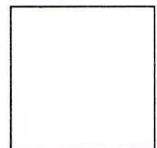
Firma de Tutor legal o familiar: _____
Nombre: _____
C.C: _____ de _____
Parentesco: _____



Huella digital del tutor legal

o familiar

Firma Paciente menor de edad: _____
Nombre: _____
D.I: _____ de _____



Huella digital del menor de

edad

Firma del asesor científico: _____
Nombre: _____
Registro: _____ C.C: _____ de _____

Este Consentimiento ha sido revisado por el Comité de Investigación y Ética del Colegio Universitario Colombiano, Facultad de Odontología, sede Santiago de Cali: cualquier duda o inquietud al respecto favor dirigirse al Departamento de Investigación y Salud Pública de la universidad: Calle 13 Norte # 3 N 13, piso 2.

Anexo B. Encuesta

ENCUESTA

ENCUESTADOR

FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Marque con una "X" la respuesta:

DATOS PERSONALES

1. Edad de la madre :

2. Nivel de escolaridad de la madre:

1. Primaria _____ 2. Bachiller _____ 3. Universitaria _____

3. Nivel socioeconómico

1. ____ 1-2 2. ____ 3-4 3 ____ 5-6

4. Edad del niño(a)

5. Sexo: 1. Femenino ____ 2. Masculino ____

CONOCIMIENTOS

6. Sabe usted cuando le nacen los dientes definitivos a sus hijos?

1. ____ 6-7 años 2. ____ 9 años 3. ____ 10-11 años 4. ____ No se

7. Los dientes de leche son poco importantes porque se van a caer?

1. ____ Si 2. ____ No 3. ____ No se

8. La primera muelita para toda la vida sale antes de los 8 años?

1 Si _____ 2. No _____ 3. ____ No se

9. Para que salga la primera muelita permanente debe caerse primero un diente de leche

1 Si _____ 2. No _____ 3. ____ No se

10. Los padres son los responsables de enseñarle al niño a cuidar sus dientes?

1. Si _____ 2. No _____ 3. ____ No se

ACTITUDES

11. Para usted es importante llevar a su hijo al odontólogo cada 6 meses?

1. ____ Si 2. ____ No

12. Considera importante cepillar a su hijo después de cada comida?

1. ____ Si 2. ____ No

13. Cree que es importante que su hijo utilice seda y enjuague dental?

1. ____ Si 2. ____ No

14. Para usted es importante que el odontólogo ponga sellante en la primera muelita

1. ____ Si 2. ____ No

15. Para usted es importante ayudar a su hijo a cepillarse los dientes

1. ____ Si 2. ____ No

PRACTICAS

16. Supervisa usted el cepillado de su hijo?

1. ____ Si 2. ____ No

17. Cuándo cambia usted el cepillo de dientes de su hijo?

1. Cuando las cerdas han perdido forma
2. Cuando se ve sucio
3. Periódicamente sin importar su estado

18. Cuántas veces ingiere dulces su hijo al día?

1. Una vez al día
2. Dos veces al día
3. Mas de 3 veces al día

19. Su hijo utiliza enjuague dental después del cepillado?

1. ____ Si 2. ____ No

20. Su hijo utiliza seda dental todos los días?

1. ____ Si 2. ____ No

21. Su hijo utiliza crema dental cada vez que se cepilla

1. ____ Si 2. ____ No