# Como influye la salud oral en la calidad de vida en pacientes que asisten a las clínicas odontológicas de UNICOC.


**Autores:**

Diaz López, Marcela
Mendoza Camacho, Marcela
Segura Chavez, Jessica Andrea
Bernal Eraso, Katherine
Quintero Gutiérrez, Lizeth Daniela
Santiago Valencia, Ana Karenina

**Asesor metodológico**

Bermúdez Jaramillo, Paula Cristina

**Asesor estadístico**

Tamayo Cardona, Julián Andrés


Articulo producto de investigación como trabajo de grado para optar al título de odontólogo.


Institución Universitaria Colegios de Colombia
Colegio odontológico colombiano - COC
Sede Santiago de Cali.
2012–05-30

# COMO INFLUYE LA SALUD ORAL EN LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES QUE ASISTEN A LAS CLÍNICAS ODONTOLÓGICAS DE UNICOC.

Díaz López Marcela, Mendoza Camacho Marcela, Segura Chaves Jessica Andrea, Bernal Eraso Katerine, Quintero Quintana Diana Estefany, Santiago Valencia Karenina.

**Abstract**

**Objective:** to measure the impact of dental treatment on quality of life of patients attending clinics Network UNICOC Cali, using the OHIP-49 questionnaire.

**Materials and methods:** A descriptive observational longitudinal research with a sample of 384 patients who filled out a survey (OHIP-49), consisting of 49 questions organized into 5 domains (functional limitation, physical pain, psychological distress, physical disability, disability psychological), the frequency of impact is measured on a Likert scale code.

**Results:** There was greater participation of the female with a score of 59.8%, considering each of the dimensions and the minimum and maximum values according to the Likert scale, the dimension of physical pain had the highest average (1.86).

**Conclusions:** The low scores found in the different dimensions indicate good quality of life among patients attending the UNICOC.

Keywords: quality of life, Impact profile, oral health, health indicators, survey of oral health.

**Resumen**

**Objetivo general:** medir el impacto del tratamiento odontológico en la calidad de vida de los pacientes que asisten a la Red de Clínicas de UNICOC Cali, haciendo uso del cuestionario OHIP-49.

**Materiales y métodos:** Es una investigación observacional descriptivo longitudinal, con una muestra de 384 pacientes que diligenciaron una encuesta (OHIP-49), que consta de 49 preguntas organizada en 5 dimensiones (limitación funcional, dolor físico, malestar psicológico, discapacidad física, discapacidad psicológica), cuya frecuencia de impacto se mide en un código de la escala Likert.

**Resultados:** Se observo mayor participación del género femenino con un resultado de 59.8%, al considerar cada una de las dimensiones y los valores mínimos y máximos según la escala Likert; la dimensión de dolor físico obtuvo el mayor promedio (1,86).

**Conclusiones:** Los bajos puntajes encontrados en las diferentes dimensiones indican buena calidad de vida entre los pacientes que asisten a la red de clínicas de UNICOC Cali.

**Palabras Claves:** calidad de vida, perfil del impacto, salud bucal, indicadores de salud, encuesta de salud bucal.

## INTRODUCCIÓN

Las condiciones que se presentan a nivel oral no son usualmente fatales, pero si pueden llegar a afectar diversos aspectos de la vida como el comer, hablar y socializar, lo que nos lleva a concluir que se ven afectadas las relaciones interpersonales del diario vivir y con esto la calidad de vida (1). Hablar de calidad de vida es hacer énfasis en uno de los puntos clave de la odontología, pues no sólo se busca el tratar de devolver las condiciones normales de la cavidad bucal, sino de generar un grado de satisfacción en el paciente para que le ayude en el diario vivir (2). En este sentido, la pérdida dental es un indicador prevalente asociado con la percepción de la salud oral y de los cambios que se generan en los estilos de vida, volviendo a los pacientes mucho más retraídos, generado porque un gran número de las personas que sufren pérdidas dentales no tienen la capacidad económica para rehabilitarse por medio de prótesis (3). Por su parte la caries y la enfermedad periodontal a menudo no generan estos síntomas en etapas tempranas, pero se debe considerar que este problema es progresivo.

La calidad de vida relacionada con la salud oral es un concepto multidimensional que incluye las percepciones que maneja el paciente y el estatus funcional, pero también encierra otro tipo de factores como los de carácter sociodemográfico, socioeconómico y los patrones de visitas al odontólogo (4,5,6), de aquí la propensión a la realización de tratamientos odontológicos influenciados por contextos físicos, psicológicos y sociales que incluyen el mejoramiento en el estado de la dentición y de los tejidos duros y blandos de la cavidad bucal. No hay que olvidar que la calidad de vida es dinámica y tiene aspectos tanto positivos como negativos (7).

Debido a que algunos pacientes presentan alguna alteración sistémica ya sea leve o crónica tienen un mayor impacto en su calidad de vida ya que al estar comprometidos de manera sistémica, puede estar influenciada su salud bucal y

esta se va a reflejar en su vida diaria comprometiendo la salud mental y emocional. (8, 9, 10, 11,12)

Una definición clara de calidad de vida relacionada con la salud oral es entonces la medida de cómo los problemas dentales y desórdenes orales interfieren en el normal funcionamiento de la vida de un individuo, actualmente la salud de una persona se evalúa mas allá de su capacidad física y se toma en cuenta su contexto social y salud mental; las mediciones pueden estar basadas en encuesta directas a los pacientes con referencia al inicio de la enfermedad, su diagnóstico y a los cambios de síntomas a través del tiempo.

Debido a que la calidad de vida se basa en mediciones con una carga variable de subjetividad, se requiere de métodos de evaluación válidos, reproducibles y confiables (13,14). En consecuencia a estas definiciones, la medición de la salud bucodental no sólo debe cuantificar la presencia o gravedad de una afección, sino que debe ser complementada con medidas de bienestar psicológico y social que una vez identificadas pueden ser utilizadas para desarrollar estrategias de promoción y prevención que incluyan no sólo pacientes enfermos sino también sanos (15,16). El enfoque moderno de la salud que incluye entre sus metas el apropiado funcionamiento y bienestar de los pacientes, muestra la necesidad que los profesionales de la salud manejen el concepto de calidad de vida, además de los instrumentos para medirla; estos instrumentos miden calidad de vida relacionada tanto con la salud genérica como con la especifica de una enfermedad. Para la medición en términos de salud bucal se han desarrollado directa e indirectamente, un amplio número de cuestionarios estructurados, entre ellos el OHIP-14 y el OHIP-49 que han sido ampliamente utilizados (17, 18, 19, 20).

En la Institución Universitaria Colegios de Colombia se reciben anualmente cerca de tres mil pacientes con diferente nivel socioeconómico y demográfico, para realizarse tratamientos de diferentes especialidades y complejidad a nivel oral; por lo que resulta pertinente realizar investigaciones que evalúen la calidad de vida del

paciente; es así como se planteó este proyecto cuyo objetivo era medir el impacto del tratamiento odontológico en la calidad de vida de los pacientes que asisten a la Red de Clínicas de UNICOC Cali, haciendo uso del cuestionario OHIP-49.

## MATERIALES Y METODOS

Se realizó una investigación de tipo observacional descriptiva y transversal. Contando con una población aproximada de 3000 pacientes que asisten a tratamiento durante el semestre, se determinó una muestra de 384 pacientes para realizar la investigación durante los meses de enero a mayo del año 2012; la selección se realizó de manera aleatoria considerando como criterios de selección las personas mayores de edad que se encontraran en tratamiento odontológico en la red de clínicas, y que aceptaran participar en el estudio, y firmaran un documento de consentimiento informado; se excluyeron las personas con alguna discapacidad mental ya que se podrían alterar las respuestas.

En este estudio se realizó una prueba piloto para determinar la encuesta que se iba a utilizar durante la prueba de campo, por lo cual se seleccionaron 60 pacientes para aplicar el instrumento OHIP-14 y para que diligenciaran la OHIP-49, instrumentos utilizados para determinar la calidad de vida asociada con la salud oral (Oral Health Impact Profile), que abarca una gama de condiciones médicas y trata de poner algún tipo de valor numérico en diferentes estados de salud; la encuesta es basada en un modelo de comunicación oral adaptados a la odontología; la escala de medición utilizada es derivada de conocimiento estadístico para la recolección de datos de las entrevistas. La escala original del OHIP consiste de 49 preguntas organizada en 5 dimensiones (limitación funcional, dolor físico, malestar psicológico, discapacidad física, discapacidad psicológica), cuya frecuencia de impacto se mide en un código de la escala Likert de 5 puntos (nunca, casi nunca, a veces, bastante frecuencia y mucha frecuencia); pero también se encuentra una versión más corta cuyo uso puede ser más práctico

Posterior a la realización de esta prueba piloto se llegó a la conclusión que la encuesta más acertada para utilizar era la OHIP-49 ya que abarcaba todos los

interrogantes que darían solución a los objetivos de esta investigación. También se pudo observar que para el diligenciamiento de la encuesta se requerían aproximadamente 5 minutos por paciente. Esta encuesta por encontrarse originalmente en idioma inglés, requirió de la traducción al español contando con la colaboración de un traductor certificado.

El instrumento se aplicó a pacientes que estaban durante el tratamiento odontológico en UNICOC. Éstos se ubicaron en las salas de espera y en las diferentes clínicas; contando con la aprobación del docente para poder llevar a cabo este procedimiento. Una vez se selecciona al paciente se le dan las respectivas explicaciones sobre la investigación, incluyendo objetivos y la entrega del consentimiento informado. La recolección de la información tomo 15 días.

Los datos de estas encuestas se tabularon y se le realizo análisis estadístico con el programa SPSS, donde se empleo un análisis univariado de cada una de las categorías y preguntas consideradas.

La investigación fue clasificada sin riesgo según la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de la República de Colombia y fue aprobada por el Comité de Ética de la Institución Universitaria Colegios de Colombia – UNICOC.

## RESULTADOS

Dentro de los resultados aleatorios de la investigación se encontró que fue mayor la participación del género femenino con un resultado de 59.8%, en comparación con el genero masculino con un resultado de 40.2% (gráfica 1).

**Gráfica 1. Distribución según el género**

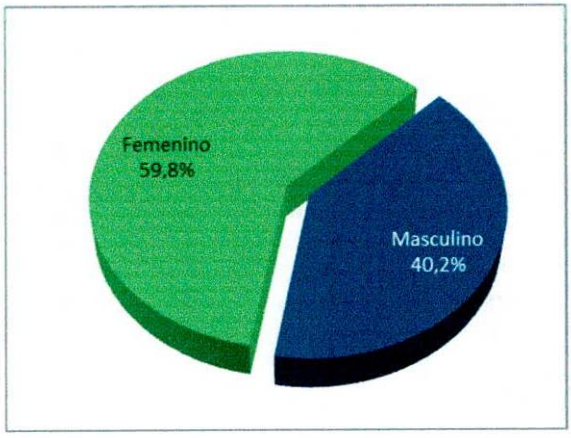



**Tabla 1. Valores obtenidos en cada una de las dimensiones del OHIP-49 (según la sumatoria de puntos por dimensión)**

| Dimensión | N | Máximo Posible | Máximo Observado | Promedio | Desv. típ. |
|---|---|---|---|---|---|
| Limitación Funcional | 382 | 45 | 45 | 16,59 | 7,470 |
| Dolor Físico | 380 | 45 | 45 | 16,71 | 6,716 |
| Malestar Psicológico | 383 | 35 | 25 | 8,87 | 4,653 |
| Discapacidad Física | 380 | 75 | 75 | 23,94 | 11,565 |
| Discapacidad Psicológica | 384 | 55 | 55 | 16,50 | 8,584 |

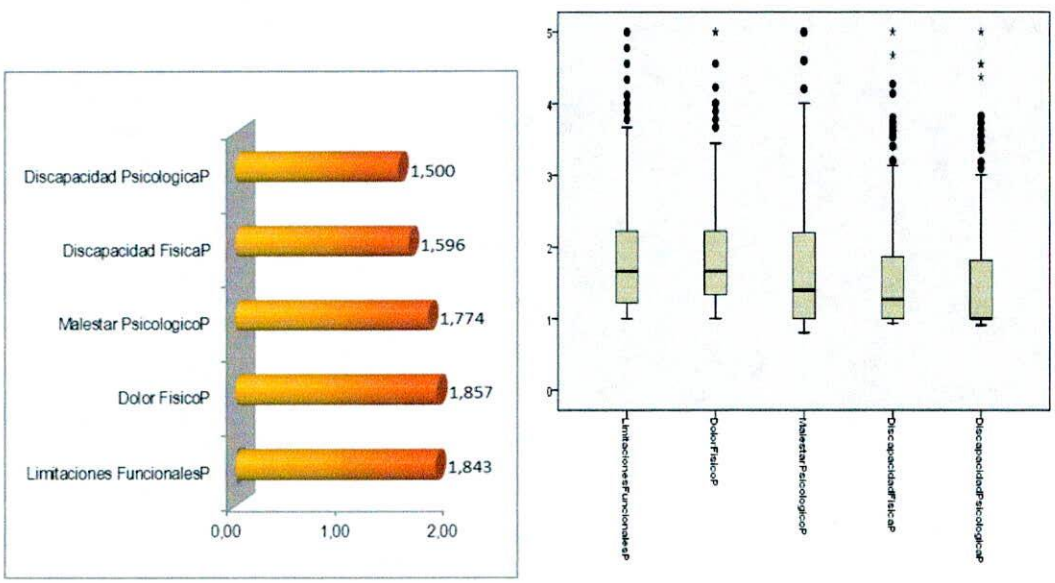
La discapacidad física presentó el valor más alto (23,94) respecto a las demás dimensiones.

**Tabla 2. Valores promedios obtenidos en cada una de las dimensiones del OHIP-49 (según la escala Likert)**

| Dimensión | n | Media | Desv. típ. |
|---|---|---|---|
| Limitación Funcional | 382 | 1,843 | ,8300 |
| Dolor Físico | 380 | 1,856 | ,74621 |
| Malestar Psicológico | 383 | 1,774 | ,93050 |
| Discapacidad Física | 380 | 1,596 | ,77098 |
| Discapacidad Psicológica | 384 | 1,500 | ,78034 |

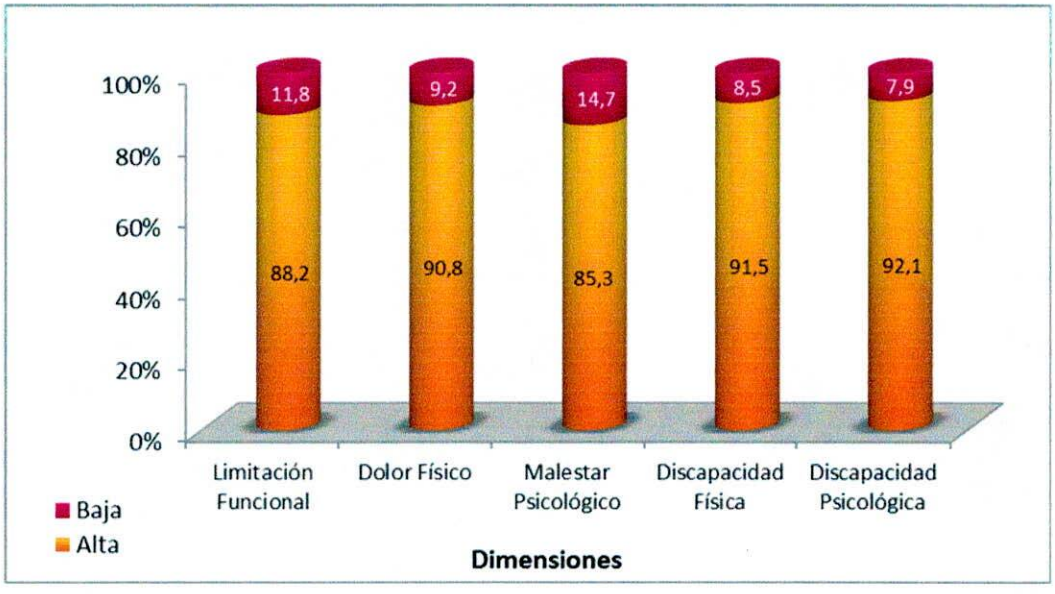
Al considerar cada una de las dimensiones y los valores mínimos y máximos según la escala Likert; la dimensión de dolor físico obtuvo el mayor promedio (1,86) con una desviación estándar que indica la menor dispersión de puntos (Tabla 2), este valor hace referencia a la clasificación casi nunca. El promedio y la desviación estándar de cada una de las dimensiones también puede ser observada en la gráfica 2.

**Gráfica 2. Valor promedio y desviación estándar de las dimensiones del OHIP-49**



También se analizaron cada una de las dimensiones de manera individual respecto a la calidad de vida, presentándose valores altos en todos los casos; es decir que hay baja calidad de vida en porcentajes muy bajos para cada dimensión analizada: limitaciones funcionales (11.8%), dolor físico (9.2%), malestar psicológico (14.7%), discapacidad física (8.5%) y discapacidad psicológica (7.9%), como puede apreciarse en la siguiente gráfica.

**Gráfica 3. Distribución de cada una de las dimensiones según las manifestaciones en cada paciente y la calidad de vida.**




En la tabla 3 se observan los resultados según el comportamiento de cada una de las dimensiones y el nivel de significancia estadística.

**Tabla 3. Nivel de significancia estadística según Rho de Spearman**

| Rho de Spearman | Limitación Funcional | Dolor Físico | Malestar Psicológico | Discapacidad Física | Discapacidad Psicológica |
|---|---|---|---|---|---|
| Limitación Funcional | | 0,0001 | 0,0001 | 0,0001 | 0,0001 |
| Dolor Físico | 0,0001 | | 0,0001 | 0,0001 | 0,0001 |
| Malestar Psicológico | 0,0001 | 0,0001 | | 0,0001 | 0,0001 |
| Discapacidad Física | 0,0001 | 0,0001 | 0,0001 | | 0,0001 |
| Discapacidad Psicológica | 0,0001 | 0,0001 | 0,0001 | 0,0001 | |

## DISCUSION

El OHIP, instrumento denominado perfil de impacto de la salud bucal, ha sido utilizado en gran medida en diversos países y está considerado uno de los más avanzados y completos hasta la fecha. El efecto que los trastornos bucales ocasionan en la vida de los pacientes es expresada a través de las propias experiencias de disfunción, incomodidad e inhabilidad que se derivan en consecuencias funcionales y psicológicas. El OHIP tiene la capacidad de evaluar la frecuencia con que una persona experimenta dificultades para cumplir determinadas funciones y realizar actividades de la vida diaria debido a trastornos bucales. Estas condiciones fueron evaluadas en investigaciones como la de Castrejón (21), en donde la dimensión limitación funcional fue la que obtuvo un mayor valor (promedio 11.2) entre el grupo de 131 adultos mayores que tenían una edad promedio de 74 años. Por su parte Misrachi (22) evaluó un grupo conformado por 108 mujeres gestantes, entre las que encontró más del 50% han sufrido de manera limitación funcional, dolor físico, disconfort psicológico, incapacidad física, psicológica y social. De la Fuente (23) también incluyó un grupo de adultos mayores (de 60 a 80 años), entre los que encontró que la proporción mayor la representó la dimensión de malestar psicológico (preocupación con los problemas de sus dientes y boca), que identificó a 131 (87,3%) de los adultos mayores con experiencia de impacto; seguido por la categoría de dolor físico (molestias al comer), de la cual 96 (64%) sujetos se registraron con impacto.

Por su parte en esta investigación el grupo incluido fue bastante heterogéneo, diferente a los distintos grupos evaluados en las investigaciones mencionadas anteriores y en este caso el 14.7% presentaron baja calidad de vida cuando fue evaluado el malestar psicológico; el dolor físico también presentó características importantes superiores al resto de dimensiones evaluadas, sin embargo el promedio de 1,86 indica una baja frecuencia.

## CONCLUSIONES

Los bajos puntajes encontrados en las diferentes dimensiones indican buena calidad de vida entre los pacientes que asisten al UNICOC.

Las diferencias en la investigación resultaron estadísticamente significativas, indicando que la presencia de la alta calidad de vida que manifiestan los pacientes es asociada con la no presencia de limitación funcional, dolor físico, malestar psicológico, discapacidad física ni discapacidad psicológica.

Los promedios obtenidos en todas las dimensiones, indican que los pacientes casi nunca presentan problemas de disfunción, incomodidad o inhabilidad relacionada con su salud oral; sin embargo el dolor físico es la manifestación más frecuente.

## RECOMENDACIONES

Los resultados que se obtuvieron fueron muy importantes para evaluar las condiciones de salud oral percibidas y manifestadas por los pacientes, sin embargo podría ser importante realizar una nueva investigación con grupos más homogéneos; además también es necesaria la realización de este tipo de investigaciones frecuentemente para garantizar el mantenimiento de altos estándares de calidad en la institución.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS


1. C.mc Grath rB. Can dental attendance improve quality of life. British dental journal 2001; 190:262-265
2. Macent MI. Quality of life as an indicator of oral health in older people. The journal of the American dental association. 2007;138:47-52.
3. Al-Omiri MK, Karasneh J. Relationship between Oral Health-Related Quality of Life, Satisfaction, and Personality in Patients with Prosthetic Rehabilitations. Journal of Prosthodontics. 2010;19(1):2-9.
4. Cohen carneiro F. souza santos R, Quality of life related to oral health contribution from social factors, ciencia & saude colectiva,16 (supl.1):1007-1025,2011
5. Akifusa S, Soh I, Ansai T, Hamasaki T, Takata Y, Yohida A, et al. Relationship of number of remaining teeth to health-related quality of life in community-dwelling elderly. Gerodontology. 2005;22(2):91-7
6. S.hyde, W. A. Satariano, J.A. Weintraub, Welfare dental intervention improves employment and quality of life. J.Dental research 85(1);79-84,2006
7. Brennan D, Singh K, Spencer A, Roberts-Thomson K. Positive and negative affect and oral health-related quality of life. Health and Quality of Life Outcomes. 2006;4(1):1-10.
8. Li-Jun Liu1, Wen Xiao1, Qing-Bo He2 and Wei-Wen Jiang1* Generic and oral quality of life is affected by oral mucosal diseases 2012.12.(2)
9. Sánchez-García S, Juárez-Cedillo T, Reyes-Morales H, de la Fuente-Hernández J, Solórzano-Santos F, García-Peña C. Estado de la dentición y sus efectos en la capacidad de los ancianos para desempeñar sus actividades habituales. Salud Pública de México. 2007;49:173-81.
10. Appollonio I, Carabellesse C, Frattola A, Trabucchi M. Dental status, quality of life, and mortality In an older community population: A multivariate approach. *J Am Geriatr Soc* 1997; 45(11):1315-1323.

11. . Nuttall NM, Steele JG, Pine CM, White D, Pitts NB. The impact of oral health on people in the UK in 1998. British dental journal 2001; 190(3): 121-126.

12. . Kressin NR, Jones JA, Orner MB. A new brief measure of oral quality of life. Prev Chronic Dis 2008; 5(2).

13. Velarde JE, Avila FC. Evaluación de la calidad de vida. Salud Pública de México. 2002; 44(4): 349-361.

14. A Bolzoni Villaret JC, C Piazza, B Pedruzzi, P Nicolai. Quality of life in patients treated for cancer of the oral cavity requiring reconstruction: a prospective study. Acta Otorhinolaryngol Ital. 2008 June; 28(3): 120–125

15. Biazevic MGH, Rissotto RR, Michel-Crosato E, Mendes LA, Mendes MOA. Relationship between oral health and its impact on quality of life among adolescents. Brazilian Oral Research. 2008;22:36-42.

16. Jimenez Ferez J, Esquivel Hernández A, Rangel C. La percepción de salud bucal como medida de la calidad de vida en ancianos. Revista ADM 2003; LX(19-24)

17. Misrachi C, Espinoza I. Utilidad de las mediciones de la calidad de vida relacionada con la salud. Revista Dental de Chile 2005; 96(2): 28-35

18. De Souza M.E, Lacerda Villaca E; impact of tooth loss in quality of life; Ciencia & Saude coletiva,15(3):841-850,2010

19. Lawrence HP, Thomson WM, Broadbent JM, Poulton R. Oral health-related quality of life in a birth cohort of 32-year olds. Community Dentistry and Oral Epidemiology. 2008;36(4):305-16.

20. Martin Jm-, bravo-Pérez M, Marinez AA-, Hernández-Martin LA, Rose-Gallardo EM. Validation the oral health impact profile(ohip-14sp) for adults in spain. Med oral patol oral cir bucal. 2009 1;14:44-50.

21. Castrejón RC, Borges A, Irigoyen ME. Validación de un instrumento para medir el efecto de la salud bucal en la calidad de vida de adultos mayores mexicanos. Rev Panam Salud Pública 2010; 27(5): 321-329.

22. Misrachi C, Ríos M, Morales I, Urzúa JP, Barahona P. Calidad de vida y condición de salud oral en embarazadas chilenas e inmigrantes peruanas. Rev Peru Med Exp Salud Pública. 2009; 26(4): 455-461.
23. De la Fuente J, Sumano O, Sifuentes MC, Zelocuatecatl A. Impacto de la salud bucal en la calidad de vida de adultos mayores demandantes de atención dental. Univ Odontol. 2010; 29(63): 83-92.

# CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS EN ESCOLARES DE 6 A 18 AÑOS SOBRE LA SALUD BUCAL EN LA CIUDAD DE CALI

**Urrea Alegría, Diana Carolina. Estudiante de la Institución Universitaria Colegios de Colombia - UNICOC**

## RESUMEN

**OBJETIVO GENERAL:** Identificar los conocimientos, actitudes y prácticas en escolares de 6 a 18 años sobre la salud bucal en centros educativos de la ciudad de Cali.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Investigación observacional descriptiva transversal, con una muestra conformada por 143 escolares de 4 instituciones educativas de la ciudad. Se utilizó un cuestionario de 32 ítems que identificaba datos sociodemográficos, hábitos de higiene oral, dieta, momentos de azúcar, visitas al odontólogo, conocimientos sobre caries y percepción sobre el estado de la boca y los dientes. Se complementó con un programa de actividades educativas para la enseñanza de buenas prácticas de higiene y salud oral.

**RESULTADOS:** Mayor participación del género femenino (50.3%) y grado 5 (50.8%). Todos los escolares realizan el cepillado diario utilizando crema dental; el 85.1% hacían uso de crema dental para adultos. Utilizan seda dental (31%) y enjuague (18.3%). El cepillado dental fue aprendido de las madres (60.6%) y el 78.4% reportaron tener su cepillo de dientes desde hace menos de tres meses. El 75.4% han ido al odontólogo. **CONCLUSIONES:** De manera general se pudo identificar un buen conocimiento y actitud sobre la higiene oral, sin embargo se presenta una gran debilidad con relación a la dieta de los escolares al estar fuertemente relacionada con el consumo de gaseosas, dulces y productos de paquete.

**PALABRAS CLAVE:** ciencias de la nutrición del niño, dieta cariogénica, salud bucal-prevención y control, caries dentales, dientes-cuidado e higiene, enseñanza.

## ABSTRACT

**GENERAL OBJECTIVE:** To identify the knowledge, attitudes and practices among schoolchildren aged 6 to 18 years on oral health in schools in Cali.

**MATERIALS AND METHODS:** A descriptive observational cross, with a sample composed by 143 children from 4 educational institutions in the city. A questionnaire of 32 items that identified demographic data, oral hygiene, diet, just sugar, dental visits, dental caries knowledge and perceptions about the state of the mouth and teeth was used. This activity was supplemented by a program of educational activities for teaching good hygiene practices and oral health.

**RESULTS:** Increased female participation (50.3%) and grade 5 (50.8%). All students perform daily brushing using toothpaste, 85.1% were using toothpaste for adults. Use dental floss (31%) and flushing (18.3%). Tooth brushing was learned from the mothers (60.6%) and 78.4% reported having your toothbrush for less than three months. 75.4% have gone to the dentist. Moments of sugar at breakfast were presented in 98.6% of cases.

**CONCLUSIONS:** In general, it could identify a good knowledge and attitude about oral hygiene, however there is a major weakness in relation to the diet of schoolchildren to be strongly linked with the consumption of soft drinks, candies and package.



**KEYWORDS:** child nutrition sciences, cariogenic diet, oral health-prevention and control, dental caries, teeth-care and hygiene, teaching.


## INTRODUCCIÓN

Las enfermedades orales como la caries dental y las de tipo periodontal, son uno de los problemas de más importancia para la salud pública por su alta prevalencia (1); su manejo debe ser constante y algunas de las alternativas que pueden sugerirse son a largo plazo e incluyen la modificación de conductas de riesgo (2-4), además porque estas enfermedades son persistentes y no se curan

espontáneamente (5-7). Considerando esta afirmación, se ha logrado estimar que entre el 5 y 10% del gasto sanitario tiene relación con la salud bucodental (8).

Al hacer énfasis en las intervenciones, cabe destacar que son cruciales entre los niños en edad escolar al ser ésta la edad universal de vigilancia epidemiológica internacional de caries (9,10), en especial porque durante esta etapa es en la que se adoptan los hábitos que se prolongarán por el resto de la vida adulta (11-22), incluyendo no sólo los de higiene oral sino también otros como los de tipo nutricional (23-25).

El mantenimiento de la salud oral y los resultados que se obtengan en los niños están influenciados en gran medida por el conocimiento los padres y sus propias creencias (15,16); sin embargo también están directamente influenciados por factores como su estrato socioeconómico, los hábitos de higiene oral, el nivel educativo, entre otras (22,25-27). En este sentido se ha encontrado que para los niños en edad preescolar, el inicio precoz de la caries dental puede ser un problema de salud importante que afecta, en especial, los grupos con desventajas socioeconómicas y nutricionales, los niños de familias de bajos ingresos, de diferente etnia y las minorías culturales (28-31).

Estas condiciones son la base fundamental para la puesta en marcha de métodos preventivos de enfermedades orales, y la educación es una de las primeras alternativas de solución en la comunidad (5, 11, 13, 17, 19, 23,24). Los trabajos e investigaciones que incluyen la educación son muy importantes debido a que permiten el desarrollo de modelos innovadores de intervención preventiva en poblaciones vulnerables, que incorporan de manera paulatina, la construcción de nuevos juicios y actitudes saludables no sólo en los niños desde su primera infancia sino también en la población adulta que directa o indirectamente interviene (6,15,16).

Las actitudes se adquieren durante toda la vida, no se nace con ellas; sin embargo, es de suma importancia que en la niñez y la adolescencia se guíe convenientemente el trabajo de educación para la salud; pues una vez se fijan los comportamientos positivos, su modificación a futuro es bastante difícil (24,26,27).

En este sentido, los profesionales del área odontológica están trabajando cada vez más con los profesores de las escuelas y con los padres, considerándolos grupos de trabajo en la prevención (6, 25, 32,33). Trabajos como el que se plantea en esta investigación han dado como resultado la generación de buenas prácticas y la adquisición de una adecuada dieta oral y hábitos de salud; por lo que su continuo desarrollo es crucial para el mejoramiento de las condiciones de todas las comunidades (34-36). Este estudio proporciona información básica sobre un grupo de escolares pertenecientes a 4 centros educativos de la ciudad y tiene por objetivo identificar el conocimiento de los niños, sus actitudes y el comportamiento hacia hábitos de alimentación y mantenimiento de la higiene oral.

## MATERIALES Y MÉTODOS

La investigación fue de tipo observacional descriptiva transversal, contando con la participación de los escolares matriculados desde transición hasta grado noveno de cuatro instituciones educativas de la ciudad de Santiago de Cali durante el primer semestre del 2012: Sede Portete de Tarqui, Carlos Holguín Lloreda, José Acevedo Gómez y República de Costa Rica de los cuales se seleccionaron para la muestra un total de 143 niños que cumplían con los criterios de selección tales como tener edades entre 6 y 18 años, estar matriculados en alguno de los planteles educativos y desear participar voluntariamente en la investigación, excluyendo a aquellos que presentaran discapacidad mental o física, tuvieran tratamiento de ortodoncia, coronas de acero o con rejilla palatina y quienes no desarrollaran adecuadamente el cuestionario por presentar condiciones como nerviosismo o estrés.

Esta investigación es parte de un proyecto institucional, cuya información fue recopilada por medio de una encuesta auto diligenciada por los niños de edades entre 6 – 18 años .por tanto, esta información suministrada se obtuvo a través de un cuestionario de recolección de información que tenía un total de 32 ítems y que indagaban sobre datos sociodemográficos, hábitos de higiene oral, dieta, momentos de azúcar, visitas al odontólogo, conocimientos sobre caries y

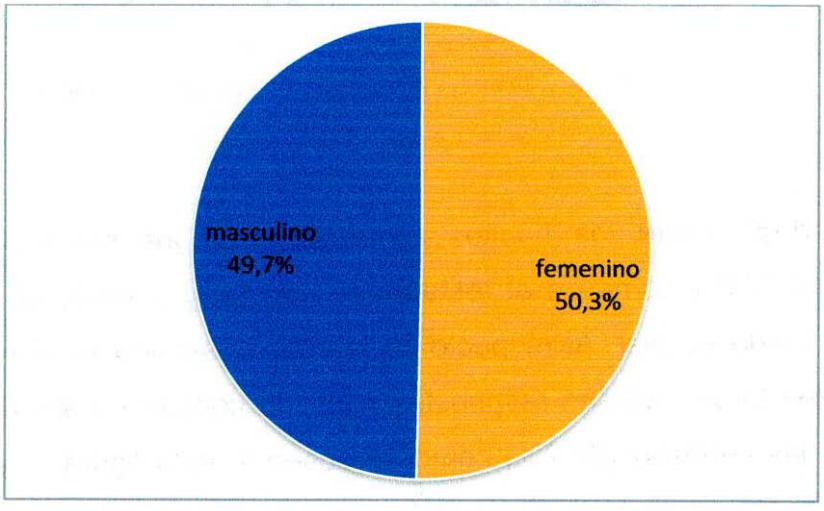
percepción sobre el estado de la boca y los dientes. Como actividades complementarias a la recolección de información con la encuesta desarrollada tanto en el plantel educativo como en los hogares, se efectuó un programa de actividades educativas, que garantizó la participación de todos los alumnos en las técnicas y juegos didácticos.

En un último paso los datos tabulados fueron analizados haciendo uso del programa estadístico SPSS y con análisis univariado, previa aprobación del Comité de Ética en Investigación de la Institución Universitaria Colegios de Colombia. La investigación fue clasificada sin riesgo según la Res.8430 de 1993 de Ministerio de Salud de Colombia, al ser sólo un proyecto que evaluaba conocimientos, actitudes y prácticas en salud oral.

## RESULTADOS

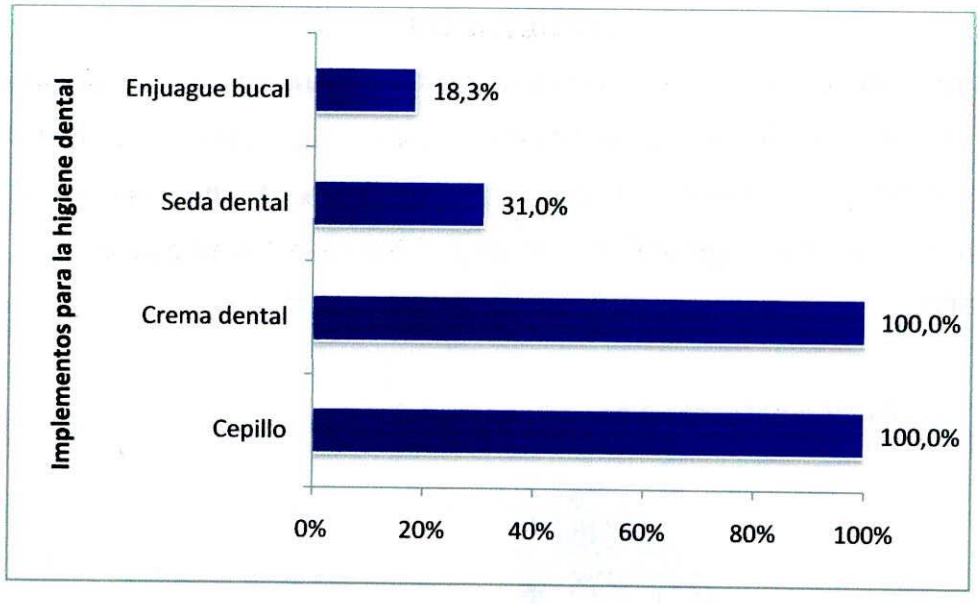
Después de analizar los datos obtenidos en las 143 encuestas, se observaron, con respecto a las características sociodemográficas, de manera prevalente la participación del género femenino con un 50.3% (figura 1), un promedio de edad de 10.5 años, en un rango entre 6 y 18 años y el 50.8% estaban cursando el grado 5 de primaria.

**Figura 1.** Distribución porcentual según el género



En relación a los hábitos de higiene oral el total de los escolares realizan el cepillado diario de sus dientes haciendo uso de crema dental, con un cepillo de tamaño grande (78.4%); sin embargo el 85.1% manifestaron hacer uso de crema dental para adultos, y es una actividad que realizan solos el 89.5%. El uso de implementos adicionales para la higiene oral también fue reportado, en el caso de la seda dental es utilizada por el 31% y el enjuague por el 18.3% (figura 2). El cepillado dental fue aprendido de las madres (60.6%) y el 78.4% reportaron tener su cepillo de dientes desde hace menos de tres meses. Por otra parte, al 86.1% les gusta ir al odontólogo y el 75.4% han ido, teniendo como motivo para hacerlo el dolor (31.4%) y el control (24.5%) de manera prevalente.

**Figura 2.** Implementos utilizados para la limpieza de la boca




También se indagó sobre los hábitos alimenticios de los niños pudiéndose identificar que el 73.8% come en el restaurante escolar y además el 78% hace compras en la tienda escolar. Al respecto de la comida servida en el restaurante escolar, se presentaron diversas respuestas sobre lo consumido siendo las más representativas las verduras (62.2%) como se observa en la figura 3; y entre los alimentos que compran en la tienda escolar los más representativos fueron los

dulces con un 49.1%, la gaseosa con un 44.5% seguidos de los paquetes con un 35.5%. Por último también fueron considerados los momentos de azúcar, encontrándose la prevalencia durante el desayuno (98.6%) como se observa en la figura 4.

En esta encuesta también fueron consideradas las percepciones generales sobre la salud oral, lográndose identificar que al 51.7% le han dolido los dientes y al 48.3% le han sangrado las encías durante el cepillado. En cuanto a conocimiento el 51.4% manifiestan saber por qué se dañan los dientes

Diferentes variables fueron relacionadas con el género, y sólo se encontró significancia estadística con haber realizado visitas al odontólogo ($p<0.05$), mostrando que es mayor el porcentaje de hombres (51.4%) que han ido al odontólogo que las mujeres (48.6%), como se aprecia en la figura 5.

**Figura 3.** Alimentos que se sirven en el restaurante escolar y que son consumidos por los escolares.

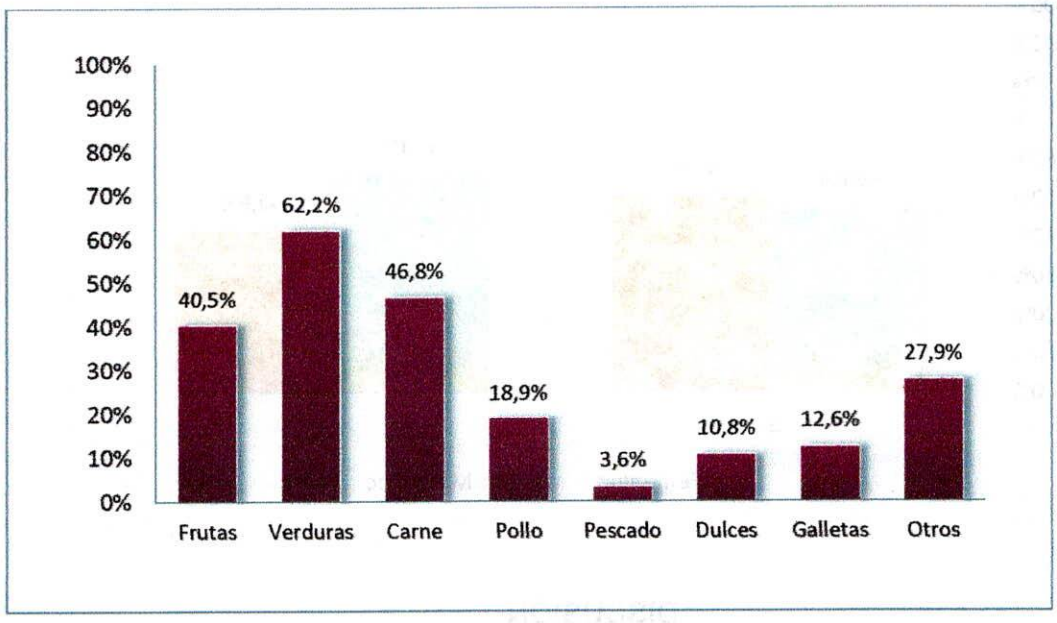


**Figura 4.** Momentos de azúcar identificados en los escolares.

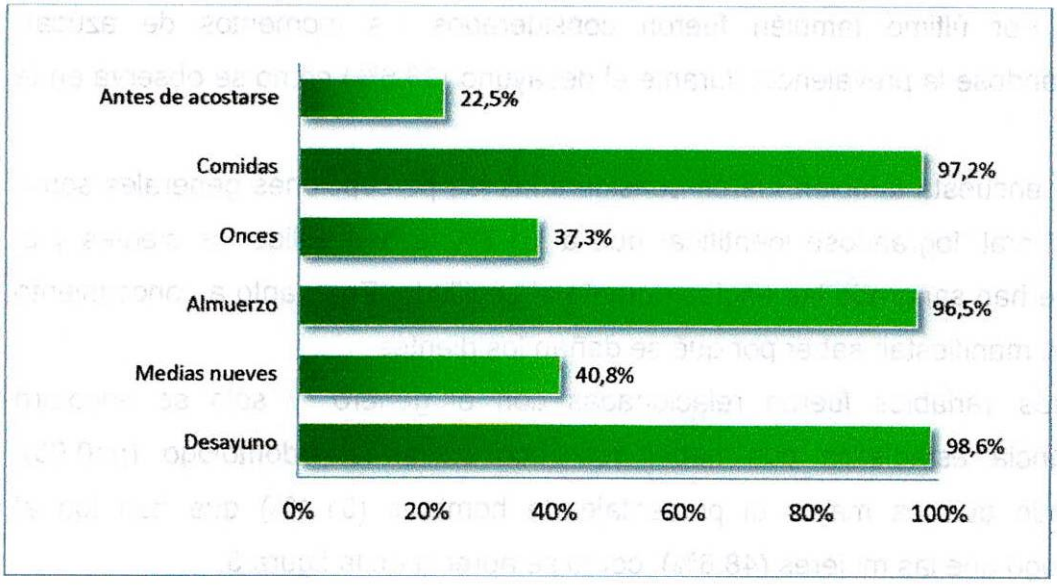
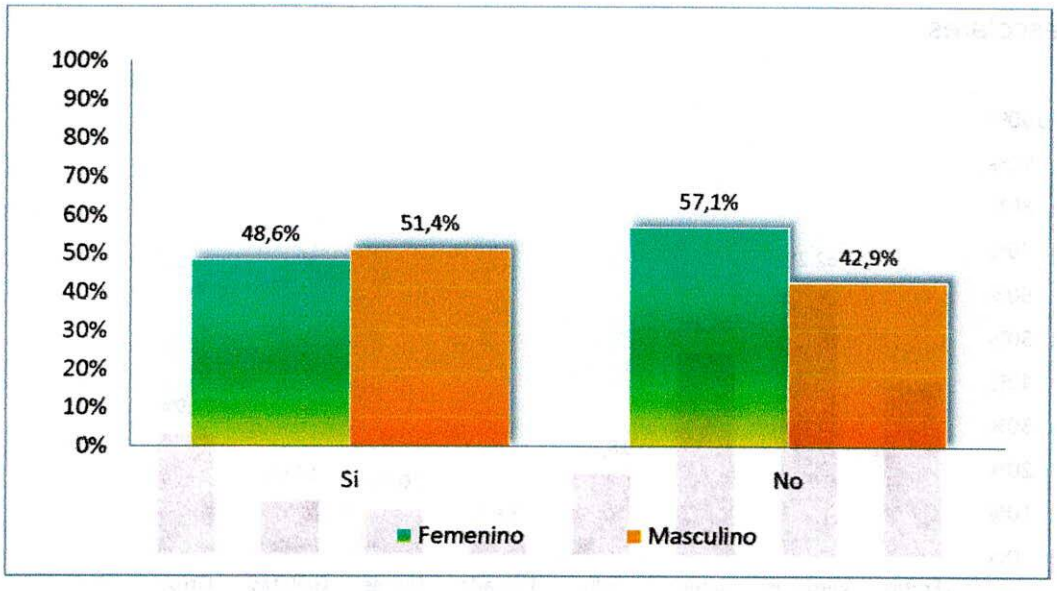



**Figura 5.** Relación entre género y haber visitado al odontólogo.




## DISCUSIÓN

Para poder hacer prevención se requiere de conocer a fondo el problema que nos aqueja así como los factores y condiciones que pueden llegar a modificarlo; muchos de éstos de tipo determinante como los estilos de vida (2).

Con respecto a este punto algunos autores como Espinoza 2004 (2) han sugerido que la labor educativa para formar o modificar el modo de vida para proteger la salud hay que desarrollarla con la familia, para lo cual hay que cuidar y fortalecer la unidad, la permanencia, la autoridad y el prestigio de esta; pero no sólo compete a la familia modificar conductas o conocimientos en el campo oral; también se han vinculado diferentes grupos como es el caso de los docentes, pues existe una conexión directa entre la comunidad, el establecimiento educacional y los padres, que puede generar muy buenos resultados en la educación en salud e higiene oral; se ha podido demostrar que los docentes poseen un muy buen conocimiento conceptual en temas como la caries y un poco más reducido (53.3%) cuando se evalúan las prácticas (6); lo importante es tratar de aprovechar este nivel de conocimiento para transmitirlo a los diferentes individuos que conforman la sociedad.

Por su parte, cuando son evaluados de manera independiente los escolares, investigaciones como la de García 2006 (11) quien evalúo escolares de distintas entidades educativas en Cali, han reportado que tienen un conocimiento regular sobre conceptos relacionados con la cavidad bucal (43.5%); pero se encontró un conocimiento muy bajo sobre el motivo por el que se debe visitar al odontólogo, refiriéndose a las ocasiones en las que se presenta dolor (32.3%); al compararlo con esta investigación se pueden encontrar similitudes en las respuestas, sin embargo en este estudio el 75.4% han ido al odontólogo y sólo el 31.4% lo hicieron cuando presentaron dolor además de aquellos que lo hicieron como medida de control; es de resaltar también que la investigación de García hubo una alta presencia de niños con dieta cariogénica (>90%), destacándose productos como los dulces y la Coca-Cola que son considerados erróneamente alimentos no perjudiciales para los dientes; comportamientos similares se presentaron en esta investigación donde el 78% de los niños realizan compra frecuente de dulces, gaseosa y paquetes en la tienda escolar.

También se observaron investigaciones como la de Restrepo 2011 (12) enfocadas en los temas que también se abarcaron en esta investigación, donde se identificó

que el 60% tienen claro el concepto sobre caries y el 70% considera importante la salud bucal, respecto a las prácticas un 80% de la población utilizaba el cepillo, la crema dental y la seda dental como elementos de uso cotidiano; un 62% reportó que cepillarse los dientes con crema dental era lo más utilizado para su autocuidado; esta investigación tuvo resultados similares pues más de la mitad de los escolares tienen el conocimiento adecuado sobre el tema de la caries; el cepillado haciendo uso de crema dental es una práctica diaria para todos los escolares aunque hay una falencia en cuanto al tipo de producto que puede ser empleado durante esta actividad.

Una limitación en la investigación se presentó como consecuencia de ser un proyecto institucional del que se disponía sólo de una base de datos; pues no se pudieron observar los resultados de la aplicación de las estrategias educativas.

## CONCLUSIONES

En la investigación se encontró una participación equitativa entre ambos géneros.

Con respecto a las prácticas el cepillado diario utilizando crema dental es realizado frecuentemente por los escolares, aunque cabe señalar que falta mayor información sobre el tipo de crema adecuado que deben utilizar los escolares durante esta etapa de su vida que evite problemas futuros.

También se destaca el importante papel que cumplen las madres como divulgadoras de conocimiento, pues es de éstas que los niños han aprendido con mayor frecuencia sobre la higiene y salud oral, cómo deben cepillarse los dientes, hacer uso de seda, enjuague y de las visitas al odontólogo.

Abarcando el tema de la dieta de los escolares, se debe resaltar que un muy buen porcentaje hacen uso del restaurante escolar y los alimentos que allí sirven son adecuados para la dieta del niño, resaltando entre estas las verduras, las frutas y las proteínas; sin embargo también hacen uso de la tienda escolar y en este lugar no es adecuado el tipo de productos que adquieren los niños pues resaltan las gaseosas, los dulces y los paquetes.

Sólo se encontraron diferencias significativas cuando se observaron las visitas al odontólogo y el género, donde son los hombres quienes con más frecuencia han asistido al odontólogo.

## RECOMENDACIONES

Los resultados encontrados en esta investigación revelaron la necesidad de la constante intervención a los escolares de este sector; por lo que la ejecución de investigaciones que incluyan estrategias educativas para mejorar los conocimientos, actitudes y prácticas entre escolares, padres y docentes, son una muy buena alternativa para futuros estudios a desarrollar en el UNICOC; además porque se ha evidenciado que aún falta mejorar el conocimiento que se tiene sobre la caries, los hábitos de higiene oral y en especial la dieta.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS


1. Cueto A, Soto C, Muñoz D. Conocimiento, actitudes y prácticas sobre salud oral en niños de 12 años. Revista Chilena de Salud Pública 2010; 14 (2-3): 363-371.
2. Espinosa L. Cambios del modo y estilo de vida; su influencia en el proceso salud-enfermedad. Revista Cubana Estomatología 2004; 41(3).
3. García MS. Adolescencia y Salud Bucal. Adolescencia Latinoamericana 1998; 1(3):170-174.
4. Pons X, Gil M. Patrones de comportamiento relacionado con la salud en una muestra española de población general. Revista Acta Colombiana de Psicología 2008; 11(2): 97-106.
5. García B, de Armas G, Benet M. El crucigrama educativo estomatológico, un método para la prevención de las enfermedades bucodentales. Revista cubana Estomatología 2000; 37(3):176-181.
6. Vásquez P. Conocimientos y prácticas en prevención de caries y gingivitis en educadores de párvulos, JUNJI, Santiago. Revista Chilena de Salud Pública 2008; 12 (2): 64-72.

7. Seguén J, Arpizar R, Chávez Z, López B, Coureaux L. Epidemiología de la caries en adolescentes de un consultorio odontológico venezolano. Medisan 2010; 14(1): 42.
8. Jiménez J, Esquivel RI. Estudio comparativo de caries dental en cinco generaciones de la Facultad de Estudios Superiores (FES) Iztacala. Revista ADM 2011; LXVIII (2): 67-72.
9. Santos J, Rubio B, Santos C, Rubio E. Índices epidemiológicos de caries de la población escolar atendida en el Centro de Salud de Barbastro. Avances en Odontoestomatologia 2005; 21(1): 355-360.
10. Márquez M, Rodríguez RA, Rodríguez Y, Estrada G, Aroche A. Epidemiología de la caries dental en niños de 6-12 años en la Clínica Odontológica "La Democracia". Medisan 2009; 13(5).
11. García L, Agudelo L, Cruz J, Otálvaro C, Ovalle A, Sánchez Y. Conocimientos, Actitudes, Creencias y Prácticas en salud Bucal de la Población Escolar del Sector Público de Santiago de Cali, 2005. Revista Estomatología 2006; 14(1):28-31
12. Restrepo K, Berrio N, Ghisays J, Peña J, Upegui A, Gallego C. Conocimientos, actitudes y prácticas en salud bucal de la población interna en el centro de atención al joven "Carlos Lleras Restrepo", Medellín 2010. Revista Nacional de Odontología. 2011; 7(12): 43-48.
13. Delgado E, Sánchez PC, Bernabé E. Mejora en los conocimientos, actitudes y prácticas a través de una intervención en salud oral basada en comunidad. Revista Estomatología Herediana. 2006; 16 (2): 83 - 88.
14. González J, Monerris E, Ortega E, Quesada C, Gómez R, Calpena MT, Ruiz E, Moya M. Estudio de hábitos de higiene bucodental en preadolescentes y adolescentes de dos colegios urbanos y dos rurales. Anales Españoles de Pediatría 1996; 45:14-20.
15. Martignon S, Bautista G, González MC, Lafaurie GI, Morales V, Santamaría R. Instrumentos para Evaluar Conocimientos, Actitudes y Prácticas en Salud Oral

para Padres/Cuidadores de Niños Menores. Revista Salud Pública 2008; 10 (2): 308-314.

16. Martínez F, Barrios CC, Salinas LE. Conocimientos, actitudes y prácticas en salud bucal de padres y cuidadores en hogares infantiles, Colombia. Salud pública México 2011; 53(3): 247-257.
17. Bosch R, Rubio M, García F. Conocimientos sobre salud bucodental y evaluación de higiene oral antes y después de una intervención educativa en niños de 9-10 años. Avance Odontoestomatologia 2012; 28(1): 17-23.
18. Agudelo AA, Martínez LI. Conocimientos, actitudes y prácticas en salud bucal, medios de comunicación y mercadeo social en escolares de 7 a 12 años de una institución de Medellín. Revista Facultad de Odontologia Universidad de Antioquia, 2005; 16 (1 y 2): 81-94.
19. Dávila ME, Mujica de GM. Aplicación de un programa educativo a los escolares sobre enfermedades de la cavidad bucal y medidas preventivas. Acta odontológica venezolana 2008; 46(3).
20. Díaz S, Arrieta K, González F. Factores Familiares asociados a la presencia de Caries Dental en Niños Escolares de Cartagena, Colombia. Revista Clínica de Medicina de Familia 2011; 4 (2): 100-104.
21. Tascón JE, Cabrera GA. Creencias sobre caries e higiene oral en adolescentes del Valle del Cauca. Colombia Médica 2005; 36(2): 73-78.
22. Palma C, Cahuana A, Gómez L. Guía de orientación para la salud bucal en los primeros años de vida. Acta Pediátrica Española. 2010; 68(7): 351-357
23. Gutiérrez M, Medina K, Villacampa C. Eficacia de una medida preventiva para el niño con riesgo cariogénico asociada a la estabilidad de pH salival. Odontología Sanmarquina 2007; 10(1): 25-27.
24. Hernández A, Espeso N, Reyes F, Rodríguez L. Intervención educativo-curativa para la prevención de caries dental en niños de cinco a 12 años. Archivo Médico de Camagüey 2010; 14(6): 1-11.
25. Franco AM. Conocimientos y prácticas de salud oral de las madres de niños prescolares, Medellín, 1994. Revista CES Odontología 1995; 8(2): 132-135.

26. Contreras N, Valdivieso M, Cabello E. Nivel de conocimientos y prácticas de medidas preventivas de profesionales de salud sobre caries dental en el infante. Revista Estomatología Herediana. 2008; 18(1):29-34.
27. Rodríguez LE, Contreras R, Arjona J, Soto R, Tavira A. Prevalencia de caries y conocimientos sobre salud-enfermedad bucal de niños (3 a 12 años) en el Estado de México. Revista ADM 2006; LXIII (5): 170-175.
28. Hidalgo MI, Güemes M. Nutrición en la edad preescolar, escolar y adolescente. Pediatría Integral 2007; XI (4):347-362.
29. Duque J, Rodríguez A, Coutin G, Riveron F. Factores de riesgos asociados con la enfermedad caries dental en niños. Revista Cubana Estomatología 2003; 40(2).
30. González F, Puello E, Diaz A. Representaciones Sociales sobre la Salud y Enfermedad Oral en familias de La Boquilla Cartagena- Colombia. Revista Clínica Médica de Familia 2010; 3(1): 27-35.
31. Franco AM, Santamaría A, Kurzer E, Castro L, Giraldo M. El menor de seis años: Situación de caries y conocimientos y prácticas de cuidado bucal de sus madres. Revista CES Odontología 2004; 17(1): 19-29.
32. Ruiz N, González E, Soberats M. Modificación del nivel de conocimientos sobre salud bucal en educandos de la enseñanza primaria. Medisan 2004:8(3):24-26.
33. Lukes SM. Oral Health Knowledge Attitudes and Behaviors of Migrant Preschooler Parents. Journal of Dental Hygiene 2010; 84(2): 87-93.
34. Mirza B, Syed A, Izhar F, Khan A. Oral health attitudes, knowledge, and behavior amongst high and low socioeconomic school going children in Lahore, Pakistan. Pakistan oral & dental journal 2011; 31(2): 396-401.
35. Dumitrescu AL, Wagle M, Dogaru BC, Manolescu B. Modeling the theory of planned behavior for intention to improve oral health behaviors: the impact of attitudes, knowledge, and current behavior. Journal of Oral Science 2011; 53(3): 369-377.

36. Flório FM, De Souza LZ, Boaretto P, Pinheiro PPS, Agosteneli SMC. Hábitos e conhecimentos de escolares sobre saúde bucal. RGO: Revista Gaucha de Odontología 2009; 57(3): 291-296.