



CAPÍTULO VI: Trabajo de investigación

“Conocimientos de salud oral y su relación con el estado bucal en estudiantes de octavo básico del sector Lorenzo Arenas, de la comuna de Concepción, año 2014”

Dr. Catril, R; Dra. Solis, B; Cofré, M; Muñoz, C.
manucofre@udec.cl; carolinamunozv@udec.cl

Centro de salud familiar Lorenzo Arenas
Región del BioBío
Chile, 2014

Docente guía: Dr. Roberto Catril Cabezas

Docente coordinador: Dra. Beatriz Solis Chávez

Docente encargado de asignatura: Dr. Carlos Araya Vallespir

Internos: Manuel Cofré Molina, Carolina Muñoz Vega



RESUMEN

INTRODUCCIÓN: La etapa pre-adolescente resulta trascendental, ya que en esta etapa del desarrollo se adoptan diferentes conocimientos y conductas que acompañarán a una persona en sus etapas posteriores. Éste es un punto en el cual comienzan una serie de cambios a nivel físico, biológico y psicológico que podrían afectar el bienestar a futuro. Es por ello que se hace necesario obtener una buena base de conocimientos en relación con la salud, como herramienta de prevención a través de la promoción de la salud. Especialmente en lo que a condiciones orales se refiere, ya sea por prevalencia de afecciones bucales, como por su impacto social e individual. Realizar una medición cualitativa de conductas en relación a la salud oral puede sentar un precedente y revelar un punto de enfoque de esfuerzos de promoción y prevención. Al mismo tiempo, contrastar los resultados con el estado de salud bucal demostraría la significancia de la primera.

OBJETIVO: Medir el nivel de conocimiento de estudiantes de octavo básico en relación a la salud oral, y contrastar esta información con el estado bucal de la población en cuestión usando como referencia índice COPD. **MATERIAL Y**

MÉTODO: Se realizó un estudio descriptivo transversal en una población universo compuesta por alumnos de octavo básico de los establecimientos educacionales adscritos al sector Lorenzo Arenas, Concepción. Participaron del estudio 113 estudiantes, cuya edad promedio fue de 13.5 años; se realizó un examen bucal con registro del índice COPD y aplicación de una encuesta de conocimientos de salud bucal. Los resultados se analizaron mediante un programa estadístico.

RESULTADOS: El nivel de conocimiento de salud bucal fue calificado como “Aceptable”, el índice COPD promedio fue de 4,26 valor considerado por la OMS como moderado; al asociar variables se establece la relación que a mayor conocimiento, el estado de salud bucal es mejor, sin embargo no se logra la significancia estadística. **CONCLUSIÓN:** Se hace necesaria la implementación de temáticas asociadas a salud bucal en los programas educativos, de manera que a través del conocimiento, se impacte de manera positiva en los adolescentes y se contribuya a un mejoramiento de las condiciones orales de la población.



INTRODUCCIÓN

La salud constituye un fenómeno dinámico que se relaciona con las diferentes etapas de la vida, entre las cuales se encuentra la adolescencia, donde ocurren complejas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales que requieren de una atención médica¹. Características tales como rebeldía, descuido en los hábitos de aseo personal, y rechazo a la autoridad de los padres hacen que resulte importante sensibilizar a los jóvenes para lograr el cuidado de su higiene personal, y especialmente, una correcta mantención de condiciones bucales saludables². Durante la adolescencia los dientes permanentes brotan completamente, y por tanto, la higiene bucal debe ser constante, puesto que aún estos se encuentran inmaduros y están más propensos a afecciones como la caries dental, por ello es que estudios afirman que la adolescencia es un periodo crítico de las prácticas de salud, y las que se adquieran en este momento, suelen persistir durante la edad adulta³.

Es sabido que las enfermedades bucales son las más comunes de las enfermedades crónicas y son un importante problema de salud pública por su alta prevalencia, impacto en los individuos y en la sociedad, y el costo de su tratamiento. Las patologías bucales más prevalentes en el mundo, así como en nuestro país, son la caries dental, las enfermedades gingivales y periodontales y las anomalías dento-maxilares. Éstas se inician desde los primeros años de vida y presentan un importante incremento con la edad⁴.

Las enfermedades orales influyen en la calidad de vida afectando diversos aspectos del diario vivir como son: la función masticatoria y fonoarticular, la apariencia física, las relaciones interpersonales e incluso las oportunidades de trabajo⁵. Un 37% de la población mayor de 15 años declara que su salud bucal afecta su calidad de vida siempre o casi siempre. Los mayores de 20 años se ven más afectados que los más jóvenes, debido probablemente a que su daño bucal es mayor⁶.

El gran daño que tienen los adultos actualmente implica tratamientos complejos y costosos, que si no cambian las condiciones que llevan a enfermar, son poco



efectivos, ya que la patología se presenta nuevamente. Es por esto, que desde el punto de vista sanitario, es necesario realizar intervenciones desde la infancia, que conduzcan a la instalación de hábitos saludables y a un adecuado acceso a los fluoruros, ofreciendo un mayor número de prestaciones de tipo preventivo, evitando que los individuos se enfermen. De esta manera se logrará, en el mediano y largo plazo, tener una población adulta con mejor salud bucal, y por ende, mejor calidad de vida. Es por esto que se hace necesario aclarar el panorama en cuanto a los conocimientos y conductas que presentan las personas que atraviesan por la etapa de adolescencia y pre-adolescencia y de esta manera establecer objetivos más claros y concretos a la hora de realizar esfuerzos e intervenciones de prevención que favorezcan estilos de vida saludables.

En Chile, investigadores como Misrachi han ahondado en cuanto a los niveles de conocimiento, creencias y conductas en relación con la salud bucal en diferentes grupos etarios, revelando ciertos vacíos en el área del conocimiento sobre enfermedades bucales más comunes y métodos de prevención en el grupo de adolescentes⁷. EL tema del conocimiento cobra importancia al encontrar bibliografía que sugiere que los niños con insuficientes conocimientos de salud oral son dos veces más propensos a tener caries⁸. Por ello, es importante determinar qué nivel de conocimiento poseen los jóvenes para planificar actividades de promoción y modificar conductas de riesgo⁹.

MARCO TEÓRICO

La organización mundial para la salud (OMS) define salud bucodental como la ausencia de dolor orofacial crónico, cáncer de boca o garganta, defectos congénitos como labio leporino o paladar hendido, enfermedades periodontales (de las encías), caries dental y pérdida de dientes, y otras enfermedades y trastornos que afectan a la boca y la cavidad bucal. Las enfermedades bucodentales más comunes son la caries dental y las periodontopatías. El 60%-90% de los escolares de todo el mundo tienen caries dental¹⁰. En Chile, la Salud Bucal es reconocida como una de las prioridades de salud del país, tanto por la prevalencia y severidad de las enfermedades bucales como por la mayor



percepción de la población frente a estas patologías que afectan su salud general y su calidad de vida¹¹. Según un estudio, el 37% de los adolescentes necesita obturaciones, el 35% requiere de 1 a 4 obturaciones y el 2% de 5 o más. El 4.7% de los adolescentes necesita extracciones como tratamiento recuperativo, el 3.8% necesita de 1 extracción, el 0.8% 2, el 0.1% de 3 y sólo 1 niño necesita 4 extracciones. El 4.3% de los adolescentes necesitan tratamiento de endodoncia para su rehabilitación, un 3.6% requiere de 1 tratamientos de endodoncia. El 0.6% de 2 o más. Respecto a necesidad de tratamiento de gingivitis, el 33% de los adolescentes no requieren tratamiento ni de instrucción de higiene bucal y/o profilaxis. El tratamientos de las anomalías dento-maxilares en necesario en el 52.6% de los adolescentes¹².

El Ministerio de Salud (MINSAL) ha incluido la Salud Bucal dentro de sus 16 prioridades programáticas, con mayor énfasis en las tres patologías más prevalentes: caries, enfermedades gingivales y periodontales y anomalías dento-maxilares. Teniendo en consideración lo anterior es que se hace posible usar índices que ocupen a la caries y sus consecuencias como referencias válidas de estado de salud bucal. La evidencia científica muestra que estas enfermedades se pueden evitar aplicando medidas preventivas a nivel poblacional, a través de programas permanentes de educación, para el autocuidado de la salud oral, que sean de amplia cobertura¹³. Es por esto que se hace necesario mesurar el nivel de instrucción, a modo de pesquisar vacíos y debilidades, y de esta manera enfocar las actividades de prevención.

Si bien ha disminuido el índice COPD a lo largo del tiempo, es preciso proseguir en la tarea de mejorar las condiciones de salud de la población. Por el momento ya se evidencia un mejor nivel de salud en la población más joven, donde a los 12 años disminuyó el daño por caries de 3,4 piezas afectadas a 1,9, cumpliendo así el objetivo sanitario fijado para la década 2000-2010¹⁴. De esta manera se concluye que al realizar promoción y prevención en salud en grupos etarios y focos específicos es posible avanzar en expectativas sanitarias a futuro.



Promoción en salud

La Promoción de la Salud y la Prevención de las enfermedades, especialmente las crónicas, es un concepto que tiene como finalidad el que las personas mejoren sus estilos de vida de manera íntegra. De esta manera se pretende un cambio significativo en los hábitos de las personas, pudiendo ejercer un mayor control sobre sí mismos para mantenerse sanos. Los mecanismos para lograrlo son transversales y abarcan acciones en educación, prevención y fomento de la salud¹⁵.

Las intervenciones en centros de enseñanza son rentables para la promoción de la salud. La evidencia indica que se consigue un mayor grado de eficiencia cuando los programas son de máximo alcance, relacionando a los centros escolares con los organismos públicos y con los sectores encargados del cuidado de la salud, y cuando se desarrollan durante varios años. Se debe prestar especial atención a la formación de los profesores en promoción de la salud bucal¹⁶.

Es importante, entonces, saber qué conocimientos presentan los adolescentes sobre salud bucal.

Los adolescentes son un grupo etario de gran importancia, debido a que el impacto que se pueda tener sobre sus conductas va a influir en el desarrollo de estilos de vida que influyan en generaciones posteriores¹⁷. La adolescencia por ser un período crítico sometido a constantes cambios en el desarrollo físico, psíquico y social, se considera una etapa de riesgo en la cual pueden darse las bases para la aparición de enfermedades. Los adolescentes poseen una percepción de riesgo muy baja, lo que contribuye a que estén alejados de los servicios de salud¹⁸.

Respecto a los hábitos de salud bucal de los adolescentes, los resultados de un estudio muestran que el 98.6% declara lavarse los dientes, de ellos el 19,5% se lava 1 vez al día y el 79.1% declara lavarse 2 o más veces. En cuanto al número de ingesta diaria de alimentos, el 52.5% se considera de bajo riesgo de caries dental, el 38.4% de mediano riesgo y el 8.7% de alto riesgo¹². Evidenciándose de esta manera una incongruencia entre la percepción de conductas y sus consecuencias, con respecto a las cifras de prevalencia de afecciones bucales,



mostrando cierta brecha en cuanto a la información que posee la población en relación a conductas y estándares de salud.

Por lo tanto, en odontología los adolescentes son un grupo de referencia importante, pues en este período ocurren las principales variaciones dentomaxilares y se consolida la identidad que definirá una actitud hacia la salud oral en el futuro¹⁹.

OBJETIVOS

Objetivo general: Determinar el nivel de conocimiento de conductas de salud oral y su relación con el estado de salud bucodentario.

Objetivos específicos:

1. Determinar la distribución según sexo de los alumnos participantes del estudio.
2. Determinar la media de edad de los estudiantes de octavo básico del sector Lorenzo Arenas.
3. Determinar el número de alumnos según establecimiento educacional del sector Lorenzo Arenas que participaron en el estudio.
4. Determinar el nivel actual de conocimientos de salud bucodental de los alumnos de octavo básico de los diferentes establecimientos educacionales del sector Lorenzo Arenas.
5. Determinar índice COPD en los alumnos de octavo básico.
6. Relacionar el nivel de conocimiento con el estado salud bucodentario que poseen los alumnos en estudio.

MATERIALES Y MÉTODOS.

Tipo de investigación: Descriptivo Transversal.

Objeto de Estudio:

El universo corresponde a los alumnos de octavo básico, que asisten regularmente a los establecimientos “Colegio Marina de Chile”, “Colegio Santa



Luisa”, “Colegio Particular Laguna Redonda” y “Escuela Esther Hunneus”. Cabe mencionar que se hizo llegar a los padres un consentimiento informado (anexo 1) en el cual se le plantearon los aspectos generales y objetivos del estudio con el fin de que pudieran decidir de acuerdo a sus necesidades, intereses, valores y expectativas, tal como lo establece la declaración de Helsinki^{20, 21}. El universo total correspondía a 230 alumnos. Al ser un universo relativamente pequeño, no se realizó un cálculo de tamaño de la muestra y se propuso realizar el estudio en el total de alumnos, sin embargo la muestra se redujo al aplicar los criterios de exclusión, quedando finalmente en 113 alumnos que participaron de forma voluntaria e informada.

Criterios de Inclusión

Todos los estudiantes de octavo básico que:

- Estén de acuerdo en participar en la investigación.
- Presenten consentimiento informado, firmado por los padres.
- Que asistan al día del examen clínico y aplicación de la encuesta.

Criterios de Exclusión

Todos los estudiantes de octavo básico que:

- Se rehúsen a participar en el estudio.
- No lleven consentimiento informado firmado por padres
- No asistan al día del examen y aplicación de encuesta.

Recolección de Datos:

Para medir la variable “estado bucal” se escogió el índice “COPD” ya que al cuantificar la historia de caries es posible sopesar la magnitud del daño que han sufrido en el tiempo las piezas dentarias, sin embargo este sería reflejo de un solo “aspecto” del estado bucal de una persona, ya que existen más índices asociados a esta variable, pero para efecto de este estudio se escogió solo COPD de “Klein y Palmer”²². Para ello se realizó un examen clínico llevado a cabo en las salas de enfermería de los diferentes establecimientos participantes, cuya información obtenida se registró en una ficha diseñada para el estudio (anexo 2), la cual incluía



odontograma y registro de COPD. Para el diagnóstico de caries se utilizaron los criterios recomendados por la OMS²³. La revisión se realizó bajo luz artificial, utilizando guantes, mascarilla y un set de examen estéril para cada paciente (bandeja con espejo, explorador curvo y pinzas).

Para medir la variable “conocimiento” se aplicó una encuesta (anexo 3) de 26 preguntas de respuesta cerrada, la que se utilizó en un estudio de Rodríguez²⁴ en Santiago de Chile en el año 2005 llamado “*Conocimientos de salud bucal de estudiantes de 7° y 8° básico de la ciudad de Santiago*”. La encuesta fue diseñada en base a los siguientes temas: caries, enfermedad periodontal, evolución de la dentición, anomalías dentomaxilares, prevención y funciones de la dentición.

Para la identificación de los estudiantes se solicitaron 3 datos: nombre, colegio y curso, dispuesto en el encabezado de la encuesta junto con las instrucciones. Para determinar el nivel de conocimientos de los jóvenes, se comparará el porcentaje de aciertos en cada una de las preguntas con una escala de evaluación “predeterminada”:

Tabla 1: Escala de evaluación de nivel de conocimientos.

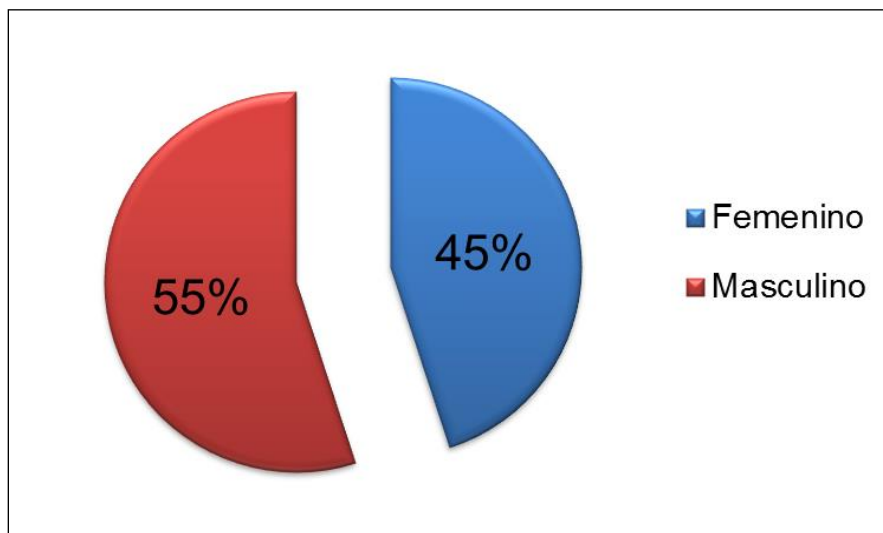
Nivel de conocimientos	Porcentaje correctas
Deficiente	0% a 49,9%
Aceptable	50% a 59,9%
Buen nivel	60% a 74,9%
Muy buen nivel	75% a 89,9%
Excelente	90% a 100%

Los datos fueron tabulados en Microsoft Excel 2010 y analizados con el programa “Infostat”.

RESULTADOS

A continuación se procede a describir a la población en estudio:

Gráfico 1: Distribución según sexo de los alumnos de octavo básico participantes, del sector Lorenzo Arenas, año 2014



Se examinó a un total de 113 alumnos de octavo básico, de los cuales 51 eran mujeres, representando un 45% de la muestra, mientras que 62 fueron hombres, conformando el 55% restante.

Tabla 2: Determinación de la media de edad de los estudiantes de octavo básico del sector Lorenzo Arenas.

Variable	n	Media	D.E	Mín.	Máx.
Edad	113	13,51	0,84	13	16



La edad promedio fue de 13,51 años siendo la edad mínima 13 y la máxima 16 años.

A continuación se detalla la procedencia de los alumnos participantes:

Tabla 3: Determinación del número de alumnos según establecimiento educacional del sector Lorenzo Arenas que participaron en el estudio.

Establecimiento	N° de Alumnos
Colegio Particular Laguna Redonda	18
Colegio Marina de Chile	48
Colegio Santa Luisa	39
Escuela Esther Hunneus	8
Total	113

En resumen el “Colegio Particular Laguna Redonda” aportó un 16% de la muestra; “Colegio Marina de Chile” 42%; “Colegio Santa Luisa” 35% y “Escuela Esther Hunneus” un 7%.

NIVEL DE CONOCIMIENTO:

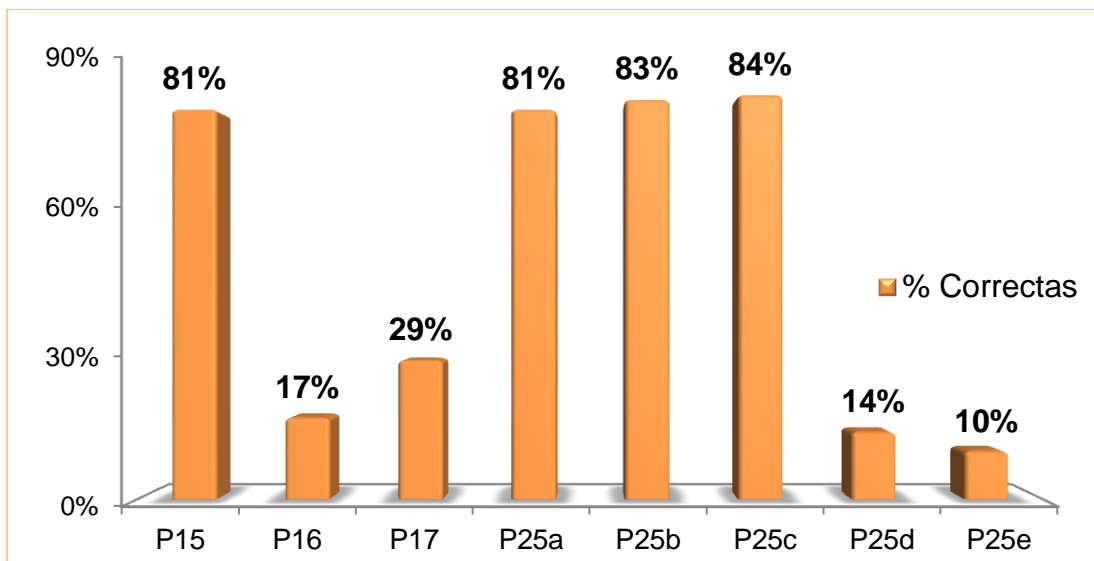
Esta variable se midió utilizando como instrumento de medición la Encuesta de Conocimientos de Salud Bucal, construida en base a seis temas:

Caries, Enfermedad periodontal, Evolución de la dentición, Anomalías Dentomaxilares, Prevención y Funciones de la dentición.

Cabe mencionar que se consideró que cada pregunta tenía la misma importancia, por lo que al acierto en cada una de ellas se le asignó el mismo valor.

ITEM 1: Caries

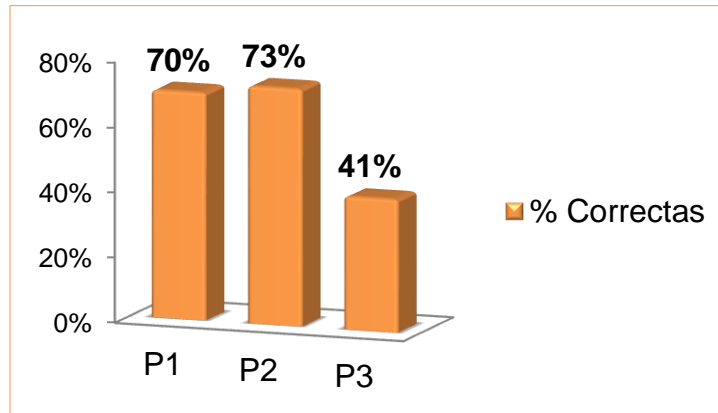
Gráfico 2: Nivel de conocimiento en relación a “Caries” de los alumnos de octavo básico del sector Lorenzo Arenas, año 2014



En relación al nivel de conocimientos que poseen los jóvenes respecto al tema de Caries, se destaca el nivel de desacierto en la preguntas: n° 16, la cual se refiere al carácter contagioso de la caries; n° 17 la cual señala que un diente temporal con caries podría afectar al diente permanente que le sigue. En ambas preguntas los jóvenes no reconocen estas situaciones. Además de las preguntas n° 25-d y 25-e, las cuales señalan si el comer a deshoras y el alto consumo de frutos secos ayudarían a la aparición de caries, respectivamente. Los estudiantes optaron por marcar que estas actitudes poco afectan al desarrollo de esta enfermedad.

ÍTEM 2: Enfermedad Periodontal

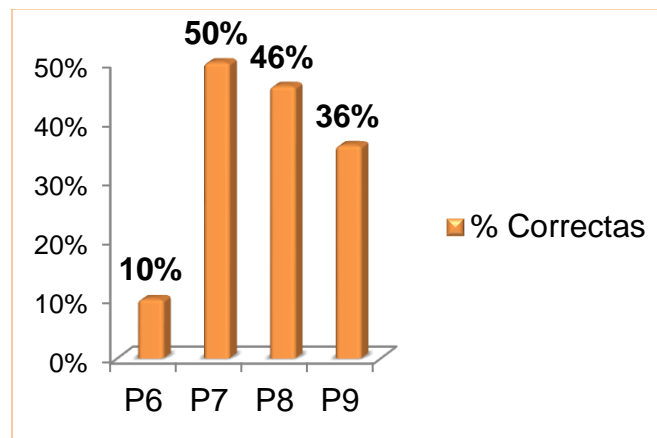
Gráfico 3: Nivel de conocimiento en relación a “Enfermedad periodontal” de los alumnos de octavo básico del sector Lorenzo Arenas, año 2014



En relación al nivel de conocimientos que poseen los jóvenes respecto al tema de Enfermedad Periodontal, llama la atención que la pregunta n° 3 tuvo menor número de respuestas correctas. La pregunta en cuestión hace referencia a la prevalencia de la gingivitis, la mayor parte de los encuestados señala que pocas personas la padecen.

ITEM 3: Evolución de la Dentición

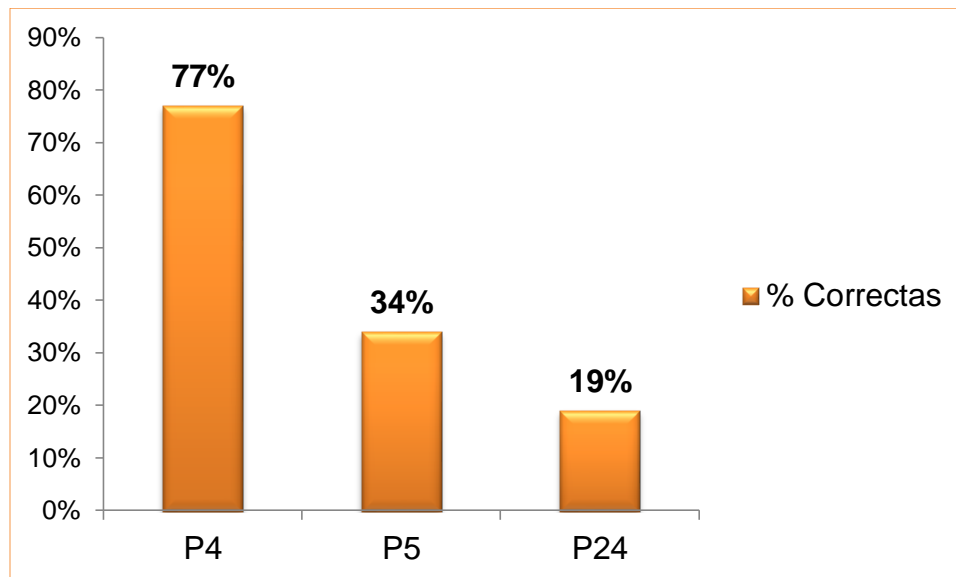
Gráfico 4: Nivel de conocimiento en relación a “Evolución de la dentición” de los alumnos de octavo básico del sector Lorenzo Arenas, año 2014



En relación al nivel de conocimientos que poseen los jóvenes respecto al tema Evolución de la Dentición, existe un desacierto generalizado en las respuestas, destacando la pregunta n° 6, en la cual los jóvenes desconocen cuáles son las primeras piezas dentarias temporales que erupcionan.

ÍTEM 4: Prevención de Anomalías Dentomaxilares

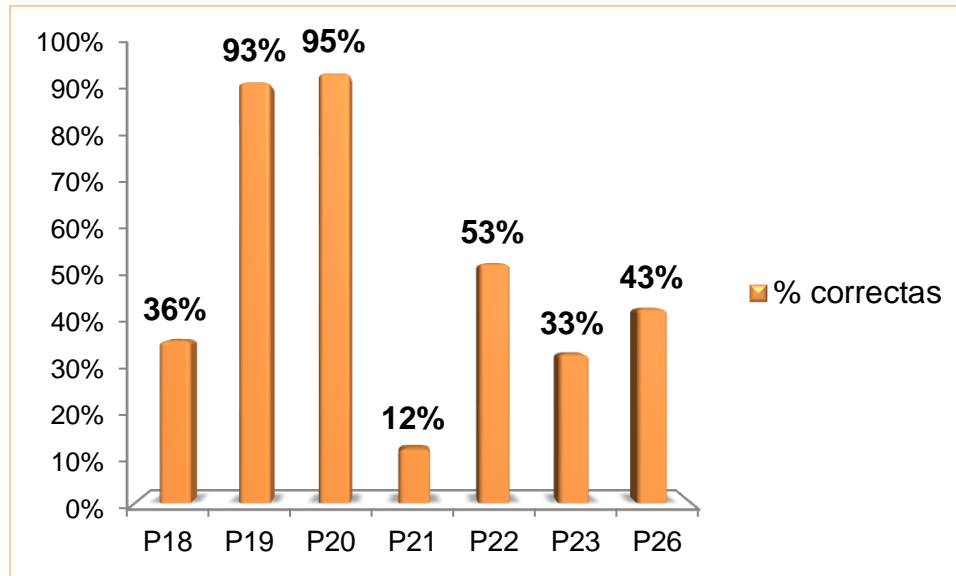
Gráfico 5: Nivel de conocimiento en relación a “Prevención de anomalías dentomaxilares” de los alumnos de octavo básico del sector Lorenzo Arenas, año 2014



En relación al nivel de conocimientos que poseen los jóvenes respecto al tema Anomalías Dentomaxilares, solo se destaca la pregunta n°4 por el porcentaje de aciertos, en la cual los estudiantes si reconocen que la succión digital y la utilización prolongada del “chupete” repercutiría en la posición de las piezas dentarias.

ÍTEM 5: Prevención

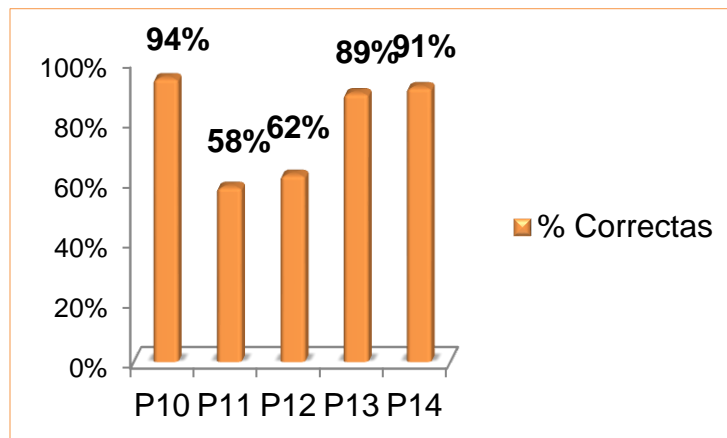
Gráfico 6: Nivel de conocimiento en relación a “Prevención” de los alumnos de octavo básico del sector Lorenzo Arenas, año 2014



En relación al nivel de conocimientos que poseen los jóvenes respecto al tema de Prevención cabe destacar el alto nivel de acierto en las preguntas n°19 y n°20 las que hacen referencia a la importancia del cepillado para mantener los dientes en condiciones saludables. Por otro lado, llama la atención que en la pregunta n° 22 en la cual se pregunta por el cepillado más importante del día, alrededor de la mitad de los encuestados no reconoce al nocturno como el más relevante.

ÍTEM 6: Funciones de la Dentición

Gráfico 7: Nivel de conocimiento en relación a “Funciones de la dentición” de los alumnos de octavo básico del sector Lorenzo Arenas, año 2014



Con respecto al nivel de conocimientos que poseen los jóvenes respecto al tema Funciones de la Dentición, los estudiantes encuestados presentaron un alto nivel respuestas correctas en la mayoría de las preguntas asociadas al tema. Vale decir, que la pregunta con menor número de aciertos fue la n° 11, en la cual según las respuestas, solo el 58% de los alumnos afirma que los dientes temporales son tan necesarios como los permanentes.

EVALUACIÓN GENERAL DE CONOCIMIENTOS DE SALUD BUCAL

Para esta evaluación se consideró los niveles promedio de cada uno de los 6 Ítems de conocimiento de salud bucal incluidos en la encuesta (26 preguntas).

Tabla 4: Evaluación general del nivel de conocimientos de los alumnos de octavo básico del sector Lorenzo Arenas, año 2014

ÍTEM	NÍVEL DE CONOCIMIENTO (%)
Caries	Deficiente (49,9%)
Enfermedad Periodontal	Buen Nivel (61,3%)
Evolución de la Dentición	Deficiente (35,5%)
Anomalías Dentomaxilares	Deficiente (43,3%)
Prevención	Aceptable (52,1%)
Funciones de la Dentición	Muy Buen Nivel (78,8%)
NIVEL GENERAL (PROMEDIO)	ACEPTABLE (53,5%)



Según la tabla 4, resultaron mal evaluados con un nivel “Deficiente” de conocimientos los siguientes temas: Caries, Evolución de la dentición y Anomalías dentomaxilares. Mientras que el ítem de Funciones de la dentición, presentó el mayor nivel de aprobación, calificado como “Muy buen nivel”. Al promediar las evaluaciones de cada uno de los temas de la encuesta aplicada, se obtiene que el nivel de conocimientos general de los estudiantes de octavo básico del sector Lorenzo arenas fue “Aceptable”.

VARIABLE 2: ESTADO BUCAL

Para determinar el estado bucal, se escogió arbitrariamente índice COPD:

Tabla 5: Promedio índice COPD en alumnos de octavo básico del sector Lorenzo Arenas (Concepción) en 2014

Variable	n	Media	D.E.	Mín.	Máy.
C(cariadas)	113	3,38	2,76	0	12
O(obturadas)	113	1,04	1,53	0	7
P(perdidas)	113	0,09	0,34	0	2
COPD	113	4,26	3,28	0	16

Se observa una media final de COPD: 4,26, lo que según la escala del banco mundial de datos de la OMS¹⁴, se considera un nivel moderado. Además se observa que el punto que más valor otorgó al índice fue el indicador “cariadas” al ser comparado con indicadores “perdidas” y “obturadas”.

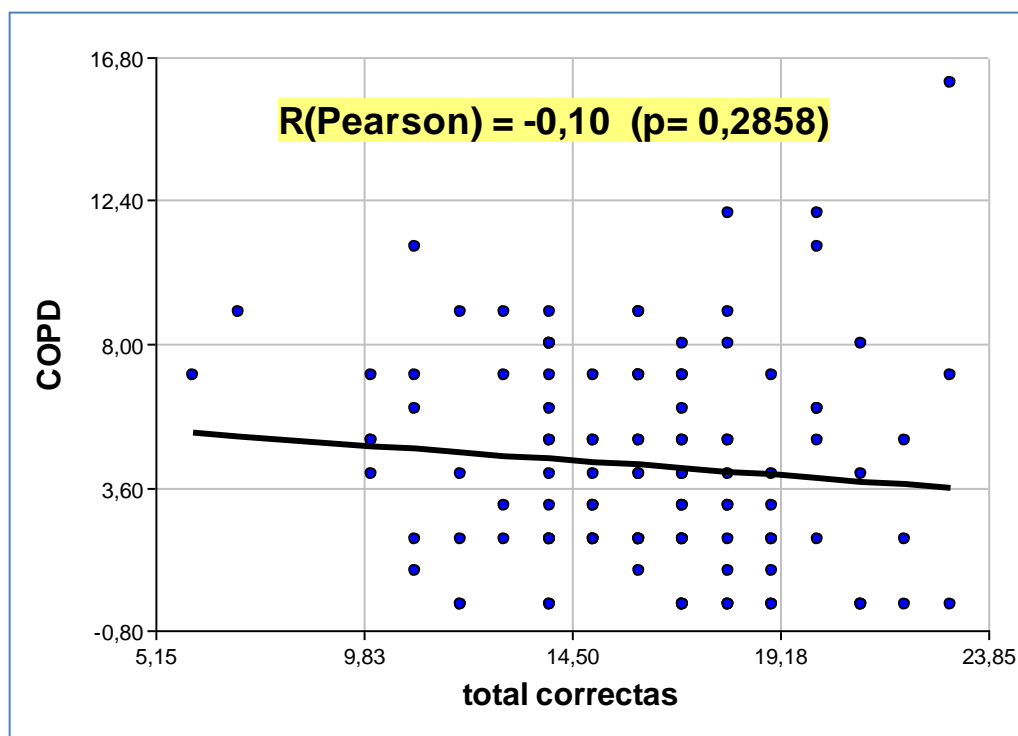
ASOCIACIÓN DE VARIABLES 1 Y 2: “Estado Bucal” y “Nivel de Conocimiento” de salud bucal

Para relacionar las dos variables y evaluar la relación de significancia entre nivel de conocimiento con estado bucal es necesario que ambas variables sean cuantitativas, entonces, para este caso se utilizó el número total de respuestas

Año 2014

correctas en la encuesta, por cada alumno participante y realizar una regresión de Pearson junto con el índice COPD de cada uno:

Gráfico 8: Determinación de asociación entre nivel de conocimiento con estado bucal de los alumnos de octavo básico del sector Lorenzo Arenas, año 2014



Al aplicar regresión de Pearson, se observa que la recta tiende a la baja, es decir, a mayor conocimiento (mayor número de respuestas correctas) se hace menor el índice COPD, sin embargo al obtener un valor $p > 0,05$ se establece que no existe significancia estadística al relacionar ambas variables.

Al categorizar al alumnado por nivel de conocimiento y revelar el índice COPD por cada una de las categorías, los resultados son los siguientes:



Tabla 6: Determinación de índice COPD desglosado en los diferentes niveles de conocimiento existentes en los alumnos de octavo básico del sector Lorenzo Arenas, año 2014

Nivel Conocimiento	Variable	n	Media	D.E.	Mín.	Máx.
Deficiente	C (cariadas)	35	3,86	2,84	0	10
Deficiente	O (obturadas)	35	1,2	1,53	0	5
Deficiente	P (perdidas)	35	0,03	0,17	0	1
Deficiente	COPD	35	4,83	3,11	0	11
Aceptable	C (cariadas)	40	3	2,15	0	8
Aceptable	O (obturadas)	40	0,95	1,41	0	7
Aceptable	P (perdidas)	40	0,05	0,22	0	1
Aceptable	COPD	40	3,93	2,52	0	9
Bueno	C (cariadas)	35	3,14	2,94	0	10
Bueno	O (obturadas)	35	0,97	1,65	0	7
Bueno	P (perdidas)	35	0,14	0,43	0	2
Bueno	COPD	35	3,77	3,59	0	12
Muy Bueno	C (cariadas)	2	2,5	3,54	0	5
Muy Bueno	O (obturadas)	2	0	0	0	0
Muy Bueno	P (perdidas)	2	1	1,41	0	2
Muy Bueno	COPD	2	3,5	4,95	0	7

Al analizar la tabla 6, resulta llamativa la diferencia en cuanto a la media de cada una de las categorías de conocimiento, ya que aquí es posible observar con mayor claridad la relación que existe entre las variables, es decir, que a medida que se aumenta en el nivel de conocimiento, disminuye el índice COPD.



DISCUSIÓN

VARIABLE 1: NIVEL DE CONOCIMIENTO

En cuanto a la variable “nivel de conocimiento” el análisis se realizará en base a los seis ámbitos evaluados con puntaje en la encuesta:

1. Caries: Este tema se calificó con el nivel de “Deficiente” con un porcentaje de aciertos del 49,9%. Los estudiantes no reconocen las caries como una enfermedad infectocontagiosa, lo que es ampliamente estudiado²⁸. Además tampoco reconocen el daño que estas pudieran provocar en el germen dentario de un diente permanente, cuando la caries afecta al temporal, ya que por la transmisión de gérmenes a través de los conductos o por la presencia de estos al en el periodo de erupción, podría provocarse una caries.

En cuanto los factores que facilitan el desarrollo de caries, existe una clara predilección en asignarle importancia a todos los alimentos con gran contenido de azúcar, a excepción de los frutos secos, los cuales no fueron identificados como un factor de riesgo, lo que puede llevar a pensar que los estudiantes asociarían la palabra “fruto” como algo de origen natural, que tradicionalmente se califica como saludable.

Por otra parte, referente al consumo de alimentos entre comidas, los jóvenes no le dan importancia a esta actitud, por lo tanto, sería importante erradicar esta creencia, debido a que influye fuertemente en el desarrollo de caries, ya que las comidas a deshora generalmente no son acompañadas por la higienización correspondiente, favoreciendo así la proliferación de cariógenos.

2. Enfermedad periodontal: Este tema se calificó con “Buen nivel” con un 63,3% de aciertos. Los alumnos reconocen que la enfermedad periodontal es causada por bacterias e identifican la hemorragia gingival como algo incompatible con la salud del periodonto (73%), resultado similar al obtenido en un estudio realizado en la comuna de Fresia en Chile, en adolescentes entre 12-15 años, en el cual el



75,9% de los encuestados reconocen el sangrado gingival como signo de enfermedad²⁵.

Sin embargo, en el presente estudio, los jóvenes desconocen que la gingivitis constituye una de las enfermedades más prevalentes a nivel bucal.

3. Evolución de la dentición: Este tema se calificó con el nivel de “Deficiente”, con el 35,5% de respuestas correctas. Sólo la pregunta n°7 es calificada con el nivel de “Aceptable”, es decir, reconocen que a la edad de 3 años aproximadamente un niño debería tener presente todos sus dientes en boca, sin embargo la cronología de erupción de la dentición temporal y permanente se desconoce. Al extrapolar esta situación a la población en general, resulta preocupante que esta no tenga conocimiento de cómo evoluciona la dentición y de los cuidados que este proceso requiere.

4. Prevención de anomalías dento-maxilares: Este tema se calificó con el nivel de “Deficiente”, con un 43,3% de respuestas correctas. Los jóvenes asocian de manera correcta el hábito de succión digital o de utilizar “chupete” por mucho tiempo con la aparición de anomalías de posición dentaria. La contradicción es que frente al mismo mal hábito, los estudiantes no lo asocian a anomalías maxilofaciales. Se puede deducir que solo tienen conocimientos respecto a anomalías de posición dentaria y no asocian esto al continente en que los dientes están inmersos, el cual también puede verse afectado por estas conductas.

En cuanto a la edad en que debe dejarse de utilizar la mamadera, los estudiantes están de acuerdo con la sentencia que aparece en la encuesta, la que dice que esto debe ser al año de edad, sin embargo esto sería prematuro, debido a que la edad que sería adecuada para dejarla, sería a partir de los 2 años de edad, cuando el niño ha alcanzado la madurez psicológica y funcional para hacerlo. Esta inclinación, podría deberse a que es de conocimiento popular que el hecho de utilizar biberón por un tiempo prolongado tiene algún grado de impacto en la posición que tendrán las piezas dentarias en boca.



5. Prevención: Este tema se calificó con el nivel de “Aceptable”, con un 52,1% de aciertos. En este ítem hay varios aspectos que concitan la atención:

Se reconoce que el cepillado dental es un hábito de higiene bucal necesario para tener una dentadura sana el cual debe realizarse después de cada comida²⁶, en el cual se identifica al cepillo dental como elemento útil para la prevención de caries. Sin embargo, un 47%, no identifican al cepillado nocturno como el más importante del día, situación altamente relevante a la hora de analizar la alta prevalencia de caries en la población estudiada. Además, tan solo el 33% de los encuestados valora la utilización de seda dental como elemento de higiene bucal, lo que resulta llamativo, pues este es un elemento básico en la rutina de higiene bucal.

Por otro lado, según las respuestas de la pregunta n° 18, los jóvenes asocian higiene bucal a la presencia de piezas dentarias, dejando de lado las encías, situación que coincide con un estudio realizado en Suecia²⁷, en el cual los encuestados no relacionaron en absoluto una mala higiene oral con malas condiciones periodontales.

Las 2 preguntas que hacían referencia al flúor, fueron calificadas como “Deficiente”, por lo tanto se asume que es desconocido el rol que cumple este elemento en la cavidad bucal, situación que coinciden con distintos estudios^{9, 27, 28} los cuales también muestran un escaso conocimiento referente a este tema, a pesar de la constante mención del elemento en la publicidad asociada a higiene oral.

6. Funciones de la Dentición: Este ítem se calificó con “Muy buen nivel”, con un 78,8% de aciertos. Los alumnos reconocen como importantes a ambas fórmulas dentarias (temporal y permanente) y valoran las funciones de cada grupo dentario.

VARIABLE 2: ESTADO BUCAL

En cuanto a la variable de estado bucal, la cual se midió a través del índice COPD, el promedio fue de 4,26, lo cual se considera moderado. Resulta importante



destacar que al desglosar el COPD, el indicador COPD-C fue el que más aportó en el valor del índice, esto indica que el instrumento escogido para definir la variable, fue un fiel reflejo del estado de salud oral actual, ya que la presencia de caries muestra un estado no óptimo, por lo tanto se carecería de salud.

ASOCIACIÓN DE LAS VARIABLES

Al momento de asociar las variables, se estableció como hipótesis que a mayor conocimiento, habría un mejor estado bucal, es decir, para efecto de este estudio, a mayor número de respuestas correctas, menor debería ser el índice COPD. Esto es posible apreciarlo de manera clara al revisar la tabla 6 en la que los índices promedio, al categorizar al alumnado según nivel de conocimiento, se advierte como disminuye el índice COPD a medida que se aumenta en nivel de conocimiento. Al aplicar la regresión de Pearson (gráfico 8), se logra establecer esta relación, sin embargo no resulta estadísticamente significativa. La ausencia de significancia podría deberse a los diferentes factores que pueden influir al momento de responder una encuesta, tales como el desinterés o respuestas al azar, lo que podría ser la explicación a que en ciertos casos los puntajes peor evaluados presentaran un COPD cercano a lo óptimo. En contraste, en ciertos casos calificados con la mayor cantidad de aciertos en la encuesta, se detectaron los índices COPD más elevados. Respecto a esta última situación, vale decir que en el estado bucal de una persona intervienen diferentes factores, comenzando por ejemplo, desde una predisposición genética a la caries, hasta el interés mismo de una persona por llevar a cabo su higiene bucal. Por esta razón, se sugiere realizar más estudios de este tipo, considerando una mayor cantidad de variables.



CONCLUSIÓN

Al analizar la información es posible concluir que existe un muy bajo nivel de conocimiento en cuanto a salud oral se refiere, al considerar que la mayor parte de los alumnos participantes (65%) se concentraron en los niveles “Deficiente” y “Aceptable”. Esto lleva a pensar en la necesidad de educar a la población sobre estas temáticas, debido a que los preadolescentes/adolescentes, son un grupo de referencia importante en odontología, ya que constituye un periodo en el cual ocurren las principales variaciones dentales-maxilares y se consolida la identidad que definirá una actitud hacia la salud oral en el futuro.

Al lograr establecerse la relación de menor conocimientos con un mayor desarrollo de caries, se hace fundamental la inclusión de temas de salud oral en los programas normales de educación, lo cual podría impactar de manera positiva a los jóvenes, generando conciencia de la importancia de mantener una boca saludable, tanto para el bienestar físico como psicosocial.



ANEXOS

- Anexo 1

Consentimiento informado

Estimado/a Sr. Padre o apoderado:

Junto con saludarle, nos dirigimos a Ud. Para plantearle lo siguiente.

Somos alumnos cursando el último año de la carrera de odontología en la Universidad de Concepción. Realizamos nuestro internado clínico asistencial en CESFAM "Lorenzo Arenas", durante cuatro meses a partir del 24 de marzo del presente año. Durante este período, estamos llevando a cabo una investigación en el sector, cuyo objetivo es determinar el **nivel de conocimiento de conductas de salud bucal y establecer su relación con el estado oral en niños cursantes de octavo básico**. Por ello solicitamos su autorización para que su hijo/a participe junto a sus compañeros en dicho estudio, mediante la aplicación de una encuesta y la realización de un examen buco dental breve, el que se llevará a cabo en su establecimiento educacional correspondiente durante el horario de clases.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria, y la información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los alcances de esta investigación.

Desde ya agradecemos su colaboración.

Le saludan atentamente,

Carolina Muñoz Vega y Manuel Cofré Molina

Internos de odontología CESFAM Lorenzo Arenas

Yo.....Apoderado(a)
de.....del
establecimiento..... autorizo a los
internos de odontología de la Universidad de Concepción: Carolina Muñoz Vega y Manuel Cofré Molina, para realizar examen buco-dentario y aplicar encuesta a mi pupilo(o) en su establecimiento educacional correspondiente, Declaro estar en conocimiento y en acuerdo con dicho procedimiento

.....
Firma Apoderado(a)



- Anexo 2

FICHA CLINICA

“Conocimientos de salud oral y su relación con el estado bucal en estudiantes de octavo básico de sector Lorenzo Arenas, comuna Concepción, año 2014”.

Estado salud bucal escolares de octavo básico

Apellido paterno:	Apellido Materno:	Nombres:
-------------------	-------------------	----------

Fecha de nacimiento: ___ / ___ / ___ Edad: ___ años Género: F/ M Colegio:

Curso:

Fecha:

Examinador:

Examen dentario

1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7
4.7	4.6	4.5	4.4	4.3	4.2	4.1	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7

COPD- C (cariadas)	
COPD- O (obturadas)	
COPD- P (perdidas)	
COPD:	

Observaciones:



- Anexo 3

NOMBRE:

COLEGIO:

CURSO:

FECHA:

ENCUESTA: “Conocimientos de Salud bucal”

Marque con una X la alternativa que Ud. considere correcta

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

De acuerdo () En desacuerdo () Desconozco ()

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

De acuerdo () En desacuerdo () Desconozco ()

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

De acuerdo () En desacuerdo () Desconozco ()

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

De acuerdo () En desacuerdo () Desconozco ()

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

De acuerdo () En desacuerdo () Desconozco ()

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

De acuerdo () En desacuerdo () Desconozco ()

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

De acuerdo () En desacuerdo () Desconozco ()

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

De acuerdo () En desacuerdo () Desconozco ()

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

De acuerdo () En desacuerdo () Desconozco ()

10. Los dientes definitivos son necesarios.-

De acuerdo () En desacuerdo () Desconozco ()

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

De acuerdo () En desacuerdo () Desconozco ()



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

De acuerdo () En desacuerdo () Desconozco ()

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

De acuerdo () En desacuerdo () Desconozco ()

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

De acuerdo () En desacuerdo () Desconozco ()

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

De acuerdo () En desacuerdo () Desconozco ()

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

De acuerdo () En desacuerdo () Desconozco ()

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

De acuerdo () En desacuerdo () Desconozco ()

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

De acuerdo () En desacuerdo () Desconozco ()

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

De acuerdo () En desacuerdo () Desconozco ()

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

De acuerdo () En desacuerdo () Desconozco ()

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

De acuerdo () En desacuerdo () Desconozco ()

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

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

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

De acuerdo () En desacuerdo () Desconozco ()

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

De acuerdo () En desacuerdo () Desconozco ()



25. Ayudan a la aparición de caries:

	Mucho	Poco	No afecta
• Una dieta con alto contenido de azúcares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Consumo de alimentos dulces, blandos y pegajosos (Calugas, masticables, sustancias, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Consumo de alimentos dulces y duros (Turrón, dulces, koyac, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Consumo de alimentos entre comidas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Alto consumo de frutos secos (Pasas, higos secos, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

De acuerdo () En desacuerdo () Desconozco ()

!!!GRACIAS POR PARTICIPAR!!!





BIBLIOGRAFÍA

1. Mafla A. Adolescence: bio-psychosocial changes and oral health. Colombia Médica, North America, 39, Nov 2009.
2. Hechavarria B., Venzant S., Carbonell M., Carbonell C. Salud bucal en la adolescencia; MEDISAN. 2013 Ene; 17(1): 117-125.
3. Brukiene V., Aleksejuniene J. An overview of oral health promotion in adolescents. Int J Pediatr Dent. 2009; 19: 163-71.
4. MINSAL, Análisis de Situación de Salud Bucal, disponible en <http://web.minsal.cl/portal/url/item/9c81093d17385cafe04001011e017763.pdf> [Consultado 2 de Junio de 2014]
5. Misrachi L., Clara; Espinoza., Iris. Utilidad de las mediciones de la calidad de vida relacionada con salud. [Revisión bibliográfica]. Revista dental de Chile 2005; 96 (2): 28-35.
6. MINSAL. II Encuesta de calidad de vida y salud. Chile 2006.
7. Misrachi C., Arellano M. Conductas y factores determinantes en salud oral de los adolescentes. Rev Chil Pediatr. 1995; 66(6): 317-22.
8. Oliveira E., Narendran S., Williamson D. Oral health knowledge, attitudes and preventive practices of thurd grade school children. Pediatr Dent. 2000; 22: 395-400.
9. Gupta T., Sequeira P., Acharya S. Oral health knowledge, attitude and practices of a 15-year-old adolescent population in Southern India and their social determinants. Oral Health Prev Dent. 2012; 10: 345-54.
10. OMS, Salud bucodental, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/> [Consultado 2 de Junio de 2014]
11. MINSAL, Salud bucal, http://web.minsal.cl/SALUD_BUCAL_ [Consultado 4 de Junio de 2014]
12. Soto Q., Liliana; Tapia C., Rosa.
Diagnóstico Nacional de Salud Bucal del Adolescente de 12 años y Evaluación del Grado de Cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de Salud Bucal 2000-2010. Universidad Mayor, Facultad de odontología.
13. Misrachi C.,



Sáez M. "Valores, creencias y prácticas populares en relación a la salud oral".

Cuadernos Médico-Sociales 1989; 30 (2): 27-33.

14. MINSAL,

perfil epidemiológico

<http://web.minsal.cl/portal/url/item/7dc33df0bb34ec58e04001011e011c36.pdf>

[Consultado 4 de Junio de 2014]

15. Seremi de salud. Prevención y promoción.

<http://www.asrm.cl/paginasSegundonivel/NivelTecnico.aspx?param1=96>

[Consultado 4 de Junio de 2014]

16. MINSAL, Metas 2011 – 2020,

<http://web.minsal.cl/portal/url/item/c4034eddbc96ca6de0400101640159b8.pdf>

[Consultado 5 de Junio de 2014]

17. Misrachi C., Arellano M.; "Adolescentes: factores predisponentes, facilitadores y reforzadores de conductas en salud oral"; Rev. Odontología Chilena.

18. Mileidy Cutiño García, Edna García Macías; Intervención educativa sobre gingivitis en adolescentes; Universidad de Ciencias Médicas de Holguín.

19. Ana Cristina Mafla; Adolescencia: cambios bio-psicosociales y salud oral; Colombia Médica, Vol. 39 N° 1, 2008 (Enero-Marzo).

20. Organización mundial de la salud. Recomendaciones al consentimiento informado parenteral. Disponible en:

<http://web.uchile.cl/archivos/uchile/bioetica/doc/ConsentimientoInformado-Parental.pdf>. [Consultado 9 de Junio de 2014]

21. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos.

Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial 52° Asamblea General Edimburgo, Escocia, Octubre 2000. Disponible en:

http://www.wma.net/30publications/10policies/b3/17c_es.pdf. [Consultado 9 de Junio de 2014]

22. Weintraub, Douglass y Gillins. Bioestadística en salud bucodental. North Carolina, USA: Organización Panamericana de la salud 1989: p 301.

23. Organización Mundial de la Salud. Encuestas de salud bucodental. Métodos básicos. Cuarta edición. Malta, Ginebra, 1997. Disponible en:

<http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/7dc33df0bb36ec58e04001011e011c36.pdf>



[Consultado 9 de Junio de 2014]

24. Rodriguez L., Cristián.; Conocimientos de salud bucal de estudiantes de 7° y 8° básico de la ciudad de Santiago. [Trabajo de investigación requisito para optar al título de cirujano-dentista] Universidad de Chile, 2005.
25. Becerra P., Parra A., Jouannet J. Conocimiento, actitudes y prácticas en salud oral en adolescentes de 12 y 15 años de la localidad de Fresia, año 2013. **Revista Chilena de Salud Pública**, [S.l.], v. 18, n. 2, p. p. 140-148, jul. 2014. ISSN 0717-3652.
26. Al-Omiri M., Al-Wahadni A., Saeed K. Oral Health attitudes, knowledge and behavior among school children in North Jordan. *J Dent Educ.* 2006; 70(2): 179-87.
27. Hattne K., Folke S., Twetman S. Attitudes to oral health among adolescents with high caries risk. *Acta Odontol Scand.* 2007 Aug;65(4): 206-13.
28. Suprabha B., Rao A., Shenoy R.,Khanal S. Utility of knowledge, attitude, and practice survey, and prevalence of dental caries among 11-to 13-year-old children in an urban community in India. *Glob Health Action*, 2013; 6: 20750
29. Soto L., Tapia R., Jara G., Rodríguez G., Urbina T. Diagnóstico nacional de salud bucal del adolescente de 12 años y evaluación del grado de cumplimiento de los objetivos sanitarios de salud bucal 2000-2010. Facultad de Odontología, Universidad Mayor, 2007.