

Universidad Central de Venezuela  
Facultad de Odontología  
Comisión de Estudios de Postgrado  
Maestría en Práctica Social y Salud

**CREENCIAS SOBRE CARIES DENTAL Y PRÁCTICAS DE HIGIENE  
BUCAL EMPLEADAS POR LOS Y LAS ADOLESCENTES  
ESCOLARIZADOS**

Estudio realizado, en la U.E.N.B Gran Colombia de la Parroquia Santa Rosalía, perteneciente al Distrito Escolar 1, Distrito Capital, Venezuela.  
Período 2009-2010

Trabajo especial presentado ante la ilustre Universidad Central de Venezuela por el Odontólogo Emely Raquel Tamayo Ysmayel, para optar al título de Magíster Scientiarum en Práctica Social y Salud.

Caracas, Diciembre 2010

Universidad Central de Venezuela  
Facultad de Odontología  
Comisión de Estudios de Postgrado  
Maestría en Práctica Social y Salud

**CREENCIAS SOBRE CARIES DENTAL Y PRÁCTICAS DE HIGIENE  
BUCAL EMPLEADAS POR LOS Y LAS ADOLESCENTES  
ESCOLARIZADOS**

Estudio realizado, en la U.E.N.B Gran Colombia de la Parroquia Santa  
Rosalía, perteneciente al Distrito Escolar 1, Distrito Capital, Venezuela.  
Período 2009-2010

Autor:  
Od. Emely Raquel Tamayo Ysmayel

Tutor:  
Prof. Humberto R. Mendoza M.

Caracas, Diciembre 2010

Aprobado en nombre de la Universidad Central de Venezuela por el siguiente jurado examinador:

Humberto Mendoza

Firma: \_\_\_\_\_

Tutor

Miriam Sánchez

Firma: \_\_\_\_\_

Jurado

Danilo Suarez

Firma: \_\_\_\_\_

Jurado

Lugar y Fecha: \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

De qué vale, el cuidado y la atención al niño, si al llegar a la adolescencia lo dejamos abandonado en la etapa donde se puede formar, recuperar o perder al hombre del mañana.

**Enriqueta Sileo**

## DEDICATORIA

A Dios Todopoderoso por permitirme culminar esta meta.

A mi madre, por su apoyo y tolerancia en los momentos más difíciles que me ayudaron a ser constante en la consecución de mis logros, invaluable y eterno ejemplo a seguir en este camino por la vida.

A mis tíos y primos, que han servido de apoyo en todas las labores que he tenido que desempeñar.

A mis sobrinas, estrellitas que iluminan mi ser.

A mi tío Cesar y mi abuela Emelina, aunque físicamente no están a mi lado, espiritualmente me guían, protegen y son inspiración para seguir adelante.

A todos ellos con todo mi amor y respeto les dedico este trabajo.

## **AGRADECIMIENTO**

Un especial agradecimiento y reconocimiento al personal docente y administrativo que compone la Maestría Práctica Social y Salud de la Facultad de Odontología, a todos los profesores que aportaron un grano de arena durante el proceso de esta Investigación y en especial al tutor, Profesor Humberto Mendoza, por haber encauzado la misma con gran pericia en el área de la investigación y tener toda la paciencia, cariño para no solamente guiarme para la culminación de esta investigación, sino que aprendiera a amar y creer en la investigación como instrumento de transformación de realidades.

A mis compañeros de estudios y amigos que nunca dejaron de apoyarme y estar pendiente de mi recorrido por esta maravillosa experiencia, en especial a Yasmin Yuabe, Josefina Maduro, Héctor Guzmán, Marian Chaviel, Alexis Rivas, por sus consejos y escucharme tantas veces.

Así mismo a mis compañeros de trabajo, en especial a Julio Falcón por demostrarme humildad, solidaridad, respeto entre los profesionales.

A mis estudiantes por todo su apoyo, paciencia y comprensión.

Al personal docente y administrativo de la Unidad Educativa Nacional Bolivariana Gran Colombia, donde se realizó esta investigación y en especial al Departamento de Estadística de la Institución, Lic. Eunice Ravago, Lic. Ricardo Piñero y Lic. Tahiri Jimenez.

A Rafael Castro por su apoyo logístico y espiritual en todo momento.

<b>LISTA DE CONTENIDOS</b>	<b>Página</b>
DEDICATORIA-----	ii
AGRADECIMIENTOS-----	iii
RESUMEN-----	viii
INTRODUCCIÓN-----	01
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA-----	08
Definición del Problema-----	25
Justificación-----	26
Objetivos de la Investigación-----	28
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO-----	30
Definición de Conceptos utilizados en la Investigación-----	30
Salud-----	30
Salud Bucal-----	33
Promoción de la Salud-----	35
Educación para la Salud -----	38
Prevención en Odontología-----	40
Caries Dental-----	43
Adolescencia-----	45
Salud Integral de Adolescentes-----	48
Teoría que sustenta la Investigación-----	51
Antecedentes de la investigación.-----	60
Operacionalización de los Objetivos de la Investigación-----	69
CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO-----	74
Tipo y Nivel de la Investigación-----	74
Universo y poblaciones estadísticas-----	74
Unidades Estadísticas-----	74
Unidades de investigación-----	74
Unidades de análisis-----	74
Unidad de de Muestreo-----	74
Tipo de Muestreo-----	74
Criterios de selección de la muestra-----	75
Cobertura Horizontal-----	76
Cobertura Vertical-----	76
Período de Referencia-----	76
Recolección de datos-----	76
Fuentes de información-----	76

RESULTADOS-----	77
Procesamiento y análisis de los datos-----	77
Análisis de los resultados-----	117
REFLEXIONES-----	123
RECOMENDACIONES-----	126
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS-----	128
ANEXOS-----	136



## LISTA DE TABLAS

Tabla		Página
I	Población adolescente escolarizada de la UENBGC-----	77
II	Conocimientos sobre la caries dental I-----	79
III	Conocimientos sobre la caries dental II-----	76
IV	Conocimientos sobre la caries dental III-----	88
V	Conocimientos sobre la caries dental IV-----	93
VI	Prácticas de Higiene Bucal I-----	100
VII	Prácticas de Higiene Bucal II-----	106
VIII	Servicios de Odontológicos-----	111

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico	Página
1 Población adolescente escolarizada de la UENBGC-----	78
2: Creencias sobre que es la caries dental-----	80
3: Creencias sobre grupo poblacional más afectado por caries-----	81
4: Creencias sobre factores que producen la caries dental-----	83
5 Creencias sobre cambio de color de los dientes por causa de caries-----	83
6: Creencias sobre si la caries puede picar o hacer huecos a los dientes----	85
7: Creencias sobre si la caries puede hacer perder los dientes-----	85
8: Creencias sobre si la caries puede producir dolor-----	86
9: Creencias sobre qué tipo de dolor puede producir la caries-----	87
10: Creencias sobre si la caries puede producir dolor al ingerir alimentos----	89
11: Creencias sobre si la caries puede producir mal aliento-----	90
12: Creencias sobre si la caries puede ocasionar problemas al masticar-----	91
13: Creencias sobre si la caries puede ocasionar problemas al digerir-----	91
14: Creencias sobre si la caries puede evitarse-----	92
15: Experiencia de caries dental-----	94
16: Realización de tratamiento odontológico para la caries-----	95
17: Quién le ha realizado tratamiento odontológico-----	96
18: Qué tipo de tratamiento odontológico le han realizado-----	97
19: Tiempo transcurrido al notar caries y recibir tratamiento odontológico-----	98
20: Percepción de poder tener caries-----	99
21: Ud. se cepilla los dientes?-----	101
22: Que utiliza para cepillarse los dientes?-----	102
23: Frecuencia de cepillado diario-----	103
24: Qué es lo más importante del cepillado?-----	104
25: Cuando es más importante el cepillado?-----	105
26: Qué es más importante que contenga la crema dental?-----	107
27: Quién le enseñó a cepillarse los dientes?-----	108
28: Edad promedio-----	109
29: Otros métodos de higiene dental-----	110
30: Tipo de servicio-----	112
31: Tipo de tratamiento realizado en la última consulta odontológicas-----	113
32: Necesidad de tratamiento odontológico-----	114
33: Le agrada la consulta odontológica? -----	115
34: Le tiene miedo la consulta odontológica-----	115
35: frecuencia de asistencia al servicio odontológico-----	116

## RESUMEN

*Creencias sobre Caries Dental y Prácticas de Higiene Bucal empleadas por los y las Adolescentes Escolarizados. Estudio realizado, en la Unidad Educativa Nacional Bolivariana Gran Colombia de la Parroquia Santa Rosalía, perteneciente al Distrito Escolar 1, Distrito Capital, Venezuela. Tamayo, Emely, 2010: Universidad Central de Venezuela, Facultad de Odontología, Maestría en Práctica Social y Salud.*

El presente trabajo tiene como objetivo conocer las creencias sobre la caries dental y prácticas de higiene bucal que tienen los adolescentes escolarizados pertenecientes a la Unidad Educativa Nacional Bolivariana Gran Colombia. Se utilizó el Modelo de Creencias en Salud como referente en un estudio descriptivo de corte transversal. Se seleccionó una muestra de 400 adolescentes matriculados privadas por muestreo probabilístico, sistemático. Se aplicó un cuestionario opinático de 34 preguntas para las variables de interés. De los resultados obtenidos el 69,4% de la población no sabe que es la caries dental y el 88,3% de la población cree que le puede dar caries dental a cualquier grupo etáreo; 55% cree que la caries dental se debe a mala higiene bucal; el 74,9% refirió haber sufrido alguna vez de caries; 63,6% cree que actualmente pudiera tener esta enfermedad bucal. Del total de adolescentes 83,8% cree que la caries produce cambios en la coloración, producir mal aliento y dolor, problemas en la masticación y digestión y hacerle perder los dientes; 99% respondió que se cepilla los dientes; el 37,9% refiere la frecuencia de cepillado 2 veces por día; 60% refiere ser más efectivo para la prevención de problemas bucales el cepillado en la mañana; 46,8% utiliza el enjuague bucal; la edad promedio de inició la higiene bucal fue de 4,4 años de edad; el 59,2% asisten a consulta odontológica cada vez que lo necesita, principalmente para tratamiento preventivo y curativo. Las creencias sobre la severidad de la caries y los beneficios y barreras percibidos son en general favorables, las creencias con respecto a susceptibilidad deben ser mejoradas por medio de estrategias de intervención preventivas y desarrollo de programas educativos dirigidas a este grupo poblacional.

**Palabras Clave:** Adolescentes, Creencias, Prácticas, Higiene Bucal, Caries Dental, Atención Integral.

## INTRODUCCIÓN

El proceso político iniciado a partir de 1999, dio paso a una inédita etapa marcada por la refundación de las bases constitucionales y la búsqueda de transformaciones en el orden jurídico, social, económico, cultural e institucional del país, que sustenten la proposición de superación de las desigualdades sociales que existen al interior de la población. La Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999) establece que la Salud es un derecho social fundamental y el Estado promoverá y desarrollará políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios.

Siendo consecuente con esta definición de la salud, el antiguo Ministerio de Salud y Desarrollo Social (hoy en día Ministerio Popular para la Salud), ha profundizado los cambios en las políticas de salud, con la finalidad de garantizar el derecho a la salud, como resultado de una visión integradora y con un enfoque de derechos para establecer el principio fundamental de la Universalidad con Equidad en la búsqueda de mejorar las condiciones de vida y salud para toda la población, generando acciones que promueven y desarrollen la participación ciudadana en el marco de la corresponsabilidad social.

El Plan Estratégico Social (2002), instrumento orientador de las Políticas Públicas por la calidad de vida y la salud, desarrolla y combina estos conceptos en el cual se plantea aplicar el enfoque de equidad vertical asegurando respuestas específicas y diferenciadas que atraviesan todas las políticas, programas, proyectos y acciones de acuerdo a cuatro enfoques transversales: Transversalización de Género, Enfoque de Ciclo de Vida, Etnias y pueblos indígenas, Territorios y clases sociales; éstos enfoques exigen el trabajo en equipos interdisciplinarios e intersectoriales.

Los diferentes enfoques transversales, entre ellos específicamente el de ciclo de vida, se basan en la promoción de la calidad de vida y la salud, la promoción de factores protectores y estilos de vida saludables, detección de factores de riesgo, tomando en cuenta las necesidades de los diferentes grupos sociales (infancia, adolescencia, adulto, adulto mayor), a fin de garantizarles el acceso a una mejor calidad de vida y salud que se exprese en la disminución de la morbimortalidad durante las diferentes etapas del ciclo de vida, con énfasis en el desarrollo de servicios adecuados con el personal capacitado.

Tenemos entonces a la adolescencia como una de las diferentes etapas del ciclo de vida, la cual se debe entender y abordar dentro de un amplio contexto, debido a que el adolescente vive un período caracterizado por grandes cambios biopsicosociales, siendo tal vez los más importantes el

tránsito de los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y empieza a establecer la independencia socioeconómica en la búsqueda de un estilo de vida propio. En este sentido con la clara intención de prevenir en lo máximo posible las situaciones riesgosas que le pueden ocasionar la muerte o dejar daños o secuelas para el resto de su vida, es que se propone la Atención Integral del Adolescente, la cual constituye un desafío impostergable dentro del área de la salud para todos los integrantes del equipo de salud. De allí la importancia de ofrecer oportunidades diversas para contribuir a su desarrollo integral (González y otros, 1997; Pérez y otros, 2001; Sáez y otros, 1992).

En este sentido, la salud bucal siendo integrante indispensable de la salud integral, es parte esencial para contribuir al desarrollo integral de los individuos y grupos sociales, sobre todo en la adolescencia, pues en este momento si se interviene eficazmente a través de acciones educativas y de una atención odontológica específica y diferenciada adecuada, promoviendo así conocimientos y cambios de actitudes que favorezcan la salud bucal, se puede lograr el desarrollo óptimo de los individuos adolescentes para la vida adulta.

A pesar de que a través de los años se han implementado diversas programas de promoción y educación para la salud bucal y prevención de enfermedades bucales en el sistema educativo y de salud venezolano, en algunos estudios (por ejemplo Gómez, 1984; Acevedo, 1998; Gerenda, 2001)

han puesto de manifiesto que los problemas de salud bucal son una situación que afecta a la mayoría de escolares adolescentes; siendo la caries dental el problema de salud bucal que prevalece en la adolescencia, aumentando en esta etapa los índices de caries significativamente hasta duplicarse o incluso triplicarse, manifestándose como un grupo etéreo prácticamente olvidado por la odontología, comprometiendo el estado físico con la aparición de enfermedades del estómago, bajo rendimiento escolar y posteriormente problemas de tipo emocional, de baja autoestima por la apariencia estética de su dentadura.

El por qué en esta etapa aumenta los índices de caries dental a pesar de los diferentes programas, acciones y estrategias de promoción y educación para la salud implementada durante la niñez y la adolescencia, ha partido el interés de esta investigación por conocer sobre las creencias del adolescente sobre caries dental.

En este orden de ideas la investigación objeto de este informe, se propuso como meta determinar las creencias sobre caries dental y prácticas de higiene bucal de adolescentes, para lo cual se seleccionó la población adolescente escolarizada perteneciente a la Unidad Educativa Bolivariana Gran Colombia, perteneciente la parroquia Santa Rosalía, del Distrito Escolar 1 del Distrito Capital, tomando como período de estudio los años 2009-2010; esto con el fin de establecer relaciones con lo planteado en los programas de

salud bucal y salud del adolescente y brindar información que se pudiera utilizar en el diseño de programas de promoción de salud bucal y prevención de enfermedades bucales acorde a sus necesidades específicas.

Para resolver el problema de investigación se utilizó el método empírico-analítico el cual se basa en dos momentos diferentes pero absolutamente solidarios entre sí, un primer momento de carácter inductivo, donde el centro está constituido por la formulación de leyes y un segundo momento, de carácter deductivo, representado por la búsqueda de interrelación entre leyes específicas pertenecientes a un mismo dominio de la realidad. (Alvarado, S. y otros, 1992)

La investigación se encuentra estructurada en V Capítulos. En el capítulo I se trabajó todo lo concerniente a la formulación, planteamiento y justificación del problema a investigar, en donde se describe y reconstruye la realidad estudiada iniciándose con una discusión teórica de los diferentes conceptos contenidos en el problema a tratar, entre ellos los diferentes Modelos de Salud aplicados en Venezuela partir de 1994, comenzando con la descentralización y transferencia de los servicios de salud del Distrito Federal y el cambio del Modelo de Atención predominantemente biologicista, asistencialista y desfragmentado por un Modelo de Atención Integral de Salud con una visión holística del ser humano basado en sus necesidades específicas, descentralizado, transdisciplinario, intersectorial y participativo,



con el fin de rescatar el carácter público de la salud y la integración de todos los entes públicos prestadores de servicios, para garantizar la salud de forma gratuita universal y equitativa. También se describió la situación epidemiológica de salud bucal de los Adolescentes; en el mismo capítulo se determinaron los objetivos de la investigación, es decir se le dio direccionalidad a la investigación, determinando su importancia y la justificación social a la misma.

En el Capítulo II, que corresponde al marco teórico, se incluyen los fundamentos conceptuales-teóricos que sustentan a la investigación bajo el Modelo de Creencias Salud, el cual argumenta que las conductas saludables o riesgosas del individuo están determinadas por la vulnerabilidad percibida, percepción de la severidad, barreras y beneficios que pesa sobre su salud; así mismo en este capítulo se realizó los antecedentes de la investigación y la operacionalización de los objetivos, determinando las variables y los indicadores de las mismas.

En el Capítulo III se refiere al marco metodológico empleado, en el cual se presentan las orientaciones metodológicas y los instrumentos aplicados por el método para resolver el problema en cuestión, allí se determina el tipo de investigación, con un diseño de campo y un nivel descriptivo de corte transversal. El muestreo que se utilizó fue probabilístico de tipo sistemático. Entre las variables utilizadas en la investigación, se encuentran las creencias sobre caries dental, prácticas de higiene bucal,

género y etapas de la adolescencia. Para la técnica e instrumento de recolección de datos, se trabajó con la técnica de la encuesta, a través de un cuestionario realizado para tal fin, para explorar la opinión de la población objetivo, utilizando el consentimiento informado, prueba piloto y validación del instrumento previamente a la aplicación.

El capítulo IV se presenta el procesamiento, análisis de los datos y el análisis de los resultados, donde describe el comportamiento de las variables estudiadas.

Posteriormente a este capítulo se ubicaron las reflexiones, recomendaciones, referencias bibliográficas y anexos.

## **CAPÍTULO I**

### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

En 1911, la Salud Pública Nacional se consolida como Organización Sanitaria, creándose la Dirección de Higiene y Estadística Demográfica, la Junta Central de Sanidad y, finalmente, la llamada Oficina de Sanidad Nacional, organismos todos adscritos al Ministerio de Relaciones Interiores. El 11 de Agosto de 1930, Juan Vicente Gómez crea el Ministerio de Salubridad Agricultura y Cría. El 6 de Febrero de 1936 se crea el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, permitiéndose así un cambio en el rumbo de la Salud Pública Nacional. En el año 1942 se crea el IVSS destinado a prestar servicio de salud desde el punto de vista curativo a los trabajadores, quedando el área preventiva y parte de la curativa en manos del MSAS, generándose así un sistema dual de salud. Posteriormente se crean otras instituciones dispensadoras de salud entre ellas el IPASME e IPSFA, en cada Gobernación y en cada alcaldía, con más de 100 institutos que desde el Estado prestaban salud, sumándose a todo esto el sector privado. Lo anteriormente explicado marcó la estructura organizativa en salud hasta hoy a lo largo de la historia, no existiendo coordinación ni interacción entre estos entes.

A partir de 1945, se controlan con eficacia el grupo de enfermedades relacionadas con el insalubre medio ambiente lográndose la reducción de la

mortalidad por malaria, tuberculosis, tifoidea y diarreas, se inicia de inmediato el descenso de la mortalidad general y de la mortalidad infantil aumentando así la expectativa de vida. Se considera esta la época de oro del sistema sanitario nacional con reconocimiento internacional. El siguiente paso del Saneamiento Ambiental como elemento esencial en la conservación de la salud se da en 1961, cuando comienza a funcionar la Dirección de Malariología y Saneamiento Ambiental. En 1978, se asume como posible la Declaración de Alma Ata celebrada en la capital de Kazakhstan Soviético “Salud para todos en el 2000”. La estrategia a seguir se definió como Atención Primaria en Salud. A partir del año 1989 –luego de un violento estallido social- la política evidencia un cambio significativo; el pueblo venezolano elige –por primera vez en la historia- gobernadores de estados y alcaldes municipales. La reestructuración institucional, la disminución del gasto público, la descentralización y la privatización caracterizan este cambio.

En el sector salud, los primeros convenios de transferencia ocurren en el año 1993 en el ámbito nacional. En el año 1994 se inicia el proceso de Descentralización y transferencia de los servicios de salud hacia la Gobernación del Distrito Federal y en el año 1995 se conforma el Servicio Unificado de Salud del Distrito Federal (SU Salud DF), el cual se consolida en el año 1998, con base en un convenio firmado entre el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social –hoy Ministerio del Poder Popular para la Salud

– la Gobernación del Distrito Federal y el Ministerio de Relaciones Interiores, lográndose fusionar las dos principales instituciones prestadoras de atención médica y salud pública en la ciudad. Todo esto, con el propósito estratégico de posibilitar una autoridad única e integradora para el sector salud de la Región Capital pero, hasta la fecha tanto jurídica como administrativamente, continúan separados los recursos administrativos, humanos, servicios, establecimientos y programas de salud.

Una vez firmado el convenio de transferencia, en el sector salud se inicia la discusión de la necesidad de lograr el cambio del modelo médico hegemónico, biologicista, centrado en la enfermedad, por un Modelo de Atención a la Salud con una concepción holística, con amplia participación social y con el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica. En 1999 se descentralizan los programas desapareciendo la Dirección de Atención a la Madre, Niño y Adolescentes y la División de Crecimiento y Desarrollo del Nivel Central; quedando en el ámbito de la región llevar los programas preventivos de la ciudad capital así como la atención del niño, niña y adolescente a través de las consultas de higiene infantil, preescolar, escolar en el nivel operativo distrital, por lo que se cuenta con programación de días y horarios específicos para dichas consultas en cada uno de los ambulatorios (86 en total para la fecha) a excepción de los adolescentes que son atendidos según su condición en sí, (embarazo, traumatología entre otros).

Ese mismo año se inicia el proceso político iniciado a partir de 1999, que dio paso a una inédita etapa marcada por la refundación de las bases constitucionales y la búsqueda de transformaciones en el orden jurídico, social, económico e institucional del país, que sustenten la proposición de superación de las desigualdades sociales que existen al interior de la población. La Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999) establece que la Salud es un derecho social fundamental y el Estado promoverá y desarrollará políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios (Art. 83, 84, 85, 86). Además plantea la necesidad de desarrollar un Sistema Público Nacional de Salud, único, descentralizado, intergubernamental, intersectorial y participativo, con el fin de garantizar la accesibilidad de la salud de forma universal y equitativa.

Siendo consecuente con esta definición de la salud, el antiguo Ministerio de Salud y Desarrollo Social (hoy en día Ministerio del Poder Popular Para la Salud), ha profundizado los cambios en las políticas de salud, con la finalidad de garantizar el derecho a la salud, como resultado de una visión integradora y con un enfoque de derechos para establecer el principio fundamental de la Universalidad con Equidad en la búsqueda de una mejor calidad de vida para toda la población, generando acciones que promueven y

desarrollen la participación ciudadana en el marco de la corresponsabilidad social.

A partir de experiencias locales muy exitosas, en el año 2000 la atención integral se introduce como Modelo de Atención que busca generar una transformación estructural, eliminar la fragmentaciones del servicio y reducir las oportunidades perdidas, reorganizando el trabajo a través de la integración de actividades en grandes conjuntos, orientados al abordaje de la persona en su integralidad (MSDS, 2001).

No obstante en el año 2001, el MSDS, a través de los Programas Nacionales niños, niñas y adolescentes y de salud sexual y reproductiva de la Dirección General de Salud Poblacional, asumió el área y la elaboración de los instrumentos normativos e institucionales de la atención integral de este grupo etáreo.

Estos avances en las políticas y lineamientos para la Atención Integral del Adolescente se consolidan gracias a la creación en el año 2002 del Plan Estratégico Social, instrumento orientador de las Políticas Públicas por la calidad de vida y la salud, desarrolla y combina estos conceptos en el cual se plantea aplicar el enfoque de equidad vertical asegurando respuestas específicas y diferenciadas que atraviesan todas las políticas, programas, proyectos y acciones de acuerdo a cuatro enfoques transversales:

Transversalización de Género, Enfoque de Ciclo de Vida, Etnias y pueblos indígenas, Territorios y clases sociales; éstos enfoques exigen el trabajo en equipos interdisciplinarios e intersectoriales.

A raíz de estas nuevas políticas del antiguo Ministerio de Salud y Desarrollo Social entre los años 2002-2004 logra un significativo avance en atención integral a los y las adolescentes del país, al publicar las Normas Oficiales que definen las condiciones para esta transformación y permiten la creación de un Programa Oficial.

Este nuevo paradigma planteado en las Normas Oficiales para la Atención Integral de los y las adolescentes, establece una estrategia central de promoción de la calidad de vida y salud, a fin de dar respuestas a las necesidades de la población con criterios de universalidad y equidad en procura de garantizar los derechos a todos y todas de acuerdo a lo pautado por la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. Como eje central de la política, esta estrategia integra actividades educativas, preventivas, curativas o de rehabilitación con un enfoque de promoción e integralidad, en las ofertas que se proponen y en la visión holística del ser humano.

Tenemos que se consolidan las directrices para una atención integral centrada en la intervención de las necesidades específicas, considerando la



diversidad de expresiones por territorio social, etnia y género, con enfoque de redes sociales; basándose en la promoción de la calidad de vida y la salud, la promoción de factores protectores y estilos de vida saludables, detección de factores de riesgo, tomando en cuenta las necesidades de los y las adolescentes, a fin de garantizarles el acceso a una mejor calidad de vida y salud que se exprese en la disminución de la morbimortalidad durante esta etapa del ciclo de vida, con énfasis en el desarrollo de servicios adecuados con el personal capacitado.

Se establece entonces a la población adolescente como un grupo estratégico, potencialmente valioso para el desarrollo socioeconómico del país, que pueden aportar contribuciones esenciales para su progreso y la sociedad general y que hasta estos momento no había sido tomado en cuenta en los aspectos jurídicos y legales, tal como ahora lo establece el principio de Prioridad Absoluta estatuido en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela y en la Ley Orgánica para Protección de Niños, Niñas y Adolescentes, definiendo legalmente esta Ley mediante el artículo 2° como adolescente *“toda persona de doce años o más y menos de 18 años de edad”*. Se asume para fines de atención y comparación de estadísticas internacionales, de los 10 a los 19 años de edad (MSDS, 2003). Según proyecciones del Instituto Nacional de Estadística se estima que para el año 2010 la población adolescente es 5.445.958, es decir, el 21% del total de población del país. (INE, 2010)

Tenemos además en este contexto que el cambio de paradigmas, modelo y gestión realizado por el Ministerio de Salud y Desarrollo Social, a pesar de que está orientado a responder, como imperativo ético-político, a las necesidades sociales de todas las personas y colectivos en sus expresiones diferenciales de condiciones de vida, en la práctica este modelo, sigue las estructuras de un sistema de salud parcelado, fragmentado indiferenciado, donde no se evalúa el proceso salud enfermedad desde un enfoque integral dando privilegio la oferta y dejando a un lado la demanda, resultando así un modelo de atención insuficiente para dar respuestas a las necesidades.

En relación a la atención odontológica, tradicionalmente aparece como aislada en el proceso de atención de los servicios de salud. Sea porque los servicios odontológicos se encuentran separados físicamente de los servicios médicos que son los servicios de salud por excelencia, sea porque incluso compartiendo el mismo espacio físico no se produce la incorporación del proceso de trabajo odontológico en el proceso de trabajo global del servicio (lo que puede tener un margen de explicación en las particularidades que el proceso de trabajo odontológico tiene de por sí). Los servicios de salud visualizan a la odontología como algo diferente, algo con su propia lógica, algo que completa un proceso propio, y se ve al profesional como

independiente y aislado. La odontología y sus problemas se resuelven entre odontólogos, entre pares, y no se la integra a las prácticas sanitarias en su conjunto. Este modelo de práctica odontológica aislado, autónomo, basado en la oferta y la demanda, con cobro de honorarios libres, paradigma del ejercicio individual liberal, fundamentalmente curativo y extraccionista se trasladó, primero a los servicios estatales, que lo reprodujeron como si se tratara de la asistencia a consumidores individuales.

En relación a la atención en salud de la población adolescente, estuvo predominado por un enfoque asistencialista y medicalizado. La atención era igualmente indiferenciada y basada en la oferta, no reconocía sus necesidades, violaba sus derechos básicos al desarrollo, participación y especificidad, y por ende era generadoras de importantes brechas de inequidad y déficit de atención.

Ejemplo de este modelo de atención lo encontramos en la Alcaldía Metropolitana de Caracas, en la cual la Coordinación del Programa de Salud de Niños, Niñas y Adolescentes tiene competencia en ejecutar los diferentes programas de salud dirigidos a la población adolescente que habita en estos distritos. Esta coordinación cuenta con diferentes modalidades de servicios de salud para los adolescentes, incluyendo consultorios en el que se ha organizado una atención integral (nivel I, II, III), a cargo de médicos especializados en el área de medicina del adolescente y un postgrado el cual

es dictado en el Hospital J.M. de los Ríos adscrito a dicha Alcaldía. Se estima que para el Distrito Capital la población adolescente para el año 2010 es de 650.000 (INE, 2010).

En estos servicios de atención integral de los adolescentes pertenecientes a la coordinación del programa de salud de niños, niñas y adolescentes, se observa la falta absoluta del personal odontológico dentro del equipo de trabajo. Mayoritariamente en nuestro país, los adolescentes son atendidos dentro de los programas de salud bucal del adulto; en el campo odontológico no existe una atención especial dirigida a ellos.

En este contexto, los adolescentes constituyen un grupo tradicionalmente olvidado desde el punto de vista de la salud. Solo recientemente en nuestro país se han empezado a reconocer sus necesidades especiales y en cierta forma, los profesionales y los sistemas de salud no están preparados para satisfacerlas. Esta situación es similar en lo que se refiere a la salud bucal de los adolescentes, cuyas necesidades al respecto aún no se han evaluado lo suficiente. La escasez de recursos de información e investigación, la no implementación de políticas y programas específicos caracterizan la situación actual de respuesta a las exigencias de salud bucal de los adolescentes.

En la Coordinación de Odontología de la Alcaldía Metropolitana de Caracas tenemos que existe cierta heterogeneidad relativa a los grupos de edad seleccionados para la recopilación y el registro de datos. Los datos recopilados no presentan separadamente por edad sino que solo se refieren a una media general de los resultados obtenidos dentro de subgrupos establecidos. En la coordinación odontológica se realiza en 3 grupos: <7 años, de 7-14 años y >14 años. Este hecho dificulta efectuar un análisis sobre las condiciones de la salud bucal y la elaboración de un perfil epidemiológico bucal en este grupo poblacional. La atención odontológica propiamente dicha en general se ofrece dentro de los modelos y programas dirigidos a los adultos y niños.

Según Chastain et al (1988), durante la adolescencia se observa una marcada disminución de las consultas odontológicas rutinarias o preventivas; una de las explicaciones presentadas es la ansiedad o el temor al tratamiento. En el estudio de Bissau et al (1992) para determinar la utilización de los servicios odontológicos durante la adolescencia figuran la falta de apoyo e iniciativas familiares, la carencia de normas y tradiciones relacionadas con las actitudes preventivas, la falta de interés en los dientes y sus cuidados (agravadas tal vez por la rebeldía y cierta incapacidad de prever consecuencia a largo plazo que caracterizan esta etapa de la vida) y las influencias ejercidas por los compañeros que no observan las normas preventivas de salud bucal. No obstante, son los factores de orden

socioeconómicos, los que figuran entre las razones más conocidas, como una limitación para el acceso a los servicios de salud bucal y que suelen asociarse con los factores antes mencionados.

En 1984 una investigación realizada por Gómez, se evaluó la población escolarizada del área metropolitana de Caracas en edades entre 5 y 16 años sobre 2.134 niños. Los resultados obtenidos indicaron un índice promedio CPOD para los niños entre 5 y 14 años de 3,3. Asimismo, se demostró que el 64% de la población escolar con edades entre 6 y 14 años estaba afectada por la caries dental en su dentición permanente y sólo un 36% de este grupo etáreo estaba libre de caries.

En un estudio realizado por Acevedo y Cols. (1998), los resultados del estudio muestran un promedio CPOD nacional para los grupo involucrados (6-7-8-12-15) de 1.69; para el grupo de 12 años el valor hallado alcanzó 2.12 órganos dentales afectados, y 3.41 a los 15 años. La prevalencia de la enfermedad cariosa en el grupo, para dientes permanentes, fue de 46% de individuos afectados. No se encontró diferencias en cuanto a la localidad urbano-rural y género. A los 12 años la prevalencia hallada fue 62% para dientes permanentes, constituyendo el componente cariado el 75.4% del total de órganos dentarios afectados. En esta misma edad el 33.8% de los individuos tenían un CPOD igual o mayor que 3.

Así mismo, Acevedo. (1998) afirma que en su estudio en los dientes permanentes el promedio de CPOD hasta los 8 años es inferior a un órgano dental afectado, sin embargo, a los 12 años pasa a ser más del doble y a los 15 años alcanza valores promedios superiores a tres. Aún cuando estos índices están muy cercanos a las metas establecidas para el año 2000, este crecimiento del índice es un predictor que la enfermedad alcanzará valores no deseables cuando el individuo concluya su adolescencia.

Gerenda, M. (2001) realizó dos estudios en la consulta de adolescentes del Hospital General del Oeste Dr. José Gregorio Hernández, en el cual el estudio del quinquenio 1993-1997 arrojó como primera causa de morbilidad las enfermedades de la cavidad bucal con 13,6% y en el estudio del trienio 1998-2000 como segunda causa de morbilidad las enfermedades de la cavidad bucal (sin estadística).

Según Chastain et al. (1988), en realidad “la odontología se ha olvidado del paciente adolescente”, sobre todo porque algunos de los odontólogos ven erróneamente la adolescencia como un período de transición, libre de la elevada actividad cariogénica que caracteriza a la infancia y libre también de los problemas causados por las enfermedades periodontales que predominan en la edad adulta.

Cabe también resaltar que el componente de Salud Escolar del Programa de Salud de Niños, Niñas y Adolescente básicamente es realizado en las escuelas que cuentan con servicios dentro de ellas y los niños de las escuelas aledañas son citados para la vigilancia de crecimiento y desarrollo, se basan y orientan según los factores de riesgo de esta población. Los niños permanecen en las escuelas hasta los 12 años ó 14 años; por lo que abarca en gran medida las dos etapas de la adolescencia que según la Organización Mundial de la Salud se clasifica en etapa temprana los adolescentes de 10 a 15 años y etapa tardía de 16 a 19 años.

Tenemos entonces que no sólo los datos socio epidemiológicos no explican por sí solos el proceso de salud-enfermedad bucal que padecen los adolescentes, es necesario comprender que las y los adolescentes tienen características particulares y la forma de abordar a este grupo debe ajustarse a las mismas. Los adolescentes deben ser escuchados y capacitados para que participen en la promoción de su propio crecimiento y desarrollo y en el de sus pares, fomentando su autoestima, creatividad, comunicación asertiva, toma de decisiones adecuadas establecimiento de metas, fortalecimiento y/o construcción de sus valores. No basta solamente con la aplicación de estrategias específicas y contar con los recursos técnicos y humanos capacitados, que posean las habilidades básicas para manejar las diferentes situaciones que puedan presentarse en cualquier momento durante el contacto con las y los adolescentes.



Hemos apreciado que la población adolescente recibe información concerniente a la salud bucal, pero sin énfasis en: características, necesidades, capacidades y potencialidades de este grupo poblacional según determinantes de género, etnia, condición socioeconómica y territorio social.

Las experiencias han demostrado que programas integrales de educación en salud bucal dirigidos específicamente a escolares ejercen gran influencia en los conocimientos, actitudes y prácticas. Los centros educativos pueden enseñar sobre buenos hábitos en salud, estimular a los niños para que conserven y repliquen estos hábitos en sus hogares, advertir acerca de los riesgos de imitar hábitos no saludables de adultos y brindar al estudiante modelos alternativos de comportamiento saludable, los cuales puede imitar y valorar.

En el nuevo modelo de Educación Bolivariana, entendiendo a la educación como un proceso continuo humano, en donde la escuela es un espacio de salud y vida, orientada a la prevención, protección y defensa de la salud como derecho humano, motivo por el cual se tomo como espacio de referencia para esta investigación. Uno de los planteles educativos con mayor número de población estudiantil y que cuenta con servicios médicos y

odontológicos es la “Unidad Educativa Bolivariana Gran Colombia”, ubicada en Prado de María, Parroquia Santa Rosalía del Municipio Libertador de Caracas, Distrito Capital. En el proceso de estructuración de la educación integral como continuo humano, la Gran Colombia incluye los diferentes niveles educativos basados en los períodos de vida: de la gestación al nacimiento (Simoncito Comunitario), de 0 a 6 años (Simoncito), durante la niñez (Escuela Bolivariana), la adolescencia (Liceo Bolivariano y Técnica Robinsoniana) y la etapa adulta (a través de las misiones). Con esta nueva concepción de la educación, se busca acompañar y apoyar la formación de los venezolanos desde su nacimiento hasta su profesionalización.

Adicionalmente, la "Gran Colombia" posee diversos servicios de apoyo a la orden de la comunidad educativa, entre ellos: Servicio Médico, Odontológico, Social y Psicológico, Unidad Psico-educativa (UPE), Centro Comunitario de Protección y Desarrollo Estudiantil (NIBE). Es importante mencionar, que también cuenta con una oficina de la Defensoría del Niño, Niña y Adolescente que vela por los derechos de la comunidad estudiantil.

Pero a pesar de la implementación del nuevo modelo de Educación Bolivariana y la concepción de la escuela y el liceo como espacio para la vida y salud, si se analizan los programas educativos en salud bucal dirigidos a la comunidad escolar se puede encontrar en la mayoría de ellos sus contenidos

teórico-prácticos no busca que el niño aprenda a partir de su particularidad como individuo y miembro de una comunidad a apropiarse de conceptos, actitudes y prácticas en salud bucal que le signifiquen realmente mejorar su calidad de vida; sino por el contrario, buscan cambiar parámetros conductuales en forma generalizada sin permitir se realice una conceptualización, sensibilización y motivación acerca de lo que implica apropiar hábitos bucales saludables.

Entonces, estos cambios de parámetros conductuales sin diferenciación y especificidad por ciclo de vida, género o grupos sociales, pueden ocasionar cambios en los índices de caries dental hasta duplicarlos, sino también en las prácticas de higiene bucal empleadas por los adolescentes, a pesar de las diferentes intervenciones educativas en salud bucal impartidas tanto por las escuelas como por los servicios de atención odontológica.

La discusión del planteamiento teórico y el análisis de cada una de sus partes generan las interrogantes siguientes:

¿Cómo percibe el adolescente la caries dental con respecto a su salud bucal?

¿Qué conocimientos, creencias y prácticas de salud bucal emplean los adolescentes?

¿Tendrán alguna relación el género y las diferentes etapas de la adolescencia con las creencias y prácticas de salud bucal empleadas por los adolescentes?

Las interrogantes y las discusiones teóricas de los diversos elementos que conforman el problema, antes planteados sugieren que el problema de estudio de esta investigación puede ser definido en los términos siguientes:

### ***Definición del problema***

¿Cuáles son las creencias sobre caries dental y prácticas de higiene bucal dentro de los conceptos teóricos y científicos odontológicos, empleados por los y las adolescentes escolarizados de la U.E.N.B. Gran Colombia de la Parroquia Santa Rosalía en el período 2009-2010?

## ***Justificación***

En Venezuela los servicios odontológicos siguen siendo poco accesibles para la mayoría de los adolescentes. Así pues, el aumento de la incidencia de caries dental durante la adolescencia sumados a los problemas de higiene bucal, además, los adolescentes son atendidos dentro de los programas de salud bucal del adulto o del niño; en el campo odontológico no existe una atención especial dirigida a ellos.

En general, no es fácil tener acceso a la información relativa a la salud bucal de los diversos subgrupos de la población, estas dificultades aumentan aún más cuando se trata del análisis de indicadores bucales limitados al grupo de los adolescentes. En realidad, el establecimiento de una base de datos para este grupo no existe, principalmente porque los grupos de edad que la constituyen suelen ser tratados por los sistemas de atención odontológica en cohortes distintas.

Tampoco se puede hablar de un desarrollo y preparación profesional apropiados para enfrentar las condiciones y necesidades especiales relacionadas con los cuidados de la salud bucal en la adolescencia. Si bien es cierto que la medicina del adolescente se ha considerado como especialidad médica durante más de 20 años, el cuidado dental de los

adolescentes como materia específica no se incluye prácticamente en los programas de las escuelas de odontología del país.

En los servicios de atención integral de los adolescentes, observamos la falta absoluta del personal odontológico dentro del equipo de trabajo. Esto a pesar de que en los datos descritos en los lineamientos estratégicos para la promoción y el desarrollo de la salud integral de las y los adolescentes en Venezuela realizado por el MSDS en el año 2003 y que en las estadísticas de la Coordinación del Programa de Niños, Niñas y Adolescente la caries dental y las mal posiciones dentarias están entre las primeras motivos de consulta, no se toma en cuenta al odontólogo como integrante del equipo de trabajo multidisciplinario en la atención integral de los adolescentes.

Las intervenciones educativas en el área de la salud bucal, no son diseñadas para grupos sociales específicos (ciclo de vida, género, etnias), sino que son generalizadas e inespecíficas, ocasionando debilidades en las actitudes, creencias y prácticas de salud bucal.

Por todo lo anterior, es importante que las respuestas del Estado, la sociedad y la familia, tomen en cuenta las características, actitudes, creencias y prácticas propias de los y las adolescentes, además de involucrarlos como agentes activos de su propio desarrollo para que asuman un papel protagónico en la promoción de su calidad de vida y salud.

## **Objetivo General**

“Determinar las creencias acerca de la caries dental y prácticas de higiene bucal empleadas por las y los adolescentes escolarizados de la Unidad Educativa Nacional Bolivariana Gran Colombia de la Parroquia Santa Rosalía del Distrito Escolar 1, Distrito Capital”

## **Objetivos Específicos**

1. Identificar las creencias sobre caries que pudieran tener las y los adolescentes escolarizados de la Unidad Educativa Nacional Bolivariana Gran Colombia de la Parroquia Santa Rosalía del Distrito Escolar 1, Distrito Capital
2. Identificar las prácticas de higiene bucal empleadas por las y los adolescentes escolarizados de la Unidad Educativa Nacional Bolivariana Gran Colombia de la Parroquia Santa Rosalía del Distrito Escolar 1, Distrito Capital

3. Conocer el tipo de servicio odontológico al cual acuden las y los adolescentes de la Unidad Educativa Nacional Bolivariana Gran Colombia de la Parroquia Santa Rosalía del Distrito Escolar 1, Distrito Capital
  
4. Relacionar el Género con las Creencias acerca de la Caries Dental y de las Prácticas de Higiene Bucal empleadas por las y los Adolescentes Escolarizados de la UENB Gran Colombia de la Parroquia Santa Rosalía perteneciente al Distrito Escolar N 1 del Distrito Capital
  
5. Relacionar las diferentes etapas de la Adolescencia con las Creencias acerca de la Caries Dental y las Prácticas de Higiene Bucal empleadas por las y los Adolescentes Escolarizados de la UENB Gran Colombia de la Parroquia Santa Rosalía perteneciente al Distrito Escolar N 1 del Distrito Capital



## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### *Definición de Conceptos utilizados en la Investigación*

##### **Salud**

El análisis de la salud como estado o condición del hombre se identifica con uno de los paradigmas que mayor trascendencia ha tenido, la comprensión de la salud como ausencia de daño o de limitación, su extremo lo constituye la visión misma de enfermedad subyacente a la identificación de lesiones en órganos y tejidos y células asociados a procesos patológicos, reconocida como mentalidad anatomoclínica del siglo XIX.

La salud, esa delgada línea entre “estar bien” o “sentirse bien” y “estar enfermo” o “sentirse enfermo”, en el plano individual, afecta de manera importante al colectivo social si se tiene en cuenta la visión ecosistémica de la vida. Múltiples relaciones en múltiples entornos, determinan la vida y la salud.

En 1948 la Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no simplemente la ausencia de enfermedad o afección”. La definición ha sido sometida a crítica, la más común es la falta de contexto de un supuesto estado de “completo bienestar”, y que al describir la salud como un valor muy general dificulta su función operacional para reconocer la salud.

La salud, entendida en sentido amplio, va más allá del esquema biomédico, abarcando la esfera subjetiva y del comportamiento del ser humano. No es la ausencia de alteraciones y de enfermedad, sino un concepto positivo que implica distintos grados de vitalidad y funcionamiento adaptativo.

Según Brenner y Wrubel (1989) el bienestar, como sentimiento subjetivo, es el resultado de experimentar salud o auto percibir que nuestro organismo funciona de manera congruente e integrada.

Según Laín, P (1989) el concepto de Salud como “Normalidad”, tiene su origen en Durkheim, que con un sentido sociológico trata de definir lo normal y lo patológico. Esta idea tiene un sentido estadístico, lo “normal” es lo “general” y relativista, puesto que se transforma con el desarrollo cultural.

Depende también del desarrollo de las ciencias de la salud y de las instituciones sanitarias, y por supuesto de los intereses sociales. Además la salud como un proceso complejo tiene al menos tres fuentes de información: la persona misma, el observador (familia, amigos) y el profesional de la salud. Al plantearse cómo debe ser médicamente entendido el concepto de salud, se insiste en la idea de que posee una configuración y un contenido que en alguna manera dependen del punto de vista del considerador, y es por consiguiente, social e históricamente variable.

La última concepción es la denominada político legal, cuya nota característica es la salud como derecho y obligación universal teniendo reconocimiento legal y participación estatal basándose en los derechos del hombre, la cual nace desde las revoluciones políticas a los sistemas de seguros sociales y de seguridad social, cuyas disciplinas son los derechos fundamentales, de la seguridad social y la asistencia sanitaria utilizando métodos de trabajo basados en la misma legislación de la seguridad social derivados de programas políticos.

A través de los últimos años se ha logrado un gran avance en la reconceptualización de la salud y la enfermedad, considerándolas como un proceso y en el reconocimiento de que tanto el tipo de enfermedades como

su posibilidad de prevención y recuperación dependen, fundamentalmente del acceso de la población a satisfacer las necesidades básicas de alimentación, vivienda, educación, trabajo e ingreso, siendo estos dos últimos grandes determinantes de los demás, tanto esenciales como secundarias y superfluas.

### **Salud Bucal**

La boca es un objeto del cuerpo singular e individual atravesado por el aspecto orgánico-funcional y estético-social. Está ligada a la sobrevivencia (alimentación, digestión, respiración y comunicación) y al campo expresivo de la existencia (afectos, pasiones, deseos, angustias). La boca es un espacio de gran visibilidad y de gran intimidad de nuestro cuerpo que exponemos cuando comemos, hablamos, sonreímos. (Mello, 2004)

La boca tiene importancia en su aspecto biológico y psicológico y es también un territorio expresivo del modo de vida de cada ciudadano inserto en una sociedad históricamente determinada por prácticas individuales y colectivas. Esto puede llevarnos a entender que es necesaria una nueva forma de pensar la boca para poder volver a integrarla y que no quede tanto aislada en el cuerpo como en el espacio de prácticas sociales. Por lo tanto la intervención sobre una parte del cuerpo solo tiene sentido cuando integrada

al resto, considerando las particularidades de la parte del cuerpo sobre la que intervenimos.

El objeto de la salud bucal es la atención a la salud bucal y sus prácticas las prácticas de salud bucal que son acciones necesarias para mantener la salud bucal de las personas, siendo sus sujetos no solo los profesionales odontólogos y su equipo de salud bucal, sino también otros sujetos sociales que con sus prácticas repercuten en ella.

Según Capel, P (2002) la Asistencia Odontológica son los procedimientos clínico-quirúrgicos dirigidos a pacientes individuales, enfermos o no, su práctica es la práctica odontológica; mientras la Atención a la salud bucal es conjunto de acciones odontológicas que incluyendo la asistencia individual busca además alcanzar grupos poblacionales a través de acciones de alcance colectivo con el objetivo de mantener la salud bucal, sus prácticas son de salud bucal.

La atención a la salud bucal implica actuar sobre todos los determinantes del proceso salud-enfermedad bucal. La salud bucal posee un ámbito de intervención social y se define por sus prácticas. Las diferentes practicas odontológicas aparecen en los discursos sobre cómo organizar los servicios odontológicos y como participar en los servicios de salud.

## **Promoción de Salud**

La promoción de la salud para responder adecuadamente a las necesidades de salud de la población es necesario considerar que “además de los organismos biológicos y el medio físico contaminado, existen aspectos psicosociales o socioculturales que permiten explicar la presencia de formas específicas de enfermar y de morir para cada sociedad” (OPS, 1994).

Se ratifica en la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud en Ottawa, Canadá. El producto de esta reunión es la Carta de Ottawa en que se sentaron las bases doctrinarias de la Promoción de la Salud y se considera la mejor respuesta a la crisis de los modelos de intervención sobre los procesos de salud y enfermedad. Aunque no fue suficiente para establecer la promoción de la salud como práctica dominante, la legítima como una de las estrategias fundamentales en el campo de la salud pública.

La promoción de la salud es definida desde el marco de la Carta de Ottawa (1986):

La promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de

identificar y realizar sus aspiraciones de satisfacer sus necesidades de cambiar y adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe, pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata, de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales así como las actitudes físicas .

Es muy difícil definir la promoción de la salud, porque tiene muchos significados lo que depende del lugar en que se desarrolle. Por esa razón, se puede plantear como un principio, como una perspectiva, como una estrategia, como un objetivo, como una política y como una fuerza social (Kickbush, citado por Blanco, 1993).

Es un proceso social y político que no solamente se dirige a fortalecer las habilidades y conocimiento de los individuos en salud, sino también se dirige a cambiar, las condiciones sociales, ambientales, y económicas para aliviar su efecto en el público y en la salud de cada individuo” (Kornblit I col 2000)

Se centra en la acción de las causas o determinantes de la salud para asegurar que el ambiente que está más allá del control de los individuos sea favorable a la salud. Combina métodos o planteamientos diversos pero complementarios, incluyendo comunicación, educación, legislación, medidas fiscales, cambio organizativo y desarrollo comunitario.

Se considera fundamental en la promoción de la salud la participación social y la acción política, de manera que propone un enfoque, que trascienda el de la educación para la salud tradicional, en que la población tiene un papel pasivo y solamente es receptora de un saber. Se insiste en la participación de los diferentes colectivos sociales en la construcción social de la salud. La promoción de la salud como estrategia, debe capacitar al individuo sujeto de sus acciones, para trabajar con los grupos sociales en la identificación y análisis de sus determinantes sociales de las necesidades en salud.

La Promoción de la Salud, como modelo de intervención, nos ofrece muchas posibilidades, en el nivel local, regional y nacional. Es una estrategia centrada en la intervención y no en el diagnóstico de la situación que es solamente un instrumento más en la intervención. (Colomer, 2000.)

La Promoción de la salud solo se logra con equidad social y participación activa de los individuos en los diferentes ámbitos de acción. No hay equidad en salud si no hay equidad social.



## **Educación para la Salud**

Durante el último siglo muchos autores han conceptualizado la educación para la salud, y en todas ellas se puede identificar un objetivo común el cual es: la modificación, en sentido positivo, de los conocimientos, actitudes y comportamientos de salud de los individuos, grupos y colectividades. Este cambio en el comportamiento se logra al modificar los conocimientos y las actitudes.

Según la Organización Mundial de la Salud (1998) la Educación para la Salud comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente que suponen una forma de comunicación destinada a mejorar la alfabetización sanitaria, incluida la mejora del conocimiento y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la salud individual y de la comunidad.

La Educación para la Salud es un proceso de comunicación interpersonal dirigido a propiciar las informaciones necesarias para un examen crítico de los problemas de salud y así responsabilizar a los individuos y a los grupos sociales en las decisiones de comportamiento que tienen efectos directos o indirectos sobre la salud física y psíquica individual y colectiva.

La educación para la salud permite la transmisión de información, y fomenta la motivación de las habilidades personales y la autoestima, necesaria para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud individual y colectiva. Supone comunicación de información y desarrollo de habilidades personales que demuestren la viabilidad política y las posibilidades organizativas de diversas formas de actuación dirigidos a lograr cambios sociales, económicos y ambientales que favorezcan a la salud.

La educación para la salud es cualquier combinación de oportunidades de aprendizaje encaminadas a facilitar la adopción voluntaria de comportamientos que mejoren o sirvan al sostenimiento de la salud. Es un proceso que promueve cambios de conceptos, comportamientos y actitudes frente a la salud, a la enfermedad y al uso de los servicios y que refuerza conductas positivas. Este proceso implica un trabajo compartido que facilita al personal de salud y a la comunidad, la identificación y el análisis de los problemas y la búsqueda de soluciones de acuerdo con el contexto social y cultural (Green, 1988).

La educación para la salud no se superpone ni coincide con la simple información acerca de la salud y no se limita a la aplicación de recursos pedagógicos. (Polaino Lorente, 1987).

La educación para la salud es un proceso de adquisición, reafirmación o cambio de conocimientos, actitudes, creencias y prácticas de individuos, grupos y comunidades con respecto a la salud (Álvarez, 1998)

La educación para la salud debe generar el desarrollo de todas aquellas potencialidades que transforman al individuo y la comunidad, en dueños de su propio destino, en constructores de alternativas y soluciones. Está orientada a la modificación de conductas, hábitos y actitudes de los individuos y la colectividad, contribuyendo a autorresponsabilizar a las personas y las comunidades de su propia salud.

Por último, para poder hacer efectiva la educación para la salud, se han de elaborar programas educativos basados en las necesidades de salud de un determinado grupo poblacional. Estos proyectos educativos se llevan a cabo por los miembros de los Equipos de Salud en coordinación con los individuos y las comunidades.

### **Prevención en odontología**

La odontología, en tanto campo de trabajo al cuidado de la salud bucal, ha desarrollado a través del tiempo, el conocimiento necesario para identificar los principales procesos de riesgo y la manera de prevenirlos. Como otros problemas de salud, las enfermedades propias de la boca,

están asociadas a factores biológicos. Sin embargo, dichos factores no son causa única y suficiente para desencadenar dichos problemas, otros procesos como la deficiencia en la alimentación, irregulares conductas higiénicas, el tabaquismo, el consumo de bebidas alcohólicas, la falta de acceso a los servicios de salud, ligados fuertemente al nivel de ingresos y al nivel educativo, participan como determinantes particulares y singulares del estado de salud bucal de los colectivos sociales y de los individuos.

La promoción de la salud bucal y la prevención de los problemas se sitúan así entonces en el control de los determinantes de la salud, mediante más y mejores condiciones de vida de las poblaciones, el control de factores de riesgos específicos y el desarrollo de habilidades personales para evitar o controlar estos factores.

Ahora bien, la prevención específica en odontología tiene un elemento común que es el control de la placa dento-bacteriana mediante una adecuada higiene bucal, teniendo en cuenta que la supresión de la actividad microbiana ha demostrado ser eficaz en la prevención del desarrollo de lesiones de caries y de la pérdida de inserción periodontal. La prevención específica incluye además, actividades particulares como la consejería sobre buenos hábitos alimenticios, la utilización de flúor y

sellantes, y el control de hábitos como el tabaquismo. La utilización del flúor y los sellantes, se considera una terapia complementaria al control de placa bacteriana, tiene indicaciones muy precisas según la edad de los pacientes y existen protocolos de aplicación que se deben seguir cuidadosamente por el operador con el fin de que cumplan con su papel preventivo sin adicionar otros riesgos a los usuarios del servicio.

La prevención de los problemas de salud bucal se debe hacer para toda la población pero por supuesto, orientar sus mayores esfuerzos a grupos prioritarios de riesgo como niños y adolescentes, ancianos, discapacitados, mujeres gestantes, poblaciones marginales. Como en muchos problemas de salud el éxito de las actividades preventivas radica en una adecuada clasificación del riesgo de cada sujeto, en la participación activa y consciente de los propios sujetos en el auto cuidado y en la continuidad que tengan las intervenciones.

Parte importante de la prevención en odontología es la educación para la salud. Se espera que la educación para la salud se convierta en un potente instrumento de cambio colectivo de las condiciones que determinan la salud, pero que además predisponga a los individuos a comportamientos voluntarios que refuercen su estado de salud. Para que sea exitosa la

educación para la salud debe tener en cuenta el entorno, las necesidades del sujeto y su estilo de vida, las habilidades personales, estas últimas de gran importancia en las actividades involucradas con el cuidado bucal.

Por otro lado, la participación activa y consciente de las comunidades y los individuos es condición para que se cumpla el principio de que la prevención es un trabajo en equipo. Para lograrlo el trabajo preventivo debe hacerse con base en una comunicación horizontal (en salud bucal como en otros aspectos de la salud, las comunidades tienen un conjunto de creencias y prácticas que provienen de la vida cotidiana) entre el personal de salud y la comunidad y debe ser reforzada periódicamente para que logre trascender el nivel de la pre intención hasta alcanzar los de la decisión, la acción y el mantenimiento de la acción.

## **Caries Dental**

La Organización Mundial de la Salud ha definido la caries dental como un proceso localizado de origen multifactorial que se inicia después de la erupción dentaria, determinando el reblandecimiento del tejido duro del diente y que evoluciona hasta la formación de una cavidad. Si no se atiende

oportunamente, afecta la salud general y la calidad de vida de los individuos de todas las edades (OMS, 1987)

La formación de la cavidad cariosa es un signo de la enfermedad de la caries dental y debe entenderse como el producto de la serie de cambios ocurridos por el desequilibrio iónico en el proceso dinámico de desmineralización y remineralización de los tejidos duros del diente, resultado del metabolismo de los carbohidratos por parte de las bacterias de la placa y este proceso, en el tiempo puede provocar una pérdida neta de minerales que podría culminar en la formación de una cavidad sino se interfiere a tiempo. (Fejerskov, 1997)

Se puede concluir que la caries es un proceso infeccioso caracterizado por el desequilibrio del balance fisiológico donde intervienen una multitud de factores que determinan la composición del fluido de la placa en la superficie dentaria. Por lo expuesto consideramos que la caries en relación a su prevención, diagnóstico y tratamiento debe manejarse de una manera diferente de cómo se hacía en décadas pasadas, en el entendido que la caries no es sinónimo de cavidad. Se ha utilizado el término caries a través del tiempo para describir un signo, es decir la cavidad que es un estadio avanzado de destrucción del tejido, es decir, es una secuela de la enfermedad. Cuando la enfermedad se inicia, el proceso ocurre a nivel

subclínico, porque la enfermedad se establece en boca mucho tiempo antes de aparecer las primeras manifestaciones clínicas (Elderton, 1992; Fejerskov, 1997).

Fejerskov (1997) refiere que la caries, entendiéndola como una enfermedad, no se puede prevenir, pero si se puede evitar su progresión, es decir, se puede interferir el proceso antes que la lesión inicial se transforme en un hecho irreversible (la cavidad franca). La caries no es una situación aislada, se le considera una enfermedad infecciosa y multifactorial, que resulta del acúmulo de una serie de eventos en el tiempo. Por lo tanto, es obvio que un tratamiento dirigido solamente a los signos ataca el efecto más no la causa y la simple extirpación de la lesión, no implica el fin de la enfermedad.

## **Adolescencia**

Etimológicamente la palabra Adolescencia proviene del latín *adolescere*, que significa crecer. Es un producto de la civilización. En los pueblos primitivos no existía, a medida que la civilización se hace más compleja, se atrasa el momento en el que el adolescente es considerado como adulto. Adolescencia es un concepto moderno, fue definida como una



fase específica en el ciclo de la vida humana a partir de la segunda mitad del siglo XIX, estando ligado a los cambios económicos, culturales, al desarrollo industrial, educacional.

Erikson, E. (1950/1972) denominó a la adolescencia como la “Edad de la Identidad” pues el proceso básico a cumplirse es adquirir la identidad personal, social y sexual, como forma de finalización de la etapa. Identidad implica tener una clara conciencia de la mismidad, de saber quién se es, qué se quiere y adónde se va. Alcanzar estas certezas es la tarea del adolescente.

La Organización Mundial de la Salud (1977) define a la adolescencia como: “el período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad de reproducirse, transita de los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida su independencia económica. Esta etapa transcurre entre los 10 y 19 años, considerándose dos fases, la adolescencia temprana 10 a 14 años y la adolescencia tardía 15 a 19 años”

Sáez, I. (1992) define a la adolescencia como la etapa del ser humano en la que el niño se transforma en adulto, se caracteriza por su amplitud, rapidez y variedad, produciendo cambios orgánicos en su vida social y varía según las influencias de los factores externos como la ubicación geográfica, raza, cultura y la misma sociedad. También menciona que en este grupo etario, las exigencias de salud son más evidentes.

El concepto de adolescencia se establece a partir de una construcción social, por lo tanto, varía en el tiempo y en el espacio, y posee un componente fundamental de carácter histórico. Esto significa que existen diversos significantes y significados (sociales y lingüísticos) que encierran en sí mismos un conjunto de prácticas sociales particulares, las cuales se entienden a partir de sus especialidades y en el marco de un determinado contexto social. (Núñez, 1998)

En este proceso de transformación ocurre un importante asincronismo entre el desarrollo puberal que representa el componente biológico de la adolescencia y el desarrollo psicosocial representado por el aspecto social, emocional, intelectual y ambiental (familia, escuela y sociedad) (Arias y Sáez, 1994).

La adolescencia como etapa fundamental del desarrollo y crecimiento humano, se debe entender y abordar dentro del amplio contexto socio-histórico, religioso, político, cultural y económico, donde las tensiones originadas por los cambios biológicos y psicológicos propios de esa edad, surgen de la dificultad de ajuste social, es decir, del acoplamiento entre sí mismo y el grupo que lo rodea. (González y otros, 1997; Organización Mundial de la salud, 1997; Sáez y otros, 1992).

Así, el adolescente que vive un período caracterizado por grandes cambios biopsicosociales, por la búsqueda de un estilo de vida propio donde rechaza los modelos propuestos, incursiona en situaciones riesgosas que le pueden dejar daños o secuelas para el resto de su vida. (Sáez y otros, 1992).

### **Salud Integral de Adolescentes:**

La salud integral de los y las adolescentes comprende el bienestar físico, mental y social e incluye aspectos relacionados con su desarrollo educativo, la adecuada participación en las actividades de la comunidad y el

desarrollo de su máxima potencialidad en un entorno que los contenga y les permita pensar el futuro de manera esperanzadora. (Ministerio de Salud y Desarrollo Social, 2003).

Se entiende por salud integral del adolescente el equivalente a desarrollo humano pleno del joven, siendo este proceso una construcción social, en continua interacción con el contexto socio-cultural. Para que éste sea posible es necesario que la sociedad brinde oportunidades de empleo, recreación, educación, legislación apropiada y servicios de salud adaptados a sus necesidades. Se requiere generar una red de personas e instituciones comprometidas con los adolescentes y articulados en una política de juventud explícita y coherente. Es necesario además que las personas que ejercen una influencia como referentes en la toma de decisiones de los jóvenes, como los padres, los docentes y los líderes de las organizaciones juveniles, tengan conocimientos sobre cómo potenciar el desarrollo pleno de los adolescentes. (Magdaleno, 1996).

El criterio de salud integral del adolescente implica pensar programas ya no desde los problemas, sino desde la prevención primordial, desde la resiliencia. Se ha definido resiliencia como la capacidad social de hacer frente a la adversidad. Algunas situaciones potencian esta capacidad en las

personas, como son el fortalecimiento de la autoestima, la construcción de un proyecto de vida, la participación social activa y tener un vínculo con un referente adulto con quien compartir las decisiones.

Acorde a estos criterios los servicios de salud deberán orientar su esfuerzo a potenciar el desarrollo humano de los jóvenes. Esto implica un trabajo interdisciplinario, articulado con programas educativos, recreativos, deportivos, de empleo, en actividades participativas donde los jóvenes sean el centro de las intervenciones.

Estos conceptos se enmarcan en el nuevo enfoque adoptado por la Organización Mundial de la Salud, que plantea responder a las necesidades de los adolescentes cuando se aplica una estrategia promocional y social en vez de una estrategia puramente médica, y promueve las acciones dirigidas al desarrollo de sistemas a nivel comunitario, en vez de desarrollar servicios clínicos a nivel individual. Se propone una mirada comprehensiva e integradora que permita entender la adolescencia como un fenómeno multidimensional y diverso, para lo cual se requieren enfoques integrales, es decir, multidisciplinarios, multisectoriales y multiactorales, tanto en las actividades de investigación como en la programación, realización y evaluación de las acciones.

### ***Teoría que sustenta la investigación***

En prevención, educación y promoción de la salud, los avances en la formulación teórica que respaldan las investigaciones e intervenciones en la práctica, han ocurrido directa e indirectamente por la aplicación de teorías y modelos desarrollados en las más diversas disciplinas, áreas del conocimiento y campos profesionales. Especialmente relevantes son los aportes teórico-conceptuales originados en las áreas comportamentales y psicosociales, lo que ha determinado la dominancia de los modelos de cognición social para estudiar e intervenir el cambio de comportamientos relacionados con la salud (Cabrera, 1999).

Aunque las teorías y modelos psicosociales son numerosos y dominantes en el estudio del cambio comportamental en salud, tienen muchos componentes o constructos complementarios o son versiones adaptadas del mismo concepto o variable explicativa del comportamiento. Las creencias en salud reiteradamente aparecen como antecedente, eje o aporte de la mayoría de las propuestas descritas en la literatura. Entre las propuestas teóricas más usadas para predecir cambios en los comportamientos en salud están la de creencias, la teoría sociocognitiva, de acción razonada y comportamiento planeado, el transteórico de etapas de cambio y de locus de control en salud (Coombes, 1996).

Más recientemente se han propuestos, usado y divulgado varios modelos multicausales y ecológicos, para explicar comportamientos relacionados con la salud. Sin embargo, se ha señalado la enorme dificultad de operación y aplicación en terreno de sus múltiples componentes, así como los costos y requerimientos en recursos de capacidad técnica, tiempo y personas para hacerlo. (Nutbeam, 1998 y Cabrera, 1999).

Teniendo en cuenta, que la mayoría de causas prematuras de morbilidad y mortalidad son prevenibles y que muchas de ellas están relacionadas con el comportamiento y el estilo de vida de los individuos, uno de los principales requerimientos para un marco referencial viable en el área de la prevención y promoción de la salud es ayudar a explicar cómo, por ejemplo, las personas construyen o modifican sus decisiones y acciones individuales, grupales o en masa (Cabrera, 2000).

El comportamiento o las prácticas individuales o colectivas es producto de la interacción de múltiples factores y variables. Aspectos políticos, sociales, económicos y ambientales afectan el comportamiento de la gente, lo que indica por qué las prácticas que afectan la salud no son explicables en la perspectiva de una única teoría o modelo conceptual (Katz, 1997).

El uso de una teoría o un modelo ayuda, por ejemplo, a entender mejor la naturaleza de las necesidades, motivaciones y prácticas de las

personas así como características y dinámica del contexto en que ocurren (Cabrera, 2000).

La teoría asumida para la realización de la presente investigación es el Modelo de Creencias de Salud, aunque se reconozcan limitantes de éste modelo, ampliamente descritas en la literatura (ya que no explican todos los determinantes del comportamiento en salud), las experiencias acumuladas en medio siglo de uso señalan su conveniencia para continuar dando respaldo teórico válido a investigaciones e intervenciones sobre prácticas preventivas o de protección en salud, que tienen como foco un comportamiento.

Han transcurrido cerca de cincuenta años desde la formulación de las bases conceptuales del Modelo de Creencias de Salud, considerado como el más influyente y aplicado al estudio e intervención de los comportamientos individuales con efectos en la salud. El comportamiento en salud y en enfermedad se han conocido históricamente como la actividad efectuada por una persona que se cree saludable o que quiere volver a serlo, con el propósito de prevenir o limitar una enfermedad o, mejor aún, de detectarla en una etapa aún asintomática (Nutbeam, 1998).



El Modelo de Creencias de Salud se propuso para explicar y predecir el comportamiento preventivo en salud, considerado éste como el resultado de una función interactiva de ciertas creencias que las personas tienen (Green, 1984). Más tarde su aplicación se extendió a las respuestas de las personas a los síntomas y a su comportamiento en respuesta a enfermedades diagnosticadas, con énfasis en la adhesión a tratamientos médicos.

El modelo se construyó a partir del trabajo de múltiples autores y grupos sobre propuestas teóricas directamente referidas a la motivación y percepción del individuo, aunque se reconoce la fuerte influencia de las teorías de estímulo-respuesta y la teoría cognitiva, ampliamente dominantes durante los primeros cincuenta años del siglo XX (Rosenstock, 1974). El Modelo de Creencias de Salud relacionó por tanto teorías psicológicas de construcción o de toma de decisiones, para intentar explicar la acción humana frente a situaciones de elección de alternativas, de opción comportamental con implicaciones en la salud (Rotter, 1954). Se consolidó con la aplicación de diversas variables en investigaciones formuladas ante problemas reales experimentados por la sociedad norteamericana. Así fue como el soporte teórico-conceptual y la arquitectura básica del Modelo de Creencias de Salud se desarrolló simultáneamente gracias a la solución de problemas y a la práctica de la salud pública.

La más temprana caracterización del Modelo de Creencias de Salud, en la que sus conceptos fueron presentados a partir de las abstracciones teóricas fundamentales, se centra en que la probabilidad de ejecutar una acción para evitar una enfermedad es producto de un proceso en que la persona necesita creer varias cosas. Primero, que es susceptible de sufrirla. Segundo, que la ocurrencia de la enfermedad puede tener una severidad moderada en su vida y, tercero, que tomar una acción factible y eficaz en particular puede ser benéfico al reducir la susceptibilidad o su severidad, superando o representando mayor importancia que las barreras psicológicas acerca de costos, conveniencia, dolor, incomodidad del examen o de la acción preventiva (Green y Becker, 1974). Se podría traducir en los siguientes términos: el deseo de evitar la enfermedad o si se está enfermo recuperar la salud y la creencia de que una conducta saludable específica puede prevenir la enfermedad o si se está enfermo la creencia de que una conducta específica puede recuperar la salud.

La susceptibilidad percibida, la severidad percibida, los beneficios percibidos y las barreras percibidas son las dimensiones de que consta el Modelo de Creencias de Salud. (Rosentock, 1974).

La susceptibilidad percibida ante un determinado problema de salud es una dimensión importante que valora cómo los sujetos varían en la percepción de la propia vulnerabilidad a enfermedad, desde el sujeto que niega cualquier posibilidad de contraer una enfermedad, pasando por el que admite la posibilidad “estadística” de que le ocurra un problema de salud pero que no considera la posibilidad real de que le ocurra, hasta el sujeto que expresa su convencimiento de estar en peligro cierto de contraer una enfermedad. Así pues, esta dimensión se refiere fundamentalmente a la percepción subjetiva que tiene cada ser humano sobre el riesgo de caer enfermo.

La susceptibilidad, entonces, consiste en una percepción subjetiva del riesgo de contraer una determinada condición de salud (tuberculosis, cáncer, caries dental) e incluye la aceptación de diagnósticos, la valoración personal de nuevas susceptibilidades, entre otras. Proceso indispensable para que la persona tenga una percepción de susceptibilidad general es el haber escuchado o conocido acerca del riesgo de presentar el evento. Esta percepción puede estar influenciada por aspectos como el optimismo o el pesimismo y hacer que la gente sobrestime o subestime la frecuencia de la enfermedad.

La severidad percibida se refiere a las creencias sobre la gravedad de contraer una determinada enfermedad o dejarla sin tratar una vez contraída y

si se trata de una dimensión que contempla dos tipos de consecuencias de la pérdida de salud, por un lado las consecuencias médico-clínicas (como la muerte, incapacidad o dolor), y por otro lado las posibles consecuencias sociales (tales como la merma en las relaciones sociales, los efectos de la enfermedad sobre la capacidad laboral del sujeto o sobre sus relaciones familiares, etc).

La severidad se relaciona con la percepción individual de cuán severa es la enfermedad o de su no-intervención o tratamiento cuando se presenta. En diversos estudios esta dimensión ha sido dividida en la severidad de la enfermedad en particular y la severidad de los efectos físicos, socioeconómicos y mentales que puede causar a la persona. Una explicación que se da al bajo impacto de la severidad en la predicción de cambios de comportamiento en relación con los otros constructos del modelo, ha sido atribuida al hecho que ésta sólo se establece en individuos que presentan alguna de las siguientes condiciones: son sintomáticos, presentan amenazas inminentes para su salud o son condiciones médicas frente a las que se tiene algún tipo de experiencia.

Aunque la aceptación de la susceptibilidad personal respecto a una enfermedad respecto a una enfermedad, que, además, se percibe como grave (las dimensiones primera y segunda), se consideran en este modelo como capaces de desencadenar por sí misma conductas de salud, y no

definen por sí solas el cuerpo particular que dicha conducta puede tomar (Rosentock, 1974).

Los autores originales del Modelo de Creencias de Salud, así como diversos estudios de aplicación del modelo, se refieren al concepto de amenaza percibida como la combinación de la percepción de susceptibilidad y severidad. Con respecto a pruebas de detección precoz de enfermedades, estas creencias parecían necesarias; sin embargo, un aspecto clave era que el individuo también debía creer que él podría tener la enfermedad aun en la ausencia de síntomas de la misma (Rosenstock, 1974).

El curso de la acción específica dependería, entonces, de las creencias del sujeto respecto a la efectividad relativa que las diferentes conductas disponibles en su repertorio puedan tener a la hora de enfrentarse con la enfermedad, lo que se ha considerado como la dimensión de los beneficios percibidos. Así como por ejemplo, aunque un sujeto éste asustado y se sienta amenazado por un trastorno de salud concreto, no seguirá las recomendaciones de su médico al menos que las perciba como eficaces para enfrentar ese trastorno asumiendo que las creencias del sujeto respecto a los cursos de la acción de que disponen están influidas por las normas e incluso presiones del grupo social al que pertenece (Rosentock, 1974).

Por último otra dimensión del modelo tiene que ver con que determinadas barreras percibidas se opongan a la ejecución de la conducta en cuestión, como puede ser por ejemplo, determinados aspectos potencialmente negativos de un curso de acción concreto. Así, un individuo puede considerar un determinado curso de acción como realmente efectivo para enfrentarse a un trastorno de salud pero, al mismo tiempo, puede verlo como costoso, desagradable o doloroso. Estos aspectos negativos de la conducta de salud funcionarían como barreras para la acción que interaccionan con las anteriores dimensiones.

Los constructos denominados factores modificantes (demográficos, psicosociales, estructurales) y el de las claves para la acción (consejos de familiares o amigos, campañas masivas, experiencias con la enfermedad) fueron identificados como indispensables para completar el modelo básico. Otras variables o constructos teóricos potenciales fueron descartados por la dificultad de aplicarlos (Rosenstock, 1974), aunque otros (como el de autoeficacia) fueron asimilados y validados a lo largo del tiempo, de tal modo que desembocaron en la formulación de modelos y teorías específicas (Bandura, 1995).

## ***Antecedentes de la Investigación***

A continuación se describirán algunas investigaciones sobre adolescentes realizadas por diferentes autores de Colombia, Brasil, Argentina, recopiladas por la Universidade Federal do Paraná, Universidade de São Paulo, Universidad de Buenos Aires, Pontificia Universidad Javeriana y Universidad del Valle, Cali.

*Algunas creencias sobre susceptibilidad y severidad de la caries en adolescentes del Valle del Cauca, Colombia. Jorge Eduardo Tascón, Odontol, M.S.P.1, Gustavo Alonso Cabrera, 2005 (Julio-Septiembre)*

Objetivo: Conocer las creencias que sobre susceptibilidad y severidad de la caries dental tienen los adolescentes escolarizados del departamento del Valle del Cauca, Colombia. Método: Se usó el Modelo de Creencias en Salud como eje teórico y metodológico en un estudio descriptivo y transversal en 38 de 42 municipios del departamento del Valle del Cauca. Se seleccionó una muestra de 5.400 adolescentes entre 10 y 20 años por muestreo probabilístico, trietápico, estratificado, de conglomerados en la población escolar de colegios oficiales y privados. Resultados: Del total de adolescentes 51% no cree que la caries produce cambios en la masticación; 52% de los participantes no cree que le puede dar caries de nuevo, una vez hayan sido obturados o «calzados» sus dientes y 54% no relaciona la caries con cambios en la digestión; 80% no relaciona el uso de «brackets» y

retenedores con la enfermedad; 92% cree que la caries le puede dar a cualquier persona y 91% cree que la caries puede hacerle perder los dientes

*Creencias sobre caries e higiene oral en adolescentes del Valle del Cauca.*  
*Jorge Eduardo Tascón, Odontol, M.S.P.1, Gustavo Alonso Cabrera, 2005*  
*(Abril-Junio)*

Objetivo: Conocer las creencias que sobre caries e higiene oral tienen los adolescentes escolarizados del departamento del Valle del Cauca, Colombia.

Método: Se utilizó el Modelo de Creencias en Salud como referente en un estudio descriptivo de corte transversal efectuado en 38 de los 42 municipios del departamento. Se seleccionó una muestra de 5,400 adolescentes matriculados en instituciones educativas públicas y privadas por muestreo probabilístico, trietápico, estratificado y de conglomerados. Se aplicó un cuestionario estructurado de 47 puntos para las variables de interés.

Resultados: Con respecto a la etiología, 65% cree que la caries dental se debe a mala higiene oral, 18% por bacterias, 7% por consumo de azúcar y 10% no sabe; 41% refirió haber sufrido alguna vez de caries; 14% cree que actualmente no tiene esta enfermedad oral y 37% dijo no tener historia percibida de caries; 99.8% respondió que se cepilla los dientes; la frecuencia de cepillado tuvo una mediana de 3 veces por día; 55% utiliza la seda dental y 51% el enjuague bucal; 14% refirió no haber visitado nunca al odontólogo y 27% dijo haberlo visitado al menos una vez, pero hacia más de 7 meses.



*Análisis de los profesionales de la salud bucal de la Secretaria Municipal de Salud de Curitiba en el abordaje de los adolescentes. Abreu, Maria Arlete Teixeira de. 2004*

Este estudio fue llevado con 202 profesionales de los equipos de la salud bucal de 30 unidades de salud de la secretaria municipal de salud (SMS) de Curitiba. A través de los cuestionarios, el perfil de los profesionales de la salud bucal del SMS de Curitiba era analizado, en el abordaje al adolescente, en cuanto a la participación en actividades educativas con acercamiento en salud bucal y otros temas. También era analizado, la forma de abordaje de estos profesionales para con los adolescentes y la percepción que estos profesionales tienen en su conocimiento para con ellos, además de la visión referente al conocimiento del equipo sobre la salud de los adolescentes. Los resultados habían demostrado que tiene mayor participación en actividades educativas con los adolescentes de parte de los profesionales que tienen trabajando más de 10 años en la salud pública, y los que trabajan en unidad con el programa de la salud de la familia. Y que los profesionales de estas unidades de la salud abordan más otros temas comparados con los que realizan los de la unidad básica. En cuanto al abordaje diferenciado al adolescente y al conocimiento para tal abordaje por parte de los profesionales y de la visión de éstos en el conocimiento del equipo, se observó semejanza entre las categorías comparadas (el cirujano-dentista, técnico dental, higienista dental). Se sugirió que las actividades de Educación Continua promovidas para el SMS, sean incluidos temas sobre

este asunto y que también hayan discusiones para el intercambio de ideas entre los equipos de la salud y el elaboración de propuestas del trabajo.

*Conocimiento, opiniones, comportamientos y representaciones de la salud oral de los adolescentes de las escuelas públicas de dos vecindades de Porto Alegre. Flores, Eliane Maria Teixeira Leite; Drehmer, Tania Maria.2003*

El objetivo de esta investigación era evaluar el conocimiento, percepciones, los comportamientos y las representaciones relacionados a la salud bucal de los adolescentes de las escuelas públicas de dos barrios de Porto Alegre, así como para investigar la posibilidad de participación de éstos como multiplicadores de la salud. Dos instrumentos de investigación habían sido utilizados: un cuestionario y la técnica de los grupos focales. Cincuenta y tres adolescentes habían constituido una muestra intencional. Para los adolescentes la caries es la enfermedad representada por el dolor del diente, e no consideran la caries como enfermedad, porque es común, así como el gingivitis, que está percibido como desequilibrio. La negligencia en la higiene personal se considera la causa principal de la caries y del gingivitis, y la motivación para realizar la higiene bucal está asociada a la sociabilización. El dentista fue indicado como el responsable por la enseñanza del uso del cepillo dental y el refuerzo y perfeccionamiento de la técnica de cepillado. Los adolescentes demuestran disposición en la transferencia del conocimiento en la salud que había recibido para sus colegas más jóvenes.

*Creencias, prácticas y necesidad de tratamiento periodontal en una población adulta en Cali, 2003. Jorge Eduardo Tascón, Diana Londoño, Catalina Jaramillo, Patricia Burbano, Milena Mesa, Tránsito Hernández.*

Objetivo: Identificar las creencias, prácticas y necesidad de tratamiento periodontal en la población adulta que asiste al Colegio Odontológico Colombiano de Cali en el año 2003. Materiales y métodos: Estudio observacional, descriptivo de corte transversal. Por muestreo aleatorio simple proporcional, se obtuvo una muestra de 127 pacientes que asisten a las clínicas del Colegio Odontológico Colombiano. Para la recolección de datos se utilizó un cuestionario de 41 puntos (basado en el modelo de creencias en salud) sobre creencias de enfermedad periodontal y prácticas de higiene oral más un componente clínico en el que se utilizaron los índices IPB (Greene y Vermilion) y el ICNTP. Resultados: De 127 participantes, 69.3% creen que el sangrado gingival es signo de enfermedad, y 65.4% creen que la enfermedad periodontal es consecuencia de la mala higiene oral; 86.6% afirmaron que no tener la enfermedad les ayuda a desempeñarse socialmente. Además, 23% creen que prevenir la enfermedad periodontal es costoso. Sólo 2.3% presentaron valores menores a 12% (considerado como normal) en el índice de IPB. En 97.6% hubo algún parámetro de enfermedad periodontal como sangrado, cálculo y bolsas. Conclusiones: El modelo de creencias en salud permitió conocer las creencias sobre enfermedad periodontal. Aunque una gran proporción de los participantes sufre de enfermedad periodontal, un poco más de la mitad ignora que la padece; los

participantes no cuentan con suficiente información sobre la enfermedad. Aunque los participantes se sienten susceptibles y conocen los beneficios de estar libre de la enfermedad periodontal, casi la totalidad de los encuestados están afectados.

*Creencias sobre la salud y su relación con las prácticas de riesgo o de protección en jóvenes universitarios. Marcela Arrivillaga, Isabel Cristina Salazar, Diego Corre. 2003*

Objetivo: Describir las creencias sobre la salud de jóvenes universitarios y su relación con las prácticas o conductas de riesgo o de protección, en seis dimensiones del estilo de vida (condición, actividad física y deporte; recreación y manejo del tiempo libre; autocuidado y cuidado médico; hábitos alimenticios; consumo de alcohol, tabaco y otras drogas y sueño). Método: Investigación descriptiva, con diseño transeccional. Sujetos: 754 jóvenes universitarios de Cali. Instrumentos: Cuestionario de prácticas y creencias relacionadas con estilos de vida y Encuesta sobre factores del contexto relacionados con el estilo de vida. Resultados: Alta o muy alta la presencia de creencias favorables con la salud, en todas las dimensiones, excepto en el sueño. Incongruencia entre creencias y prácticas en la mayoría de las dimensiones del estilo de vida. Conclusiones: El factor cognitivo no siempre actúa como mediador determinante en la ejecución de conductas prosalud. Es necesario diseñar programas orientados a la promoción de estilos de vida

saludables en jóvenes, que contemplen distintos procesos psicosociales como el aprendizaje, la cognición, la motivación y la emoción.

*Adolescentes y profesional de la salud: percepciones sobre la salud bucal. Marcelo, Vânia Cristina. 2001*

Análisis sobre las percepciones y las concepciones de los adolescentes y de los profesionales del área de la salud sobre la salud bucal y de su vinculación con la vida. Se identificaron las características de los adolescentes que asisten a una unidad de la salud pública en la ciudad de Goiânia-VAN para la atención odontológica y sus percepciones sobre ésta. Presenta la visión de los profesionales que desarrollan las actividades dirigidas hacia adolescentes con respecto a este grupo de la población, a los servicios desarrollados y a las posibilidades de atención futura, con énfasis en las actividades educativas. Fueron realizadas entrevistas con los adolescentes y los profesionales y fueron creadas categorías de análisis para el estudio y la presentación de los resultados. Fueron destacadas entre los resultados, el hecho de que los adolescentes demostraron un interés por su salud bucal mayor que el esperado por los profesionales de la salud, y que éstos tenían dificultades muy grandes para desarrollar acciones hacia este grupo, la carencia de capacitación y de entrenamiento.

*Adolescentes: factores predisponentes, facilitadores y reforzadores de conductas en salud oral. Misrachi L., Clara; Arellano O., Marcela. 1996.*

Con el propósito de aumentar el conocimiento sobre los factores que influyen en las conductas de salud bucal de los adolescentes, se aplicó una encuesta semiestructurada de 53 ítems a 381 escolares de ambos sexos, de 7º básico a 4º medio y de 12 a 20 años de edad, de los cuales 189 eran de nivel socioeconómico alto y 192 medio bajo, eligiendo al azar 8 mujeres y 8 hombres de cada uno de dos cursos por cada año, nivel escolar y escuela de ambos niveles socioeconómicos. Los adolescentes del nivel socioeconómico medio bajo asisten significativamente menos a la consulta dental que los del nivel alto. Influye en la menor demanda, el temor a la atención dental que es mayor en ese nivel. Cambian de dentista con cierta frecuencia un quinto de los jóvenes del nivel alto y un tercio del nivel medio bajo, favoreciendo la persistencia del temor, al dificultar el desarrollo de vínculos afectivos con el profesional. Los jóvenes mencionan 8 atributos al definir un "dentista ideal", 5 de los cuales se concentran en componentes afectivos de la personalidad del profesional, sólo 2 se refieren a la capacidad técnico-profesional y la condición restante es "pertenecer al sexo femenino". Esta última se puede adicionar a las características afectivas, las que visualizan en mayor grado en las mujeres. Igualmente, las características que consideran indeseables en un dentista se focalizan en aspectos que dificultan su comunicación con el profesional. Los conocimientos sobre la etiología de la caries y aspectos relacionados con la prevención de enfermedades bucales más comunes, son muy escasos en los adolescentes. Además, prevalecen en un alto porcentaje creencias populares que predisponen negativamente hacia la adopción de

conductas preventivas. Hábitos alimentarios, medidos a través de los alimentos que ingieren como colación, son adversos a la salud bucal y favorecedoras del desarrollo de futuras enfermedades cardiovasculares. Se concluye que es indispensable implementar a la brevedad el nuevo programa para mejorar la salud bucal de los adolescentes del Ministerio de Salud, el que debe contemplar la capacitación de los odontólogos, tanto para el dominio de los problemas de salud general de los adolescentes como para el desarrollo de habilidades comunicacionales con este grupo etario y el resto de los profesionales de los equipos de salud, para que incorporen los problemas de salud bucal como parte importante de sus intervenciones educativas.

## Operacionalización de los Objetivos de la Investigación

Objetivo General: Determinar Las Creencias Acerca de la Caries Dental y las Prácticas de Higiene Bucal empleadas por las y los Adolescentes Escolarizados de la Unidad Educativa Nacional Bolivariana Gran Colombia de la Parroquia Santa Rosalía perteneciente al Distrito Escolar N 1 del Distrito Capital

Objetivo Específico 1: Identificar las Creencias sobre la Caries Dental que pudieran tener las y los Adolescentes Escolarizados de la UENB Gran Colombia de la Parroquia Santa Rosalía perteneciente al Distrito Escolar N 1 del Distrito Capital

Variable	Dimensión	Definición Operativa	Indicadores	Fuentes de Información	Técnica de recolección de datos	Instrumento de recolección de datos	Escala de la Variable
Creencias sobre la Caries Dental	(Cognitivo) Conocimientos populares sobre caries dental	Son los conocimientos y costumbres populares utilizados por un grupo social frente a la caries.	Definición sobre la caries dental Factores que producen la caries dental y sus consecuencias Experiencia de caries dental. Actitud frente a la caries dental	Adolescentes escolarizados	Encuesta	Cuestionario	Cualitativa Nominal



Objetivo Específico 2: Identificar las Prácticas de Higiene Bucal empleadas por las y los Adolescentes Escolarizados de la UENB Gran Colombia de la Parroquia Santa Rosalía perteneciente al Distrito Escolar N 1 del Distrito Capital

Variable	Dimensión	Definición Operativa	Indicadores	Fuentes de Información	Técnica de recolección de datos	Instrumentos de recolección de datos	Escala de la Variable
Prácticas de Higiene Bucal	Prevención en Salud Bucal Conductual	Son todas las medidas utilizadas por los adolescentes para prevenir la caries dental	Prácticas populares de higiene bucal utilizadas para prevenir la caries dental Conocimiento sobre el cepillado dental Frecuencia de cepillado diario	Adolescentes escolarizados	Encuesta	Cuestionario	Cualitativa/Cuantitativa

Objetivo Específico 3: Conocer el tipo de Servicio Odontológico al cual acuden las y los Adolescentes Escolarizados de la UENB Gran Colombia de la Parroquia Santa Rosalía perteneciente al Distrito Escolar N 1 del Distrito Capital

Variable	Dimensión	Definición Operativa	Indicadores	Fuentes de Información	Técnica de recolección de datos	Instrumentos de recolección de datos	Escala de la Variable
Servicios de salud	Red de Atención Odontológica	Establecimientos públicos o privados a donde acuden las y los adolescentes a realizarse diferentes tratamientos odontológicos	Tipo de Servicio Odontológico Motivo de la consulta al servicio Odontológico Frecuencia de Asistencia al Servicio Odontológico	Adolescentes escolarizados	Encuesta	Cuestionario	Cualitativa/Cuantitativa

Objetivo Específico 4: Relacionar el Género con las Creencias acerca de la Caries Dental y de las Prácticas de Higiene Bucal empleadas por las y los Adolescentes Escolarizados de la UENB Gran Colombia de la Parroquia Santa Rosalía perteneciente al Distrito Escolar N 1 del Distrito Capital

Variable	Dimensión	Definición Operativa	Indicadores	Fuentes de Información	Técnica de recolección de datos	Instrumentos de recolección de datos	Escala de la Variable
Género	Cognitiva	El género es una construcción social e histórica de los contenidos simbólicos de lo femenino y lo masculino en articulación con clase social, etnia, raza, grupos de edad, Institucionalidad, etc., a partir de las diferencias biológicas de los sexos.	Nº de adolescentes mujeres  Nº de adolescentes hombres	Adolescentes escolarizados	Encuesta	Cuestionario	Cuantitativa

Objetivo Específico 5: Relacionar las diferentes etapas de la Adolescencia con las Creencias acerca de la Caries Dental y las Prácticas de Higiene Bucal empleadas por las y los Adolescentes Escolarizados de la UENB Gran Colombia de la Parroquia Santa Rosalía perteneciente al Distrito Escolar N 1 del Distrito Capital

Variable	Dimensión	Definición Operativa	Indicadores	Fuentes de Información	Técnica de recolección de datos	Instrumentos de recolección de datos	Escala de la Variable
Etapas de la adolescencia	Crecimiento y desarrollo	Grupo poblacional comprendido entre 10 y 19 años, en el cual se diferencian dos etapas: Adolescencia inicial o temprana (10 A 15 años) Adolescencia final o tardía (16 a 19 años)	Nº de adolescentes en etapa temprana Nº de adolescentes en etapa tardía	Adolescentes escolarizados	Encuesta	Cuestionario	Cuantitativa

## CAPÍTULO III

### MARCO METODOLÓGICO

**Tipo y nivel de investigación:** *Tipo:* De Campo. *Nivel:* Descriptivo de corte transversal

**Universo Estadístico:** Población adolescente escolarizada de la UENB Gran Colombia de la Parroquia Santa Rosalía del Distrito Escolar N° 1, del Distrito Capital para el año escolar 2009-2010.

**Poblaciones Estadísticas:** Adolescentes escolarizados de sexo femenino y masculino, Adolescentes escolarizados en edad temprana (12 –15 años), Adolescentes escolarizados en edad tardía (16-19 años).

**Unidades estadísticas:**

**Unidades de Investigación:** Institución educativa pública UENB Gran Colombia de la Parroquia Santa Rosalía del Distrito Escolar N° 1, del Distrito Capital

**Unidades de Análisis:** Adolescentes escolarizados de la UENB Gran Colombia de la Parroquia Santa Rosalía del Distrito Escolar N° 1, del Distrito Capital

**Unidad De Muestreo:** Liceos pertenecientes a la UENB Gran Colombia de la Parroquia Santa Rosalía del Distrito Escolar N° 1, del Distrito Capital

**Tipo de Muestreo:** Probabilístico.

**Clase de muestreo:** Muestreo Sistemático.

**Criterios de Selección de la Muestra:** la matrícula inicial de secundaria para el periodo 2009-2010 de la parroquia Santa Rosalía fue 6.552, y consta de 61 unidades educativas públicas y privadas. Entre las públicas solamente cuentan con servicios médicos y odontológicos 3 unidades educativas, siendo la de mayor matrícula inicial de la UENB Gran Colombia, con 2.237 estudiantes.

Para determinar el tamaño de la muestra, en relación a la encuesta realizada, para aprehender la opinión de la población objetivo de la unidad educativa seleccionada; se utilizó un estimador de proporciones muestrales para poblaciones finitas.

$$n = \frac{Z_c^2 P Q N}{(N-1) e^2 + Z_c^2 P Q}$$

Donde:

n = Tamaño de la muestra.

e = Se especifica en porcentaje y representa la proporción de error máximo admisible por parte de quien efectúa el estudio. Para este caso se decidió 5%.

N = Tamaño de la población.

P = La proporción poblacional. No habiendo experiencias anteriores se estima el 50%.

Q = La proporción contraria a P, se obtiene calculando  $1-P = Q$ . Para este caso 50%.

Zc = Es el coeficiente de confianza suponiendo normalidad. Para el presente caso se determinó un Nivel de Confianza del 95 %, al cual le corresponde una Zc, obtenida de la tabla normal, de 2.

El resultado obtenido fue:

$$2^2 (0.50*0.50)2.237$$

$$n = \frac{\quad}{\quad}$$

$$(2.237-1)(0.5)^2+2^2 (0.50*0.50)$$

$$n = 400 \text{ estudiantes}$$

Se entrevistaron 400 estudiantes, del total de estudiantes que compone la población en estudio, con un margen de error de 5% y un Nivel de Confianza de 95%.

**Cobertura Horizontal (Geográfica):** Este estudio se realizará en la Parroquia Santa Rosalía perteneciente al Distrito Escolar N° 1, del Distrito Capital

**Cobertura Vertical:** Instituciones educativas públicas (liceos)

**Periodo de Referencia:** Año 2009– 2010

**Recolección de los Datos:** Técnica: La encuesta. Instrumento: Cuestionario. El proceso de recolección de datos se realizó mediante un cuestionario, previamente validado a través de una prueba piloto y sometido a juicio de los investigadores. Este cuestionario constó de 34 preguntas de opción múltiple para medir las variables incluidas en los objetivos de ésta investigación. Previo a la aplicación del instrumento se realizó el consentimiento informado a los participantes.

**Fuentes de Información:** listados provenientes de la base de datos del sistema de información y estadística de la UENB Gran Colombia de la Parroquia Santa Rosalía del Distrito Escolar N° 1, Distrito Capital.

## RESULTADOS

### Procesamiento y Análisis de los Datos

La construcción de las tablas estuvo basada exclusivamente en datos obtenidos del instrumento (cuestionario) aplicado a los adolescentes escolarizados de la Unidad Educativa Nacional Bolivariana Gran Colombia (UENBGC).

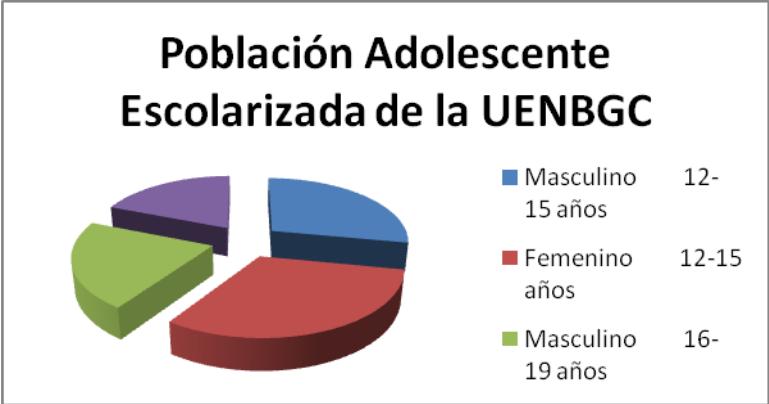
<b>Tabla I.</b>				
<b>Población Adolescente Escolarizada de la UENBGC</b>				
<b>Masculino</b>	<b>Femenino</b>	<b>Masculino</b>	<b>Femenino</b>	<b>Total</b>
<b>12-15 años</b>	<b>12-15 años</b>	<b>16-19 años</b>	<b>15-19 años</b>	
112	126	86	76	400
28%	31,50%	21,50%	19%	100%

Fuente: Elaboración propia, 2010

En la tabla uno (I) se observa el porcentaje de adolescentes escolarizados, clasificados según género y etapa de la adolescencia (temprana o tardía). Del total de la muestra, 400 adolescentes escolarizados de la UENBGC, el 28% pertenece al grupo masculino entre 12-15 años de edad, el 31,50% pertenece al grupo femenino entre 12-15 años de edad, 21,50% pertenece al grupo masculino entre 16-19 años de edad y un 19% al femenino entre 16-19 años de edad.



Gráfico 1: Población adolescente escolarizada de la UENBGC por género y edad



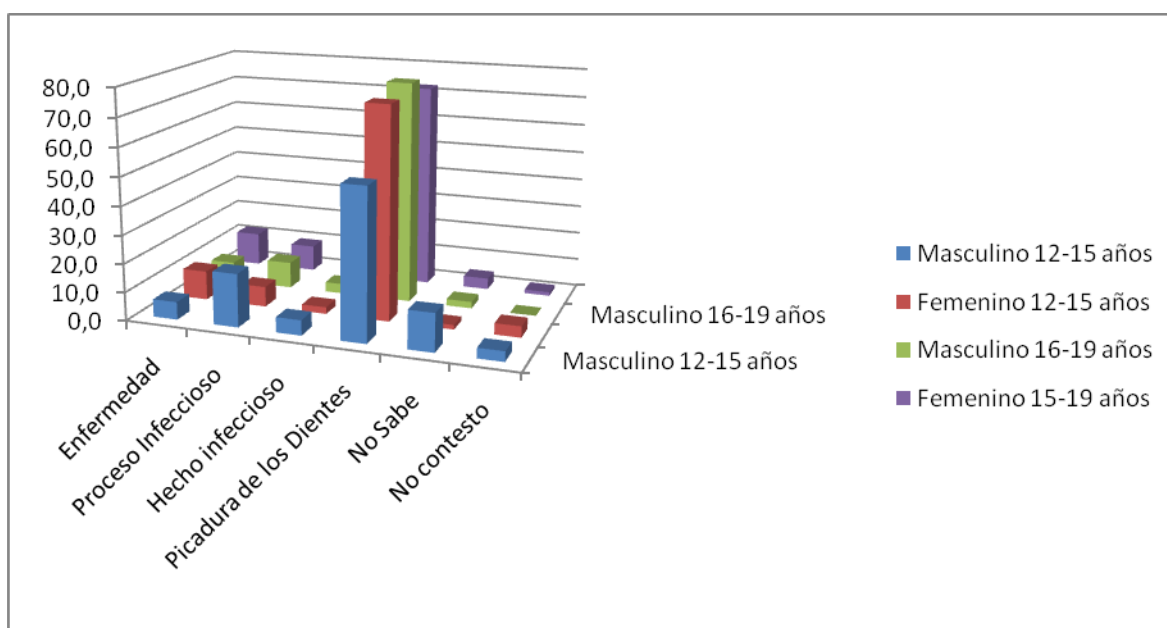
Fuente: Elaboración propia, 2010

Tabla II Conocimientos sobre la Caries dental I									
OBJETIVO	VARIABLE	INDICADORES	ITEMS		RESULTADOS (%)				
					Masculino 12-15 años	Femenino 12-15 años	Masculino 16-19 años	Femenino 15-19 años	Total
Objetivo Específico 1: Identificar las Creencias sobre la Caries Dental que pudieran tener las y los Adolescentes Escolarizados	Creencias sobre la Caries Dental	Conocimiento sobre la caries dental	1. La caries dental es:	Enfermedad	6,3	10,3	7,0	11,8	8,8
				Proceso Infeccioso	18,8	7,1	9,3	9,2	11,1
				Hecho infeccioso	5,4	2,4	3,5	1,3	3,1
				Picadura de los Dientes	52,7	74,6	77,9	72,4	69,4
				No Sabe	13,4	1,6	2,3	3,9	5,3
				No contesto	3,6	4,0	0,0	1,3	2,2
			2. La caries dental le puede dar a:	Niños	4,5	4,8	5,8	6,6	5,4
				Adolescentes	3,6	5,6	3,5	5,3	4,5
				Adultos	1,8	0,8	0,0	0,0	0,6
				Mujeres Embarazadas	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
				Adultos Mayores	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
				A cualquiera	88,4	87,3	90,7	86,8	88,3
				No Sabe	1,8	0,0	0,0	0,0	0,4
				No contesto	0,0	1,6	0,0	1,3	0,7

En la tabla dos (II) en relación a los conocimientos sobre lo que es la caries dental se observa que picadura de los dientes tiene el mayor porcentaje en los 4 grupos, en masculino entre 12-15 años 52,7%, femenino entre 12-15 años 74,6%, masculino entre 16-19 años 77,9%, femenino entre 16-19 años 72,4%.

En cuanto a la segunda opción con mayor porcentaje se observa diferencias entre los 4 grupos por género: masculino entre 12-15 años y 16-19 años con proceso infeccioso con 18,8% y 9,3%, femenino entre 12-15 años y 16-19 años con enfermedad con 10,3% y 11,8%. De tercera opción se observa igualmente diferencias en los grupos por género: masculino entre 12-15 años con no sabe (13,4%), masculino entre 16-19 años con enfermedad (7%), femenino entre 12-15 años y 16-19 años con proceso infeccioso con 7,1% y 9,2%.

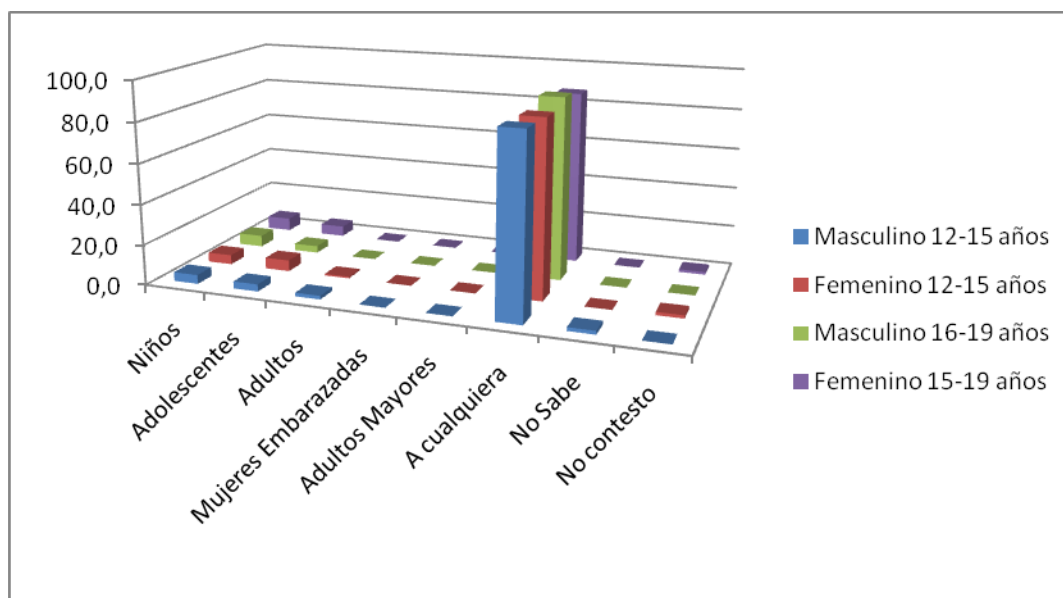
Gráfico 2: Creencias sobre que es la caries dental



Fuente: Elaboración Propia, 2010

Con relación a qué grupo puede ser más afectado por la caries dental, se observa en la misma tabla, la opción que obtiene mayor porcentaje en los 4 grupos es a cualquiera, masculino entre 12-15 años y 16-19 años 88,4% y 90,7% respectivamente, femenino entre 12-15 años y 16-19 años 87,3% y 86,8% respectivamente; de segunda y tercera opción solamente 3 grupos coinciden con niños y adolescentes respectivamente, éstos grupos son los de masculino entre 12-15 años y 16-19 años y femenino entre 16-19 años (4,5%, 5,5% y 6,6% y 3,6%, 3,5% y 5,3%), siendo el grupo de femenino de 12-15 años que tiene de segunda opción adolescentes y tercera opción niños (5,6% y 4,8%).

Gráfico 3: Creencias sobre grupo poblacional más afectado por caries

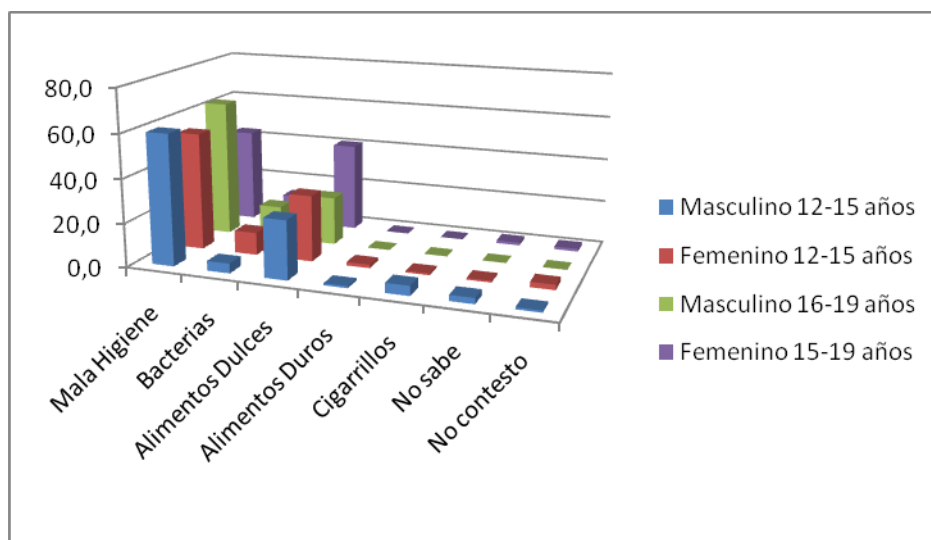


Fuente: Elaboración Propia, 2010

Tabla III Conocimientos sobre Caries dental II									
OBJETIVO	VARIABLE	INDICADORES	ITEMS		RESULTADOS (%)				
					Masculino 12-15 años	Femenino 12-15 años	Masculino 16-19 años	Femenino 15-19 años	Total
Objetivo Especifico 1: Identificar las Creencias sobre la Caries Dental que las y los Adolescentes Escolarizados pudieran tener	Creencias sobre la Caries Dental	Identificación de los factores que producen la caries dental y sus consecuencias	3. ¿Por qué se produce la caries dental?	Mala Higiene	59,8	54,0	62,8	43,4	55,0
				Bacterias	4,5	10,3	15,1	13,2	10,8
				Alimentos Dulces	26,8	30,2	22,1	40,8	30,0
				Alimentos Duros	0,9	1,6	0,0	0,0	0,6
				Cigarrillos	4,5	0,8	0,0	0,0	1,3
				No sabe	2,7	0,8	0,0	1,3	1,2
				No contesto	0,9	2,4	0,0	1,3	1,1
			4. ¿Ud. cree que la caries puede cambiar el color de los dientes?	SI	83,0	83,3	77,9	84,2	82,1
				NO	14,3	14,3	8,1	13,2	12,5
				NO SABE	1,8	2,4	14,0	2,6	5,2
				No contesto	0,9	0,0	0,0	0,0	0,2
			5. ¿Ud. cree que la caries puede picar o hacer huecos en los dientes?	SI	97,3	96,0	97,7	96,1	96,8
				NO	1,8	3,2	1,2	3,9	2,5
				NO SABE	0,9	0,8	1,2	0,0	0,7
				No contesto	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
			6. ¿Ud. cree que la caries puede hacer que pierda los dientes?	SI	86,6	93,7	90,7	92,1	90,8
				NO	11,6	3,2	2,3	6,6	5,9
				NO SABE	0,9	2,4	7,0	0,0	2,6
				No contexto	0,9	0,8	0,0	1,3	0,8
			7. ¿Ud. cree que la caries puede producir dolor?	SI	90,2	96,8	98,8	94,7	95,1
				NO	8,0	1,6	0,0	2,6	3,1
				NO SABE	0,9	0,8	1,2	2,6	1,4
				No contexto	0,9	0,0	0,0	0,0	0,2
			8. Ud. cree que la caries producir un dolor?	LEVE	27,7	19,8	16,3	19,7	20,9
				MODERADO	34,8	33,3	32,6	31,6	33,1
				SEVERO	32,1	40,5	40,7	39,5	38,2
				NO SABE	4,5	6,3	9,3	7,9	7,0
				No contexto	0,9	0,0	1,2	1,3	0,8

En la tabla tres (III) en donde se identifican los factores que producen la caries dental y sus consecuencias, se observa ¿Por qué se produce la caries dental?, la opción con mayor porcentaje en los 4 grupos es Mala Higiene, para masculino entre 12-15 años y 16-19 años con 59,8% y 62,8%, femenino entre 12-15 años y 16-19 años con 54% y 43,4%; la segunda opción es Alimentos Dulces con 26,8% y 30,2% para masculino entre 12-15 años y 16-19 años con y femenino entre 12-15 años y 16-19 años 30,2% y 40,8%; de tercera opción es Bacterias, con 15,1% para masculino entre 16-19 años, 10,3% y 13,2% para femenino entre 12-15 años y 16-19 años, teniendo un empate en la tercera opción entre bacterias y cigarrillos el grupo de masculino entre 12-15 años (4,5% c/u).

Gráfico 4: Creencias sobre factores que producen la caries dental.

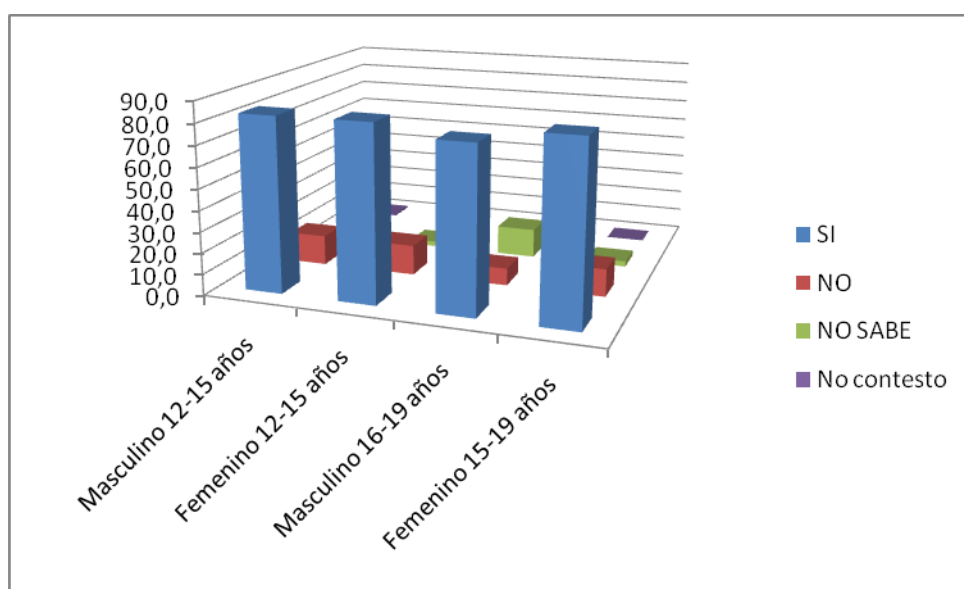


Fuente: Elaboración Propia, 2010

Para la creencia de que la caries dental puede cambiar el color de los dientes, se observa que los 4 grupos optaron mayormente por Si, con 83% y 77,9% para masculino entre 12-15 años y 16-19 años, con 83,3% y 84,2% para femenino entre

12-15 años y 16-19 años. En todos los grupos la segunda opción fue el No, con 14,3% para masculino entre 12-15 años y con 14,3% y 13,2% para femenino entre 12-15 años y 16-19 años, excepto para el grupo de masculino entre 16-19 años que de segunda opción se observa no sabe con un 14% y de tercera opción No con 8,1%.

Gráfico 5: Creencias sobre cambio de color de los dientes por causa de caries dental.

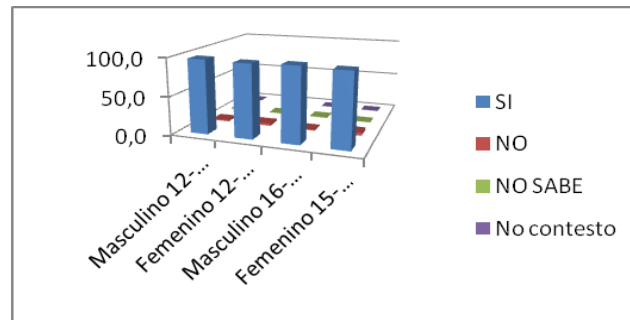


Fuente: Elaboración Propia, 2010

En la pregunta si se cree que los dientes pueden picar o hacer huecos a los dientes, se observa que los 4 grupos optaron mayormente por Si, con 97,3% y 97,7% para masculino entre 12-15 años y 16-19 años, con 96% y 96,1% para femenino entre 12-15 años y 16-19 años. En todos los grupos la segunda opción fue el No, con 1,8% para masculino entre 12-15 años y con 3,9%, con 3,2% y 3,9% para

femenino entre 12-15 años y 16-19 años, teniendo un empate en la segunda opción entre No y No Sabe el grupo masculino entre 16-19 años con 1,2% cada una.

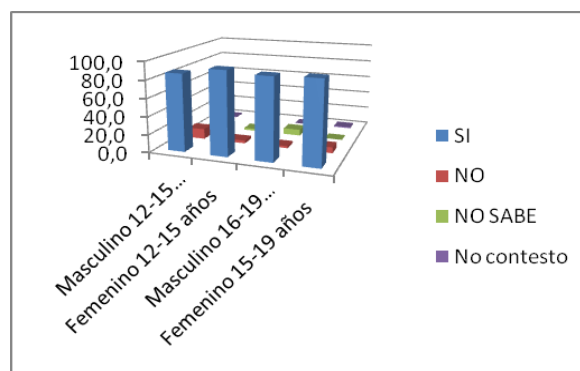
Gráfico 6: Creencias sobre si la caries puede picar o hacer huecos a los dientes



Fuente: Elaboración Propia, 2010

En relación a si la caries dental puede hacer perder los dientes, se observa que los 4 grupos optaron mayormente por Si, con 86,6% y 90,7% para masculino entre 12-15 años y 16-19 años, con 93,7% y 92,1% para femenino entre 12-15 años y 16-19 años. En todos los grupos la segunda opción fue el No, con 11,6% para masculino entre 12-15 años y con 3,2% y 6,6% para femenino entre 12-15 años y 16-19 años, excepto para el grupo de masculino entre 16-19 años que de segunda opción se observa no sabe con un 7% y de tercera opción No con 2,3%.

Gráfico 7: Creencias sobre si la caries puede hacer perder los dientes

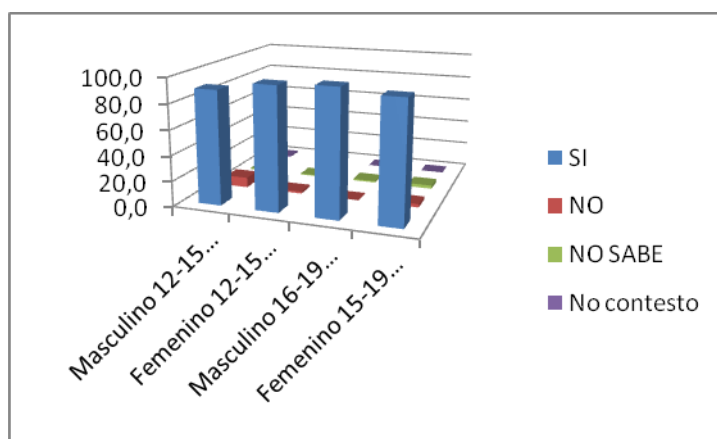


Fuente: Elaboración Propia, 2010



Los 4 grupos tuvieron mayoría a la creencia de que la caries puede producir dolor, es decir, optaron mayormente por Si, con 90,2% y 98,8% para masculino entre 12-15 años y 16-19 años, con 96,8% y 94,7% para femenino entre 12-15 años y 16-19 años. De segunda opción tenemos el No con 8% para masculino entre 12-15 años y con 1,6% para femenino entre 12-15 años, teniendo un empate en la segunda opción entre No y No Sabe el grupo femenino entre 16-19 años con 2,6% cada una; el grupo de masculino entre 16-19 años de segunda opción se observa no sabe con un 1,2%.

Gráfico 8: Creencias sobre si la caries puede producir dolor

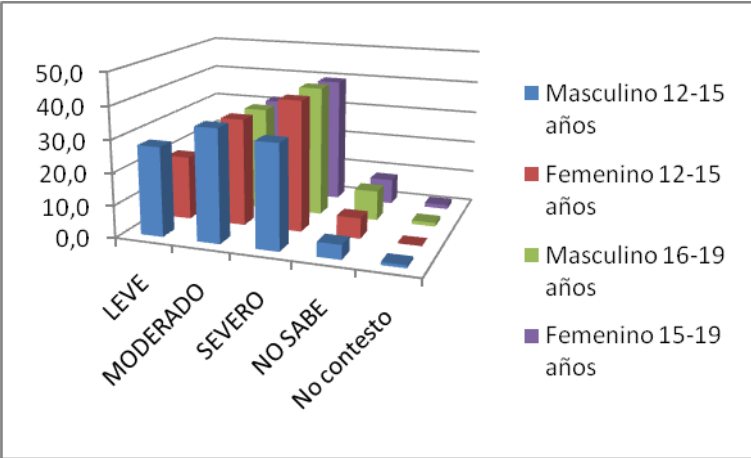


Fuente: Elaboración Propia, 2010

En cuanto a cómo podría ser el dolor de caries, se observa que de primera opción dolor severo 3 grupos, con 40,5% y 39,5% femenino entre 12-15 años y 16-19 años, con 40,7% masculino entre 16-19 años; de segunda opción dolor moderado con 33,3% y 31,6% femenino entre 12-15 años y 16-19 años, con 32,6% masculino entre 16-19 años con el grupo de masculino entre 12-15 años. El grupo masculino entre 12-15 años escogió de primera opción dolor moderado con 34,8% y de

segunda opción dolor severo con 32,1%. De tercera opción los 4 grupos coinciden con dolor leve con 27,7% y 16,3% para masculino entre 12-15 años y 16-19 años, con 19,8% y 19,7% para femenino entre 12-15 años y 16-19 años.

Gráfico 9: Creencias sobre qué tipo de dolor puede producir la caries

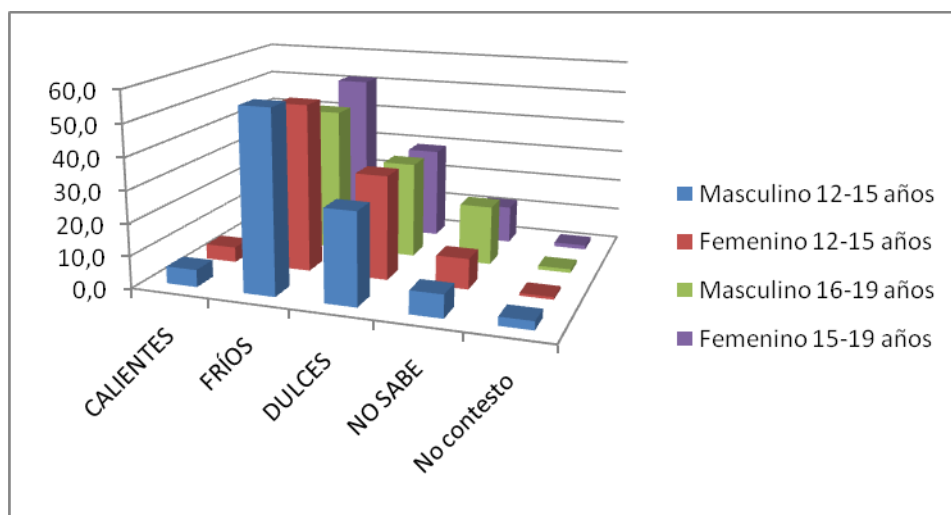


Fuente: Elaboración Propia, 2010

Tabla IV Conocimientos sobre la Caries dental III									
OBJETIVO	VARIABLE	INDICADORES	ITEMS		RESULTADOS (%)				
					Masculino 12-15 años	Femenino 12-15 años	Masculino 16-19 años	Femenino 15-19 años	Total
Objetivo Especifico 1: Identifica las Creencias sobre la Caries Dental que pudieran tener las y los Adolescentes Escolarizados	Creencias sobre la Caries Dental	Identificación de los factores que producen la caries dental y sus consecuencias	9. Ud. cree que la caries puede producir dolor al ingerir alimentos?	CALIENTES	5,4	4,8	4,7	6,6	5,3
				FRÍOS	56,3	52,4	45,3	51,3	51,3
				DULCES	28,6	32,5	30,2	28,9	30,1
				NO SABE	7,1	9,5	18,6	11,8	11,8
				No contesto	2,7	0,8	1,2	1,3	1,5
			10. ¿Ud. cree que la caries puede producir mal aliento?	SI	78,6	84,9	81,4	88,2	83,3
				NO	15,2	7,9	11,6	6,6	10,3
				NO SABE	4,5	5,6	5,8	3,9	4,9
				No contesto	1,8	1,6	1,2	1,3	1,5
			11. ¿Ud. cree que la caries puede ocasionar problemas al masticar?	SI	82,1	82,5	86,0	82,9	83,4
				NO	14,3	13,5	8,1	10,5	11,6
				NO SABE	3,6	3,2	5,8	6,6	4,8
				No contesto	0,0	0,8	0,0	0,0	0,2
			12. Ud. cree que la caries puede ocasionar problemas para digerir los alimentos?	SI	45,5	61,1	54,7	57,9	54,8
				NO	41,1	28,6	30,2	27,6	31,9
				NO SABE	10,7	9,5	15,1	9,2	11,1
				No contexto	2,7	0,8	0,0	5,3	2,2
			13. ¿La caries puede evitarse?	SI	93,8	91,3	91,9	96,1	93,2
				NO	1,8	5,6	2,3	1,3	2,7
				NO SABE	0,9	0,8	2,3	0,0	1,0
				No contexto	3,6	2,4	3,5	2,6	3,0

En la tabla cuatro (IV) en donde se identifican los factores que producen la caries dental y sus consecuencias, se observa en cuanto a la creencia de que la caries dental puede producir dolor al ingerir alimentos, la opción con mayor porcentaje en los 4 grupos es Alimentos Fríos, con 56,3% y 45,3% para masculino entre 12-15 años y 16-19 años, con 52,4% y 41,3% para femenino entre 12-15 años y 16-19 años; la segunda opción es Alimentos Dulces con 28,6% y 30,2% para masculino entre 12-15 años y 16-19 años, con 32,5% y 28,9% femenino entre 12-15 años y 16-19 años; la tercera opción es No sabe, con 7,1% y 18,6% para masculino entre 12-15 años y 16-19 años, con 9,5% y 11,8% para femenino entre 12-15 años y 16-19 años; la cuarta opción es alimentos calientes con 5,4% y 4,7% para masculino entre 12-15 años y 16-19 años, con 4,8% y 6,6% para femenino entre 12-15 años y 16-19 años.

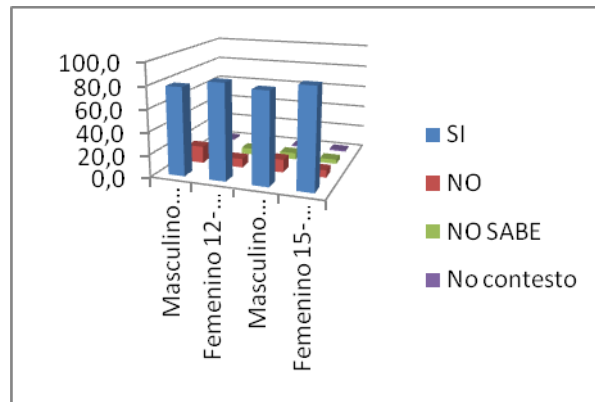
Gráfico 10: Creencias sobre si la caries puede producir dolor al ingerir tipos de alimentos.



Fuente: Elaboración Propia, 2010

En cuanto a si la caries puede producir mal aliento, la opción con mayor porcentaje en los 4 grupos es Si, con 78,6% y 81,4% para masculino entre 12-15 años y 16-19 años, con 84,9% y 88,2% para femenino entre 12-15 años y 16-19 años; la segunda opción es No con 15,2% y 11,6% para masculino entre 12-15 años y 16-19 años, con 7,9% y 6,6% femenino entre 12-15 años y 16-19 años.

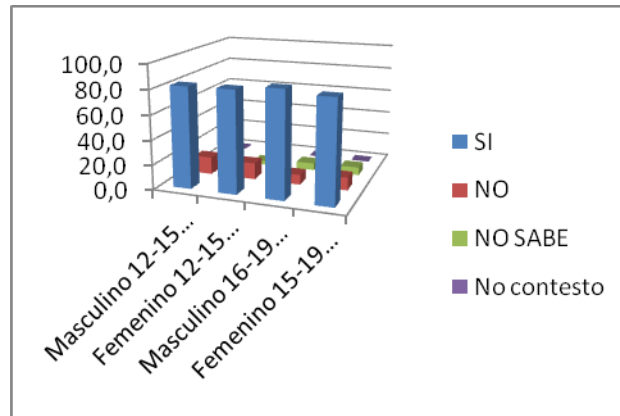
Gráfico 11: Creencias sobre si la caries puede producir mal aliento.



Fuente: Elaboración Propia, 2010

En relación si la caries puede ocasionar problemas al masticar, la opción con mayor porcentaje en los 4 grupos es Si, con 82,1% y 86% para masculino entre 12-15 años y 16-19 años, con 82,5% y 82,9% para femenino entre 12-15 años y 16-19 años; la segunda opción es No con 14,3% y 8,1% para masculino entre 12-15 años y 16-19 años, con 13,5% y 10,5% femenino entre 12-15 años y 16-19 años.

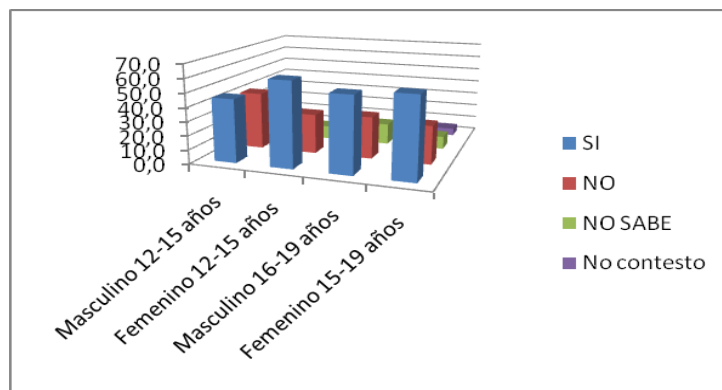
Gráfico 12: Creencias sobre si la caries puede ocasionar problemas al masticar.



Fuente: Elaboración Propia, 2010

Si la caries puede ocasionar problemas para digerir los alimentos, la opción con mayor porcentaje en los 4 grupos es Si, con 45,5% y 54,7% para masculino entre 12-15 años y 16-19 años, con 61,1% y 57,9% para femenino entre 12-15 años y 16-19 años; la segunda opción es No con 41,1% y 30,2% para masculino entre 12-15 años y 16-19 años, con 28,6% y 27,6% femenino entre 12-15 años y 16-19 años. Cabe resaltar que la diferencia es poca en el porcentaje de las dos opciones en el grupo masculino entre 12-15 años y 16-19 años.

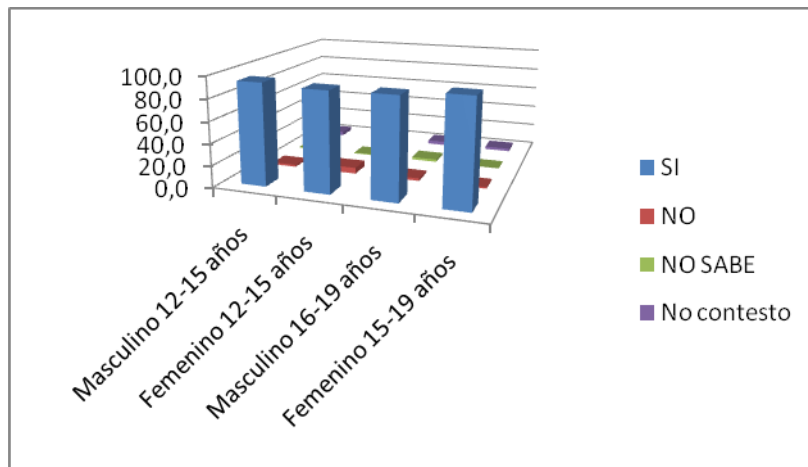
Gráfico 13: Creencias sobre si la caries puede ocasionar problemas al digerir alimentos.



Fuente: Elaboración Propia, 2010

La creencia en cuanto si la caries puede evitarse, la opción con mayor porcentaje en los 4 grupos es Si, con 93,8% y 91,9% para masculino entre 12-15 años y 16-19 años, con 91,3% y 96,1% para femenino entre 12-15 años y 16-19 años; la segunda opción es No con 1,8% y 2,3% para masculino entre 12-15 años y 16-19 años, con 5,6% y 1,3% femenino entre 12-15 años y 16-19 años.

Gráfico 14: Creencias sobre si la caries puede evitarse



Fuente: Elaboración Propia, 2010

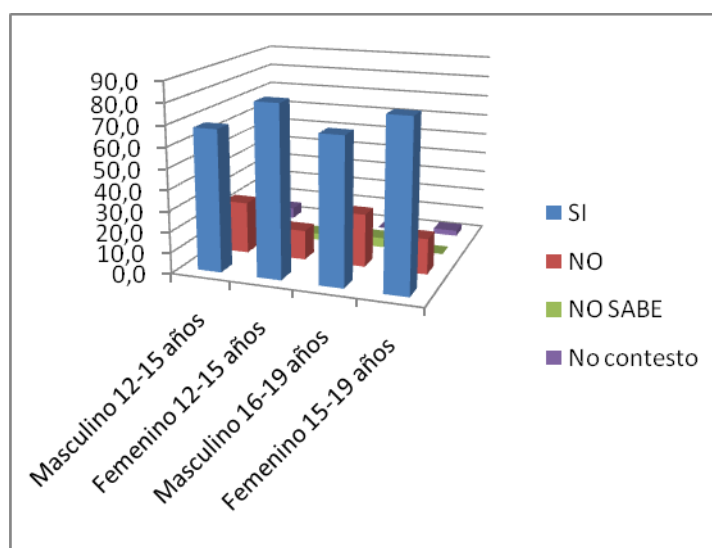
**Tabla V. Conocimientos sobre Caries Dental IV**

OBJETIVO	VARIABLE	INDICADORES	ITEMS		RESULTADOS (%)					
					Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Total	
					12-15 años	12-15 años	16-19 años	15-19 años		
Objetivo Específico 1: Identifica las Creencias sobre la Caries Dental que pudieran tener las y los Adolescentes Escolarizados	Creencias sobre la Caries Dental	Experiencia de la enfermedad de caries dental	14. ¿Ud. ha tenido caries?	SI	67,9	81,7	69,8	80,3	74,9	
				NO	25,0	14,3	25,6	17,1	20,5	
				NO SABE	1,8	3,2	4,7	0,0	2,4	
				No contesto	5,4	0,8	0,0	2,6	2,2	
		Identificación de tratamiento odontológico	15. ¿Ud. ha recibido algún tratamiento para la caries?	SI	81,3	87,3	77,9	72,4	79,7	
				NO	14,3	11,1	18,6	26,3	17,6	
				NO SABE	1,8	0,0	1,2	1,3	1,1	
				No contesto	2,7	1,6	2,3	0,0	1,6	
			16. Quién le ha realizado el tratamiento?	FAMILIAR	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
				ODONTÓLOGO	96,4	93,7	91,9	94,7	94,2	
				TÉCNICO/ EMPÍRICO	0,0	0,8	0,0	1,3	0,5	
				NO CONTESTO	3,6	5,6	8,1	3,9	5,3	
			17. Qué tipo de tratamiento ha recibido?	OTRO	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
				Tratamiento Curativo	33,9	32,5	33,7	44,7	36,2	
				Revisión/ Tratamiento Preventivo	31,3	30,2	30,2	22,4	28,5	
				Emergencia	2,7	5,6	2,3	10,5	5,3	
				No Sabe	24,1	18,3	24,4	14,5	20,3	
			18. ¿Cuánto tiempo desde que notó la presencia de caries dental se realizó tratamiento?	NO CONTESTO	8,0	12,7	9,3	7,9	9,5	
				Otro	0,0	0,8	0,0	0,0	0,2	
				1 mes	36,6	43,7	41,9	39,5	40,4	
				3 meses	16,1	12,7	11,6	15,8	14,0	
				6 meses	10,7	9,5	8,1	10,5	9,7	
				1 Año	7,1	8,7	10,5	9,2	8,9	
				Más de 1 Año	13,4	12,7	14,0	10,5	12,6	
			19. ¿Ud. Puede tener caries dental?	NO CONTESTO	16,1	12,7	14,0	14,5	14,3	
				SI	66,1	60,3	67,4	60,5	63,6	
				NO	22,3	22,2	14,0	23,7	20,5	
				NO SABE	10,7	15,1	17,4	13,2	14,1	
					NO CONTESTO	0,9	2,4	1,2	2,6	1,8



En la tabla cinco (V) en relación a la experiencia de caries dental, se observa que la mayoría de los 4 grupos acepto haber tenido experiencia de caries (Si), con 67,9% y 69,8% para masculino entre 12-15 años y 16-19 años, con 81,7% y 80,3% para femenino entre 12-15 años y 16-19 años; la segunda opción es No con 25% y 25,6% para masculino entre 12-15 años y 16-19 años, con 14,3% y 17,1% femenino entre 12-15 años y 16-19 años. Cabe resaltar que los grupos femeninos superan en más del 10% en los resultados de experiencia de caries, siendo tal vez el grupo más afectado por dicha enfermedad.

Gráfico 15: Experiencia de caries dental.

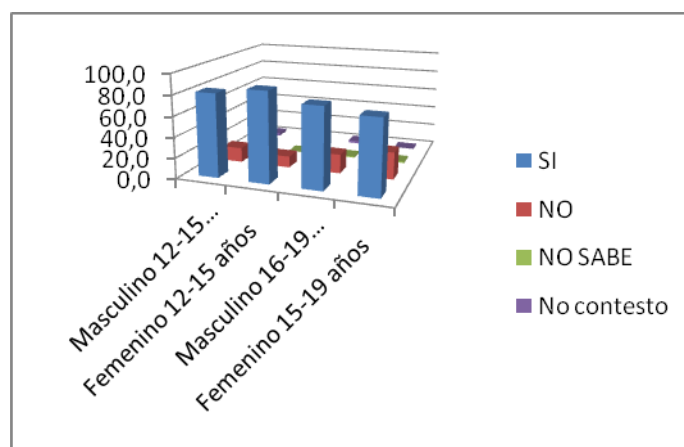


Fuente: Elaboración Propia, 2010

En la misma tabla (V) en relación a Identificación de tratamiento odontológico, tenemos que en cuanto si se ha recibido algún tratamiento para la caries dental la opción con mayor porcentaje en los 4 grupos es Si, con 81,3% y 77,9% para masculino entre 12-15 años y 16-19 años, con 87,3% y 72,4% para femenino entre 12-15 años y 16-19 años; la segunda opción es No con 14,3% y 18,6% para

masculino entre 12-15 años y 16-19 años, con 11,1% y 26,3% femenino entre 12-15 años y 16-19 años. Cabe resaltar que los grupos de masculino y femenino entre 16-19 años de edad tienen un porcentaje más alto en la opción de no recibir tratamiento para la caries dental.

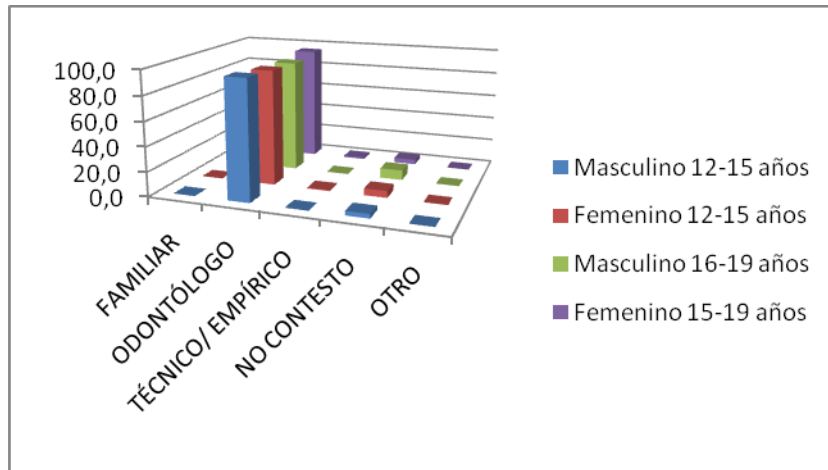
Gráfico 16: Realización de tratamiento odontológico para la caries



Fuente: Elaboración Propia, 2010

En cuanto a quien le ha realizado el tratamiento odontológico, la opción con mayor porcentaje en los 4 grupos es Odontólogo, con 96,4% y 91,9% para masculino entre 12-15 años y 16-19 años, con 93,7% y 94,7% para femenino entre 12-15 años y 16-19 años; la segunda opción es No Contesto con 3,6% y 8,1% para masculino entre 12-15 años y 16-19 años, con 5,6% y 3,9% femenino entre 12-15 años y 16-19 años. Cabe resaltar que solamente respondieron una tercera opción que es técnico/empírico, los grupos de femenino entre 12-15 años y 16-19 años de edad.

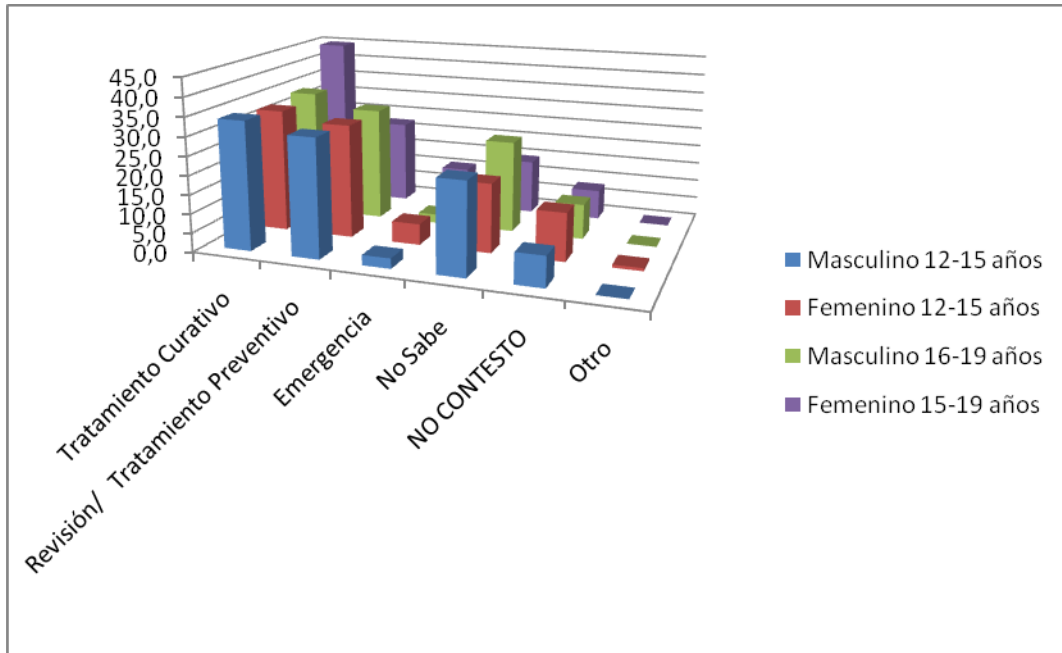
Gráfico 17: Quién le ha realizado tratamiento odontológico.



Fuente: Elaboración Propia, 2010

De acuerdo al tipo de tratamiento recibido, se observa la opción con mayor porcentaje en los 4 grupos es Tratamiento curativo, con 33,9% y 33,7% para masculino entre 12-15 años y 16-19 años, con 32,5% y 44,7% para femenino entre 12-15 años y 16-19 años; la segunda opción es Revisión/ tratamiento preventivo con 31,3% y 30,2% para masculino entre 12-15 años y 16-19 años, con 30,2% y 22,4% femenino entre 12-15 años y 16-19 años; la tercera opción es No sabe con 24,1% y 24,4% para masculino entre 12-15 años y 16-19 años, con 18,3% y 14,5% femenino entre 12-15 años y 16-19 años; la cuarta opción es no contesto con 8% y 9,3% para masculino entre 12-15 años y 16-19 años, con 12,7% y 7,9% femenino entre 12-15 años y 16-19 años y la quinta opción es emergencia con 2,7% y 2,3% para masculino entre 12-15 años y 16-19 años, con 5,6% y 10,5% femenino entre 12-15 años y 16-19 años. Cabe resaltar que el grupo femenino entre 16-19 años obtuvo el mayor porcentaje tanto en tratamiento curativo como en emergencia, obteniendo menor porcentaje en revisión o tratamiento preventivo.

Gráfico 18: Qué tipo de tratamiento odontológico le han realizado.

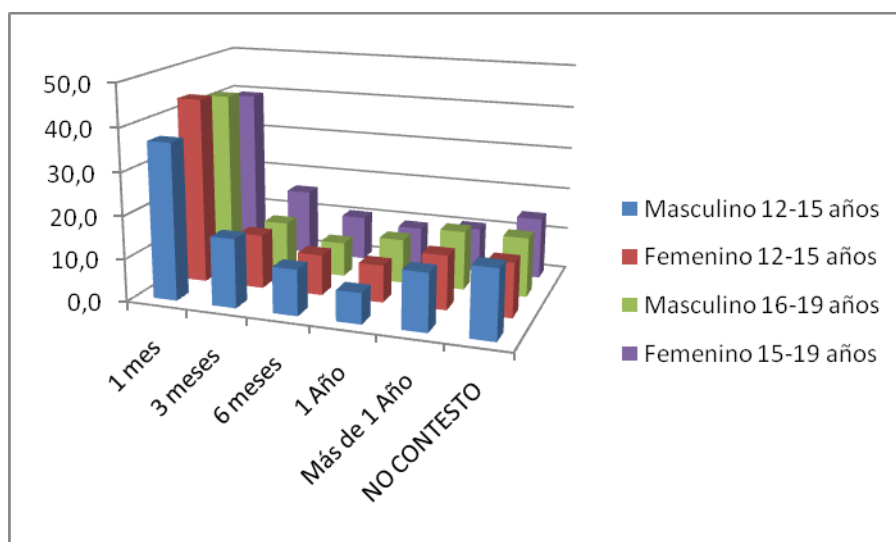


Fuente: Elaboración Propia, 2010

En relación a cuánto tiempo trascurrió desde que notó la presencia de caries para realizarse tratamiento odontológico, se observa la opción con mayor porcentaje en los 4 grupos es 1 mes, con 36,6% y 41,9% para masculino entre 12-15 años y 16-19 años, con 43,7% y 39,5% para femenino entre 12-15 años y 16-19 años. En cuanto a las demás opciones se observa discrepancia entre los 4 grupos. En el grupo masculino entre 12-15 años la segunda opción es un empate entre 3 meses y no contesto con 16,1%, la tercera opción es más de un año con 13,4%, de cuarta y quinta opción 6 meses y un año con 10,7% y 7,1% respectivamente. En el grupo masculino entre 16-19 años la segunda opción es un empate entre más de un año y no contesto con 14%, la tercera opción 3 meses con 11,6%, de cuarta y quinta

opción un año y 6 meses con 10,5% y 8,1% respectivamente. En el grupo femenino entre 12-15 años la segunda opción es un empate entre 3 meses, más de un año y no contesto con 12,7%, la tercera y cuarta opción es 6 meses y un año con 9,5% y 8,7% respectivamente. En el grupo femenino entre 16-19 años, la segunda opción 3 mese con 15,8%, la tercera opción es no contesto con 14,5%, la tercera opción es un empate entre 3 meses y más de 1 año, la cuarta opción es 1 año con 9,2%.

Gráfico 19: Tiempo transcurrido al notar caries y recibir tratamiento odontológico.

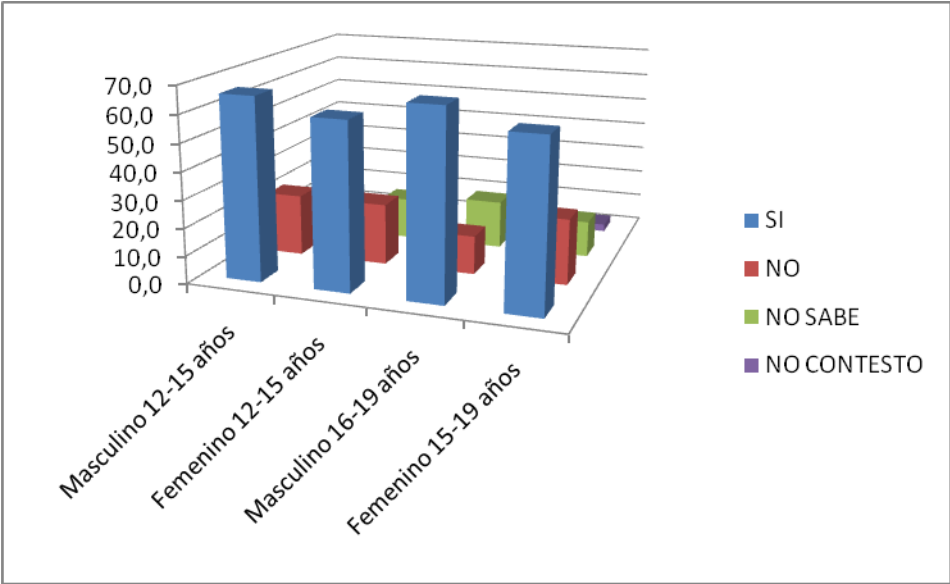


Fuente: Elaboración Propia, 2010

En cuanto a la percepción de que si pudiera tener caries dental en este momento, se observa la opción con mayor porcentaje en los 4 grupos es Si, con 66,1% y 67,4% para masculino entre 12-15 años y 16-19 años, con 60,3% y 60,5% para femenino entre 12-15 años y 16-19 años; solamente en 3 grupos se observa de segunda opción No con 22,3% para masculino entre 12-15 años, con 22,2% y 23,7%

para femenino entre 12-15 años y 16-19 años y de tercera opción No sabe con 10,7% para masculino entre 12-15 años, con 15,1% y 13,2% para femenino entre 12-15 años y 16-19 años. El grupo masculino entre 16-19 años escogió de segunda opción No sabe con 17,4% y de tercera opción No con 14%.

Gráfico 20: Percepción de poder tener caries

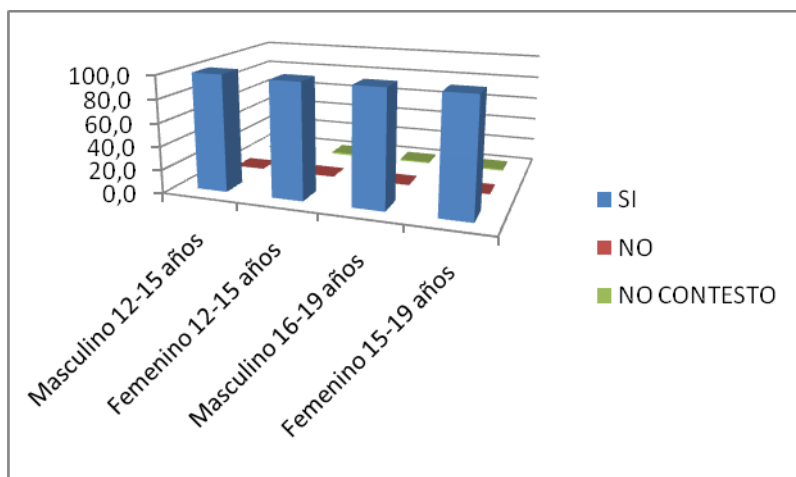


Fuente: Elaboración Propia, 2010

Tabla VI Prácticas de Higiene Bucal I									
OBJETIVO	VARIABLE	INDICADORES	ITEMS		RESULTADOS (%)				
					Masculino 12-15 años	Femenino 12-15 años	Masculino 16-19 años	Femenino 15-19 años	Total
Objetivo Específico 2: Identificar las Prácticas de Higiene Bucal empleadas por las y los Adolescentes	Prácticas de Higiene Bucal	Frecuencia de cepillado diario	20. ¿Ud. Se cepilla los dientes?	SI	100,0	98,4	98,8	98,7	99,0
				NO	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
				NO CONTESTO	0,0	1,6	1,2	1,3	1,0
			21. ¿Qué utiliza para cepillarse?	CREMA	100,0	99,2	97,7	98,7	98,9
				AGUA	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
				BICARBONATO DE SODIO	0,0	0,0	1,2	0,0	0,3
				AGUA CON SAL	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
				AGUA OXIGENADA	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
				OTRO	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
				NO CONTESTO	0,0	0,8	1,2	2,6	1,1
			22. ¿Cuántas veces se cepilla los dientes?	1 VEZ AL DÍA	14,3	4,8	9,3	3,9	8,1
				2 VECES AL DÍA	38,4	30,2	47,7	35,5	37,9
		3 VECES AL DÍA		19,6	29,4	27,9	27,6	26,1	
		DESPUÉS DE CADA COMIDA		27,7	33,3	14,0	30,3	26,3	
		NO CONTESTO		0,0	2,4	1,2	2,6	1,5	
		Técnicas de higiene bucal utilizadas para prevenir las enfermedades bucales	23. ¿Qué es lo más importante del cepillado dental?	LA ACCIÓN DEL CEPILLADO	18,8	15,9	19,8	22,4	19,2
				LA ACCIÓN DE LA CREMA DENTAL	13,4	10,3	8,1	7,9	9,9
				AMBOS	62,5	69,0	66,3	59,2	64,3
				NO SABE	5,4	3,2	4,7	5,3	4,6
				NO CONTESTO	0,0	1,6	1,2	5,3	2,0
			24. El cepillado es más efectivo en:	MAÑANA	72,3	57,1	60,5	50,0	60,0
				TARDE	0,9	1,6	2,3	1,3	1,5
				NOCHE	19,6	32,5	26,7	36,8	28,9
				NO SABE	5,4	7,1	8,1	7,9	7,1
NO CONTESTO	1,8			1,6	2,3	3,9	2,4		

En la tabla seis (VI) en donde identifican las prácticas de higiene bucal, se observa que la mayoría de los 4 grupos acepto cepillarse los dientes (si), con 100% y 98,8% para masculino entre 12-15 años y 16-19 años, con 98,4% y 98,7% para femenino entre 12-15 años y 16-19 años. Solamente 3 grupos tienen como segunda opción no contesto con 1,2% para masculino ente 16-19 años y con 1,6% y 1,3% para femenino entre 12-15 años y 16-19 años.

Gráfico 21: Ud. se cepilla los dientes?

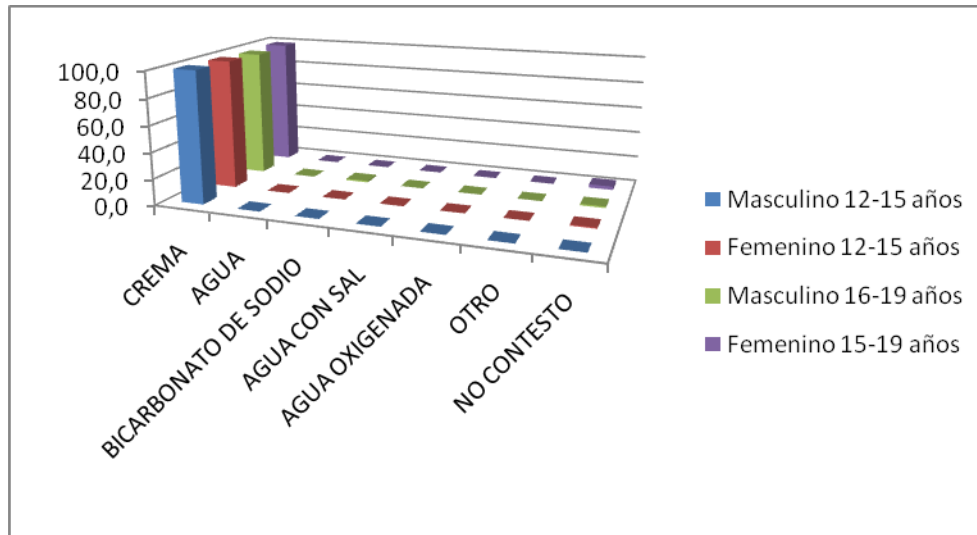


Fuente: Elaboración Propia, 2010

En cuanto a que utiliza para cepillarse, se observa la opción con mayor porcentaje en los 4 grupos es crema dental, con 100% y 97,7% para masculino entre 12-15 años y 16-19 años, con 99,2% y 98,7% para femenino entre 12-15 años y 16-19 años. Solamente 3 grupos tienen como segunda opción no contesto con 1,2% para masculino ente 16-19 años y con 0,8% y 2,6% para femenino entre 12-15 años y 16-19 años.



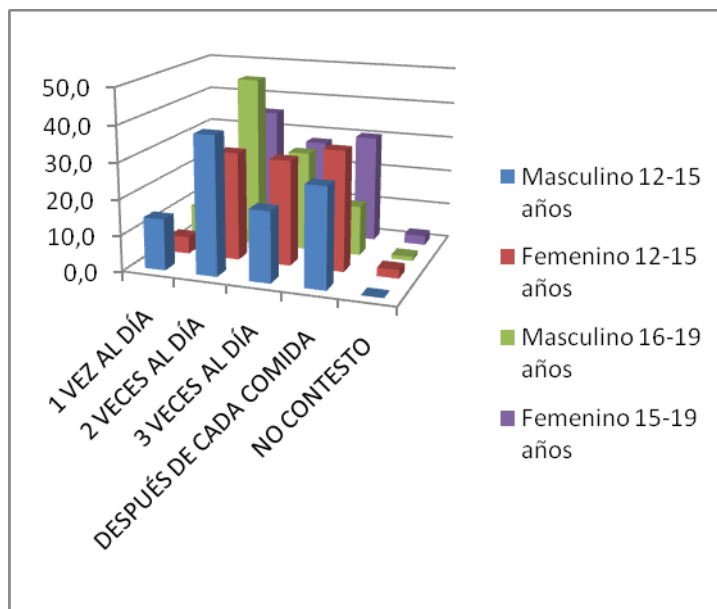
Gráfico 22: que utiliza para cepillarse los dientes?



Fuente: Elaboración Propia, 2010

En relación a cuantas veces se cepilla al día, se observa la opción con mayor porcentaje en los grupos es 2 veces al día, con 38,4% y 47,7% para masculino entre 12-15 años y 16-19 años, con 35,5% para femenino entre 16-19 años, solamente el grupo de femenino entre 12-15 años tiene como primera opción después de cada comida con un 33,3%. En cuanto a las demás opciones se observa discrepancia entre los 4 grupos. En el grupo masculino entre 12-15 años y femenino entre 16-19 años, la segunda opción es después de cada comida con 27,7% y 27,9%, la tercera opción es 3 veces al día con 19,6% y 14%, de cuarta opción una vez al día con 14,3% y 9,3%. En el grupo masculino entre 16-19 años la segunda opción es 3 veces al día con 27,9%, la tercera opción es después de cada comida con 14%, de cuarta opción una vez al día con 9,3%. En el grupo femenino entre 12-15 años la segunda opción es 2 veces 30,2%, la tercera opción es 3 veces al día con 29,4% y de cuarta opción una vez al día con 4,8%.

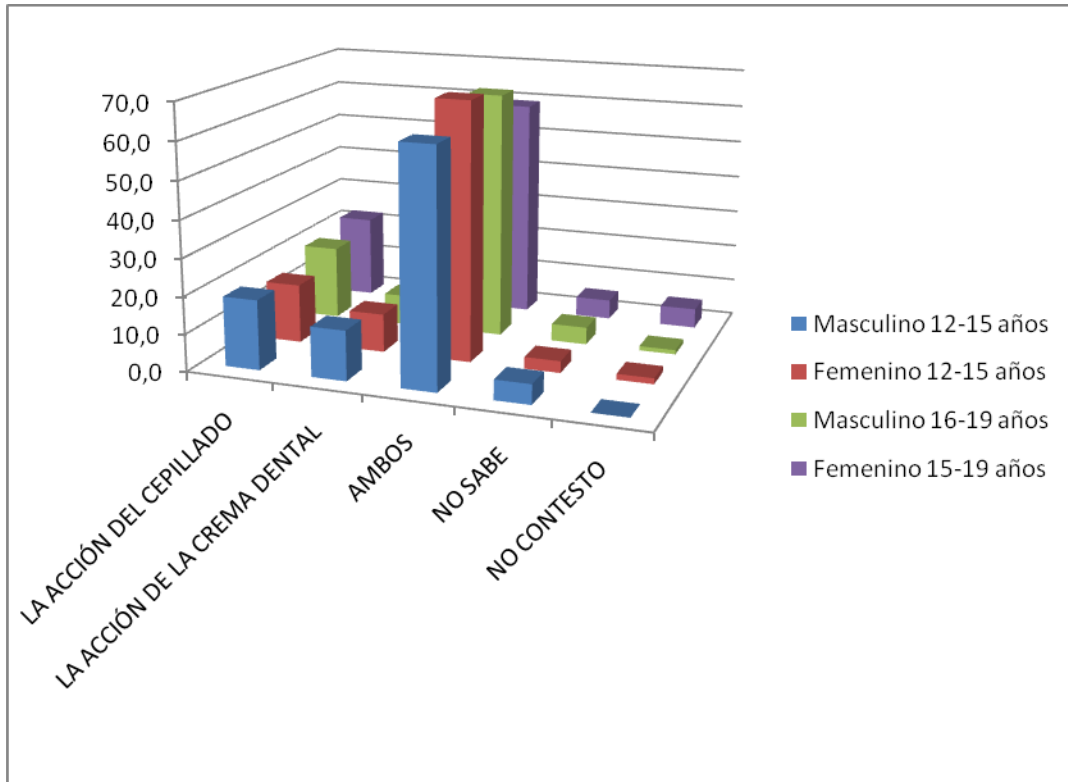
Gráfico 23: Frecuencia de cepillado diario.



Fuente: Elaboración Propia, 2010

En tabla seis (VI) en relación a las Técnicas de higiene bucal utilizadas para prevenir las enfermedades bucales, se observa en cuanto a que es lo más importante del cepillado dental que la opción con mayor porcentaje en los 4 grupos es ambos (tanto crema como cepillado) con 62,5% y 66,3% para masculino entre 12-15 años y 16-19 años, con 69% y 59,2% para femenino entre 12-15 años y 16-19 años; de segunda opción la acción del cepillado con 18,8% y 19,8% para masculino entre 12-15 años y 16-19 años, con 15,9% y 22,4% para femenino entre 12-15 años y 16-19 años; de tercera opción la acción de la crema dental con 13,4% y 18,1% para masculino entre 12-15 años y 16-19 años, con 10,3% y 7,9% para femenino entre 12-15 años y 16-19 años.

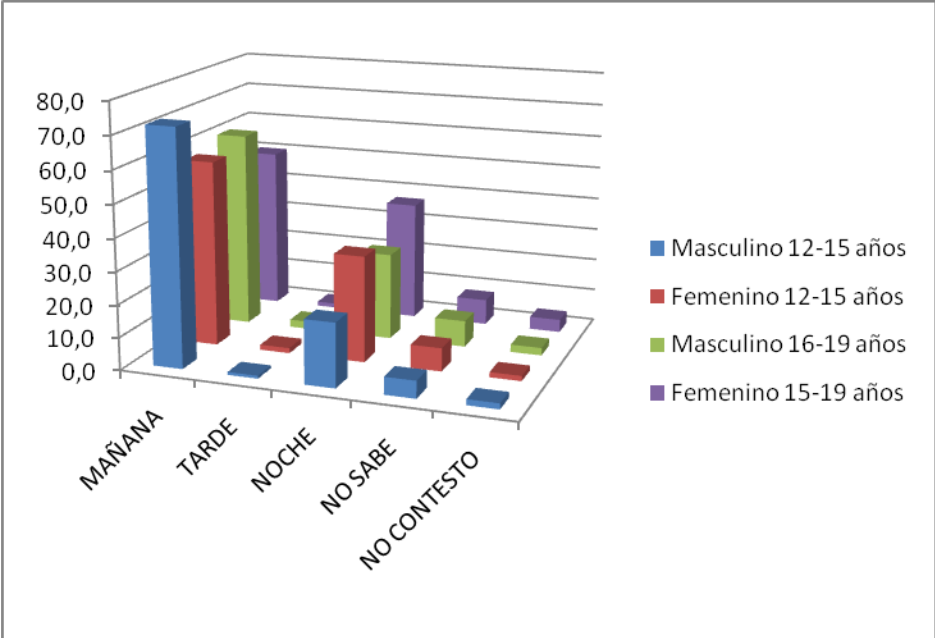
Gráfico 24: Qué es lo más importante del cepillado?



Fuente: Elaboración Propia, 2010

En la misma tabla se observa en cuanto a cuando es el cepillado más efectivo que la opción con mayor porcentaje en los 4 grupos es en la mañana con 72,3% y 60,5% para masculino entre 12-15 años y 16-19 años, con 57,1% y 50% para femenino entre 12-15 años y 16-19 años; de segunda se observa la opción de la noche con 19,6% y 26,7% para masculino entre 12-15 años y 16-19 años, con 32,5% y 36,8% para femenino entre 12-15 años y 16-19 años; de tercera opción No sabe con 5,4% y 8,1% para masculino entre 12-15 años y 16-19 años, con 7,1% y 7,9% para femenino entre 12-15 años y 16-19 años.

Gráfico 25: Cuando es más importante el cepillado?

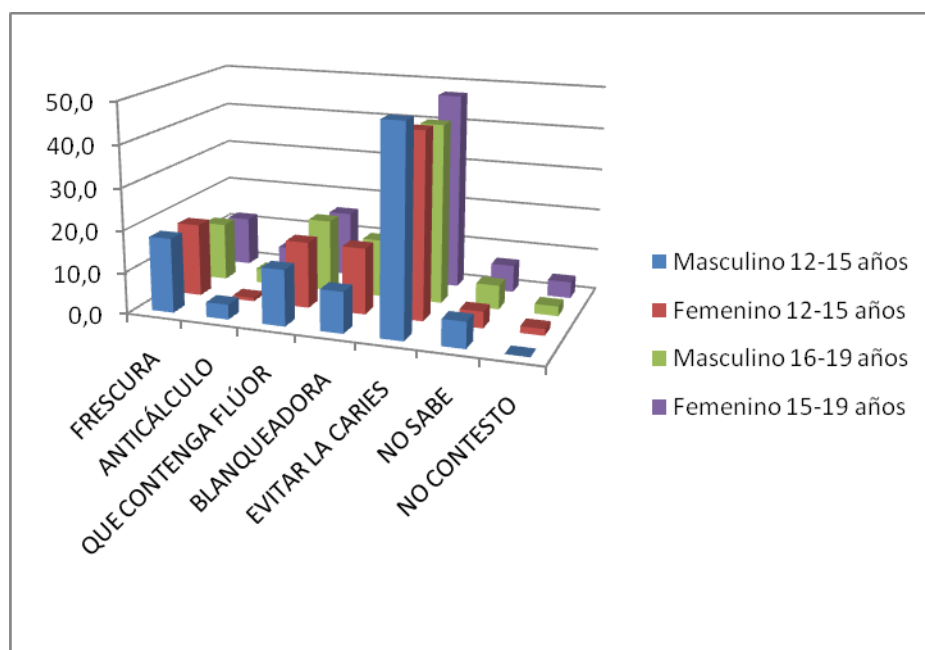


Fuente: Elaboración Propia, 2010

Tabla VII Prácticas de Higiene Bucal II									
OBJETIVO	VARIABLE	INDICADORES	ITEMS		RESULTADOS (%)				
					Masculino 12-15 años	Femenino 12-15 años	Masculino 16-19 años	Femenino 15-19 años	Total
Objetivo Específico 2: Identificar las Prácticas de Higiene Bucal empleadas por las y los Adolescentes	Prácticas de Higiene Bucal	Técnicas de higiene bucal utilizadas para prevenir las enfermedades bucales	25. ¿Qué es lo más importante en una crema dental?	FRESCURA	17,9	17,5	14,0	11,8	15,3
				ANTICÁLCULO	3,6	0,8	3,5	5,3	3,3
				QUE CONTENGA FLÚOR	13,4	15,9	17,4	15,8	15,6
				BLANQUEADORA	9,8	15,9	14,0	9,2	12,2
				EVITAR LA CARIES	49,1	44,4	43,0	47,4	46,0
				NO SABE	6,3	4,0	5,8	6,6	5,7
				NO CONTESTO	0,0	1,6	2,3	3,9	2,0
			26. ¿Quién le enseñó a cepillarse los dientes?	FAMILIARES/ AMIGOS	72,3	78,6	82,6	69,7	75,8
				MEDICO/ ENFERMERA	10,7	7,1	3,5	3,9	6,3
				MAESTRO/PROFESOR	2,7	1,6	0,0	2,6	1,7
				ODONTÓLOGO	9,8	9,5	9,3	17,1	11,4
				MEDIOS DE COMUNICACIÓN	1,8	0,0	2,3	0,0	1,0
				OTRO	0,0	0,0	1,2	0,0	0,3
			Conocimiento de las principales técnicas de higiene bucal	NO CONTESTO	2,7	3,2	1,2	6,6	3,4
		27. ¿A qué edad le enseñaron a cepillarse los dientes?		EDAD (PROMEDIO)	4,5	6	3	4	4,4
		28. ¿Qué otros métodos utiliza Ud. para cuidar los dientes?		ENJUAGUES FLUORADOS	51,8	40,5	47,7	47,4	46,8
				HILO DENTAL	19,6	28,6	19,8	17,1	21,3
				AGUA/ SAL FLUORADA	0,9	0,8	3,5	0,0	1,3
				VISITA AL ODONTÓLOGO	16,1	22,2	12,8	18,4	17,4
				NINGUNO DE LOS ANTERIORES	4,5	0,8	9,3	2,6	4,3
			TODOS LOS ANTERIORES	6,3	5,6	5,8	7,9	6,4	
			OTRO	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
			NO CONTESTO	0,9	1,6	1,2	6,6	2,6	

En la tabla siete (VII) continuamos identificando las Técnicas de higiene bucal utilizadas para prevenir las enfermedades bucales, en cuanto a que es lo más importante en una crema dental, la opción con mayor porcentaje en los 4 grupos es evitar la caries con 49,1% y 43% para masculino entre 12-15 años y 16-19 años, con 44,4% y 47,4% para femenino entre 12-15 años y 16-19 años; en la segunda y tercera opción se encuentra discrepancia entre los grupos, siendo fresca la segunda opción para los grupos de masculino y femenino entre 12-15 años con 17,9% y 17,5%; para los grupos de masculino y femenino entre 16-19 años la segunda opción es que contenga flúor con 17,4% y 15,8%. En la tercera opción para los grupos de masculino y femenino entre 12-15 años es que contenga flúor con 13,4% y 15,9%; para los grupos de masculino y femenino entre 16-19 años la tercera opción es fresca con 14% y 11,8%.

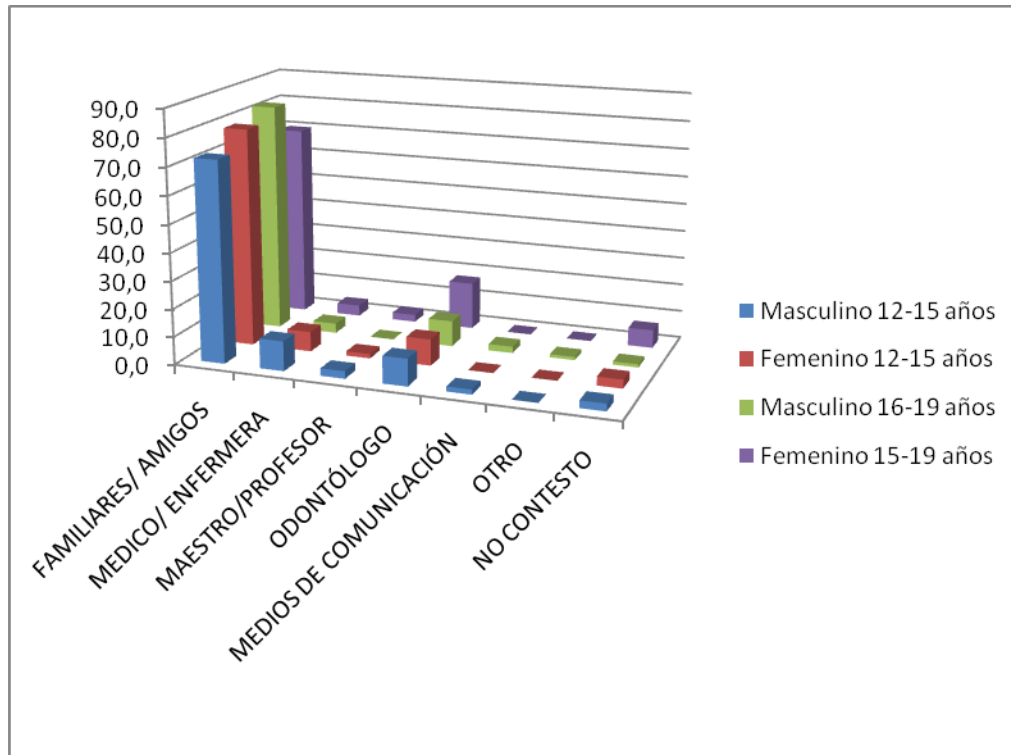
Gráfico 26: Qué es más importante que contenga la crema dental?



Fuente: Elaboración Propia, 2010

En cuanto a quien le enseñó a cepillarse observamos como primera opción a familiares y amigos con 72,3% y 82,6% para masculino entre 12-15 años y 16-19 años, con 78,6% y 69,7% para femenino entre 12-15 años y 16-19 años. La segunda opción es odontólogo con 9,3% para masculino entre 16-19 años, con 9,5% y 7,1% para femenino entre 12-15 años y 16-19 años, solamente el grupo de masculino entre 12-15 años tiene como segunda opción médico/enfermera con un 10,7%. La tercera opción es médico/enfermera con 7,1% para masculino entre 16-19 años, con 3,5% y 3,9% para femenino entre 12-15 años y 16-19 años, solamente el grupo de masculino entre 12-15 años tiene como tercera opción odontólogo con un 9,8%.

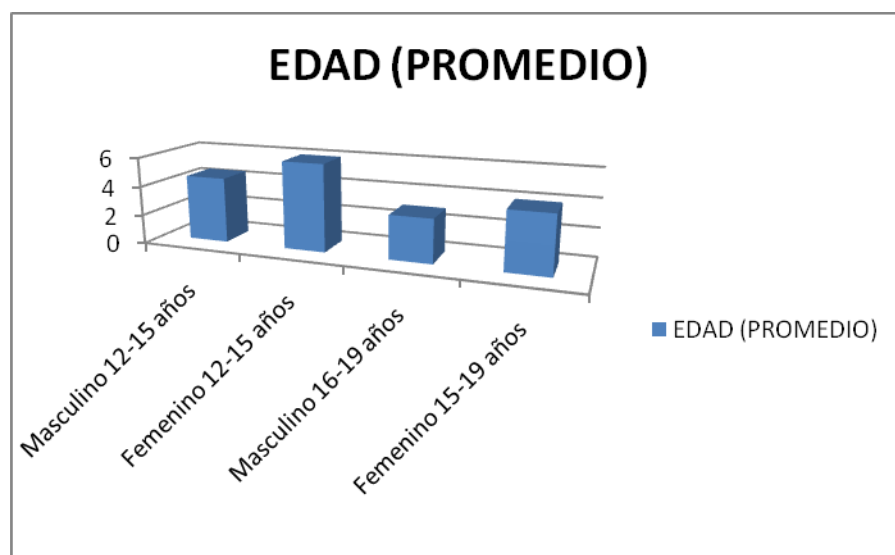
Gráfico 27: Quién le enseñó a cepillarse los dientes?



Fuente: Elaboración Propia, 2010

La edad promedio en el cual le enseñaron a cepillarse los dientes es 4,5 y 3 años de edad para masculino entre 12-15 años y 16-19 años, con 6 y 4 años de edad para femenino entre 12-15 años y 16-19 años.

Gráfico 28: Edad promedio.

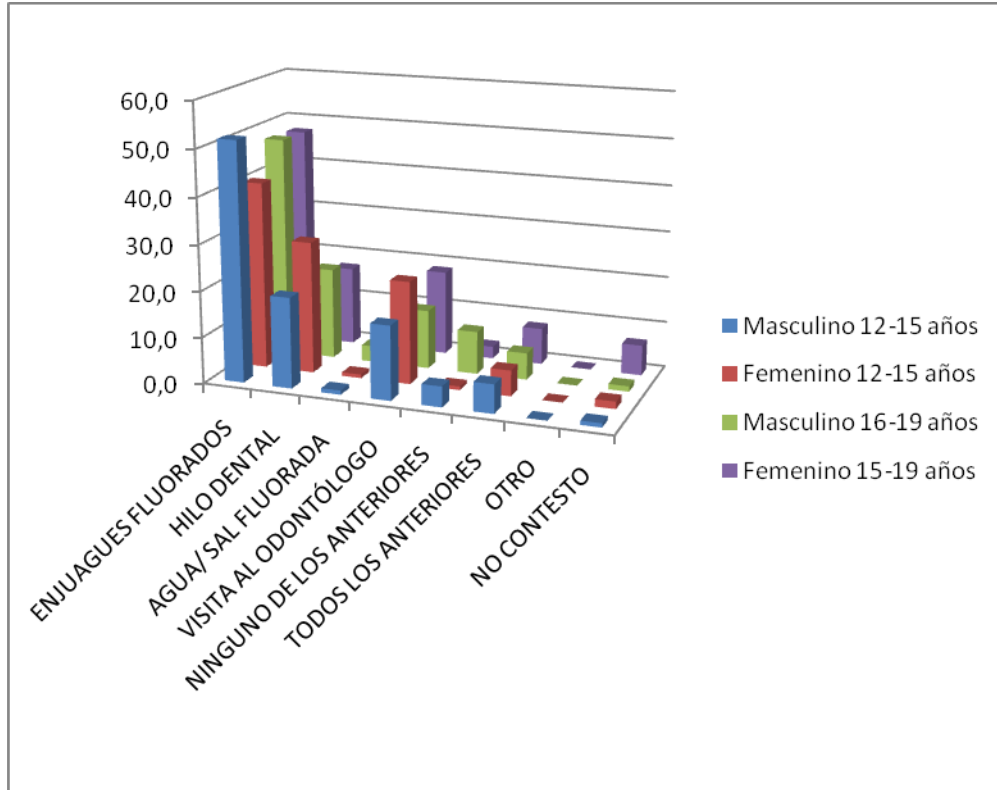


Fuente: Elaboración Propia, 2010

En relación a que otros métodos de utiliza para cuidarse los dientes, la primera opción en los 4 grupos es hilo dental con 19,6% y 19,8% para masculino entre 12-15 años y 16-19 años, con 28,6% y 17,1% para femenino entre 12-15 años y 16-19 años. La segunda opción es visita al odontólogo con 16,1% y 12,8% para masculino entre 12-15 años y 16-19 años, con 22,2% y 18,4% para femenino entre 12-15 años y 16-19 años. La tercera opción es todos los anteriores con 6,3% para masculino entre 12-15 años, con 5,6% y 7,9% para femenino entre 12-15 años y 16-19 años, solamente el grupo de masculino entre 16-19 años tiene como tercera opción ninguno de los anteriores con un 9,3%.



Gráfico 29: Otros métodos de higiene dental.

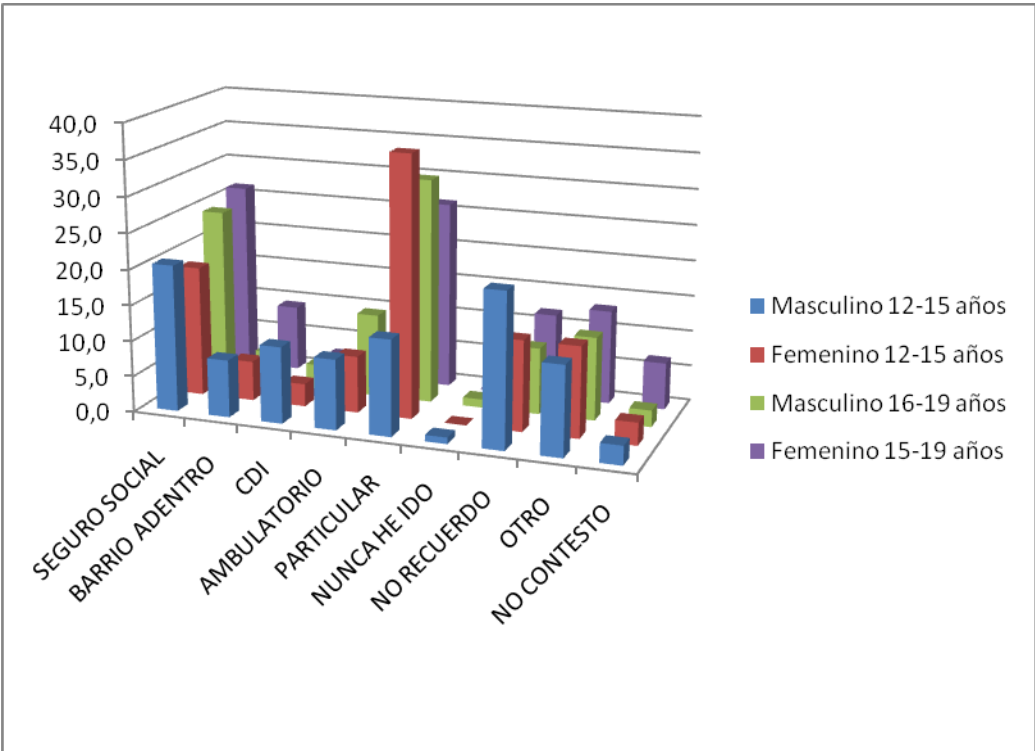


Fuente: Elaboración Propia, 2010

Tabla VIII Servicios Odontológicos									
OBJETIVO	VARIABLE	INDICADORES	ITEMS	RESULTADOS (%)					
				Masculino 12-15 años	Femenino 12-15 años	Masculino 16-19 años	Femenino 15-19 años	Total	
Objetivo Específico 3: Conocer el tipo de Servicio Odontológico al cual acuden las y los Adolescentes	Servicios de salud	Tipo de Servicio Odontológico	29. ¿A cuál institución fue en su última visita a la consulta del odontólogo?	SEGURO SOCIAL	20,5	18,3	24,4	26,3	22,4
				BARRIO ADENTRO	8,0	5,6	4,7	9,2	6,9
				CDI	10,7	3,2	3,5	2,6	5,0
				AMBULATORIO	9,8	7,9	11,6	3,9	8,3
				PARTICULAR	13,4	36,5	31,4	26,3	26,9
				NUNCA HE IDO	0,9	0,0	1,2	0,0	0,5
				NO RECUERDO	21,4	12,7	9,3	11,8	13,8
				OTRO	12,5	12,7	11,6	13,2	12,5
		Motivo de la consulta al servicio Odontológico	30. ¿Cuál fue el motivo de su última visita a la consulta del odontólogo?	NO CONTESTO	2,7	3,2	2,3	6,6	3,7
				Revisión/ Tratamiento Preventivo	49,1	44,4	45,3	50,0	47,2
				Tratamiento Curativo	25,9	23,8	22,1	23,7	23,9
				Emergencia	2,7	4,0	5,8	5,3	4,4
				No Sabe	16,1	13,5	11,6	10,5	12,9
				OTRO	1,8	8,7	9,3	3,9	5,9
		Necesidad de tratamiento odontológico	31. ¿Ud. actualmente necesita tratamiento odontológico?	NO CONTESTO	3,6	5,6	5,8	6,6	5,4
				SI	47,3	57,1	57,0	69,7	57,8
				NO	42,9	28,6	24,4	17,1	28,2
				NO SABE	8,9	11,1	17,4	5,3	10,7
		Experiencias en la consulta odontológica	32. ¿Le agrada ir al odontólogo?	NO CONTESTO	0,9	3,2	1,2	7,9	3,3
				SI	61,6	73,0	67,4	65,8	67,0
				NO	28,6	19,0	26,7	22,4	24,2
				NO SABE	3,6	3,2	2,3	1,3	2,6
			33. ¿Le tiene miedo a la consulta odontológica?	NO CONTESTO	6,3	4,8	3,5	10,5	6,3
				SI	25,0	24,6	20,9	26,3	24,2
				NO	70,5	71,4	76,7	63,2	70,5
				NO SABE	1,8	0,8	0,0	2,6	1,3
		Frecuencia de Asistencia al Servicio Odontológico	34. ¿Cada cuánto asiste Ud. al odontólogo?	NO CONTESTO	2,7	3,2	2,3	7,9	4,0
				UNA VEZ AL AÑO	23,2	15,1	22,1	22,4	20,7
				CADA VEZ QUE LO NECESITA	55,4	65,9	60,5	55,3	59,2
				CUANDO TIENE DOLOR	8,0	11,1	9,3	10,5	9,7
				CADA 2 AÑOS Ó MÁS	7,1	4,8	3,5	3,9	4,8
				NUNCA	0,9	0,0	1,2	0,0	0,5
		NO CONTESTO	5,4	3,2	3,5	7,9	5,0		

En la tabla ocho (VIII) se identifican los tipos de servicio odontológicos al cual acuden, se observa discrepancias en los grupos. En el grupo masculino entre 12-15 años la primera opción es no recuerda con 21,4%, la segunda es seguro social con 20,5%, la tercera particular con 13,4%. En el grupo masculino entre 16-19 años la primera opción es particular con 31,4%, la segunda opción es seguro social con 24,4%, la tercera opción es un empate entre ambulatorio y otro con 11,6%. En el grupo femenino entre 12-15 años la primera opción es particular con 36,5%, la segunda es seguro social con 18,3%, la tercera es un empate entre no recuerdo y otro con 12,7%. En el grupo femenino entre 16-19 años la primera opción es un empate entre particular y seguro social con 26,3%, la segunda opción es otro con 13,2% y la tercera no recuerdo con 11,8%.

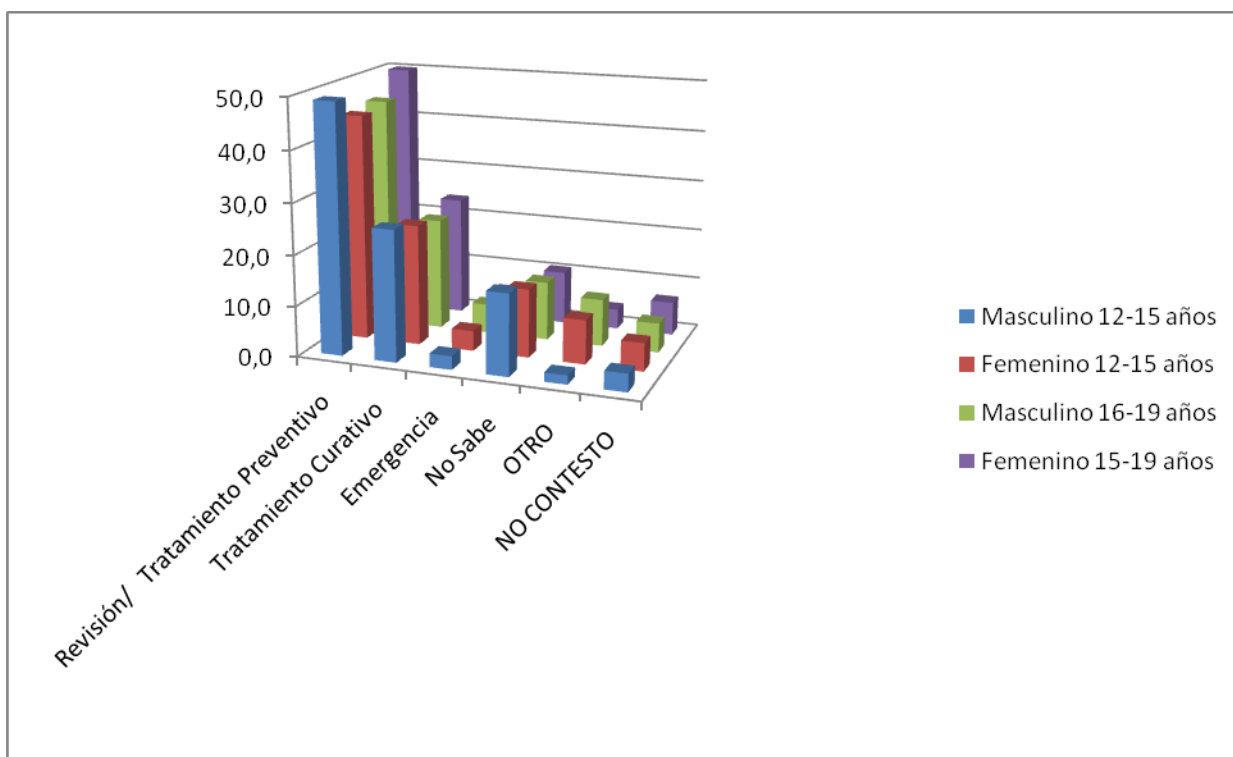
Gráfico 30: Tipo de servicio.



Fuente: Elaboración Propia, 2010

En relación a cuál fue el motivo de la última consulta al servicio odontológico, la primera opción en los 4 grupos es revisión/tratamiento preventivo con 49,1% y 45,3% para masculino entre 12-15 años y 16-19 años, con 44,4% y 50% para femenino entre 12-15 años y 16-19 años. La segunda opción es tratamiento curativo con 25,9% y 22,1% para masculino entre 12-15 años y 16-19 años, con 23,8% y 23,7% para femenino entre 12-15 años y 16-19 años. La tercera opción es no sabe con 16,1% y 11,6% para masculino entre 12-15 años y 16-19 años, con 13,5% y 10,5% para femenino entre 12-15 años y 16-19 años.

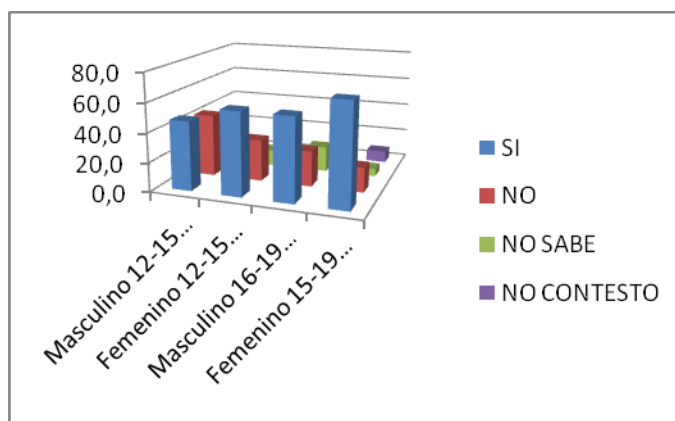
Gráfico 31: Tipo de tratamiento realizado en la última consulta odontológicas.



Fuente: Elaboración Propia, 2010

En cuanto a la necesidad actualmente tratamiento odontológico, se observa la opción con mayor porcentaje en los 4 grupos es Si, con 47,3% y 57% para masculino entre 12-15 años y 16-19 años, con 57,1% y 69,7% para femenino entre 12-15 años y 16-19 años; la segunda opción es No con 42,9% y 24,4% para masculino entre 12-15 y 16-19 años, con 28,6% y 17,1% para femenino entre 12-15 años y 16-19 años.

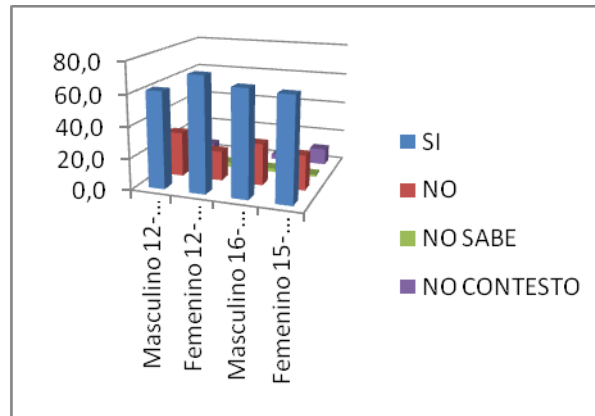
Gráfico 32: Necesidad de tratamiento odontológico



Fuente: Elaboración Propia, 2010

En relación a la experiencia en la consulta odontológica, en cuanto a si le agrada la consulta, se observa la opción con mayor porcentaje en los 4 grupos es Si, con 61,6% y 67,4% para masculino entre 12-15 años y 16-19 años, con 73% y 65,8% para femenino entre 12-15 años y 16-19 años; la segunda opción es No con 28,6% y 26,7% para masculino entre 12-15 y 16-19 años, con 19% y 22,4% para femenino entre 12-15 años y 16-19 años.

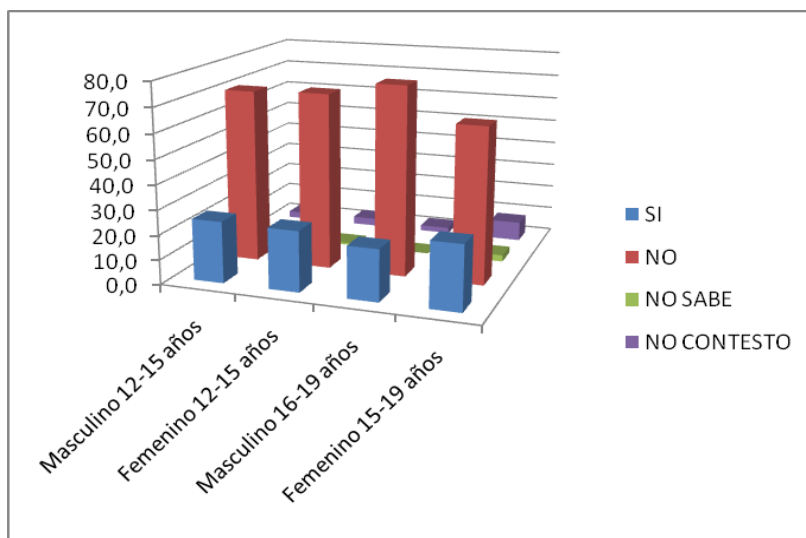
Gráfico 33: Le agrada la consulta odontológica?



. Fuente: Elaboración Propia, 2010

En cuanto a si le tiene miedo a la consulta odontológica, se observa la opción con mayor porcentaje en los 4 grupos es No, con 70,5% y 76,7% para masculino entre 12-15 años y 16-19 años, con 71,4% y 63,2% para femenino entre 12-15 años y 16-19 años; la segunda opción es Si con 25% y 20,9% para masculino entre 12-15 y 16-19 años, con 24,6% y 26,3% para femenino entre 12-15 años y 16-19 años.

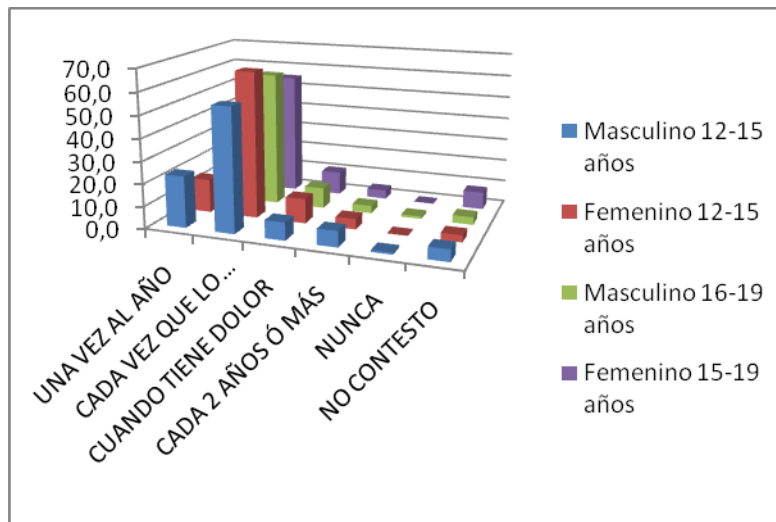
Gráfico 34: Le tiene miedo a la consulta odontológica?



Fuente: Elaboración Propia, 2010

En relación a la frecuencia de asistencia al servicio odontológico, se observa la opción con mayor porcentaje en los 4 grupos es cada vez que lo necesita, con 55,4% y 60,5% para masculino entre 12-15 años y 16-19 años, con 65,9% y 55,3% para femenino entre 12-15 años y 16-19 años; la segunda opción es una vez al año con 23,2% y 22,1% para masculino entre 12-15 y 16-19 años, con 15,1% y 22,4% para femenino entre 12-15 años y 16-19 años. La tercera opción cuando tiene dolor con 8% y 9,3% para masculino entre 12-15 y 16-19 años, con 11,1% y 10,5% para femenino entre 12-15 años y 16-19 años.

Gráfico 35: frecuencia de asistencia al servicio odontológico.



Fuente: Elaboración Propia, 2010

## ***Análisis de los Resultados***

Como se puede observar en los cuadros y gráficos, no se encontró diferencia estadísticamente significativa por género, el segmento de la población valorada es ligeramente mayor por género, siendo femenino entre 12-15 años con 3,5% y masculino entre 16-19 años con 2,5% mayor población.

En los resultados de la presente investigación sobre los conocimientos sobre la caries dental, tenemos que la más de la mitad de los adolescentes (69,4%) en el presente estudio creen que la caries es una picadura de los dientes, con este resultado no pudiéramos afirmar que tienen conocimientos inadecuados sobre lo que es la caries dental, ya que, al decir “picadura de los dientes” la población comúnmente se refiere a la caries dental como enfermedad, pero es una forma popular de hablar, tal vez difundida hasta por el mismo profesional de odontología, para explicar que es la caries y sus consecuencias, les dicen a los pacientes, sobre todo los niños, que se imaginen que ésta enfermedad produce un hueco o picadura en los dientes. De segunda y tercera opción se observa que hay diferencias de acuerdo al género, la población masculina cree que es un proceso infeccioso y enfermedad, mientras que la población femenina cree que es enfermedad y proceso infeccioso respectivamente. Se observa también que la mayoría de la población adolescente encuestada, creen que la caries dental le puede dar a cualquier grupo etáreo (88,3%).



En cuanto a los factores que producen la caries dental y sus consecuencias, tenemos que la mayoría de la población adolescente encuestada reconoce que la higiene bucal y los alimentos dulces como factores etiológicos de esta enfermedad (55 y 30% respectivamente). Tenemos también que los adolescentes encuestados son conscientes de las consecuencias (severidad sentida) de la caries ya que, un 83% creen que puede ocasionar pérdida de dientes, dolor, cambios de color, perforaciones, ocasionar problemas para masticar o digerir alimentos y producir mal aliento.

Gran porcentaje de la población adolescente (95,1%) cree que la caries puede producir dolor, también consideran que éste dolor puede ser de severo y puede haber al ingerir alimentos fríos o dulces.

Es importante el resultado que arroja esta investigación en más de un 93,2% encuestado en cuanto a la creencia de que la caries dental si se puede evitar, pero 74,9% de la población refirió haber sufrido caries dental, los grupos femeninos superan en más del 10% en los resultados de experiencia de caries, siendo tal vez el grupo más afectado por dicha enfermedad. También refieren haber sido tratados para la caries dental en un 79,7%, pero cabe resaltar que los grupos de masculino y femenino entre 16-19 años de edad tienen un porcentaje más alto en la opción de no recibir tratamiento para la caries dental.

El odontólogo es el encargado mayormente de realizar el tratamiento según la población adolescente encuestada (94,2%).

No se observa una marcada diferencia en los resultados en cuanto al tratamiento realizado, entre el tratamiento curativo, tratamiento preventivo y no sabe que tratamiento le hicieron en la consulta, siendo éste último resultado de interés debido a que el profesional de odontología esta en el deber de explicarle al paciente cuál es el tratamiento a realizar y sus beneficios o consecuencias, tal vez como son adolescentes los profesionales no consideran explicarle a ellos, considerándolos como niños, pero si tal vez a sus padres, teniendo así un inadecuada información sobre la severidad de la enfermedad, sus consecuencias y tratamiento.

Con respecto a la visita al odontólogo, la mayoría de la población estudiada había visitado este profesional de la salud; sin embargo un número significativo de participantes respondió que su última visita tenía alrededor de un mes, información favorable para la salud bucal.

En cuanto a la percepción de que si pudiera tener caries dental en este momento, se observa que la mayoría afirma poder tener caries, es decir, los adolescentes participantes creen que son susceptibles a la caries dental, además de reconocer los efectos nocivos; esto a pesar de los resultados de que la mayoría cree que la caries puede evitarse, esto tal vez sea por la ingesta de calorías y carbohidratos por parte de las y los adolescentes, los cuales aún con el conocimiento en higiene dental, no asumen una actitud conforme a la educación recibida.

Casi la totalidad de los participantes refirió cepillarse los dientes y usar crema dental (99%), a pesar de que los costos de éstos han venido aumentando constantemente, creen que tanto la crema como el cepillado son de igual importancia para prevenir la caries dental (64,3%), que el cepillado dental es más efectivo en la mañana (60%) y que lo más importante en una crema dental es que pueda evitar la caries (46%).

En la presente investigación como en otros estudios, la frecuencia de cepillado informada fue favorable, pues casi la mitad de los participantes (37,9%) respondió que se cepillaba dos los dientes en el día; sin embargo, los adolescentes de sexo femenino son más conscientes de la frecuencia ideal de cepillado al día (tres veces), pues las mujeres fueron las que refirieron, en número cepillarse más veces que los hombres.

En cuanto a quien le enseñó a cepillarse observamos como primera opción a familiares y amigos (75,8%) y la segunda opción es odontólogo (11,4%), resultado que concuerda con el estudio de situación de vida y movilidad social realizado por FUNDACREDESA en el año 2000, donde el resultado es igual al de el presente estudio, siendo alguien de la casa la primera opción a quién le enseñó a limpiarse los dientes, evidenciando las debilidades de la escuela y del profesional odontológico (odontólogo e higienista dental) para la educación y promoción de salud bucal, que la educación en el hogar es esencial en la adquisición de hábitos saludables.

La edad promedio en el cual le enseñaron a cepillarse los dientes es de 4,4 para el total de la población adolescente, los resultados por grupos fueron de: 4,5 y 3 años de edad para masculino entre 12-15 años y 16-19 años, con 6 y 4 años de edad para femenino entre 12-15 años y 16-19 años

En otros métodos de higiene bucal para prevenir la caries, casi de la mitad de la población refiere utilizar los enjuagues fluorados (46,8%), esto tal vez por la presencia masiva de publicidad de diferentes marcas de enjuagues fluorados y sus beneficios no sólo para prevenir la caries dental, sino que ofrece otros beneficios como frescura, blanqueamiento, etc. que hacen que sea el de mayor preferencia o consumo por parte de la población adolescente.

En relación al tipo de servicio odontológico al cual acudieron últimamente, se observa diferencias entre los diversos grupos de adolescentes, refiriendo al servicio particular o privado, el seguro social y la opción no recuerda. Refieren además que el tipo de tratamiento realizado fue tratamiento preventivo casi en la mitad de la población (47,2%), seguido de tratamiento curativo (23,9%) y no sabe que tratamiento le realizaron (12,9%)

El 57, 8% de la población adolescente refieren necesitar actualmente tratamiento odontológico, esto a pesar de contar con varias instituciones públicas, además que la UEBNGC cuenta con dos servicios odontológicos a disposición de la población adolescente y totalmente gratuito.

El 67% de la población adolescente refirieron agrado a la consulta y el 70,5% de la población adolescente refirieron no temerle a la consulta, pero la frecuencia de visita al odontólogo, referida por los adolescentes encuestados no es muy favorable para la prevención, ya que el 59,2% de la población adolescente refieren acudir al servicio odontológico cada vez que lo necesita, el 20,7% una vez al año y el 9,7% cuando tiene dolor.

## REFLEXIONES

Al analizar las creencias de los adolescentes con respecto a la caries, así como las prácticas de higiene oral, no hay variación de relevancia según la edad y etapa de la adolescencia de los participantes.

Aunque el conocimiento de que es la caries dental, a quién afecta y sus causas fueron conocidas por los participantes, los resultados de la presente investigación se deben tener en cuenta para el diseño de intervenciones preventivas, para que se haga énfasis sobre la etiología multifactorial de la caries y que su génesis no es por causas aisladas como la mala higiene bucal, alimentos dulces y las bacterias, sino por la interacción entre éstas y otras. En relación a la susceptibilidad a la caries los adolescentes encuestados son conscientes de las consecuencias de la caries con respecto a pérdida de dientes, dolor, cambios de color, perforaciones, etc., pero ésta severidad percibida de la enfermedad no se relaciona con su presencia en la población adolescente.

Otro factor importante a tomar en cuenta en estudios posteriores, es la ingesta de carbohidratos por parte de las y los adolescentes, los cuales aún con el conocimiento en higiene dental, no asumen una actitud conforme a la educación recibida, además que se realice concientización en cuanto a la importancia hábitos saludables de alimentación, como un factor coadyuvante en la salud bucal.

Las estrategias preventivas repetitivas, usualmente utilizadas en la práctica odontológica, tienden a ser poco atractivas e inadecuadas que no generan ninguna apropiación de ese conocimiento por parte de nuestros adolescentes, además que la mayoría de las campañas de salud bucal han estado dirigidas en su mayoría a la población infantil.

Se debe realizar investigación a partir de la realidad dinámica de los procesos de salud-enfermedad, que contribuyan al esclarecimiento de los problemas relacionados con los estilos de vida y la presencia de las enfermedades, así como al diseño e implementación de intervenciones eficaces y eficientes para la promoción de la salud y la adopción de conductas preventivas, y así obtener estrategias alternativas que posibiliten cambios de actitudes que permitan revertir el proceso que estamos observando, por ejemplo, la pérdida prematura del molar permanente, la cual en adolescencia es ya obturada o en el peor de los casos perdida.

Lo anterior, pone en evidencia una contradicción entre las acciones de promoción y prevención establecidas y las actividades efectuadas diariamente en los consultorios, que se orientan en este caso hacia lo curativo.

Se debe poner en práctica estrategias y programas educativos que sean efectivos y que verdaderamente ofrezcan respuestas a las necesidades de salud bucal de individuos y comunidades, especialmente de la población adolescente.

Es necesario que la odontología reconozca la especificidad del grupo poblacional de los y las adolescentes, con respecto a otros grupos poblacionales como adulto y niñez, de las diferencias en esta etapa de la vida, no sólo biológicas, sino psicológicas y sociales que pudieran influir en la salud bucal de este grupo poblacional. Estos son algunos criterios que deben ser tomados en cuenta para en el momento de planificar, ejecutar y evaluar las acciones en salud bucal; de igual manera los programas y acciones en salud bucal deben abarcar desde el hogar, escuela, centros de salud, organizaciones comunitarias, medios de comunicación, etc., para así poder tener un abordaje integral y por ende disminuir el impacto de las enfermedades bucodentales en la población adolescente.



## RECOMENDACIONES

En virtud de los resultados encontrados en este estudio se recomienda llevar a cabo acciones dirigidas a la participación de actores sociales, como profesionales involucrados en la salud bucal y miembros de la comunidad (maestros, padres de familia, grupos organizados de la comunidad, medios de comunicación masiva etc.), con el fin de reforzar medidas preventivas y fortalecer las acciones de educación y promoción para la salud bucal en adolescentes, además de diseñar estrategias que sean atractivas para lograr cambiar actitudes y prácticas en el adolescente con la intención de mejorar su salud bucal.

Sería necesario:

- a. Capacitar al personal odontológico, sobre la importancia epidemiológica de este poblacional, como eje orientador de las acciones en promoción y prevención de la salud bucal de los adolescentes.
- b. Crear conciencia sobre la necesidad de promocionar y difundir proyectos específicos para adolescentes de estilos de vida saludables en los diferentes medios de comunicación, con el fin de lograr cambios de actitud en esta población.

- c. Fomentar por parte de las diferentes instituciones educativas en donde se imparte odontología y sus diferentes áreas de estudio, a realizar discusiones sobre la importancia de este grupo etáreo para la promoción, prevención y tratamiento odontológico, es importante recalcar que esta discusión debe ser integral, no por especialidades a las que comúnmente se vinculan los adolescentes como odontopediatría y ortodoncia.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

### Artículos de revistas científicas:

Antunes, J. y Capei, P. Cárie dentária no Brasil: declínio, iniquidade e exclusão social.

Revista Panamericana de Salud Pública 2006; 19(6): 385-393.

Brenes, W y Sosa, D. Epidemiología bucal y accesibilidad a los servicios odontológicos de un grupo de adolescentes. Revista Costarricense en Ciencias Médicas 1986; 7(4):311-314

Brown G, Manogue M, Rohlin M. Assessing Attitudes in Dental Education: Is it

Worthwhile? British Dental Journal 2002; 193, 703 - 707

Cabrera, T. El Adolescente Venezolano del nuevo milenio y su perfil biopsicosocial.

Boletín Hospital de Niños JM de los Ríos. 2000; 36 (3). 11-15.

Cabrera, G. El modelo de análisis estratégico para promoción de la salud y el control local del tabaquismo. Revista Facultad Nacional de Salud Pública 1999; 17(1):9-16.

Cabrera G. El modelo transteórico del comportamiento en salud. Revista Facultad Nacional de Salud Pública 2000; 18(2):129-138.

Capel, P. Collective oral health: ways from sanitary dentistry to buccality. Rev Saúde

Pública 2006; 40 (Esp): 141-147

Capel, P. Integralidade na atenção básica à saúde. Integralidade? Atenção? Básica?

In: Garcia DV (org). Novos rumos da saúde bucal: os caminhos da integralidade. Rio de Janeiro: ABORJ/ANS/UNESCO; 2005: 28-42

Fejerskov, O. Concepts of dental caries and their consequences for understanding the disease. *Community Dent Oral Epidemiol* 1997; 25: 5-12.

Mello TR, Antunes JL. Prevalence of dental caries in schoolchildren in the rural area of Itapetininga, Sao Paulo State, Brazil. *Cad Saude Publica* 2004; 20:829-35.

Padilla, J. Programas y Servicios de Salud para Adolescentes. *Revista del Instituto Nacional de Higiene Rafael Rangel* 1984; 17 (2), 19-34

Romero, Y. Las metas del milenio y el componente bucal de la salud. *Acta Odontológica Venezolana* 2004; 44.

Terris, M. Healthy Lifestyles: The Perspective of Epidemiology, *Journal of Public Health Policy* 1992.; 13(2): 186-194.

Cabrera G, Tascón J, Lucumí D. Creencias en salud: historia, constructos y aportes del modelo. *Rev Fac Nal Salud Pública* 2000; 19: 91-101.

### **Libros y otras monografías:**

Acevedo, A., Núñez, A., Rivera, L. Estudio Basal de Caries y Fluorosis Dental en niños escolarizados. MSAS -OPS-UCV-UZ-Fundación Kellogs. Maracaibo-Venezuela, 1998.

Alvarado, S. y otros. Enfoques de la Investigación en ciencias sociales. Su perspectiva epistemológica y metodológica, Modulo 1 - Conceptualización. Medellín. Maestría en Educación y Desarrollo Humano, Convenio CINDE - Universidad de Manizales, 1992

Álvarez, R. Didáctica en Salud: Aspectos teóricos y prácticos. Heredia, Editorial Fundación UNA, 1998.

Arias, A. y Sáez, I. Una Ventana hacia la Atención Integral de salud del Adolescente. Editorial Boscán. Barquisimeto, 1995

Balestrini, M. Cómo se elabora el Proyecto de Investigación. BL Consultores, Servicio Editorial. Caracas, Venezuela, 1997:242.

Bandura, A. Self-efficacy in changing societies. New York: Cambridge University, 1995.

Becker, M. The health belief model and personal health behavior. Health Education Monographs 1974; 2(4):326-7.

Benner, P. Wrubel, J. The primacy of caring: Stress and coping in health and illness. Menlo Park, CA: Addison-Wesley, 1989

Chaves, M. Manual de Odontología Sanitaria. Tomo I. São Paulo: Massao Ohno-USP; 1960.

Colomer, C. Promoción de la Salud y Cambio Social. Editorial Mason S.A., Barcelona, 2000.

Coombes Y, McPherson K. Review of models of health-related behavior change. London: Health promotion sciences unit, London School of Hygiene and tropical medicine; 1996.

Dever, A. Epidemiología y Administración de Servicios de Salud, 1991.

Dulanto, E. El Adolescente. Asociación Mexicana de Pediatría. Mc Graw-Hill Interamericana. Mexico, D.F; 2000: 639-695

Elderton R. Changing scene in cariology and operative dentistry. International Dental Journal 1992; 42: 165-169.

Erickson, E. Sociedad y Adolescencia. Buenos Aires: Editorial Paidós, 1972

Foucault, M. The birth of the clinic: An archeology of medical perception. London: Routledge, 1973

Fundación Centro de Estudios Biológicos sobre Crecimiento y Desarrollo de la Población Venezolana (FUNDACREDESA). Proyecto Venezuela. Estudio Nacional de Crecimiento y Desarrollo Humano de la República de Venezuela. 1996.

Granda, E. La salud y la vida. Primera edición. Ministerio de salud Pública del Ecuador, OPS/OMS. Quito Ecuador, 2009

Greene, W y Becker, B. Educación para la salud. Editorial Interamericana. México D.F. 1974.

González, C y otros. Adolescencia, Sexualidad y Embarazo precoz. Ministerio de la Familia. Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. Ministerio de Educación. Fundación PAMI. Fundapreescolar. Caracas, 1997

Gómez, D. Avances en la Salud Pública. Informe Técnico. Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. Dirección General Sectorial de Salud. Caracas , 1998.

Katz, J. Promoting health: knowledge and practice. London: Macmillan; 1997.

Kornblit, Ana Lía, Méndez Diaz, Ana María. La salud y la enfermedad. Aspectos Biológicos y Sociales. Contenidos Curriculares. Primera Edición, Ediciones Aique.

Lain, P.: *El cuerpo humano. Teoría actual*, Espasa-Calpe, Madrid, 1989.

Magdaleno, M. La Salud de los Adolescentes y Jóvenes. In: Acciones de Salud Materno Infantil a nivel total: según las metas de la cumbre mundial a favor de la infancia. Organización Panamericana de la salud, 1996

Mena G. A. y Rivera L. Epidemiología Bucal (Conceptos Básicos). Caracas: Organización de Facultades, Escuelas y Departamentos de Odontología de la unión de Universidades de La América Latina, OMS y OPS. 1991

Méndez, C. Metodología Diseño y Desarrollo del proceso de Investigación. McGraw-Hill Interamericana de España, S.A, 2004:245.

Mc Goldrick PM. Principles of Health Behaviour and Health Education. En: Pine CM. Community Oral Health, 2000: 12

Ministerio de Salud y Asistencia Social. Programa Atención Integral en salud para el Adolescente. Normas y Funciones en la atención integral del Adolescente, 1991

Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Lineamiento Estratégicos para la promoción y el desarrollo de la salud integral de las y los adolescentes en Venezuela. Tomo I y II. Venezuela, 2003

Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Plan Estratégico Social. Documento Base. 2002.

Nutbeam D, Harris E. Theory in a nutshell: a practitioner's guide to community used theories and models in health promotion. Sydney: National Centre for Health Promotion; 1998.

Oblitas, L. Psicología de la Salud y Calidad de Vida. International Thomson Editores. México, 2006:494

Ochaita, E. y Espinosa M. Hacia una teoría de las necesidades Infantiles y Adolescentes. McGraw-Hill Interamericana de España, S.A, 2004:568.

Organización Mundial de la Salud. Investigaciones de Salud Oral Básica: Métodos Básicos. Ginebra, 1987

Organización Mundial de la Salud. Necesidades de salud de los Adolescentes. Serie de informes técnicos 609. Ginebra, 1992

Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. La Salud del adolescente y del Joven. Publicación N° 552. Washington, 1992

Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. Manual de Medicina de la Adolescencia. Serie Paltex N° 20. Washington, 1992

Organización Panamericana de la Salud. Promoción de la salud: una antología. Washington, DC. Publicación Científica No. 557, 1996

Paván, Giovanna. La Maternidad adolescente desde la perspectiva de sus protagonistas, Estudio exploratorio. Cuadernos de Postgrado N 29, Comisión de Estudios de Postgrado, Facultad de humanidades y Educación, Universidad Central de Venezuela, Caracas, 2001:101.

Restrepo H y Málaga H. Promoción de la Salud. Cómo construir vida saludable. Bogotá: Médica Panamericana, 2001.

República Bolivariana de Venezuela. La Constitución Bolivariana. Publicada en la Gaceta Oficial N° 5.453 del 24 de marzo del 2000.

República Bolivariana de Venezuela. Ley Orgánica Para la Protección del Niño y el Adolescente (LOPNA) Publicada en la Gaceta Oficial N° 5. 266 Extraordinario del 2 de octubre del año 1998.

Rosenstock I. Historical origins of the health belief model. Health Education Monographs, 1974; 2(4):328-35.



Rotter J. Social learning and clinical psychology. New York: Prentice Hall, 1954.

Sáez, I. La Salud del Adolescente y la Acción en la Comunidad. 2 edición. Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. Dirección Materno Infantil. División de Salud del Niño y Adolescente. Departamento de Salud del Adolescente. UNICEF. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Caracas, 1992

Sáez, I. y otros La Medicina del Adolescente. Aproximación al Adolescente Enfermo. Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. Dirección Materno Infantil. División de Salud del Niño y Adolescente. Departamento de Salud del Adolescente. UNICEF. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Caracas, 1992.

Seijas, F. Investigación por Muestreo. Ediciones de la Biblioteca-UCV. Ediciones FACES, 2006

Seif, T., Bóveda, C., Criado, V., Delgado, R., Maldonado, A. Perrone, A. Cariología. Prevención, Diagnóstico y Tratamiento Contemporáneo de la Caries Dental. Actualidades Médico Odontológicas Latinoamericanas, C.A. 1997.

Sileo, E. y García, I Medicina del Adolescente, Aproximación al Adolescente Sano. MSAS. Venezuela, 1992

Sileo, E. y cols. Orientación Diagnóstica en Medicina del Adolescente. Editorial Ateproca. Caracas, Venezuela, 1998.

### **Material Electrónico:**

Burt, M. Por qué debemos invertir en el adolescente. Organización Panamericana de la salud (serial online) 1998 (Consultado 2009 Mar 5). Disponible en: URL disponible en [http:// www.paho.org/Spanish/HPP/HPF/ADOL/doc\\_why\\_invest.htm](http://www.paho.org/Spanish/HPP/HPF/ADOL/doc_why_invest.htm)

García, M. Adolescencia y salud bucal. Revista Adolescencia Latinoamericana (serial online) 2002 (Consultado 2009 Jun 04). Disponible en: URL <http://www.paho.org/Spanish/HPP/HPF/ADOL/Burt.pdf>

Granda, E. ¿A qué llamamos salud colectiva, hoy? Revista Cubana de Salud Pública [en línea] 2004, 30(2) ab-jun. (consultado 2009 junio 17). Disponible en: URL <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/214/21430209.pdf>

Narvaez,R. Salud integral del adolescente Su abordaje interdisciplinario. Revista Adoleccencia Latinoamericana (serial in line). 1997 abr-jun (consultado 2009 Mayo 16) Disponible en: URL [http://ral-adolesc.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-71301997000100002&lng=es&nrm=iso](http://ral-adolesc.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-71301997000100002&lng=es&nrm=iso)

# **ANEXOS**

## ENCUESTA DE CREENCIAS SOBRE CARIES Y PRÁCTICAS DE HIGIENE BUCAL

Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Formulario N° \_\_\_\_\_

Grado: \_\_\_\_\_

Género: Masculino \_\_\_ Femenino \_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

1. La caries dental es:

- Enfermedad     Proceso Infeccioso     Hecho Infeccioso     Picadura de los dientes     No Sabe

2. La caries dental le puede dar a:

- Niños     Adolescentes     Adultos     Mujeres Embarazadas     Adultos Mayores     Cualquiera     No sabe

3. ¿Por qué se produce la caries dental?

- Mala higiene bucal     Bacterias     Alimentos Dulces     Alimentos duros     Cigarrillos     No sabe

4. ¿Ud. cree que la caries puede cambiar el color de los dientes?

- Si     No     No Sabe

5. ¿Ud. cree que la caries puede picar o hacer huecos a los dientes?

- Si     No     No Sabe

6. ¿Ud. cree que la caries puede hacer que pierda los dientes?

- Si     No     No Sabe

7. ¿Ud. cree que la caries puede producir dolor?

- Si     No     No Sabe

8. ¿Ud. cree que la caries producir un dolor:

- Leve     Moderado     Severo     No Sabe

9. ¿Ud. cree que la caries puede producir dolor al ingerir alimentos:

- Calientes     Fríos     Dulces     No Sabe

10. ¿Ud. cree que la caries puede producir mal aliento?

- Si     No     No Sabe

11. ¿Ud. cree que la caries puede ocasionar problemas al masticar?

- Si     No     No Sabe

12. Ud. cree que la caries puede ocasionar problemas para digerir los alimentos?

- Si     No     No Sabe

13. ¿La caries puede evitarse?

- Si     No     No Sabe

14. ¿Ud. ha tenido caries?

- Si     No     No Sabe

15. ¿Ud. ha recibido algún tratamiento para la caries?

- Si     No     No Sabe

16. Quién le ha realizado el tratamiento?

- Familiar     Odontólogo     Técnico/Empírico     Otro

17. Qué tipo de tratamiento ha recibido?

- Tratamiento curativo(amalgamas, resinas)     Revisión o tratamiento preventivo     Emergencia     No Sabe     Otro: \_\_\_\_\_

18. ¿Cuánto tiempo desde que notó la presencia de caries dental se realizó tratamiento?

- 1 mes     3 meses     6 meses     1 Año     Más de 1 Año

19. ¿Ud. Puede tener caries dental?
- Si  No  No Sabe
20. ¿Ud. Se cepilla los dientes?
- Si  No
21. ¿Qué utiliza para cepillarse?
- Crema dental  Agua  Bicarbonato de sodio  Agua con sal  Agua oxigenada  Nada
22. ¿Cuántas veces se cepilla los dientes?
- 1 vez al día  2 veces al día  3 veces al día  Después de cada comida
23. ¿Qué es lo más importante del cepillado dental?
- La acción del cepillo  La acción de la crema dental  Ambos  No sabe
24. El cepillado es más efectivo en:
- En la mañana  En la tarde  En la noche  No sabe
25. ¿Qué es lo más importante en una crema dental?
- Frescura  Anticálculo  Que contenga flúor  Blanqueadora  Evitar la caries  No Sabe
26. ¿Quién le enseñó a cepillarse los dientes?
- Familiares o amigos  Médico/Enfermera  Maestro/Profesor
- Odontólogo  Medios de Comunicación (Revistas, TV, etc.)  Otros: \_\_\_\_\_
27. ¿A qué edad le enseñaron a cepillarse los dientes? \_\_\_\_\_ años
28. ¿Qué otros métodos utiliza Ud. para cuidar los dientes?
- Hilo dental  Enjuague fluorados  Agua/sal fluorada  Visita al Odontólogo
- Ninguno de los anteriores  Todos los anteriores  Otros: \_\_\_\_\_
29. ¿A cuál institución fue en su última visita a la consulta del odontólogo?
- Seguro Social  Barrio Adentro  CDI  Ambulatorio  Particular (privado)
- Nunca he ido  No recuerda  Otra: \_\_\_\_\_
30. ¿Cuál fue el motivo de su última visita a la consulta del odontólogo?
- Tratamiento curativo (amalgamas, resinas)  Revisión o tratamiento preventivo  Emergencia  No Sabe  Otro: \_\_\_\_\_
31. ¿Ud. actualmente necesita tratamiento odontológico?
- Si  No  No Sabe
32. ¿Le agrada ir al odontólogo?
- Si  No  No Sabe
33. ¿Le tiene miedo a la consulta odontológica?
- Si  No  No Sabe
34. ¿Cada cuánto asiste Ud. al odontólogo?
- Por lo menos una vez al año  Cada vez que lo necesita  Cuando tiene dolor  Cada dos años o más  Nunca



**Mapa satelital UENBGC**



**Entrada UENBGC**

