

Introducción

*ESTADO DE SALUD ORAL DE NIÑOS(AS) DE PRIMER GRADO DE TRES ESCUELAS
Y PRÁCTICAS ASOCIADAS DE LAS FAMILIAS, GUÁPILES, 2000.*

INTRODUCCIÓN

El espejo de los(as) niños(as) son sus padres o sus encargados. Es por ello que si los conceptos actitudes y hábitos en lo relativo a la salud oral no son claros, es muy posible que tampoco lo sean en sus hijos (as). Es por ello que es de suma importancia identificar las necesidades en cuanto al conocimiento y la prevención que tienen los familiares más cercanos, con el propósito de que tomen conciencia de su responsabilidad en la prevención de la salud oral de sus hijos e hijas.

Es muy común en nuestros días visitar zonas escolares, donde el índice de higiene oral es bajo, consecuentemente es de esperar - con el precursar del tiempo - que exista una alta incidencia de patologías como la caries dental y los problemas gingivales. Este hecho se observa en la población infantil de lugares urbano-marginales como lo son Torremolinos y los Guido en Desamparados, San José, donde se lleva acabo el Programa de Odontología Comunitaria por los estudiantes de la Universidad Latinoamericana de Ciencia y Tecnología (ULACIT).

Tradicionalmente la práctica odontológica de Costa Rica en los servicios de salud se ha caracterizado por el tratamiento curativo mediante la eliminación total o parcial de aquellas piezas dentales que provocan molestias o dolor al paciente. En la actualidad los métodos restaurativos han venido a reemplazar lo anterior, permitiendo disminuir el dolor dental y mantener por el tiempo necesario las piezas dentales en la cavidad oral.

Estos métodos le devuelven la estética y la funcionalidad al sistema estomatognático, lo que es de mucha importancia en la nutrición y fonación del niño(a), además que ayuda a mantener un espacio adecuado para la erupción de la dentición permanente (Alpízar, M. Curso de Morfología Dental, 1996).

En tal sentido, la mayor preocupación del odontólogo como profesional de la salud oral, es la de educar en la prevención de las patologías orales. En este campo los padres de familia o encargados juegan un papel fundamental, por lo que es necesario construir junto con el

grupo participante, las prácticas que ellos tienen en cuanto a la prevención de las patologías orales, con el propósito de identificar por medio de un método hermenéutico dialéctico, las deficiencias “mitos, costumbres y valores” que contradicen el alcance de un perfil protector de la salud oral. A partir de ahí se elabora un plan tendiente a incrementar el conocimiento y la toma de conciencia de los padres y las madres o encargados de los niños(as) acerca de la importancia de la prevención de la salud oral de sus hijos (as).

La preocupación por elevar el nivel de conocimiento y auto-cuidado oral, se basa en el reconocimiento del supuesto de que:

“Todas las personas, sin importar en que medio se desarrollen, tienen los mismos derechos de adquirir conocimientos y conductas que contribuyan a una salud buco-dental adecuada, sin embargo, en la realidad las oportunidades no son iguales, sino que dependen de las condiciones socioeconómicas del grupo al que pertenecen y del medio en que se desarrollan, sea este rural o urbano” (Haug, R., 1998, Pág. 1).

En cada país el Estado debe preocuparse porque las condiciones de salud de sus pobladores sean adecuadas, ya que de esto depende la productividad individual y general, a favor del crecimiento económico. En la actualidad, dentro de la Reforma del Sector Salud de Costa Rica los programas preventivos pasan a la Caja Costarricense de Seguro Social como un componente del programa de atención integral de la población. En este programa aparece como un aspecto importante la atención integral odontológica (Ministerio de Salud, Documento sobre La Reforma, 1994).

Aún con todo este movimiento que forma parte de la Reforma del Estado, la realidad es que el acceso a la atención odontológica es muy limitado. Esta situación se pone en evidencia en el presente estudio que se realiza en escuelas del cantón de Pococí, provincia de Limón donde acceden niños y niñas de distinto nivel socioeconómico. Se selecciona como grupo de estudio a los primeros grados, dado que permite valorar la dentición mixta (componente cuantitativo).

Posteriormente se realiza una entrevista abierta a un grupo de padres de familia cuyos criterios de selección se establecen en el diseño metodológico con el propósito de construir activamente con los sujetos participantes las conductas, actitudes y conceptos, hacia la

prevención y salud oral. El estudio se realiza en el lapso comprendido entre mayo y octubre del 2000.

Capítulo 1

Antecedentes

CAPÍTULO I

ANTECEDENTES

1.1 Antecedentes nacionales

En Costa Rica, estudios epidemiológicos identifican factores directamente relacionados con la producción de caries. Estos son en orden de importancia, los de índole social tales como la educación y el acceso a la atención de la salud, el nivel económico del núcleo familiar y por último la frecuencia y tipo de alimentación (Documento Ministerio de Salud, Pág. 5).

Un estudio realizado por la doctora R. Haug, en el Cantón de Goicoechea en el año 1998, demuestra que el concepto de salud oral prevaleciente en el grupo estudiado, tiene un enfoque biologicista (es aquel en el que se resume la enfermedad como un desequilibrio netamente bacteriano) que corresponde al pensamiento dominante en la sociedad costarricense. El concepto de salud oral que predomina es el de “dientes sanos” y “ausencia de dolor” principalmente (Pag. 61).

El estudio realizado por Laura Villalobos y Fanny Acuña, en tres escuelas del área metropolitana, durante el año 1999, viene a fortalecer la existencia de este concepto biologicista, ampliado por aspectos preventivos. Los resultados demuestran el predominio de una idea de salud bucodental, como “tener buena higiene, ausencia de caries y cuidado de la boca”(Pag. 86).

1.2 Antecedentes internacionales

Estudios epidemiológicos demuestran que las principales enfermedades bucales que afectan a la población mundial, son la caries y la enfermedad periodontal. Estas enfermedades bucales son tan comunes entre la población, que algunos creen que su ausencia es anormal. Las razones mencionadas para tan alta prevalencia, son factores relacionados con sus estilos de vida (Yepez P. Pag. 7).

Al respecto, es necesario vincular el indicador de caries dental con el desarrollo social, por cuanto las alteraciones de la salud bucodental en la población marginada de los beneficios económicos y sociales de nuestros países, evidencian el subdesarrollo.

Por ejemplo, estudios efectuados en algunos países muestran una elevada prevalencia de la enfermedad; así en República Dominicana (Santiago de los Caballeros, 1980) y en 26 ciudades del país (1982) muestran porcentajes del 97% y 96,5% respectivamente, de población afectada (Op. cit., Pag.12)

En Argentina un estudio realizado en 1984 dio como resultado que el 85% de la población estaba atacada por caries. En Nicaragua un estudio realizado en 1983, mostró índices de caries iguales a 6,4 para los escolares comprendidos entre 11 y 14 años. En Ecuador un estudio epidemiológico realizado en 1988, nos muestra que más del 95% de niños(as) estaban afectados por caries (Op. cit).

En Venezuela, un estudio realizado en el distrito de Maracaibo (1985) describe el comportamiento y distribución de la caries dental, mostrando que el proceso patológico, afecta significativamente a los sectores mayoritarios de la población; los obreros, capas medias y subempleados presentan un promedio de dientes afectados que varía entre 3,09 y 3,12; mientras que el grupo “empresario” aparece con un promedio de 1,46 dientes afectados (Op.cit).

Un estudio relativo a la exposición de caries indica que a la edad de 1 año, 5 de cada 100 niños (as) presentan caries dental. El porcentaje aumenta a 10 por cada 100 niños (as) a los 2 años; y a los 5 años, 3 de cada 4 niños (as) de edad preescolar presentan piezas primaria cariadas (Finn, 1976, citado por Acuña, F. y Villalobos, L., 1999).

En otros estudios epidemiológicos sobre aparición de caries dental, se observa que a medida que aumenta la edad, se incrementan los dientes afectados en cada individuo (Douglas, 1997).

1.3 Elementos históricos de la prevención en Costa Rica

En el año de 1973, por decreto de La Presidencia de la República y de la comisión Nacional de Odontología, se crea el *Plan de Atención Dental y la Comisión Nacional de Odontología*. Mediante este programa se brindan servicios dentales en áreas rurales en el ámbito nacional. Esto contribuye a mejorar el nivel de vida de esos grupos marginados y de ingresos económicos limitados

“Los objetivos de este programa son: 1. Promover la salud oral en los costarricenses, por medio de acciones educativas para lograr cambios de conductas. 2. Disminuir la incidencia de enfermedades dentales, mediante la aplicación de técnicas preventivas. 3. Brindar atención odontológica en el tratamiento de las afecciones orales más frecuentes” (Ministerio de Salud de Costa Rica, 1998 Pág.5).

Para lograr cumplir con estos objetivos nacen dos subprogramas:

a. Subprograma de educación y prevención

Este subprograma incluye actividades como charlas a niños(as) de preescolar, de primaria, padres de familia o encargados y docentes. Se les adiestra en técnicas adecuadas de higiene bucal, que incluyen el uso del hilo dental y la forma de cepillarse los dientes. A los niños de preescolar y primaria se le aplica flúor, mediante enjuagatorios o aplicaciones por medio de gel, también se hacen controles del índice de placa. En algunos casos se han colocado sellantes de fosas y fisuras.

b. Subprograma curativo o asistencial

Como su nombre lo indica en este subprograma se realizan exámenes orales y se brinda el tratamiento odontológico general. Existen al mismo tiempo dos secciones que complementan estos dos subprogramas como lo son:

1. Capacitación y participación comunitaria, su función es establecer métodos y objetivos en la capacitación dada a los profesionales, al personal auxiliar y a la comunidad en general.
2. Sección de investigación: la actividad se desarrolla de forma científica por medio de estudios epidemiológicos para formular e implantar políticas de salud oral en el ámbito nacional (Ministerio de Salud, Costa Rica, 1997 Pág. 8-13).

1.4 Estado del arte del objeto de estudio

Como se observa en el desarrollo seguido en este capítulo, son innegables los esfuerzos que los diferentes países realizan a favor de la prevención, entre los que Costa Rica figura como país de vanguardia. Sin embargo estos esfuerzos no han impactado significativamente

la salud oral; la caries dental y los problemas periodontales, continúan con altas tasas de prevalencia e incidencia.

Esto justifica aún más nuestro interés por desarrollar este trabajo, que tiene como propósito la relación entre estado de salud oral y las prácticas familiares asociadas, como se menciona en la introducción. Creemos que cualquier esfuerzo que se haga a favor de la salud oral de nuestros niños(as) es válido y más la propuesta que se pueda derivar de los resultados.

1.5 Contextualización del Objeto en Estudio

De acuerdo con las necesidades básicas de este estudio se ha decidido analizar tres poblaciones, las cuáles se encuentran en diferentes escuelas a las que acuden niños y niñas de distinto nivel socioeconómico, pero a la vez todas ubicadas en el Cantón de Pococí en la Provincia de Limón, específicamente en el distrito de Guápiles encontramos la escuela Central del lugar a la cuál asisten hijos e hijas de profesionales, empresarios, asalariados, etc los cuales tienen un nivel socioeconómico que les permite matricularlos en este centro educativo.

En el barrio Los Angeles de Guápiles encontramos la segunda Escuela, que lleva ese mismo nombre, a esta asisten niños y niñas de un nivel socioeconómico medio pues sus padres por lo general son obreros, dependientes o dueños de pequeños negocios los cuales proveen el dinero necesario para subsistir y vivir de una forma moderada.

El último de los casos lo encontramos, al norte de Guápiles, específicamente en la colonia San Rafael, cuya Escuela lleva el mismo nombre del lugar, esta alberga niños de un bajo nivel socioeconómico, sus padres laboran para las compañías bananeras, empacadoras de tubérculos, como peones de fincas o proyectos porcinos y vacunos, además algunos se ganan el sustento diario dedicándose a la actividad agrícola en pequeños terrenos que arriendan o les prestan.

El cantón de Pococí se selecciona porque en esta zona en la cuál se pueden encontrar de una forma muy marcada los distintos niveles de vida desde el punto de vista socioeconómico, manifestándose las diferentes posibilidades de acceso a la distribución de bienes y servicios. Por otra parte existe anuencia de los centros escolares de colaborar con la realización del trabajo.

Capítulo 2

Problema, objetivos e interrogantes

CAPÍTULO 2

PROBLEMA, OBJETIVOS E INTERROGANTES

2.1 Problema

El carácter complejo del problema exige un acercamiento que permita en primer término mediante la medición de variables precisar el estado de salud oral y en segundo término, la profundización de las formas en que las personas construyen sus procesos de salud oral. En tal sentido se exige un método que combine técnicas cualitativas y cuantitativas con el fin de abordar el problema en su complejidad. En tal sentido, el estudio se orienta a responder la siguiente interrogante:

¿Cuál es el estado de salud oral de los niños (as) seleccionados y cuáles son las prácticas familiares de prevención?

Componente cuantitativo

2.2.2 Objetivo general

Elaborar un plan de prevención y educación para la salud oral, a partir del diagnóstico de necesidades del grupo en estudio.

2.2.2 Objetivos específicos

1. Describir las principales características generales (sociodemográficas y de salud) del grupo en estudio.
2. Identificar las características del estado de salud oral de los grupos estudiados.
3. Identificar los hábitos de salud oral.

2.3 Componente cualitativo

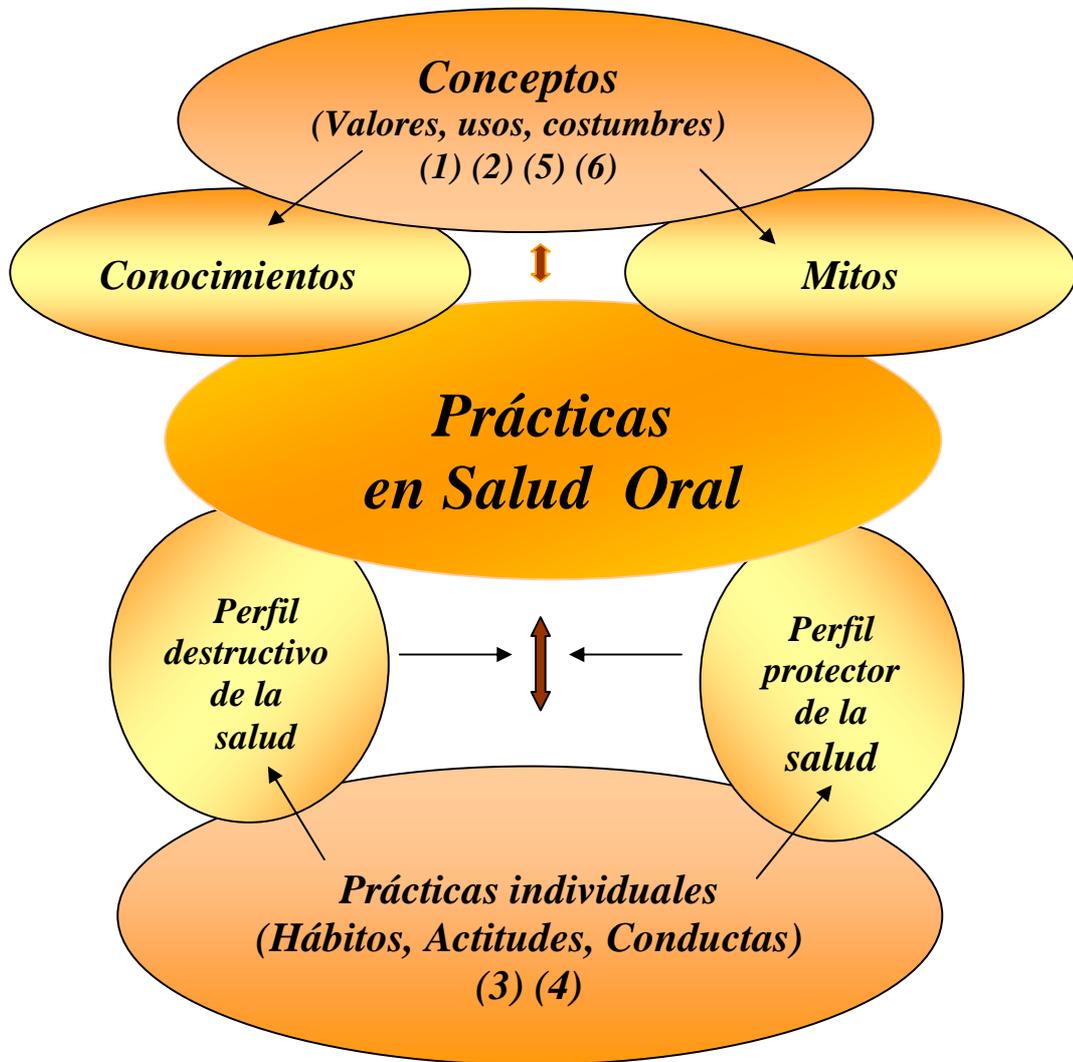
2.3.1 Pregunta generadora

¿Cuáles son los conceptos y conductas de los padres y madres de familia o encargados en lo relativo a la prevención de la salud oral?

2.3.2 Interrogantes particulares

- 1- ¿Cuál es el concepto de salud oral?
- 2- ¿Cuál es el concepto de prevención de la salud oral?
- 3- ¿Cuáles hábitos higiénicos tienen?
- 4- ¿Cuáles hábitos alimentarios practican?
- 5- ¿Cuál es la importancia de estos hábitos?
- 6- ¿Cuál es su percepción de la atención odontológica?

2.4 MATRIZ DE RELACIONES ENTRE INTERROGANTES



Fuente: Herrera V., B. y Mora M., M. Elaborado para el estudio.

Capítulo 3

Marco Teórico

CAPÍTULO 3

MARCO TEÓRICO

Por tratarse de un estudio mixto hay que respaldar teóricamente los objetivos específicos, de tal forma que permita derivar los criterios de observación (variables e indicadores) del presente estudio. En segundo término, se debe hacer el acercamiento a los conceptos, categorías teóricas y redes de conceptos que permiten el acercamiento al componente cualitativo.

3.1 Respaldo teórico conceptual del componente cuantitativo

Es cada vez más evidente que el origen de los trastornos de la salud, guardan estrecha relación con la influencia del ambiente físico-social, dentro del que destacan el componente económico y el familiar (OPS, 1993); citado por E. M^a. Camacho C., 1994, Pág.126).

Este reconocimiento respalda el enfoque multicausal de las patologías bucales, toma en cuenta variables importantes a la hora de hacer un estudio epidemiológico. Nos se trata de saber si un niño (a) tiene o no presencia de caries o un índice de placa alto, o si presenta gran cantidad de piezas perdidas. Es de suma importancia conocer la forma de inserción de las familias en la estructura productiva, que define y delimita su acceso a la esfera de bienes y servicios. Si esta les permite acudir a citas de control sea en el sector estatal o privado; si los servicios de atención odontológica en el área donde viven (acceso geográfico), les brinda la posibilidad de la prevención, si se les asegura las posibilidades reales de ser miembros de una nueva comunidad, que luche contra el establecimiento de las enfermedades orales, como la caries y las enfermedades del periodonto; que tengan acceso a la educación.

En términos de M. Terris, que se les permita comprender como las condiciones generales de existencia, definen y delimitan su salud [específicamente la salud oral] y dentro de sus posibilidades, actuar sobre éstas (1992, Pág. 2).

Es reconocido que las patologías bucales como la caries, la enfermedad periodontal y la pérdida de piezas dentales, entre otras, afectan a la población general de nuestro país. Esto ocasiona otros problemas asociados a la salud, como son los de índole digestivo, debido a la dificultad para realizar la masticación, A. Fernández P. y J. G, Roales N. (1994), hablan de

cómo las enfermedades orales influyen en la salud en general de las personas, impactando de forma importante su calidad de vida. Los ejemplos citados, permiten comprender que la salud y en forma particular la salud oral, esta definida por la participación de una compleja red de determinaciones. De ahí que tanto la OMS como el marco teórico ideológico del Sistema de Salud costarricense, reconoce que ésta es producida socialmente; es decir que se reconoce que la salud es un producto social (Documento de la Reforma, 1994; Bergonzoli, G. y Diego de Victoria, pág. 47).

Por lo tanto siempre es importante hacer un recuento de las formas y técnicas de prevención de enfermedades dentales, las cuales han demostrado efectividad en el decursar del tiempo y que se asocian con los hábitos relacionados con la salud oral (higiénicos, alimentarios y parafuncionales).

Los pasos para mantener una muy buena salud en nuestra boca, son las visitas de control semestrales al dentista; una dieta balanceada que ayude a mantener los dientes sanos y fuertes, ya que el consumo de cantidades excesivas de azúcares y carbohidratos, acompañados de malas técnicas de cepillado y el no uso del hilo dental (tercer paso de importancia), son sin duda alguna, el más terrible enemigo de la salud oral.

A continuación se explican algunas técnicas con relación a los aspectos mencionados.

3.1.1 Técnicas preventivas en salud oral

a. Higiene oral

El hilo dental

El hilo dental es un implemento de cuidado oral de gran importancia, aunque aún en nuestros días y a pesar de la propaganda, gran cantidad de personas no saben o ponen oídos sordos a sus beneficios. El hilo dental es un tipo de ceda acerada que tiene la función de limpiar aquellos lugares escondidos de los dientes, a los cuáles las cerdas del cepillo dental no pueden llegar. Su uso es en definitiva de igual o quizá de mayor importancia que el cepillado.

Es importante aclarar ¿Cuál es el correcto uso del hilo dental?. Para usar correctamente el hilo dental, la persona debe utilizar aproximadamente 10 pulgadas del mismo y enrollar la mayor parte, alrededor del dedo medio, soltándolo paulatinamente mientras se realiza el procedimiento; el otro extremo se enrolla alrededor del mismo dedo de la mano opuesta, sobre

el que se va recogiendo los segmentos ya utilizados. El hilo debe mantenerse bien apretado y tenso entre los dedos pulgares e índices, con aproximadamente una pulgada de este entre ellos. Con un suave movimiento de vaivén, se guía entre los dientes, sin forzarlo contra la encía. Cuando éste la alcanza, se dobla en forma de letra C contra el diente y se desliza en forma suave en dirección opuesta al surco gingival, hasta que se sienta resistencia en el punto de contacto interproximal. En ese movimiento el hilo frota el lado del diente, arrastrando los residuos. En cada pieza se debe utilizar un tramo de hilo limpio y repetir el proceso, sin olvidar las piezas posteriores (Colgate, panfleto).

El cepillado dental

Una vez utilizado el hilo dental se procede a efectuar la higiene con el cepillo dental. La mayoría de las personas no ha tenido un adiestramiento en el uso correcto de este instrumento, ni conocen técnicas efectivas que les ayuden a eliminar la placa bacteriana que es sin duda alguna, el peor enemigo de la salud oral. Por tanto se deduce que el cepillado no es sinónimo de higiene dental.

Una técnica correcta (Stillman modificada), permite la remoción de la mayor cantidad de placa bacteriana posible. En ésta, las cerdas del cepillo se colocan a 45° contra el surco gingival, que es el lugar donde se almacena la mayor cantidad de placa bacteriana; una vez que el cepillo está en esta posición, se debe hacer un movimiento vibratorio suave, mediante el que se desorganizan la placa bacteriana. Una vez que se hace este movimiento, entonces se procede a remover toda esa suciedad hacia la lengua; es decir desde la línea de la encía hacia abajo en los dientes de arriba y hacia arriba en los dientes de abajo, con un movimiento de barrido. En la medida de lo posible se recomienda cepillarse y utilizar el hilo dental siempre frente a un espejo para poder observar con claridad lo que se está haciendo. Es importante cepillar las partes externas de cada diente, tanto las de arriba como las de abajo, manteniendo el cepillo siempre inclinado contra la línea de la encía al inicio del movimiento de barrido. Se utiliza el mismo método en las superficies internas de todos los dientes, efectuando siempre el movimiento de barrido. Las superficies masticatorias de molares y premolares, debe cepillarse en forma circular. Para limpiar las superficies internas de los dientes anteriores el cepillo debe inclinarse verticalmente y efectuar varios movimientos hacia arriba y hacia abajo con la parte frontal del cepillo. El cepillarse la lengua es parte integral de este proceso y ayuda a

remover las bacterias que allí se acumulan, lo cuál permitirá un mejor aliento y una excelente higiene oral. (Notas del curso de Fisiopatología Oral, Dr. Carlos Lastres 1997).

Los colutorios dentales

Los enjuagues orales son un buen complemento de la higiene oral, especialmente aquellos que contienen cloruro cetil piridinium, que es un excelente anti cálculo dental. En caso de que existan inflamaciones gingivales, se puede utilizar enjuagatorios de agua tibia con sal (Ibid).

b. Hábitos alimentarios y nutrición

De acuerdo a la Enciclopedia Bascones, la salud oral va a depender en gran parte de los hábitos alimentarios y la nutrición del individuo. En las últimas décadas, con el refinamiento de la glucosa, se ha incrementado el problema de la caries dental. La alimentación inicial del niño, se ha cambiado en los últimos años, la lactancia materna se ha ido sustituyendo por fórmulas, derivadas de la leche vacuna, caprina y de la soya a las que se agregan azúcares, que se suministra fundamentalmente en biberones. Esto explica que la ingesta de azúcar por parte de los niños(as), se haya incrementado desde edades muy tempranas edades, lo que muchas veces conduce al denominado Síndrome del Biberón, que se describe más adelante.

Es importante tener presente que hay alimentos altamente cariogénicos y otros que tienen baja actividad cariogénica. Entre los primeros están todos aquellos carbohidratos, que son precisamente los preferidos por la población infantil y adolescente, tales son las confituras, chocolates, helados, golosinas empacadas “*snacks*”, manzanas escarchadas, gaseosas, etc. El aumento en el consumo de alimentos ricos en carbohidratos es otro de los aspectos que se ha comprobado, aumentan la incidencia de la caries dental.

Un segundo grupo incluye todos aquellos que son naturales, frutas, verduras, carnes, granos y cereales, que a parte de tener un alto valor nutritivo, tienen una baja actividad cariogénica y permiten al(a) niño(a) un desarrollo saludable. Son precisamente estos alimentos los que han sido sustituidos por la denominada “*comida chatarra*”.

El tipo de ingesta alimentaria en interacción con la predisposición genética, define el estado nutricional de las personas. Sin embargo, la producción teórica que explica la asociación entre ambos y la salud oral es escasa. Solo se ha logrado determinar que la deficiencia de la

Vitamina C en el organismo, produce lo que se conoce como escorbuto, que conlleva a una displasia gingival o a una gingivitis (Op. cit.).

Todos los alimentos naturales como las frutas, verduras y carnes, ayudan al organismo a estar sano, pero es bueno recalcar que cualquier alimento, por más natural que este sea, tiene un potencial para producir problemas orales, si después de ingerirlos no se realiza una higiene oral adecuada, como la antes descrita (Ibid).

c. Hábitos Parafuncionales

En cuanto a los hábitos parafuncionales, es ciencia constituida el reconocimiento del impacto que producen sobre la salud oral del niño, tanto en la formación de caries como de las enfermedades del periodonto y problemas de mala oclusión. Entre estos hábitos están: el que produce el Síndrome del Biberón, el morder objetos duros, la onicofagia, la queilofagia, la succión dactilar, la respiración oral, entre otros (Bascones A. 2000, Pág., 1984).

Hay hábitos que afectan directamente la oclusión de los niños(as), cuyas alteraciones, dependen de tres aspectos. La edad o período en que se produce el hábito parafuncional. En segundo término, la duración y frecuencia del mismo (larga, corta, continua o intermitente). Finalmente la intensidad del mismo.

d. Visitas periódicas al dentista

Otro recurso importante de la salud oral, son las visitas periódicas al dentista. El visitar al dentista cada seis meses es de gran importancia para niños y adultos, pues los (as) profesionales en el área, son los únicos que pueden detectar ciertos problemas, no observables a simple vista. Su conocimiento y destrezas le permiten intervenir y evitar problemas mayores como son, la prevención de la pérdida de piezas y de las alteraciones de la función del sistema estomatognático (Op. cit.).

La conjunción de hábitos alimentarios, higiénicos y parafuncionales define y delimita el estado de salud oral; además, contribuye a la formación y permanencia de la placa dento-bacteriana, que está en la base de las patologías orales. Por tal razón seguidamente se discuten los elementos teóricos fundamentales para su comprensión.

3.1.2 Placa dento-bacteriana y enfermedades orales

Fisiopatológicamente hablando, durante la ingesta de alimentos, se forma una placa alimentaria, formada por residuos o remanentes de hidratos de carbono y azúcares

principalmente, procedentes de la dieta. Esta placa, si no se remueve en forma oportuna, es colonizada por gérmenes, principalmente los estreptococos, actinomyces y lactobacilos, que proliferan formando la placa bacteriana, sustrato a partir del cual se inicia el proceso degenerativo, que conduce a las patologías orales como la caries dental y las enfermedades del periodonto (Bascones 2000).

a. La caries dental

Se inicia con la descalcificación de la superficie dental, como consecuencia del ácido láctico procedente de la fermentación bacteriana. Esta constituye un proceso destructivo de la porción coronal de la pieza, que afecta tanto la dentición temporal como la permanente (Op. cit.).

Para su estudio es importante tener claro los conceptos clasificatorios, las características del síndrome del biberón, la relación entre placa bacteriana y el estado de la gingiva.

a.1 Clasificaciones

De acuerdo a las notas de clase del curso de Patología Oral, existen varias clasificaciones de las lesiones cariosas, de acuerdo a diferentes criterios. Sin embargo, para efectos del estudio, en el cual se usa el índice CPO-d únicamente se utiliza la presencia o ausencia de la caries dental y el criterio de caries rampante; aún así se considera importante incluir las principales clasificaciones.

a.1.1 Según la rapidez con que ataca la pieza dental, se puede clasificar en:

- Rampante: aquella en la cuál el proceso bacteriano es tan acelerado, que en meses solamente se pueden ver los efectos destructivos de la enfermedad.
- Incipiente: Cuando inicia un proceso lento de destrucción de la corona de la pieza por la acción de los estreptococos, que se controla mejorando las técnicas de higiene oral. Estos casos se presentan cuando la calidad de la mineralización del esmalte dental es resistente.

a.1.2. De acuerdo a su localización y profundidad se clasifican en:

- Clase I: abarca solamente esmalte
- Clase II: se encuentra en esmalte y ya ha pasado a las capas superficiales de la dentina.
- Clase III: afecta hasta las capas profundas dentinales, produciendo dolor.
- Clase IV: cuando ha invadido pulpa dental generando otras patologías periapicales (Dra. R. Borloz, 1997).

b. El Síndrome del biberón

El síndrome del biberón se denomina a la patología caracterizada por caries rampante del segmento anterior superior, que se produce porque el niño(a), acostumbra a dormir con el chupón en su boca, cuyo contacto con las piezas del segmento anterior, alimenta la placa bacteriana. Cuando se da esta situación la autoclisis o limpieza natural de los dientes por los labios y la lengua se da exclusivamente en el segmento antero-inferior, que es el único donde no se produce caries. En el resto de las piezas la actividad cariogénica es acelerada, que destruye las coronas de las piezas, especialmente las que forman parte del sextante superior anterior (Dr. Antonio Quirós, Notas de clase, Curso de Odontopediatría, 1999).

c. Estado de la gíngiva

La segunda enfermedad oral en orden de importancia es la gingivitis, cuya principal etiología es también la placa dento-bacteriana. Las malas prácticas de higiene oral, permiten que el metabolismo de los microorganismos patógenos produzca ácidos que se van acumulando en el surco gingival, produciendo a su vez una irritación en la encía. Las células de defensa de los tejidos, proliferan como respuesta y producen la inflamación e irritación (enrojecimiento localizado y/o generalizado) de la gíngiva, acompañado de sangrados constantes. Si este proceso, que es totalmente reversible, no es tratado por un profesional en el área de la odontología, da lugar a una periodontitis, la cual invade los tejidos de soporte de los dientes, provocando incluso la pérdida de las piezas, debido a la recesión ósea, afectando seriamente las funciones masticatorias (Dra. Salazar . E., Notas de Clase, Curso de Periodoncia, 1998).

3.2 Primera Aproximación Teórica al componente cualitativo

El acercamiento al componente cualitativo, exige precisar conceptualmente, los conceptos, las redes de conceptos y categorías, a partir de los cuales se efectúa la profundización de las prácticas sociales, específicamente con relación a la salud oral.

Esto es de gran importancia para comprender la compleja red de determinaciones con relación a la conformación de conductas y hábitos y su correspondiente representación mental, los *conceptos*.

El acceso diferencial al consumo de bienes y servicios y la socialización de las personas dentro de una cultura explican sus formas de representar e interpretar la realidad, sus conceptos y conductas con relación a la salud general y oral particularmente. Estas se interpretan como parte de las relaciones productivas, dadas en una **estructura social**, dentro de la **práctica social**.

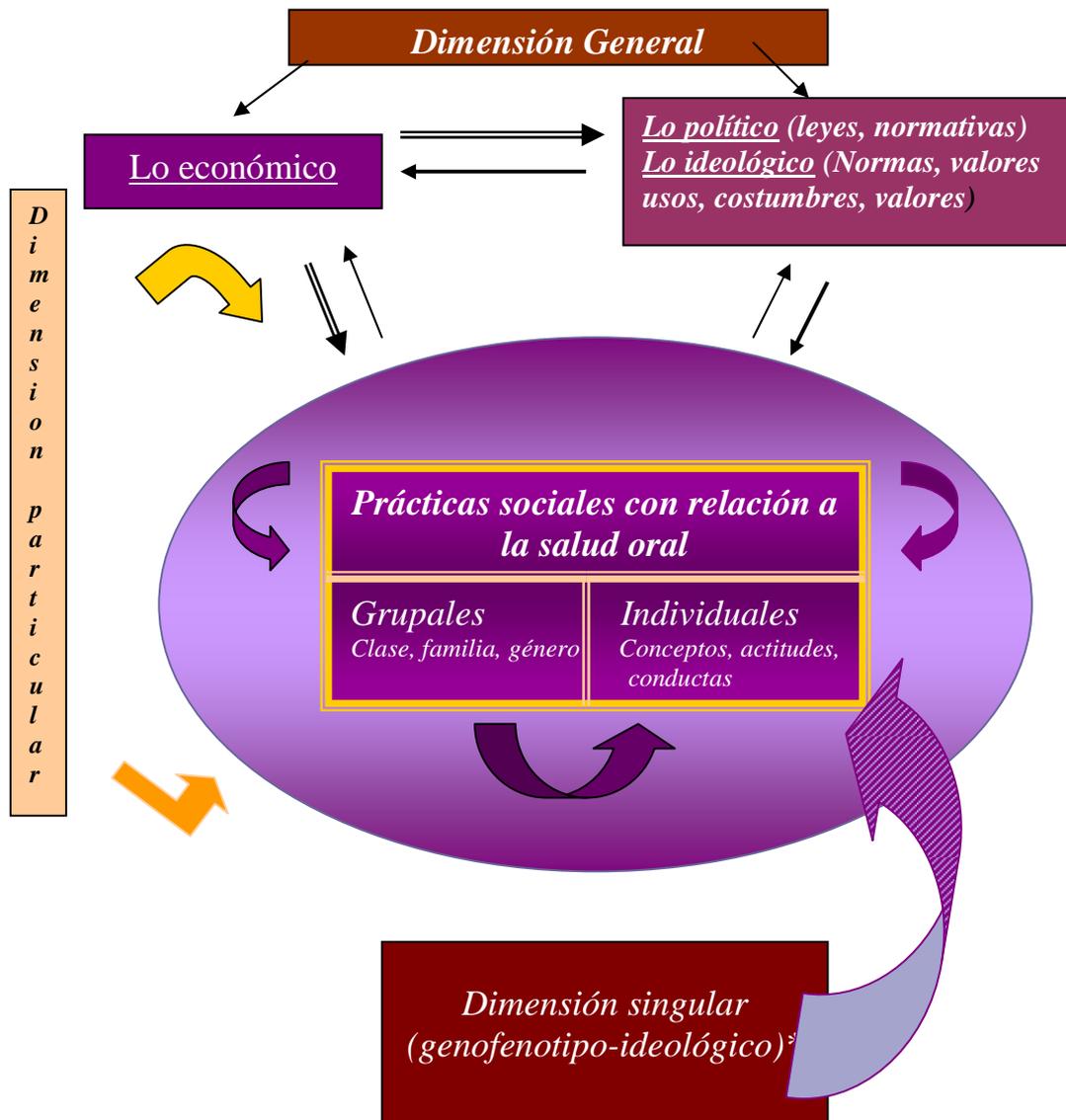
En primer término aparece como base la **estructura económica**, que consiste en un “conjunto de relaciones de propiedad y de clase, de formas de producción y distribución, la división social de trabajo y las peculiaridades del desarrollo de las fuerzas productivas” (Bartra, 1973, Pág. 23).

En relación con la estructura se ubica la **superestructura** que la legitima. En ella se incluye el componente político, legal e ideológico (leyes, normas, valores, usos y costumbres). Como producto de la relación entre ambas se conforma la estructura social en la que se dan relaciones sociales que se gestan a partir del proceso de producción (Op. cit. Pág. 24).

Aquí se producen las necesidades grupales e individuales que tienen un componente de representación conceptual y otro de acciones grupales o individuales (comportamientos), en los que se manifiestan las actitudes protectoras/destructivas de la salud, a veces contradictorias con el nivel de conocimientos de las personas.

Como Breilh, J. afirma, en esta estructura se distinguen las dimensiones general, particular y singular (Diagrama 2).

DIAGRAMA 2
Relaciones entre las dimensiones y el problema en estudio



Fuente: Herrera V., B. y Mora M., M. Elaborado para el estudio, 2000.

Afirma el autor que en la construcción de la unidad del mundo real, dentro de la que se produce la unidad social-biológica, es imprescindible tomar en cuenta las dimensiones general, particular y singular, cuyo conjunto define y delimita el proceso la salud. Los procesos generales se refieren a lo político (políticas, leyes y, normas de la sociedad en su conjunto). Los procesos particulares tienen que ver con los mediadores grupales [clases sociales y familia con sus patrones de vida característicos, género, grupos gremiales y asociaciones, sociedad civil organizada, organizaciones laborales], que definen las características específicas de los grupos, delimitando y definiendo a su vez, el movimiento de los procesos singulares. Estos procesos singulares ocurren en la cotidianeidad de las personas, como estructuras geno/fenotípico/ ideológicas, que se desarrollan en un ambiente colectivo, dentro de las posibilidades objetivas dadas por la realidad social (1995, Pág. 44).

En los grupos en estudio se manifiestan las relaciones producto de la estructura económica y la superestructura, que son quienes en última instancia determinan el acceso a los bienes y servicios dentro de la práctica social. Conviene aquí aclarar esta categoría.

La práctica social donde se manifiestan las condiciones de vida, es aquella en la que se concretizan las relaciones de producción y que son interiorizadas por los **mediadores grupales** (clase, género, familia, organizaciones, etc.) y las personas mediante los procesos de socialización.

Este último aspecto corresponde a la dimensión particular. Así mismo, se puede decir que la estructura económica y la superestructura que la legitima, definen y delimitan la **dimensión particular** y la **dimensión singular**, explicada anteriormente (Op. cit).

Entonces, se entiende que las prácticas en salud, individuales o grupales, son parte de la práctica social y están determinadas históricamente. Como ya se mencionó, tienen un componente que se traduce en las formas de conducta o acciones individuales y/o grupales, respaldadas en el plano conceptual.

En el caso de los conceptos y prácticas sobre salud oral, es pertinente rescatar que el acceso a la atención en salud y a la educación sea pública o privada, está condicionado por la práctica social, en donde se manifiesta fuertemente la propia cultura. El acceso geográfico urbano o rural también explica estas diferencias.

La dimensión particular en la práctica social da respuesta a las necesidades de la sociedad como conjunto y dentro de esta se produce el acceso diferencial al consumo de bienes y servicios de los grupos y personas, provocando una serie de aspectos destructivos/protectores, que influyen en el estado de salud oral.

En la dimensión singular, se manifiesta la práctica individual como respuesta a las necesidades personales; sin embargo estas obedecen a la posición de clase, género, ocupación, etc. Así estas prácticas individuales o de grupo se estructuran en el decursar de un proceso complejo de socialización.

En este los diferentes aspectos estructurales y superestructurales dentro de los que destaca la cultura, tejen una red de determinaciones que los mediadores grupales y las personas interiorizan. En este proceso es que se estructuran sus prácticas, a saber conceptos y comportamientos (Camacho, C., E. M., Notas de clase, curso de Antropología y Salud, Comunicación personal, 1998).

Este trabajo se centra en la práctica individual y grupal ya que su fin es que las personas participantes, construyan sus conceptos y comportamientos sobre la salud oral y su prevención.

Para responder a la pregunta generadora es importante conceptualizar que las formas de conductas con relación a la salud oral, dependen de las condiciones de vida según el ambiente en que los grupos familiares se desenvuelven. Estos hábitos, definen esencialmente el proceso de salud enfermedad y en forma particular de la salud oral. De ahí la gran importancia de su estudio, ya que su abordaje permite acercarse a la forma de cómo las personas construyen y reproducen un perfil destructivo/saludable, según el marco en que se desenvuelven.

La situación salud enfermedad es entendida como determinante de otros fenómenos particulares que en definitiva expresan la compleja trama de vida y no pueden ser aislados del resto de fenómenos y manifestaciones de la misma (Castellanos 1991, citado por Haug 1998).

Esta concepción teórica, va más allá de la propuesta de M. Salleras Sanmartin, que concibe la educación para la salud, como un proceso encaminado a modificar actitudes y a influir en los hábitos higiénicos de las personas (1994), sin tomar en cuenta los determinantes generales. De ahí que el enfoque de promoción de la salud, ha generado una gran confusión respecto a

las formas en que se ha venido dando en los últimos años, ya que la tendencia a sido limitarse a algún aspecto del concepto global como son los cambios en los hábitos y no a una forma integral, como la propone los epidemiólogos J. Breilh y M. Terris a partir del reconocimiento del concepto de Sigerist planteado desde 1945.

El término “*promoción de la salud*” de acuerdo a Henry Sigerist, se define como una de las cuatro tareas de la medicina: 1. La promoción de la salud, 2. la prevención de la enfermedad, 3. el restablecimiento del enfermo o curación y 4. la rehabilitación.

Para Sigerist “la promoción de la salud, obviamente tiende a prevenir enfermedad, y más aún, la prevención efectiva pide medidas especiales de protección, tales como: saneamiento y control de las enfermedades comunicables, salud de las madres y del niño, y salud ocupacional” (1992, Pág. 5).

No está de más el suponer que la promoción de la salud aumenta cuando se facilita un nivel de vida decente, condiciones laborales adecuadas, mayor educación, cultura física y medios de descanso y recreación (Op.cit).

Capítulo 4

Diseño Metodológico

CAPÍTULO 4

DISEÑO METODOLÓGICO

4.1 Posición epistemológica y metodológica

Se parte del supuesto epistemológico de que el acercamiento a la compleja realidad, exige una relación sujeto-objeto en interacción dialéctica que, mira al individuo como una persona que cambia y es formada dentro de una sociedad y cultura. Es aquí donde construye su visión del mundo, de la sociedad y de sus propios procesos.

Además supone que la realidad social no es solo cualitativa ni solo cuantitativa, es decir que su acercamiento exige un método que combine técnicas cualitativas y cuantitativas, que permitan identificar el estado de salud oral y en segundo término la forma de construcción social de las prácticas familiares en salud oral. Para ello se utiliza el método hermenéutico dialéctico que permite a partir de las expresiones de los sujetos participantes hacer juicios por parte de los investigadores de acuerdo a su interpretación y análisis (Taylor y Bogdan, 1992).

El método a utilizar se concreta de acuerdo a los componentes cuantitativo y cualitativo.

- **Componente Cuantitativo**

4.2.1 Criterios de selección de los lugares

- 1- Se selecciona La Escuela Central de Guápiles, que tiene una población urbano rural, de mejores condiciones socioeconómicas. Los estudios similares a este realizados anteriormente, tienen como objeto poblaciones de lugares urbanos y urbano marginales del área metropolitana.
2. La Escuela del Barrio de los Angeles tiene una población de acceso rural concentrada y dispersa.
3. La Escuela San Rafael es rural marginal, a la que accede una población de muy bajos recursos. Esta escuela sustituye la Escuela Los Parques, ya que en ésta los padres, madres y encargados se ven imposibilitados de participar, debido a que se encontraban trabajando.

4.2.2 Universo

Todos los niños de primer grado de las escuelas: Central de Guápiles, Los Angeles y San Rafael.

4.2.3 Muestra

Las escuelas seleccionadas por el conocimiento que tienen los investigadores de las comunidades, aseguran que estén representados los diferentes sectores socioeconómicos. De cada escuela, se selecciona una sección de primer grado. Esta muestra tiene criterio no probabilístico, intencional o dirigida, de acuerdo a los recursos de tiempo y presupuesto con que se cuenta. Por tanto, tiene la limitante de que las conclusiones sólo son válidas para el grupo en estudio, en este caso, los niños y niñas de primer grado de las escuelas estudiadas (Hernández Sampieri, R, y otros, 2000).

4.2.4 Operacionalización de variables e indicadores por objetivo

En el cuadro sinóptico que se incluye en la pagina siguiente se incluyen las variables e indicadores seleccionados.

Cuadro sinóptico 1: Operacionalización de variables por objetivo

Objetivo específico	Descriptor	Variables	Indicadores	Fuente
Se identifican las características sociodemográficas y de salud de la población.	Características sociales y demográficas	Edad	----- (Años cumplidos)	Registros escolares Y cuestionario De datos generales (Anexo #2)
		Sexo	Masc. ___ Fem. ___	
	Características de salud	Nivel educativo de los padres	Primaria, Secundaria. Técnica Universitaria (completa e incompleta)	
		Núcleo familiar	N° de habitantes	
	Estado de salud oral	Composición del núcleo	Niveles de ingresos Menos de 80000	Entrevista.
		Estado civil de los ejemplos	De 81000 a 120000 De 121000 0 mas	
Se describe el estado de salud oral De los niños y niñas	Estado de salud oral	Indice de placa dentobacteriana	Indice de placa	Examen clínico
		Indice de salud oral	Indice CPOD	Registro de higiene oral. Odontogramas
Identificar los hábitos asociados	Hábitos higiénicos	Merienda en tiempo lectivo. Veces que visita al dentista al año	Higiene bucal(frecuencia del cepillado) Hábitos Alimentarios (dieta) Hábitos parafuncionales (se identifica se chupan dedo, comen uñas,etc)	Entrevistas Y observaciones.

4.2.5 Técnicas de recolección de la información

A partir de las variables e indicadores seleccionados, se construye el instrumento de recolección de los datos (Anexo 1 y 2).

4.2.6 Técnicas de procesamiento y análisis de resultados

Los datos se procesan por medios computarizados, mediante la base de datos del programa FOX y las tablas y gráficos con los programa EXCEL y POWER POINT.

4.3 Componente Cualitativo

4.3.1 Técnica de recolección de datos cualitativos

Para la recolección de datos cualitativos se selecciona el grupo focal, que consiste en una discusión en grupo, cuyo número de participantes fluctúa de seis y doce, de acuerdo a las recomendaciones de la psicología social para la dinámica de los pequeños grupos.

4.3.2 Criterios de selección de los participantes en los grupos focales

- 1- Se realiza un examen bucal a los niños(as) de primer grado de las escuelas seleccionadas.
- 2- Se identifican los 6 niños(as) que presentan el peor estado de salud oral y los 6 que presentan el mejor estado de acuerdo a los resultados del índice de placa y al índice CPOD.
- 3- Se invita a los padres, madres o encargados de estos niños(as) a participar en la discusión focal de grupo, explicándoles el propósito y solicitándoles su colaboración. Se señala 1 día y la hora de la actividad (Anexo 5).
- 4- En el momento de la reunión se les solicita a los participantes que llenen un documento con sus datos generales (Anexo 1). En caso de que no sepan leer ni escribir, los investigadores hacen el registro de los datos.

4.3.3 Procedimiento de la discusión del grupo focal

- 1- Los participantes se sientan en forma elíptica y se coloca una identificación con su nombre en el pupitre.
- 2- Se les explica nuevamente en forma clara, el propósito de la reunión y se les asegura confidencialidad de total de sus expresiones.

3- Uno de los investigadores actúa como moderador de la discusión, es decir dirigiendo la discusión y el otro como observador, anotando aspectos de la dinámica y el lenguaje no verbal de los participantes y las características del ambiente del lugar.

4- La discusión se conduce con una guía (Anexo 6), elaborada a partir de las interrogantes particulares definidas por los investigadores en el componente cualitativo del problema.

5- Se solicita a los participantes permiso para grabar.

4.3.4 Técnicas de procesamiento de la información

1. La discusión se graba y posteriormente se transcribe, respetando la forma en que se expresan los participantes, sin omitir ningún detalle.

2. Se agregan las observaciones al margen.

3. Se leen varias veces las transcripciones y las observaciones anotadas, para identificar pistas organizativas.

4. Se confecciona un mapa de códigos de acuerdo a las diferentes categorías implícitas en las interrogantes (Anexo 7).

5. Se identifican los segmentos que son: una palabra, frase, oración o párrafo que tienen significado en sí mismos, subrayándolos con el color asignado en el mapa de códigos a cada categoría.

6. Los segmentos se descontextualizan, es decir se sacan del contexto

7. Estos segmentos se recontextualizan de acuerdo al plan de análisis (Anexo 8).

8. Se Buscan los patrones de respuesta y se realiza la interpretación de los resultados.

Capítulo 5

Descripción y análisis de resultados

CAPÍTULO 5

DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

La descripción y el análisis de los resultados del estudio, se organizan por componentes de acuerdo a lo propuesto en el diseño. En el componente cuantitativo se incluye los siguientes acápite: Características socio-demográficas y de salud de la población, estado de salud oral y hábitos de las niñas(os) estudiados. El componente cualitativo se organiza a partir de las categorías incluidas en las interrogantes:

5.1 Descripción de hallazgos del componente cuantitativo del estudio

Este apartado se organiza en tres acápite, a saber: características generales y de salud del grupo en estudio, estado de salud oral y hábitos y salud oral.

5.1.1 Características generales y de salud del grupo en estudio.

En el grupo de encargados en estudio, se observa un mayor nivel de escolaridad en los participantes de la escuela Central de Guápiles en la cuál de 24 padres, 6 han recibido estudios universitarios y 2 técnicos. Por su parte en la Escuela Los Angeles de 20 participantes, solamente 1 ha recibido estudios universitarios, 2 técnicos y la mayoría solamente han concluido la secundaria. Respecto a la escuela San Rafael el nivel de escolaridad es aún menor, se observa que la mayoría de los casos solamente han concluido la primaria (Tabla 1).

En la tabla 2, Gráfico 2, se observan los promedios de ingresos mensuales familiares, y per cápita de los encargados. La muestra de la Escuela Central de Guápiles es la que tienen un promedio más alto de ingresos mensuales y per cápita (¢145687.00 y ¢ 32053.00 respectivamente), en segundo lugar está la Escuela Los Angeles (¢110318.00 y ¢25651.00) y en tercer lugar la escuela San Rafael (¢73428.00 y ¢17450.00). Los datos corresponden con el nivel socioeconómico predominante (alto, medio, bajo). No se debe olvidar que los ingresos más altos, elevan los promedios.

TABLA 1			
NIVEL DE ESCOLARIDAD DE LOS PADRES, MADRES O ENCARGADOS DE LOS NIÑOS(AS), SEGÚN LA ESCUELA DE PROCEDENCIA, GUÁPILES, 2000			
NIVEL DE ESCOLARIDAD	ESCUELA CENTRAL	ESCUELA LOS ANGELES	ESCUELA SAN RAFAEL
Primaria incompleta	-	2	1
Primaria completa	5	6	6
Secundaria incompleta	4	2	5
Secundaria completa	7	7	2
Técnica	2	2	-
Universitarios	6	1	-
TOTAL*	24	20	14

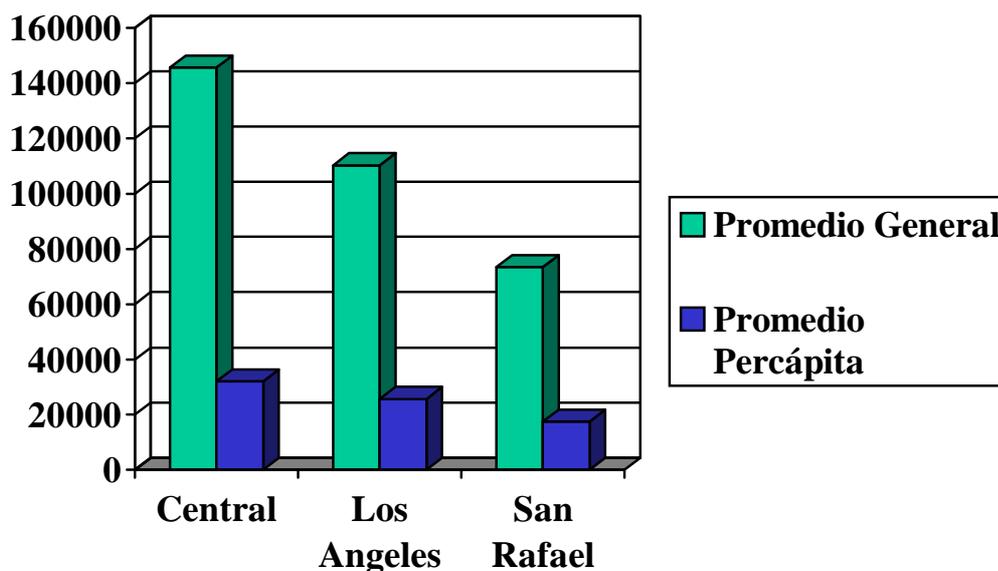
Nota: *En las escuelas Central de Guápiles y San Rafael, no se obtuvo el dato de 2 responsables. En la Escuela de Los Angeles no se obtuvo información de 6 encargados.

Fuente: Datos del estudio.

TABLA 2		
PROMEDIO DE INGRESOS MENSUALES GENERALES Y PERCÁPITA EN COLONES DE LOS ENCARGADOS POR ESCUELA, GUÁPILES, 2000		
ESCUELA	GENERALES	PERCÁPITA
Central de Guápiles	145687	32053
Los Angeles	110318	25651
San Rafael	73428	17450

Fuente: Datos del estudio

Gráfico 1
Promedio de ingresos mensuales de los encargados(as) de los niños(as) estudiados por Escuela, Guápiles, 2000.



Fuente: Tabla 2.

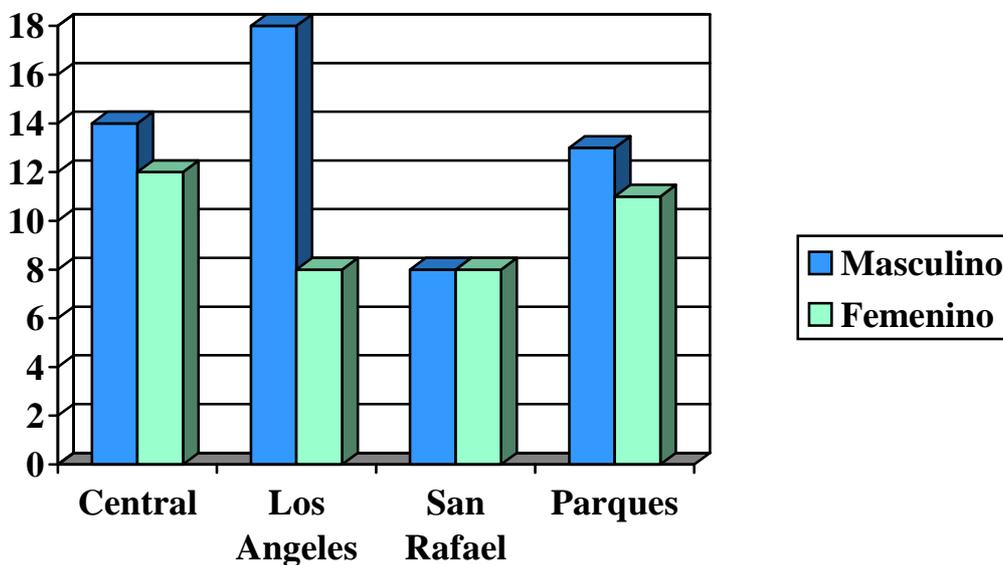
En la Escuela Central de Guápiles y la Escuela Zona Parques, hay un predominio relativo del sexo masculino; en la Escuela San Rafael hay igual número de niñas y niños y en la Escuela Los Angeles hay más del doble de varones que de niñas. La cantidad de niños(as) estudiados por escuela se mueve en el rango de 16 a 26 (Tabla 3).

En el grupo de estudio predominan las edades comprendidas entre 6 y 7 años (26,1% y 59,8% respectivamente); el 11,9% del total tienen 8 años (11 niños(as)) y un 2,2 % tienen 5 y 9 años (un caso en cada edad) (Tabla 4).

TABLA 3						
ESCOLARES ESTUDIADOS SEGÚN ESCUELA Y SEXO, GUÁPILES, 2000						
ESCUELA	SEXO				TOTAL	
	Masculino		Femenino		No.	%
	No.	%	No.	%		
Zona Parques	13	54,2	11	45,8	24	26,1
Central de Guápiles	14	53,8	12	46,2	26	28,3
Los Angeles	18	69,2	8	30,8	26	28,3
San Rafael	8	50,0	8	50,0	16	17,4
TOTAL	53	57,6	39	42,4	92	100,0

Gráfico 2

Escolares estudiados según escuela y sexo, Guápiles, 2000

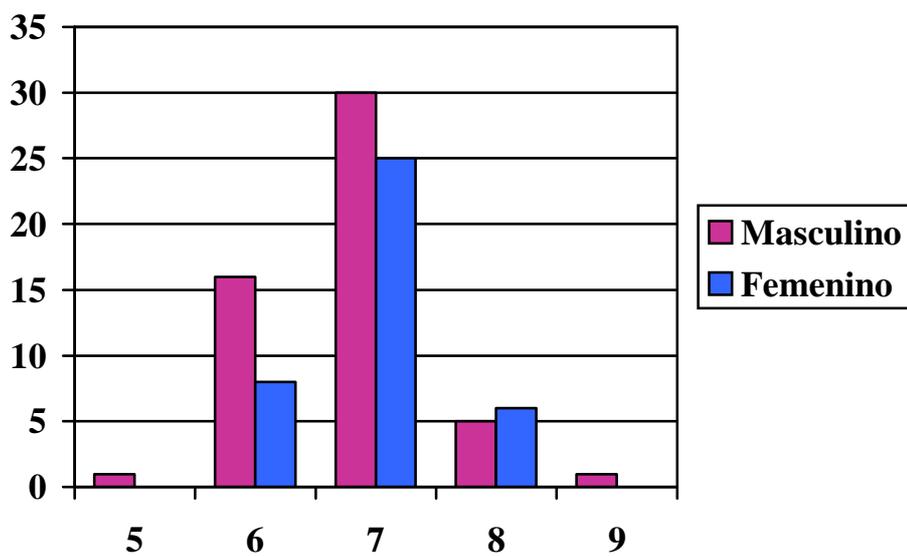


Fuente: Tabla 3

TABLA 4						
DISTRIBUCIÓN DE LOS ESCOLARES SEGÚN EDAD Y SEXO, GUÁPILES, 2000						
EDAD (Años)	SEXO				TOTAL	
	Masculino No.	%	Femenino No.	%	No.	%
5	1	1,9	-	-	1	1,1
6	16	30,2	8	20,5	24	26,1
7	30	56,6	25	64,1	55	59,8
8	5	9,4	6	15,4	11	11,9
9	1	1,9	-	-	1	1,1
TOTAL	53	100,0	39	100,0	92	100,0

Gráfico 3

Distribución de escolares según edad y sexo, Guápiles, 2000



Fuente: Tabla 4

El comportamiento de los APP según escuela es el siguiente. En la Escuela Central de Guápiles el 30,5% de los niños (as) presenta algún antecedente. En la Escuela Los Angeles el 42,1% y en la Escuela de San Rafael un 50 %. En los tres centros educativos predominan los problemas respiratorios (tabla 5).

TABLA 5						
NIÑOS ESTUDIADOS SEGÚN PRINCIPALES ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES REFERIDOS EN LAS TRES ESCUELAS.*						
ENFERMEDAD QUE PADECEN	ESCUELA CENTRAL		ESCUELA LOS ANGELES		ESCUELA SAN RAFAEL	
	No.	%	No.	%	No.	%
Cardiopatías	-	-	1	3,8	1	6,3
Respiratorias	3	11,5	3	11,5	5	31,2
Convulsiones	-	-	1	3,8	-	-
Desnutrición	2	7,5	1	3,8	-	-
Otras**	3	11,5	5	19,2	2	12,5
TOTAL	8	30,5	11	42,1	8	50,0

* Los porcentajes estudiados se obtuvieron sobre el total de escolares estudiados.

** alergias, sinusitis y anemias.

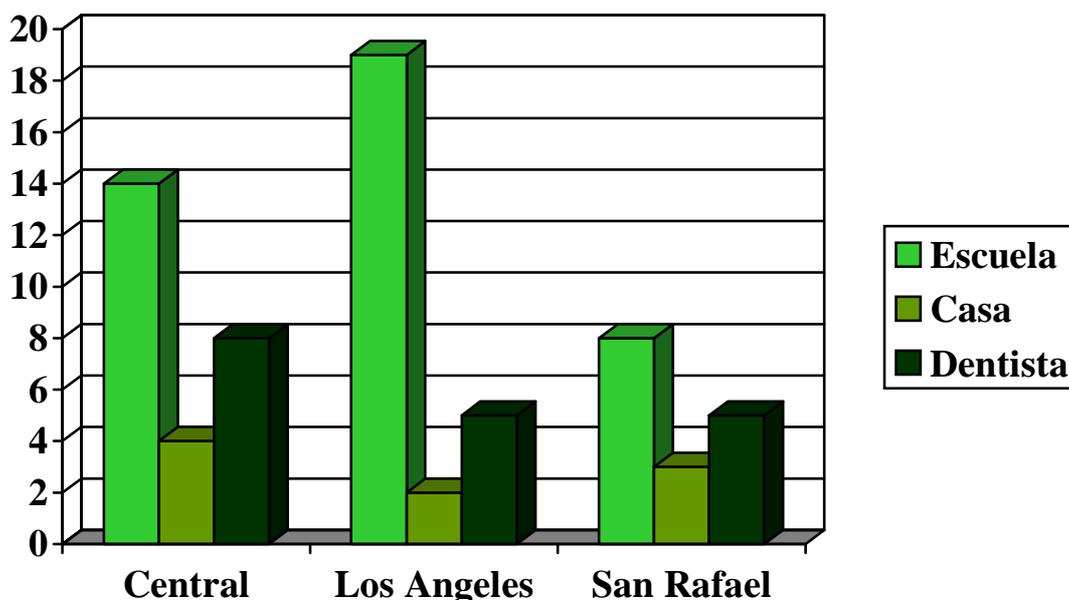
Según refieren las madres padres y encargados la mayoría de los estudiantes reciben educación preventiva en salud oral, en las escuelas. Caso particular es el de la Escuela San Rafael, donde afirman que nueve estudiantes nunca han recibido este tipo de información. El segundo lugar de información en orden de importancia, es el consultorio dental. Cabe destacar el papel tan secundario que juegan las familias en este rubro (Tabla 6).

TABLA 6						
ESCOLARES DISTRIBUIDOS SEGÚN PRINCIPALES LUGARES DONDE HAN RECIBIDO EXPLICACIÓN DE CÓMO MANTENER LA SALUD ORAL.*						
LUGAR	ESCUELA CENTRAL		ESCUELA LOS ANGELES		ESCUELA SAN RAFAEL	
	No.	%	No.	%	No.	%
Escuela	14	53,8	19	73,1	8	50,0
Casa	4	15,4	2	7,7	3	18,8
Dentista	8	30,8	5	19,2	5	31,2
TOTAL	26	100,0	26	100,0	16	100,0

*Los porcentajes se obtuvieron sobre el total de escolares estudiados

Gráfico 4

*Escolares distribuidos según principales lugares de adiestramiento en salud oral,
Guápiles, 2000*



Fuente: Tabla 6

5.1.2 Estado de salud oral de los grupos estudiados

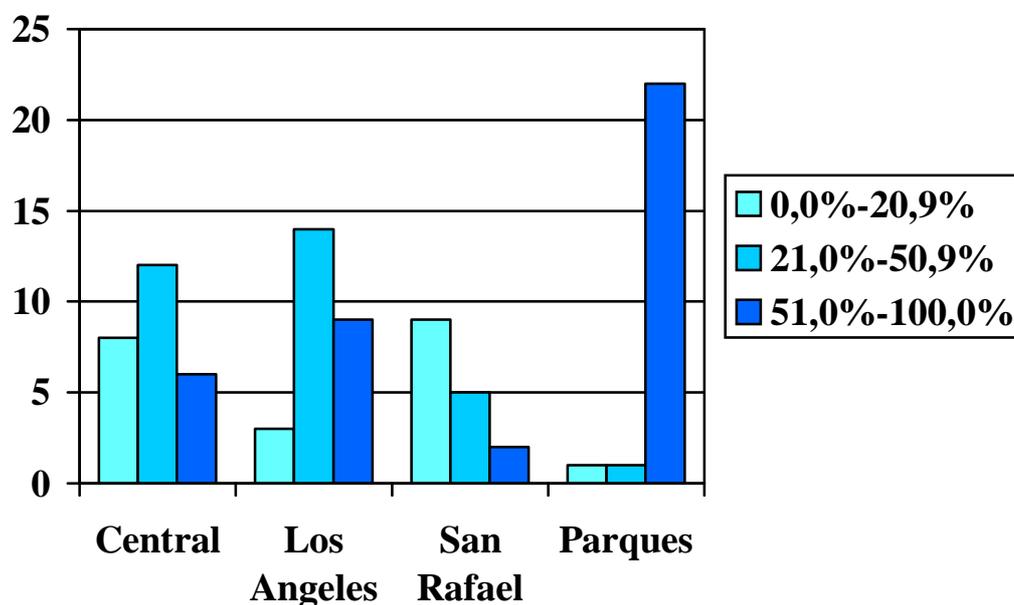
En las cuatro escuelas estudiadas se observa que la mayoría de los niños tienen índices de placa dentobacteriana altos. En la Escuela Central de Guápiles el 46,2% del total de niños(as) muestran un índice que oscila entre 21,0% - 50,9% que es un rango moderado y el 30,7% presentan un IPDB leve. En la Escuela Los Angeles el 53,9% de los niños(as) tienen un índice dentro del rango moderado y un 34,6% severo. La excepción es la Escuela San Rafael el 56,2% de los niños(as) estudiados, muestran un índice de 0,0% - 20,9% que es leve y un 31,3% en la categoría moderado. Llama la atención esta característica, ya que la población de acceso de este centro es de nivel socioeconómico bajo; esto puede explicarse por un menor acceso a alimentos cariogénicos y a una mayor atención del grupo responsable de los niños(as), las madres en su mayoría son amas de casa. En la Escuela Zona Parques el 91%

tienen un índice entre 51,0% - 100%, es decir severo, lo cual es de esperar por las condiciones de vida de estas familias, que limitan el acceso real a los bienes y servicios (Tabla 7).

TABLA 7								
DISTRIBUCIÓN DE LOS ESCOLARES SEGÚN ÍNDICE DE PLACA (I.P.)								
Y LA ESCUELA A LA QUE ACCEDEN, GUÁPILES, 2000								
ESCUELA	0,0-20,9		21,0-50,9		51,0-100		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Central	8	30,7	12	46,2	6	23,1	26	100
Los Angeles	3	11,5	14	53,9	9	34,6	26	100
San Rafael	9	56,2	5	31,3	2	12,5	16	100
Zona Parques	1	4,2	1	4,2	22	91,6	24	100
TOTAL	21	22,8	32	34,8	39	42,4	92	100

Gráfico 5

Distribución de escolares según índice de placa y Escuela, Guápiles, 2000



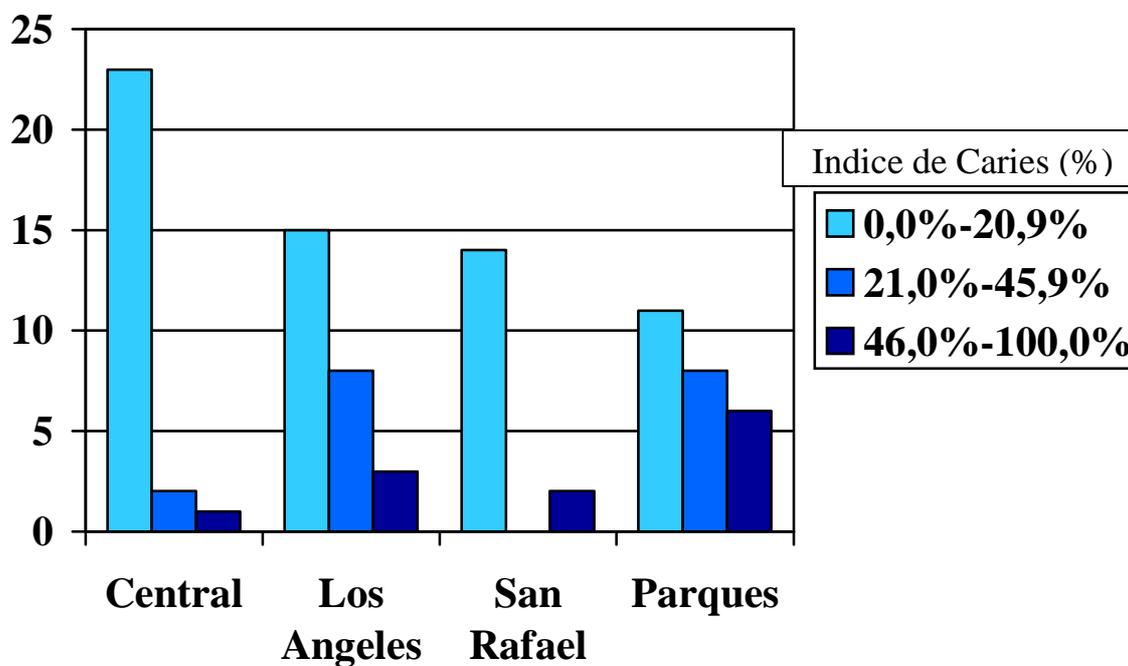
Fuente: Tabla 7

De acuerdo a lo observado el índice de caries promedio en el rango de 0,0 a 20,9 (leve) en las escuelas estudiadas es el siguiente: Escuela Central de Guápiles 88,5%, Escuela Los Angeles 57,7%, Escuela San Rafael 87,5% y Escuela Zona Parques es del 45,8%. La escuela que más niños(as) presenta en el rango de 46 a 100% es Zona Parques con un 20,8% (Tabla 8).

TABLA 8								
DISTRIBUCIÓN DE LOS ESCOLARES SEGÚN ÍNDICE DE CARIES (I.C.) Y LA ESCUELA A LA QUE ACCEDEN, GUÁPILES, 2000								
ESCUELA	0,0-20,9		21,0-45,9		46,0-100,0		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Central	23	88,5	2	7,7	1	3,8	26	100
Los Angeles	15	57,7	8	30,8	3	11,5	26	100
San Rafael	14	87,5	0	0,0	2	12,5	16	100
Zona Parques	11	45,8	8	33,4	5	20,8	24	100
TOTAL	63	68,5	18	19,6	11	11,9	92	100

Gráfico 6

Distribución de escolares según índice de caries y escuela, Guápiles, 2000



Fuente: Tabla 8

Los datos de las tablas 9 a 12 muestran una aparente contradicción entre índices de placa altos e índice de caries relativamente bajos, lo cual se explica por las edades de los niños(as), en las que los hábitos nocivos y las limitaciones en el acceso a la atención integral odontológica, aún no ha hecho sus estragos entre el índice de placa y el índice de caries. En tal sentido en la Escuela Central de Guápiles, el 42,3% de los casos estudiados, se encuentran en los rangos leve de IC (0,0%-20,9%) y moderado de IP (21%-50,9%). El 3,9% está en el rango máximo de I.P - I.C (Tabla 9).

En la Escuela de Los Angeles el 38,5% se encuentra en cruce entre el rango leve de I.C. y moderado del I.P., el 7,8% están en el rango severo de I.P.-I.C. (tabla 10).

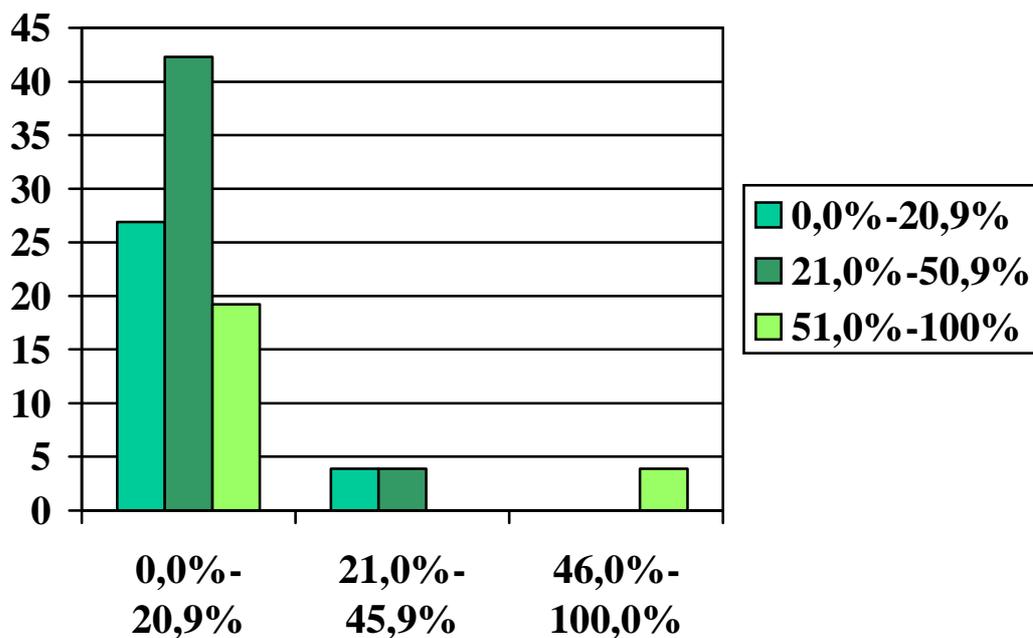
En la Escuela San Rafael el 56,2% están en el rango leve de I.P. e I.C. El 31.2% de los casos tienen un índice de caries leve y un I.P. moderado (Tabla 11).

La Escuela Zona Parques presenta un comportamiento en el que el 37,5% de los casos están en el rango moderado de I.P. y leve de I.C. El 20,8% están en el rango de 51%-100% de I.P. y el 46,0%-100% I.C. (Tabla 12).

TABLA 9								
DISTRIBUCIÓN DE LOS ESCOLARES SEGÚN ÍNDICE DE CARIES (I.C.) E ÍNDICE DE PLACA (I.P) ESCUELA CENTRAL DE GUÁPILES, 2000								
ÍNDICE DE PLACA (%)	ÍNDICE DE CARIES (%)						TOTAL	
	0,0 - 20,9		21,0 - 45,9		46,0 - 100,0		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
0,0 - 20,9	7	26,9	1	3,9	-	-	8	30,8
21,0 - 50,9	11	42,3	1	3,9	-	-	12	46,2
51,0 - 100,0	5	19,2	-	-	1	3,9	6	23,0
TOTAL	23	88,3	2	7,8	1	3,9	26	100,0

Gráfico 7

Distribución de escolares según índice de placa e índice de caries Escuela Central de Guápiles, 2000

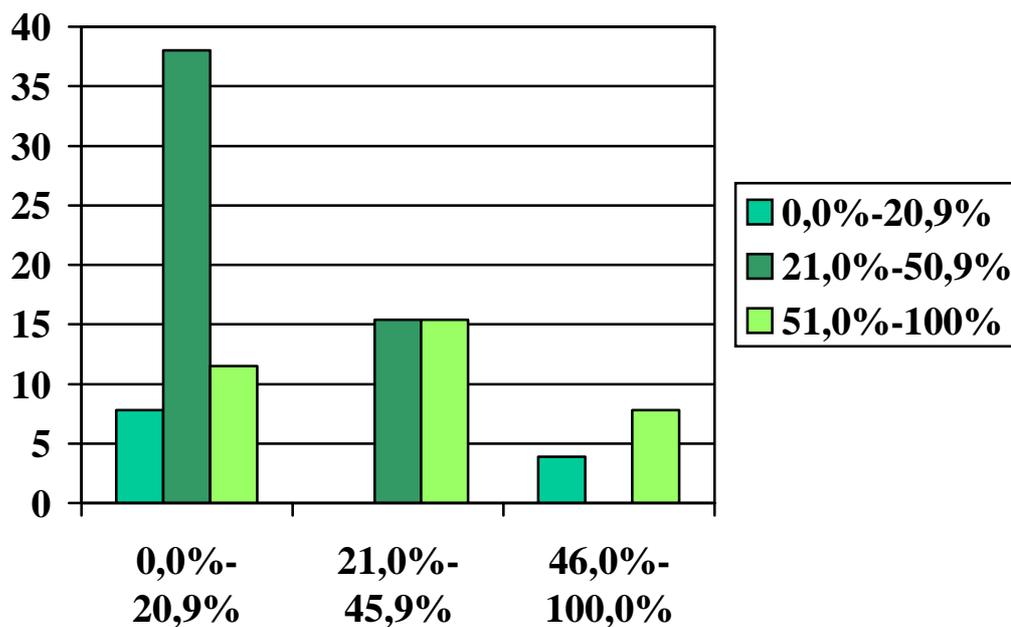


Fuente: Tabla 9

ÍNDICE DE PLACA (%)	ÍNDICE DE CARIES (%)						TOTAL	
	0,0 - 20,9		21,0 - 45,9		46,0 - 100,0		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
0,0 - 20,9	2	7,8	-	-	1	3,9	3	11,7
21,0 - 50,9	10	38,5	4	15,4	-	-	14	53,9
51,0 - 100,0	3	11,5	4	15,4	2	7,8	9	34,7
TOTAL	15	57,7	8	30,8	3	11,5	26	100,0

Gráfico 8

Distribución de escolares según índice de placa e índice de caries Escuela Los Angeles, Guápiles, 2000

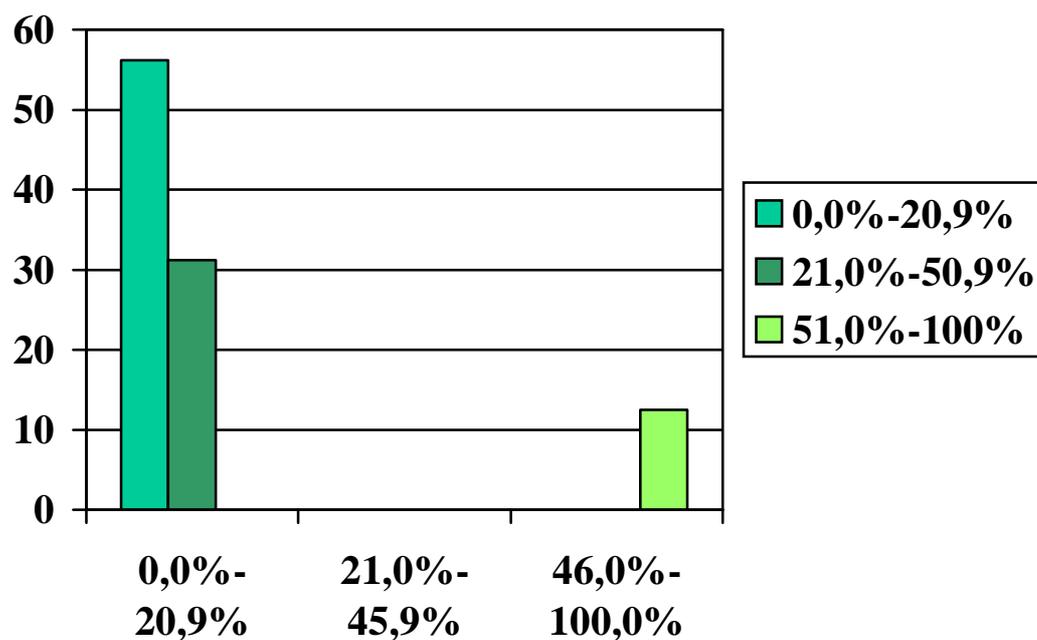


Fuente: Tabla 10

ÍNDICE DE PLACA (%)	ÍNDICE DE CARIES (%)						TOTAL	
	0,0 - 20,9		21,0 - 45,9		46,0 - 100,0		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%		
0,0 - 20,9	9	56,2	-	-	-	-	9	56,2
21,0 - 50,9	5	31,2	-	-	-	-	5	31,2
51,0 - 100,0	-	-	-	-	2	12,5	2	12,5
TOTAL	14	87,4	-	-	2	12,5	16	100,0

Gráfico 9

Distribución de escolares según índice de placa e índice de caries Escuela San Rafael, Guápiles, 2000



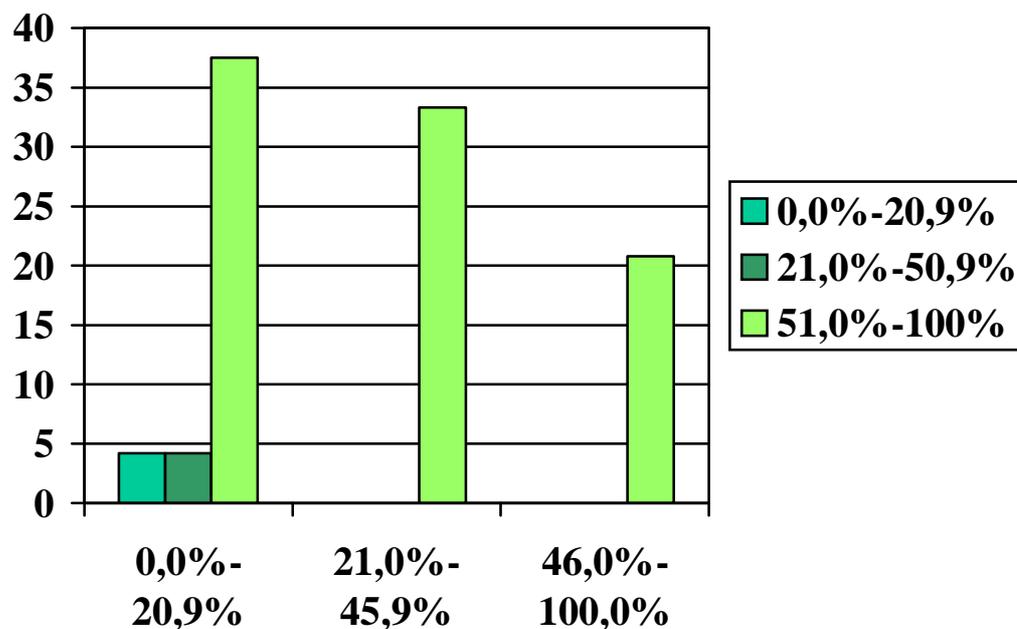
Fuente: Tabla 11

TABLA 12
DISTRIBUCIÓN DE LOS ESCOLARES SEGÚN ÍNDICE DE PLACA (I.P.) E ÍNDICE DE CARIES (I.C) ESCUELA ZONA PARQUES, GUÁPILES, 2000

ÍNDICE DE PLACA (%)	ÍNDICE DE CARIES (%)						TOTAL	
	0,0 - 20,9		21,0 - 45,9		46,0 - 100,0		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
0,0 - 20,9	1	4,2	-	-	-	-	1	4,2
21,0 - 50,9	1	4,2	-	-	-	-	1	4,2
1,0 - 100,0	9	37,5	8	33,3	5	20,8	22	91,6
TOTAL	11	45,8	8	33,3	5	20,8	24	100,0

Gráfico 10

Distribución de escolares según índice de placa e índice de caries Escuela Zona Parques, Guápiles, 2000



Fuente: Tabla 12

5.1.3 Hábitos y estado de salud oral

La información sobre la frecuencia del cepillado por escuelas, se resume en las tablas 13-15. En la escuela Central de Guápiles, refieren los responsables, el 50,0% de los niños(as) se cepillan sus dientes tres veces por día, de estos el 25,0% tienen un I.P. moderado, el 16,6% un I.P. leve y el 8,4% un I.P. severo (Tabla 13).

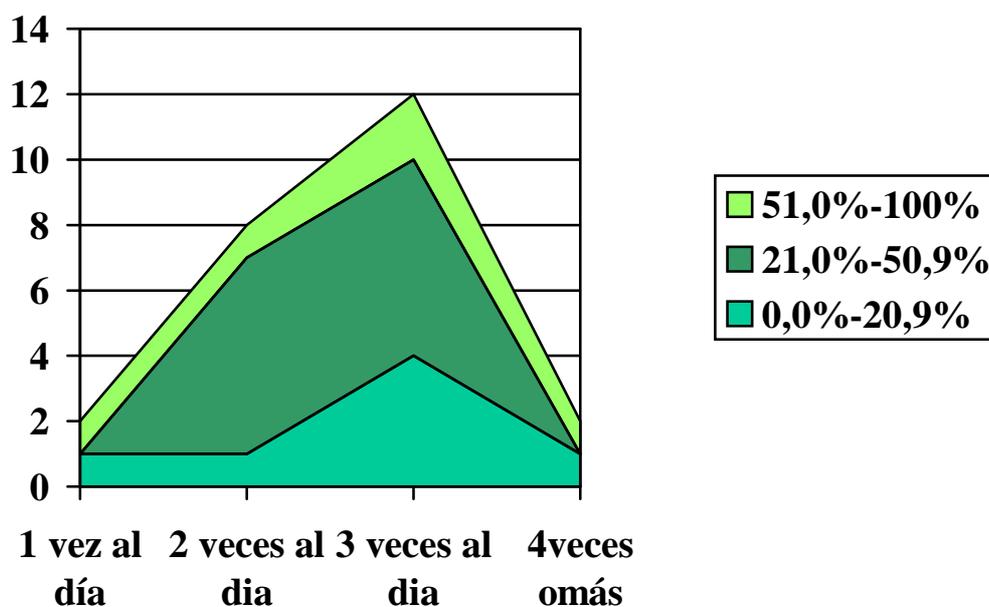
En la Escuela Los Angeles el 52,2% afirman los encargados(as) que sus hijos e hijas se cepillan los dientes 3 veces por día de los cuales el 42,8% tienen un I.P. moderado y el 9,5% un I.P. severo. El 38,2% lo hacen 2 veces al día, de éstos el 23,8% tienen un I.P. severo, el 9,6% moderado y el 4,8% leve (Tabla 14).

En la Escuela San Rafael refieren, el 50,0% se lavan los dientes 3 veces por día, de ellos el 25,0% tienen un I.P. leve, un 16,7% un I.P. moderado y el 8,3% severo. El 41,7% se cepillan 2 veces al día, de los cuales el 25% tienen un I.P. moderado y el 16,7% un I.P. moderado (Tabla 15).

TABLA 13								
ESCOLARES ESTUDIADOS SEGÚN ÍNDICE DE PLACA (I.P) Y FRECUENCIA DIARIA DE CEPILLADO. ESCUELA CENTRAL DE GUÁPILES, 2000								
FRECUENCIA DE CEPILLADO	ÍNDICE DE PLACA (%)						TOTAL	
	0,0 - 20,9	21,0 - 50,9		51,0 - 100,0		No.	%	
	No.	%	No.	%	No.	%		
1	1	4,2	-	-	1	4,2	2	8,4
2	1	4,2	6	25,0	1	4,2	8	33,2
3	4	16,6	6	25,0	2	8,4	12	50,0
4 y más	1	4,2	-	-	1	4,2	2	8,4
TOTAL	7	29,0	12	50,0	5	21,0	24	100,0

(*) En 2 escolares no pudo obtenerse el dato

Gráfico 11
Distribución de escolares según índice de placa y frecuencia diaria de cepillado, Escuela Central de Guápiles, 2000



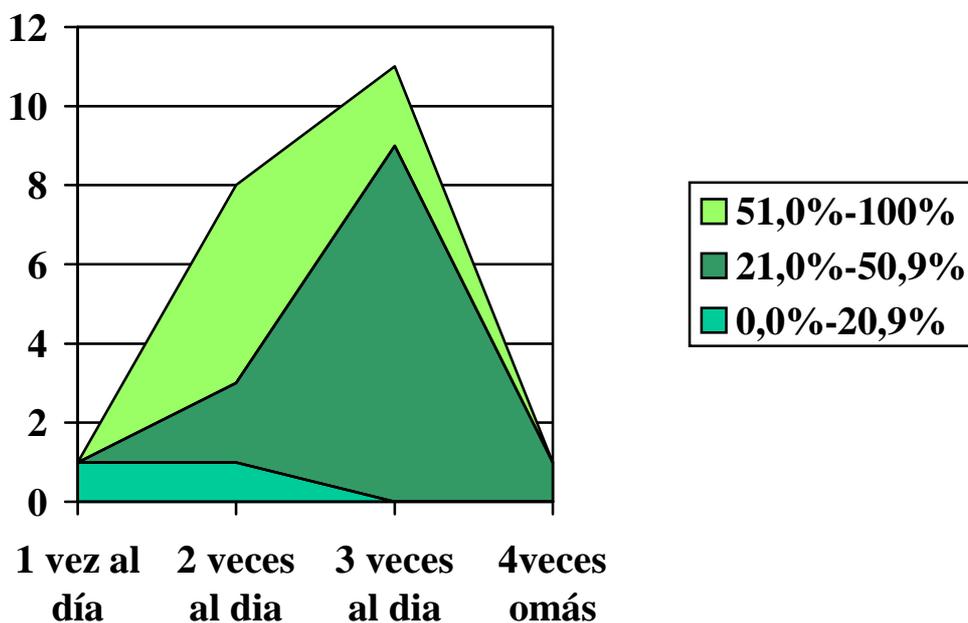
Fuente: Tabla 13

FRECUENCIA DE CEPILLADO	ÍNDICE DE PLACA (%)						TOTAL	
	0,0 - 20,9		21,0 - 50,9		51,0 - 100,0		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
1	1	4,8	-	-	-	-	1	4,8
2	1	4,8	2	9,6	5	23,8	8	38,2
3	-	-	9	42,8	2	9,5	11	52,2
4 y más	-	-	1	4,8	-	-	1	4,8
TOTAL	2	9,6	12	57,2	7	33,3	21	100,0

(*) En 5 escolares no pudo obtenerse el dato

Gráfico 12

Distribución de escolares según índice de placa y frecuencia diaria de cepillado, Escuela Los Angeles, Guápiles, 2000

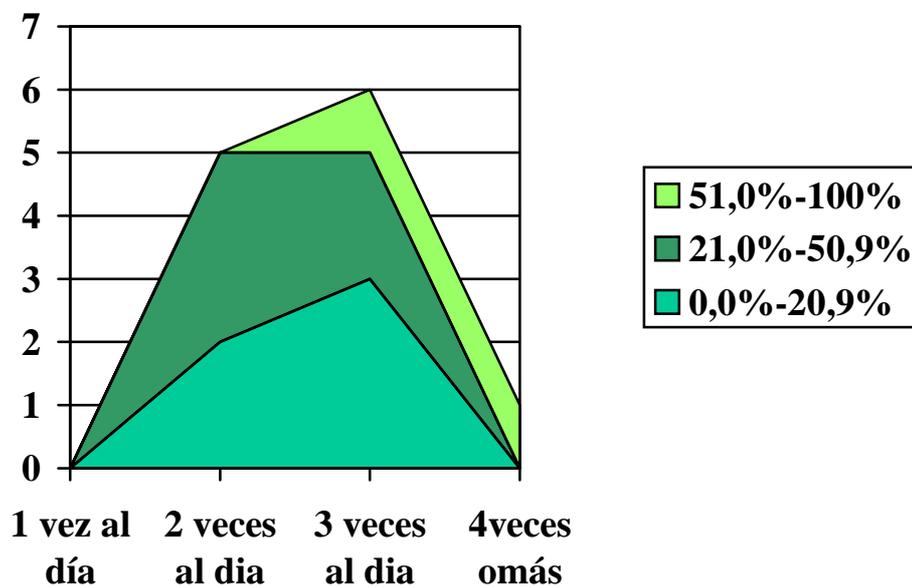


Fuente: Tabla 14

FRECUENCIA DE CEPILLADO	ÍNDICE DE PLACA (%)						TOTAL	
	0,0 - 20,9		21,0 - 50,9		51,0 - 100,0		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
1	-	-	-	-	-	-	-	-
2	2	16,7	3	25,0	-	-	5	41,7
3	3	25,0	2	16,7	1	8,3	6	50,0
4 y más	-	-	-	-	1	8,3	1	8,3
TOTAL	5	41,7	5	41,7	2	16,6	12	100,0

(*) En 4 escolares no pudo obtenerse el dato

Gráfico 13
Distribución de escolares según índice de placa y frecuencia diaria de cepillado, Escuela San Rafael, Guápiles, 2000



Fuente: Tabla 15

La mayoría de las madres, padres y encargados(as) advierten que sus niños(as) se cepillan tres veces al día y contradictoriamente los índices de placa son elevados. Esto pone en evidencia que se está empleando una técnica de cepillado inadecuada.

Con relación a los enjuagues la información se resumen en las tablas 16–18. Los encargados(as) de los niños(as) de la Escuela Central de Guápiles refieren que el 58,2% de los casos, no los usan. De estos el 25,0% tienen un I.P. moderado, el 16,6% un I.P. leve y el 16,6% un I.P. severo. El 41,7% se enjuagan ocasionalmente, de los cuales el 25,0% muestran un I.P. moderado, el 12,5% leve y el 4,2% un I.P. severo (Tabla 16).

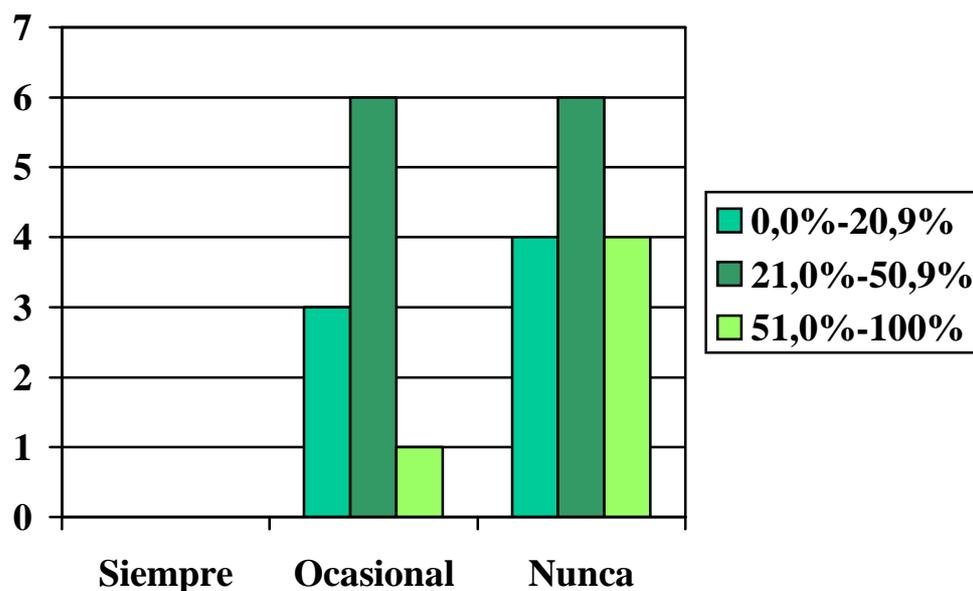
En la escuela Los Angeles el 57,1% afirman que nunca utilizan enjuagues bucales, de estos el 23,8% muestran un I.P. moderado y el 23,8% un I.P. severo. El 33,3% los utilizan en forma ocasional, de los cuales el 23,8% muestran un I.P. moderado y un 9,5% un I.P. severo (Tabla 17).

En la escuela San Rafael el 75,0% nunca utilizan enjuagues bucales, de estos el 41,6% muestran un I.P. moderado, el 16,7% un I.P. leve y el 16,7% severo. El 25,0% utilizan enjuagues de forma ocasional y todos muestran un I.P. leve. No hay casos que utilicen enjuagues siempre (Tabla 18).

TABLA 16								
<i>NIÑOS(AS) ESTUDIADOS DISTRIBUIDOS SEGÚN ÍNDICE DE PLACA (I.P.) Y FRECUENCIA DEL USO DE ENJUAGUES BUCALES, ESCUELA CENTRAL DE GUÁPILES, 2000*</i>								
ÍNDICE DE PLACA (%)	USO DE ENJUAGUES						TOTAL	
	Siempre		Ocasionalmente		Nunca		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
0,0 - 20,9	-	-	3	12,5	4	16,6	7	29,2
21,0 - 50,9	-	-	6	25,0	6	25,0	12	50,0
51,0 - 100,0	-	-	1	4,2	4	16,6	5	20,8
TOTAL	-	-	10	41,7	14	58,2	24	100,0

(*) En 2 escolares no pudo obtenerse el dato

Gráfico 14
Distribución de escolares según índice de placa y uso de enjuagues bucales, Escuela Central de Guápiles, 2000

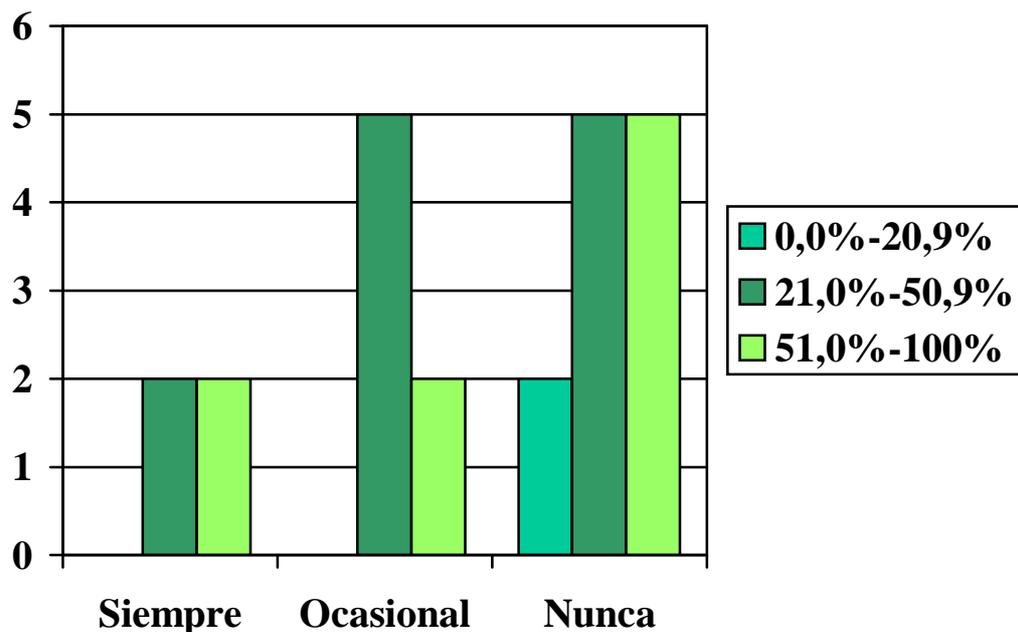


Fuente: Tabla 16

TABLA 17								
<i>NIÑOS(AS) ESTUDIADOS DISTRIBUIDOS SEGÚN ÍNDICE DE PLACA (I.P.) Y FRECUENCIA DEL USO DE ENJUAGUES BUCALES, ESCUELA LOS ANGELES, GUÁPILES, 2000*</i>								
ÍNDICE DE PLACA (%)	USO DE ENJUAGUES						TOTAL	
	Siempre		Ocasionalmente		Nunca		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
0,0 - 20,9	-	-	-	-	2	9,5	2	9,5
21,0 - 50,9	2	9,5	5	23,8	5	23,8	12	57,1
51,0 - 100,0	-	-	2	9,5	5	23,8	7	33,3
TOTAL	2	9,5	7	33,3	12	57,1	21	100,0

(*) En 5 escolares no pudo obtenerse el dato

Gráfico 15
Distribución de escolares según índice de placa y uso de enjuagues bucales, Escuela Los Angeles, Guápiles, 2000

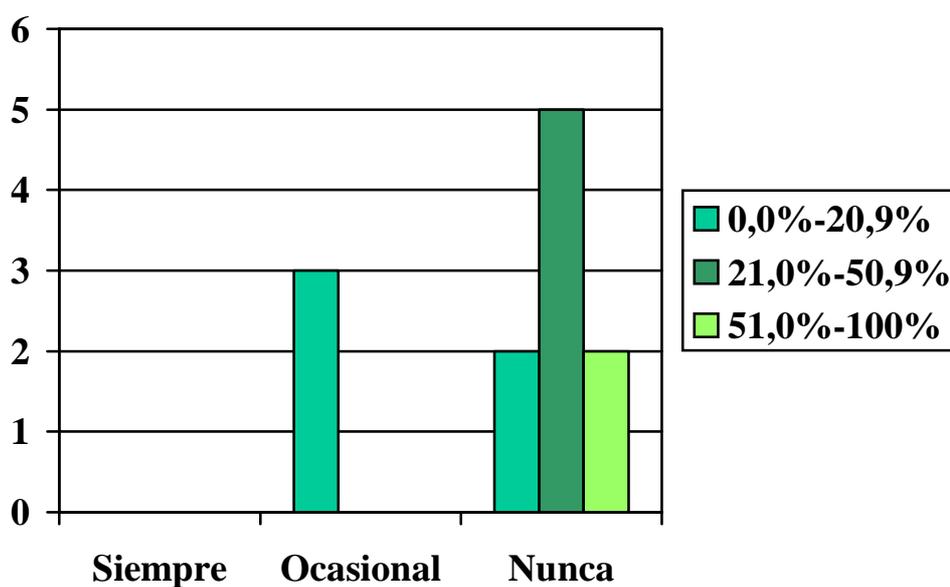


Fuente: Tabla 17

TABLA 18								
<i>NIÑOS(AS) ESTUDIADOS DISTRIBUIDOS SEGÚN ÍNDICE DE PLACA (I.P.) Y FRECUENCIA DEL USO DE ENJUAGUES BUCALES, ESCUELA SAN RAFAEL, GUÁPILES, 2000*</i>								
ÍNDICE DE PLACA (%)	USO DE ENJUAGUES						TOTAL	
	Siempre		Ocasionalmente		Nunca		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
0,0 - 20,9	-	-	3	25,0	2	16,7	5	41,6
21,0 - 50,9	-	-	-	-	5	41,6	5	41,6
51,0 - 100,0	-	-	-	-	2	16,7	2	16,7
TOTAL	-	-	3	25,0	9	75,0	12	100,0

(*)En 4 escolares no pudo obtenerse el dato

Gráfico 16
Distribución de escolares según índice de placa y uso de enjuagues bucales, Escuela San Rafael, Guápiles, 2000



Fuente: Tabla 18

El número de ingestas diarias, de los escolares estudiados y su relación con el IP, como se observa en las tablas 19 a 21 muestra que no existe una clara asociación entre el número de ingestas y el índice de placa, lo que hace pensar que el problema radica en la remoción de la misma.

TABLA 19
DISTRIBUCIÓN DE LOS ESCOLARES SEGÚN ÍNDICE DE PLACA (I.P.) Y NÚMERO DE INGESTAS DIARIAS, ESCUELA CENTRAL DE GUÁPILES, 2000*

NÚMERO DE COMIDAS DURANTE EL DÍA	ÍNDICE DE PLACA (%)						TOTAL	
	0,0 - 20,9		21,0 - 50,9		51,0 - 100,0		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%		
3 - 4	4	16,6	6	25,0	3	12,5	13	54,2
5 - 6	2	8,3	5	20,8	1	4,2	8	33,3
7 y más	1	4,2	1	4,2	1	4,2	3	12,5
TOTAL	7	29,1	12	50,0	5	20,9	24	100,0

TABLA 20
DISTRIBUCIÓN DE LOS ESCOLARES SEGÚN ÍNDICE DE PLACA (I.P.) Y NÚMERO DE INGESTAS DIARIAS, ESCUELA LOS ANGELES, GUÁPILES, 2000*

NÚMERO DE COMIDAS DURANTE EL DÍA	ÍNDICE DE PLACA (%)						TOTAL	
	0,0 - 20,9		21,0 - 50,9		51,0 - 100,0		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%		
3 - 4	1	4,8	6	28,6	6	28,6	13	61,9
5 - 6	1	4,8	5	23,8	1	4,8	7	33,3
7 y más	-	-	1	4,8	-	-	1	4,8
TOTAL	2	9,5	12	57,2	7	33,4	21	100,0

(*) En 5 escolares no pudo obtenerse el dato

TABLA 21
DISTRIBUCIÓN DE LOS ESCOLARES SEGÚN ÍNDICE DE PLACA (I.P.) Y NÚMERO DE INGESTAS DIARIAS, ESCUELA SAN RAFAEL, GUÁPILES, 2000*

NÚMERO DE COMIDAS DURANTE EL DÍA	ÍNDICE DE PLACA (%)						TOTAL	
	0,0 - 20,9		21,0 - 50,9		51,0 - 100,0		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%		
3 - 4	2	18,2	-	-	-	-	2	18,2
5 - 6	2	18,2	2	18,2	2	18,2	6	54,5
7 y más	1	9,1	2	18,2	-	-	3	27,3
TOTAL	5	45,5	4	36,4	2	18,2	11	100,0

(*) En 5 escolares no pudo obtenerse el dato

En la Escuela Central de Guápiles, ingieren 2 o 3 veces por semana: productos lácteos el 23,1%, frutas el 34,6%, vegetales el 50,5% y carnes el 61,5% de los niños(as). El 19,2% de los niños(as) comen carnes todos los días, frutas el 57,8%, vegetales el 38,5% y productos lácteos

el 61,5%. Refieren que de los escolares estudiados nunca comen productos lácteos el 7,7% , vegetales el 3,8% y carnes el 11,5% (Tabla 22).

TABLA 22						
ESCOLARES ESTUDIADOS SEGÚN FRECUENCIA SEMANAL DE INGESTIÓN DE CARNES, VEGETALES, FRUTAS Y PRODUCTOS LÁCTEOS. ESCUELA "CENTRAL DE GUÁPILES"*						
TIPO DE ALIMENTOS	FRECUENCIA SEMANAL					
	Todos los días		2 o 3 veces por semana		Nunca	
	No.	%	No.	%	No.	%
Carnes	5	19,2	16	61,5	3	11,5
Vegetales	10	38,5	13	50,5	1	3,8
Frutas	15	57,8	9	34,6	-	-
Productos Lácteos	16	61,5	6	23,1	2	7,7

(*) Los porcentajes se obtuvieron sobre el total de escolares estudiados (26)

En la Escuela Los Angeles, ingieren 2 o 3 veces por semana: productos lácteos el 23,1%, vegetales y frutas el 42,3% y carnes el 42,3% de los niños(as). El 34,% de los niños(as) comen carnes todos los días, frutas el 57,8%, vegetales el 38,5% y productos lácteos el 53,8%. Refieren que de los escolares estudiados nunca comen productos lácteos ni carne el 3,8%, vegetales el 7,7% (Tabla23).

TABLA 23						
ESCOLARES ESTUDIADOS SEGÚN FRECUENCIA SEMANAL DE INGESTIÓN DE CARNES, VEGETALES, FRUTAS Y PRODUCTOS LÁCTEOS. ESCUELA LOS ANGELES, GUÁPILES, 2000*						
TIPO DE ALIMENTOS	FRECUENCIA SEMANAL					
	Todos los día		2 ó 3 veces por semana		Nunca	
	No.	%	No.	%	No.	%
Carnes	9	34,6	11	42,3	1	3,8
Vegetales	11	42,3	8	30,8	2	7,7
Frutas	11	42,3	10	38,5	-	-
Productos Lácteos	14	53,8	6	23.1	1	3,8

(*) Los porcentajes se obtuvieron sobre el total de escolares estudiados (26)

En la escuela San Rafael, ingieren 2 o 3 veces por semana: productos lácteos el 25,0%, frutas y vegetales el 43,7%, y carnes el 56,2%. El 6,2 % de los niños(as) comen carnes todos

los días, frutas y vegetales el 18,7% y productos lácteos el 50%. Refieren que de los escolares estudiados nunca comen productos lácteos, ni vegetales y carnes el 12,5% (Tabla 24).

La información refleja que existe un comportamiento similar de la ingesta de alimentos en las distintas escuelas estudiadas; es decir que no hay diferencias significativas de esta variable con relación a la distinta condición socioeconómica. Esto puede explicarse porque posiblemente las familias de menores ingresos prioricen la alimentación.

TIPO DE ALIMENTOS	FRECUENCIA SEMANAL					
	Todos los día		2 ó 3 veces por semana		Nunca	
	No.	%	No.	%	No.	%
Carnes	1	6,2	9	56,2	2	12,5
Vegetales	3	18,7	7	43,7	2	12,5
Frutas	3	18,7	7	43,7	2	12,5
Productos Lácteos	8	50,0	4	25,0	-	-

(*) Los porcentajes se obtuvieron sobre el total de escolares estudiados (16)

La presencia de hábitos parafuncionales es reconocida aunque en porcentajes no muy altos. En la Escuela Central de Guápiles, el morder objetos extraños y la onicofagia están presentes en el 37,5% y 20,8% respectivamente. En la Escuela Los Angeles se observa que el 33,3% muerden objetos extraños y el 14,2% presentan onicofagia. En la Escuela San Rafael el 33,3% rechinan los dientes y un 50,0% muerden objetos y el 16,6% chupan dedos y presentan onicofagia (Tabla 25).

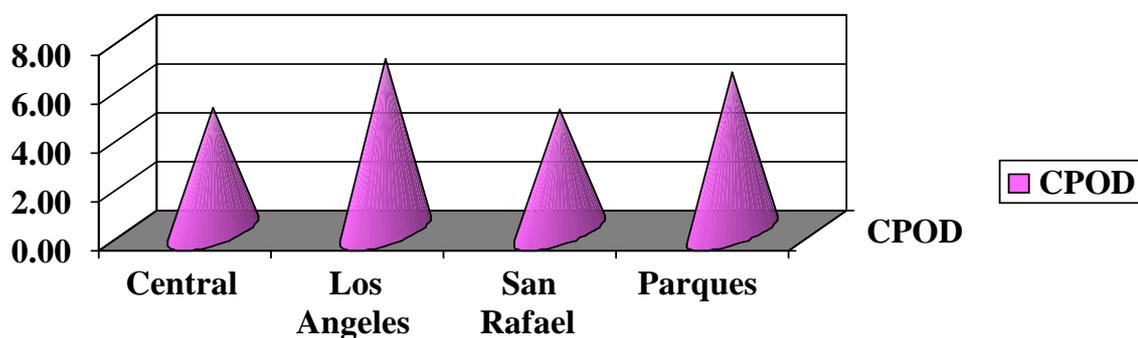
HÁBITOS	ESCUELA CENTRAL		ESCUELA LOS ANGELES		ESCUELA SAN RAFAEL	
	Si	No	Si	No	Si	No
Morder uñas	5- 20,8	19- 79,2	3- 14,2	18- 85,7	2- 16,6	10- 83,3
Chupar dedos	1- 4,2	23- 95,8	2- 9,5	19- 90,4	2- 16,6	10- 83,3
Rechinar dientes	4- 16,6	20- 83,3	2- 9,5	19- 90,4	4- 33,3	8- 66,6
Morder objetos	9- 37,5	15- 62,5	7- 33,3	14- 66,6	6- 50	6- 50

Se observa un índice CPOD alto en las escuelas Los Angeles 7,04 y Zona Parques 6,46 respectivamente. Las escuelas San Rafael y La Central de Guápiles tienen un índice CPOD similar 4,94 y 5,0. Esto significa que la sumatoria del número de dientes cariados, perdidos y obturados dividido entre el número de casos estudiados por escuela, pone en evidencia que la Escuela Los Angeles es la que tiene mayores problemas orales, seguida por la Escuela Zona Parques y en tercer lugar las Escuelas Central de Guápiles y San Rafael con un índice similar. (Tabla 26).

TABLA 26	
INDICE CPOD PARA NIÑOS(AS) ENTRE 5 Y 9 AÑOS SEGÚN ESCUELA	
ESCUELA	INDICE CPOD
Zona Parques	6,46
Central de Guápiles	5,0
Los Angeles	7,04
San Rafael	4,94

Gráfico 17

*Distribución de escolares según índice CPOD, por escuela
Guápiles, 2000*



Fuente: Tabla 26

5.2 Descripción del componente cualitativo del estudio

5.2.1 Grupo focal de la Escuela Central de Guápiles. Fecha: 25-IX-00.

a. Características de los participantes

Las(os) asistentes se caracterizan de la siguiente forma: 3 profesionales, 2 técnicos, 9 amas de casa.

b. Información sobre la discusión focal

Aproximadamente a las dos de la tarde empiezan a llegar las primeras madres a la Escuela Central de Guápiles. La reunión se efectúa en el aula 1, que cumple con los requisitos mínimos de privacidad, ventilación e iluminación, recomendados por la técnica. Las madres mantienen una actitud de expectativa; solo se miraban entre ellas, con signo de interrogación. Se inicia a las 2:30 p.m., con 12 asistentes, número requeridos para la técnica. Se procede a explicar nuevamente el propósito de la reunión, tratando de motivar la participación, lo cual es difícil. Ya iniciada la reunión, se presentan dos integrantes más una madre joven y un señor. Se comunica que para efectos de la confidencialidad de la información, se utilizan seudónimos. Una vez concluido el grupo focal, se realiza una charla sobre los aspectos preventivos de la salud oral.

c. Concepto de salud

Como se observa en las expresiones, solo dos participantes definen el concepto de salud aunque con una perspectiva idealista y con énfasis en los aspectos biológicos. Una de las participantes, amplía el concepto considerando lo bio-psico-social, sin embargo no expresa el concepto actual que rige la salud costarricense, cual es la producción social de la salud, la cual se logra por aproximaciones sucesivas; es decir que no es posible lograr un equilibrio completo entre los componentes, de ahí que sea idealista.

“... salud es estar sin ninguna enfermedad, estar bien, con una adecuada limpieza...”

Laura

“...es tener un equilibrio bio- psicosocial del ser humano...”

Liberata

d. Concepto de salud bucal

Consecuentemente con el concepto anterior, predomina un acercamiento a la salud oral como ausencia de enfermedad, aunque se amplía el concepto tomando en cuenta aspectos nutricionales y del control de placa. En este aspecto la participación también es pobre.

“...es la salud de la boca y se refiere al tratamiento y control de lo que debemos consumir...”

Gonzalo

“...es la higiene y control que se debe tener en la cavidad oral, tanto en las piezas dentales y el control de la placa...”

Rosalía

“...es una boca libre de caries...”

Eulogia

e. Causa de los problemas dentales de los hijos(as) de las(os) participantes.

Las personas analizan las causas de los problemas dentales en forma fragmentada y parcial. El patrón de respuesta se relaciona con la falta de higiene (5 participantes), le sigue en orden de importancia la ingesta de azúcares (4 participantes). A continuación se incluyen unos ejemplos de las expresiones.

“...yo creo que la principal causa en la caries es que comen muchos dulces y golosinas...”

Agata

“...una de las principales causas son las caries que mis hijos tienen, que le han dado dolor de muela y se los han ido sacando...”

Cecilia

“...Por no lavarse los dientes como se debe...”

Juliana

f. Concepto de prevención de la salud oral

El concepto de prevención de la salud oral se asocia fundamentalmente a los procedimientos utilizados para evitar la enfermedad (7 participantes) Un participante se refiere a la higiene y al control dental periódico. Como se ilustra a continuación.

“...la prevención es lavarse bien los dientes para que no se hagan caries, ... también se pueden prevenir visitando al dentista...”

Elvira

“... son métodos que se deben seguir para evitar problemas en la cavidad oral...”

Paula

“... todo lo que se haga para evitar daños en los dientes y boca en general...”

Marta

g. Higiene oral

El patrón de respuesta acerca del concepto de higiene oral es la limpieza de los dientes, así como el mantener el aliento fresco, lo que para los participantes define salud (6 participantes). Las siguientes expresiones ilustran el análisis.

“...es mantener una limpieza frecuente, lavándose los dientes tres veces al día...”

Marta

“...son los procesos que realizamos diariamente como el uso del hilo dental, el uso de antisépticos, etc...”

Elvira

“... es lavarse bien los dientes para tenerlos sanos, buena apariencia y buen aliento...”

Agata

h. Técnicas de cepillado y transmisión de conocimientos a los niños(as).

La mayoría de las(os) participantes (seis personas), reconocen haber enseñado a sus hijos(as), el uso de la técnica conocida como la del “doctor Muelitas”, la cual ha sido difundida en medios televisivos. Cuatro participantes afirman que nunca han recibido información sobre el tema. Las siguientes respuestas, constatan el análisis.

“... diay, yo lo que sé es que las muelas de arriba se cepillan hacia abajo y las de abajo para arriba y que las muelas se cepillan de forma circular, y así es como se lo enseñé a los míos...”

Agata

“...no se... digo, yo nunca les he enseñado, yo nada más los mando a que se los laven y como voy a saber si se los lavan bien o no, sí ni yo mismo sé...”

Eulogio

“...a mí nunca me han enseñado yo aprendí de lo que una ve en la tele y a los chiquillos le han enseñado en la escuela...”

Laura

i. Alimentos cariogénicos

Las(os) participantes identifican los alimentos que producen caries; sin embargo, ocho de los 12 participantes se sienten incapaces de controlar la alimentación de sus hijos (as), pues trabajan o no tiene control de lo que comen cuando están en la escuela. No aducen la necesidad de crear conciencia en estos(as) pequeñas de adquirir hábitos alimentarios adecuados y de enseñarlo a que no se trata de no comer golosinas, sino de mantener una adecuada higiene.

“... todos producen caries, si no se lavan los dientes después, en especial los dulces y las golosinas...”

Eulogio

“... se sabe que los alimentos que mas caries producen son los azucares, como lo confites, helados, galletas, pero como le va a quitar eso uno a los chiquillos; además una siempre esta ocupado, sino en el trabajo, esta en la casa haciendo los quehaceres...”

Agata

“...sí, los popis, los chicles, caramelos, todos esos hacen caries, yo les digo que no coman, pero en la escuela ellos compran lo que sea...”

Laura

j. Alimentos que los niños (as) consumen en la escuela

Reconocen que en la escuela, hay una alta ingesta de carbohidratos (aspecto constatado por los investigadores), como se ejemplifica en las siguientes expresiones.

“... cuando los llevan al comedor, les dan picadillos, sopas, frutas o alguna otra cosita; pero en el recreo ellos comen de todo, desde confites hasta helados...”

Marta

“...mi hija compra chicles, confites, coca cola, galletas, hay veces empanadas y pizzitas...”

Paula

k. Alimentación adecuada

En su mayoría (patrón de respuesta) las personas participantes saben, cuales alimentos son adecuados para la salud de sus hijos(as); sin embargo algunas argumentan, que no siempre la situación económica les permite asegurarla.

“...la alimentación debe ser rica en granos, leches, frutas, huevos, legumbres y carnes, sin embargo uno no siempre puede comprar carne ...”

Eulogio

“...lo mas importante en la alimentación son las frutas y verduras y si se puede “arrimale” un poco de carne de res o de pescado...”

Marta

l. Hábitos parafuncionales

Solo una participante afirma que su hijo se come las uñas y otra comenta que chupa cosas. Los demás no hicieron comentario alguno sobre este tema.

“...diay, yo creo que aparte de no lavarse los dientes con frecuencia, él lo que hace es que come uñas, así, cuando esta nervioso, como cuando tiene exámenes o cuando lo regaña...”

Paula

“...yo lo que he visto, es que ella se chupa la punta de la almohada cuando se va a dormir...”

Agata

m. Prevención de la salud oral

Se logra identificar como patrón de respuesta un pensamiento de cambio hacia la conducta de la prevención de la salud oral

“...bueno, yo creo que si se le obliga a lavarse los dientes después de las comidas y a enjuagarse con listerine...”

Eulogio

“...incentivar para que consuman productos alimenticios y explicarle lo malo de consumir dulces...”

Laura

“...Hablándole sobre el tema y explicándole lo importante de las piezas dentales no solo permanentes, si no también las temporales, ya que de ellas depende el buen funcionamiento y postura de las permanentes...”

Agata

n. Acceso a la atención odontológica

De las personas participantes tres afirman recibir atención en consultorios privados, cinco asisten a consulta en la CCSS y tres no recibir tratamiento odontológico alguno.

“...no, nosotros no recibimos atención en ningún lado...”

Eulogio

“...nosotros vamos al seguro, bueno a el EBAIS porque “Dios guarde” ir a pagar, es carísimo...”

Paula

“si, si es caro, pero nosotros vamos al dentista pagando, porque se presentó una emergencia una vez y como el chiquillo le cogió confianza al doctor, entonces lo seguimos llevando...”

Laura

5.2.2 Grupo focal de la Escuela Los Angeles. Fecha: 14-X-00.

a.. Características de los participantes

Las(os) participantes en su nivel de escolaridad se dividen de la siguiente manera: 1 profesional, 2 técnicas y 8 amas de casa.

b. Información sobre la discusión focal

Al ser las tres de la tarde los investigadores llegan al lugar de reunión que se había programado para las 3:30 p.m., el aula asignada por la dirección de la escuela, cuenta con las características especificadas en la circular. Se procede a ordenar el recinto de acuerdo a las especificaciones para el grupo focal y el material informativo con el que se cuenta, ya que se aprovecha el momento para – una vez concluido el grupo focal- dar información a las personas participantes, sobre todo, de los aspectos preventivos de la salud oral.

Antes de la hora, la mayoría de los padres, madres y encargados se habían dado cita en el lugar, por lo que no hubo atraso alguno. Los participantes se notaban tranquilos y motivados a participar. Asisten 11 participantes, dentro del rango establecido para el grupo focal. Se procede a explicar nuevamente el motivo de la reunión, invitando a cada persona a participar de la manera más expresiva posible. Se advierte también, que para efectos de la confidencialidad de la información, se utilizan seudónimos.

c. Concepto de salud

El concepto de salud que prevalece - de la misma manera que en el grupo anterior- es el de ausencia de enfermedad (7 participantes), constituyendo el patrón de respuesta. De éstos, cinco participantes amplían el concepto a aspectos preventivos como es el caso de la importancia de la alimentación y de la higiene. A continuación se presentan algunas de las expresiones que sustentan este análisis.

“... es el cuidado que se debe tener con nuestro cuerpo en general, con buena alimentación e higiene...”

Eduardo

“... la salud tiene que ver con nuestro cuerpo en general, si está bien y no hay dolores, por ejemplo entonces hay salud...”

Luisa

“... en realidad no sabría decir una definición de salud...”

Casiodoro

d. Concepto de salud bucal

Predomina en el grupo un concepto ampliado de la ausencia de enfermedad, específicamente de la caries dental y aspectos preventivos como el control de la placa bacteriana y la ingesta de alimentos nutritivos no cariogénicos. En este aspecto la participación es amplia pues la mayoría de los participantes aportan sus ideas.

“... lavarse los dientes después de cada comida e ingerir alimentos nutritivos...”

Sebastián

“...Es tener la boca completamente sana, con un estricto control dental y buena limpieza...”

Juan

e. Causa de los problemas dentales de los hijos(as) de las(os) participantes

Al analizar las causas de los problemas dentales de sus hijos(as) enfocan dos aspectos principalmente, como patrón de respuesta: la falta de higiene y uso del cepillo dental, seguido por la ingesta de golosinas. A continuación se presentan algunos ejemplos de estas respuestas

“... me parece que la causa más importante es la falta de higiene. ...”

Claudina

“... Las golosinas y no lavarse los dientes son los que producen las caries y allí empieza el problema ...”

Sebastián

f. Concepto de prevención de la salud oral.

El concepto de prevención de la salud oral se asocia fundamentalmente a la utilización de métodos y técnicas de higiene oral, que evitan que la enfermedad alcance las piezas dentales. Además exteriorizan que el visitar al dentista antes de que el dolor aparezca, es de gran importancia. A continuación algunos ejemplos.

“... es lavarse bien los dientes e ir al dentista no solo cuando hay dolor...”

Luisa

“... es tratar a tiempo los problemas en este caso de la boca...”

Casiodoro

“... es usar todas las técnicas que le enseñan a uno en el dentista como el cepillo y el hilo dental...”

Claudina

g. Higiene oral

El patrón de respuesta acerca del concepto de higiene oral es la limpieza de la boca, tanto de los dientes como de la lengua y la mantención del aliento fresco, que es sinónimo de salud (5 participantes); sin embargo no expresan la frecuencia con que se debe hacer, ni la técnica a usar. Las siguientes expresiones ilustran el análisis.

“... mantener toda nuestra boca, dientes y lengua limpios y nuestro aliento fresco...”

Jerónimo

“... es algo muy importante porque si no por el aliento se dan cuenta ...”

Gregorio

“... tener limpia la boca...”

Juan

h. Técnicas de cepillado y transmisión de conocimientos a los niños(as)

La mayor parte de los participantes de este grupo desconoce si sus hijos(as) se cepillan correctamente sus dientes (seis participantes). Este patrón permite inducir la poca preocupación que tienen por el control de la higiene oral de sus hijos y de la transmisión de conocimientos. Las siguientes expresiones ilustran esta situación.

“... la verdad es que no sé como se los lavan, sé que se los lavan de vez en cuando pero...”

Luisa

“... en mi casa siempre tratamos de lavarnos los dientes tres veces al día pero eso de tener una técnica si que no...”

Gregorio

“... se lavan los de arriba para abajo y los de abajo para arriba con mucha fuerza...”

Sebastián

“... yo creo que los chiquillos míos lo hacen bien porque casi no tienen malos los dientes, lo que si no sabría decir es como se los lavan, si sé que les encanta la pasta porque el chiquitillo hasta se la traga...”

Claudina

i. Alimentos cariogénicos

El patrón de respuesta devela un buen conocimiento de los aspectos que involucran la patología dental (consumo desmedido de golosinas aunado a las malas prácticas de higiene oral). Criterios menos generalizados expresan que todas las comidas son cariogénicas y que lo fundamental es la limpieza posterior a la ingesta. Una de las participantes hace referencia a que la ingesta de azúcares es perjudicial. El acercamiento que hacen los(as) participantes, pone en evidencia un conocimiento adecuado que se contradice evidentemente con las prácticas de poco control sobre la alimentación e higiene de sus hijos e hijas.

“.. .comer muchos dulces como los chocolates y confites es lo que más problemas le da a los chiquillos...”

Claudina

“... yo diría que todas las comidas pero en especial los dulces...”

Sebastián

“...siempre se ha dicho, que los chicles, chocolates y los confites y peor si después de comérselos no se lavan los dientitos...”

Pedro

“... bueno, todo lo que uno coma si no se lava la boca le puede dar caries, pero a los chiquillos lo que mas problemas les da es la leche con tanta azúcar y las golosinas...”

Luisa

j. Alimentos que consumen los niños en la escuela

El patrón de respuesta es el reconocimiento de un consumo alto de carbohidratos, por parte de sus hijos (as). Demuestran su preocupación pero comentan que para que dejen de comer estos productos, deben cerrar la soda de la escuela, o prohibirles la venta de estos productos. Se perfila un intento de búsqueda de solución ante la problemática. A continuación se ilustra con las siguientes expresiones.

“...yo se que la chiquilla come en el recreo golosinas, popys, meneito, y si le alcanza compra coca...”

Gregorio

“mire uno les puede decir misa, pero al menos mi hijo usted siempre lo verá con golosinas en las bolsas, lo único que se podría hacer es que en la escuela no vendieran nada de lo que hace caries...”

Claudina

“...Si porque diay una le da platica para que se compre algo y ellos siempre van a preferir comer golosinas a comprarse un sándwich...”

Luisa

k. Alimentos adecuados.

El patrón de respuestas evidencia un buen conocimiento de alimentos que hay que comer (frutas, verduras, legumbres, carnes), que sustituyen los minerales, las proteínas y el calcio necesarios. Algunos ejemplos de expresiones son los siguientes:

“... a mi parecer lo mejor son las verduras, las legumbres y también las frutas...”

Jerónimo

“... el cuerpo de los niños, bueno y el de todos ocupa que comamos de todo, pero las frutas son lo mejor que hay...”

Laura

“... comiendo bastantes vegetales y acompañándolos con carne yo creo que está bien...”

Sebastián

“... alimentos que tengan calcio, proteínas y minerales...”

Pedro

l. Hábitos parafuncionales

La mayoría de los(as) participantes desconocen si los niños tienen hábitos que afecten su salud dental. La minoría habla de hábitos parafuncionales como: “se comen las uñas”, “por lo general muerde los lápices o lapiceros”, “se comer el borrador de lápiz...”

“... ella tiene la maña de meterse los lápices o el lapicero a la boca, siempre es lo mismo...”

Claudina

“... el niño mío siempre se come las uñas y lo he visto cuando hace la tarea que se come el borrador...”

Cristóbal

“... se come las uñas todo el tiempo...”

Elena

“... en lo que yo me doy cuenta, mi hijo no tiene malos hábitos, al menos eso creo...”

Luisa

m. Prevención de las enfermedades bucales

Es evidente un cambio en el pensamiento de los participantes acerca de la necesidad de la prevención. La mayoría cree que las visitas periódicas al dentista son la mejor opción; otros participantes aseguran que es el control de la higiene oral y de los alimentos que consumen. Algunos participantes apelan a la educación dentro de la familia. Las siguientes expresiones sirven de ejemplo.

“... la mejor ayuda es llevarlo donde el dentista para que lo esté revisando y le haga el tratamiento si fuera necesario...”

Cristóbal

“... controlando siempre su higiene bucal y los alimentos que consumen a diario...”

Pedro

“... lavándose los dientes por lo menos tres veces al día y consultando al dentista...”

Julieta

“... hablando con ellos y explicándoles la importancia que tiene la higiene...”

Casiodoro

n. Acceso a la atención odontológica.

De las personas participantes ocho reciben atención en consultorios de la CCSS, algunos en EBAIS y otros en el hospital de Guápiles, dos personas refieren acudir a consulta privada y un participante dice que no reciben atención odontológica en ningún lugar

“.. yo los llevo al EBAIS que nos corresponde...”

Julieta

“... nosotros somos asegurados entonces cuando necesitamos atención lo hacemos por la caja...”

Eduardo

“... en mi casa acostumbramos asistir a la consulta privada...”

Cristóbal

“... por lo general no asistimos al dentista...”

Elena

5.2.3 Grupo focal de la Escuela San Rafael. Fecha: 23-X-00.

a. Características de los participantes

Las(os) participantes en su nivel educacional se distribuyen de la siguiente manera: 4 obreros y 7 amas de casa.

b. Información sobre la discusión focal

Los investigadores llegan al sitio de la reunión el día y la hora pactada. La directora de la escuela y la maestra del grupo de niños de primer grado que participan en la investigación, nos reciben y muestran el que se nos asigna para la actividad. El recinto cumplía con la mayoría de los requisitos descritos para la técnica, a excepción de la iluminación. A la hora en punto solamente había seis madres, por lo que se decide dar una prórroga de 15 minutos; cinco personas se sumaron al grupo. Los participantes evidencian conocerse muy bien, lo que ayuda a que la discusión sea más amena. Se informa que para efectos de la confidencialidad de la información, se utilizan seudónimos.

c. Concepto de salud

El patrón de respuesta evidencia un enfoque biologicista. Como excepción, se amplía el concepto tomando en cuenta aspectos preventivos. Dos participantes no responden a esta interrogante. Las siguientes expresiones ilustran el análisis.

“...es un estado físico y mental que nos hace estar bien en todo...”

José

“...es la prevención e higiene en familia...”

Bolívar

“... es cuando uno tanto en la mente como en el cuerpo tiene todo bajo control...”

Teresa

d. Concepto de salud bucal

En este grupo al igual que en los dos anteriores el concepto predominante es el Biologicista (ausencia de enfermedad como la caries). Algunas participantes amplían el concepto hacia la prevención (control de placa bacteriana mediante el cepillado y las visitas al dentista). Se hace evidente el hecho de que reconocen la necesidad de emplear cepillos y pastas dentales, colutorios y visitas periódicas al dentista, a las que muchos de ellos(as) no tienen acceso. En tal sentido hay una contradicción entre su conocimiento y las posibilidades reales de su práctica.

“... dientes y encías sanos y fuertes gracias a las visitas que se hacen al dentista y al cuidado personal en el cepillado...”

Martina

“... lavarse los dientes todos los días y cuidarse mucho la dentadura...”

Ursula

“... es cuando no tenemos caries en los dientes y las encías sanas...”

Román

e. Causas de los problemas dentales de los hijos(as) de las(os) participantes

De acuerdo con el patrón de respuesta, la causa de los problemas dentales de los niños(as) identificada, es el uso incorrecto de las técnicas de prevención e higiene oral (en especial el cepillado), que da paso al inicio de las patologías dentales. Algunos de ellos aducen la causa de los problemas dentales de sus hijos al consumo de azúcares. Como se observa en las siguientes expresiones, nuevamente se infiere una contradicción entre el conocimiento y la práctica de estos grupos.

“... la causa de las enfermedades de la boca inician por la falta de higiene...”

Josefina

“... el mayor problema es que cuesta mucho que ellos solitos se laven los dientes, si uno no los manda es casi un milagro...”

Carlos

“... principalmente los azúcares que producen caries...”

Maura

f. Concepto de prevención de la salud oral

El patrón de respuesta en cuanto al concepto de prevención de la salud oral se asocia al concepto anterior, ya que exteriorizan que una adecuada higiene y el evitar el consumo de alimentos cariogénicos, son los medios más efectivos de prevención de la patología oral.

“... usar regularmente el cepillo y el hilo dental, tener una buena alimentación y visitar al dentista...”

Maura

“... es prevenir toda clase de infección o enfermedad en la que tiene que ver la boca, para ello es bueno una higiene rigurosa...”

Marta

“... no consumir azúcares y alimentos que puedan dañar los dientes y encías...”

Crista

g. Higiene oral

La mayoría de las(os) participantes aseguran que el uso correcto del cepillo e hilo dental son fundamentales en el mantenimiento de la higiene. Algunos hablan de la limpieza de la lengua que también es un acercamiento adecuado.

“... cepillarse los dientes diariamente, hacerse limpieza con el hilo dental...”

Lucía

“... mantener una limpieza constante de los dientes, encías y lengua para evitar caries...”

Ursula

“... es tener cuidado con la limpieza de la boca para que no sea el inicio de una enfermedad...”

Crista

h. Técnicas de cepillado y transmisión de conocimientos a los niños (as)

El patrón de respuesta evidencia que los medios de transmisión de conocimientos sobre técnicas de higiene más importantes son la televisión, la comunicación de los padres a los hijos y las indicaciones de los profesionales de los EBAIS. Sin embargo las respuestas dejan entrever un desconocimiento de cual es la técnica de cepillado correcta. Las expresiones siguientes avalan el análisis.

“... los anuncios de la tele es lo mas común de donde uno puede medio aprender algo...”

Ursula

“... la realidad es que yo les digo que se laven bien y siempre estoy encima de ellos, pero que lo hagan bien, eso si quien sabe...”

Marta

“...creo que lo hacen como les dice la dentista del EBAIS, pero yo la verdad no sé como es...”

Carlos

“...cuesta que me haga caso, casi nunca se los quiere lavar, aveces solo con la faja...”

Román

i. Alimentos cariogénicos

En este aspecto el patrón de respuesta se asocia fundamentalmente a las golosinas, “snacks” y toda clase de comida chatarra que los niños(as) pueden comprar en la escuela, donde permanecen más horas. Nuevamente el conocimiento es adecuado, como se observa en las siguientes expresiones.

“...mire doctor, ya usted vio como tiene mi hijo los dientes,... y es que plata que le doy se la gasta o en chicles, o en bolis, o en coca cola y después no se lava...”

Bolívar

“... siempre en la tele y donde el dentista le han dicho a uno que los alimentos dulces y las golosinas...”

*Teresa**“... si uno no se lava los dientes todos los alimentos producen caries...”**Julián**“... a lo que yo le llamo comida chatarra y claro los chicles y todos los confites...”**Lucía****j. Alimentos que consumen los niños en la escuela***

Se devela mediante el patrón de respuesta que los niños(as) consumen en un alto grado, golosinas y comida chatarra en la escuela, igual que las(os) niñas(os) de las otras escuelas, lo cual es constatado por los investigadores. Los participantes evidencian claramente esta problemática pero no toman medidas para evitarlo. La minoría manifiesta desconocimiento al considerar que las galletas, empanadas y jugos son alimentos sanos. Las siguientes expresiones justifican el análisis.

*“..la mayor parte del tiempo yo le hecho en el bulto unas galletas y un jugo y a veces también le doy plata y ahí si que no sé que se comprará...”**Teresa**“a veces se compra cosas que valen la pena, que se yo, una empanada, pero casi siempre son cochínadillas...”**Julián**“...Si les doy plata es casi lógico que se compran o picaritas o cualquier cosa que no alimente, además de bolis...”**Marta****k. Alimentos adecuados.***

En este segmento hubo diversidad de respuestas que ponen en evidencia un buen acercamiento a la alimentación que debe recibir una persona para mantener un buen estado de salud, tanto oral como general. Se expresa que son las frutas, verduras, el pollo y el pescado, entre otros, alimentos de gran calidad nutritiva que se deberían consumir diariamente. Este acercamiento se contradice también con la práctica. A continuación algunos ejemplos de sus expresiones.

“...hay varios alimentos que son muy buenos como las frutas, las verduras, la carne de pollo y de pescado, las hortalizas y los granos...”

Teresa

“... para uno todo es bueno, pero el carajillo es el que tiene que comer comidas saludables y naturales pa’ que crezca bien alentado...”

Marta

“... los cereales, la leche y la carne, eso creo yo...”

Josefina

“... pues todo lo que tenga calcio y vitaminas, como el arroz, los frijoles, las carnes, la leche, las frutas y las verduras...”

Martina

“... yo creo que solo las verduras, las legumbres y alguna carne blanca, pero eso es muy difícil...”

Román

l. Hábitos parafuncionales

En este segmento la mayoría de los participantes desconocen o confunden, si los(as) niños(as) tienen hábitos parafuncionales que afecten su salud oral, siendo este el patrón de respuesta. Tres personas afirman que sus hijos padecen de onicofagia y dos personas expresan que creían que el alto consumo de azúcares por parte de sus hijos era un hábito parafuncional. Las siguientes expresiones ilustran el análisis.

“... claro que sí, comer dulces...”

Martín

“... a mi hijo le encantan los chocolates, en especial los blancos, y eso es un mal hábito...”

Lucía

“...sí, se come mucho las uñas...”

Carlos

“... no sé si tiene malos hábitos, por lo menos nunca me he dado cuenta...”

Felipe

m. Prevención de las enfermedades bucales

El patrón de respuesta evidencia el reconocimiento de la importancia del control de placa

dento-bacteriana es el arma principal en contra de las enfermedades de la cavidad bucal. Le sigue en orden de importancia el mejorar sus hábitos alimentarios e instruirlos en evitar los hábitos parafuncionales, como se observa en las siguientes expresiones.

“... enseñándoles a lavarse los dientes y a comer alimentos sanos...”

Felipe

“... aconsejándoles que se laven los dientes...”

Bartolomé

“...instándolos a no comer golosinas, a lavarse bien los dientes y a usar el hilo dental...”

Lucas

“... se les explica que no hay que meterse las manos sucias a la boca y que no hay que comer dulces...”

Mateo

n. Acceso a la atención odontológica.

En cuanto a la atención odontológica, la mayoría de las(os) participantes acuden a la atención pública (5 al EBAIS de San Rafael y 3 al hospital de Guápiles), 2 refieren asistir a la consulta privada y una no asiste a ningún servicio. Las siguientes expresiones ejemplifican este análisis.

“... cuando logro que nos den cita trato de llevarlos al EBAIS pero a veces cuesta tanto que al final no vamos...”

Mateo

“... nosotros cuando hemos ido, hemos ido al hospital de Guápiles, aunque le cuento que también es difícil lo de conseguir citas...”

Teresa

“... tenemos la costumbre de ir a la consulta privada para mas rapidez...”

Martín

“... hasta ahora como solo la tengo a ella nunca he ido al dentista, con ella...”

Andrea

5.3 Discusión comparativa de los patrones de respuesta del componente cualitativo

a. Concepto de Salud

En las tres escuelas estudiadas, predomina el concepto biologicista de salud, como ausencia de enfermedad. En la escuela de los Angeles se extiende el concepto incorporando aspectos preventivos como la alimentación e higiene.

b. Concepto de Salud Bucal

En correspondencia con el concepto anterior, la salud bucal se interpreta también en las tres escuelas, como una boca sana libre de patologías. En los tres grupos se amplía el concepto, tomando en cuenta una buena alimentación y la adecuada higiene de la cavidad oral.

c. Causa de los problemas dentales de los hijos(as)

Las madres, padres y encargados(as) participantes de las tres escuelas, identifican claramente las principales causas de los problemas orales de sus hijos(as) (falta de higiene y la alta ingesta de azúcares).

d. Concepto de prevención de la salud oral

Las(os) participantes de las tres escuelas tiene un patrón de respuesta adecuado, en el que relacionan la prevención con métodos de higiene. En la escuela Los Angeles se amplía el concepto con visitas frecuentes al dentista y en San Rafael con una disminución en el consumo de azúcares.

e. Higiene Oral

El patrón de respuesta de las(os) participante en las tres escuelas es el de la limpieza de la cavidad oral, con el uso del cepillo dental; la escuela de San Rafael, incorpora dentro del patrón de respuesta el uso del hilo dental.

f. Técnicas de cepillado y transmisión de conocimientos a los(as) niños(as)

Los participantes de La Central tienen como patrón de respuesta al haber transmitido a sus hijos(as) la técnica de cepillado del “doctor Muelitas”. En Los Angeles domina la falta de conocimientos y control hacia sus hijos(as). San Rafael manifiestan un acceso a la información televisiva y al igual que la escuela anterior un desconocimiento de técnicas adecuadas.

g. Alimentos cariogénicos

Las personas participantes en las tres escuelas en estudio, reconocen que los alimentos ricos en carbohidratos son los que más producen caries. (golosinas, gaseosas, etc.).

h. Alimentos que consumen los(as) niños(as) en las escuela

En las tres escuelas, las(os) participantes en sus respuestas, evidencian que los alimentos consumidos por sus hijos(as), son en su mayoría confites, comida chatarra, que tienen un alto grado de carbohidratos.

i. Alimentos adecuados

En su mayoría, las(os) participantes saben cuales alimentos son adecuados para la salud de sus hijos(as). No hay diferencia en el patrón de respuesta entre escuelas.

j. Hábitos parafuncionales

La mayor parte de los participantes confunden o desconocen si sus hijos(as) tienen hábitos parafuncionales o no. Lo que se logra rescatar es que las personas participantes manifiestan que algunos de sus niños(as) comen uñas o chupan objetos.

k. Prevención de las enfermedades bucales

Se identifica en los patrones de respuesta un pensamiento de cambio en las tres escuelas (hábitos alimentarios, técnicas de higiene). Solo en Los Angeles se toma al odontólogo en el campo de la prevención.

l. Acceso a la atención odontológica.

La mayor parte de las persona participantes aseguran recibir tratamiento odontológico en la CCSS. La minoría dice no recibirlo en ninguna parte.

Capítulo 6

Conclusiones y recomendaciones

CAPÍTULO 6

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1 CONCLUSIONES

Por el carácter mixto del estudio, las conclusiones se organizan en tres apartados: Uno relativo a los resultados del componente cuantitativo, otro de las conclusiones del componente cualitativo y un tercer apartado en que se sintetizan los hallazgos de ambos componentes.

1.1 Conclusiones componente cuantitativo

1.1.1 Con relación a las características sociodemográficas se concluye que

1- La mayoría de los responsables de los niños(as) de la muestra de investigación, tiene un nivel educativo de secundaria incompleta.

2-El promedio de ingresos mensuales tanto familiares como percápita se corresponden con los niveles socioeconómicos estudiados. Mayores en la Escuela Central de Guápiles, medios en la Escuela Los Angeles y menores en la Escuela San Rafael .

3-En la muestra estudiada hay un predominio relativo del género masculino.

4-Los responsables de los niños(as) estudiados, refieren que la Escuela es la principal fuente de instrucción sobre la higiene oral; sin embargo en las escuelas, no les permiten tener cepillos y pasta dental. En el hogar muy pocos niños reciben este adiestramiento.

5- Los niños(as) de las zonas más alejadas San Rafael y Los Parques, refieren tener más APP, siendo los más importantes las enfermedades respiratorias. Esto puede explicarse debido a la exposición permanente de químicos en las plantaciones bananeras, en especial el riego aéreo.

1.1.2 En lo relativo al estado de salud oral se tiene que:

6-Los índices de placa promedio encontrados en las Escuelas Central de Guápiles y Los Angeles de nivel alto y medio, son moderados; en la Escuela San Rafael de nivel bajo, son leves y en Zona Parques también de bajo nivel son severos. Esto puede explicarse por el tipo y acceso a los productos cariogénicos, a los implementos de limpieza bucal y a la atención odontológica.

7-El índice de caries de los niño(as) estudiados es leve debido a las cortas edades de los sujetos en estudio. Coincide este período, con la erupción de piezas dentales permanentes ante las que los índices de caries moderados y altos, no han hecho estragos.

8-Aunque en la mayoría de los casos los niños(as) se lavan los dientes tres veces al día, el índice de placa general promedio va de moderado a severo. Esta aparente contradicción se explica por el uso inadecuado de técnicas de cepillado.

9- Los enjuagues bucales refieren, se utilizan solo ocasionalmente. Hay que tomar en cuenta además, que éstos solo actúan sobre dientes libres de placa dental.

10-La mayoría de los niños(as) refieren comer entre 3 y 4 veces diarias. Esto sumado a las inadecuadas conductas de higiene oral, explica los índices de placa encontrados.

11-El tipo de alimentos que más consumen los niños(as) del grupo en estudio son los productos lácteos y las frutas.

12-En cuanto a los hábitos parafuncionales más frecuentes, en el grupo de estudio están en orden de importancia: el morder objetos extraños, la onicofagia, el rechinar los dientes (bruxismo) y el chupar dedos.

13-La Escuela Los Angeles, de mediano nivel socioeconómico, tiene un CPOD de 7,04; la Escuela Los Parques de nivel socioeconómico más bajo es de 6,46; las escuelas Central de Guápiles que es la de más alto nivel socioeconómico y la de San Rafael que es también de bajo nivel tiene un CPOD similar (5,0 y 4,94 respectivamente). (No se debe olvidar que el CPOD es el índice promedio que involucra la relación entre dientes cariados, perdidos y obturados de los diferentes subgrupos entre el total de casos por grupo).

1.2 Conclusiones del componente cualitativo

a. El concepto de salud que predomina en los participantes, es biologicista asociado siempre a la ausencia de la enfermedad; es ampliado tomando en cuenta aspectos preventivos.

b. Consecuentemente con el concepto anterior, el concepto de salud bucal que predomina es el de ausencia de enfermedades orales ampliado a aspectos preventivos, como los nutricionales y de higiene,

c. La causa más importante de los problemas y patologías dentales de los niños(as), identificada es la ausencia de una disciplina de higiene oral debido a prácticas inadecuadas. Otras reconocidas como importantes son el consumo excesivo de azúcares y carbohidratos.

d. Existe una contradicción entre el acercamiento conceptual de los procesos de salud - específicamente de la salud oral - y las conductas relacionadas.

e. Se tiene patrón claro del concepto de higiene oral, aunque desconocen la importancia de aplicar adecuadamente las técnicas necesarias para mantenerla, mediante hábitos adecuados.

f. El patrón identificado en los(as) participantes habla a favor de su escaso interés, en ser agentes de transmisión de conocimientos sobre la salud oral y de controlar las técnicas de cepillado de los niños(as) estudiados.

g. Hay una contradicción entre el amplio conocimiento de los responsables de los(as) niños(as), acerca de cuáles son los alimentos cariogénicos, los aspectos que involucran la patología dental y la falta de conciencia e incapacidad para velar porque sus hijos adquieran hábitos adecuados.

h. Respecto a los alimentos que los(as) niños(as) consumen en las escuelas predominan los altamente cariogénicos; además de que la escuela no asegura los medios para que éstos mantengan su higiene oral, durante el período en que permanecen en el centro educativo.

i. Hay un conocimiento ampliado de cuáles son los alimentos adecuados que los escolares deben consumir, pero no siempre pueden asegurarlos, debido al acceso que su condición de vida les permite.

j. Entre los hábitos parafuncionales que más afectan a los niños(as) en estudio se identifican la onicofagia y el morder objetos como lápices etc.; sin embargo los padres no dan la importancia a este aspecto.

k. Por la condición de vida, la mayoría de los participantes reciben atención odontológica pública (EBAIS y Hospitales de la CCSS), unos pocos tienen la capacidad económica de recibirla en forma privada y algunos definitivamente no reciben ningún tipo de atención.

1. El proceso participativo seguido con los responsables del grupo en estudio, permitió motivarlos hacia un cambio de actitud hacia la prevención de la salud oral, lo cual es aprovechado para el plan piloto.

1.3 Conclusiones integradoras

1. Los encargados tienen un concepto claro de higiene oral, sin embargo desconocen las técnicas adecuadas, esto se refleja en los índices de placa encontrados.

2. El aumento en la frecuencia del cepillado no siempre se manifiesta en favor de la disminución del índice de placa, debido probablemente a malas técnicas de cepillado.

3. Los responsables debido al poco interés de ser agentes de transmisión de conocimientos sobre la salud oral y de controlar dichas técnicas, no han sido un refuerzo en pro de las conductas de higiene oral.

4. Los encargados tienen un conocimiento sobre los alimentos altamente cariogénicos pero se sienten incapaces, por falta de conciencia o por sus obligaciones diarias, para controlar la ingesta de estos.

5. Los alimentos que el grupo en estudio más consumen en sus casas, son los productos lácteos y las frutas, sin embargo en la escuela consumen alimentos altamente cariogénicos que no favorecen la salud oral de los mismos.

2. Recomendaciones

- a. Tomar en cuenta la participación real de las(os) docentes, padres, madres de familia y líderes de las distintas comunidades, como un recurso potencial en el logro de una mejor salud oral del grupo estudiado.
- b. Trabajar para trascender la actitud de indiferencia de los participantes hacia la toma de conciencia de su papel en el autocuidado de la salud oral de los niños(as).
- c. Poner en práctica el plan de prevención y educación, que se propone a continuación y evaluar sus resultados.
- d. Ajustar el plan y proponerlo al Ministerio de Salud y CCSS, como una contribución que puede ser llevado a cabo en poblaciones con características similares.

PLAN DE PREVENCIÓN Y EDUCACIÓN, GUÁPILES 2001

“PEQUEÑOS CON GRANDES SONRISAS ”

Objetivo General

Educar a los responsables de los niños(as) y a los docentes para disminuir el índice CPOD a valores iguales o menores de 4.0 y el índice de placa a niveles entre el 20% - 30% en los(as) estudiantes de las escuelas evaluadas y en sus familias.

Objetivos Específicos

1. Analizar los resultados del estudio diagnóstico, con los grupos y con las escuelas participantes, para concientizar a los padres, madres o encargados del rol que juegan en la prevención de la salud oral.
3. Disminuir el índice de placa en los(as) niños(as) a valores entre el 20%-30%
4. Reducir el índice CPOD a valores aceptables, iguales o menores a 4.0 por escuela.

Población Meta

Todos los niños(as) de las tres escuelas estudiadas y sus familias, además del personal docente. Escuela de San Rafael 1350 niños(as), Los Angeles 1475 y La Central de Guápiles 3525 niños(as), para un total de 6350 niños(as). El plan también estará dirigido al personal docente de las escuelas, aproximadamente ochenta y ocho personas.

Organización

El programa estará a cargo de los investigadores en coordinación con el Dr. Joseph Ulate de la CCSS, (Lic. Odontólogo responsable de los programas de prevención en el Cantón de Pococí), la Dra. Xinia Chacón, médico general responsable de las finanzas y el personal docente de cada escuela.

Recursos Humanos

Los investigadores, personal de la CCSS, los grupos participantes en el estudio, el personal de las escuelas.

En la Escuela Central de Guápiles hay un cuerpo docente de aproximadamente cuarenta y ocho profesores. En la Escuela Los Angeles hay alrededor de veinticinco docentes y en San Rafael hay quince maestras, para un total de ochenta y ocho maestras(os).

Para el programa se requiere de personal auxiliar en el cual juega un papel fundamental los responsables y los docentes que se comprometan con el plan.

En la Escuela Central se necesitan 8 docentes, en Los Angeles 6 y en San Rafael 4, para un total de 18 participantes. Estos colaboran como auxiliares, encargados(as) de realizar el auto control de placa, capacitar en técnicas de prevención, velar por que todo estudiante tenga su cepillo dental en horas de clase, colocado en un “cepillero” higiénico (ventilado y que impida la entrada de insectos). Por otra parte se encargarán de colocar espejos en las áreas que comúnmente se utilizan para lavarse los dientes.

Para motivar a los encargados de los niños(as) se les propone una meta de un I.P. igual o menor al 25%. Si sus hijos(as) lo cumplen se les premiará con la rehabilitación de sellantes de fosas y fisuras de forma gratuita. En el caso contrario que no se llegue a esta meta, su aplicación tendrá un costo de ₡ 500.00 por cada sellante.

Para los docentes comprometidos con el programa se les motiva con un reconocimiento de ₡ 10000.00 mensuales. Para la sección que logre disminuir su I.P. en mayor escala, se les premiará con una visita a las instalaciones de la Compañía Colgate-Palmolive, con los gastos de transporte y alimentación pagos, podrán conocer el proceso de fabricación de los productos de cuidado oral que dicha empresa produce.

Recursos materiales

Recursos Internos

Se cuenta con el apoyo económico de la Junta de Educación de cada escuela, para lo que se realizarán, bingos y rifas que permitan la recaudación de fondos.

Por otra parte se acude a las Juntas de Salud, presentándoles el proyecto y solicitando financiamiento, monetario o en materiales dentales.

Recursos Externos

Donaciones

Para solicitar donaciones se coordina con las instituciones a saber: Colgate-Palmolive, Oral-B, Smith Kline Beecham.

En la Colgate-Palmolive se contacta, vía fax (293-7171), a la Dra. Patricia Cruz, explicándole el programa, los responsables, el lugar de ejecución, la fecha, la cantidad y tipo de ayuda que se solicita. Dentro de la donaciones se solicita cepillos y pastas dentales, afiches alusivos a la prevención oral, videos, etc.

En la Oral-B se envía la información a la Dra. Jéssica Báez y se concerta una cita al teléfono 283-9910 para explicar el programa y el tipo de donación que se necesita.

En Smith Kline Beecham se contacta con Alejandra Castillo, asistente de mercadeo al teléfono 253-5380 y se le solicita las donaciones respectivas.

Metodología

Se utiliza una metodología participativa, que facilite el logro de la incorporación de hábitos saludables en la población escolar y en sus familias. Consiste en realizar reuniones focalizadas con los responsables de los niños(as) y con los docentes durante cinco noches, cada trimestre y en cada escuela, con una asistencia máxima de **doce** participantes, en la que se discuten diversas actividades educativas:

- Estructura dental y ligamentos del periodonto (60 minutos).
- La caries dental, su etiología y diferentes clases (60 minutos).
- Enfermedad periodontal, etiología y sus consecuencias (60 minutos).
- Técnicas de higiene oral: uso del hilo dental o un sustituto hecho en casa, cepillado (técnica Stillman Modificado) y el uso de colutorios dentales (60 minutos).
- Índices de higiene, modo de empleo del revelador de placa bacteriana y uso del Registro de Higiene Oral (60 minutos).

Para efectos de evaluación se hará un examen al final de cada sesión. A los participantes se les otorgará un certificado de participación, con el fin de motivar su participación.

Actividades que deben ser incorporadas en el plan

- ◆ Autocontrol de la Placa Dental, mediante la capacitación de personal docente en el manejo de técnicas de cepillado y uso del hilo dental. Realizado por el personal auxiliar.
- ◆ Educación en salud oral a los niños(as), padres de familia y docentes.
- ◆ Control de la Dieta
- ◆ Realización de profilaxis dentales
- ◆ Aplicaciones de flúor tópico cada seis meses.
- ◆ Protección de piezas dentales con sellantes de fosas y fisuras

Coordinación con la CCSS

Se envía el programa de trabajo al Doctor Joseph Ulate (odontólogo encargado de los EBAIS en Guápiles) con la siguiente información:

- a. Cuál es el plan, que objetivos tiene y cuál es la proyección que esperamos. Discutirlo y pedir su aprobación. Para ello se firmará un acuerdo con el director, la Junta de Educación, con el personal docente, que garantice un compromiso para su cumplimiento.
- b. En coordinación con el director de cada escuela se el permiso para ejecutar el programa.
- c. Cooperación de los(as) docentes para realizar funciones de control y organizativas en las escuelas. Para ello recibir la capacitación adecuada por medio charlas educativas. Se realizan cinco reuniones, una por día cada trimestre con duración de sesenta minutos cada una. Las mismas estarán a cargo de los investigadores. Parta efectos de evaluación se hará un examen al final de cada sesión. A los participantes se les otorgará un certificado de participación, con el fin de motivar su asistencia y colaboración.
- d. Reunir a los padres de familia de cada sección para darles charlas de prevención de la salud oral como lo son las técnicas de cepillado el uso del hilo dental, el uso de enjuagues, los alimentos cariogénicos, y la relación que hay entre el tipo de ingesta con la frecuencia, el tiempo y consistencia del mismo. Dichas charlas se realizan una vez por trimestre y su duración es de dos horas. De igual forma se realizará una evaluación escrita con el fin de buscar los puntos débiles de los responsables en cuanto a prevención se refiere. Se entregarán a los encargados certificados de participación.
- e. Buscar un aula adecuada que cumpla con los requisitos mínimos (agua, luz y ventilación) para poder colocar un equipo dental portátil.
- f. Hacer entrega y discutir con los directores y las Juntas de Educación de cada escuela un cronograma de actividades en donde se incluya: fecha y hora de las

- reuniones con las(os) docentes; fecha y hora de las charlas con los encargados de los niños(as); fecha y hora de los días en que se dará atención a los niños(as) en el centro educativo y pedir la aprobación.
- g. Solicitar a las(os) docentes programar citas para cada visita de la móvil dental, con una asistencia de aproximadamente 21 pacientes por día. De esta forma se garantiza un tratamiento dental de calidad. (3 pacientes por hora, máximo) Una vez con las fechas y con el rol de atención de los(as) niños(as) (21 por sesión) el Dr. Joseph Ulate se encarga de solicitar la móvil dental para esos días de atención.
- h. Se divulgará el programa de prevención por medios de comunicación, locales (Radio Pococí 1600 A.M. y Radio Nueva 1140 A.M.), con el fin de darle un nivel mayor de importancia y por lo tanto mayor compromiso por parte de los participantes.

Nota

Los niños(as) de la escuela Central de Guápiles se llevan a los EBAIS No.1 y No.2, para su atención. En el caso de las escuelas San Rafael y Los Angeles, se contará con la móvil dental de la CCSS.

Se recomienda contar con una unidad dental en alguna escuela, que sea propiedad de los investigadores para que el trabajo sea más eficiente.

Coordinación con las Juntas de Salud

Las Juntas de Salud nacen a partir del año 2000, mediante la ley 7852, llamada Desconcentración de Hospitales. Estas están constituidas por siete miembros: tres representantes que estén asegurados por la CCSS, de la zona, dos delegados patronales y dos de agrupaciones sociales (www.info.ccss.sa.cr/junta03.htm)

Funciones de la Junta de Salud:

1. Fiscalizar el funcionamiento, la eficiencia y el cumplimiento de las normas aplicables al establecimiento de salud.

2. Informar a la junta directiva los asuntos de su competencia relacionados con el centro de salud.
3. Colaborar con el director de los hospitales y clínicas en la elaboración de los anteproyectos y modificaciones presupuestarias de estos centros.
4. Velar por la correcta ejecución del presupuesto aprobado.
5. Emitir criterio en la elección de sus representantes.
6. Realizar actividades como conferencias, ferias de salud, campañas educativas de saneamiento y conservación del medio, sobre derechos y deberes de los usuarios con el fin de educar a la comunidad.
7. Conocer los estudios respecto a la satisfacción de los usuarios externos e internos y solucionar posibles problemas.
8. Promover procesos orientados al fomento de la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud (Op-cit.).

Inventarios

INVENTARIO DE MATERIALES			
Material	Cantidad	Costos (colones)	TOTAL (colones)
Los resultados del estudio	30 Resúmenes Ejecutivos	300 x ₡ 5.00	₡1500
Afiches	45 (comedores, baños, sodas y pabellones)	Donados por empresas afines.	₡0.00
Boletines (charlas)	2000 (padres, docentes)	₡52.5	₡105000.00
Rotafolios	3 (uno por cada escuela)	₡10000.00	₡30000.00
Papel periódico	1 ciento 60 x 85cm.	₡25.00	₡2500.00
Marcadores.	15	₡233.30	₡3500.00
Guantes desechables	6350 pares	₡24 el par	₡152400.00
Suctores de Saliva	12700 Suctores	₡16 cada suctor	₡203200.00
Glutaraldehido (Tiodex)	25 litros	25 x ₡3250.00	₡81250.00

Anestesia local 2%	60 Botes x 50 cada una	₡ 6000.00	₡360000.00
Brocas	500	₡450.00	₡225000.00
Gasa	10 paquetes x 100	10 x ₡1200.00	₡12000.00
Agujas	30 cajas x 100 agujas	30 x ₡1700.00	₡51000.00
Cuadro para planificación de las actividades del plan.	5 (uno por escuela, uno para la CCSS y para los investigadores)	₡2000.00	₡10000.00
Algodón (Rodillos)	1950 x 500 unidades por cada sellante se utilizan 2 rodillos aprox.	16 x ₡4.00	₡406400.00
Sellante de Fosas y Fisuras	6250 c/ jeringas 3M 45 sellantes por jeringa (6350 niños x 8sellantes) 50800 sellantes x 6250/45	₡1111.00	₡705555.00
Flúor	3200.00 (6350 niños/50=127)	127x ₡3200.00	₡406400.00
Revelador de Placa Bacteriana	1700 por cada 500 niños 13 frascos	13 x ₡1700.00	₡22100.00
Cepillos para profilaxis	83.00 unidad	₡83.00 x 6350	₡527050
Espejos	12	12 x ₡1500.00	₡18000.00
Cepilleros Metálicos	44 (Dobles)	44 x ₡3500.00	₡154000.00
Piedra pómez	400 kilo	6 x ₡400.00	₡2400.00
Personal Auxiliar	18 docentes	60 x ₡180000.00	₡10800000.00
TOTAL			₡20611255.00

*Fuente COOPEDENT R.L.

El total de dinero que se requiere por niño(a) en el transcurso de cinco años es de ₡20611255/6350 niños(as) = ₡3246.00. Los costos mensuales del plan: ₡20611255.00/60 meses = ₡343520.00

La compra de material y equipo se hace por medio de la modalidad de licitaciones públicas y la realiza la Dra. Xinia Chacón. Los EBAIS tienen un “*stock*” cuyo proveedor es el Hospital

de Guápiles. De esta manera los investigadores no aportarán recursos económicos en la obtención de materiales, instrumental o equipo dental.

Una vez aprobado el programa de prevención y educación la CCSS podrá aportar lo siguiente:

- todos los materiales necesarios
- la móvil dental
- instrumentos de operatoria y exodoncia, piezas de mano
- horno esterilizador
- lámpara de fotocurado
- afiches de educacionales

La mano de obra profesional, auxiliar y gastos afines corren por parte de las Juntas de Salud, Juntas Educativas.

El inventario es llevado por una asistente, en este caso por los investigadores. Consiste en una “hoja de control de gastos diarios”, en la que se anota cada material utilizado por persona atendida, en cada operación.

Control

El control de calidad es responsabilidad de cada operador, en este caso del odontólogo a cargo. Esto debido a que la CCSS contempla, con mayor énfasis, el número de acciones realizadas en determinado tiempo y lleva un estricto control de estadísticas en su labor. De esta forma la inversión se justifican con el control de gastos diarios.

Criterios de Evaluación del programa

Una vez iniciado el programa, al final de cada trimestre, se realizarán índices de placa a cinco estudiantes de cada sección, elegidos al azar. Se comparan el I.P. inicial y el final. Los resultados se envían a los(as) auxiliares y encargados.

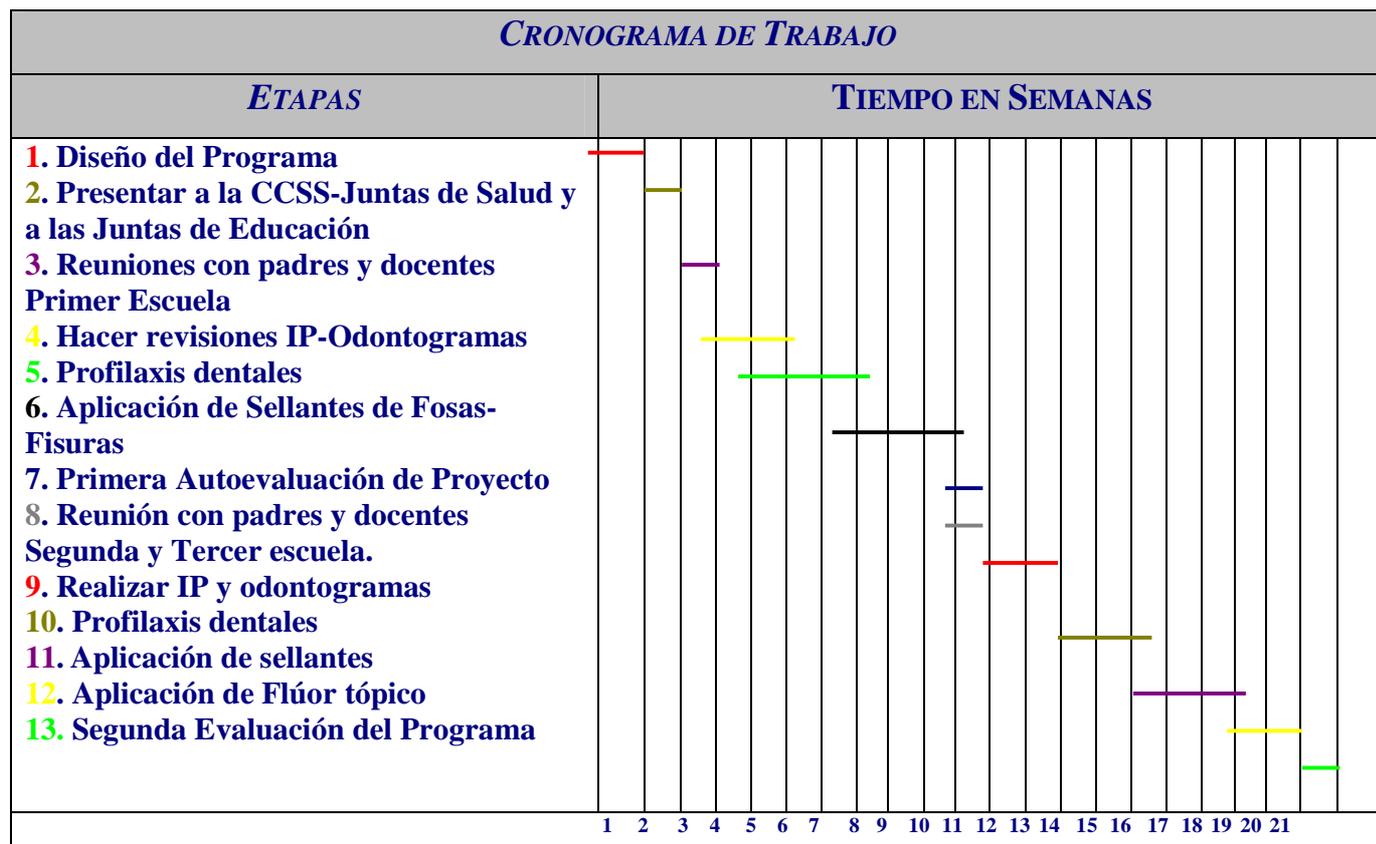
Se envían encuestas trimestrales a los encargados, solicitando que evalúen el programa. De igual forma se hace con las(os) docentes.

Se enviarán a las Juntas de Salud y Educación los reportes trimestrales con el fin de que puedan fiscalizar el programa. Con esta información se analiza la eficacia del programa de educación y prevención en salud oral.

Beneficios

Los beneficios que se alcanzan son sin afán de lucro por lo tanto:

- 1 Se beneficia la CCSS ya que se amplía la cobertura de los programas preventivos a lugares suburbanos con una reducción de costos.
- 2 Los beneficiados serán los niños(as) del programa, así como sus respectivas familias al cambiar sus hábitos de higiene y conceptos de salud.
- 3 La satisfacción de los futuros graduados de ULACIT como profesionales comprometidos con las necesidades de un sector de la sociedad limitado y a la vez como formar un programa para enfrentar el futuro

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

A continuación enumeramos por medio de cuadros las principales labores realizadas por el Ministerio de Salud durante los años de 1994 y 1998.

**MINISTERIO DE SALUD
INFORME DE LABORES 1994-1998**

**CUADRO 1
PORCENTAJE DE ESCOLARES CON TRATAMIENTO TERMINADO
DE ACUERDO A MATRÍCULA TOTAL Y ATENDIDOS
POR AÑO, COSTA RICA**

AÑO	ESCOLARES MATRICULADOS	ESCOLARES TERMINADOS	%	ESCOLARES ATENDIDOS	ESCOLARES TERMINADOS	%
1994	495879	35949	7	145976	35949	25
1995	507037	37795	7	162309	37795	23
1996	518603	72711	14	123203	72711	59
1997	525273	52934	10	190706	52934	28
			TOTAL	622194	199389	32

Fuente: Departamento de Odontología, Ministerio de Salud, Costa Rica 1994-1997

Departamento de Estadísticas, Ministerio de Educación, Costa Rica 1994-1997

**CUADRO 2
COBERTURA POR AÑO DEL PROGRAMA
DE ODONTOLOGÍA, COSTA RICA.**

Año	Escolares Matriculados	Escolares Atendidos	%
1994	495879	145976	30
1995	507037	162309	33
1996	518603	123203	24
1997	525273	190706	36

Fuente: Departamento de Odontología, Ministerio de Salud, Costa Rica 1994-1997

Departamento de Estadísticas, Ministerio de Educación, Costa Rica 1994-1997

CUADRO 3
CPOD EN COSTA RICA
POR AÑO

AÑO	CPOD	CLASIFICACIÓN O.M.S.
1966	12.6	MUY SEVERO
1984	9.4	MUY SEVERO
1988	8.4	MUY SEVERO
1992	4.9	SEVERO
1996	4.4	MODERADO

FUENTE: DEPTO. DE ODONTOLOGÍA
MINISTERIO DE SALUD, 1966- 1996 COSTA RICA.

CUADRO 4
INDICE C.P.O.D. POR PROVINCIA- COSTA RICA-1992

PROVINCIA	C.P.O.D	CLASIFICACIÓN
PUNTARENAS	6.05	SEVERO
GUANACASTE	5.03	SEVERO
ALAJUELA	4.93	SEVERO
CARTAGO	4.92	SEVERO
SAN JOSÉ	4.91	SEVERO
HEREDIA	4.28	MODERADO
LIMÓN	4.00	MODERADO

FUENTE: MINISTERIO DE SALUD, DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGÍA.

CUADRO 5
C.P.O.D. POR CANTÓN,
COSTA RICA, 1992

CANTÓN ESCOLAR	C.P.O.D.	POBLACIÓN
LOS CHILES	9.70	5175
MORA	8.76	3088
PURISCAL	7.77	4886
ESPARZA	7.64	4673
SAN MATEO	7.50	912
SAN CARLOS	7.18	19923
MONTES DE ORO	7.18	1674
SAN ISIDRO	6.73	2830
TILARÁN	6.55	3648
PUNTARENAS	6.45	20067
	TOTAL	66858

FUENTE: MINISTERIO DE SALUD, DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGÍA.

Bibliografía

BIBLIOGRAFÍA

1. Alpízar, Minor. Curso Morfología Dental, Notas de clase, 1997.
2. Bascones Antonio. Tratado de Odontología. Ediciones Avances. Madrid, España, 2000.
3. Breilh, Jaime. Nuevos Conceptos y técnicas de investigación. Quito, Ecuador: Centro de Estudios y Asesorías en Salud, 1995.
4. Camacho, Eyda María; Máster en Salud Pública, “Epidemiología y conceptualización de la Salud-Enfermedad”. En: Camacho C., E. M., Bergonzoli, G., Manual de Capacitación en Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Infectocontagiosas, Departamento de Salud Pública, Escuela de Medicina, UCR, Ministerio de Salud, OPS/OMS, 1994.
5. Camacho, Eyda María; MA en Salud Pública. **“Reflexiones sobre el pensamiento Epidemiológico”**, En; Revista de Ciencias Sociales, Universidad de Costa Rica, N.57, Set, 1992, pp: 121-129.
6. Colgate. Panfleto Educativo.
7. Haug, Rebecca. Conceptos y Conductas en relación a la salud oral. Trabajo Final de Graduación para optar por el grado de Licenciatura en Odontología. ULACIT 1998.
8. Hernández, Sampieri Roberto. Método de la investigación. Segunda edición. Editorial Mac Graw Hill. 2000
9. Katz, MC Donald. Odontología preventiva en acción. Tercera edición. México. Editorial Médica Panamericana. 1993.
10. Lastres Carlos. Fisiología. Notas de clase, 1997.
11. Ministerio de Salud. Documento sobre Reforma del Sector Salud. 1994.

12. Ministerio de Salud. Como es la prevención odontológica en Centro Infantil?
13. Salleras, Martí Luis. Educación Sanitaria. Editorial Diaz de Santos. Primera edición, 1985.
14. Terris, Milton. Conceptos sobre promoción de la salud: Dualidades en la teoría de la Salud Publica. Presentado a la Conferencia sobre la 13.-Implementación de la estrategia de la promoción de la Salud en la O.P.S, Washington D.C, 1992.
15. Villalobos, Laura y Acuña, Fanny. Estado de salud oral e incidencia de la pérdida prematura de dientes temporales en niños(as) de preescolar de tres escuelas del área metropolitana. Trabajo Final de Graduación para optar por el grado de Licenciatura en Odontología. ULACIT 1999.
16. Yopez Patricio, Consultor OPS/OMS. La Salud Bucal En América Latina. Presentado en la VII Conferencia de Facultades, Escuelas y Departamentos de Odontología de América Latina, en Buenos Aires, Argentina, Mayo, 1993.
17. www.info.ccss.sa.cr/junta03.htm

Anexos

Anexo 1**DATOS GENERALES DEL PARTICIPANTE**

1- Nombre del padre, madre o encargado: _____

2- Escuela a la que asiste el niño _____

3- Teléfono _____

4- Edad _____

5- Ocupación _____

6- Estado Civil _____

7- Número de hijos _____

8- Numero de personas que viven con usted _____

9- Número de personas que trabajan o tienen ingresos en su hogar _____

10- Ingresos mensuales en su hogar _____

11- Habita casa: Propia () Alquilada () Prestada ()

12- Nivel de educación de los padres: Primaria completa () Primaria incompleta ()

Secundaria completa () Secundaria incompleta () Universitaria () Técnica ()

Gracias por su apoyo

Anexo 2**FICHA DE INVESTIGACIÓN DEL NIÑO****Antecedentes Patológicos del niño (a)****1- Enfermedades que padece**

- a- del corazón () b- respiratorias () c- convulsiones () d- desnutrición ()
e- otras ()

2- Hábitos higiénicos

- a- Frecuencia de cepillado por día 1 () 2 () 3 () 4 ó mas ()
b- Con que frecuencia utiliza su hijo(a) hilo dental : siempre () ocasionalmente ()
nunca ()
c- Utiliza su hijo (a) enjuagues bucales () siempre () ocasionalmente () nunca
d- Come alimentos entre comidas si () no ()
e- Frecuencia con que visita su hijo (a) al dentista una vez por año ()
cada seis meses () mas de 2 veces al año ()
f- La asistencia odontológica que regularmente recibe es: Estatal () Privada ()
g- Le han explicado alguna vez como conservar y mejorar la salud oral: si () no ()
¿Dónde? Escuela () Casa() Dentista() Otro ()

3- Hábitos alimentarios

- a- Número de ingestas que realiza su hijo (a) al día ()

TIPO DE ALIMENTACIÓN	TODOS LOS DÍAS	2 Ó 3 VECES POR SEMANA	NUNCA
Carne	()	()	()
Vegetales	()	()	()
Frutas	()	()	()
Lácteos	()	()	()

4- Hábitos parafuncionales

- Su hijo(a): a- Come uñas () b- chupa dedo () c- muerde cosas ()
d- rechina los dientes ()

Entrevistó _____

Anexo 3

ODONTOGRAMA

Anexo 4

INDICE DE HIGIENE ORAL

Anexo 5**CIRCULAR**

Estimados padres de familia

Por este medio se les comunica que el día _____ mes _____ del 2000 se realizara una reunión de padres de familia; la reunión se realizara a las _____ horas. Con el fin de informarles sobre el estado de salud oral de sus hijos (as) y a la vez dialogar con ustedes sobre aspectos referentes a la salud oral, que tanto nos preocupa.

Se les ruega su asistencia, ya que es de mucha importancia para el bienestar de su familia. Del mismo modo la información que nos puedan brindar nos ayudara a concluir nuestra investigación.

Agradeciéndoles su colaboración se despiden;

Profesora

Bismarck Herrera V.

Marcos Mora M.

Anexo 6**GUÍA DE ENTREVISTA**

- 1- ¿Qué es salud?
- 2- ¿ Qué entienden ustedes por salud oral?
- 3- ¿Cuál es la causa de los problemas dentales de sus hijos e hijas?
- 4- ¿ Cómo evitan ustedes los problemas de salud oral?
- 5- ¿ Qué piensa usted que es la higiene oral?
- 6- ¿ Enseña usted a su hijo (a) a lavarse los dientes ?
- 7- ¿ Controla usted cómo y cuando lo hacen?
- 8- ¿ Conoce usted la importancia de la higiene en general ?
- 9- ¿ Cuáles alimentos que consumen sus hijos e hijas producen caries?
- 10- ¿ Controla usted el consumo de estos?
- 11- ¿ Cuáles alimentos considera usted que deberían consumir sus hijos(as)?
- 12- ¿ Como puede usted ayudar a sus hijos (as) en la prevención de enfermedades bucales?
- 13- ¿ Reciben usted y su familia tratamiento dental?
- 14- ¿ Dónde?
- 15-¿ Con qué frecuencia?

Anexo 7**MAPA DE CÓDIGOS**

Concepto de salud	
Concepto de Salud Oral	
Causas de los Problemas Dentales	
Higiene Oral	
Alimentación	
Hábitos alimentarios	
Otras costumbres o hábitos relacionados	
Calidad y acceso a la atención	

Anexo 8

PLAN DE ANÁLISIS

<i>Categoría</i>	<i>Estrategia de segmentación</i>	<i>Análisis</i>
<i>Concepto de salud</i>	<i>Se subrayan los segmentos alusivos al concepto de salud con el color rojo </i>	<i>Se descontextualizan los segmentos y se busca el patrón de respuesta. Se efectúa el análisis tomando en cuenta los criterios teóricos</i>
<i>Concepto de salud oral</i>	<i>De la misma forma se identifican los segmentos acerca del concepto de salud oral con el color verde </i>	<i>Se procede de forma similar, buscando los patrones de respuesta y contraponiéndolos con la teoría.</i>
<i>Razones del estado de salud oral de sus hijos(as)</i>	<i>Con el color azul , se identifican los segmentos alusivos a las comprensión de las causas del estados de salud oral.</i>	<i>Se organizan los segmentos en la categoría respectiva, buscando los patrones de respuesta y comparándolos con la teoría descrita.</i>
<i>Higiene oral</i>	<i>Se identifican los conceptos alusivos a la higiene oral, con el color mostaza </i>	<i>Se efectúa el análisis de los segmentos, buscando los patrones respectivos y analizando el nivel de acercamiento con los conceptos científicos esbozados</i>
<i>Hábitos alimentarios</i>	<i>Se identifican los conceptos alusivos a los hábitos alimentarios con el color gris </i>	<i>Se realiza el análisis de los segmentos, buscando los patrones respectivos y el nivel de acercamiento con los conceptos científicos</i>
<i>Otros hábitos parafuncionales</i>	<i>Se identifican los segmentos relacionados a los hábitos parafuncionales con el color rosado </i>	<i>Se organizan los segmentos y se busca el patrón de respuesta. Se efectúa el análisis de acuerdo a los criterios teóricos.</i>

