

Estado de salud bucodental y sus determinantes en la población escolar de dos distritos de Poás, 2010

**Dra. Flor de M^a Campos Arias*

RESUMEN

Este estudio refiere a una investigación sobre el estado de salud bucal, y sus determinantes en los alumnos de las escuelas Luis Rodríguez Salas y Monseñor Delfín Quesada, de los distritos de San Rafael y Sabana Redonda del cantón de San Pedro de Poás, de la provincia de Alajuela, Costa Rica. La muestra estudiada fue de 127 alumnos, de 2º, 4º y 6º, a quienes se les valoró su condición de salud e higiene. A los padres de los niños se les aplicó un cuestionario sociodemográfico de 55 preguntas que incluyeron también, la información de prácticas higiénicas y hábitos alimenticios. Entre los resultados obtenidos se destaca el nivel educativo de los progenitores: el 75% de padres con educación superior, valoró la importancia de la dentición temporal comparado con 40% de padres sin educación formal que no opinó lo mismo. El consumo de frutas se asocia con un mayor nivel educativo de los progenitores, con una diferencia estadísticamente significativa ($p = 0.023$) en relación directamente proporcional entre ambas variables. Además, hay una correlación entre la frecuencia de visita al dentista y la frecuencia de cepillado con el nivel educativo de los padres. Cuanta mayor información de cuidado dental recibieron los padres, de igual modo lo hicieron sus hijos. El 58% de los padres de familia siempre o casi siempre se ocupan de la revisión de la limpieza bucal de sus hijos. El 58% de los padres indica que visita al dentista con regularidad. Se destaca que, a mayor nivel educativo del padre y de la madre, es mayor el porcentaje de personas que asiste habitualmente al dentista. Conforme se incrementa el nivel educativo tanto del padre como de la madre, menor es el tiempo que ha transcurrido desde la última visita al odontólogo. El 73% de los niños tiene la pieza 4.6 sana; a mayor nivel educativo del padre mayor, es mayor el porcentaje de niños con la pieza 4.6 sana. Se halló que conforme avanza la edad del niño, disminuye la prevalencia de esta pieza sana. De igual manera, el mayor porcentaje de niños con la pieza 4.6 sana eran los hijos de padres con más educación formal. Por lo anterior, la variable educativa fue la que presentó mayor correlación positiva con aspectos favorables a la condición de salud de los escolares. Dicho determinante está muy asociado con el ejemplo de padres a hijos dentro de la familia, base fundamental de la sociedad. De ahí la importancia de utilizar el binomio padres - hijos para construir patrones de higiene y alimentación hacia una población más saludable.

PALABRAS CLAVES

Escolares, educación, padres de familia, condición bucal.

ABSTRACT

This study refers to research on oral health and its determinants in students at schools Monsignor Luis Rodríguez Salas and Delfin Quesada, district of San Rafael and Sabana Redonda in the canton of San Pedro de Poas, Province Alajuela, Costa Rica. The sample was 127 students, 2, 4 and 6, who were assessed health status and hygiene. Parents of children they spent a sociodemographic questionnaire of 55 questions, which also included information on food hygiene and among the findings highlighted the educational level of parents: 75% of parents with higher education rated the importance of primary teeth compared with 40% of parents with no formal education who do not think so. Fruit consumption is associated with a higher educational level of parents, with a statistically significant difference ($p = 0.023$) in direct proportion, both variables There is also a direct relationship between the frequency of visits to the dentist and brushing with the educational level of parents. The more information parents received dental care, just as did their children. 58% of parents always or almost always deal with the review of the dental cleaning of their children. 58% of parents say they visit the dentist often. It is emphasized, that the higher the educational level of mother, and father, the higher the percentage of people who frequently attend the dentist. As educational level increases both father and mother, less time that has elapsed since the last visit the dentist. 73% of children have the piece number 46 healthy, as higher the educational level of parents, higher percentage of children with the pieces number 46 healthy. It was found that with advancing age of the child decreases the prevalence of this healthy piece. Similarly, the highest percentage of children with healthy 4.6 part were the children of parents with more formal education. Therefore, education was the variable that had a higher positive correlation with positive aspects of the health status of schoolchildren. This factor is closely associated to the example of parents to children within the family, the foundation of society. Hence the importance of using parent-child pairing patterns to build hygiene and nutrition for a healthier population.

KEYWORDS

School, education, parents, oral condition.

*Profesora Asociada. Facultad de Odontología. Universidad de Costa Rica. florcampos@yahoo.com

JUSTIFICACIÓN

A nivel nacional, la mayoría de programas de atención odontológica están dirigidos a la población escolar porque, por un lado, aunque el niño ingrese a la escuela con problemas de caries en los dientes temporales, durante el periodo escolar se da el cambio hacia la dentición permanente y, por otro lado, con la asistencia odontológica que reciban, es probable que pueda egresar de la institución con sus piezas permanentes libres de caries.

Por si sola, la atención profesional de la enfermedad no produce un verdadero impacto en la salud de la población. Se ha observado que, a pesar del esfuerzo por educar y promover la salud bucodental entre los escolares, gran parte de ellos asumen tales actividades como un juego o distracción; a esta realidad se debe agregar que los determinantes: culturales, sanitarios, psicológicos, ambientales, económicos, geográficos, de disponibilidad de tiempo, condición ilegal de inmigrantes extranjeros, falta de información de los padres de familia y hasta su indiferencia con los niños pueden afectar su salud y la de sus hijos.

En comunidades rurales donde los padres de familia tienen condiciones de vida, así como prácticas y costumbres, que favorecen el estado de salud bucal de sus miembros, se hace importante conocer estas características dado que se reflejan en la condición de salud bucodental de la población escolar. De esta manera, es recomendable no solo evidenciarlas, sino reproducirlas en familias de otras comunidades, ya que el núcleo familiar es el espacio esencial donde se gesta la salud. Un cambio en tal sentido, redundaría también, en un beneficio para la economía familiar y de las instituciones prestadoras de servicios de salud.

Hay dos tratados que dan sustento a esta investigación, el primero de ellos se refiere a un estudio de seguimiento realizado en las comunidades de Palmares y Tacares de Grecia, expuestas a una intervención educativa llamada "Centinelas de la Salud", dirigida a los padres y encargados de los niños menores de cinco años. Estas acciones, realizadas desde la etapa prenatal, dieron resultados muy favorables en la salud oral de la población preescolar participante, ya que el indicador de CEO (indicador para conocer la salud dental en niños con dentición temporal o mixta y significa: C, número de dientes temporales cariados y no restaurados; E, número de dientes temporales indicados para extraer; O, número de dientes temporales obturados. La media se calcula por separado, según edad y sexo, en grupos de niños menores de 12 años) fue de 1.42 en el grupo de estudio comparado con 2.87 del grupo control ($p < 0.05$)^{*} no expuesto a dicha mediación. Como resultado de la educación para la promoción de la salud, mediante hábitos de higiene bucal y de alimentación saludable, se redujeron las necesidades de tratamiento odontológico y, por ende, se incrementaron las actividades de prevención de la enfermedad, como las aplicaciones de flúor y de sellantes de fosas y fisuras, sobre todo en las primeras molares de la población escolar de primer ingreso. La cobertura odontológica aumentó, el estado

de salud bucal de la comunidad escolar mejoró y se redujo el gasto en la atención del daño, porque resulta más económico prevenir que curar (Campos, F y Chaves, N. 2003). Lo anterior reveló que el cuidado que prodigaron los padres de familia fue determinante para mejorar la condición de sus hijos, y que la salud no era competencia exclusiva del profesional en Odontología, quien debía trabajar no solo en la atención de la enfermedad bucodental, sino también actuar de forma paralela con los padres, al informarles sobre el valor de la condición saludable de sus hijos y cómo podían construirla desde el hogar.

El otro estudio realizado en el año 2005, evaluó la efectividad prospectiva del PIAPSO (Programa Interdisciplinario de Atención Primaria de la Salud Oral) (Campos, F. 2005), mediante el cual se comparó la población adolescente del cantón de Palmares y la del cantón de Poas, de la provincia de Alajuela. Así se hizo una relación entre los estudiante de VII y XI grado del Colegio de Palmares, expuestos al PIAPSO, con sus homólogos del Liceo de Poás, no expuestos al este, sino a la práctica institucional (CCSS) o privada.

Los resultados de la evaluación, indicaron que el PIAPSO mostraba efectividad prospectiva temprana: la ocurrencia de caries en la pieza dental 4.6 de los estudiantes de VII grado de Palmares resultó menor: 0,53 (IC 95% 0,45-0,61), comparada con la de los homólogos de Poás, de 0,79 (IC 95% 0,73-0,85). La ocurrencia de caries en la pieza dental 4.7 de los estudiantes de VII grado de Palmares, también resultó menor: 0,35 (IC 95% 0,28-0,42), comparada con la de los homólogos de Poás, de 0,41 (IC 95% 0,33-0,49). No obstante, los resultados de la efectividad prospectiva tardía se invirtieron, ya que la ocurrencia de caries en la pieza dental 4.6 de los estudiantes de XI grado de Palmares, resultó mayor: 0,82 (IC 95% 0,76-0,88), comparada con la de los homólogos de Poás, de 0,74 (IC 95% 0,67-0,81). La ocurrencia de caries en la pieza dental 4.7 de los estudiantes de XI grado de Palmares, también resultó mayor: 0,62 (IC 95% 0,54-0,70), comparada con la de los homólogos de Poás, de 0,51 (IC 95% 0,43-0,59).

En los adolescentes de Palmares, que en edad escolar habían recibido promoción de la salud, fue clara la falta de autocuidado de la salud bucal dado que los hábitos de higiene oral resultaron deficientes, no hubo cambios favorables en los hábitos alimentarios y la cobertura odontológica, recibida en la escuela, se acabó al egresar de esta; por lo que durante la secundaria, acumularon necesidades odontológicas. Lo anterior se reflejó en un aumento de enfermedad bucodental, y los servicios odontológicos reflejaron un incremento en las demandas curativas. Lo anterior refuerza el criterio de que, durante la niñez y la adolescencia los padres deben ser los primeros vigilantes en el control de los factores de riesgo de enfermar a los que están expuestos sus hijos, pero para eso también deben estar informados.

A la luz de dichos estudios, se realizó un tercero para valorar el peso del cuidado de los progenitores sobre la condición de salud bucal del niño en edad escolar, para ello se comparó la

información de los padres de familia con el estado bucodental de sus hijos.

Durante el proceso de formación de hábitos en los niños, los padres son los primeros maestros y guías. La enseñanza proveniente de ellos es la influencia más poderosa y con la mayor probabilidad de permanencia durante la vida. Los hábitos tanto negativos como positivos, son copiados, y todo esto se da dentro del proceso de modelaje de los padres hacia los hijos (Clark, 2010).

La información con la que un niño crece, se debe en gran parte, a la recibida de sus padres, normalmente los hijos copian de ellos, los hábitos de higiene y de alimentación. Pese a que en la actualidad, el conocimiento de los progenitores ha aumentado y la población está más informada, existen localidades donde el sector infantil no realiza prácticas adecuadas de higiene oral, pues sus padres presentan problemas de caries dental, enfermedad periodontal y edentulismo: son niños que se encuentran en condiciones de salud oral crítica (Espinoza, 2004).

Desde una edad temprana, se deben crear buenos hábitos de higiene y hacer que niños y niñas los incorporen en su vida diaria, esto requiere tiempo y paciencia, por lo que es mejor enseñar con el ejemplo; y hacer un esfuerzo que implica facilitar o poner los objetos necesarios a su alcance. Cuando los niños logran incorporar dichos hábitos a su cotidianidad se desarrolla un sentimiento de satisfacción, independencia y bienestar al asumir su propio autocuidado.

Durante la edad del escolar, las necesidades nutricionales son especiales y deben ser suplidas de la forma más completa posible. Una correcta alimentación durante estos años determina el ritmo del crecimiento durante la niñez. De los 6 a los 12 años los niños deben consumir cantidades adecuadas de: carbohidratos, proteínas, lípidos, vitaminas y minerales, entre otros. Un consumo apropiado inicia con una buena selección de los alimentos, que proporcionen una dieta balanceada, tanto cuantitativa como cualitativamente, para un óptimo equilibrio nutricional.

De acuerdo con reportes de la CCSS (Caja Costarricense de Seguro Social) en el país la cobertura del sistema de salud es del 100%, entre la población asegurada y la no asegurada. Para alcanzar esta cobertura, la CCSS divide su atención en tres niveles: primaria, secundaria y terciaria. La unidad básica de atención es el Equipo Básico de Atención Integral en Salud (EBAIS) por sectores y cantidad de pobladores; estos deben brindar promoción de la salud, prevención de la enfermedad, curación y rehabilitación de menor complejidad. (Ayala, N, Carvajal, X, Cercone, J, Arce, C, 1999).

En San Pedro de Poás, de Alajuela, el área de salud, dispone de EBAIS en los distritos estudiados de San Rafael y Sabana Redonda, que cuentan con servicio de Odontología; en estos se atienden aproximadamente, 25 pacientes al día, de los cuales muchos son niños. Se realiza atención básica como obturaciones, extracciones y aplicaciones de flúor.

En el país, desde la década de los 90s se ha incrementado, de manera sustancial, la migración extranjera, dentro de la cual, la nicaragüense es la principal población inmigrante, estimada en el censo del 2000, en 226.374 personas (Vargas, 2005). Los inmigrantes nicaragüenses califican con menos frecuencia, en un buen estado de salud que la población local (Herrig, 2009). Dentro de las comunidades estudiadas, existe una cantidad significativa de niños nicaragüenses o de nacionalidad costarricense pero hijos de nicaragüenses. Ellos tienen sus costumbres y prácticas particulares en lo que a higiene y alimentación se refiere.

El objetivo general de este estudio, fue identificar los determinantes de la salud bucal sobre la condición dental e higiénica de los escolares de los distritos de San Rafael y Sabana Redonda del cantón de Poás, provincia de Alajuela, en el 2010.

MÉTODO

Este es un estudio de los determinantes de la salud bucodental de los escolares de Sabana Redonda (MDQ) y San Rafael (LRS) del cantón de Poás. Es una investigación cuantitativa porque incluyó la valoración clínica de la condición dental de pieza 4.6 y del estado de higiene de los estudiantes de 2º, 4º y 6º grado. La población total de la Escuela de San Rafael es de 299 alumnos, y la de la Escuela de Sabana Redonda de 248 escolares. En la primera de ellas, la muestra fue de 82 estudiantes y en la segunda de 78.

Para facilitar los permisos en ambas escuelas y la organización con los padres de familia, se recomendó la selección sistemática, mediante tres grupos de estudiantes de cada escuela: de segundo, cuarto y sexto grado, lo cual permite realizar comparaciones entre edades y escuelas.

El tamaño de la muestra se estimó mediante el subprograma STATCALC del paquete EPI INFO. La muestra seleccionada permitió estimaciones con un nivel de confianza del 95%, un error máximo permisible del 7% en el porcentaje de niños con prevalencia de enfermedad bucodental.

Etapas del proyecto:

1. Reunión informativa acerca del proyecto de investigación, por parte de la directora del proyecto, con los estudiantes sustentantes, maestros y padres de familia.
2. Solicitud a las directoras de las escuelas, de autorización para hacer el estudio, así como de apoyo para aplicar el cuestionario a los padres y solicitar el consentimiento informado a los mismos.
3. Reunión con los escolares para informarles acerca del proyecto de investigación y solicitar su colaboración para la actividad de diagnóstico bucal (sobre todo a los de VI grado a quienes se les solicitó el asentimiento informado).
4. Prueba del cuestionario y calibración de los estudiantes sustentantes, en otro centro educativo similar a los estudiados, previos consentimiento y asentimiento informados por parte de padres y escolares mayores de 12 años, respectivamente.

- Se calibró a los investigadores en la valoración clínica de la pieza dental 4.6 en otro centro educativo de primaria similar a los considerados en el estudio.
- Aplicación del cuestionario precodificado, mediante la entrevista a los padres de familia o encargados de los niños integrantes de la muestra.
- Diagnóstico del estado de salud de la pieza 4.6 de los escolares participantes. Se escogió esa pieza por ser visualmente más accesible y porque erupciona aproximadamente a los 6 años, cuando el niño ingresa a la escuela.

Instrumento de recolección de datos

Para la recopilación de los datos, se aplicó un cuestionario organizado en 8 partes: las primeras 7 corresponden a la información de los padres, y la última es exclusiva de los investigadores:

- Datos sociodemográficos del niño o niña.
- Atención del niño o la niña.
- Prácticas alimentarias del niño o la niña.
- Prácticas de higiene oral del niño o la niña.
- Datos del grupo familiar del niño o niña.
- Costumbres alimentarias del grupo familiar del niño o la niña.
- Información bucodental del jefe de hogar o encargado.
- Información del examen clínico del primer molar inferior derecho de acuerdo con 6 categorías de condición dental, así como información referida a la presencia de placa dental o detritus en el niño o niña; como se muestra en la tabla 1.

Tabla 1
Condición de salud dental de la pieza 4.6 y
condición de higiene

Condición de 4.6 sana	1. Sana sin historia de caries y sin sellantes de fosas y fisuras.
	2. Sellada
	3. Obturada
Condición de 4.6 cariada	1. Caries activa
	2. Obturación desajustada*
	3. Perdida*
Condición de higiene bucal	1. Presencia de detritus en boca
	2. Ausencia de detritus en boca

*Caries activa se refiere a historia actual de caries.

**Obturación desajustada o pieza perdida se refiere a historia pasada de caries.

Trabajo de campo: El proceso de recolección de los datos comprendió dos etapas:

- Primera Etapa: Aplicación de un cuestionario revisado y ajustado de acuerdo con las observaciones realizadas al instrumento. El cuestionario se aplicó a los padres de familia, mediante la técnica de entrevista, antes del examen bucodental realizado por los estudiantes de sexto año de Odontología, previamente capacitados en la técnica

de entrevista y abordaje de los entrevistados. Antes del levantamiento de datos, se contó con consentimiento informado por parte de los padres y del asentimiento informado por parte de los niños y niñas de 12 años o más.

- Segunda Etapa: Examen clínico de la pieza trazadora 4.6 (primera molar inferior derecha) de los escolares, para conocer su estado y valorar la condición de higiene bucal y la presencia de detritus o placa dental.

El trabajo se realizó en dos unidades dentales móviles de la clínica dental de Tacaes, en las escuelas consideradas, dentro de un local dispuesto para tal efecto.

Plan de análisis

Las técnicas estadísticas utilizadas para el análisis de la información, fueron distribuciones de frecuencia, cruce de variables y comparación de medias con base en el análisis de variancia. El nivel mínimo de confianza para las comparaciones fue del 95%. Para el procesamiento estadístico de los resultados, se diseñó una base de datos creada en EPI-INFO 6.4 y posteriormente, el análisis estadístico de los datos se realizó en SPSS versión 13.0 y en Excel.

RESULTADOS

A. Características de los estudiantes

Participaron 127 estudiantes en el estudio, cuyas edades estaban entre los 7 y 14 años.

El 94% de los estudiantes era costarricense. Aunque el 90% de los padres o encargados del hogar del que provienen los niños era costarricense, cabe destacar que del 50% de los padres era de origen nicaragüense, la mitad de sus hijos con nacionalidad costarricense.

El 50% de los estudiantes tenían beca, proporción con diferencia estadísticamente significativa ($p=0,000$) explicada por el hallazgo de distintas proporciones de estudiantes con beca: el 75%, en Sabana Redonda, y el 28% en San Rafael.

En cuanto al nivel educativo, el 77% de las madres y de los padres tiene primaria completa o menos. El 15% de los padres y el 14% de las madres tienen educación secundaria, y el 6% de los padres y madres tiene educación universitaria. Se muestra mayor proporción de mujeres con estudios secundarios o universitarios incompletos, con respecto a los hombres.

B. Atención odontológica

El 75% de los padres considera que las piezas temporales cariadas deben arreglarse, la proporción aumenta hasta el 85% cuando los padres tienen educación universitaria, y disminuye al 40% cuando los padres no tienen ningún grado de educación formal.

El 93% de los entrevistados indica que alguna vez ha llevado al hijo al dentista, el 60% lo lleva a la clínica de la Caja

Costarricense del Seguro Social, el 30% al odontólogo que visita la escuela, y los demás acuden a clínica privada. La proporción de uso de la clínica privada se incrementa cuando el padre o la madre tienen educación superior.

En promedio, la última vez que los estudiantes visitaron al odontólogo fue hace 7,3 meses (IC95%: 6,2 – 8,5), aunque cabe destacar que el 58% de los estudiantes lo visitó dentro de los últimos seis meses, el 37% entre los 7 y 12 meses, y el 5% hace más de un año.

La principal causa de visita al odontólogo fue por prevención y revisión (59,8%); seguido de la atención de caries, dolor de muela y exodoncia (16,8%); 13,1% por tratamientos de operatoria, el 10,3% por tratamiento de ortodoncia u otros procedimientos.

C. Hábitos alimentarios

El 89% de los entrevistados indicó que el niño fue amamantado, y el 76% que el niño desayuna antes de ir a la escuela. Entre los alimentos que consumen se menciona principalmente: cereal, leche, pan, tortillas y gallo pinto. El 55% de los niños llevan merienda a la escuela, de ellos el 67% incluye galletas, el 45% jugos y el 29% frutas; usualmente combinados el jugo y las galletas.

D. Prácticas de higiene bucodental

El 34% de los entrevistados indicó haber iniciado la limpieza bucal de sus hijos desde el primer mes de nacidos, y 30% señaló que lo hicieron a partir del primer año de edad. El 75% de los entrevistados manifestó que sus hijos iniciaron el cepillado de los dientes por sí solos, la mitad de ellos a partir de los 2 años, y la otra mitad a partir de los cuatro años. El 100% de los padres reportó que los niños tenían cepillo dental; de los cuales el 32% usa un cepillo suave, 63% mediano y 5% duro. El 47% de los padres indicó que le compraron el cepillo dental al niño hace un mes o menos; 25% hace dos meses y el 16% tres meses atrás; el 12% de los niños tiene cepillos con más de tres meses de habérselos comprado.

El 100% de los estudiantes reportó cepillarse los dientes al menos una vez al día con valor modal de tres veces al día (56%), seguido de dos veces al día; como se muestra en la tabla 2.

Tabla 2
Distribución porcentual de los estudiantes según frecuencia de cepillado por escuela de procedencia

FRECUENCIA	TOTAL	SABANA REDONDA	SAN RAFAEL
Número	127	62	65
Total	100,0	100,0	100,0
1	1,6	3,3	
2	38,9	37,7	40,0
3	56,3	59,0	53,8
4	1,6		3,1
5	1,6		3,1

El 88% de los niños siempre o casi siempre se cepilla los dientes antes de acostarse, sin que se mostrara diferencia estadísticamente significativa por escuela ($p=0,318$), por nivel educativo del padre ($p=0,666$) ni de la madre ($p=0,469$).

El 100% de los padres reportó que los niños nunca comparten su cepillo dental con otros.

Como medida de protección en el uso diario del hilo dental, el 89% de los niños lo usa pocas veces o nunca; sin que se encontrara diferencia estadísticamente significativa por escuela ($p=0,120$), nivel educativo del padre ($p=0,342$) ni de la madre ($p=0,376$).

El 38% de los padres indicó que los niños chupan o algunas veces han chupado la pasta dental; este hábito se concentra en los niños más pequeños.

El 85% de los padres señaló que sus hijos han recibido instrucciones de higiene bucal; sin que se encontrara diferencia estadísticamente significativa por escuela ($p=0,142$). Asimismo, se muestra que el 58% de los padres de familia siempre o casi siempre se ocupa de la revisión de la limpieza bucal de sus hijos; sin que se encontrara diferencia estadísticamente significativa por escuela ($p=0,346$), por nivel educativo del padre ($p=0,204$) ni de la madre ($p=0,810$).

E. Costumbres alimentarias del grupo familiar del niño

El 88% de los padres indicó que pocas veces o nunca comparten alimentos probados entre los miembros de la familia; no se encontró diferencia estadísticamente significativa por escuela ($p=0,055$), nivel educativo del padre ($p=0,435$) ni de la madre ($p=0,637$).

En el 50% de los hogares frecuentemente se consumen frutas; se encontró diferencia estadísticamente significativa por nivel educativo del padre ($p=0,036$), donde a mayor nivel educativo del padre mayor frecuencia en el consumo de estos alimentos; mientras que no se encontró significancia estadística en la diferencia por escuela ($p=0,051$) ni por nivel educativo de la madre ($p=0,481$).

F. Información bucodental del jefe del hogar o encargado

El 68% de los padres expresó haber recibido educación para la higiene bucal; sin que se encontrara diferencia estadísticamente significativa por escuela de procedencia ($p=0,559$), nivel educativo del padre ($p=0,754$), ni el nivel educativo de la madre ($p=0,250$). Se mostró una correlación positiva y estadísticamente significativa ($p=0,000$) de 0,40 entre la condición de que el padre y el niño hayan recibido educación bucodental; esto es que cuando el jefe del hogar ha recibido educación para la higiene bucal, mayor probabilidad de que el niño la reciba también.

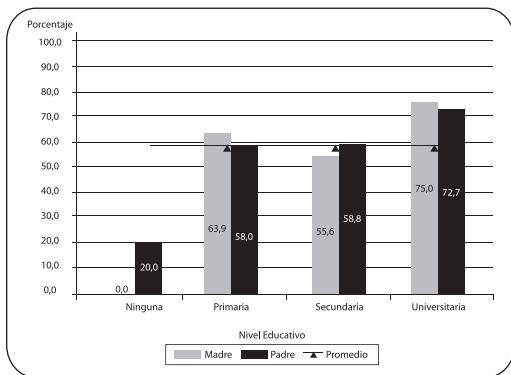
El 73% de los padres reportó cepillarse sus dientes con una frecuencia de 3 ó más veces al día; sin que se encontrara diferencia estadísticamente significativa por escuela ($p=0,602$), ni el nivel educativo de la madre ($p=0,713$); sin

embargo se evidenció diferencia estadísticamente significativa con la frecuencia de cepillado y el nivel educativo del padre ($p=0,39$), en donde a mayor nivel educativo mayor frecuencia de cepillado.

Se encontró una correlación positiva y estadísticamente significativa ($p=0,023$) de 0,46 entre la frecuencia de cepillado del padre y la del niño; esto indicó una relación directa, ya que, con cuanta mayor frecuencia el jefe del hogar o encargado cepille sus dientes, con mayor frecuencia lo hará su niño.

El 58% de los padres indica que visita al dentista habitualmente; sin que se encontrara diferencia estadísticamente significativa por escuela ($p=0,194$) y nivel educativo del padre ($p=0,265$), aunque sí por el de la madre ($p=0,001$). Se debe destacar que, a mayor nivel educativo del padre y de la madre se encontró un mayor porcentaje de personas que asiste con frecuencia al dentista. El 71% acude al odontólogo de la CCSS, el 27% en consulta privada y el 2% al de la empresa donde labora; como se aprecia en el gráfico 1.

Gráfico 1
Distribución porcentual de asistencia al odontólogo, según nivel educativo del padre y la madre

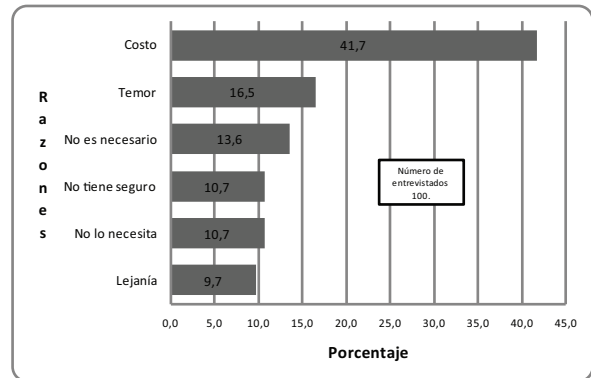


No se encontró asociación entre el comportamiento de visita al dentista del jefe o encargado del hogar, y la visita del niño al dentista ($p=0,709$).

En promedio, los padres o encargados visitaron al dentista hace 8 meses; sin que se encontrara diferencia estadísticamente significativa por escuela ($p=0,948$), por nivel educativo del padre ($p=0,537$) ni de la madre ($p=0,298$); sin embargo es importante anotar que conforme se incrementa el nivel educativo tanto del padre como de la madre, menor es el tiempo que ha transcurrido desde la última visita al odontólogo.

Los entrevistados indicaron que el costo de los tratamientos es una de las principales razones por las que no visitan al odontólogo frecuentemente; tal como se muestra en el gráfico 2.

Gráfico 2
Porcentaje de razones por la que no asiste al odontólogo



G. Condición de salud dental y de higiene bucal del niño.

El 73% de los niños tiene la pieza dental 4.6 sana; sin que se encontrara diferencia estadísticamente significativa por escuela ($p=0,296$), por nivel educativo de la madre ($p=0,720$), supervisión de limpieza ($p=0,06$); aunque sí se encontró diferencia estadísticamente significativa por nivel educativo del padre ($p=0,006$), donde a mayor nivel educativo del padre, mayor porcentaje de niños con la pieza 4.6 sana. Se encontró que, conforme avanza la edad del niño tiene una menor prevalencia de esta pieza sana. El 27% de los niños tienen la pieza 46 cariada, con mayor prevalencia de caries activa; sin que se encontrara diferencia estadísticamente significativa por escuela ($p=0,536$), por nivel educativo del padre ($p=0,460$), de la madre ($p=0,950$), y la supervisión de la limpieza dental ($p=0,216$). Sí se encontró diferencia estadísticamente significativa por edad del niño, ya que a mayor edad, mayor severidad de la lesión en la pieza.

El 41,6% de los niños tiene ausencia de detritus en boca; sin que se mostrara diferencia estadísticamente significativa por escuela ($p=0,935$), por edad del niño ($p=0,644$), por nivel educativo del padre ($p=0,986$), nivel educativo de la madre ($p=0,727$) y por supervisión de limpieza del niño ($p=0,895$).

CONCLUSIONES

Dentro de las características valoradas estaba el nivel educativo de los padres de familia, para compararlo con el estado de salud de los niños. Se encontró que la escolaridad paterna se refleja en las conclusiones más importantes por destacar:

1. El 77% de las madres y los padres tiene primaria completa o menos, el 15% de los padres y el 14% de las madres tiene educación secundaria y el 6% de los padres y madres tiene educación universitaria. Se mostró una mayor proporción de mujeres con estudios secundarios

o universitarios incompletos respecto a los hombres; son los padres y madres de los niños que asisten a la escuela de San Rafael, la mayor proporción con educación universitaria.

2. El 75% de los padres considera que a un niño deben arreglárselas las piezas temporales cariadas, proporción que aumenta al 85% cuando los padres tienen educación universitaria, y disminuye al 40% cuando los padres no tienen ningún grado de educación formal.
3. Asimismo, se muestra que el 58% de los padres de familia siempre o casi siempre se ocupa de la revisión de la limpieza bucal de sus hijos; sin que se encontrara diferencia estadísticamente significativa por escuela ($p=0,346$), por nivel educativo del padre ($p=0,204$) ni de la madre ($p=0,810$).
4. En el 50% de los hogares se consume frutas frecuentemente; se encontró diferencia estadísticamente significativa por nivel educativo del padre ($p=0,036$) donde a mayor nivel educativo del padre, mayor frecuencia en el consumo de estos alimentos.
5. El 76% de los niños desayuna antes de ir a la escuela: cereal, leche, pan, tortillas y gallo pinto.
6. Se evidenció una correlación positiva y estadísticamente significativa ($p=0,000$) de 0,40 entre la condición de que el padre y el niño hayan recibido educación bucodental; esto es que cuando el jefe del hogar o encargado ha recibido educación para la higiene bucodental, es mayor la probabilidad de que el niño la reciba también.
7. Se reveló diferencia estadísticamente significativa con la frecuencia de cepillado y el nivel educativo del padre ($p=0,39$), en donde a mayor nivel educativo mayor frecuencia de cepillado.
8. Se encontró una correlación positiva y estadísticamente significativa ($p=0,023$) de 0,46 entre la frecuencia de cepillado del padre y la del niño; ya que, con cuanta mayor frecuencia el jefe del hogar o encargado cepille sus dientes, con mayor frecuencia lo hará su niño.
9. El 58% de los padres indica que visitan al dentista con frecuencia; sin que se encontrara diferencia estadísticamente significativa por escuela ($p=0,194$) y nivel educativo del padre ($p=0,265$), aunque sí por el de la madre ($p=0,001$). Se destaca que a mayor nivel educativo del padre y de la madre, mayor porcentaje de personas que asiste con frecuencia al dentista. El 71% acude al odontólogo de la CCSS, 27% a consulta privada y el 2% al de la empresa donde labora.
10. En promedio, los padres o encargados visitaron al dentista hace 8 meses; sin que se encontrara diferencia estadísticamente significativa por escuela ($p=0,948$), por nivel educativo del padre ($p=0,537$) ni de la madre ($p=0,298$), sin embargo es importante anotar que conforme se incrementa el nivel educativo, tanto del padre como de la madre, menor es el tiempo que ha transcurrido desde la última visita al odontólogo.
11. El 73% de los niños tiene la pieza 4.6 sana; sin que se encontrara diferencia estadísticamente significativa por escuela ($p=0,296$), por nivel educativo de la madre ($p=0,720$), supervisión de limpieza ($p=0,06$); aunque sí se mostró diferencia estadísticamente significativa por nivel educativo del padre ($p=0,006$), donde a mayor nivel

educativo del padre, mayor porcentaje de niños con la pieza 4.6 sana. Se halló que conforme avanza la edad del niño, disminuye la prevalencia de esta pieza sana.

DISCUSIÓN

En este estudio se relacionaron: la condición buco dental de los niños y la influencia que ejercen los padres y el entorno que les rodea.

En los resultados se muestra la realidad de dos comunidades rurales similares, no obstante se evidenciaron diferencias sobre todo socioeconómicas entre ambas, ya que las condiciones del distrito de Sabana Redonda son inferiores en relación con tenencia de carro (Sabana Redonda: 22% en comparación con la Escuela San Rafael 45%) y con tenencia de beca asignada a los niños y niñas (75% en sabana Redonda y 28% en San Rafael).

Al respecto, cabe aclarar que el terremoto de Cinchona ocurrido en el 2008, afectó profundamente la calidad de vida de los habitantes de Sabana Redonda, zona muy cercana al epicentro. Según la directora de la escuela del lugar, las becas asignadas a los escolares por FONABE, antes de la catástrofe, fueron solamente 20; posterior a esta el número aumentó a 130.

Se evidenció que muchas de las variables comparadas en las poblaciones escolares y familiares no tienen diferencias estadísticamente significativas, lo que descartó la hipótesis inicial de que las discrepancias presentes en cada comunidad serían la mayor influencia en el estado de salud bucodental de los niños valorados.

En ese sentido, dicho comportamiento concuerda con lo que mencionan Clark, (2010) y Espinoza, (2004) respecto al modelaje en salud y otros aspectos de los padres de familia que se evidencia en las prácticas y costumbres de sus hijos.

En cuanto a la alimentación, la mayoría de los niños desayuna antes de ir a la escuela; muchos de ellos llevan dinero para comprar golosinas fuera de la escuela, lo que explicaría la presencia de caries en la pieza trazadora, sobre todo en los niños de mayor edad.

La higiene oral reportada fue, mayormente, de tres veces al día; sin embargo muchos de los encuestados no usaban el hilo dental diariamente, y cuando lo hacían era para remover restos de comida que les causaban alguna molestia. Como se sabe, la falta de uso del hilo dental en la higiene bucal es un factor de riesgo para la aparición de caries dental interproximal, sobre todo en la población escolar, en la que sinergia con el alto consumo de productos cariogénicos entre comidas.

Las familias mostraron tener conciencia respecto a la salud oral, al acudir a consulta odontológica y tener presente que las piezas, aunque sean temporales, se deben arreglar. Sin embargo, el costo de los tratamientos dentales es una de las principales razones por las que los entrevistados no visitan al odontólogo frecuentemente.

RECOMENDACIONES

Realizar, en ambas comunidades, programas de educación para el fortalecimiento de la salud bucodental, dirigidos a los padres, para el fomento y mantenimiento de la salud familiar.

Fortalecer en las familias, la importancia de controlar los factores de riesgo modificables, tales como la frecuencia de consumo de alimentos cariogénicos y la higiene bucal deficiente, para el logro de una buena salud oral en sus hijos desde temprana edad.

Promover, dentro del grupo familiar, la alimentación balanceada y las técnicas de higiene oral correctas y oportunas, para lograr la condición óptima de salud oral.

Es importante tomar en cuenta que los entrevistados y sus hijos, requieren la información correcta acerca de la necesidad del uso del hilo dental en la limpieza bucal diaria, por su efecto mecánico de remoción, no solo de residuos, sino de placa dentobacteriana entre las piezas dentales.

Mejorar la accesibilidad a servicios de salud, sobre todo de aquellos niños pertenecientes a familias de clase social más vulnerable, pues tienen menos posibilidades de optar por servicios de salud privados.

BIBLIOGRAFÍA

- Ayala, N. Carvajal, X. Cercone, J. Arce, C. (1999). Bases del Sistema Nacional de Salud y Proceso de Modernización. Caja Costarricense de Seguro Social. Editorial Nacional de Salud y Seguridad Social. San José, Costa Rica.
- Barquero, Jorge A. Vargas, Juan C. 2004 "La migración internacional en Costa Rica: estado actual y consecuencias" San José, Costa Rica.
- Campos, F. y Chaves, N. (2003). Medición del impacto, costo y cobertura del Programa Centinelas de la Salud Oral en Tareas y Palmares de Alajuela.
- Campos, F. (2005). Estudio de efectividad prospectiva del Programa Interdisciplinario de Atención Primaria de la Salud Oral.
- Cuartas, J.; et all. (2002). Relación entre percepción de los padres sobre el tratamiento odontológico y sus hábitos de higiene oral, con la historia de caries dental en sus hijos, entre 3 y 5 años de edad. CES odontol;15(1):13-18, ene.-jun.
- Espinosa González, L. (2004). Cambios del modo y estilo de vida; su influencia en el proceso salud-enfermedad. Rev. Cubana Estomatol, Vol.41. N°3. Ciudad de La Habana; sep.-dic. 2004.
- Franco Ángela María, et all. (2008). Los niños tienen la palabra: Nuestras bocas sanas para una vida sana. Revista CES Odontología, Vol. 21. N° 1.
- Herring Andrew, A. Bonilla Roger E. (2009). Inmigrantes nicaragüenses en Costa Rica: estado y utilización de servicios de salud Rev. Elect. Población y Salud en Mesoamérica. Volumen 7, N°1, artículo 4, julio-diciembre.
- Higashida, Berta. 2000. Odontología preventiva. Mc Graw-Hill. México.
- Lorenzo-Moriano B. Elena-Sánchez M.V. Valero-Juan L.F. (2008). Evaluación de la salud bucodental y estilos de vida saludables en la población infantil que acude a la consulta odontológica de atención primaria. Odontol. Prev.; 1(2):83-90. © Medicina Oral S. L. C.I.F. B 96689336 - ISSN1888-6450.
- Macedo de la Concha, L., Nava Hernández Rodolfo, Valdés Sánchez Blanca. (2001). El estilo de vida, factor de riesgo en la causalidad de las enfermedades y accidentes de trabajo. Revista Latinoamericana de la Salud en el Trabajo. Vol.1, N° 2, mayo-agosto.
- Rodríguez Calzadilla, A. Valiente Zaldivar, C. Tan Castañeda, N. (2001). Las familias saludables y los factores determinantes del estado de salud. Rev. Cubana Estomatol [online] Vol.38, N° 3, pp: 165 - 169. ISSN 0034 - 7507.
- Urzúa, I; Stanke, F.(1999) Nuevas Estrategias en Cariología. Factores de Riesgo y Tratamientos. Arancibia Hnos. Santiago de Chile.
- Vargas, Juan Carlos. (2005). Nicaragüenses en Costa Rica y Estados Unidos: datos de etno encuestas Población y Salud en Mesoamérica Revista electrónica Volumen 2, número 2, artículo 2 Enero - junio, 2005 Publicado 1 de enero, <http://ccp.ucr.ac.cr/revista/>
- Wagstaff, Adam. (2002). Pobreza y desigualdades en el sector de la salud. Rev. Panam. Salud Publica/Pan Am J Public Health 11(5/6).
- Watt, Richard J. (2005). Strategies and approaches in oral disease prevention and health promotion. Bulletin of the World Health Organization; 83:711-718.
- Otros:
Entrevista personal. 2010. San Diego, CA, USA. Clark, Pilar. Psicóloga y Trabajadora Social Clínica.