

Estudio de hábitos de higiene bucodental en preadolescentes y adolescentes de dos colegios urbanos y dos rurales

J. González de Dios, E. Monerris García¹, E. Ortega Pastor¹, C. Quesada de la Gala¹, R. Gómez Gómez¹, M.T. Calpena Vera¹, E. Ruiz Amorós¹, M. Moya Benavent

Resumen. Fundamento. La patología bucodental es un problema con elevada incidencia, principalmente en relación con la caries, maloclusión y malposición dentaria. La caries es la patología oral más importante en la infancia y adolescencia.

El objetivo de nuestro estudio es conocer el estado actual de los conocimientos, hábitos y actitudes en el ámbito de la higiene bucodental de escolares preadolescentes y adolescentes.

Métodos. Estudio epidemiológico observacional de tipo transversal en escolares (6º, 7º y 8º de EGB) de dos colegios urbanos (n = 330 alumnos) y dos rurales (n = 270). Se realiza una entrevista individualizada con 27 ítems para valorar los conocimientos, hábitos y actitudes concretas de los alumnos relacionados con la salud bucodental.

Resultados. La prevalencia de caries en nuestra población de escolares es de un 24,5%. Encontramos mejor higiene bucodental en los escolares de colegios rurales y en las niñas. Los adolescentes presentan mayor problemática que los preadolescentes.

Conclusiones. Es importante realizar exámenes de salud y educación sanitaria en el ámbito escolar, especialmente en determinadas patologías con mayor prevalencia, como la caries dental y otras patologías bucodentales. El primer paso para realizar una adecuada educación sanitaria es conocer la realidad del problema.

Un mejor nivel de educación sanitaria en los colegios rurales es, probablemente, la causa de los mejores resultados en esta población. Las niñas tienen mayor conciencia de la enfermedad. Es necesario un mayor nivel de educación sobre higiene bucodental, principalmente en adolescentes.

An Esp Pediatr 1996;45:14-20.

Palabras clave: Higiene bucodental; Caries; Epidemiología; Infancia; Adolescencia.

A BUCODENTAL HYGIENE STUDY IN PREADOLESCENTS AND ADOLESCENTS OF TWO URBAN AND RURAL SCHOOLS

Abstract. Objective: Bucodental health is a problem of high prevalence, including mainly caries, malocclusion and malposition. Dental caries is the principal oral problem of childhood and adolescence. The objective of our study was to know the information, customs and attitudes in relationship to bucodental hygiene of preadolescent and adolescent students.

Material and Methods: The design is a cross-sectional epidemiological study of two urban (n = 330 students) and two rural (n = 270 students) schools. We performed an individual interview with the students that included 27 items concerning knowledge, customs and attitudes about bucodental hygiene.

Servicio de Pediatría, Hospital Universitario San Juan. ¹Alumnos de 6º de Medicina. Departamento de Pediatría, Universidad de Alicante. Alicante.

Correspondencia: J. González de Dios
C/ Prof. Manuel Sala 6, 3º A. 03003 Alicante.

Recibido: Abril 1995

Aceptado: Noviembre 1995

Results: The prevalence of caries is 24.5% in our population. We found the best bucodental hygiene in rural students and girls. The adolescents are more problematic than preadolescents.

Conclusion: It is important to make health examinations and to have health education in school, especially concerning some pathologies with a higher prevalence such as dental caries and other bucodental diseases. The first step towards good health education is to know the reality of the problem. A higher level of sanitary education in rural schools is most likely the cause for better results in this population. The girls have more conscience of this disease. It is necessary to increase the health education about bucodental hygiene, mainly in adolescence.

Key words: Bucodental hygiene; Caries; Epidemiology; Infancy; Adolescence.

Introducción

La caries dental es un problema sanitario de primera magnitud en la infancia. Dada la escasa sensibilización de la población hacia este problema y la posibilidad de su prevención que se realiza desde edades tempranas de la vida, el pediatra tiene un importante papel en su profilaxis y detección⁽¹⁾.

Un requisito imprescindible para la prevención es conocer su causa y los factores que la propician para así proponer una pauta de profilaxis adecuada^(2,3).

Según la OMS, la caries dental se puede definir como un proceso patológico localizado, de origen externo, que se inicia tras la erupción y que determina un reblandecimiento del tejido duro del diente, evolucionando hacia la formación de una cavidad⁽⁴⁾. La caries se caracteriza por una serie de complejas reacciones químicas y microbiológicas que acaban destruyendo el diente. Esta destrucción es el resultado de la acción de ácidos producidos por bacterias en el medio ambiente de la pieza dental.

La importancia de la caries radica en diversos puntos:

1. Es la enfermedad infecciosa más extendida.
2. Es una enfermedad incurable.
3. Puede dar lugar a complicaciones graves (médicas y sociales).
4. Puede ser prácticamente erradicada con las medidas preventivas que se conocen y que presentan una ventajosa relación costo-beneficio^(5,6).

En España la situación es mala: más del 90% de los niños de 12 años tienen caries, y el 60% padece maloclusiones o malposiciones, de las cuales la mitad son debidas a caries. En los últimos años esta situación, en vez de mejorar, ha empeorado^(7,8).

Cuando la higiene bucodental es desfavorable, los perío-

Tabla I Población de escolares en el estudio

	Curso			Total
	6º	7º	8º	
<i>Urbano:</i>				
C. Tossal	54	69	60	183
C. P. Manjón	66	48	33	147
<i>Rural:</i>				
C. C. Colón	55	64	51	170
C. V. Nieves	32	32	36	100
<i>Total población:</i>	207	213	180	600

dos de mayor actividad cariogena son la edad de 4-8 años en la dentición primaria y la edad de 12-18 años en la dentición permanente.

Algunos estudios realizados en España⁽⁹⁻¹¹⁾ nos indican que los esfuerzos realizados en materia de salud escolar son insuficientes o no llegan a la población como sería deseable.

Los principales estudios respecto a la higiene bucodental en literatura pediátrica española se refieren a los suplementos de flúor^(5,12,13). Y aunque cada vez se da mayor importancia a la actitud del pediatra en la prevención de problemas ortodóncicos⁽¹⁴⁾, se conoce poco acerca de los conocimientos en higiene bucodental de nuestros escolares.

Definir objetivos de un Proyecto de Educación para la Salud en la Escuela es algo difícil. En primer término por lo excesivamente ambicioso que puede ser y, por tanto, pueden quedar desvirtuados sus objetivos al ser complicado lograrlos. En segundo lugar, por la dificultad que entraña evaluar objetivos generales relacionados con temas de salud.

Los objetivos, por tanto, deben girar en torno a tres aspectos fundamentales: información o conocimientos, hábitos y actitudes. De los tres ejes tenemos uno evaluable a corto plazo: la información o conocimientos. Otro a medio plazo: los hábitos que intentamos crear o reforzar. Y por último, uno a largo plazo: las actitudes.

En nuestro estudio definimos los siguientes **objetivos** generales:

1. Realizar un estudio descriptivo para conocer el estado actual de los conocimientos, hábitos y actitudes en el ámbito de la salud bucodental de los estudiantes de 6º, 7º y 8º de EGB de dos colegios de Alicante y de dos municipios de la provincia.

2. Profundizar en el contraste de resultados entre los medios rural y urbano en relación con sus hábitos y conocimientos de higiene bucodental, y hacer también hincapié en la importancia de otros factores epidemiológicos.

Pacientes y métodos

La población escogida son los escolares del ciclo superior de EGB (6º, 7º y 8º) que cursan sus estudios en dos colegios del medio urbano (Colegio Tossal y Padre Manjón de Alicante, ciudad) y en dos colegios del medio rural (Colegio Cristóbal Colón

de Aspe y Colegio Virgen de las Nieves de Jijona), escogidos al azar y que acogen un total de 600 escolares en sus aulas (Tabla I). El estudio se realizó durante el curso escolar 1993-94.

Recibimos la conformidad de los respectivos Directores de los Colegios tras informarles sobre la encuesta que queríamos llevar a cabo, sus objetivos y la forma de realizarla.

Un aspecto importante en la encuesta es que el alumnado responda según su propia experiencia, por lo que garantizamos la individualidad de las respuestas. También tuvimos en cuenta el no imponer de forma directa la participación en el trabajo, ya que se producirían rechazos y sesgos en la encuesta.

Según los objetivos propuestos hemos creído conveniente desarrollar el siguiente método de trabajo, que consta de tres etapas:

1. Diseño y elaboración de la encuesta. En el Anexo se especifican las preguntas de la encuesta, que se dividen, en función de su contenido, en:

- a) Preguntas de identificación (ítems 1 a 3).
- b) Preguntas para valorar los conocimientos de higiene bucodental (ítems 4 a 6).
- c) Preguntas para valorar los hábitos existentes acerca de la salud bucodental en la población escolar (ítems 7 a 16).
- d) Preguntas acerca de actitudes concretas de los alumnos relacionadas con la salud bucodental (ítems 17 a 21).
- e) Preguntas de percepción del estado de salud bucodental (ítems 22 a 26).

La encuesta consta de 27 ítems, que a su vez se dividen en 85 variables elaboradas en un lenguaje comprensible para los alumnos capaz de cubrir los objetivos señalados, y sencillo a la hora de su cumplimentación.

La mayoría de las cuestiones (24) son de elección única y sólo unas pocas (3) permiten la respuesta múltiple.

En definitiva, se plantearon 27 preguntas cerradas, en las que hay que marcar con una «X» la opción elegida. Las preguntas que suponen un cierto nivel de interpretación de conocimientos están redactadas en el sentido de reafirmar la «realidad» para que no puedan llevar a engaño al encuestado, y se introduce en las mismas el apartado bajo el epígrafe «no lo sé» que evite, en la medida de lo posible, el riesgo debido al azar.

2. Recopilación de datos y tratamiento estadístico. Para la recogida de la información se optó por la entrevista personal con soporte de papel, en forma colectiva, y bajo la supervisión de los entrevistadores.

Para el tratamiento informático de estos datos obtenidos en la encuesta hemos utilizado los programas Epi-Info, Lotus 1-2-3 y dBase III.

3. Obtención y análisis de los resultados. Como fase inicial del análisis se realiza la estadística descriptiva, para analizar la posible importancia de cada una de las variables. A continuación se procederá al cálculo de aquellos parámetros como frecuencias descriptivas de todas las variables, cruzar variables, y determinar el valor de «p» y «chi-cuadrado» para poder faci-

1. - Edad: Curso: Sexo: V / M	10. - ¿Cuánto tiempo empleas en lavarte los dientes? 1 minuto 3 minutos 5 minutos	21.- ¿Qué cantidad de golosinas (chicles, caramelos, etc.) consumes al día? 5 o más menos de 5 ninguna
2. - ¿Cuántos hermanos sois? ¿Qué lugar ocupas?	Cuando te lavas los dientes: Sí No A veces	22. - ¿Tienes dolor de muelas? con frecuencia alguna vez nunca
3. - ¿En qué trabaja tu padre? ¿Y tu madre? _____	11. - ¿Utilizas pasta?	23. - ¿Tienes caries? sí no no lo sé
4. - ¿Quién crees que produce la caries? un microorganismo el azúcar falta de vitaminas no lo sé	12. - ¿Te cepillas la parte de dentro de los dientes?	24. - ¿Te ha quitado el dentista algún diente o muela? sí no no lo sé
5. - ¿Cuánto tiempo crees que debe emplearse en lavarse los dientes? 1 minuto 3 minutos 5 minutos	13. - ¿Té cepillas la lengua?	25. - ¿Llevas aparato de dientes? sí no ¿Cuanto tiempo?
6. - ¿Qué sustancia es beneficiosa para los dientes? bromuro flúor cloro _____	14. - ¿Utilizas seda dental?	26. - ¿Estás satisfecho con tu boca? mucho regular poco nada _____
7. - ¿Con qué frecuencia te lavas los dientes? cuando te levantas antes de acostarte después de cada comida de vez en cuando	15. - ¿Haces enjuagues con flúor?	27. - ¿Te ha parecido un «rollo» esta encuesta? sí no
8. - ¿Quién te ha enseñado a lavarte los dientes? tus padres en el colegio la televisión nadie otros	16. - ¿Cómo mueves el cepillo de dientes? frotando horizontalmente en vertical de las dos formas al azar	Gracias por tu colaboración.
9. - ¿Por qué te lavas los dientes? por obligación por higiene otros (folletos, tele, etc.)	17. - ¿Con qué frecuencia visitas al dentista? 1 al año 2 o más al año nunca sólo si tengo algún problema	
	18. - ¿Tienes un cepillo de dientes para ti sólo? sí no	
	19. - ¿Con qué frecuencia cambias tu cepillo de dientes? cada tres meses cada seis meses cada año cuando se rompe	
	20. - ¿Te animan tus padres a lavarte los dientes? sí no a veces	

litar la posterior inferencia estadística, centrándonos especialmente en las variables categóricas de sexo, curso, medio rural y urbano.

Resultados

A. Diferencias significativas en relación con la variable hábitat (Tabla II).

1. Hábitat-carries: El conocimiento de los alumnos sobre si tenían caries presenta unos porcentajes similares en ambos medios, siendo un 23% los alumnos que aseguran padecer caries en el medio rural y un 25,5% en el medio urbano. Del global de los alumnos, aproximadamente un 52% asegura no padecer caries y un 24% no lo sabe.

2. Hábitat-etilogía caries: En el 67% de los alumnos la res-

puesta elegida ha sido «el azúcar», no encontrándose diferencia entre los medios rural y urbano.

Donde sí aparece diferencia significativa es en la respuesta «un microorganismo», ya que en el medio rural han contestado en un porcentaje mayor (28,5%) que en el medio urbano (21,5%) a la respuesta correcta.

3. Hábitat-tiempo de lavado: El mayor porcentaje de niños considera correctamente que «3 minutos» es el tiempo adecuado que se debe emplear para lavarse los dientes. Existe un porcentaje mayor de respuestas correctas en el medio rural (60,4% vs 55,2% en medio urbano).

4. Hábitat-frecuencia de lavado: En el medio rural un mayor porcentaje (58,9% vs 43,4% en el medio urbano) se lava los dientes después de cada comida. También es significativo que en el

Tabla II Diferencias significativas con la variable hábitat

	Rural (%)		Urbano (%)
- Prevalencia caries:			
Sí	23,0		25,5
No lo sé	24,4		23,0
- Etiología caries:			
Microorganismo	28,5	*	21,5
Azúcar	65,6		70,3
No lo sé	6,7		9,1
- Tiempo de lavado correcto (3 min)	60,4	*	55,2
- Frecuencia de lavado:			
Después de cada comida	58,9	*	43,9
Al levantarse	30,4		32,7
Antes de acostarse	35,2		42,1
De vez en cuando	17,4	*	25,5
- Enseñanza del lavado:			
Padres	53,7		59,4
Colegio	25,2	***	2,7
Televisión	0,4	**	3,6
Nadie	21,1	**	32,7
- Motivo del lavado dental:			
Por obligación	10,4		10,9
Por higiene	89,6		89,7
- Metodología lavado dental:			
Utilización pasta	97,0		94,8
Utilización seda	7,0		3,9
Cepillado dientes por dentro	74,8		76,7
Cepillado lengua	29,3	***	16,4
Cepillado horizontal y vertical	71,9		69,1
- Visitas al dentista:			
1/año	28,9		30,0
2 o más/año	28,1		23,3
Nunca	12,2		17,3
Sólo si problemas	30,7		29,4
- Cambio cepillo dientes:			
Cada 3 meses	25,9		28,2
Cada 6 meses	26,7		23,3
Cada año	13,3		9,4
Cuando se rompe	34,1		39,1
- Consumo de golosinas:			
5 o más	46,3	**	37,9
Menos de 5	47,0		48,5
Ninguna	6,7	**	13,6
- Animo paterno para el cepillado	59,3		58,2
- Dolor de muelas:			
Frecuente	3,7		3,3
Alguna vez	40,0	***	55,2
Nunca	56,3	***	42,4
- Aparato ortodóncico	14,8		10,0
- Satisfacción higiene bucal:			
Mucho	44,1		47,3
Nada	4,4		6,1
- Interés por la encuesta	91,1	*	85,2

* = $p < 0,05$; ** = $p < 0,01$; *** = $p < 0,001$.

medio rural sólo un 17,4% de los alumnos se lava los dientes de vez en cuando, mientras que el porcentaje del medio urbano es mayor (25,5%).

5. Hábitat-aprender a lavarse: Es estadísticamente muy significativa la diferencia que existe al responder a la pregunta «¿Quién te ha enseñado a lavarte los dientes?», ya que en el medio rural han aprendido en el colegio un 25,2% frente a sólo un 2,7% en el medio urbano. También es significativo que en el medio urbano han aprendido gracias a la televisión un mayor porcentaje (3,6% vs 0,4%).

Destacar también la diferencia significativa que existe en los alumnos que no les ha enseñado nadie, ya que en el medio rural son un 21,1% y en el urbano un 32,6%.

6. Hábitat-metodología del lavado dental: Tanto en el medio rural como en el urbano utilizan dentífrico un porcentaje similar de alumnos (97% y 94,8%, respectivamente). Pero es significativa la diferencia que existe en el cepillado de la lengua, ya que en el medio rural lo realiza un 29,3%, mientras que en el urbano sólo un 16,4%.

7. Hábitat-dolor de muelas: Los alumnos que nunca han tenido dolor de muelas son mayoritarios en el medio rural (53,3% vs 42,4%).

8. Hábitat-consumo diario de golosinas: Es estadísticamente significativa la diferencia que existe en el consumo «5 o más» golosinas al día entre el medio rural y urbano, puesto que en el primero el porcentaje de alumnos es mayor (46,3 vs 37,9%). Aunque los alumnos que no consumen «ninguna» golosina al día son mayoritarios en el urbano (13,6 vs 6,7%).

9. Hábitat-interés por la encuesta: De forma significativa es mayor el interés en el medio rural (91,1%) que en el urbano (85,2%).

B. Diferencias significativas en relación con la variable sexo (Tabla III).

10. Sexo-caries: Es significativo que las niñas poseen mayor proporción de caries (29,1%) que los niños (20,9%), o más bien tienen una mayor conciencia de tener caries.

11. Sexo-frecuencia de lavado: Es reseñable que en el caso de las niñas hay una proporción mayor (59,8%) respecto a los niños (44,2%) que se lavan los dientes después de cada comida, no encontrando diferencias significativamente importantes en cuanto a las demás respuestas.

12. Sexo-aprender a lavarse: Es más habitual entre las niñas obtener la información de sus padres acerca del lavado bucodental (62,2%) respecto a los niños (53%). Hay un porcentaje global de aproximadamente un 27% que no obtiene la información de ninguna fuente.

13. Sexo-razones para el lavado dental: Podemos destacar que entre las niñas es más habitual y significativo los que consideran que hay que lavarse los dientes por razones de higiene (93,2% vs 87,1% en los niños), mientras que en los niños parece que es más habitual lavarse los dientes por obligación (12,9% vs 7,6%).

14. Sexo-metodología del lavado dental: Es significativo que

Tabla III Diferencias significativas con variable SEXO

	Mujer (%)		Varón (%)
- Prevalencia caries:			
Sí	29,1	*	20,9
No lo sé	20,3	*	26,1
- Etiología caries:			
Microorganismo	25,5		24,1
Azúcar	65,3		70,2
No lo sé	10,0		6,6
- Tiempo de lavado correcto (3 min)	60,6		55,3
- Frecuencia de lavado:			
Después de cada comida	59,8	***	44,1
Al levantarse	32,3		31,2
Antes de acostarse	37,5		40,1
De vez en cuando	19,1		23,8
- Enseñanza del lavado:			
Padres	62,2	*	53,0
Colegio	15,5		10,9
Televisión	1,2		2,9
Nadie	25,9		28,7
- Motivo del lavado dental:			
Por obligación	7,6	*	12,9
Por higiene	93,2	*	87,1
- Metodología lavado dental:			
Utilización pasta	96,0		95,7
Utilización seda	4,0		6,3
Cepillado dientes por dentro	80,5	*	72,5
Cepillado lengua	25,5		19,8
Cepillado horizontal y vertical	75,7	*	66,5
- Visitas al dentista:			
1/año	24,3	*	33,2
2 o más/año	31,1	**	21,5
Nunca	10,8	*	18,1
Sólo si problemas	33,9		27,2
- Cambio cepillo dientes:			
Cada 3 meses	27,1		27,2
Cada 6 meses	26,3		23,8
Cada año	9,2		12,6
Cuando se rompe	37,5		36,4
- Consumo de golosinas:			
5 o más	41,0		42,1
Menos de 5	51,8	*	45,0
Ninguna	7,2	*	12,9
- Animo paterno para el cepillado	60,6		57,3
- Dolor de muelas:			
Frecuente	3,2		3,7
Alguna vez	48,6		48,1
Nunca	47,8		49,3
- Aparato ortodóncico	14,7		10,3
- Satisfacción higiene bucal:			
Mucho	39,1	*	51,2
Nada	4,4		6,6
- Interés por la encuesta	94,8	***	82,8

* = $p < 0,05$; ** = $p < 0,01$; *** = $p < 0,001$.

las niñas se lavan mejor los dientes, ya que un 80,5% se cepilla por dentro los dientes (vs un 72,5% de los niños) y el 75,7% se lava los dientes moviendo el cepillo tanto horizontal como verticalmente (vs un 66,5% de los niños).

15. Sexo-visititas anuales al dentista: La diferencia más significativa es que las niñas acuden en un porcentaje mayor «dos o más veces» al dentista (31,1% vs 21,5% en los niños), mientras que en los niños es más frecuente que no acudan «nunca» al dentista (18,1 vs 10,8% en las niñas).

16. Sexo-consumo diario de golosinas: Destacar la diferencia existente en el consumo de «menos de 5», siendo mayor en las niñas (51,8 vs 45% en los niños), mientras que en el consumo de «ninguna» golosina la diferencia significativa es a favor de los niños (12,9 vs 7,2% en las niñas).

17. Sexo-satisfacción bucodental: Es significativo el hecho de que un 51,2% de niños afirma estar muy satisfecho con su boca frente a un porcentaje inferior (39,1%) de niñas.

18. Sexo-interés por la encuesta: A las niñas les parece más interesante la encuesta (94,8%) que a los niños (82,8%).

C. Diferencias significativas en relación con la variable edad (Tabla IV).

19. Edad-etología caries: Los menores de 14 años responden correctamente un «microorganismo» en un porcentaje significativamente mayor. A pesar de todo esto, la respuesta global mayoritaria ha sido que el causante de la caries es el azúcar.

20. Edad-frecuencia de lavado: La única diferencia significativa es que un mayor porcentaje de los mayores de 13 años no lo hace antes de acostarse.

21. Edad-aprender a lavarse: Existe una mayoría de alumnos que no ha recibido ninguna educación sobre higiene bucodental en el colegio. Analizando por grupos de edad es muy significativa la proporción de niños de 16 años (83,3%) que declaran no haber recibido ninguna educación al respecto. Los alumnos más jóvenes son aquellos que han recibido más información en el colegio y, en general, son los alumnos de 16 años los que parece que han recibido menos información a través de los padres o el colegio.

Discusión

Según la OMS, la educación sanitaria para la salud dental y para la prevención de la caries en particular debe tener como objetivos⁽⁴⁾:

1. Hacer que la salud dental sea valorada por los individuos, grupos y colectividades de nuestra comunidad.
2. Modificar los hábitos negativos que prevalecen en la comunidad.
3. Promover los hábitos positivos en cuanto a salud dental.
4. Promover la modificación de los factores ambientales que inciden negativamente en las conductas relacionadas con la salud dental.
5. Promover la aceptación por parte de la población de las medidas preventivas adoptadas a nivel comunitario.

El Comité de Expertos de la OMS considera que la educa-

Tabla IV Diferencias significativas con la variable edad

	11-13 años (%)		14-16 años (%)
- Etiología caries:			
Microorganismo	26,5	**	15,6
Azúcar	67,8		63,8
No lo sé	6,1	*	20,6
- Tiempo de lavado correcto (3 min)	55,1		67,0
- Frecuencia de lavado:			
Después de cada comida	52,5		45,0
Al levantarse	29,9		30,4
Antes de acostarse	43,7	***	18,0
De vez en cuando	19,5		36,8
- Enseñanza del lavado:			
Padres	57,2		47,0
Colegio	16,2	***	2,2
Televisión	1,5		1,6
Nadie	25,1	*	49,2
- Motivo del lavado dental:			
Por obligación	10,5		6,0
Por higiene	90,5		86,7
- Metodología lavado dental:			
Utilización pasta	96,6		94,4
Utilización seda	6,4		3,1
Cepillado dientes por dentro	75,9		73,4
Cepillado lengua	24,6	*	17,6
Cepillado horizontal y vertical	70,5		71,0
- Visitas al dentista:			
1/año	30,5		25,4
2 o más/año	26,6	*	15,0
Nunca	13,0	*	22,2
Sólo si problemas	29,9		37,4
- Cambio cepillo dientes:			
Cada 3 meses	27,7		28,6
Cada 6 meses	24,1		24,1
Cada año	11,6		8,4
Cuando se rompe	36,6		38,9
- Consumo de golosinas:			
5 o más	39,0		60,1
Menos de 5	49,6		37,2
Ninguna	11,4	*	2,7
- Animo paterno para el cepillado	77,1	*	61,5
- Dolor de muelas:			
Frecuente	3,7		4,0
Alguna vez	49,4		48,6
Nunca	46,9		47,4
- Aparato ortodóncico	11,5		12,1
- Satisfacción higiene bucal:			
Mucho	45,7		48,0
Nada	5,3		3,1

* = $p < 0,05$; ** = $p < 0,01$; *** = $p < 0,001$.

ción sanitaria de la salud dental ha de tener dos grandes campos de acción⁽⁴⁾:

a) La comunidad: Se incide también sobre el niño, pero ca-

si siempre indirectamente mediante la familia, y los agentes son el personal de asistencia primaria (entre ellos, el pediatra), los estomatólogos e higienistas dentales, y el personal de los medios de comunicación.

b) La escuela: Se incide directamente sobre el niño y el agente de acción educativa es el maestro o profesor.

El examen sistemático y anual de los escolares permite hacer un barrido rápido y de bajo coste, de toda una población que señala la existencia de desviaciones de salud corregibles.

El examen de salud escolar en el medio en el que el niño se mueve habitualmente facilita la relación entre el médico y los escolares y permite realizar una educación sanitaria directa, cuyos resultados se pueden observar a largo plazo.

En este sentido se ha visto una disminución, pequeña pero constante, en cuanto a la prevalencia de caries en los escolares en los que se hace un examen de salud de manera habitual⁽¹⁵⁾, junto con una percepción del problema cada vez mayor, por parte del profesorado y dirección de los centros escolares, lo cual nos puede hacer optimistas respecto a los resultados en el futuro.

En nuestro trabajo, a través de la encuesta realizada a escolares preadolescentes y adolescentes, hemos obtenido las siguientes conclusiones, que pueden resultar importantes a la hora de plantear estrategias sanitarias en salud bucodental:

- En el medio rural los niños y niñas encuestados presentan una higiene bucodental más frecuente y habitualmente mejor que en el medio urbano.

- Parece que en el medio rural existe un conocimiento sensiblemente superior de las causas que producen la caries.

- Es muy interesante observar que en el medio rural se adquieren los conocimientos sobre higiene en el colegio mucho más frecuentemente que en el medio urbano. En este último la televisión juega un papel más destacado.

- En general, los datos obtenidos sugieren que existe un mayor interés entre los niños del medio rural por la higiene bucodental, y este interés está probablemente mediado por una mejor educación escolar en este ámbito.

- Contradictoriamente, según de lo que se deriva de las conclusiones anteriores, encontramos un mayor consumo de golosinas en el medio rural, lo cual no supone una mayor frecuencia de caries gracias a la mejor higiene bucodental de estos niños.

- Las niñas se cepillan los dientes mucho más a menudo, de manera más correcta y acuden más frecuentemente al dentista que los niños de su misma edad. Y sin embargo, es menor la satisfacción que expresan con respecto a su higiene bucodental.

- Podemos comprobar que las niñas ejercen un mayor control sobre su higiene bucodental, lo cual incrementa su conciencia de enfermedad. Están evidentemente más interesadas en estos temas ya que mayoritariamente consideran una cuestión de higiene el lavado dental y un mayor interés por la encuesta realizada.

- El grupo de edad de los niños de 16 años parece presentar una problemática especial. No sólo se lavan menos los dientes y declaran que no se les ha enseñado nunca, sino que además refieren que no se les anima en su familia para ello.

Posiblemente constituyen un grupo especialmente difícil e inadaptado y que no aceptan recomendaciones, no sólo sobre higiene bucodental, sino probablemente sobre otros aspectos educativos.

- Los niños que sólo van al dentista cuando se les presenta algún problema tienen caries en una proporción mayor al resto de los niños. Podemos exceptuar de esta conclusión a aquellos que nunca visitan al dentista y que, por tanto, declaran muy a menudo que no saben si tienen algún problema derivado de la caries.

La alta prevalencia de patología bucodental en la población escolar, junto con la asociación existente entre patología y prácticas de higiene oral deficientes, nos indica que los esfuerzos en materia de educación sanitaria en el medio escolar son sumamente importantes.

Bibliografía

- 1 Barreiro A, Bravo V. El pediatra y la salud bucal. *An Esp Pediatr* 1987;**26**:463-466.
- 2 Vitoria Miñana I, Brines Solanes J, Morales Suárez-Varela M, Llopis González A. Profilaxis de la caries en el niño (I): Etiología y mecanismos de producción. *An Esp Pediatr* 1991;**34**:231-234.
- 3 Vitoria Miñana I, Brines Solanes J, Morales Suárez-Varela M, Llopis González A. Profilaxis de la caries en el niño (II): Flúor, dieta, higiene y educación sanitaria. *An Esp Pediatr* 1991;**34**:299-304.
- 4 OMS. Etiología y prevención de la caries dental. Serie de informes técnicos nº 494. Ginebra, 1972.
- 5 González de Aledo A, Bonilla C, Gómez-Ullate P, Villalonga R, Marugán A. Suplementación individualizada de flúor en pediatría primaria. *An Esp Pediatr* 1987;**26**:179-183.
- 6 OMS. Fluoruros y salud. Serie de monografías nº 59. Ginebra, 1972.
- 7 Rioboo R. La problemática de la salud bucodentaria en España. Simposio «La salud bucal, problemas y posibles soluciones». Madrid, 1985.
- 8 Moreno JP, Barbería E, Andrés MC, Iñíguez JJ. Caries dental. *Boletín de Previsión Sanitaria Nacional* 1984;**11**:11-16.
- 9 Calle Purón ME, Lasheras Lozano ML, Rey Calero J. Estado de salud bucodental y del aparato locomotor en una población escolar. *Pediátrica* 1993;**13**:188-191.
- 10 Navarro Alonso JA, Fuster Quiñonero D. Evaluación de resultados del examen de salud escolar en la región de Murcia. Curso 1986-87. *Atención Primaria* 1989;**6**:406-408.
- 11 Lázaro Benavent V, García Sanz MS, Nieto Sandoval MA. Salud Escolar. *Rev San Hig Publ* 1987;**64**:265-288.
- 12 González de Aledo A, Alvarez Alduán F, Pérez Santos C. Contenido de flúor libre en leches infantiles españolas. *An Esp Pediatr* 1988;**29**:311-313.
- 13 González de Aledo Linos A. Contenido de flúor en dentífricos españoles y recomendaciones para su utilización en pediatría. *An Esp Pediatr* 1988;**28**:345-348.
- 14 Marina López C. El pediatra en la prevención de los problemas ortodóncicos. Mesa redonda XXV Reunión Anual de la AEP. Barcelona, 1994. *An Esp Pediatr* 1994; págs. 111-113.
- 15 Calle Purón ME, Gil Miguel A, Lasheras Lozano ML, Rey Calero J, Domínguez Rojas V. Estudio epidemiológico y evolución de la caries dental en colegios de Madrid. *Avances en Odontostomatología* 1990;**6**:611-614.