

FACTORES PREDISPONENTES Y FACILITADORES DE LAS CONDUCTAS DE SALUD ORAL EN NIÑOS DE 6 A 8 AÑOS*

Cuad. Méd.-Soc., XXXIII, 4, 1992/ 43-51

*Dra. Clara Misrachi L.***
*Dra. Rocío Sapag M.****

SUMMARY

This study aims at contributing to increase knowledge on predisposing and enabling factors determining oral health behaviours, to select the focus of educational interventions in that area.

In a random sample of low socioeconomical level school children, it was determined that for them, the most important measure to prevent caries is toothbrushing. Nevertheless 33% shows a negative attitude towards toothbrushing before going to sleep. A 14% do not have their own toothbrush, being of higher significance the percentage of girls. A 5,4% use a shared toothbrush, being this habit of higher significance in girls. The majority attributes to sugary foods a destructive effects on teeth associated only with the mechanical action during chewing hard candies.

To be "afraid of the dentist" is most frequent in children that have not received dental care. Self-esteem is decreased in 50% of the children mother schooling does not influence the oral health knowledge of the children but it influences self-esteem.

ABSTRACT: First and second grade elementary school children's predisposing and enabling factors related to oral health behaviours, are studied.

Key words: ORAL HEALTH BEHAVIOURS, HEALTH EDUCATION, CHILE.

RESUMEN

Este estudio tiene como propósito contribuir a aumentar los conocimientos sobre factores predisponentes y facilitadores de conductas de salud oral para seleccionar los focos de intervenciones educativas en esa área.

En una muestra aleatoria de escolares de bajos recursos socioeconómicos, se determinó que para los niños la medida más importante para prevenir la caries es el cepillado. Sin embargo, 33% tiene una actitud negativa hacia el cepillado antes de dormir. Un 14% no posee cepillo propio, siendo significati-

vamente mayor el porcentaje de niñas que de varones. Un 5,4% usa cepillo prestado, siendo este hábito significativamente mayor en las mujeres.

La mayoría atribuye a los "dulces" un efecto dañino sobre los dientes asociado sólo con su efecto mecánico al masticarlos.

El "miedo al dentista" es más frecuente en niños que no han recibido atención dental.

La autoestima se encuentra disminuida aproximadamente en el 50% de los niños. La escolaridad materna no influye sobre los conocimientos en salud oral de los niños, pero sí sobre su autoestima.

I. INTRODUCCION

Al igual que otros componentes de la Atención Primaria de la Salud, la educación para la salud debe considerar la eficiencia como una de sus metas primordiales de tal forma de obtener resultados con el mínimo de recursos posibles. La eficiencia de la educación para la salud depende de la precisión y

* Este trabajo fue financiado por el proyecto Universidad de Chile/I. Municipalidad de Renca/Lever Chile/Duralón S.A., Proyecto clave PRI: OI-91001.

** Directora de la Oficina de Educación. Facultad de Odontología Universidad de Chile. Director del Proyecto.

*** Médico investigador. Proyecto "Programa Escolar de Educación para la Salud Integrado al Currículo de la E.G.B., Coordinado a Servicios de Atención Primaria".

sistematización efectuada en su planificación y evaluación (1).

Actualmente se utilizan numerosos modelos para explicar comportamientos relacionados con salud y para desarrollar programas educativos. Entre estos se pueden mencionar: el Modelo de Creencias en Salud (2), la Teoría del Aprendizaje Social (3), la Teoría de la Acción Razonada (4), la Teoría de la Disonancia Cognitiva (5), la teoría de la Protección Motivación (6).

La mayoría de estos modelos están basados en la Teoría Cognitiva. Las teorías cognitivas enfatizan el rol de las expectativas que sostienen los sujetos. En esta perspectiva, el comportamiento es una función del valor subjetivo que se le asignan a un resultado y a la probabilidad también subjetiva, que una acción en particular logrará el resultado esperado. Estas formulaciones se denominan en general teorías de "expectativas valóricas". Se cree que los refuerzos o consecuencias del comportamiento operan influenciando las expectativas en relación a la situación. (7).

Las intervenciones educativas basadas en los modelos psicológicos han dado como resultado una tendencia a enfatizar al individuo y por ello han sido útiles en la educación de pacientes. Sin embargo, estas aplicaciones de las ciencias del comportamiento se realizan a veces a expensas de acciones educativas destinadas a lograr los cambios necesarios en las condiciones ambientales, organizacionales institucionales y económicas que configuran el comportamiento (8).

Para realizar programas de educación para la salud masivos es necesario contar con modelos que, además de guiar una planificación sistemática permitan considerar los aspectos no conductuales que influyen sobre los comportamientos relacionados con la salud.

El modelo PRECEDE (9) es de especial utilidad para la planificación de programas de educación para la salud, pues se puede aplicar a una gran variedad de situaciones que van desde la educación comunitaria a la educación individual de pacientes.

El modelo PRECEDE está basado en la siguiente definición de educación para la salud: "Cualquier combinación de experiencias de aprendizaje diseñadas para facilitar adaptaciones voluntarias de conductas que conducen a la salud."

El modelo se llama PRECEDE para llamar la atención sobre la necesidad de preguntarse, qué comportamiento precede a un beneficio de salud dado y qué causas preceden a cada conducta que debe ser objeto de educación para la salud.

En el modelo PRECEDE, una vez individualizadas las conductas que son posibles de modificar para mejorar un aspecto específico de la salud, se deben identificar y categorizar los factores que tienen impacto directo sobre las conductas que serán objeto de la intervención educativa.

El modelo considera tres tipos de factores: predisponentes, facilitadores y reforzadores (10).

1. Los factores predisponentes incluyen el conocimiento, las actitudes, las creencias, los valores y las percepciones. La característica que define a estos factores es su fuerza motivacional previa a la toma de decisiones para realizar una práctica de salud determinada.

Estos factores pueden ser afectados a través de los canales de comunicación, por ello su modificación debe constituir un objetivo importante de los programas de educación.

2. Los factores facilitadores son aquellos que anteceden al comportamiento y que permiten que la motivación se haga realidad. Entre ellos se incluyen las habilidades y los recursos personales y comunitarios necesarios para llevar a cabo una práctica de salud determinada, siendo independientes de la motivación.

3. Los factores reforzadores son aquellos subsiguientes al comportamiento. Determinan si una conducta que ha sido motivada y facilitada persistirá una vez que se haya ensayado. Estos factores proveen de incentivo continuo, recompensa o castigo al comportamiento. Se incluyen entre ellos los beneficios físicos y sociales así como también recompensas tanto tangibles como vicarias.

En el caso de programas de educación para la salud destinados a niños de bajo nivel socioeconómico, en los que la educación refleja es deficitaria en cuanto al desarrollo del autocuidado, es particularmente necesario investigar los factores modificables por intervenciones educativas que influyen sobre las conductas de salud.

Dentro de estos factores, el "autoconcepto" cumple un papel de fundamental importancia. La falla en el autocuidado de la salud se asocia a un mal desarrollo del autoconcepto, del tal modo que el niño que la presenta tiene un deterioro de su autoestima.

Este problema encuentra sus raíces en la actitud de descuido que presentan los padres hacia la promoción de la salud física y mental de sus hijos. Esta actitud se origina básicamente por falta de conocimientos y por factores sociales, económicos, ambientales y culturales que influyen en sus comportamientos de salud (11, 12, 13, 14, 15, 16, 17). A través del contacto con estos progenitores el niño desarrolla, en la percepción de sí mismo, la idea de

ser una persona que no es digna de cuidado, y de esta forma, actúa consecuentemente a dicha percepción. A su vez este inadecuado desarrollo del autoconcepto determina que el niño se sienta incapaz de realizar nuevos aprendizajes.

De esta forma, una falla en el autoconcepto aparece como factor predisponente que entorpece la labor educativa para el autocuidado de la salud. Se hace necesario entonces, considerar en el diagnóstico de los factores predisponentes el de la autoestima, para discernir experiencias de aprendizaje adecuadas que fomenten el aumento de los conocimientos, recursos y habilidades personales que conduzcan a estos niños a desarrollar comportamientos positivos hacia su salud.

En Chile, el nivel de salud bucal de la población constituye uno de los problemas prioritarios de Salud Pública. El Ministerio de Salud Pública, dentro de sus políticas para el mejoramiento de la salud oral, ha establecido como grupo prioritario a la población de 0 a 14 años dando énfasis a la educación (18). Por ello es necesario determinar los factores que influyen sobre las conductas de salud oral de los niños, con el fin de planificar programas educativos adecuados.

El presente trabajo pretende identificar algunos de los factores predisponentes y facilitadores que influyen en las conductas de autocuidado de la salud oral, en niños de los dos primeros años de la Educación General Básica de nivel socioeconómico bajo.

II. MATERIAL Y METODO

El trabajo se realizó en 14 escuelas municipales de la Comuna de Renca en las que se instalaría un programa de educación para la salud, focalizado en la comunidad escolar y orientado a mejorar o bien mantener estilos de vida saludables.

El universo lo constituyeron 2400 niños de primeros y segundos años de la E.G.B. Los niños de segundos años habían participado el año anterior en un programa de educación para la salud que contempló sólo aspectos del área de la salud física.

La muestra estuvo constituida por 240 niños, 108 de primero básico y 132 de segundo básico.

En cada uno de los 59 cursos de primeros y

segundos años, se seleccionó una muestra al azar, estratificada por sexo y nivel de escolaridad de la madre. En cada curso la muestra estuvo constituida por un niño de cada sexo, de madre de baja escolaridad (inferior a sexto año básico) y un niño de cada sexo, de madre de escolaridad media (superior a sexto año básico). En ningún caso la escolaridad materna alcanzó la enseñanza media completa.

A los niños se les aplicó una encuesta estructurada sobre conocimientos, actitudes y prácticas en relación a salud física, salud mental y emocional y salud social y ambiental. La encuesta para primero básico estuvo constituida por 43 ítems y la de segundo básico por 53 ítems. Además se aplicó una lista de cotejo de 10 ítems para verificar estado de higiene personal y una lista de cotejo de 11 ítems para evaluar variables facilitadoras ambientales del recinto escolar.

En el presente trabajo sólo se dará cuenta de las variables medidas en relación a los factores predisponentes y facilitadores de conductas de salud oral

Para el análisis de resultados se realizó la prueba estadística de Ji cuadrado en relación a las variables independientes; curso, sexo y escolaridad materna. Se consideró significativa la asociación estadística con un valor $p < 0.05$.

III. RESULTADOS

1.- Higiene Oral:

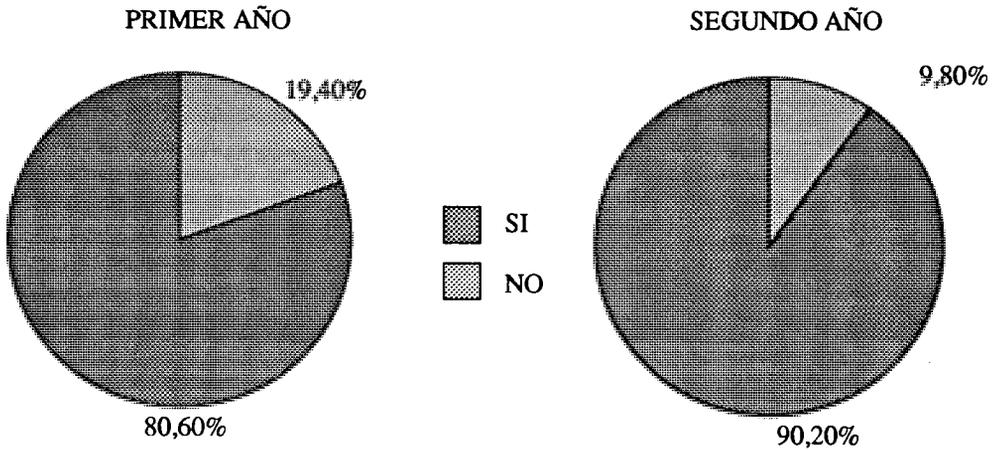
El porcentaje de niños de 2º Básico que mostró conocimientos adecuados sobre cepillado dental fue significativamente mayor que el de 1º Básico ($P < 0,03$). Sin embargo, el 35% de todos los niños no asocia la ausencia de cepillado dental con caries.

Respecto a la frecuencia de cepillado diario, sólo el 36% de los niños manifiesta que hay que cepillarse los dientes después de cada comida.

A pesar de que la gran mayoría de los niños sabe que es necesario cepillarse los dientes, un 33% tiene una actitud negativa hacia el cepillado antes de dormir.

El 86% de los niños, tanto de 1º como de 2º año, dicen tener cepillo propio. El gráfico N° 1 muestra la distribución de los niños que declaran poseer cepillo dental propio, por curso.

GRAFICO 1:
FACTOR FACILITADOR: Contar con un cepillo dental propio



Es interesante destacar que en un estudio realizado el año anterior a los niños del segundo año básico cuando cursaban el primer año y en la comuna no existía ningún programa escolar de educación para la Salud Oral, se constató que sólo el 47,4% poseía cepillo propio. Del 52,6% de los niños que no poseía cepillo el 19,1% lo compartía con algún familiar

En el estudio actual del 14% de los niños que no posee cepillo dental, el 43% de los de primer año y el 37,9% de los de segundo usan cepillo prestado por algún familiar.

De los niños que no tienen cepillo, el 62% son mujeres y el 38% hombres. En primer año existe

diferencia significativa por sexo; usan cepillo prestado 14,8% de las mujeres y 1,8% de los hombres ($p < 0,01$).

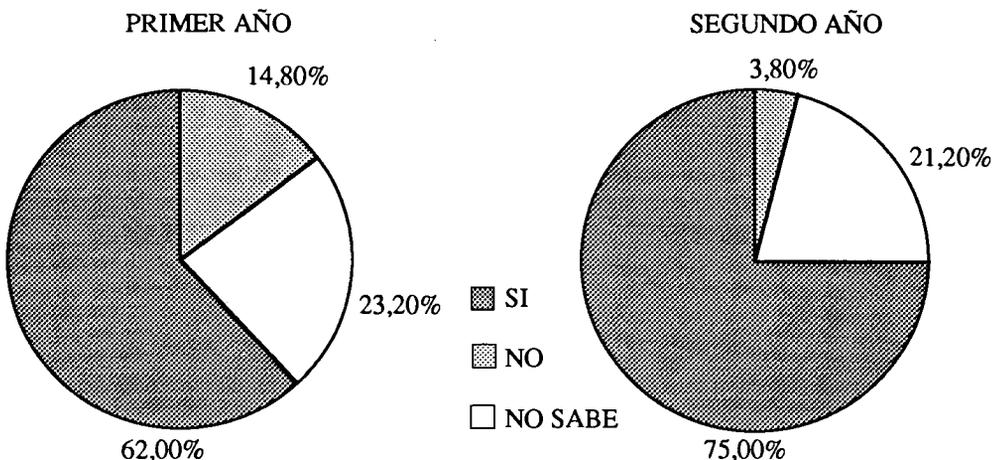
El uso de cepillo prestado es más frecuente en niños de madre de baja escolaridad.

2.- Ingesta de dulces.

Si bien el 74% de los niños sabe que comer dulces produce caries, el 70% del total declara que chupar los dulces no tiene ningún efecto dañino sobre los dientes. El gráfico N° 2 muestra la distribución de esta creencia tanto en los niños de 1º como de 2º año.

Enfrentado el niño a una situación de elección

GRAFICO 2:
FACTOR PREDISPONENTE: CREENCIA
RELACIÓN ENTRE CHUPAR DULCES Y DAÑO DENTAL



entre golosinas y alimentos, es significativamente menor el número de niños de 2º ($p < 0,001$) que prefiere golosinas. En cambio más del 50% de los niños de primero se inclina por las golosinas.

Si se les da a elegir entre yogurt, fruta o dulce el 67% prefiere el yogurt, el 30% elige la fruta y solamente el 3% las golosinas. El gráfico N° 3 muestra las razones principales de la preferencia alimenticia de los niños, por curso.

Es importante señalar que el 100% de las escuelas a las que pertenecen los niños de la muestra cuentan con un kiosco en el interior del recinto, en el que sólo se expenden productos cariogénicos.

3.- Actitud frente al dentista.

El 67% de los niños de la muestra ha asistido a atención dental, siendo este porcentaje mayor en los de 2º Básico.

El 23% de los niños, hayan o no asistido a atención dental, declara tener miedo al dentista. El porcentaje de niños de 1º con respecto a los de 2º, que tienen miedo al dentista es significativamente mayor ($p < 0,01$). El gráfico N°4 muestra la distribución del temor al dentista, por curso.

En el 52,4% de los casos el temor al dentista, en los niños que nunca han asistido a atención dental, fue inducido por la madre u otra persona, el resto declara que se le ocurrió solo.

4.- Actitud hacia el Autocuidado.

Considerando como actitud hacia el autocuidado el cuidarse solo los dientes o solo y además concurrir al dentista, el 58% de todos los niños presenta una actitud favorable al autocuidado de la salud oral.

El gráfico N° 5 muestra la actitud hacia el autocuidado de la salud oral, por curso.

Entre las recomendaciones que los niños sugieren para el cuidado de los dientes, en 1º Básico destacan en primer lugar lavarse los dientes y en segundo lugar no comer dulces. En cambio en 2º Básico, en primer lugar aparece lavarse los dientes y en segundo lugar ir al dentista. Hay mayor tendencia en 1er. año a referirse a no comer dulces. La mención de utilizar fluor y sellantes es mayor en los niños de 2º año. El gráfico N°6 muestra la distribución de recomendaciones sobre acciones de cuidado dental, por curso.

4.- Autoimagen.

El gráfico N°7 muestra la distribución de la autoimagen física, por curso.

De los niños que tienen una autoimagen física negativa (18,8), el 55 % son de 2º año y el 45% de 1er. año.

La autoimagen negativa es significativamente mayor ($p < 0,01$) en los niños con madres de baja escolaridad. El 75% de los niños que se consideran feos son hijos de madres de baja escolaridad, mien-

GRAFICO 3:
FACTOR PREDISPONENTE:
Razones de la preferencia alimenticia

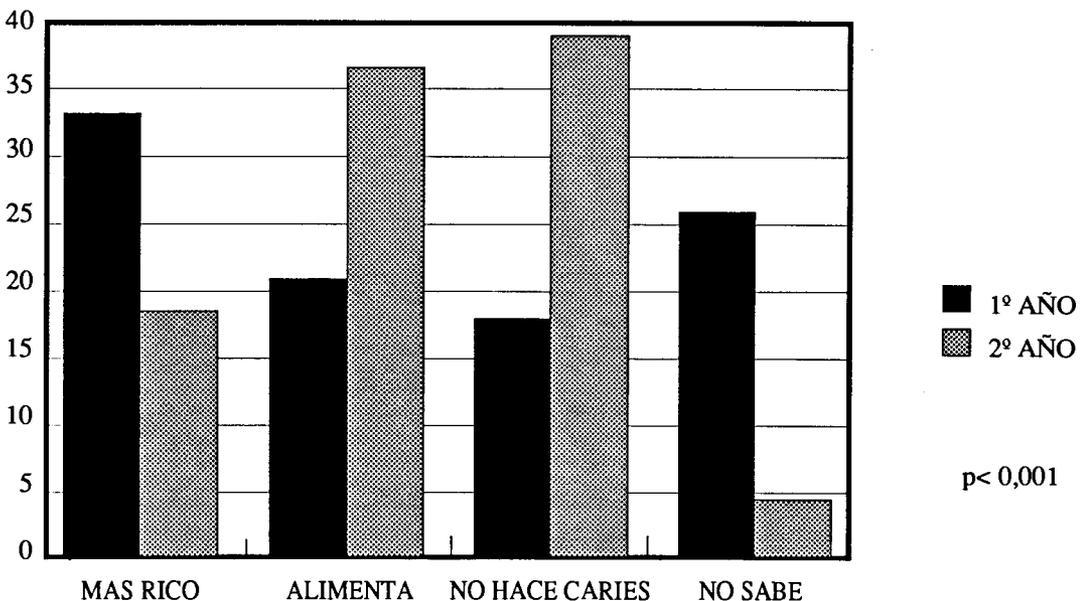


GRAFICO 4:
FACTOR PREDISPONENTE:
Miedo al dentista

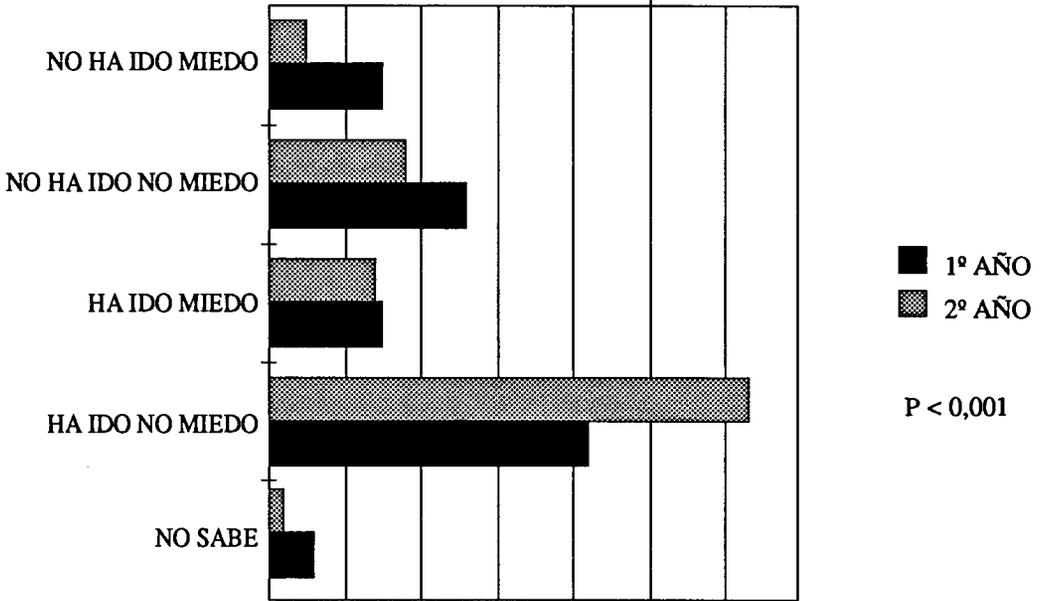
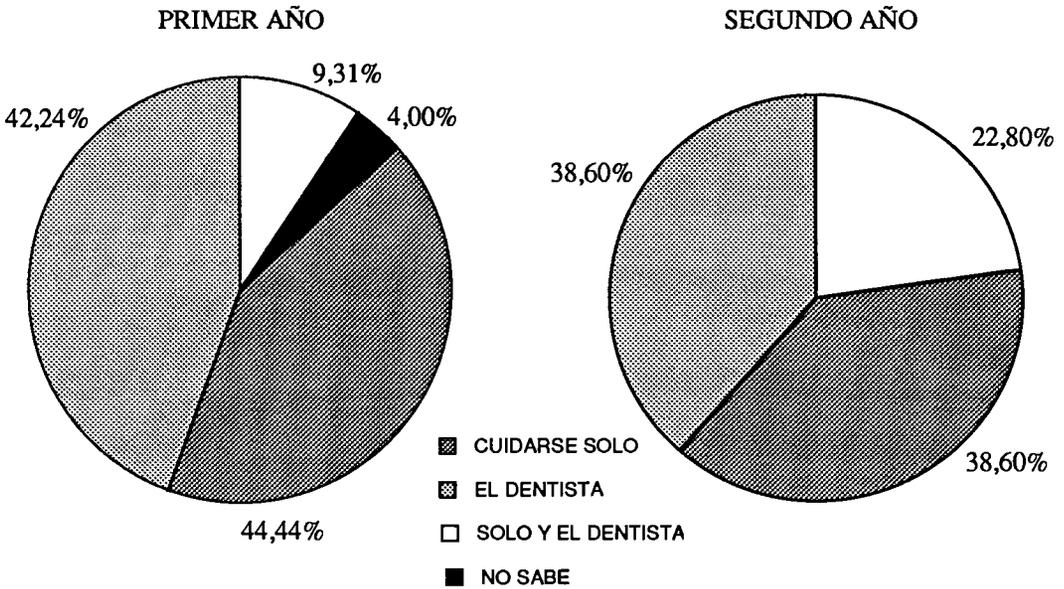
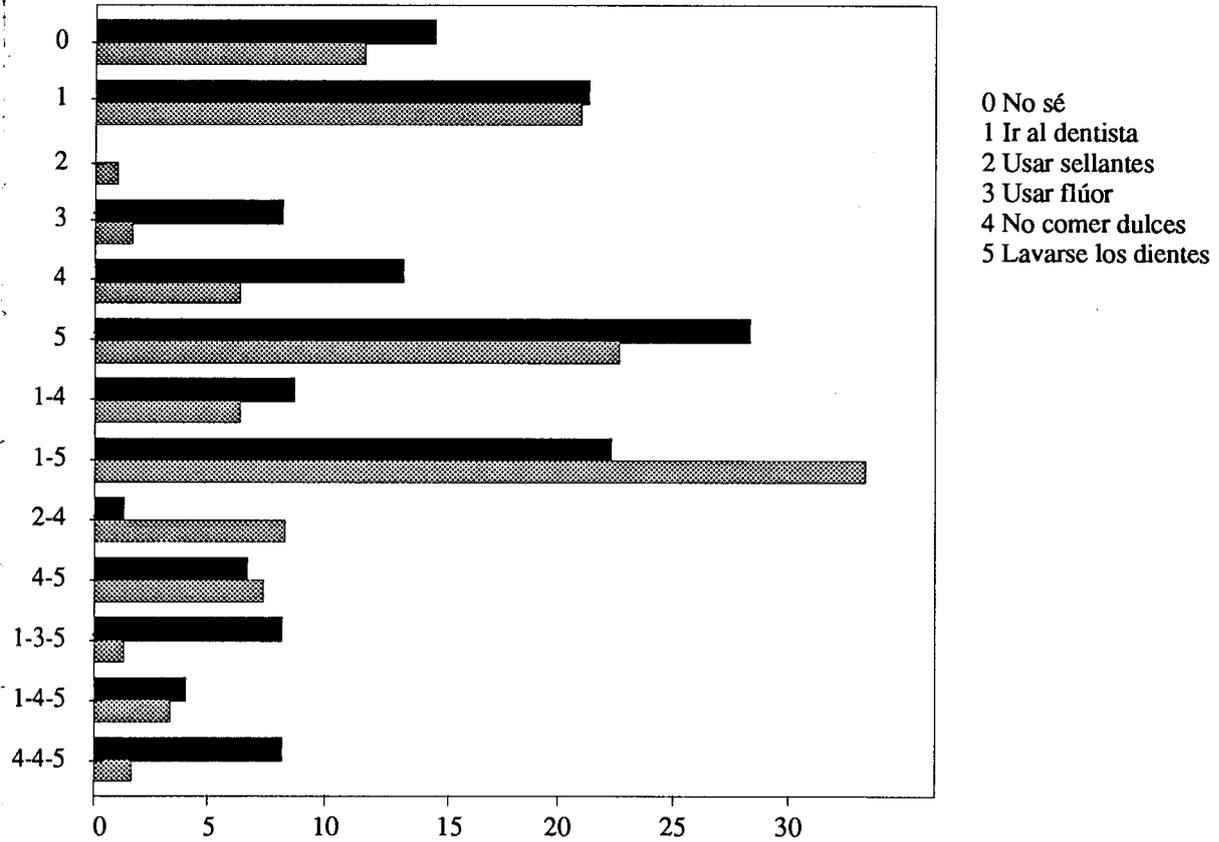


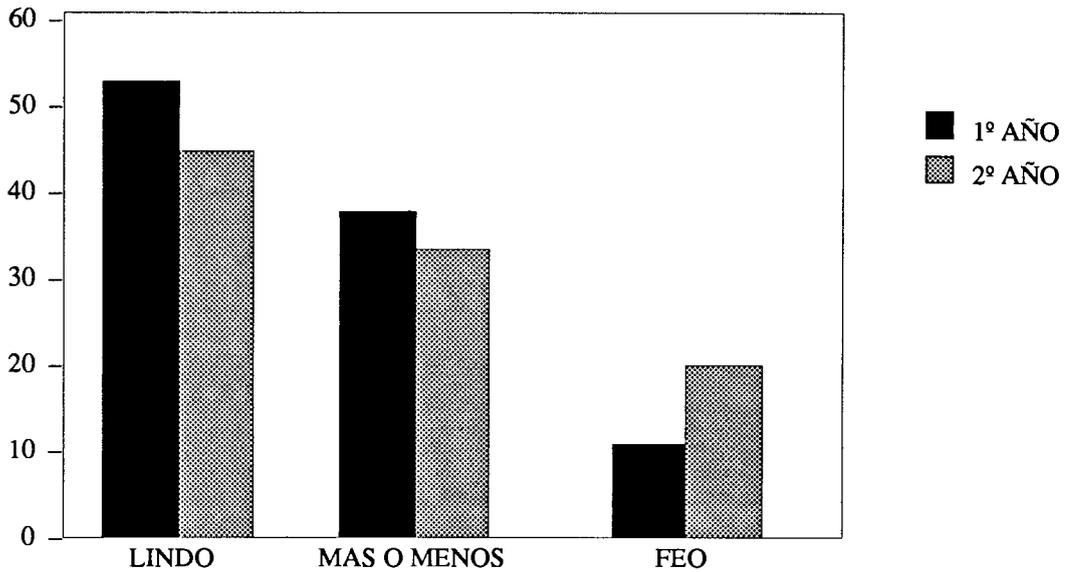
GRAFICO 5:
FACTOR PREDISPONENTE:
ACTITUD HACIA EL AUTOCUIDADO DE LA SALUD ORAL



**GRAFICO 6:
FACTOR PREDISPONENTE:
DISTRIBUCIÓN DE RECOMENDACIONES SOBRE ACCIONES PREVENTIVAS**



**GRAFICO 7:
AUTOIMAGEN FISICA**



tras que el 57,3% de los que se consideran lindos son hijos de madre de alta escolaridad. La misma relación se observa respecto a la autoimagen psicológica.

Un 90% de los niños valora la dentadura como factor importante para la imagen física.

5.- Expectativas de autoeficacia.

El Gráfico N° 8 muestra la distribución de expectativas de autoeficacia para realizar tareas relacionadas con el área cognitiva, por curso.

Los niños de 2º año tienen una expectativa de autoeficacia significativamente menor ($p < 0,01$) que la de los niños 1er. año.

IV. CONCLUSIONES

Los niños de segundo año poseen más conocimientos sobre salud oral que los de primer año. Esto se debe a que el año anterior participaron en un programa de educación para la salud que contempló aspectos de relacionados con higiene oral, alimentación cariogénica y medidas para la prevención de caries.

Para los niños la medida más importante para prevenir la caries es el cepillado. Sin embargo, un tercio reconoce tener una actitud negativa hacia el cepillado antes de dormir y 14% no posee cepillo propio. El hecho que el porcentaje de niños que no posee cepillo en el primer año actual sea

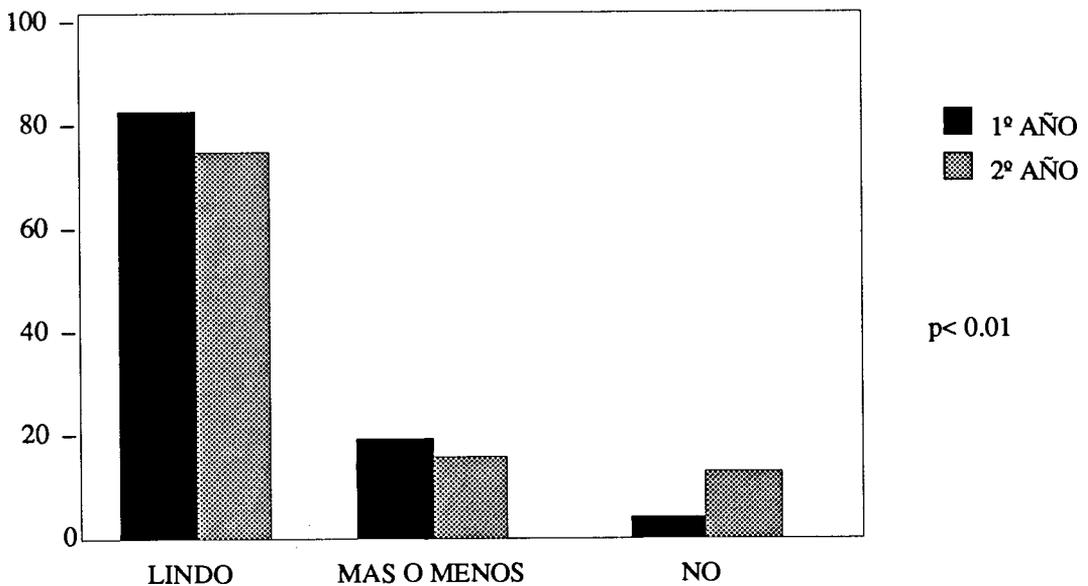
significativamente menor que el de los niños de primero del año anterior, se explica por la influencia del programa de Salud Oral a nivel comunal y familiar.

Llama la atención que en primer año el porcentaje de niñas que no tiene cepillo propio es significativamente mayor que el de los niños. Esto sugiere que existe mayor preocupación de los padres por los hábitos de higiene de sus hijos varones, cuando los niños no han sido expuestos a un programa de educación para la salud, que los lleve a influir en el hogar para obtener los elementos facilitadores que le permitan realizar las acciones favorables a la salud aprendidas en la escuela.

Destaca el hecho que en primero básico, el uso de cepillo prestado sea más frecuente en las niñas que en los varones. Es posible que esto se deba, en parte, a que las niñas de esa edad, son más proclives que los varones a efectuar prácticas de higiene por ello un mayor porcentaje utiliza un cepillo prestado, especialmente cuando desconoce los riesgos que ello conlleva.

Respecto a la ingesta de golosinas, aunque los niños saben que comer dulces produce caries, la mayoría cree que esto sucede sólo si éstos se mastican, como consecuencia del efecto mecánico que ellos ejercen asociado a su dureza. Esta creencia, estudiada en adultos por Risrachi y Sáez (16), está fuertemente arraigada en la población y según se

GRAFICO 8:
EXPECTATIVA DE AUTOEFICACIA
(P: Si la profesora le da una tarea difícil, ¿crees que las vas a poder hacer bien?)



observa en esta investigación, se transmite tempranamente a los niños.

El hecho que los niños prefieran alimentos tales como el yogurt y la fruta sobre las golosinas, sugiere que es posible modificar una situación ambiental bloqueadora de la adquisición de conductas saludables, cambiando el expendio de golosinas en los kioscos escolares por alimentos menos cariogénicos.

Al considerar el factor predisponente "miedo al dentista", se observa que éste es más frecuente en los niños de primer año. Sin embargo, un mayor porcentaje de niños de segundo básico ha tenido la experiencia de atención dental. Esto indica que el miedo al dentista, al contrario de lo que se pudiera pensar, disminuye a medida que el niño es atendido por este profesional y conoce el rol que éste cumple.

Aproximadamente el 60% de los niños refleja una actitud favorable hacia el autocuidado de la salud oral. Las medidas preventivas más conocidas por ellos son: cepillarse los dientes, no comer dulces e ir al dentista. Es interesante constatar que entre las medidas preventivas los niños de primer año no mencionan el fluor. Esto es importante si se considera que todos los niños encuestados tienen acceso a la televisión, lo que sugiere que la numerosa publicidad televisiva actual, referida a esta materia, tiene un impacto reducido.

Para casi todos los niños la dentadura es un factor de gran importancia en la presentación personal. Al estar ésta estrechamente vinculada con la autoestima, la mantención de una dentadura saludable contribuirá a que el niño tenga una imagen positiva de sí mismo.

La autoestima se encuentra disminuida aproximadamente en el 50% de los niños, lo que es significativamente mayor en los niños de segundo año con madres de baja escolaridad. Si bien no se encontraron diferencias significativas en los conocimientos sobre salud oral de los niños con respecto a la escolaridad materna, ésta sí influye sobre su autoestima.

Las expectativas de autoeficacia también fueron significativamente menores en los niños de segundo año. Esto indica que es necesario seleccionar la autoestima y la autoeficacia como focos de intervención educativa en los programas de educación escolar para la salud, por la importancia que ambas tienen para la adquisición de conductas favorables a la salud.

Finalmente, los programas de educación para la salud oral dirigidos a los niños para ser eficaces, debieran focalizarse en la comunidad escolar (niños, padres, profesores, personal de apoyo), con el fin de intervenir sobre la mayor parte de los factores predisponentes, facilitadores y reforzadores. Ω

REFERENCIAS

- Misrachi, C. Health Education and Health Promotion. University of Western Australia Dental School. Perth, ni.A., 1990.
- Rosenstock, I.R. Historical origins of the Health Belief Model. En: The Health Belief Model and Personal health behaviour. Editado por M.H. Becker. Thorofare, N.J., Charles B. Slack, 1974.
- Bandura, A. Social Learning theory. Englewood Cliffs, N. J. Prentice Hall, 1977.
- Fishbein, M., Ajzen I. Beliefs, Attitudes, Intention and Behaviour: an Introduction to Theory and Research. Massachusetts Addison Wesley, 1975.
- Festinger, L.A. A Theory of Cognitive Dissonance. California: Stanford University. Press, 1957.
- Prentice - Dunn, S. Protection Motivation Theory and preventive health: beyond the Health Belief Model. Health Ed. Research 1(3): 153-161, 1986.
- Rosenstock, I.M., Strecher, V.J., Becker, M.H., Social Learning Theory and the Health Belief Model. Health Ed. Quarterly 15(2): 175 - 183, 1988.
- Green, L.W. Modifying and Developing Health Behaviour Ann. Rev. Public Health, 5(2): 15-36, 1984.
- Green, L.W., Kreuter, M.W., Deeds, S.G., Partridge, K.B. Health Education Planning: A diagnostic Approach. Mayfield/Publishing Co. 1980.
- Green, L.W. School Health Education. Ann Rev Public Health. 3:321-338, 1982.
- Arguello, O. Delimitación del Concepto "Estrategias de Supervivencia" y sus vínculos con la investigación Sociodemográfica. Talleres de Estrategias de Supervivencia. (Documento de Trabajo) PISPAL, Buenos Aires, 1980.
- Lomnitz, L. "Cómo sobreviven los Marginados". Un estudio en barrios de México. Ed. Siglo XXI, México, 1980.
- Pedersen, D. et. al. Estilos de Vida y Salud. OPS/FWKK, Programa de Salud Materno Infantil. (Documento de Trabajo) Octubre 1985.
- Pedersen, D. Curanderos, Divinidades, Santos y Doctores: Elementos para el Análisis de los Sistemas Médicos. II Congreso Internacional de Medicinas Tradicionales. Documento inédito. Lima, 1988.
- Pedersen, D. "Evaluación de Servicios de Salud: el punto de vista de la gente". Trabajo presentado en Taller Regional de Evaluación de Servicios de Salud Materno-infantil. Ministerio de Salud, Venezuela. OPS/OMS. Carabellada. Agosto 1987.
- Misrachi, C., Saez, M. Valores, Creencias y Prácticas populares en relación a la salud oral. Cuad. Méd. Soc. 20(2): 27-33. 1989.
- Misrachi, C., Saéz, M. Cultura popular en relación a la salud bucal, en sectores urbano marginales. Enfoques en Atención Primaria. 5(1) 13-19, 1990.
- Ministerio de Salud Pública de Chile. Plan Nacional de Salud Bucal-Dental Chile, Septiembre 1990. - Ω -