

RELACIÓN ENTRE EL ESTADO DE SALUD DE LOS NIÑOS Y EL NIVEL
EDUCACIONAL, FORMAL Y ESPECÍFICO DE PADRES

TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE MAGISTER EN PSICOLOGIA SOCIAL

ODONTOLOGA ENILDE GONZALEZ DE RAVERA

DIRECTORA DE TESIS

DRA. NOEMI BORDONI

2006



+

N° CLASIFICACION:		ADQUISICION:	
T	B	Pape	
		N° TRANSACCION:	
		R-410	

Se agradece la colaboración de los Doctores

Aldo Squassi,

Gabriel Sánchez,

Por el tratamiento estadístico de datos,

Kristina Arnup

Por permitir el uso de su encuesta para padres.

RESUMEN

La Bioética como Ética aplicada debe considerar la asistencia a grupos de nivel económico más bajo como prioritario. Ella encuentra sus bases y justificación en la defensa y configuración de una política sanitaria preventiva y curativa, su meta es la reducción de las susceptibilidades emanadas de enfermedades y disfunciones corporales. Actualmente, no sólo lo médico sino lo social, lo medio-ambiental, temas globales de salud y de las ciencias médicas toman conciencia de la amplitud del campo bioético. La relación entre pobreza y caries ha sido demostrada.(Sweeney et al.1999; Tickle et al.1999; Prendergast et al. 1997; Naidar, 1998; Kuriakose y Joseph 1994; Bordoni , Squassi et al ; 2001).

La intervención educativa es tomada como estrategia para la equidad, los conocimientos, actitudes, prácticas y estudios formales son variables intervinientes en la salud bucal de los escolares. Se considera a la escuela el lugar ideal para desarrollar estrategias para la comunidad que basadas en el conocimiento, realicen una acción preventiva. El impacto debe trascender la escuela y alcanzar la comunidad ayudando a formar personas responsables y autónomas, capaces de cuidar de ellas mismas y de los demás.

El propósito de este trabajo es comparar la prevalencia de caries, biofilm de placa dental, gingivitis y el perfil de cuidados dentales en tres grupos socioeconómicamente diferenciados. De acuerdo con esa caracterización fueron seleccionadas tres escuelas de diferente nivel socio-económico.

Al analizar los resultados se verificó que:

(a) Respecto de los conocimientos:

Si bien no existen diferencias significativas entre los valores referidos a conocimientos de los padres registrados en las tres escuelas del grupo etario 12-14 años, en la Escuela N°4 es menor que en las de nivel medio y alta al considerar las edades 6-8 y 9-11 años.

La escuela de menor nivel socioeconómico revela prácticas y actitudes significativamente menos saludables, para todo rango etario.

El nivel de estudios formales fue significativamente menor en la Escuela de menor nivel socio-económico respecto de las restantes para todo grupo etario.

(b) Al analizar las variables epidemiológicas considerando grupo etario y escuela a la que pertenecen las unidades experimentales es decir el nivel socioeconómico se observó:

En la escuela de menor nivel socio-económico las siguientes variables son significativamente mayores que en las restantes en todos los niveles etarios.

- C
- C+c
- CPOS +ceos
- % de superficies afectadas
- Hemorragia al sondaje
- Indice de Placa

Los valores registrados en las restantes escuelas Escuela N° 27 y Stella Maris no difieren.

El tenor de los componentes C y c observados según edad y nivel socio económico mostraron significativa diferencia en el nivel más bajo.

Los conocimientos, actitudes, prácticas y estudios formales de los padres constituyen variables intervinientes en el estado de salud bucal de niños escolares,



constituyendo un espacio de intervención con impacto potencial para la salud de los niños.

SUMMARY

Bioethics as Applied Ethics must consider the assistance to groups of low economic level as a priority. It is based on the idea of developing and supporting preventive and curative sanitary measures. Its goal is to reduce the tendency caused by diseases and physical dysfunctions.

Nowadays, not only medical but social - environmental – issues, global topics of health and medical sciences become aware of the broad scope of Bioethics.

The relationship between poverty and caries has been demonstrated (Sweeney et al.1999;Tickle et al.1999; Prendergast et al, 1997; Naidar, 1998; Kuriakose and Joseph 1994; Bordoni, Squassi et al;2001).

Educational participation is considered a strategy to fairness and knowledge, attitudes, customs and formal studies are important factors involved in schooler´ oral health. School is considered an ideal place to develop strategies for the community which- based on education- could develop a preventive action. The impact should go beyond school and reach the community helping to educate responsible and independent people who are able to look after themselves and the ones around them.

The purpose of this research is to compare the presence of caries, dental plaque biofilm, gingivitis and dental care profile in three different socioeconomic groups.

Three schools belonging to different socioeconomic levels were selected.

Analysing results the following items were verified:

- (a) Related to their education:

Even though there are no significant differences in parents education among the three schools in the 12/14 age group, the level in Escuela N° 4 is lower than in middle and high level when referring to 6/8 and 9/11 age groups.

The school with lower socioeconomic level shows less healthy customs and attitudes in all the age groups.

The level of formal studies was significantly lower in the school with lower socio-economic level in all the age groups.

(b) when analysing epidemiological records considering age group and school characteristics – socioeconomic level – of the agents involved we found:

The following variables were significantly higher in the school with lower socioeconomic level than in the rest – in all the age groups.

- D
- D + d
- DMFS + dmfs
- % dental caries
- Bleeding probe
- IP

The results found in the rest of the schools contacted – Escuela N° 27 and Colegio Stella Maris - do not differ.

The levels of components D and d observed considering age and socioeconomic level reveal a significant difference in the lower level.

Parents` education, attitudes, customs and formal studies are key factors for oral health of schoolers and a space for intervention with potential impact on their health.

I PARTE
ANTECEDENTES SOBRE EL TEMA

RELACION ENTRE EL ESTADO DE SALUD DE LOS NIÑOS Y EL NIVEL EDUCACIONAL FORMAL Y ESPECIFICO DE LOS PADRES

1. MARCO TEORICO

1. 1. LOS DERECHOS HUMANOS Y LA VULNERABILIDAD

Cuando circunstancias sociales desfavorables arrastran a los individuos a deprivaciones que los incapacitan a desarrollar su plan de vida, quedan relegados a ser personas pobres o excluidas, lo cual reduce su libertad para elegir opciones y desarrollar capacidades (Sen,1992). En esta situación quedan a merced de daños o de riesgos es decir, se convierten en personas lesionadas y más susceptibles a daños adicionales. La vulnerabilidad es una condición singular y propia del ser humano, las susceptibilidades son en cambio, estados diversos de desmedro que afectan a unos pero no a todos. En las susceptibilidades hay un grado de destitución que a su vez hace más amenazante el entorno y más probable que se sufran daños. La respuesta social a las susceptibilidades consiste en programas terapéuticos, los que se distinguen de la prevención que caracteriza a la protección.

Las susceptibilidades son variables y selectivas, causadas por discapacidades que afectan a los individuos o que le son infligidas desde el exterior, principalmente por deficiencias en los sistemas sociales de integración y convivencia, como ocurre con la pobreza, la discriminación, el abandono, la competitividad agresiva, la explotación y tantas otras formas en que tantos seres humanos pierden el dominio sobre sus existencias. La especificidad del desmedro que genera el estado de susceptibilidad precisa una acción

terapéutica concreta que elimine el factor lesivo presente, y esta acción se ha denominado 'virtud social' (O'Neil, 1996) .

Las virtudes sociales consisten, en rechazar la indiferencia y la negligencia frente los daños que sufren otros. Tal como la vulnerabilidad, requiere un ordenamiento social justo que otorgue protección a todo ciudadano y se comprometa a ello a través del respeto por los derechos humanos, así también es mandatorio que las susceptibilidades estimulen acciones sociales terapéuticas específicas que ayuden a eliminar las deprivaciones mediante el resguardo de los bienes primarios necesarios para existir, comprometiéndose a ello a través de la formulación y el respeto de una agenda de derechos positivos. El bien común en una sociedad exige que esa sociedad sea justa. Para ello, las transformaciones sociales profundas deben realizarse constantemente, progresivamente, con eficacia y realismo. A todos los ciudadanos les incumbe este deber y a quienes ejercen el poder, de modo especial. El poder está al servicio de la justicia social, al servicio de los hombres y sobre todo de quienes tienen mayor necesidad de ayuda (Juan Pablo II, 1980).

Los derechos humanos suscitan correlativamente obligaciones de protección y de omisión o no interferencia; los derechos humanos de las personas susceptibles reclaman de la sociedad obligaciones de comisión o cumplimiento. Más preciso es reconocer que los derechos primarios de bienestar reclaman compromisos sociales, en los que está comprendida tanto la honestidad y buena voluntad de cumplir lo pactado como la ética de beneficio material que las obligaciones comprometidas producirán (Kottow, 2002) La bioética encuentra una de sus fundamentales justificaciones en la defensa y en la configuración de



una política sanitaria, preventiva y curativa, cuyo norte es la reducción de las susceptibilidades emanadas de enfermedades y disfunciones corporales. Norman Daniels ha sido sensible a la necesidad de incluir a la atención de salud entre los bienes primarios, aunque analiza el problema desde la igualdad de oportunidades, en circunstancias en que una visión más social que liberal preferiría entender este bien desde la deprivación. (Daniels,1996). No obstante, ofrece un punto de partida fructífero para elaborar la responsabilidad social en materia sanitaria, tanto preventiva como terapéutica. Desde la bioética es necesario calibrar estas propuestas y mantener en la mira que un listado de bienes primarios para una ciudadanía independiente y materialmente protegida no puede ser equivalente a la de seres humanos que no tienen la ingesta mínima de calorías ni acceden a una atención de salud oportuna y eficiente (Kotow,1966). Como ética aplicada, la bioética analiza argumentativamente situaciones dilemáticas, con responsabilidad solidaria en el campo de las ciencias de la vida y cuidado de la salud. Cuando se habla de fundamentos bioéticos se trasciende de la bioética hundiéndose sus raíces en la reflexión ético-filosófica y moral. Como cuando se habla de fundamentos de la ciencia se entra en el campo de la epistemología. Hoy día, ya hay conciencia acerca de la amplitud del campo bioético. No solo lo médico sino lo social, lo medio-ambiental, temas globales de salud y de las ciencias de la vida. Por lo tanto si se entiende la responsabilidad en el cuidado de la salud humana, debe examinarse críticamente la interdependencia y el contexto de competición entre todos los seres vivos (Zanier,1988).

Existe demanda acerca del conocimiento de predisposiciones genéticas hacia gran parte de enfermedades, anunciando el propósito de cambiar el modelo de

atención desde su énfasis corriente sobre el diagnóstico y tratamiento hacia una agitada nueva era de predicción y prevención. La Comisión Europea (World Health Organization. 2002) ha señalado que una revolución en cuidados de la salud es sustentada por una mayor inclinación a la prevención que a la curación y a tratamientos médicos personalizados por medio de la medicina genética, pruebas genéticas etc. En teoría una nueva era de la promoción de salud y prevención de enfermedades podría permitir una intervención más rápida y efectiva incluyendo el cuidado dirigido a aquellas poblaciones con riesgo. Las medidas preventivas incluirían protección del ciclo de vida, cambios en el estilo de vida, disminución de factores de riesgo ambientales o el uso de tratamientos profilácticos convencionales o nuevos tratamientos genéticos. Para la aplicación de un enfoque genético, se requerirá un acceso mas amplio para la realización de test genéticos y los medios para que en los individuos genéticamente susceptibles lleven a cabo la necesaria acción preventiva. En el mundo en desarrollo las infecciones matan un gran porcentaje de gente, pero muchos más mueren por la falta de comunicación de enfermedades en el mundo en ese escenario que en el mundo desarrollado y los números están aumentando por falta de actividad física, dietas occidentales y el cigarrillo como causas primeras. Estas enfermedades son las enfocadas por la investigación biotecnológica y farmacéutica y de allí la relevancia central del futuro papel del enfoque genético en la protección de la salud.

Un enfoque basado en lo individual involucra identificar las personas susceptibles de alto riesgo y ofrecerles alguna protección individual. Como las causas de enfermedad son mayormente económicas y sociales, muchas medidas preventivas deben ser económicas y sociales.. Sortear la pobreza, el



cigarrillo, las dietas pobres, la falta de actividad física y la contaminación, continúa siendo la llave para mejorar la salud en el mundo entero. Los lazos entre salud, disminución de la pobreza y crecimiento económico son mucho más poderosos de lo que ha sido generalmente entendido y un drástico aumento de inversiones en salud para los pobres del mundo, podría no solo salvar millones de vidas sino también producir enormes ganancias económicas (World Health Organization, 2002)

Cortina en el marco de las Jornadas Internacionales de Bioética en el 2003, haciendo referencia a la prioridad de las metas en Medicina, en el Hastings Center, son :

- 1] Prevención de la enfermedad.
- 2] Cuidar lo que no se puede curar.
- 3] Curar lo que puede ser curado
- 4] Ayudar a morir en paz.

El reglamento para la Investigación Clínica en los Servicios Asistenciales de la CCSS, Comité Científico Institucional [CECI] (Programa de Bioética 2003-2005) propone :

- promover la búsqueda de condiciones favorables para el estado de salud de las personas.;
- considerar como pilares básicos: la solidaridad, la justicia y el respeto por el ser humano y el medio ambiente;
- formar profesionales competentes, desarrollar y conducir investigaciones orientadas a la obtención de nuevos conocimientos derivados del proceso educativo.

La Atención Primaria es definida por la OMS (1974) como el cuidado esencial de la salud basado en métodos prácticos, científicamente sólidos y socialmente aceptables con tecnología universalmente accesible para los individuos y sus familias a través de su participación y a un costo tal que la comunidad y el país puedan acceder. Agrega la OMS que es directa responsabilidad de los gobiernos que este particular cuidado de la salud llegue a toda la población en forma eficiente y equitativa. El sistema de salud, con sus variantes, basado prioritariamente en la atención primaria, están fuertemente instalados en los principales países de Europa en los cuales predomina la social democracia a los cuales habría que agregar Canadá y Cuba.

La Argentina no dispone de un sistema de salud racionalmente organizado. Conviven varios de ellos en forma anárquica y no articulada [hospital, obra social estatal, obra social sindical, prepaga), lo que lo hace ineficiente, caro y no equitativo.. Las ciencias de la salud operan en forma contradictoria al igual que la formación profesional ya que se sigue enseñando centrando el interés en el nivel individual privilegiando la patología a la prevención.

1.2. LOS ESCENARIOS DE INTERVENCIÓN

La escuela es el ámbito más propicio para desarrollar conjunto de acciones dirigidas a personas y al medio, que fundadas en el conocimiento realicen, una acción de prevención y su impacto tienda a trascender el ámbito institucional involucrando a la comunidad. La Ley Federal de Educación N° 24.195 en lo que

hace a la Educación Básica manifiesta la necesidad de adquirir hábitos de higiene y de preservación de la salud en todas sus dimensiones [art.15]

Se advierte una indicación explícita de incorporar al trabajo docente, acciones conducentes al desarrollo de la ciudadanía, contribuyendo a la formación de personas responsables y autónomas capaces de cuidar a otros y cuidarse preservando su salud (Filmus,1999). Newbrough (1989) sostiene que se necesita una nueva teoría de la comunidad que sea útil al nivel de educación y sus políticas y al mismo tiempo sea útil para trabajar al nivel de la comunidad local ya que se vive en un Pueblo Global y se necesita comprender nuestras conexiones sociales en esos términos.

Dos abordajes diferentes de pensamiento comunitarios pueden ejemplificar las nuevas tendencias en el campo de la promoción

(a) Rappaport [1981-1987] de la Universidad de Illinois ha argumentado que el emponderamiento [*empowerment*] debería ser la teoría guía para el psicólogo comunitario. El emponderamiento contrasta con el concepto de prevención.

(b) Serrano, García, Lopez y Rivera Medina (1987) de la Universidad de Puerto Rico plantean que la acción debe centrarse alrededor de las relaciones recíprocas entre la construcción social de la realidad y la activación social. Este modelo es ejemplo del abordaje crítico y generativo de los fenómenos sociales y comunitarios, característicos de la psicología comunitaria de America Latina. Este planteo está centrado sobre la comunidad por una dedicación integral a la práctica a través de la acción y la reflexión comunitaria.

(c) La tercera posición es una posición de unidad y síntesis y Newbrough sostiene que los psicólogos comunitarios deben trabajar en ella porque se necesitan ciudades y gobiernos donde la gente importe.

Todo esto se produce porque la acción, como la palabra, tiene un sentido. Y al igual que la palabra se separa del hablante también la acción se emancipa del autor y muchas de sus consecuencias trascienden las previsiones, los planes, las expectativas, que acompañan la acción que la motivó. El quehacer humano es entonces una obra abierta sujeta a la interpretación y la condición social de la acción genera una dialéctica entre ella y las interpretaciones y efectos que genera en los otros. El mismo Ricoeur [1986] reconoce esa capacidad de la acción humana que la asemeja al texto. Y es así como a través de un proceso de educación los ciudadanos son ayudados a darse cuenta de sus posibilidades de opción y entonces se lleva a cabo la transformación (Newbrough, 1977).

Adler , de la University de California argumenta , que si se toma desde una perspectiva global, la más alta proporción costo-recompensa es hacer una gran inversión en la educación de madres jóvenes en los países en desarrollo. (2002).

La salud puede afectar el nivel socio-económico, pero ésta explicación es menos convincente para la educación, que para los ingresos. Los niveles de educación se establecen más pronto en la vida y tienden a cambiar menos que los niveles de ingresos.

La educación puede mejorar la habilidad de la gente para manejar con dominio su propia salud, acrecentada con la aceptación de las recomendaciones y los de cambios de conducta que son perjudiciales para la misma y puede ayudar a los individuos a confiar más en el uso del Sistema de Salud.

Salud y Educación son ámbitos donde se pueden realizar actividades con gran provecho para el bien común. La salud es un derecho esencial del ser humano. Es un capital por excelencia de toda persona o comunidad. Pero un capital que es necesario alcanzar, mantener y proteger mediante el esfuerzo de todos los días y el ejercicio permanente de prácticas apropiadas. La salud implica, por lo tanto, no sólo un derecho básico, sino también una responsabilidad individual y social de primera magnitud. Un deber del que el individuo, grupo o sector de la sociedad no puede ni debe sentirse relevado.

Se ha dicho que los factores del comportamiento humano, obviamente tan interrelacionados con los contextos socio – culturales, tienen mucha más importancia que los factores biológicos o fisicoquímicos como causas de enfermedades , discapacidades y muertes prematuras en gran parte del mundo contemporáneo. (Ministerio de Salud de la Nación)

Una clara definición sobre una realidad que ya nadie puede poner en duda y que fundamenta la trascendencia y significación creciente que asume la educación para la salud y los procesos de enseñanza y de aprendizaje implicados, básicamente interdisciplinarios, intersectoriales y participativos cuyo objeto es contribuir a elevar el nivel de salud y de calidad de vida de los individuos, las familias y las comunidades, mediante el logro de actitudes y conductas

positivamente concientes, responsables y solidarias. Salud y Educación constituyen, por razones obvias, ámbitos privilegiados para el más provechoso y apropiado ejercicio de actividades educativo-sanitarias. Consecuentemente, los trabajadores para y de la educación en general, deben ser protagonistas permanentes de las actividades, tanto en sus lugares específicos de trabajo o fuera de ellos, en las propias comunidades a las que pertenecen. Porque ellos, sin duda, ejercen por el propio peso de sus funciones y responsabilidades, una profunda influencia y un enorme poder de persuasión sobre la gente con que se relacionan. (Ministerio de Salud de la Nación)

Cada sociedad crea su propio perfil patológico. Cada grupo social tiene su propio patrón de reproducción biológica y de desgaste. La enfermedad no es casual, se produce por causa de algo (riesgo) y es posible predecir los padecimientos que sufrirán las personas de un grupo determinado según los modos como se desarrollan sus vidas (Laurell, 1982).

El nivel social tiene influencia en la salud, el mejor nivel social tiene sus privilegios tanto en la salud como en la enfermedad. La educación, los conocimientos sobre salud – enfermedad-atención, la percepción de los síntomas y sobre el tratamiento, el acceso a la atención tiene marcadas diferencias en los grupos sociales. (Parson, 1964).

1.3. PROCESO DE DESARROLLO DE LAS INTERVENCIONES SOBRE SALUD

La era moderna de la salud se remonta a 1850. Se caracteriza por el ataque organizado y disciplinado a los problemas de salud y enfermedad. Surgió del

reconocimiento general, inicialmente en los países desarrollados y más tarde en los países en desarrollo, de la importancia de un enfoque de salud pública unificado para la protección de la salud. (Green y Anderson, 1986).

Estos autores la dividen en cinco etapas:

1. La etapa del miasma (1850-1880)
2. La etapa de la bacteriología (1880-1920)
3. La etapa para los recursos para la salud (1920-1960)
4. La etapa de la ingeniería social (1960-1975)
5. La etapa de la promoción de la salud (1975-actualidad)

1) La etapa del miasma (1850-1880)

Durante este período, el enfoque del control de la enfermedad se basaba en el concepto erróneo de que la enfermedad era causada por vahos nocivos. Los esfuerzos para controlar las enfermedades se orientaban a la limpieza en general; la recolección de residuos se volvió importante para las comunidades. Estas medidas no se dirigían a las causas específicas de las enfermedades y, por lo tanto, su eficacia para controlarlas era escasa. En muchas ciudades se realizaron convenciones sobre cuarentena cuyos principales temas eran la prevención del tifus, el cólera, la fiebre amarilla, y la cuarentena portuaria. En Inglaterra, la salud pública es reconocida oficialmente en 1837, al promulgarse la legislación relacionada con el saneamiento comunitario. En 1848 se publicó el Informe de la Encuesta sobre la Condición de Salud de la Población Trabajadora de Gran Bretaña, redactado por Chadwick. El informe señalaba que la mitad de los hijos de las clases trabajadoras morían antes de los cinco años. En Inglaterra, el informe de Chadwick llevó a la creación de un comité de salud.

Poco tiempo después se publicó en los Estados Unidos el Informe de Salud de Massachussets (Shattuck et al, 1948) y se organizó el primer Departamento Estatal da Salud. En 1851 se realizó la primera Conferencia Europea de Salud. Hacia la misma época, se instalo el sistema de excretas de París. En 1872 se fundó la Asociación Norteamericana de Salud Pública, que se propuso ir más allá de las convenciones sobre cuarentena y trató temas de saneamiento, prevención y transmisión de enfermedades, higiene hospitalaria y todos los demás problemas de salud de interés para la población. La influencia de la medicina en la salud pública crecía constantemente, y las facultades de Salud Pública no se fundaron hasta mucho después, se inició la capacitación en salud pública para los profesionales de la salud. La educación para la salud proporcionada a la comunidades consistía en información sobre higiene personal, infantil y escolar, control de enfermedades transmisibles, desinfección, y medidas de cuarentena, Sin embargo, la educación proporcionada en forma de datos sobre las condiciones sanitarias, el estado de salud da le población y los hallazgos biológicos científicos logró influirlos para que legislaran sobre mejoras sanitarias.

2) La etapa de la bacteriología (1880-1920)

Inician esta etapa Louis Pasteur, Robert Koch y otros bacteriólogos, al demostrar que cada enfermedad era causada por un germen específico. La comprobación que la transmisión de enfermedades se producía por diferentes vehículos puso gran énfasis en la protección del agua potable, la leche y otros alimentos, la eliminación adecuada de las aguas servidas, la eliminación de insectos y de aguas estancadas, la inmunización, etc. Sin embargo, las tasas de

mortalidad indicaron una reducción pronunciada de muertes en Europa Occidental y en los Estados Unidos (Davidson et al., 1975).

De acuerdo con Green (Green y Kreuter, 1990), El origen de la “revolución epidemiológica” del siglo XIX está asociado con los eventos que rodean al desarrollo de la teoría de los gérmenes causales de enfermedades y su aplicación en salud pública. Gran parte de la reducción real en la morbilidad y mortalidad de ese siglo se puede atribuir más a cambios masivos en el estilo de vida de las poblaciones de Europa y Norteamérica. La causa de estos cambios fueron “*las leyes de los pobres*” y las reformas sociales aplicadas a la vivienda, la provisión de alimentos y salud mediante los consejos, la literatura, las sociedades de voluntarios, y las clases sobre fisiología humana en los colegios.

3) La etapa de los recursos para la salud (1920-1960)

El reclutamiento de soldados para el ejército de los Estados Unidos durante la Primera Guerra mundial reveló que el 34% de los hombres examinados no era apto debido a incapacidades físicas y mentales. Este hecho demostró que si bien las enfermedades transmisibles habían sido controladas, se habían descuidado los problemas sanitarios evitables. Los departamentos de salud comenzaron a ocuparse de lo servicios de salud individuales y del control comunitario de las enfermedades. Sin embargo, las inversiones se dirigieron sobre todo a producir una infraestructura orientada fundamentalmente hacia la biomedicina más que a la salud, y la atención médica no se distribuyeron en forma equitativa. Las mayores inversiones de ese período se relajaron en hospitales, en la formación de recursos humanos para la salud y en investigaciones destinadas a aumentar el recurso biomédico. Proliferaron las

facultades de medicina, enfermería y odontología, que capacitaban el personal necesario para cubrir los múltiples servicios de salud recientemente creados. Al principio de esta etapa se crearon organismos voluntario de salud que desempeñaron un papel cada vez más importante en le promoción de la salud y contribuyeron a la educación sanitaria al llamar la atención del público sobre la importancia de ciertos problemas. Posteriormente, estos organismos tendieron a integrarse a la investigación médica y a los servicios médicos, disminuyendo su función educativa. A pesar de haberse desarrollado la mayor parte de la infraestructura de atención para la salud y muchos servicios, estos no se distribuyeron equitativamente y a menudo loas pobres no accedían a los beneficios de los programas de atención

4) La etapa de la ingeniería social (1960-1920)

En este período se otorgó una nueva prioridad a los aspectos sociales de la salud. Se consideró que las barreras económicas era los más importante para mejorar los niveles de salud. Por lo tanto, en los Estados Unidos se aprobó la legislación sobre *Medicare* (Programa del Fondo del Seguro Social de Asistencia Médica para mayores de 65 años) y *Mendic-aid* (Programa de Asistencia Médica del Gobierno para personas de escasos recursos económicos). En otros países se promulgaron leyes similares con el propósito de brindar a los pobres los servicios de salud que necesitaban. Durante este período la educación para la salud se orientó principalmente a que el público aumentara la utilización de los servicios, se procurara atención médica, participara en programas de detección y de inmunización, y concurriera a programas de control del niño sano y de planificación familiar. Los pobres tuvieron más acceso a los servicios médicos. Sin embargo, los indicadores de morbilidad y mortalidad continuaron reflejando



fuerzas disparidades socioeconómicas, sociales y geográficas dentro de los países en general.

El rápido aumento de los gastos para la atención médica se atribuyó a los altos costos de las instalaciones y a la tecnología médica desarrollada en la etapa anterior y que ahora eran de acceso universal. En numerosos medios se comenzaron a cuestionar los costos que significaban para la sociedad la sobreutilización de la atención por parte de pacientes no educados para el uso racional de los servicios. En la década de 1970, la mayoría de los países entraron en una etapa de austeridad económica, poniéndose en práctica estrategias de control de costos que incluían recomendaciones para que los médicos restringieran los procedimientos médicos innecesarios, y creándose nuevas formas de prestación de atención médica a través de Organizaciones de Mantenimiento de la Salud (OMS) para alentar a los médicos a mantener a sus pacientes fuera de los hospitales. Durante este período, se hicieron esfuerzos para organizar el "sistema de atención médica" y se descuidó casi por completo el "sistema de atención de salud".

El informe del presidente de la Comisión de Educación para la Salud de los Estados Unidos (1973) y el Informe del Ministro de Salud y Bienestar Social Nacional de Canadá (Lalonde, 1974) propusieron varias posibilidades para controlar los costos. Estas incluían la educación del público en el autocuidado, el uso apropiado de los servicios de salud y el fortalecimiento de la educación para la salud en los colegios, los lugares de trabajo y las comunidades. Estos informes constituyeron la base conceptual del sistema de salud canadiense e influyeron en la formación de la etapa siguiente de la era moderna de la salud.

5) La etapa de la promoción de la salud (1975-actualidad)

La eficacia de los programas de educación con respecto a la reducción del uso innecesario de los servicios de salud y a la permanencia en los hospitales después de una cirugía aumento la credibilidad respecto a la educación para la salud. Las políticas de prevención de enfermedades promoción de la salud recibieron un fuerte impulso. Se entiende por: "Promoción de la salud: a cualquier combinación de educación para la salud con los correspondientes apoyos organizaciones, económicos y ambientales que fomenten comportamientos que conduzcan a la salud".(Green y Anderson , 1986)

En 1978, la Organización Mundial de la Salud y el UNICEF discutieron en la conferencia de Alma Ata el futuro de la salud y formularon una estrategia global de salud. La declaración de Alma Ata estableció que la "educación relacionada con los problemas de la salud prevalentes y los métodos para identificarlos, prevenirlos y controlarlos" son el primer elemento esencial de la atención primaria de salud. La participación comunitaria e individual en la asunción de autorresponsabilidad en relación con la salud y el bienestar fueron la base de las estrategias que habría de seguir cada país. (OMS, 1978)

En la actualidad, se reconoce que el comportamiento y los estilos de vida de las personas, grupos y comunidades son una de las causas principales de enfermedad, discapacidad y muerte. Estos son los objetivos verdaderos para el mejoramiento de la salud y de la calidad de vida. La práctica de conductas saludables adquirió gran importancia cuando las principales causas de muerte y discapacidad dejaron de ser enfermedades transmisibles y pasaron a ser las enfermedades crónicas (especialmente enfermedad cardíaca, cáncer,

apoplejías, muerte y lesiones violentas). La protección contra las enfermedades infecciosas se puede lograr mediante la inmunización, en cambio, la protección contra las enfermedades cardiovasculares implica mantener un peso conveniente, dejar de fumar, dejar de beber en exceso, hacer ejercicio regularmente, evitar el estrés, participar en programas de exámenes de hipertensión y evitar la ingesta excesiva de ácidos grasos. Estas conductas son hábitos más complejos que deben practicarse durante toda la vida y no dependen solo del individuo sino también de las circunstancias sociales asociadas con el término "estilo de vida".

La necesidad de promoción de la salud y la educación para la salud no se difunde en forma pareja de la población. Existen diferencias importantes en los distintos sectores de la comunidad en cuanto al valor que se le asigna a la salud y, en consecuencia, a la forma en que se reciben los esfuerzos de promoción de la salud. Esto, a su vez, debería influir en la planificación y prestación de servicios y programas. Las conductas preventivas en salud, tales como inmunizar a los niños, no fumar, usar el cinturón de seguridad, hacer ejercicio, al igual que la información sobre morbilidad y mortalidad, varían de acuerdo a la clase social. La educación, edad, ingresos y participación social (en ese orden) son los mejores predictores de las conductas generales en salud."

En Australia, Davidson ha expresado su preocupación por la posibilidad de que algunos sectores de las "clases medias capaces" utilizarían las instalaciones del Programa Comunitario de Salud para mejorar su ya positiva orientación hacia la salud, mientras que los grupos socioeconómicos más bajos (que potencialmente tienen mucho que ganar con los servicios) podrían comparativamente subutilizar

el programa. Esto fue confirmado en alguna medida por los resultados de un curso de autocuidado llevado a cabo recientemente en Melbourne, que atrajo a un grupo de personas con similar educación y conciencia. Hacer que la buena salud sea significativa para los que pertenecen al grupo socioeconómicos más bajo es el desafío más importante de los educadores en salud. En este país, recién se comienza a encarar los problemas asociados con la promoción de la salud en grupos étnicos (incluyendo a aborígenes). Las fallas, al no tomar en cuenta las diferencias culturales de lenguaje, valores, normas de salud, religión y estructura familiar, muy a menudo revelan que los esfuerzos de promoción de la salud suponen una población homogénea, blanca y anglosajona (Davidson et al. 1975).

Ninguna población es homogénea, pero se la puede dividir con arreglo a muchas variables diferentes (deseos, esperanzas, miedos, tendencias conservadoras, riesgos asumidos, etc). Incluida dentro de las variables mencionadas está la orientación a la salud y, más específicamente la orientación hacia un comportamiento de autocuidado. La educación para la salud no debe dar por sentadas las creencias de las personas al respecto. Debe reconocerse las diferencias entre las necesidades, las expectativas y las demandas de salud que tiene una comunidad. Existe una diferencia en la comprensión de la gente sobre aspectos de la atención de la salud. La mayoría de las personas pueden entender que una obturación traerá alivio a la molestia producida por un diente cariado y que los servicios odontológicos existen para esos propósitos específicos. Por el contrario, la promoción para la salud ofrece perspectivas a largo plazo tales como "dientes sanos de por vida".

Las recompensas y la orientación futuras generalmente son factores motivadores muy pobres para los grupos estructuralmente pobres. Estos grupos (Muir- Gray, 1977) tienen marcos conceptuales y aun lingüísticos escasamente desarrollados y sin orientación al futuro y, debido a la necesidad económica, viven mucho más en el aquí y ahora. Holman ha sugerido que la promoción de la salud debe ser publicitada de tal forma que haga del cuidado de la propia salud una tarea placentera para la persona.

A pesar de los beneficios potenciales de las políticas de promoción de la salud, actualmente las políticas en casi todos los países enfatiza la restricción de los costos y la competencia del mercado. Estas no deben ser las fuerzas que orienten la promoción de la salud. Resulta claro que el autocuidado es solo una solución parcial y que la restricción de los costos de la competencia de los mercados dejan a las poblaciones de menores recursos fuera de los beneficios de la atención de la salud. Sus ingresos y educación limitados no las hacen atractivas para los organismos de la salud. El mejoramiento de las condiciones de vida de los grupos de menores recursos y la percepción optimizada de su calidad de vida son los desafíos para el futuro en una era de restricción económica general. Este desafío se convierte en un deber si los profesionales de la salud quieren cumplir el papel que tienen asignado en la sociedad.

PARTE II
ESTADO ACTUAL DEL PROBLEMA



2.1. LOS MÉTODOS PARA LAS INTERVENCIONES EN SALUD

2.1.1. La promoción y la educación para la salud

Se han discutido los hechos que hacen que la promoción de salud sea una tarea que debe realizar cada profesional preocupado por el mejoramiento de la salud de las personas, grupos o comunidades. Al igual que los otros aspectos de la atención de la salud, debe ser eficaz de forma tal que posibilite la obtención de resultados con el menor costo posible. La calidad de las intervenciones en salud dependerá de la capacidad de precisar y sistematizar su planificación y evaluación.

Se han utilizado muchos modelos psicológicos para explicar conductas relacionadas con la salud y para desarrollar programas de educación y promoción. Estos modelos incluyen, entre otros, el modelo de creencias sobre salud, la teoría del aprendizaje social, la teoría de la acción razonada, concepto de control y psicología del control, modelos de estrés y cooperación, teorías atributivas, teorías de personalidad, modelos de toma de decisiones, modelo de desarrollo, y modelo que incorpora incentivos. (Mc Leroy et al., 1988).

La mayor parte de estos modelos están basados en la teoría cognitiva. Las teorías cognitivas destacan el papel de las hipótesis o expectativas subjetivas de las personas. Desde esta perspectiva, la conducta es una función de valor subjetivo de un resultado y de la probabilidad (o expectativa) subjetiva de una acción particular lograr ese resultado. El término de dichas formulaciones es "teorías de expectativas de valor". Se cree que los refuerzos o consecuencias de

la conducta operan influyendo sobre las expectativas (o hipótesis) en relación con la situación. (Rosenstck et al.,1988).

Así, por ejemplo una persona considera que el aspecto físico y bucal son logros positivos, tratará de cambiar su conducta de higiene bucal deficiente ya que la higiene bucal adecuada le evitará caries y enfermedad de las encías. Si luego de practicar el higiene bucal siente que su salud bucal y apariencia mejora, creerá con mas firmeza en los resultados positivos de las práctica de higiene bucal.

Este, obviamente, es un ejemplo simplificado. Los modelos conductuales relacionados con la salud incluyen muchos otros aspectos que influyen en las conductas relativas a la salud tales como: percepción de susceptibilidad a una enfermedad, autoestima, percepción de la autoeficacia para realizar una acción, etc. Cada modelo establece diferentes componentes para explicar las conductas relacionadas con la salud. Las intervenciones optativas en la salud basadas en modelos psicológicos han tenido como resultado la tendencia a centrar el enfoque en el individuo y, por lo tanto, han sido útiles para la educación de pacientes. Pero esta concentración de aplicaciones de la ciencia del comportamiento se realiza a veces a extensas de acciones necesarias para cambiar las condiciones organizacionales, institucionales, ambientales y económicas que moldean el comportamiento, (Green,1984).

2.1.2. El modelo PRECEDE

Uno de los modelos validados en diferentes países por grupos de investigadores es el modelo PRECEDE , que interpreta que promoción y educación para la

salud: son cualquier combinación de experiencias de aprendizajes construidas socialmente para facilitar adaptaciones voluntarias de conducta que favorezcan la salud. (Green et al., 1980) La principal característica de esta definición es la participación voluntaria del usuario en la determinación de sus prácticas de salud. Esto se basa en la evidencia que, en la duración de los cambios cognoscitivos y de comportamiento, es proporcional al grado de participación activa del actor. La idea de práctica voluntaria tiene una serie de corolarios. Por ejemplo, primero, la razón para cambiar una conducta debe ser comprendida por aquellos cuya conducta se cuestiona. Para acomodar esta necesidad, el modelo tiene incorporado un proceso a fin de asegurar el acuerdo entre los profesionales de la salud y los receptores de la educación (ya sea una persona o un grupo) respecto de la definición de problemas relacionados con la salud. Segundo, la conducta recomendada debe ser compatible con los valores o el sistema de valores de las personas o comunidades involucradas. En caso contrario debe haber una oportunidad para ajustar el sistema de valores.

La denominación de PRECEDE proviene del inglés: "predisposing, reinforcing and enabling causes in educational diagnosis and evaluation", que significa "causas predisponentes, reforzadoras y facilitadoras en el diagnóstico y evaluación educativas"

Se debe destacar que la promoción y educación para la salud apuntan no solo a apoyar a los individuos, grupos y comunidades para que tomen decisiones informadas sobre la salud, sino también en el desarrollo de capacidades tendientes a lograr cambios en las políticas sociales. (Howat y Fischer, 1986) La conducta influye en la salud indirectamente mediante las acciones individuales o

comunitarias destinadas a producir cambios en el medio ambiente y en el desarrollo y utilización de los servicios de salud .

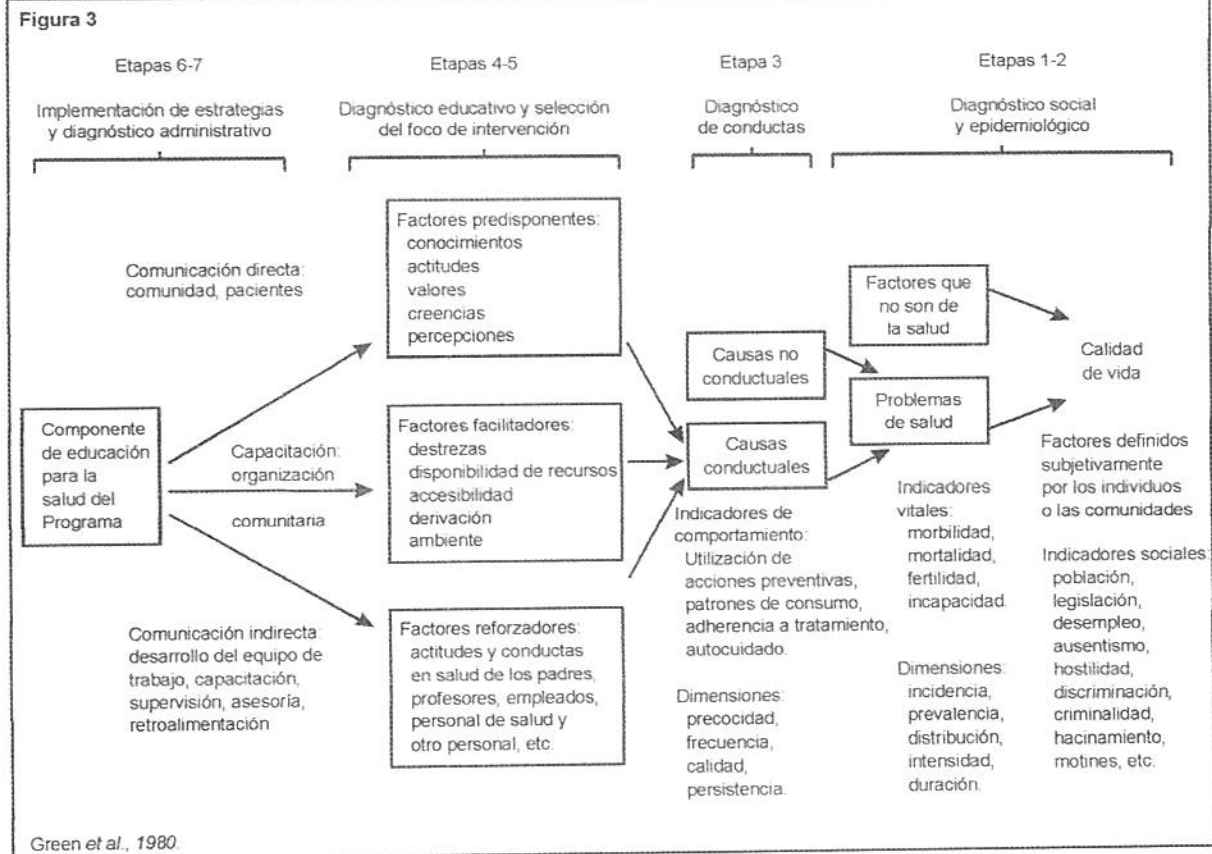
La conducta puede influir sobre la salud a través de los servicios de salud en tres formas:

- (a) el público crea y distribuye servicios a través de la acción individual y comunitaria en el proceso legislativo y de planificación en salud;
- (b) el público utiliza los servicios disponibles en forma oportuna y apropiada;
- (c) el público sigue los regímenes médicos o preventivos prescritos por los prestadores.

Una intervención en el proceso de salud –enfermedad –atención puede operar en el nivel primario (higiene), secundario (de tensión precoz) o terciario (terapéutico). Comúnmente la intervención se dirige a personas cuya salud esta cuestión pero a menudo se debe dirigir a influir las conductas de quienes controlan recursos o estímulos, tales como los líderes comunitarios, los padres, empleadores, pares, maestros y profesionales de la salud.

En la Figura 1 se resumen las siete etapas básicas del proceso que constituye el modelo PRECEDE.

FIGURA 1: ETAPAS DEL MODELO PRECEDE



Etapa 1: Diagnóstico social

Los objetivos de la etapa 1 son :

1. Determinar los intereses subjetivos referentes a la calidad de vida en la población blanco.
2. Verificar y aclarar estos intereses realizando el análisis de los indicadores sociales existentes y de la información disponible de los archivos periodísticos, informes de censos y registros vitales, y encuestas especiales realizadas por estaciones de radio y televisión y agencias de *marketing* y de servicio social.
3. Documentar el estado de la comunidad blanco en relación con aquellos intereses prioritarios para los que existe una causal o un componente de salud.
4. Explicitar los criterios de selección de los problemas prioritarios.
5. Utilizar la documentación y los criterios para justificar el mayor gasto de recursos en educación para la salud en los problemas sociales seleccionados.

6. Finalmente, utilizar la documentación y los criterios como bases para evaluar el programa en términos de costo-beneficio.

Con el propósito de abordar las actividades educativas pueden emplearse dos tipos de indicadores.

- Indicadores cuantificables propios de la comunidad, tales como: empleo, niveles de educación, niveles de ingreso, densidad de población, vivienda, tasas de criminalidad, servicios sociales, etc. Los datos son generalmente secundarios.

- Percepciones de los miembros de la comunidad, es decir su interpretación social subjetiva. Los datos para determinar este indicador se pueden obtener preguntando a los miembros de la población blanco cuales consideran que son los principales obstáculos para mejorar la calidad de vida. Los métodos de elaboración y validación de los cuestionarios a emplear serán descritos en el material y métodos de esta tesis.

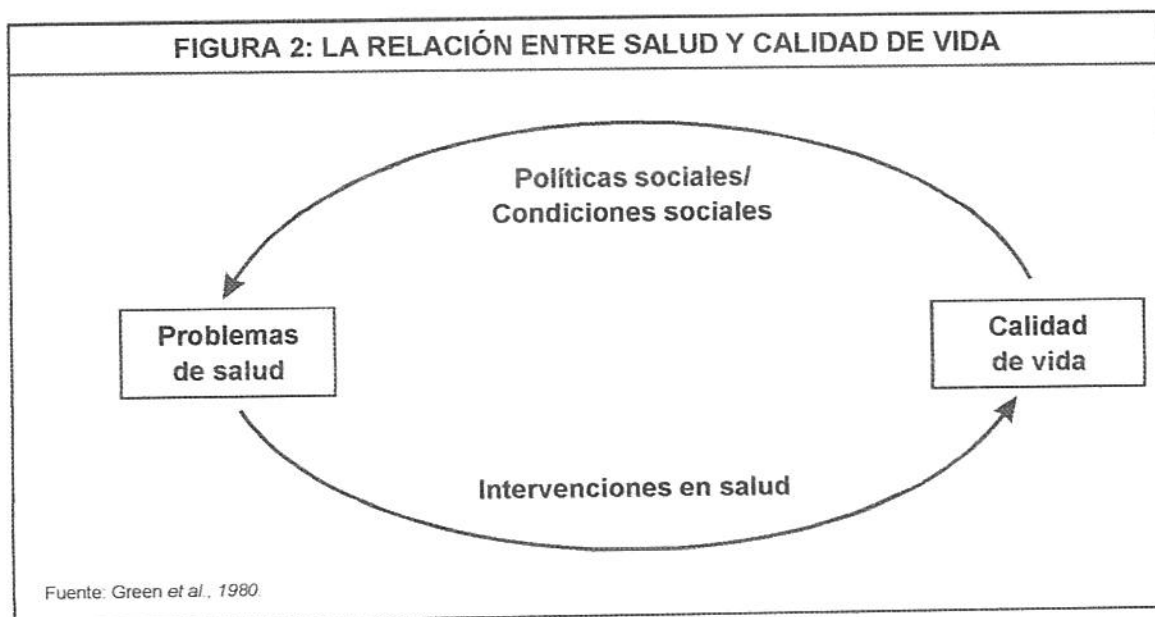
Idealmente, se comienza con consideraciones sobre la calidad de vida, evaluando algunos de los problemas generales que preocupan a las personas que conforman la población de pacientes, estudiantes, trabajadores o consumidores. Los tipos de problemas sociales que una comunidad está experimentando son buenos indicadores de su calidad de vida. Este paso requiere una comprensión de las preocupaciones subjetivas y del papel del grupo blanco de la intervención de educación. En esta etapa, la tarea del planificador es comprender los problemas sociales de la misma forma en que los perciben los pacientes, consumidores o la comunidad. Aquí, salud y calidad

de vida tienen relaciones de interacción. (Figura 2) Asimismo los problemas sociales impactan sobre la calidad de vida.¹

El PRECEDE esta diseñado para que las actividades se realicen solo después de que se hayan determinado los beneficios específicos a largo plazo (manifestados en la reducción de la morbilidad y la mortalidad) de estas actividades.. Las ventajas de establecer los resultados a largo plazo previamente a iniciar las actividades son las siguientes:

- La focalización en los resultados deseados aumenta la especificidad y perspectiva de la planificación. La claridad y especificidad de las definiciones de los resultados están en relación directa con la probabilidad de seleccionar intervenciones apropiadas y sólidas.
- Cuando se identifican los resultados esperados, se puede dar a los participantes de un programa un cuadro preciso de los beneficios esperados de la conducta recomendada y se les puede advertir sobre los riesgos o beneficios de cursos de acción alternativos.
- La evaluación de los beneficios es más eficaz cuando se establecen los resultados deseados antes de la recopilación de datos.
- Los planificadores pueden visualizar una perspectiva más amplia que la que es posible si solo están "haciendo" educación para la salud.

¹ "Problema social : Es una situación que afecta a una cantidad significativa de gente y que ellos y/o una cantidad significativa de gente de otro sector de la sociedad creen que es el origen de dificultades o de infelicidad. Por lo tanto, un problema social consta tanto de una situación objetiva como de una interpretación social subjetiva". Green *et al.* (1980).



Etapa 2: Diagnóstico epidemiológico: evaluación de etiologías

En esta etapa la tarea consiste en identificar los problemas de salud específicos que aparentemente contribuyen a generar los problemas sociales identificados en la etapa 1. Utilizando los datos disponibles, generados por investigaciones y hallazgos epidemiológicos y médicos, el educador clasifica los problemas de salud y selecciona a los que considera que merecen ser resueltos prioritariamente con los siempre escasos recursos disponibles para educación.

Esta etapa consiste en la identificación de los problemas de salud asociados con la calidad de vida. Estos datos, complementados con literatura teórica y científica sobre el curso natural y el origen de los problemas e información sobre las actividades de organismos comunitarios y locales, ayudan a establecer las prioridades en el proceso de planificación-programación.. La información epidemiológica también sirve de guía para la formulación de los objetivos programáticos específicos. La descripción completa de los problemas de salud y su forma de manifestarse en la población blanco es esencial para establecer las prioridades. Se debe poner particular atención en la identificación de los datos

existentes sobre quienes están más afectados, las formas en que están afectados y las vías más factibles de mejoría. Las prioridades del programa se expresan como *objetivos programáticos*, especificando *quiénes* serán los receptores del programa, *qué* beneficio obtendrán, *cuánto* de ese beneficio recibirán y *cuándo*.

Etapa 3: Diagnóstico conductual: evaluación de las prácticas en salud

Esta etapa consiste en identificar las conductas relacionadas con la salud que tienen que ver con el problema de salud seleccionado en la etapa 2. Estas son las conductas para las cuales se planificará la intervención. Incluye factores conductuales y no conductuales. Los factores no conductuales son los factores económicos, genéticos y ambientales que influyen en la salud. Las causas no conductuales son factores personales y ambientales que pueden contribuir a los problemas de salud pero que no están controlados por la conducta de la población blanco. Los factores conductuales son las prácticas en salud que parecen estar ligadas causalmente a los problemas en salud identificados en el diagnóstico epidemiológico.

A partir de esta identificación se seleccionan las conductas-blanco y se formulan los objetivos para cambiar las conductas (objetivos conductuales). Es importante mantener una perspectiva de los múltiples determinantes del problema de salud que se está atacando, e identificar factores para los cuales se puedan desarrollar estrategias que no sean la educación en salud (tales como políticas o ambientales) y que se puedan utilizar concurrentemente.

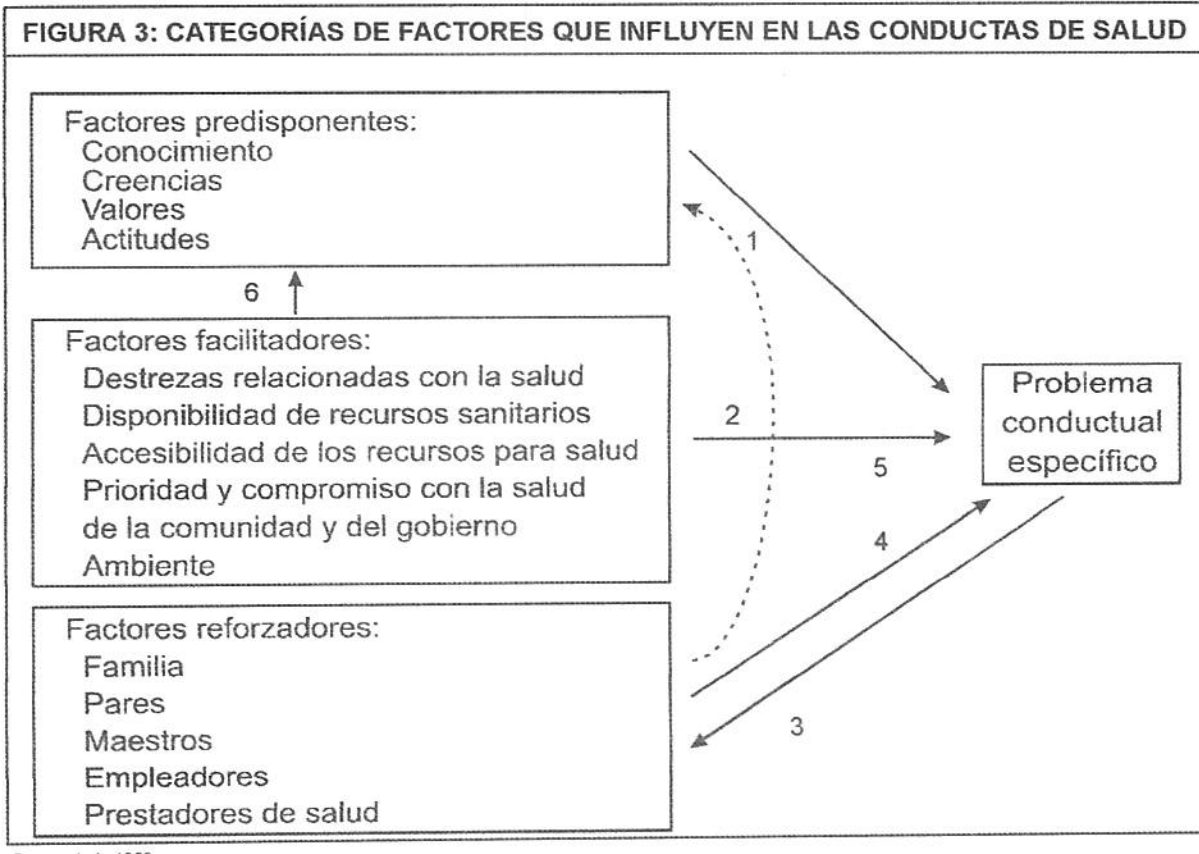
Los pasos para la ejecución del diagnóstico conductual son los siguientes.

- Diferenciar entre causas conductuales y conductuales del problema de salud.
- Desarrollar un inventario de conductas.
- Clasificar las conductas de acuerdo con su importancia
- Clasificar las conductas de acuerdo con su capacidad de cambio.
- Seleccionar conductas blanco
- Formular objetivos conductuales.

Etapa 4: Diagnóstico educativo

Consiste en identificar y categorizar los factores que tienen impacto directo en las conductas seleccionadas en la etapa 3. Se consideran tres clases de factores que tienen el potencial de afectar el comportamiento en salud: factores predisponentes, factores facilitadores y factores reforzadores. Factores predisponentes son los que anteceden a la conducta y que proporcionan la razón o motivación para ella; incluyen conocimientos, actitudes, creencias y valores. Factores facilitadores son los que anteceden a la conducta y que permiten que una motivación o aspiración se realice. Entre ellos se incluyen las habilidades individuales y los recursos personales y comunitarios. Factores reforzadores son los posteriores a la conducta, que proporcionan incentivo, recompensa o castigo continuos a la conducta y que contribuyen a su persistencia o extinción. Entre ellos se incluyen los beneficios tanto sociales como físicos y las recompensas tanto tangibles como imaginarias o vicarias.

Esta etapa se visualiza en la figura 3



Green et al., 1980.

Etapa 5: Selección del foco de intervención

En esta etapa, debe decidirse cual de los factores que conforman las tres clases será el foco de la intervención. La decisión se basa en su importancia relativa y en los recursos disponibles.

Etapa 6: Desarrollo e implementación de la estrategia de educación para la salud

Esta etapa considera la selección, desarrollo e implementación de la estrategia de educación para la salud más apropiada para el programa. Es una combinación de métodos, enfoques y técnicas que se pueden utilizar para afectar los factores predisponentes, facilitadores y reforzadores.

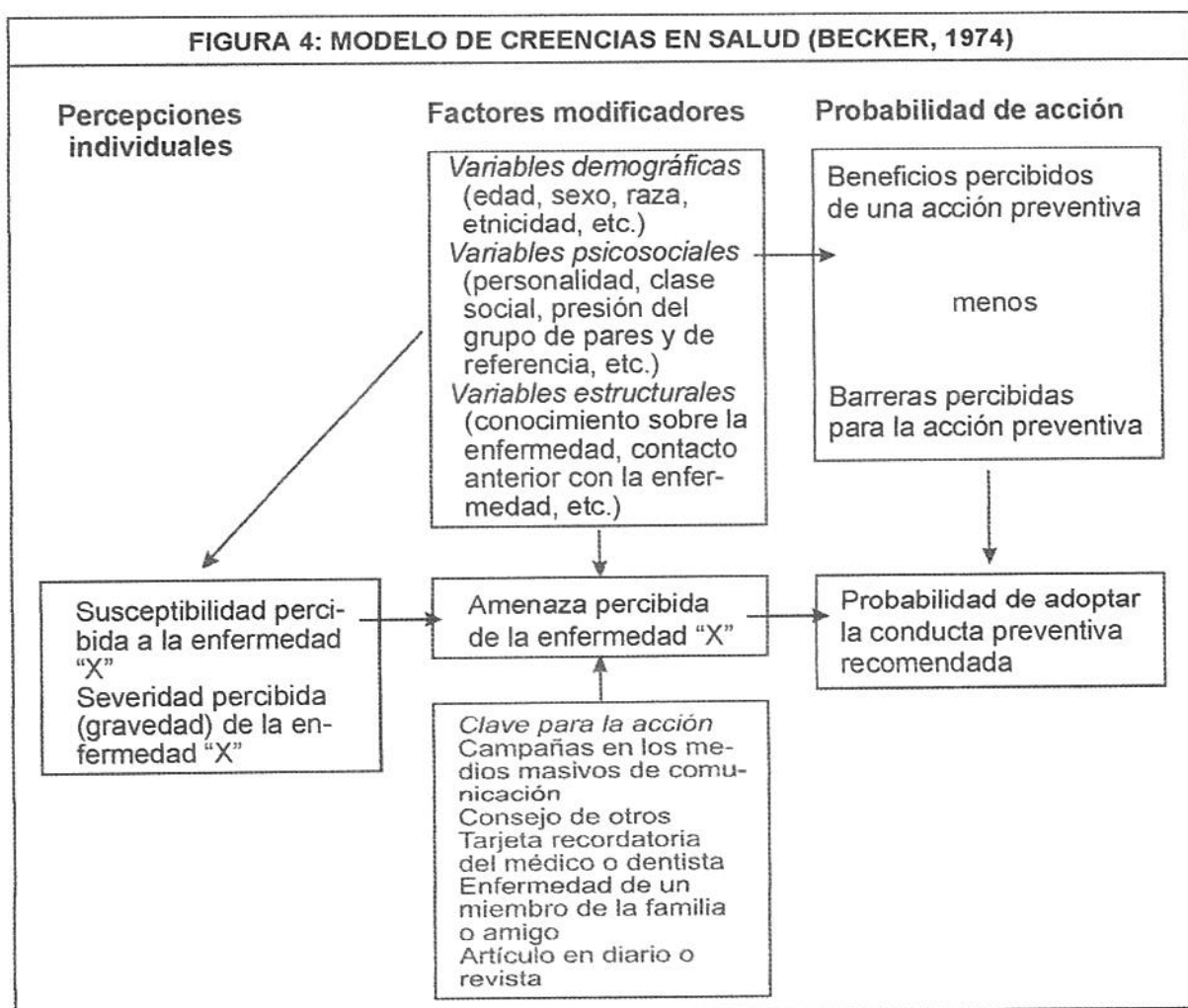


Etapa 7: Diagnóstico administrativo.

Las consideraciones administrativas incluyen el presupuesto y el análisis de los factores que determinaran la facilidad con que se introducirá el programa en un sistema. Ningún programa puede tener éxito total sin una evaluación de las limitaciones de organización. El diagnóstico administrativo analiza los factores que determinaran problemas u oportunidades en la administración del programa.

2.1.3. Otros Modelos : « Creencias en salud » y del aprendizaje social.

El modelo de creencias en salud se resume en la figura 4.

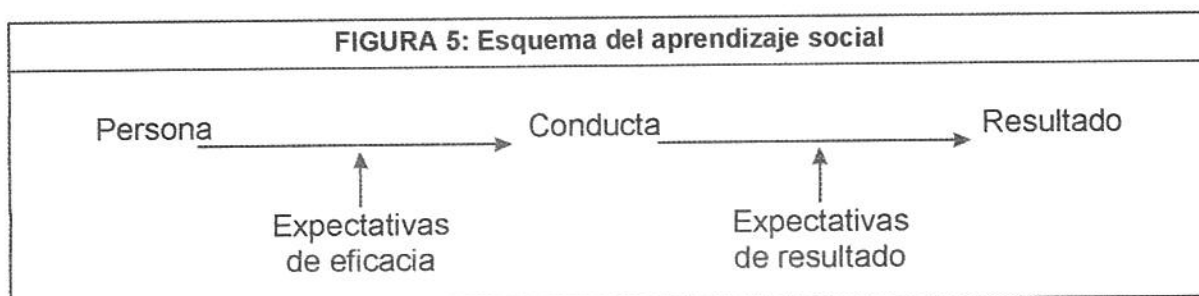


La educación para la salud puede proporcionar "la clave" para la acción si se han diagnosticado correctamente las creencias para la salud. El diagnóstico de creencias en la autoeficacia también es fundamental para planificar las intervenciones en educación para la salud.

En la teoría del aprendizaje social, Bandura (1977) manifiesta que los cambios psicológicos derivan de un mecanismo común. El cambio se comunica a través de procesos cognitivos, pero los eventos cognitivos son inducidos y alterados mucho más rápidamente por experiencias que en su mayoría surgen de un desempeño exitoso. Los procedimientos psicológicos alteran las expectativas de eficacia personal (Figura 5).

La expectativa de eficacia es diferente de la expectativa de resultado (que son los beneficios percibidos en el Modelo de Creencias en Salud). Las personas pueden creer que una acción es capaz de producir ciertos resultados, pero no están seguras de si pueden realizar esas acciones.

Figura 5: Esquema del aprendizaje social



Por ejemplo, para que un adolescente (persona) evite las golosinas con azúcar (conducta), por razones de salud (resultado), debe creer que dejar de comer

golosinas con azúcar beneficiara su salud (expectativa de resultado) y, además, que es capaz de lograrlo (expectativa de eficacia).

El entrenamiento para acrecentar la autoeficacia se debe realizar ordenando las conductas que se deben adquirir en una serie de pasos cada vez mas difíciles. Cuando el individuo realice con éxito las tareas iniciales mas fáciles, aumentará el sentido de autoeficacia y la persona estará lista para asumir una tarea nueva mas difícil.

Los conflictos con los valores relacionados con la salud son muy comunes y representan uno de los dilemas y desafíos importantes en la educación para la salud. Por ejemplo, una persona puede valorar su salud dental y apariencia personal, pero come golosinas con azúcar con mucha frecuencia ya que también valora el placer de comerlas. Las estrategias para enseñar la clarificación de valores son importantes para ayudar a las personas a resolver los conflictos con sus valores relacionados con la salud.

Aun no se comprenden totalmente las relaciones entre conducta y creencias, valores y actitudes, pero hay muchas pruebas de que existen, y se las debe diagnosticar para planificar intervenciones educativas en salud adecuadas.

Los factores facilitadores deben ser evaluados ya, que influyen en el logro de las metas conductuales y, por lo tanto, deben considerarse como componentes posibles del programa.

2.1.4. La Evaluación

De acuerdo con Bordoni (1999), en la evaluación se realiza la medición del desempeño en término de estructuras, procesos y resultados contrastados contra un estándar establecido previamente y la emisión de juicios de valor.

- a. La evaluación de la estructura plantea preguntas relacionadas con la organización, cuerpo de conocimientos, para la administración de la cantidad, calidad y disponibilidad de los recursos humanos pertinentes, los recursos físicos adecuados, la tecnología, etc.
- b. La evaluación de procesos determina la actividad de los programas en término de:
 - la población que recibe los beneficios por edad, sexo, raza y otras actividades demográficas.
 - la organización del programa, el personal y la financiación, y
 - la ubicación y distribución de tiempo de proceso.

La evaluación de proceso proporciona una medida de los esfuerzos que requiere el programa o las actividades propuestas más que de sus efectos o resultados.

- c. La evaluación de los resultados mide los efectos del programa en términos de productos y de impacto, es decir, si ha habido un cambio en el estado de salud como desarrollo de las acciones. La evaluación de impacto analiza cuales fueron las respuestas de las organizaciones, de la comunidad, del comportamiento de las personas y del medio social en lo que respecta a los

tres factores: predisponentes, reforzadores y facilitadores frente al programa de educación para la salud y en que forma lograron beneficiarse.

La evaluación no cierra el proceso sino que es parte integral y continua del mismo. Controla que se cumplan los objetivos y en el caso de no lograrlo, se plantean las modificaciones pertinentes. De este modo se llega al objetivo del modelo que es lograr los cambios en discapacidad, morbilidad, etc., para lograr un buen estado de salud y en que forma lograr beneficiarse.

2.2. EL PROBLEMA DE SALUD BUCAL ENFOCADO: LA CARIES DENTAL

2.2.1. CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE ETIOPATOGENIA

La enfermedad caries dental es padecida por un 98% de la humanidad. En general, a una edad promedio de 40 años la población se encuentra desdentada de un maxilar: son bocas mutiladas por efecto de la enfermedad y del tratamiento. La caries dental tiene una etiología multifactorial. Dieta, microorganismos y vulnerabilidad del huésped (tejido dentario y saliva) interactúan y constituyen la micro circunstancia de la enfermedad. Para el desarrollo de caries son necesarios una superficie dentaria susceptible y un sustrato adecuado para el crecimiento bacteriano. La lesión de caries observada clínicamente es el reflejo de innumerables episodios de desmineralización y remineralización que se traduce en un proceso no lineal. La dinámica del desarrollo de la lesión de caries depende del desequilibrio mineral que surge a partir de las fluctuaciones del pH en la interfase placa diente. Si se establece el equilibrio entre el mineral de la superficie dental y su entorno, se produce la interrupción del avance de la lesión cualquiera sea el estado de producción de caries (Fejerskov, 1995)

En la historia natural de la enfermedad de caries dental pueden identificarse fases sucesivas. Es un proceso observable que se manifiesta desde una superficie suave y limpia con adherencia bacteriana sin riesgo de caries hasta la fase con daño clínicamente observable pero detenible. Porque cuando existen factores que crean riesgos, como la ingesta de hidratos de carbono reiteradas,

hay agotamiento de la capacidad neutralizante de la saliva con placa odontopática presente. Estos son factores suficientes para que la caries entre en actividad , aunque sin datos clínicos observables al principio. Luego será con daño clínicamente observable y reversible (mancha blanca), hasta la evidencia de daño clínicamente observable como: la pérdida de tejido adamantino (Bordoni,1992).

La capacidad cariogénica puede describirse como una ecuación: está directamente relacionada con la virulencia bacteriana, la cantidad, la pegajosidad de los hidratos de carbono ingeridos, la acidez de la placa y las condiciones del huésped referidas a la saliva y el diente. Basados en la observación no todas las personas, las familias y las comunidades tienen la misma probabilidad de enfermar o morir sino que para algunos esta probabilidad es mayor que para otros. El grado de vulnerabilidad demuestra la necesidad de atención separando en la población a los individuos, las familias o las comunidades que tienen mayor probabilidad de sufrir determinados daños para su salud (Bordoni y Squassi,1999).

2.2.2. EL PROBLEMA EN CONTEXTO

Estudios desarrollados en la Cátedra de Odontología Preventiva y Comunitaria demostraron (Squassi, 1991; Bordoni y col., 1995; Bordoni y col., 2000):

- la existencia de una correlación positiva significativa entre la presencia de problemas socioeconómicos, la falta de cobertura de salud y la prevalencia de caries dental,

- la existencia de correlación significativa entre la ausencia de cobertura específica y la prevalencia de caries dental,
- la existencia de una correlación positiva significativa entre la presencia de actividades educativas específicas y el estado de salud dentaria y gingival.

En 2002, los mismos autores en un estudio realizado sobre poblaciones que comparan grupos de diferentes quintiles socioeconómicos encontraron que: existen diferencias significativas entre la frecuencia de aparición de enfermedades bucales prevenibles en grupos escolares de diferente nivel socioeconómico residentes en la misma base territorial urbana. Los resultados obtenidos permiten especular con el carácter social de la caries dental en tanto las variables económicas y las inherentes al sistema de salud vigente (demanda espontánea determinan diferenciales que se expresan a través de la enfermedad investigada (Squassi,1991), (Bordoni, Squassi, Bonazzi 1995), (Bordoni, Squassi, Mercer, 2004).

La asociación entre pobreza y salud bucal ha sido demostrada en estudios realizados en grupos vulnerables de países desarrollados con diferentes sistemas de atención de salud.

Sweeney y Gelbier (1999) plantearon que la salud bucal de niños preescolares residentes en áreas urbanas deprimidas tenía su estado bucal significativamente peor que el promedio de los niños escoceses. Estudios similares fueron realizados por Jones y colaboradores (1997) que confirmaron una asociación entre caries y deprivación social (Sweeney, Gelbier 1999), (Jones, Woods, Taylor

1997). Sweeney y colaboradores (1999) encontraron una asociación entre aumento de la deprivación y del índice de caries. Asimismo los niños provenientes de las zonas de mayor deprivación tenían significativamente mayor cantidad de dientes perdidos y no tratados (Sweeney, Nugent, Pitts, 1999).

Tickle y colaboradores (1999) compararon la experiencia de caries y el tratamiento recibido por 430 niños de 5 años de edad atendidos por odontólogos generales y categorizados por perfiles geodemográficos. Los resultados revelaron que los niños con atención irregular presentaban un ceos y los componentes c y e significativamente mayor que los que tenían atención regular y que significativas inequidades subyacen en la experiencia de caries y en el uso de los servicios odontológicos en niños (Tickle, Williams, Jenner Blinkhorn 1999).

Prendergast y colaboradores realizaron un estudio analítico empleando muestras estratificadas de escolares y cuestionarios a los padres y categorizando según el índice de deprivación de Townsend, demostrando que existían diferencias significativas entre el ceos de niños pobres y de los no pobres, pero no se encontró relación con etnicidad (Prendergast, Beal, Williams 1997)

Resultados similares comunicaron:

- Vargas y colaboradores (1998) encontraron que, según los datos del 3er. Examen Nacional de Nutrición y Salud de EEUU, 10.332 niños entre 2 y 18 años con bajos ingresos y de origen mejicano-americano o afro-americano presentaron una significativamente mayor prevalencia de caries y mayor necesidad de tratamiento sin resolver (Vargas, Crall, Schneider 1998)

- Nainar (1998) observaron en niños nortamericanos que cuanto más tardía era la visita inicial y el tratamiento se registraba mayor prevalencia de caries y se incurría en mayores gastos anuales, recomendando iniciar la atención odontológica antes de los 4 años de edad (Nainar, 1998)
- Truin y colaboradores (1999) analizaron la experiencia de caries en niños holandeses encontrando que los porcentajes de niños libres de caries presentaban una tendencia creciente entre los que pertenecían a familias de medio o alto ingresos (Truin, Koning, Bronkhorst, Frankenmolen, Mulder, van Hof, 1998).
- Kuriakose y Joseph (1999) encontraron un 43% de niños indios libres de caries, mientras que el estado socioeconómico presentó una asociación negativa con el nivel de caries (Kuriakose, Joseph, 1999).
- Ripa y col demostraron que los niños de bajo nivel socioeconómico tenían mayor prevalencia de caries y menor cuidado preventivo y mayor demanda de almuerzo escolar (Ripa, Leske, Kaufman 1991).
- Freire et al, (1999) estudiaron la prevalencia de caries y la necesidad de tratamiento de escolares del estado de Goias, Brasil. Encontraron que un 4,4 % de niños estaban libres de caries a los 6 años y tenían un CPOD de 0,41 a los 6 años y de 5,19 a los 12 años. Asimismo encontraron relación entre alta prevalencia de caries dental y bajo nivel socioeconómico (Freire, Pereira, Batista 1999).

2.2.3. ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN : MEDIDAS PARA LA PREVENCIÓN Y ESTABILIZACIÓN DE CARIES DENTAL..

(a) Control de placa bacteriana

El cepillado de dientes es el método bucal más ampliamente difundido y cuenta con un alto grado de aceptabilidad social. De los diferentes métodos con los que se puede controlar la placa, el más efectivo en la actualidad es la remoción por medio del cepillado dental, del hilo de otros auxiliares. Además se ha verificado la eficacia de determinados tipos de cepillos en su remoción mecánica (Bordoni, 1999).

Axelsson et al, en 1976, concluyeron que el efecto beneficioso de la reducción de caries y gingivitis se debió a la eficiente eliminación de placa (Axelson, 1976).

Badersten et al, en 1975, demostraron que la higiene profesional dada mensualmente a 225 escolares de entre 10 y 12 años durante 2 años redujo la caries dental y la gingivitis (Badersten, 1975).

Poulsen et al, en 1976, mostraron que la higiene dental frecuentemente realizada una vez por semana por el profesional reduce en más del 70% las caries en niños de 7 años con alta incidencia (Poulsen, 1976)

Doño et al, en 1980, encontraron en el examen inicial de control mecánico de placa que de un 60% en 145 niños de sexto grado bajó a un 43% como efecto de un programa de educación (Doño, 1980).

Pine et al 2000 comprobaron que el beneficio de cepillarse 2 veces diarias sobre los molares permanentes recién erupcionados es alrededor del 50% en comparación con los que lo hacen una vez por día o menos.

La placa bacteriana puede ser controlada también con agentes quimioterapéuticos preventivos que pueden ser usados como alternativas (Loesche, 1976). En pruebas *in vitro*, un gran número de agentes mostraron tener potencial anticaries (Reynolds, 1987).

Reynolds et al, en 1992, probaron reducción del 55% usando complejos fosfato – cálcicos aplicados tópicamente en una solución al 1%.

Finn et al, en 1978, mostraron tener resultados positivos al usar el trimetafosfato sódico al 1.5% en gomas de mascar .

Loe en 1970, comunicó una reducción significativa del porcentaje de incremento de caries realizando enjuagatorios con clorhexidina en baja concentración, antimicrobiano, evaluado como agente anticaries.

Luoma en 1992, evaluó en adolescentes el efecto anticariogénico de enjuagatorios y dentífricos encontró una reducción significativamente mayor. Los resultados revelaron efecto aditivo y posiblemente sinérgico.

Choo A. et al (2001) sostienen que el suplemento químico de las medidas méca-

nicas usando dentífricos, enjuagatorios, gel y chicles son vehículos considerados que pueden mejorar la higiene oral. Las consideraciones incluyen el rol de los padres, la escuela y el medio social.

(b) Fortalecimiento del huésped

Bordoni y Squassi señalan que la superficie adamantina se encuentra en constante modificación por el contacto con el medio bucal. Por lo tanto, la superficie del esmalte debe considerarse como una estructura dinámica (Bordoni, Squassi, 1999).

La administración de fluoruro por vía sistémica o tópica tiene como fin acumular el ión fluoruro para que se encuentre disponible en caso de ataque ácido. Toda la experiencia disponible sugiere fuertemente que los niveles de fluoruros en la boca desempeñan un papel crítico en la protección contra la caries. Los únicos agentes estudiados clínicamente por períodos prolongados son los fluoruros, que han demostrado capacidad para inhibir la desmineralización y para promover la remineralización de lesiones de caries incipientes aún en bajas Tatevossian (1997); Featherstone y Ten Cate (1988); Ekstrand et al (1988); Pearce et al (1966); Hamilton y Bowden (1988), han analizado la forma de retención de fluoruro en placa y los efectos cariostáticos en bajas concentraciones.

Los estudios clínicos que utilizan soluciones de fluorfosfato de sodio acidulado son en general muy favorables y logran una reducción de caries del 20 al 40% (Wei, 1985; Ekstrand et al, 1993).

Los enjuagatorios fluorados a bajas concentraciones en exposiciones repetidas promueven la remineralización de lesiones cariosas incipientes (Carlos,1985; Luoma et al,1989) Se debe instruir a los pacientes en el uso de enjuagatorios de venta directa además de los dentífricos fluorados al menos dos veces por día separado del cepillo. La presencia del ión fluoruro con la solución saturada con xilitol remineralizará lesiones incipientes de caries (Rekola,1986).

Los preparados de fluoruros para autoaplicación tópica son recomendados para pacientes de alto riesgo de caries (Ripa,1987), (Wefel,1985).

En países con alta prevalencia de caries existen recomendaciones para el uso de fluoruros incorporados en los programas de atención clínica (Bordoni, Squassi,1997). Se ha demostrado la persistencia de fluoruro potencialmente activo entre sucesivas aplicaciones de dentífrico como un mecanismo importante en la prevención de caries (Duckworth,1993),

Los dentífricos fluorados son los causantes principales de la reducción del incremento de caries observada en las dos o tres últimas décadas (Zimmer, et al,1995).Esto se corrobora en países donde se suspendieron la fluoración de las aguas y el uso de pastas fluoradas pasó de un 15 a un 97% en menos de 20 años (Kong,1993).



La OMS recomienda el uso de alguna medida masiva de fluoración, como la fluoración del agua de consumo, a fin de lograr una reducción importante de caries, ya que ella reconoce que la caries afecta más del 90% de la población.

Murray et al, en 1991, analizaron el resultado de 113 estudios realizados en 23 países de los cuales 66 fueron hechos en dientes primarios y 86 en dientes permanentes. La reducción del porcentaje de caries en dientes primarios fue del 40 al 49% y en permanentes del 50 al 59%.

(c) Racionalización del consumo de hidratos de carbono

Análisis basados en el estudio dietético de Michigan revelan que los grupos de niños que consumen más azúcar, comparados con los grupos de menor consumo, tienen un riesgo relativo de 1.22 de que produzcan más caries, cifra que aumenta a 1.80 con relación a lesiones proximales (Burt et al, 1983 ; Burt, Szpumar, 1994).

Diferentes experiencias (Holst y Kohler, 1975; Stecksén, Blicks et al, 1985; Burgess, 1998) encontraron una reducción de caries en los niños de madres asesoradas que varió entre 30 y 65%. El asesoramiento debe darse cuando sus hijos tienen 6, 12 y 24 meses.

Las restricciones del consumo de hidratos de carbono producidas por la segunda guerra mundial hicieron caer rápidamente los índices de caries dental, que

ascendieron después de terminada la contienda cuando los niveles de consumo volvieron a sus valores habituales (Bibby, 1983)

Negroni et al (1980) comunicaron una relación positiva estadísticamente significativa entre los momentos de consumo de azúcar y la prevalencia de caries en 600 niños argentinos .

Una revisión de investigaciones que analiza la relación entre dieta y caries, se concluyó que en los países del sur europeo el consumo de azúcares se había incrementado en los últimos 30 años, coincidiendo con un aumento en la prevalencia de caries. (Curzon y Ten Cate, 1980).

En los últimos años se ha incrementado el empleo de edulcorantes como sustitutos del azúcar e la dieta humana. Ello ha sido estimulado en individuos diabéticos, obesos o con caries dental, frente a la necesidad de reducir la ingesta de azúcar.

Aguirre, Zero et al, en 1993, demostraron que el empleo de goma de mascar con xilitol (polialcohol) durante dos semanas determina una reducción de los cambios acidogénicos inducidos sobre el diente luego de exponer la placa dental humana a la sacarosa. El xilitol previene la desmineralización por mecanismos diferentes que los fluoruros.

Makinen et al, en 1995, describieron la estabilización de caries dentaria en un estudio realizado en 1277 niños de 10 años de edad que consumieron goma de



mascar en forma supervisada. Hubo endurecimiento y detención de las lesiones cariosas durante 40 meses.

(d) Educación para padres

Se ha visto que los modelos de actuar aprendidos en la infancia perduran notablemente a lo largo de la vida, por lo que la familia adquiere un papel relevante en el cuidado y mantenimiento de la salud. Las actividades de la familia, el modo en que se interrelacionan, la armonía, el afecto, la satisfacción y la realización personal de cada uno hacen a modos de vivencia saludables o no. La familia es definitivamente la cuestión mas importante (Sheiham, 1986).

Pereyra y Bellagamba (1999) señalan que el papel del Estado ha sido y es una cuestión central de debate en las ciencias sociales.

La equidad requiere que los recursos sean asignados para que se beneficien las familias de ingresos menores de tal manera que puedan satisfacer sus necesidades de bienes y servicios esenciales. Por eso es tan importante la educación y promoción para la salud. Las ciencias médicas se han manejado en forma inadecuada. Las personas no han sido consideradas como actores activos (usuarios) y no se han aplicado criterios administrativos en la práctica profesional (Bandura, 1977).

Bandura en 1977, en su teoría del aprendizaje social, introdujo el concepto de eficacia propia, es decir, que estima la persona que va a lograr a través de un

comportamiento suyo. Pone más énfasis en la capacidad que la persona siente tener.

La promoción de la salud para los años noventa deberá expandirse a las escuelas y a los sitios de trabajo, para que individuos y familias modelen un estilo de vida saludable (Green, Kreuter, 1990). Watson et al (2001), mostraron que los individuos evidenciaban un interés sustancial en actividades de educación y promoción de salud, en temas de prevención y salud bucal.

Thomas et al (2002) concluyeron que los maestros serían los elegidos para aumentar el efectos de las campañas de educación para la salud.

Kronenberg et al (2001), en los exámenes clínicos encontraron la presencia de placa en un 70% de promedio porque la enseñanza de la profilaxis dental ha sido reducida en muchas comunidades. El estudio ha demostrado también que la adquisición de conocimientos está basada en esfuerzos de repetición. Esta es la razón fundamental para un monitoreo sistemático y reinstrucción de los procedimientos de higiene bucal.

Sgan – Cohen et al (2001) concluyeron que la libre distribución de pastas y cepillos junto con un programa de educación de salud bucal es un método potencialmente práctico y efectivo de promoción de prácticas de higiene oral temporarias.

Gomez et al (2001), sostienen que un programa dental preventivo que comienza en mujeres embarazadas y continúa en las madres y sus hijos fueron altamente efectivo para la reducción de caries en un alto porcentaje.

Arrrup et al (2001), concluyeron a través de cuestionarios acotados que el conocimiento y las conductas relacionadas con la salud bucal en el niño están relacionados con las conductas de los padres con respecto a prioridades y responsabilidades.

Riedy et al (2001) el estudio en una población multicultural demostró que la mayoría de las mujeres estaban interesadas en aprender nuevas estrategias en prevención para reducir la enfermedad.

Primosch et al (2001) en el concluyeron que mayores investigaciones se requieren para identificar una intervención estratégica que mejore el acatamiento de evaluaciones posteriores y reduzca el costo de la salud dental desatendida en niños de corta edad de familias con bajos ingresos que son tratados con anestesia general.

Estudios realizados en el sudoeste de Finlandia acerca del estado de salud bucal en jóvenes de 10 años de edad mostró que era en un 45% buena, muy buena en un 40% y muy mala en un 15%. El consumo diario de azúcares a los 3 años estuvo asociada con el incremento de caries entre los 7 y los 10 años de edad (dentición mixta, los factores relacionados con la familia, lo que fueron

relacionados con caries debieran ser enfatizados más comprensivamente en la practica diaria del cuidado de la salud bucal (Mattila, 2001)

Niños pertenecientes a zonas donde había carencia de atención mostraron tener diferentes hábitos vinculados con la salud bucal en relación con niños que tenían atención. Ya que eran más proclives a ser alimentados con más azúcares y en las bebidas llevadas a la cama en la noche. Comenzaban el cepillado más tarde en la vida. Sus padres reclamaban haber recibido más consejos en relación a la salud bucal (Ekersley, 2001).

2.2.4 ANTECEDENTES REFERIDOS A LA EXISTENCIA DE CONCEPCIONES Y PERCEPCIONES EN EL CONTEXTO FAMILIAR Y SOCIAL

Begun y Kaissi de la Universidad de Minnesota, en una revisión sistemática del año 2004, encuentran que las condiciones contextuales constituyen una percepción individual y que las realidades objetivas resultan de un complejo y dinámico sistema que las contiene y deben ser estudiadas en estudios exploratorios por los centros de investigación.

Muchos autores lo plantean desde la necesidad de mejorar la calidad (Sahney, 2003) ; (Billings, 2003). En el mismo año Otañi et al plantean como los pacientes integran sus reacciones a los atributos del hospital y como sus reacciones impactan en el grado de satisfacción y en sus intenciones conductuales expresadas en adopción de cuidados.

Glouberman y Minzberg (2001), reconocen la existencia de fuertes culturas colectivas y argumentan respecto de la necesidad de trabajar los aspectos relacionados con la "confianza " en el sistema de cuidados de salud, la importante integración en los sistemas sociales y en la investigación sobre este campo.

Squassi en un estudio empleando la metodología de la semiótica de los enunciados, encontraron la presencia de factores psico-sociales en las concepciones de los actores críticos, padres y profesionales, los que actúan como intervinientes en la adhesión o el abandono de la atención clínica odontopediátrica. Asimismo, identificaron la existencia de núcleos rígidos vinculados con



la presencia de “mitos” referidos al proceso “salud-enfermedad-atención” tales como la ausencia de la condición de evitable de la enfermedad trazadora (caries dental). (Squassi et al, 2004).

Wilson y Cleary, en 1995, diseñaron un modelo que plantea el impacto de la enfermedad bucal y sus consecuencias sobre la calidad de vida. Las concepciones referidas a salud general o bucal actúan como variables intervinientes sobre las percepciones de la propia salud y sobre las expectativas referidas a atención de salud. Las percepciones de salud figuran entre los más importantes indicadores que los investigadores clínicos usan para entender el nivel de salud. La medida de salud percibida representa la perspectiva subjetiva de los individuos acerca de su propia salud e incluye percepciones de salud general y específica, las que a menudo definen la necesidad de tratamiento y la demanda de servicios.

PARTE III
DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA

ANÁLISIS DE LA RELACIÓN ENTRE SALUD BUCAL DE NIÑOS ESCOLARES Y EL NIVEL DE EDUCACIÓN FORMAL Y ESPECÍFICO DE LOS PADRES.

3.1. HIPÓTESIS DE LA EXPERIENCIA

Existe relación entre el estado de salud bucal del niño y el nivel educacional formal y específico de padres y el nivel socioeconómico familiar.

Esta investigación plantea que, además de existir factores socioeconómicos, existen creencias y valores que subyacen en el contexto familiar y social que pueden actuar como obstáculo en el proceso de apropiación de prácticas saludables en los niños.

3.2. OBJETIVO

El objetivo de la investigación fue analizar la asociación existente entre conocimientos, actitudes, prácticas y estudios formales de los padres y el estado de salud bucal en los niños escolares integrados a instituciones de diferente nivel socioeconómico, empleando como enfermedad trazadora a la caries dental .

3.3. MATERIALES Y TÉCNICAS DE LA EXPERIENCIA NUCLEAR

Población y muestra

Fue definida una muestra intencional que respondiera a la caracterización social en tres estratos.

Esta selección fue realizada por escuela y ajustada según los criterios de la Encuesta Permanente de Hogares (INDEC, Instituto Nacional de Estadística y Censos de la República Argentina, 2000) y confrontada por el equipo de Psicología Social de la Universidad Nacional de Mar del Plata.

Las escuelas fueron: Escuela Stella Maris y las No. 4 y 27 de la ciudad de Mar del Plata, Pcia. de Buenos Aires, Argentina .

La muestra estuvo constituida por 300 niños de tres niveles etarios (6-8 años; 9-11 años y 12-14 años), quienes participaron del estudio, previa firma del consentimiento informado por parte de sus padres / responsables legales y la aprobación de la Comisión Ética de la Facultad de Odontología de la Universidad de Buenos Aires. Se previó la inclusión de los tres niveles etarios en cada una de las escuelas

Recolección de datos

El protocolo incluyó los siguientes pasos:

- a) Aplicación de un instrumento evaluativo focalizado en las percepciones de los maestros sobre salud bucal. En instrumento fue aplicado en las escuelas de referencia y en una cuarta escuela perteneciente a otro Municipio de la Pcia .Buenos Aires tomada como testigo. (Ver experiencia preliminar)
- b) Evaluación de las percepciones expresadas en los maestros de las escuelas seleccionadas. Este análisis constituye un insumo a tener en cuenta previa la ejecución de actividades de promoción o educación.
- c) Aplicación de un instrumento tipo cuestionario de múltiples items referido a conocimientos, actitudes, prácticas y nivel de educación formal dirigida a padres y a los maestros. (basado en Slade, 2002). Ver Anexo I.
- d) Análisis de los resultados obtenidos en el cuestionario.
- e) Determinación del estado dentario y gingival de los niños. (Ver Anexo II). Las variables epidemiológicas específicas para salud bucal registradas fueron:
- CPOS y ceos,
 - sumatoria CPOS y ceos,
 - componente c en dentición primaria, permanente y su sumatoria,
 - índice de hemorragia (+ o -) y
 - biofilm de placa dental (Loe & Silness) y
 - porcentaje de superficies afectadas.

Los exámenes diagnósticos fueron realizados por un único investigador calibrado trimestralmente con el director de tesis (K= 0,90) y los cuestionarios fueron administrados y evaluados a simple ciego.

Tratamiento estadístico.

Una vez recogido el material, se asignaron valores numéricos a las variables cualitativas, construyendo escalas nominales congruentes entre si.

Se determinó la media y el ES y/o la distribución de frecuencia de cada variable. Se analizaron las diferencias por rango etario y por escuela. Los datos se analizaron haciendo uso de los siguientes tests: ANOVA, prueba de Scheffe, Chi2 y Chi2 con corrección de Yates. Para todos los análisis estadísticos realizados se empleó el nivel de significación $p < 0.05$.

3.4. RESULTADOS

La aplicación de los criterios enunciados para realizar la categorización social determinó el siguiente resultado:

- Escuela Stella Maris: alto nivel socioeconómico
- Escuela No. 11: nivel medio
- Escuela No. 4: nivel bajo

Los resultados revelaron referidos al estado de salud bucal se resumen en la tabla 1:

Grupo etario	n	Sexo		Dientes permanentes	Dientes primarios	C+c	CPOS + ceos	Superficies afectadas (%)	IP	Hemorragia al sondaje (%)	
		Mujer	Varón							Si	No
06-8 años	98	54 %	46 %	10	13	3.42	3.78	2.99	1.05	4 %	96 %
09-11 años	99	47 %	53 %	15	8	2.47	2.99	2.08	1.03	6 %	94 %
12-14 años	103	36 %	64 %	26	0.3	3.28	3.89	2.50	1.10	11%	89%

Indicador	Test	Estadístico	p	Conclusion
C+c	Anova	F=1.05	0.352	No hay diferencias
CPOS+ceos	Anova	F=0.93	0.395	No hay diferencias
% de Superficies afectadas	Anova	F=1.31	0.272	No hay diferencias
Hemorragia al sondaje	Chi ²	Chi ² =3.99 (gl: 2)	0.136	No hay diferencias

Cuando se analizan los datos epidemiológicos de las tres escuelas agrupados por rangos etarios no se observa diferencia en la prevalencia de caries, cantidad de biofilm y hemorragia al sondaje. (Tabla 2).

Sin embargo, el parámetro de dispersión (ES) presenta un valor elevado. Ello indica que las diferentes unidades experimentales incluídas en cada grupo etario pueden no provenir de la misma población. Por este motivo se analizaron los datos agrupados por escuela a fin de obtener conclusiones de mayor validez. (Tablas 3 y 4).

Indicador	Edad	S. Maris x±ES	Escuela No.27 x±ES	Escuela. No. 4 x±ES	F (ANOVA)	p	Conclusión*
C+c	12-14	1.12± 0.38	2.08± 0.47	6.31± 1.56	7.60	0.001	Esc 4 es >
	09-11	1.44± .36	1.65± 0.47	3.42± 0.56	6.62	0.001	Esc 4 es >
	06-08	1.73± 0.57	2.02± 0.62	5.47± 1.07	6.54	0.002	Esc 4 es >
IP	12-14	0.68± 0.06	0.60± 0.02	1.94± 0.08	159.11	0.0001	Esc 4 es >
	09-11	0.79± 0.04	0.72± 0.06	1.56± 0.07	126.21	0.0001	Esc 4 es >
	06-08	0.84± 0.06	0.88± 0.05	1.87± 0.06	145.63	0.0001	Esc 4 es >

*Aplicando prueba de Scheffe

Indicador	Edad	Chi2	gl	p	Conclusión
Hemorragia	12-14	16.85	2	0.001	Esc 4 es >
	09-11	14.21	2	0.003	Esc 4 es >
	06-08	11.10	2	0.005	Esc 4 es >

Análisis de conocimientos, concepciones, prácticas y nivel de educación formal

El análisis de los conocimientos, concepciones y practicas y su vinculación con el nivel de educación formal se describe en la Tabla 5 por escuela y por nivel etario

Dominio	Edad	Chi 2	gl	p	Conclusión
Conocimientos	12-14	8.14	4	0.086	No hay diff
	09-11	12.36	4	0.046	Esc 4 es <
	06-08	14.28	4	0.037	Esc 4 es <
Prácticas	12-14	28.25	4	0.001	Esc 4 es <
	09-11	23.44	4	0.004	Esc 4 es <
	06-08	24.39	4	0.003	Esc 4 es <
Concepciones	12-14	40.67	2	0.0001	Esc 4 es <
	09-11	33.23	2	0.0005	Esc 4 es <
	06-08	30.27	2	0.0008	Esc 4 es <
Estudios	12-14	68.02	2	> 0.0001	Esc 4 es <
	09-11	53.42	2	> 0.0001	Esc 4 es <
	06-08	55.78	2	> 0.0001	Esc 4 es <

*Aplicando prueba de Scheffe

Al analizar la tabla se observa que, si bien no existen diferencias significativas entre los valores referidos a conocimientos de los padres registrados en las tres escuelas del grupo etario 12-14 años, en la Escuela No. 4 es menor que en las de nivel medio y alta al considerar las edades 6-8 y 9-11 años.

La escuela de menor nivel socioeconómico revela prácticas y actitudes significativamente menos saludables, para todo rango etario. El nivel de estudios formales fue significativamente menor en la Escuela de menor nivel socioeconómico respecto de las restantes, para todo rango etario.

Análisis de las asociaciones

El análisis global de los datos revela las siguientes asociaciones entre las variables en estudio. (Tabla 6).

TABLA 6: ANÁLISIS DE LAS ASOCIACIONES				
GRUPO ETARIO	ASOCIACIÓN	CHI ²	GL	P
12-14 AÑOS	Caries/Hemorr	1.91	1	0.170
	Caries/Conocimientos	24.9	2	0.001*
	Caries/Actitudes	4.19	1	0.040*
	Caries/IP	18.2	3	0.001*
	Caries/Conducta	5.79	2	0.060
	Caries/Estudios	19.51	6	0.003*
	Hemorr/Conocimientos	0.12	2	0.940
	Hemorr/Actitudes	1.52	1	0.210
	Hemorr/IP	45.20	3	0.001*
	Hemorr/Conducta	10.79	2	0.005*
	Hemorr/Estudios	17.24	6	0.008*
	IP/Conocimientos	17.50	6	0.006*
	IP/Actitudes	8.02	3	0.040*
	IP/Conducta	10.12	6	0.085
IP/Estudios	32.90	21	0.043*	
9-11 AÑOS	Caries/Hemorr	2.12	1	0.108
	Caries/Conocimientos	17.2	2	0.023*
	Caries/Actitudes	4.01	1	0.047*
	Caries/IP	16.3	3	0.017*
	Caries/Conducta	4.99	2	0.067
	Caries/Estudios	17.88	6	0.012*
	Hemorr/Conocimientos	0.15	2	0.922
	Hemorr/Actitudes	1.72	1	0.145
	Hemorr/IP	47.14	3	0.001*
	Hemorr/Conducta	9.25	2	0.010*
	Hemorr/Estudios	18.14	6	0.006*
	IP/Conocimientos	16.50	6	0.012*
	IP/Actitudes	7.15	3	0.048*
	IP/Conducta	10.14	6	0.085
IP/Estudios	33.21	21	0.037*	
6-8 AÑOS	Caries/Hemorr	1.76	1	0.195
	Caries/Conocimientos	25.1	2	0.001*
	Caries/Actitudes	4.26	1	0.037*
	Caries/IP	19.6	3	0.001*
	Caries/Conducta	4.86	2	0.069
	Caries/Estudios	20.36	6	0.002*
	Hemorr/Conocimientos	0.23	2	0.876
	Hemorr/Actitudes	1.76	1	0.194
	Hemorr/IP	41.22	3	0.001*
	Hemorr/Conducta	9.59	2	0.011*
	Hemorr/Estudios	18.11	6	0.005*
	IP/Conocimientos	15.50	6	0.022*
	IP/Actitudes	12.02	3	0.024*
	IP/Conducta	9.14	6	0.017*
IP/Estudios	33.14	21	0.038*	

*estadísticamente significativo

TABLA 7: RESUMEN DE LAS ASOCIACIONES ENTRE ESTADO BUCAL Y DOMINIOS ANALIZADOS POR NIVELES ETARIOS				
Asociación	6-8	9-11	12-14	Overall
Caries/Hemorragia	NO	NO	NO	NO
Caries/Conocimientos	SI	SI	SI	SI
Caries/Actitudes	SI	SI	SI	SI
Caries/IP	SI	SI	SI	SI
Caries/Conducta	NO	NO	NO	NO
Caries/Estudios	SI	SI	SI	SI
Hemorragia/Conocimientos	NO	SI	NO	NO
Hemorragia/Actitudes	NO	SI	NO	NO
Hemorragia/IP	SI	SI	SI	SI
Hemorragia/Conducta	SI	NO	SI	SI
Hemorragia/Estudios	SI	SI	SI	SI
IP/Conocimientos	SI	SI	SI	SI
IP/Actitudes	SI	SI	SI	SI
IP/Conducta	SI	NO	NO	NO
IP/Estudios	SI	SI	SI	SI

Al analizar la asociación entre estas variables considerando edad y nivel socioeconómico conjuntamente, las asociaciones se mantienen, variando en algunos casos la probabilidad de la asociación. (Tabla 7).

Al analizar las variables epidemiológicas considerando grupo etario y escuela a la que pertenecen las unidades experimentales es decir según el nivel socioeconómico se observó:

1. En la escuela de menor nivel socioeconómico las siguientes variables son significativamente mayores que en las restantes en todos los niveles etarios:

- C



- C+c
- CPOS+ceos
- % de superficies afectadas
- Hemorragia al sondaje
- IP:

Los valores registrados en las restantes escuelas N° Escuela 27 y Stella Maris no difieren.

3.5. DISCUSIÓN

La asociación entre pobreza y salud bucal ha sido demostrada en estudios realizados en grupos vulnerables de países desarrollados.

Estos grupos son de mayor riesgo de enfermedades y discapacidad en la población de un país y existen numerosos estudios que demostraron asociaciones positivas entre conocimiento y conducta

Al comparar estos estudios con los resultados obtenidos en el presente trabajo, se observa que:

- La relación entre alta prevalencia de caries dental y bajo nivel socio-económico son análogos con los hallados por Sweeney y Gelber (1999) . Estudios similares fueron realizados por Jones y colaboradores que confirmaron una asociación entre caries y deprivación social. Asimismo Freire y col (1999) encontraron relación entre la alta prevalencia de caries y bajo nivel socio-económico de escolares del estado de Goias, Brasil.
- El perfil de bajo componente educativo de padres a través del análisis de conocimientos, conducta, actitudes y niveles de estudios demuestra estar asociado con mayor presencia de todas las patologías y mayor índice de placa en los alumnos de nivel socioeconómico más bajo. Son análogos a los hallados por Prendergast y colaboradores (1997) en un estudio analítico empleando muestras estratificadas de escolares y cuestionarios a los padres y categorizando según el índice de deprivación de Townsend, demostrando que existían diferencias

significativas entre el ceos de niños pobres y de los no pobres, pero no se encontró relación con etnicidad.

- Hay ausencia de factores reforzadores por parte de los padres para proporcionar estímulo al grupo de niños con riesgo social. Resultados similares revelaron Tickle y colaboradores (1999), ya que los niños con atención irregular presentaban un ceos y los componentes c y e significativamente mayor que los que tenían atención regular y que significativas inequidades subyacen en la experiencia de caries y en el servicio odontológicos de niños

Asimismo Vargas y colaboradores (1998) demostraron en niños con bajos ingresos de origen mejico-americano o afro-americano presencia de una significativa mayor prevalencia de caries y mayor necesidad de tratamiento sin resolver.

- Resultados análogos demostraron Ripa et al. (1991), los niños de bajo nivel socioeconómico tenían mayor prevalencia de caries y menor cuidado preventivo y mayor demanda de almuerzo escolar.
- Escolares de nivel social medio y alto con presencia de factores facilitadores y un perfil de componente educativo alto de padres demuestra estar asociados con menor presencia de caries análogos a los hallados por Truin et al (1999) en niños holandeses, encontrando que los porcentajes de niños libres de caries presentaban una tendencia creciente entre los que pertenecían a familias de medio y alto ingresos.

La oportunidad para la salud, cuando está relacionada con la calidad de la salud bucal (ej. una estética deficiente, halitosis) puede afectar nuestra propia

habilidad para participar en interacciones sociales, encontrar empleo, hacer amigos, o aún participar en cuidados específicos. Pocos trabajos sobre la salud bucal y la calidad de vida estudian directamente la oportunidad para la salud, aunque abundan ejemplos, estos aspectos son considerados anecdóticamente o como un corolario.

Pero es sabido que pacientes con síndrome de inmunodeficiencia adquirida (AIDS) no muestran su problema de salud por miedo a la discriminación o rechazo por profesionales de la salud. También se estigmatiza a los individuos que reciben beneficios de salud mental, con una reacción negativa en el mercado laboral que los conduce a una pobre calidad de salud bucal. Hammerlid et al. (2004), para demostrar el impacto del factor oportunidad sobre la calidad de vida en un estudio clínico con pacientes con cáncer de cabeza y cuello, comparó respuestas dadas por los participantes de un estudio, con las respuestas de no participantes. Los resultados sugieren que el estudio de los no participantes pudo haber sido afectado por el alto costo del tratamiento influyendo en forma adversa sobre su calidad de vida.

Es importante destacar que la calidad de vida da cuenta de la subjetividad del paciente o de su estado mesial (familia, maestros y amigos) e involucra problemas reconocidos internamente, más bien que aquellos rápidamente identificados por el clínico. Estudios referidos a la calidad de vida y salud bucal sugieren la necesidad de investigar los valores y concepciones urgentes en la familia porque influyen en el estado de salud bucal de niños y adolescentes.

Otro aspecto importante es el peso de los aspectos psicosociales como variables intermitentes sobre la resiliencia demostrada por las personas. La psiconeuroinmunología representa una disciplina de investigación básica que estudia la asociación entre la mente y el cuerpo, tal como la habilidad de la persona para resistir el estrés y la curación exitosamente. Quien determina el promedio apropiado de salud bucal, el clínico o el paciente ?

La calidad de vida representa la percepción de salud del individuo y la mayor parte de los efectos de la salud bucal en la calidad de vida involucra problemas reconocidos internamente, más bien que aquellos que el clínico identifica.

Estudios de Atchison et al. (1993) demuestra falta de coherencia entre los promedios de salud dados por los clínicos y aquellos dados por los individuos mismos.

Los factores subjetivos fueron altamente predictivos de cómo los adultos mayores percibían su salud bucal que era desconocida por los clínicos. Una pregunta de interés para resolver en el futuro sería, si los clínicos una vez provistos con el conocimiento de los síntomas del paciente y los problemas asociados con la calidad de vida, podrían proveer promedios de salud bucal en los sujetos que fueran más similares a aquellos dados por los sujetos mismos.

Elementos de la cultura se encuentran con frecuencia asociados con percepciones de salud, basados sobre un modelo conceptual que establece que



características inmutables ayudan a establecer la manera en la cual, uno visualiza la enfermedad; así como nuestra capacidad para manejar o evitarla.

Así las percepciones de salud pueden variar según el grupo étnico y pueden tener gran fuerza en el valor de prioridades de un individuo o de un grupo de la población.

Landrine y Klonoff (2001) reportaron que estudiantes colegas de color atribuían la enfermedad a causas sobrenaturales en la mayor parte en comparación con los estudiantes colegas caucásicos. Otros investigadores relataron la asociación con factores morales o religiosos. Hunter y Arbona (1997) en un análisis cualitativo, muestran asociaciones entre el género y la percepción de salud bucal. Las mujeres jóvenes guatemaltecas son más proclives a aceptar extracciones y el uso de prótesis, mientras que los hombres, con firmeza, posponen la extracción y nunca usan prótesis.

Una percepción menor de salud bucal es frecuentemente reportada por grupos de minorías étnicas y raciales. Mathias et al (1997) reportaron una percepción mayor en individuos de raza blanca. Así las percepciones de salud pueden variar según el grupo étnico y pueden tener gran fuerza en el valor de prioridades de un individuo o de un grupo de la población.

La efectividad del tratamiento para mejorar pacientes en su calidad de vida está siendo cada vez más evaluado para guiar a pacientes y clínicos en consideración a los más apropiados mecanismos de cuidado. Como muchas mediciones de la

calidad de vida, las percepciones de salud pueden ser genéricas, tales como el promedio sólo de la salud bucal personal, o específico, como la apariencia percibida o el dolor.

Atchison et al (estadística sin publicar) usaron un solo ítem de promedio de salud bucal, como una medición obtenida, para comparar la efectividad del tratamiento en fractura mandibular como una desventaja, en la población minoritaria en el centro sur de Los Angeles, California. A pesar de la falta de especificidad, los promedios globales pueden proveer una evaluación válida de mejoramiento a un clínico ocupado.

El crecimiento sobre la evaluación de la calidad del cuidado se desarrolló desde un campo enfocado sobre la medición de la efectividad del tratamiento. Ellos también reportaron problemas psicológicos tales como ansiedad y desconcierto. La función social define los roles comunes de una persona y demuestra como la salud puede poner limitaciones a un individuo. Las actividades de función social incluyen la integración en la comunidad, la participación en actividades religiosas, presentismo en el trabajo o escuela, la intimidad y la función sexual, o para una persona desdentada en geriátricos, el comer con confort o socializando con otras personas. Esto involucra una combinación de la cualidad de interacción con otros, la cantidad de conexiones con otros, utilización de la interacción social (pasar tiempo con otros), la importancia de la relación social, la habilidad de las interacciones sociales y la satisfacción con las mismas. (Atchison, 2003).

Cuando se hacen mediciones de la función psicológica en estudios clínicos, es crítico considerar el tiempo en el cual la medición es tomada, el estado de salud del sujeto y la etapa del tratamiento del sujeto. Sin considerar que tales resultados pueden influir en el fracaso de la medición. Por ejemplo, en un estudio (Glynn, et al, 1997) de salud psicológica de pacientes sobrellevando tratamientos de fractura mandibular fue evaluado en el momento de retiro de la aparatología desde el hospital y diez días después del tratamiento. La información mostró pocas mejorías durante este tiempo y los clínicos estaban preocupados porque los instrumentos no eran lo suficientemente sensibles para detectar mejorías en la salud. Sin embargo una mirada más próxima de la información mostraron que los pacientes todavía tenía alambres fijos y estaban recibiendo medicación para el dolor cuando la segunda evaluación fue tomada. Más aún los pacientes reportaron un dolor sustancial y que no podían retomar a sus roles sociales.

Los estudios clínicos deben seleccionar medidas armónicas con la severidad de la enfermedad para asegurar que las mediciones serán válidas en una nueva muestra.

En el actual contexto de crisis social y económica, Mar del Plata tiene un 44% de su población que vive bajo la línea de pobreza.

La preocupación por los pobres, debe ser prioritaria por parte de los gobiernos para llevar a cabo transformaciones sociales donde haya igualdad de oportunidades, mayor justicia y el respeto por los derechos humanos.



El derecho de investigaciones rigurosas forma parte de los requisitos que deben ser exigidos como parte de los derechos humanos de los participantes.

El avance de los procesos de exclusión social, la precarización e insuficiencia de dispositivos de atención pública y la falta de accesibilidad a los servicios de atención pública son factores que inciden en la realidad de vida de los habitantes.

El presente estudio aporta argumentos para recomendar la implementación de programas educativo-preventivos en la familia de niños especialmente en aquellas con indicaciones de pobreza (escolaridad, información específica sobre salud bucal, accesibilidad al sistema de atención).

3.6 CONCLUSIONES.

1. Los resultados clínicos revelaron:

- En los niños 12 a 14 años,
 - ⇒ el estado dentario guardó asociación significativa negativa con los conocimientos, actitudes y estudios formales de los padres y con el IP;
 - ⇒ la hemorragia al sondaje guardó asociación significativa negativa con el IP, el nivel de estudios y con las prácticas;
 - ⇒ el IP resultó asociado con los conocimientos, las actitudes y el nivel de estudios.

- En el grupo de niños de 9-11 y de 6 –8 años se registraron asociaciones significativas entre las mismas variables.

- En los niños entre 6 y 8 años, se registró además asociación entre IP y las prácticas de salud bucal.

2. La escuela de menor nivel socioeconómico presentó valores significativamente mayores en todas las patologías y en todos los rangos etarios, sin que existieran diferencias significativas entre las de nivel medio y alto.

- Los conocimientos, actitudes, prácticas y nivel de estudios de padres de la escuela de menor nivel socioeconómico fue significativamente menor que el de las restantes.

3. Los conocimientos, actitudes, prácticas y estudios formales de los padres constituyen variables intervinientes en el estado de salud bucal de niños escolares, constituyendo un espacio de intervención con impacto potencial para la salud bucal de los niños .

4. REFERENCIAS

- Adler, N.E. Socioeconomic disparities and health. Facts of life. 2002. Vol. 7, N° 12.
- A report for the World Health Organisation by GeneWatch UK, Geneva, W.H.O. 2002.
- Aguirre-Zero O., Zero D T., Proskim H M. Effect of chewing gum on salivary flow rate and the acidonic potential of dental plaque. Caries Res. 1993 27: 55-59.
- Ander-Egg. E. 1980. Metodología del desarrollo de comunidad. España: UNIEUROPE
- Amrup K; Berggren U; Broberg. Usefulness of a psychometric questionnaire in exploring parental attitudes in children's dental care. Acta School Scand. 2001, Feb. 59(1): 14-20.
- Atchison K A, et al. Comparison of oral health rating by dentists and dentate elders. J Public Health Dent. Fall; 53 (4) : 223-30.
- Axelsson P. et al. The effect of various plaque control measures on gingivitis and caries in schoolchildren. Community Dent Oral Epidemiol. 1976. Nov; 4: 332-439.
- Badersten A. et al. Effect of monthly profilaxis on caries and gingivitis in school children. Community Dent Oral Epidemiol. 1975 3: 1-4.
- Bandura A. Self efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. Psychological Review. 1977. 84: 191-215.
- Bandura, A. Social learning theory. Englewood Cliffs, NJ, Prentice Hall. 1977.

- Becker, M.H. 1974. The health belief model and personal health behaviour. Nueva Jersey, Thorofare.
- Begun J W, Kaissi A. An exploratory study of health care strategic planning in two metropolitan areas. J Health Manag. 2005. 5 (4) : 264-274.
- Bibby B B. 1983. Changing perspectives on dental caries. Diet and dental caries changing perspectives. Melbourne, Storey, E. (ed.), University of Melbourne.
- Billings J. Management matters: strengthening the research base to help improve performance of safety net providers. Health Care Manage Rev. 28 (4) : 323-34.
- Bordoni N., Squassi A. 1997. Prevención y tratamientos de la caries dental Protocolos clínicos. Rev. Asoc Argentina Odontología Niños. 26(3): 34-47.
- Bordoni, N. Odontología Preventiva. Buenos Aires. OPS / OMS. 1992.
- Bordoni, N; En Bordoni, N. y colaboradores "Odontología Preventiva". Buenos Aires. OPS / OMS. 1999.
- Bordoni, N; Squassi A; Bonazzi, M: Quality control in oral health care model. J Dent Res 1995 74:437 (Abs)
- Burgess R C. Diet and dental health. En: Preventive dental services. Department of National Health and Welfare. Canada. 1998.
- Burt B A., et al. 1983. Diet and dental health, a study relationships. National Center of Health Statistics, II, Nro. 225, Washington DC. United States Government Printing Office.
- Burt B A., Szpumar S M. The Michigan Study; the relationship between sugars intake and dental caries over three years. Int. Dent J. 1994. 44(3): 230-240.

- Carlos J Fluoride mouthrinses. En: Wei S. Clinical uses of fluorides. Philadelphia, Lea & Febiger. 1985. p p 75-82.
- Chadwick, E. The sanitary conditions of the labouring population of Great Britain. Edimburgo, Escocia, Edinburgh University Press. 1965.
- Choo A., Delac D M., Messer L B. Oral hygiene measures and promotion: review and considerations. Aust Dent J. 2001. Sept; 46 (3): 166-173.
- Connell, D. B. et a. School health education evaluation. Int. I. Of Educ. Rsearch. 1987. 10 (3). 245-345.
- Curzon M E J., Ten Cate J M. Diet, nutrition and dental caries. Proceedings of 2nd European Congress on Diet, Nutrition ad Dental Caries. Caries Res. 1990. 24 (Supp1): 1-80.
- Daniels N., « Justice and Justification », Cambridge Uni. Press, Cambridge. 1966.
- Davidson L., et al. Health promotion in Australia, 1978-79. Canberra, Australia, Commonwealth of Australia. 1975.
- Doño R. et al. Efectividad de la educación para la salud en las condiciones actuales. Salud Bucal 1980. VII: 14-26. Anuario.
- Duckworth R M. The science venid caries prevention. Int. Dent. J. 1993. 43: 529-539.
- Eckersley A J., Blinkhorn T A. Dental attendance and dental health behaviour in children from deprived and non-deprived areas of Salford, North West England. Int. J. Paediatric Dental. 2001, Mar. 11(2): 103-109.
- Ekstrand J. Fejerskov O., Silverstone L. Fluoride in dentistry. Copenhagen. Munksgaard, 1993. p p 13-27.

- Ekstrand J., Whitford G M. 1988. Fluoride Metabolism. En Ekstrand J., Fejerskov O., Silverstone L. Fluoride in dentistry. Copenhagen Munksgaard, p p 150-170.
- Facts of Life - December 2002-Vol. 7, No. 12 – Dana P. Goldman, Ph.D. director of health economics at RAND in Santa Monica, California.
- Fals Borda, O. Conocimiento y acción popular. Méjico siglo XXI. 1985.
- Featherstone J D B., Ten Cate J M. Phisicochemical aspects of fluoride enamel interactions. En Ekstrand J., Fejerskov O., Silverstone L. Fluoride in dentistry. Copenhagen, Munksgaard, 1988. p p 125-129.
- Fejerskov, O. Strategies in the design of preventive programs. Adv. Dent. Res. 1995. 9 (2): 82-88.
- Filmus D., "Estado, Sociedad y Educación en la Argentina, procesos y desafíos", Editorial Troquel. 1999.
- Finn S B., Frew R A., Leibowitz. et al. Effect of sodium trimetaphosphate (TMP) as a chewing gum additive in caries increment in children. JADA . 1978. 96: 651-655.
- Freire MC; Pereira MF; Batista SM y col: Prevalence of dental caries and treatment needs in 6 to 12 years old schoolchildren at public school. Rev Saude Publica 1999. 33(4): 285-90
- Freire, P. 1971. La educación como practuca de libertad. Mejico: siglo XXI.
- Freire P. 1972. Pedagogía del oprimido. Buenos Aires, Siglo I.
- Glouberman S, Mintzberg H. Managing the care of health and the cure of disease—Part II: Integration. Health Care Manage Rev. 2001. 26 (1) : 70-84; discussion 87-9.
- Glynn et al. Archives of General Psychiatry. 1997. Vol. 54 N°.3.

- Gomez SS; Weber AA; Emilson CG. A prospective study of caries prevention program in pregnant women and their children five and six years of age. A S D C. J Dent Child 2001, 68(3): 191-5, 152.
- Green L., Kreuter M W. Health promotion as a public health strategy for the '90s. Rev. Public Health 1990. (11): 319-334.
- Green, L, W, y Kreuter, M, W. Health promotion as a public health strateg for the 1900s. Ann. Rev. Public Health. 1990. 11 :319-34.
- Green, L. W. Modifying and developing health behaviouring. Ann. Rev. Public Health 1984. 5 (2) :15-36
- Green, L. W. et al. Health education planning : A diagnostic approach. Palo alto, California, Mayfield Publishing Co. 1980.
- Green, L. W. y Anderson, C.L. Community health. St. Louis, Mosby.5° ed. 1986.
- Hammerlid et al. Psychosocial Interventions for Patients wiht head and neck cancer. Cancer Nurs.2004; 27(6): 434-441. 2004.
- Hamilton I., Bowden G. 1988. Effect of fluoride on oral microorganisms. En Ekstrand J., Flejerskov O., Silverstone L. Fluoride in dentistry. Copenhagen. Munksgaard. 1988. p p 77-103.
- Holst K., Kohler L. Preventing dental caries in children: Report of Swedish program. Develop Med Child Neuroi.1975. 17: 602-604.
- Howat, P y Fisher, J. Should health education focus onlt in self-responsibility ? New Zealand Journal of Health, Physical Education and Recreation. 1986. 19(1) :10-15.
- Hunter y Arbona. Social Science & Medicine. 1997. 41 (9) : 1217-40.

- Jones CM, Woods K, Taylor GO: Social deprivation and tooth decay in Scottish schoolchildren. *Health Bull* 1997 55 (1) 11-5
- Juan Pablo II, "Encuentro con el Cuerpo Diplomático en Brasilia" , en : Juan Pablo II en Brasil, Paulinas, Buenos Aires, 1980, pp. 23-24.
- Kong K G. Role of fluoride toothpastes in caries preventive strategy. *Caries Res.* 27: 23-28. 1983.
- Kottow Miguel, texto expandido de una ponencia presentada a IV Congreso Mundial de Bioética, Brasilia, 2002. *Lexis Nexis Jurisprudencia Argentina, J A* 2003 -III, fascículo n. 4.
- Kottow. « Justice and Justification », Cambridge Uni. Press, Cambridge. 1996.
- Kronenberg O; Jungo K; Minder TL; Stassinakis A; Lussi A; Hotz P. Dental Knowledge and evolution of school dental care by school graduates in Berne Canton. *Schweiz Monatsschr Zahnmed.*2001. 111(8): 948-956.
- Kuriakose S , Joseph E: caries prevalence and its relation to socio-economic status and oral hygiene practices in 600 preschool children of Kerala, India. *J Indian Soc Pedod dent* 1999 17 (3) 97-100
- La Londe, M. A. New perspectives on the health of Canadians. Ottawa. Canadá. Minist. Natl. Health and Welfare. 1974.
- Landrine y Klonoff. Related Collection. Culture. Social Support Psychosomatic Medicine 2001. 63: 609-618.
- Laurell, A. C. La salud enfermedad como proceso social. Cuadernos Médico Sociales 1982.
- Livert, D. Implications for an empowerment ideology for community psychology. Unpublished manuscript. Department of Psychology and human development, Peabody College of Vanderbilt University, Nashville, TN.1989.

- Loe H. A review of the prevention and control of plaque. Dental plaque. En The University of Dundee. 1970.
- Loesche W J. Chemotherapy of dental plaque infections. Oral science Reviews 9: 63-107. 1976.
- Luoma H. Chlorhexidine solutions, gels and varnishes in caries prevention. Proc. Finn. Dent. Soc. 1992. 88: 147-153.
- Luoma H., Mykanen I., Seepa L. et al . Protection by F, I, Sr, and combinations against fermentation attack by streptococcus sobrinus artificial plaque on bovine enamel. Caries Res, 1989. 23(1): 5-13.
- Makinen K K., Makinen P L., Pape H R. et al. Stabilization of rampant caries, polyol gums and arrest of dentine caries in two long-term cohort studies in young subjects. In Dent J 1995.. 45 (suppl 1): 93-107.
- Matthias et al . American Heart Association, Inc. Articles .Stroke. 1997; 28: 1888-1894
- Mattila M L., Rautava P., Pauninio P., Ojanlativa A., Hyssala L., Helenius H., Sillanpaa M. Caries experience and caries increments al 10 years of age caries. Res. 2001, Nov., Dic. 35(6): 435-41.
- McLeroy. K.R. et al. An ecological perspective on health promotion programs. Health Edu- cation Quarterly. 1988. 15(4) :351-377.
- Muir-Gray, J. A. The failure of preventive medicine. Lancet 1997. 2(8052-8053) :1338-9.
- Murria J., Rugg-Gunn A J., Jenkins G N. Fluorides in caries prevention (3rd). Boston. 1991

- Nainar SM: Longitudinal analysis of dental services provided to urban low-income (Medicaid) preschool children dental care. ASDC J Dent Child 1998 . 65 (5) 339-343; 355-356.
- Negroni N., Bordoni N., Basso M. et al. Estudio Clínico – Microbiológico del estado gingival en niños. SAA II O, XIV Reunión Anual. 1980.
- Newbrough, J. R. “ Hacia una teoría de la comunidad para la psicología comunitaria”. XXII Congreso Interamericano de Psicología en Buenos Aires, Argentina. 1989.
- Otañi et al. Managing primary care using patient satisfaction measures. J healthc Manag. 2005. 50 (5) : 311-24; discusión 324-5.
- O’Neil O. ‘Towards justice and virtue’. Cambridge Uni. Press, Cambridge. 1996.
- OMS /OPS. 1978. 1979. Primary health care. « Health for All » : Series n°1. Ginebra.
- OMS. New approaches to health education in primary health care. Report of a WHO expert committee. Tech. Rep. Ser. 690, pp. 41. Ginebra. 1983.
- Parson T. The Social System. New York. The free press. 1964.
- Pearce E I., Neson D G. In vivo comparison of caries inhibition by a plaque mineral enriching mouthrinse on fluoride dentifric. Caries Res 1988. 22(6): 362-370.
- Pereyra L., Bellagamba H. Cap. Educación para la Salud. En: Bordoni N. et al. "Odon- tología Preventiva". Buenos Aires. OPS/OMS. 1999.
- Pine C M., Mc Goldrich P M., Burnside G., Curnow M., Chesters R., Nicholson J., Huntington E. An intervention programme to establish regular tooth brushing under- standing parents’ beliefs and motivating children. Int. D J.2000; Suppl. Creating A Successful: 312-323.



- Poulsen S. et al. The effect of profesional tooth cleasing on gingivitis and caries dental in children after 1 year. *Community Dent Oral Epidemiology*. 1976. 4: 195-199.
- Prendergast MJ, Beal JF, Williams SA . The relationship between deprivation ethnicity and dental health in 5 -year-old children in Leed, UK. *Community Dent Health* 1997 14 (1) 18-21
- President's Committee on Health Education. Report of de President's Committee on Health Education. Nueva York. Public Affairs Trust. 1973.
- Primosch RE; Basewich CM; Thomas CW. Outcomes assessment an intervention strategy to improve parental compliance to flow up evaluations after treatment of early childhood caries using general anesthesia in mendicaid population. *A S D C. J. Dent Child*. 2001, 68 (2): 102-8, 80.
- Rappaport, J., In praise of paradox: A social policy of empowerment over prevention. *American Journal of Community Psychology*. 1981, 9, 1-25.
- Rappaport, J,. Terms of empowerment/exemplars of prevention: Toward a theory for community psychology. *American Journal of Community Psychology*. 1987. 15. 121-144.
- Rekola M. A planimetric evaluation of approximal caries preogression during on year of consuming sucrose and xilitol chewing gums. *Proceedings of the Tinnish dental Society*. 1986. 82: 213-218.
- Revista Educación para la Salud. Volumen 56, pag. 3. Publicación del Ministerio de Educación y Acción Social dela Nación. R.A. 1998.
- Reynolds E C. 1987. The prevention of subsurface demineralization of bovin enamel and change in plaque composition by casein in an intraoral model. *J. Dent Res*. 1987. 1120-1127..

- Reynolds M A., Lavigne C K., Minach G E. et al . Clinical effects of simultaneous ultrasonic scaling and subgingival irrigation with chlorhexidine. J Clin. Periodontal. 1992. 19: 595-600.
- Riedy CA; Weinstein P; Milgrom P; Bruss M. An ethnographic study for understanding children' s oral health in a multicultural community. Int. Dent. J. 2001. 51(4): 305-312.
- Ripa L. Topical fluorides: a discusión of risks and benefits. J. Dent Res.1987. 66: 1066-1071.
- Ripa LW; Leske GS; Kaufman HW. Caries prevalence, treatment level and sealant use related to school lunch program participation. J Public Health Dent 1991. 51 (2): 78-81
- Rosentock, I. M. et al. Social learning theory and the health belief model. Health education Quarterly. 1988. 15(2) :175-183.
- Sahney V K. Generating management research on proving quality. Health Care Manage Rev. 2003. 28 (4) : 335-47.
- Schumacher, E. F. Small is beautiful: A study of economics a if people mattered. London: Bland y Briggs. 1973.
- Sen A, « Inequality reexamined »,1992, Harvard Univ. Press, Cambridge.
- Serrano-Garcia, I., Lopez, m. M. Y Rivera Medina, E.Toward a social-community psychology. Journal of Community Psychology. 1987. 15: 431-446.
- Sgan – Cohen HD; Mansbach IK; Haver D; Gofin R. Community Oriented oral helath promption for infants in Jerusalem: evolution of a program trial. J Public Health Dent. 2001, 61(2): 107-113.
- Shattuck, L. et al.1948. Report of the Sanitary Commission of Massachusetts, 1850. Nueva York, Cambrige University Press.

- Sheiham, A. Theories explaining health behavior. En: Gjermo P (ed). Promotion of self care in oral health. Oslo. 1986.
- Short, J. R. The human city: Cities as if people matter. New York: Basil Blackwell. 1989.
- Squassi, A. et al. 1991. Asociación entre factores de riesgo social y caries dental. XXIV Reunión Anual SAAIO (Abs. 78).
- Squassi A; Mercer H; Bordoni N: Evaluación de la calidad de la atención de salud empleando la metodología de la semiótica de los enunciados. Revista de la Maestría en Salud Pública. 2004. 2 (3).
- Squassi, A : Predicción de caries dental. Tesis de Doctorado, Universidad de Buenos Aires. 1991.
- Stecksen – Bliks C., Arvidsson S., Holm A K. Dental health, dental care and dietary habits in children in different parts of Sweden. Acta Odont. Scand 1985. 43: 59-67.
- Sweeney PC, Nugent Z , Pitts NB: deprivation and dental caries status of 5-year-old children in Scotland. Community dent Oral Epidemiol 1999. 27 152-9
- Sweeney PC; Gelbier S: The dental health of pre-school children in a deprived urban community in Glasgow. Community Dent Health 1999. 16 (1) :22-5
- Tatevossian J. Calcium and phosphate in human dental plaque and their concentrations after overnight fasting and after ingestion of banded sweet. Arch. Oral Biol. 1977. 32 (1): 201-205.
- Thomas S., Tandon S., Nair S. Effect of dental health education on the oral health status of rural child population by involving target groups. J Indian Soc. Pedod Prev. Dent. 2000, 18(3): 115-125.

- Tickle M, Williams M., Jenner T., Blinkhorn A: The effects of socioeconomic status and dental attendance on dental caries experience, and treatment patterns in 5-year-old children. *Br dent J.* 1999. 186 (3): 135-7
- Truin GJ, Koning KG, Bronkhorst EM, Frankenmolen F, Mulder J, van Hof MA. Time trends in caries experience el 6-and 12- year-old children of different socio-economic status in The Hague. *Caries Res.*1998. 32 (1):1-4
- Vargas CM; Crall JJ; Schneider DA: Sociodemographic distribution of pediatric dental caries. *J Am Dent Assoc* 1998. 129 (9):1229-38
- Watson M R., Horowitz A M., Garcia I., Canto M T. 2001. A community participatory oral health promotion program in an inner city latino community. *J Public Helath Dental.* 2001. 61 (1): 34-41.
- Wefel J S. Critical assessment of profesional application of topical fluorides dentistry. En: Wei S. *Clinical uses of fluorides.* Philadelphia, Lea & Febiger, p p 16-24. 1985.
- Wei S. *Clinical uses of fluorides.* Philadelphia, Lea & Febiger. 1985.
- Wilson IB, Cleary PD. Linking clinical variables with health-related quality of life. A conceptual model of patient outcomes. *Jama.* 1995. 4; 273 (1) : 59-65.
- Zanier et al « Criterios de justicia en la distribución y asignación de recursos en salud ». Ediciones Suárez. Mar del Plata, 1988.
- Zimmer S., Barthel C., Seemann R. Qué pasta dentífrica ofrece la mejor protección contra la caries?. *Quintessence.* 1995. 8: 479-486.

Anexo 1: Cuestionario

Dominio: conocimientos

1- ¿Qué protege más el esmalte dentario?

Fluor

Vitaminas

Calcio

2- ¿Es normal el sangrado de encías? Sí No

3- ¿La pérdida de piezas dentarias es inevitable? Sí No

Criterio de evaluación: 1= c/1 correcta
2= 2 correctas
3= 3 correctas

Dominio: conducta

4- ¿Controla el cepillado de su hijo?

Sí No

5- ¿Controla el consumo de azúcares de su hijo?

Sí No

6- ¿Realiza su hijo un control dental periódico?

Sí No

¿Usted?

Criterio de evaluación: 1 No
2 auto o control
3 auto + control

Dominio: actitud

7- ¿Usted tiene miedo al dentista?

Sí No

¿De qué?

¿Por qué?

8- ¿La familia tiene miedo al dentista?

Sí No

9- ¿A quién tiene más confianza como dentista?

Hombre Mujer

Criterio de evaluación: Sí - No

Dominio: educación formal de padres

10- Realizó estudios en:

Escuela primaria Completa Incompleta

Escuela secundaria Completa Incompleta

Universidad Completa Incompleta

Curso de posgrado Sí No

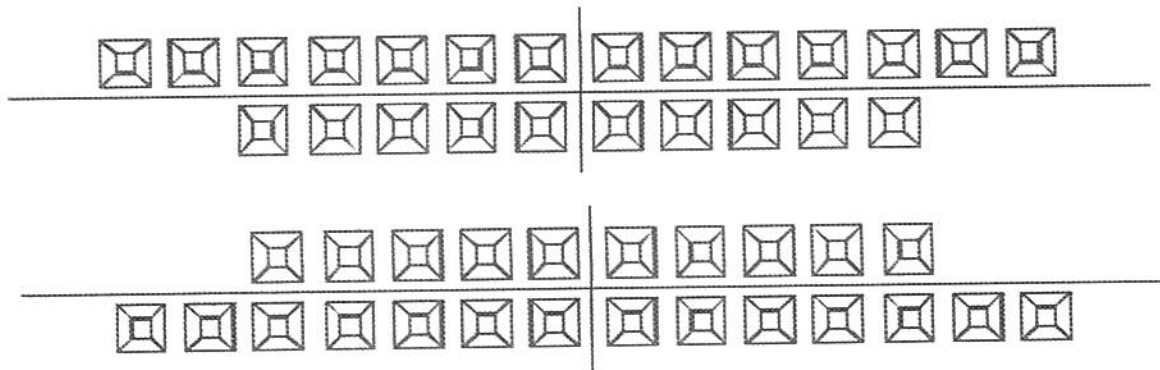
Criterio de evaluación: Sí No

ANEXO 2

Alumno:..... Grado: Edad:

INDICE DE PLACA				
DIENTE	SITIOS			
	D	V	M	P/L
16				
21				
24				
36				
41				
44				

Presencia de sangrado en 41 : SI NO



C
P
Os

c
e
os

INDICE

AGRADECIMIENTOS.....	x
RESUMEN.....	1
SUMMARY.....	3
PARTE I - ANTECEDENTES SOBRE EL TEMA	5
1 MARCO TEORICO.....	6
1.1 LOS DERECHOS HUMANOS Y LA VULNERABILIDAD.....	6
1.2 ESCENARIOS DE INTERVENCIÓN.....	11
1.3 PROCESO DE DESARROLLO DE LAS INTERVENCIONES SOBRE SALUD	15
PARTE II - ESTADO ACTUAL DEL PROBLEMA.....	25
2.1 LOS MÉTODOS PARA LAS INTERVENCIONES DE SALUD.....	26
2.1.1 LA PROMOCIÓN Y LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD.....	26
2.1.2 EL MODELO PRECEDE.....	27
2.1.4 EVALUACIÓN.....	40
2.2 .EL PROBLEMA DE SALUD BUCAL ENFOCADO. CARIES DENTAL.....	42
2.2.1. CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE ETIOPATOGENIA.....	42
2.2.2. PROBLEMA EN CONTEXTO.....	43
2.2.3 ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN : MEDIDAS PARA LA PREVENCIÓN Y ESTABILIZACIÓN DE CARIES DENTAL	46
(a) CONTROL DE PLACA BACTERIANA.....	47
(b) FORTALECIMIENTO DEL HUÉSPED.....	49
(c) RACIONALIZACIÓN DEL CONSUMO DE HIDRATOS DE CARBONO.....	51
(d) EDUCACIÓN PARA PADRES.....	53
2.2.4 ANTECEDENTES REFERIDOS A LA EXISTENCIA DE CONCEPCIONES Y PERCEPCIONES EN EL CONTEXTO FAMILIAR SOCIAL.....	57
PARTE III – DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA.....	59
3.1. HIPÓTESIS DE LA EXPERIENCIA	60
3.2. OBJETIVO.....	60
3.3. MATERIALES Y TÉCNICAS DE LA EXPERIENCIA.....	61
3.4. RESULTADOS DE LA EXPERIENCIA.....	63

3.5. DISCUSIÓN.....	69
3.6. CONCLUSIONES.	77
4. REFERENCIAS.....	79