

"CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE ESTILO DE VIDA SALUDABLE DE SALUD BUCAL, EN ESCOLARES DE 10 A 14 AÑOS DE LAS ESCUELAS PRIMARIAS DE LAS REGIONES DE COCLÉ, DARIÉN, HERRERA, LOS SANTOS, PANAMÁ ESTE Y COMARCA NGÄBE BUGLÉ". AÑO 2011.



Informe Final 2012



Panamá, 03 de diciembre de 2012

617.6

C326 Cedeño de López, Aracelly

Conocimientos, actitudes y prácticas, sobre estilo de vida saludable de salud bucal en escolares de 10 a 14 años de las escuelas primarias de las regiones de Coclé, Darién, Herrera y Los Santos ... / Aracelly Cedeño de López, Lourdes López; coordinación de Carmen Aminta Gálvez y Domingo Chávez Vargas. – Panamá : Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud, 2012.

137p. ; 28 cm.

ISBN 978-9962-699-00-2

1. ODONTOLOGÍA
2. SALUD BUCAL I. Título.

RECONOCIMIENTO:

A los Colegas Odontólogos Funcionarios, Odontólogos internos, Técnicos en Asistencia Odontológica de las Regiones de Salud de Coclé, Herrera, Los Santos, Darién, Panamá Este y la Comarca Ngäbe Buglé que participaron en esta investigación.

A las Autoridades de las Instituciones: Instituto Conmemorativo Gorgas, Ministerio de Salud, Ministerio de Educación por su apoyo.

A los compañeros del Departamento de Investigación de Sistemas de Salud, Ambiente y Sociedad (ISISAS) coordinado por Dra. Aida L. Moreno de Rivera, por el apoyo brindado.

DISEÑO MUESTRAL

Magister Benardo I. González G. Jefe del Departamento de Muestreo del Instituto Nacional de Estadística y Censo. Contraloría General de la República

EDICIÓN

Dra. Aracelly de López

Dra. Lourdes López

COLABORADORES:

Profesor Daniel Sánchez: Diseño de Base de Datos y Análisis Estadístico.

Dra. Carmen Aminta Gálvez y Dr. Domingo Chávez Vargas Coordinadores del Operativo de Campo.

INSTITUCIONES FINANCIADORAS

Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud. Presupuesto de Inversión asignado por el Ministerio de Economía y Finanzas. Ministerio de Salud.

EDITOR

Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud (ICGES)

ASISTENTE ADMINISTRATIVA

Licda. Nadia Franco.

EQUIPO DE COORDINADORES DEL ESTUDIO CAP SOBRE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES DE SALUD BUCAL EN LAS REGIONES DE SALUD DEL MINSA

Dra. Ana Julia de Díaz

Coordinadora Regional de Salud Bucal de Los Santos

Dra. Marllene Sanmartín

Coordinadora Regional de Salud Bucal de Ngäbe Buglé

Dr. Víctor Warner Puga

Coordinador Regional de Salud Bucal de Coclé

Dra. Vielka Olechea

Coordinadora Regional de Salud Bucal de Panamá Este

Dra. Rilda R. de Arosemena

Coordinadora Regional de Salud Bucal de Herrera

Dr. Félix Romero

Coordinador Regional de Salud Bucal de Darién

INSTITUCIONES PARTICIPANTES

AUTORIDADES

INSTITUTO CONMEMORATIVO GORGAS DE ESTUDIOS DE LA SALUD

NÉSTOR SOSA

Director General

JUAN MIGUEL PASCALE

Subdirector General y Director de Investigaciones y Desarrollo Tecnológico

AÍDA M. DE RIVERA

Departamento de Investigación en Sistemas de Salud
Ambiente y Sociedad

MINISTERIO DE SALUD

JAVIER DÍAZ

Ministro de Salud

SERAFIN SÁNCHEZ GONZÁLEZ

Viceministro de Salud

MAX RAMÍREZ

Director General de Salud

ILKA TEJADA DE URRIOLA

Jefa del Departamento de Salud Bucal

MINISTERIO DE EDUCACIÓN

LUCY MOLINAR

Ministra de Educación

MIRNA VALLEJOS DE CRESPO

Viceministra de Educación



Odontólogos de la Comarca Ngäbe Bugle examinando a los escolares durante el operativo de campo de la encuesta CAP de la salud bucal.

Índice de Contenidos

Prólogo	19
Resumen	21
I. Introducción	23
II. Marco Teórico	25
1. Antecedentes	25
2. Salud Bucal	26
3. Estilo de Vida Saludable	27
4. Situación Actual	28
5. Hipótesis	28
III. Planteamiento del Problema	29
IV. Justificación y Uso de los Resultados	31
V. Objetivos	33
VI. Metodología	35
1. Tipo de Estudio	35
2. Diseño de la Muestra	35
3. Estandarización de los Examinadores	37
4. Materiales y Métodos	37
5. Variables de Estudio	41
6. Criterios de Inclusión y Exclusión	42
7. Consideraciones Éticas.	42

VII. Plan de Tabulación y Análisis	43
a. Variables Cualitativas	43
VIII. Análisis de los Resultados	45
1. Características Generales de la Población Encuestada	45
2. Conocimientos, Actitudes y Prácticas	52
a. Conocimiento General de Salud Bucal	52
- Conocimiento sobre aspectos de Salud Bucal	53
- Conocimiento sobre Prevención Bucal	59
b. Actitudes para el cuidado de la Salud Bucal	64
c. Prácticas relacionadas a los estilos de vida saludable de Salud Bucal	70
d. Hábitos Alimentarios	79
3. Diagnóstico Clínico	81
a. Índice de Placa Bacteriana de Sillness y Löe	81
b. Índice de caries dental de Klein y Palmer.	86
4. Análisis de Correspondencia Multivariante	94
IX. Hallazgos y Conclusiones	99
X. Referencias Bibliográficas	103
XI. Otras Bibliografías Consultadas	105
XII. Anexos	107
1. Consentimiento y Asentimiento Informado	107
2. Instrumento de Recolección de Datos	115
3. Equipo de Examinadores	125
4. Glosario de Términos	127
5. Escolares encuestados, por sexo, grado escolar y edad, según región y escuela.	130

Índice de Cuadros

Cuadro N°1	Cobertura de la muestra de escolares de 10 a 14 años, por área, según Región de Salud. Panamá, 2011.	45
Cuadro N°2	Información general de los escolares encuestados, por sexo, grado escolar y edad, según Región de Salud. Panamá, 2011.	46
Cuadro N°2.1	Muestra de escolares de 10 a 14 años, por escuela, área, grado escolar, según Región de Salud. Panamá, 2011.	47
Cuadro N°3	Distribución Porcentual de la Variable Conocimiento General de Salud Bucal en los escolares de 10 a 14 años, por Categorías, según Variables. Panamá, 2011.	52
Cuadro N°4	Distribución Porcentual de la Variable Conocimiento sobre Salud Bucal, en los escolares de 10 a 14 años, por categorías, según Variables. Panamá, 2011.	54
Cuadro N°5	Distribución Porcentual del Conocimiento sobre Prevención Bucal, en los escolares de 10 a 14 años, por categorización de las preguntas 6-13, según Variables. Panamá, 2011.	59
Cuadro N°6	Distribución Porcentual de las Actitudes relacionadas a los Estilos de Vida Saludables de Salud Bucal en escolares de 10 a 14 años, por categorización de las respuestas, según Variables. Panamá, 2011.	64
Cuadro N°7	Distribución Porcentual de las Practicas relacionadas a los Estilos de Vida	70

	Saludables de Salud Bucal, en escolares de 10 a 14 años, por categorización de las respuestas, según Variables. Panamá, 2011.	
Cuadro N°8	Frecuencia de Consumo en el día de alimentos azucarados, según Región, en escolares de 10 a 14 años. Panamá, 2011.	80
Cuadro N°9	Índice de Placa de Sillness y Loe de la Población Escolar de 10 a 14 años, por condición de higiene bucal, según Variables. Panamá, 2011.	81
Cuadro N°10	Significancia Estadística de las medias del Índice de Placa de Sillness y Loe, en la Población Escolar, según Área, Región, Sexo y Edad. Panamá, 2011.	84
Cuadro N°11	Significancia Estadística de los promedios del Índice de Klein y Palmer, de la Población Escolar, según Edad, Sexo, Región y Área. Panamá, 2011.	86
Cuadro N°12	Distribución de la Población Escolar de 10 a 14 años, por categorías del Índice de Klein y Palmer, en dientes permanentes, según Edad, Sexo, Región y Área. Panamá, 2011.	89
Cuadro N°13	Componentes del Índice CPO de la Población de 10 a 14 años, por Dientes Examinados, según Variables. Panamá, 2011.	92
Cuadro N°14	Componentes del Índice ceo en Escolares de 10 a 14 años, por Dientes Examinados, Según Variables. Panamá, 2011.	93

Índice de Gráficos

Gráfico N°1	Distribución de los Escolares de 10 a 14 años, según Región. Panamá, 2011.	49
Gráfico N°2	Distribución de los escolares de 10 a 14 años, por Sexo. Panamá, 2011.	49
Gráfico N°3	Proporción de Escolares de 10 a 14 años, por Sexo, según Edad. Panamá, 2011.	50
Gráfico N°4	Distribución de los Escolares de 10 a 14 años, según Área. Panamá, 2011.	50
Gráfico N°5	Escolares de 10 a 14 años, por Región, según Área. Panamá, 2011.	51
Gráfico N°6	Escolares de 10 a 14 años, según Grado Escolar. Panamá, 2011.	51
Gráfico N°7	Conocimiento General sobre Salud Bucal. Escolares de 10 a 14 años, según Categorías. Panamá, 2011.	53
Gráfico N°8	Conocimiento General sobre Salud Bucal, en los Escolares de 10 a 14 años, por Categorías, según Región. Panamá, 2011.	53
Gráfico N°9	Conocimiento sobre Salud Bucal, en los Escolares de 10 a 14 años, según Categorías. Panamá, 2011.	54
Gráfico N°10	Conocimiento sobre la causa del Sangrado de las Encías. Escolares de 10 a 14 años, Según Categorías. Panamá, 2011.	54
Gráfico N°11	Conocimiento sobre la causa del Sangrado de las Encías. Escolares de 10 a 14 años, según Región. Escolares de 10 a 14 años. Panamá, 2011.	55
Gráfico N°12	Conocimiento de los Escolares de 10 a 14 años, respecto a las Causas del sangrado de las encías, según Respuestas. Panamá, 2011.	55
Gráfico N°13	Conocimiento sobre la causa de la Caries Dental, en escolares de 10 a 14 años, según Categorías. Panamá, 2011.	56

Gráfico N°14	Conocimiento sobre la causa de la Caries Dental, en escolares de 10 a 14 años, Según Región. Panamá, 2011.	56
Gráfico N°15	Conocimiento sobre ¿Qué es tener una Boca Sana? Escolares de 10 a 14 años, según Categorías. Panamá, 2011.	56
Gráfico N°16	Conocimiento sobre ¿Qué es tener una Boca Sana? Escolares de 10 a 14 años, según Categorías y Región. Panamá, 2011.	57
Gráfico N°17	Conocimiento de los Escolares sobre la Duración de los Dientes en Boca, según Categorías. Panamá, 2011.	58
Gráfico N°18	Conocimiento de los Escolares de 10 a 14 años sobre la Utilidad de los Dientes, según Categorías. Panamá, 2011.	58
Gráfico N°19	Conocimiento sobre Salud Bucal, en los Escolares de 10 a 14 años, por Categorías, según Área. Panamá, 2011.	58
Gráfico N°20	Conocimiento sobre Prevención Bucal, en Escolares de 10 a 14 años, según Categorías. Panamá 2011.	59
Gráfico N°21	Conocimiento sobre Prevención Bucal, en la Población de 10 a 14 años, según preguntas. Panamá 2011.	60
Gráfico N°22	Conocimiento respecto a ¿Qué enfermedad daña los dientes? de los escolares que respondieron acertadamente. Panamá 2011.	61
Gráfico N°23	Conocimiento sobre Prevención Bucal, en escolares de 10 a 14 años, por Categorías, según Región. Panamá 2011.	62
Gráfico N°24	Conocimiento sobre Prevención Bucal en escolares de 10 a 14 año, por Categorías, según Área. Panamá 2011. Panamá 2011.	63
Gráfico N°25	Actitudes relacionadas a los Estilos de Vida Saludable, en Escolares de 10 a 14 años, según Categorías. Panamá 2011.	65

Gráfico N°26	Actitudes relacionadas a los Estilos de Vida Saludables de Salud Bucal, en Escolares de 10 a 14 años, según pregunta. Panamá 2011.	66
Gráfico N°27	Actitudes relacionadas a los Estilos de Vida Saludable, en escolares de 10 a 14 años, Según Región y Categorías. Panamá 2011.	66
Gráfico N°28	Actitudes relacionadas a los Estilos de Vida Saludables, en Escolares de 10 a 14 años, según Área y Categorías. Panamá, 2011.	67
Gráfico N°29	Actitudes relacionadas a los Estilos de Vida Saludables, en Escolares de 10 a 14 años, según, Edad y Categorías. . Panamá 2011.	67
Gráfico N°30	Actitudes respecto a Porque le Gusta Mantener su Boca limpia. Escolares de 10 a 14 años. Panamá, 2011.	68
Gráfico N°31	Actitudes respecto a Porque le Gusta Mantener su Boca limpia. Escolares de 10 a 14 años, según Sexo. Panamá, 2011.	68
Gráfico N°32	Actitudes respecto a Porque le Gusta Mantener su Boca limpia. Escolares de 10 a 14 años, según Área. Panamá, 2011.	68
Gráfico N°33	Actitudes respecto al Aprendizaje del Cuidado de la Boca. Escolares de 10 a 14 años. Panamá, 2011.	69
Gráfico N°34	Actitudes respecto al Aprendizaje del Cuidado de la Boca. Escolares de 10 a 14 años, según Sexo. Panamá, 2011.	69
Gráfico N°35	Actitudes respecto al Aprendizaje del Cuidado de la Boca. Escolares de 10 a 14 años, según Área. Panamá, 2011.	69
Gráfico N°36	Prácticas relacionadas a los Estilos de Vida Saludable de Salud Bucal, en Escolares de 10 a 14 años, según Pregunta. Panamá, 2011.	71
Gráfico N°37	Prácticas relacionadas a los Estilos de Vida Saludable de Salud Bucal en Escolares de 10 a 14 años, según Categorías. Panamá, 2011.	72

Gráfico N°39	Prácticas relacionadas a los Estilos de Vida Saludable de Salud Bucal en Escolares de 10 a 14 años, por Área, según Categorías. Panamá, 2011.	72
Gráfico N°40	Prácticas relacionadas a los Estilos de Vida Saludable de Salud Bucal en Escolares de 10 a 14 años, por Región, según Categorías. Panamá, 2011.	73
Gráfico N°41	Prácticas de los Escolares de 10 a 14 años, respecto a “Cuando Limpiar los Dientes,” según Respuesta. Panamá, 2011.	73
Gráfico N°42	Prácticas respecto a ¿ Porque fue al Dentista?. Escolares de 10 a 14 años. Panamá, 2011	74
Gráfico N°43	Prácticas respecto a ¿ Porque fue al Dentista?. Escolares de 10 a 14 años, según Área. Panamá, 2011.	74
Gráfico N°44	Prácticas respecto a Porque los Escolares de 10 a 14 años, Visitaron al Dentista, según Sexo. Panamá, 2011.	75
Gráfico N°45	Prácticas respecto a Porque los Escolares de 10 a 14 años, No Visitaron al Dentista, según Sexo. Panamá, 2011.	75
Gráfico N°46	Última Consulta al Odontólogo de los Escolares de 10 a 14 años. Panamá, 2011.	75
Gráfico N°47	Implementos Utilizados para la Limpieza de los Dientes, Escolares de 10 a 14 años. Panamá, 2011.	76
Gráfico N°48	Cepillado Dental de los Escolares de 10 a 14 años, según Frecuencia. Panamá, 2011.	76
Gráfico N°49	Razones por las Cuales los Escolares de 10 a 14 años, No Utilizan el Hilo Dental. Panamá, 2011.	76
Gráfico N°50	Personas que le Enseñaron a los Escolares de 10 a 14 años a Utilizar el Hilo Dental. Panamá, 2011.	77
Gráfico N°51	Personas o Medios de Quienes los Escolares de 10 a 14 años, Recibieron Enseñanza, sobre el Cuidado de los Dientes. Panamá, 2011.	77
Gráfico N°52	Lugar donde Recibieron Aplicaciones de Flúor. Escolares de 10 a 14 años. Panamá, 2011.	77

Gráfico N°53	Tipo de Cepillo de Dientes que Utilizan los Escolares de 10 a 14 años. Panamá, 2011.	78
Gráfico N°54	Prácticas relacionadas al Tiempo para Cambiar el Cepillo de Dientes. Escolares de 10 a 14 años. Panamá, 2011.	78
Gráfico N°55	Lugares Donde los Escolares de 10 a 14 años, Toman el Agua de Consumo. Panamá, 2011.	78
Gráfico N°56	Frecuencia de Consumo de Momentos de Azúcar en Escolares de 10 a 14 años. Panamá, 2011.	79
Gráfico N°57	Frecuencia del Consumo de Alimentos en Escolares de 10 a 14 años, según Tipo. Panamá, 2011.	80
Gráfico N°58	Índice de Placa de Sillness y Löe de la Población Escolar de 10 a 14 años, por Condición de Higiene Bucal. Panamá, 2011.	82
Gráfico N°59	Índice de Placa de Sillness y Löe de la Población Escolar de 10 a 14 años, por Condición de Higiene Bucal, según Área. Panamá, 2011.	82
Gráfico N°60	Índice de Placa de Sillness y Löe de la Población Escolar de 10 a 14 años, por Condición de Higiene Bucal, según Sexo. Panamá, 2011.	82
Gráfico N°61	Índice de Placa de Sillness y Löe de la Población Escolar de 10 a 14 años, por Condición de Higiene Bucal, según Región. Panamá, 2011.	83
Gráfico N°62	Índice de Placa de Sillness y Löe de la Población Escolar de 10 a 14 años, por Condición de Higiene Bucal, según Edad. Panamá, 2011.	83
Gráfico N°63	Intervalos de Confianza del Índice de Placa de Sillness y Löe, en Escolares de 10 a 14 años, según Área. Panamá, 2011.	85
Gráfico N°64	Intervalos de Confianza del Índice de Placa de Sillness y Löe, en Escolares de 10 a 14 años, según Región. Panamá, 2011.	85
Gráfico N°65	Intervalos de Confianza del Índice de Klein y Palmer en Dentición Permanente, en Escolares de 10 a 14 años, según Área. Panamá, 2011.	87

Índice de Anexo

Anexo N°1	Consentimiento Informado	107
Anexo N°1.1	Asentimiento Informado	111
Anexo N°2	Instrumento de Recolección de Datos	115
Anexo N°3	Equipo de Odontólogos Examinadores	125
Anexo N°4	Glosario de Términos	127
Anexo N°5	Escolares Encuestados, por Sexo, Grado Escolar y Edad, según Región de Salud y Escuela.	130
Anexo N°6	Distribución Porcentual del Conocimiento respecto a “Qué es tener una Boca Sana”, en Escolares de 10 a 14 años, por Categorización de la Respuesta, según Variables. Panamá, 2011.	132
Anexo N°6.1	Distribución Porcentual de la Población Escolar de 10 a 14 años, respecto a la pregunta “Qué es tener una Boca Sana,” por Categorías de Respuesta, según Variables. Panamá, 2011.	133
Anexo N°7	Distribución Porcentual del Conocimiento respecto a “Qué Causa la Caries Dental,” en Escolares de 10 a 14 años por Categorización de la Respuesta, según Variables. Panamá, 2011.	134
Anexo N°7.1	Distribución Porcentual de la Población Escolar de 10 a 14 años, respecto a “Qué Causa la Caries Dental,” en por Categorías de Respuesta, según Variables. Panamá, 2011.	135
Anexo N°8	Distribución Porcentual del Conocimiento respecto a “Las Causas del Sangrado de las Encías”, en Escolares de 10 a 14 años, por Categorización de la Respuesta, según Variables. Panamá, 2011.	136
Anexo N°9	Distribución Porcentual del Conocimiento respecto “Hasta Cuándo debes Conservar tus Dientes en Boca”, en Escolares de 10 a 14 años, por Categorización de la Respuesta, según Variables. Panamá, 2011.	137
Anexo N°9.1	Distribución Porcentual de la Población Escolar de 10 a 14 años respecto a “La Duración de los Dientes Naturales en Boca”, por Categorías de Respuesta, según Variables. Panamá, 2011.	138

Anexo N°10	Distribución Porcentual del Conocimiento respecto a “Para Qué Sirven los Dientes”, en los Escolares de 10 a 14 años por Categorización de la Respuesta, según Variables. Panamá, 2011.	139
Anexo N°11	Conocimiento sobre Prevención Bucal en la Población Escolar de 10 a 14 años, por Preguntas y Respuestas Acertadas, según Variables. Panamá, 2011.	140
Anexo N°12	Actitudes para el Cuidado de la Salud Bucal en Escolares de 10 a 14 años, por Preguntas Acertadas, según Variables. Panamá, 2011.	141
Anexo N°13	Prácticas Relacionadas a los Estilos de Vida Saludables de Salud Bucal, en Escolares de 10 a 14 años, por Pregunta (P.15, 19,21), según Variables. Panamá, 2011.	142
Anexo N°14	Prácticas Relacionadas a los Estilos de Vida Saludables de Salud Bucal, en Escolares de 10 a 14 años, por Pregunta (23-26), según Variables. Panamá, 2011.	143
Anexo N°15	Prácticas Relacionadas a los Estilos de Vida Saludables de Salud Bucal, en Escolares de 10 a 14 años, por Pregunta (27-30), según Variables. Panamá, 2011.	144
Anexo N°16	Prácticas Relacionadas a los Estilos de Vida Saludables de Salud Bucal, en Escolares de 10 a 14 años, por Pregunta (31-37), según Variables. Panamá, 2011.	145
Anexo N°17	Distribución Porcentual de las Razones por la que los Escolares de 10 a 14 años, Asistieron al Dentista. Panamá, 2011.	146
Anexo N°18	Distribución Porcentual de las Razones por las que No Asistieron al Dentista, los Escolares de 10 a 14 años, según Variables. Panamá, 2011.	147

Prólogo

La caries dental y la enfermedad periodontal son las enfermedades más prevalentes de la cavidad bucal y un problema de salud pública, por ello realizar esfuerzos mayores en este campo es fundamental, sobre todo en edades tempranas, que permitan transformar los conocimientos, actitudes y prácticas de salud bucal y traducirlos en estilo de vida saludable.

La promoción y prevención de salud, es la llave para transformar los conocimientos, actitudes y prácticas, ya que permiten incidir en los hábitos, costumbres y al mismo tiempo, logra una reingeniería de conocimientos en salud bucal.

Incidir sobre los conocimientos, actitudes y prácticas de salud bucal en adolescentes escolares, repercute en un impacto favorable en los indicadores de salud bucal. Trabajar con el enfoque promocional y preventivo, hacen efectivas las bondades de estas intervenciones en el perfil epidemiológico de salud bucal, la cual es un componente primordial de la salud integral.

El estudio que se presenta, se orienta en esta perspectiva y su propósito, es brindar información para el diseño de estrategias promocionales, preventivas y de atención, enfocadas en el diagnóstico del estilo de vida saludable de salud bucal, en escolares de 10 a 14 años de las regiones de Panamá Este, Ngäbe Buglé, Los Santos, Herrera, Darién y Coclé.

Conocedores de experiencias exitosas sobre las estrategias de atención primaria, la información presentada, será de gran utilidad para los servicios de salud del primer nivel de atención y para el programa de salud escolar.

Los autores



RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo, transversal, que analizó los conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) sobre estilo de vida saludable en materia de salud bucal en la población de 10 a 14 años de edad, en los IV,V,VI grados de las escuelas primarias, de las regiones de salud de Panamá Este, Ngäbe Buglé, Los Santos, Herrera, Darién y Coclé. La información se recolectó a través de una encuesta sobre conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) y un examen clínico, realizado por odontólogos de las regiones estudiadas en coordinación con los investigadores principales del estudio, los cuales fueron capacitados, calibrados y estandarizados en la metodología.

Este proyecto se realizó en coordinación y con participación del Ministerio de Salud (MINSA) y el Ministerio de Educación (MEDUCA). El presupuesto fue público (Gobierno Nacional), asignado al presupuesto de inversiones del Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud, en el año 2011.

La caries dental está entre las cinco principales causas de morbilidad en el país, la cual tiene un impacto en la calidad de vida de la población. El propósito de este estudio es brindar información científica, que permita el diseño de estrategias específicas de abordaje promocional, preventivo y de atención enfocadas al diagnóstico de los estilos de vida saludable de salud bucal, en los escolares de 10 a 14 años de las regiones de Panamá Este, Ngäbe Buglé, Los Santos, Herrera, Darién y Coclé.

Los resultados señalan que el nivel de conocimiento de los escolares de 10 a 14 años, en temas de salud bucal fue deficiente en un 74% (527/712), el conocimiento en temas de prevención bucal fue caracterizado de regular a bueno en un 67% (482/712), encontrándose diferencias significativas por región y área urbana, rural e indígena. El nivel de actitud fue excelente en un 65,7% (468/712) y el nivel de prácticas encontrado fue de regular a bueno en un 73,4% (522/712), observándose diferencias significativas por sexo. El nivel de conocimiento general, se categorizó de regular a deficiente en un 66%, esto indica la necesidad de fortalecer los conocimientos formales relacionados a temas específicos de salud bucal, ya que el conocimiento es considerado la base para poder determinar actitudes, prácticas y comportamientos futuros de estilo de vida saludable de salud bucal.



Odontólogos de la Comarca Ngäbe Bugle aplicando la encuesta CAP a los escolares.

I. INTRODUCCIÓN

Panamá, país que en las últimas cinco décadas ha sufrido grandes transformaciones demográficas y sanitarias, ha alcanzado logros que se han evidenciado a través de una mejor esperanza de vida al nacer y una significativa reducción en la tasa de mortalidad general, materna e infantil, así como mejoras importantes en los perfiles de salud general y de salud bucal.

Las nuevas condiciones socio-demográficas, de salud, de calidad de vida y económicas, entre muchas otras, demandan nuevas herramientas para conocer la situación de salud bucodental y medir su avance, su magnitud y su impacto en el perfil epidemiológico de la población, de modo que puedan proponerse alternativas para abordar el actual panorama con un enfoque sistémico e integral, que garantice su adecuado control y abordaje oportuno y que se reflejen en mejoras sustanciales en el estado de salud general de toda la población.

Los resultados del Diagnóstico de la Salud Bucodental en la población de Panamá realizado en el 2008¹, en una muestra representativa de la población de 5 a 75 años, revelaron que el inicio de la caries dental se da desde temprana edad y su magnitud y severidad aumenta con la edad. A los 12 años de edad, los niños tienen un promedio de 3,72 dientes permanentes afectados por caries dental. La Región de Panamá Este registró un promedio de 5,87 dientes permanentes afectados por caries dental, a la edad de 12 años, con promedios más altos en el área rural (CPO-D 12 años=4,0), seguidos del área indígena con un promedio CPO-D 12años = 3,6 y en el área urbana CPO-D 12años =3,4.

La adición del ión flúor a las potabilizadoras de agua del país como medida de prevención masiva, no se ha realizado en forma regular y continua por más de 12 años, por otro lado, la estrategia de los enjuagatorios de fluoruro de sodio al 0.2%, aplicado semanalmente a los estudiantes del Programa de Salud Escolar, se implementó como medida de prevención únicamente en el Ministerio de Salud y no se ha llevado a cabo de manera sostenida ni equitativa. Estos antecedentes inciden en las actuales condiciones de salud bucodental de la población por edades específicas, de allí la importancia

realizar investigaciones que evalúen las acciones en promoción, prevención, atención y su impacto en los grupos vulnerables, a fin de brindar información científica que apoye la toma de decisiones y las políticas de salud bucal.

Las enfermedades bucales afectan de manera considerable al bienestar y calidad de vida de las personas que las padecen e involucran la inversión directa o indirecta de una cantidad importante de recursos.

Se han desarrollado innumerables programas y campañas educativas en salud bucal, de carácter informativo acerca de los riesgos de las enfermedades dentales, su origen, desarrollo y cuidados preventivos. Estas actividades, si bien han aumentado en algún grado el conocimiento sobre las enfermedades bucales, no han logrado ser exitosas en obtener hábitos de higiene eficaces y duraderos, principalmente por la creencia de que un aumento de conocimiento o información conlleva un cambio de comportamiento en las personas.²

Por tanto, la investigación cualitativa debe ser el punto de partida para el desarrollo de programas educativos y planes de comunicación en salud. De esta forma se asegura que los programas y planes se fundamenten en una comprensión detallada de la población objetivo y ayuden a establecer estrategias y objetivos medibles y realistas.³

El presente estudio permitió obtener datos sobre el estado de salud bucodental y las necesidades de tratamiento de la población escolar, así como identificar los comportamientos de riesgo que se establecen desde etapas muy tempranas de la vida.



II. MARCO TEORICO

1. Antecedentes:

Históricamente, la situación de salud oral se ha cuantificado con base en indicadores de morbilidad que describen la frecuencia de las patologías en algunos casos y/o la severidad en otros.

En la actualidad existen cuatro estudios nacionales en el campo de la salud bucal, realizados en población escolar: el primero en 1967 como parte de la Encuesta Nacional de Nutrición, bajo los auspicios del INCAP/OPS⁴. Se registraron prevalencias muy altas de caries dental y de afecciones periodontales que fueron consideradas como serios problemas de salud pública.

El segundo estudio se realizó en 1990-1991, Encuesta Nacional de Salud Bucal en Escolares de 6 a 12 años, matriculados en todas las escuelas primarias del país, también bajo los auspicios del INCAP/OPS. La muestra poblacional tuvo representatividad nacional y los examinadores fueron estandarizados para la variable caries dental. Los resultados revelaron una muy alta prevalencia de caries dental en los niños (>90%), con apenas un 9,7% sin experiencia alguna de caries (CPO-D=0). La experiencia promedio de caries dental para la dentición decidua fue de ceo-d=2,8 y de 2,67 para el CPO-D con un intervalo de confianza del 95%, el mayor peso para el indicador CPO fue dado por el componente cariado, la experiencia de caries dental fue en promedio, mayor en el área rural en ambas denticiones. Para el resto de los indicadores que se tabularon se concluyó que aproximadamente la mitad de los niños encuestados estaban en alto riesgo cariogénico por frecuencia en la ingesta diaria de azúcares, el 100% respondió tener cepillo dental y un 62% se le realizaron aplicaciones de flúor en las escuelas. Con relación al nivel de higiene oral solo un 43% presentó niveles aceptables de higiene oral y un 47% con salud periodontal. Un 45% de los examinados no presentaron anomalías craneofaciales y un 20% presentaron desvío de la línea media⁵.

El tercer estudio se realizó en 1997⁶, como estudio de Línea Basal de Caries Dental y Fluorosis, en escolares de 6, 7, 8, 12 y 15 años como parte del Plan Multinacional para la Estrategia de Fluoruración de la Sal de Consumo Humano, patrocinado por la OPS. En este estudio la muestra poblacional encuestada tuvo representatividad nacional y por emplazamiento geográfico urbano, rural, indígena. Los resultados revelaron una prevalencia de caries dental (81,2%) con un CPO-D a los 12 años de 3,64, y un CPO-D a los 15 años de 5,32. Según área de residencia los resultados revelaron que la población indígena presentó un CPO-D a los 12 años de 3,7 y para el área rural un CPO-D a los 12 años de 4,5. Estos estudios permitieron caracterizar los perfiles de salud bucal en grupos de escolares, determinándose una alta prevalencia de caries dental en el país superior al 90%.

El último estudio se realizó en el 2008¹, como estudio descriptivo, epidemiológico, transversal y de prevalencia, para el Diagnóstico Nacional de Salud Bucal en Panamá en la población de 5 a 75 años, indígena y no indígena, por área de residencia urbana, rural, indígena, con representatividad nacional y por región de salud. El tamaño de la muestra total fue de 12,730 personas. Se aplicó una encuesta, complementado por un examen clínico completo de los tejidos duros y blandos de la cavidad bucal. Los examinadores fueron estandarizados para la variable caries dental, se aplicaron protocolos de bioseguridad y se garantizaron los aspectos éticos de la investigación.

Los resultados revelaron una alta prevalencia de caries dental para la población de 5 a 75 años > 90%, con un 8% de la población sin experiencia de caries dental (ceo-d=0, CPO-D=0). La experiencia promedio de caries dental para la dentición decidua (5-12 años) fue de ceo-d=3,13, con un intervalo de confianza (I.C. 95%) de 3,0-3,24; para la dentición permanente (6-75 años) la experiencia promedio de caries dental fue de CPO-D=10,18, con un I.C. de 10,02-10,34; a la edad de 12 años la experiencia promedio fue de CPO-D= 3,72, con un I.C. de 3,38-4,06. El mayor peso para el indicador ceo estuvo dado por el componente cariado (75%) y para el indicador CPO estuvo dado por el componente perdido (51,4%).

Las regiones de salud¹ que presentaron los promedios más altos del índice de caries dental para la dentición decidua fueron: Comarca Emberá, Bocas del Toro, Ngäbe Buglé y Panamá Este. Para la dentición permanente los promedios más altos (CPO-D>10) se registraron en: Veraguas, Comarca Emberá, Panamá Oeste, San Miguelito, Chiriquí, Panamá Este, Coclé, Los

Santos y Herrera. Se reveló que el inicio de la caries dental es desde temprana edad y la severidad es directamente proporcional al aumento de la edad. La población examinada de 5 a 12 años, presentó un índice de caries dental ceo-d moderado (más de 3 dientes comprometidos). El promedio más alto del índice de caries en la dentición decidua (ceo-d) se presentó en el área indígena, seguida del área rural. La población examinada de 6 a 75 años, presentó un índice de caries dental de Klein y Palmer (CPO-D), para dientes permanentes muy alto (más de 10 dientes comprometidos), y se observó que a partir de los 12 años hay un incremento del índice proporcionalmente con la edad. El promedio más alto del índice CPO-D, del total de la población examinada, se presentó en el área urbana, seguida del área rural. Se concluye que el 92% de la población examinada de 5 a 75 años, tiene o ha tenido experiencia de caries dental.

Este proyecto CAP de estilo de vida saludables brinda conocimiento de los factores de riesgo y determinantes de la morbilidad dental de la población de 10 a 14 años y apoyo para el desarrollo de programas y políticas de salud bucal en materia de promoción, prevención y educación del MINSA. En la actualidad los aspectos relacionados a estudios cualitativos sobre conocimientos, actitudes y prácticas en salud sobre Estilos de Vida Saludable de Salud Bucal, han sido poco analizados en el país.

El programa escolar es el resultado de la programación conjunta de diferentes disciplinas e instituciones (Ministerio de Educación, Ministerio de Salud, Caja de Seguro Social, Ministerio de Desarrollo Social (MIDES), entre otros) que con el apoyo de los padres de familia tienen acciones dirigidas al bienestar del escolar. El programa tiene como objetivo elevar el nivel de salud de la población infantil en edad escolar (5 a 14 años) mediante actividades de promoción, conservación y recuperación de la salud para el óptimo desarrollo de potencialidades físicas, mentales y sociales. La población escolar comprende el 22% de la población total del país. Más del 70% de la población se encuentra en edades de 6 a 12 años y de estas el 90% se encuentra en el proceso de enseñanza primaria, población que permanece cautiva la mayor parte del año, lo que facilita su seguimiento para el desarrollo de esta investigación, así como la implementación de intervenciones futuras.

Existen discrepancias entre lo que la gente sabe qué debe hacer y lo qué realmente hace, donde entran a competir prácticas higiénicas distintas con hábitos ya establecidos, de forma que la conducta consolidada compite con la nueva. Modificar un hábito es más difícil que instaurar uno nuevo, ya que se interfiere con estilos de vida y modelos de costumbres y hábitos conductuales⁷.

2. Salud Bucal:

El concepto de salud bucal, ha cambiado desde el nivel biológico, en que la cavidad bucal contribuye con la protección del cuerpo por medio de la masticación y deglución; hasta los niveles social y psicológico, donde contribuye con la autoestima, expresión, comunicación y estética facial. Por lo que la salud bucal se ha definido como “dentición funcional y confortable que permite a los individuos continuar con el rol social deseado”, enfatizando que es un componente ²².

La salud bucal se mide a través del Índice de caries dental de Klein y Palmer para dientes permanentes, el cual expresa la prevalencia de caries, y se interpreta como el promedio de dientes cariados, perdidos y obturados (CPO-D) y el Índice de Placa bacteriana de Sillness y Löe el cual evalúa la higiene bucal estableciendo el grado de intensidad de acumulo de la placa bacteriana en las piezas dentales estudiadas y extrapoladas al resto de la cavidad bucal.

Caries dental:

La caries es la patología bucodental más frecuente durante la infancia y la causa principal de pérdida de dientes durante la edad adulta. En la actualidad, continúa siendo un problema de salud importante que afecta, a nivel mundial al 60-90% de los niños y, prácticamente, a la totalidad de los adultos⁹.

La OMS considera diferentes niveles de caries, en función de los índices CPO-D en diferentes grupos de población. A los 12 años los niveles establecidos, que pueden ser utilizados como referencia son:

- Muy bajo: 0,0 - 1,1.
- Bajo: 1,2 - 2,6.
- Moderado: 2,7 - 4,4.
- Alto: 4,5 - 6,5.
- Muy alto: > 6,6.

Para evaluar la salud bucal se suman el número de dientes con caries (C), los dientes perdidos (P) y los dientes obturados o restaurados (O) de cada escolar examinado. El número total de dientes C, P y O se promedia y nos da el índice CPO, denominado, el índice de Klein Palmer para dientes permanentes.

Higiene oral.

La presencia de placa bacteriana en la superficie dental contribuye a la aparición de caries y de enfermedad periodontal. Un adecuado control del cepillado es efectivo en la reducción de estas patologías. Por lo tanto el aprendizaje de las técnicas correctas, así como los cambios en la conducta de los pacientes, son fundamentales para la obtención de unos resultados óptimos a largo plazo^{9,23}.

Los hábitos que se consideran eficaces para aumentar el nivel de salud oral son²³:

- El control de la placa bacteriana, principalmente con el cepillado, el cual debe realizarse después de cada comida.
- El cepillado nocturno, es importante ya que durante el sueño disminuye la secreción salival.
- Visitas al dentista con una periodicidad de 6-12 meses.
- Aplicación de programas de flúor.

La higiene oral, iniciada en la infancia, debe reforzarse en la adolescencia, período en el que existe una prevalencia de caries alta, debido a una baja frecuencia de cepillado^{9,23}.

Se utiliza el índice de placa bacteriana de Sillness y Loe ya que determina la capacidad que tiene el paciente para su higiene bucal y permite establecer el grado de intensidad de acumulo de la placa bacteriana. Se utilizan piezas dentales índices para su valoración, donde se evalúan cuatro sitios o áreas por cada diente examinado.

3. Estilos de Vida Saludable

Se define como los procesos sociales, las tradiciones, los hábitos, conductas y comportamientos de los individuos y grupos de población que conllevan a la satisfacción de las necesidades humanas para alcanzar el bienestar y la vida. Los estilos de vida son determinados de la presencia de factores de riesgo y/o de factores protectores para el bienestar por lo cual deben ser vistos como un proceso dinámico que no solo se compone de acciones o comportamientos individuales, sino también de acciones de naturaleza social^{7, 21}.

Los estilos de vida saludable son una estrategia global, que está enmarcada dentro de la prevención de enfermedades y promoción de la salud, el inicio de esta tendencia fue en el año 2004 y se generó por una declaración de la Organización Mundial de Salud, para mejorar los factores de riesgo como la alimentación poco saludable y el sedentarismo⁷.

Los hábitos alimentarios, hábitos de higiene y estilos de vida saludables se asimilan e integran a la personalidad durante los primeros años de vida, consolidándose hasta perdurar incluso en la edad adulta; de ahí la importancia de brindar una orientación adecuada y oportuna a los docentes, escolares, la familia y otros adultos responsables de la atención y cuidado de los niños. La salud oral tiene una relación importante con los estilos de vida o comportamientos de salud, lo que ha generado que adquieran una mayor importancia y sea necesario establecer una estrategia de control y prevención que actúe sobre estos comportamientos del individuo para mejorar la salud oral de la población.

La salud bucodental está relacionada con distintos componentes de nuestra dieta. El consumo frecuente y elevado de azúcares se ha relacionado, además de con otras patologías, con la caries dental. Existen evidencias científicas que sitúan al consumo de azúcares como el principal factor alimentario asociado a la caries dental¹⁷. Los alimentos ricos en hidratos de carbono, principalmente aquellos fermentables, están íntimamente ligados a la aparición de caries dental.

El presente estudio CAP se realizó, para obtener una comprensión profunda sobre las actitudes, pensamientos y comportamientos en relación a la salud bucal, a fin de obtener respuestas a fondo acerca de lo que las personas piensan y hacen, permitiendo recoger datos descriptivos que brinden una mejor comprensión de las actitudes, creencias, motivos y comportamientos de la población escolar beneficiada⁸.

4. Situación Actual:

Desde los años 1990, la OPS ha medido el progreso de los países basado en el índice de dientes cariados, perdidos y obturados (CPO-D) a los 12 años menor a tres (3). La clasificación utilizada para obtener el perfil del CPO-D se dividió en tres etapas, correspondiente a la gravedad de la caries⁹:

-Emergente: definida como un CPO-D a los 12 años de más de cinco y a la ausencia de un programa nacional de fluoruración de la sal y el agua.

-De crecimiento: CPO-D a los 12 años de entre 3 y 5 y a la ausencia de un programa nacional de fluoruración de la sal y el agua.

-De consolidación: CPO-D a los 12 años de menos 3 y la existencia de un programa nacional de fluoruración de la sal y el agua.

Panamá no ha logrado alcanzar esta meta en 10 años y aún continúa en fase de crecimiento, sin embargo, según lo planteado por la OPS/OMS para el año 2010 las metas mundiales están relacionadas principalmente con la mejoría del estado de salud y la promoción de condiciones en las comunidades para que adopten medidas preventivas completas.

Se presentan problemas de accesibilidad, inequidad y desigualdades en los servicios públicos. No se cuenta con investigaciones operativas, ni estudios de evaluación de intervenciones, de una manera oportuna y sistemática para la toma de decisiones.

Los hallazgos del DISABU 2008¹ revelaron alta prevalencia de caries dentales, para la población de 5 a 75 años de edad. Encontrándose que el inicio de la caries dental es desde temprana edad y su magnitud y severidad es directamente proporcional al aumento de la edad, se reportó que los niños de 5 años presentan un índice de caries dental alto $ceo-d=4,22$, a esta edad estos niños padecen o han padecido de caries dental. Con relación a la población de 6 a 75 años examinada, los resultados indicaron para la dentición permanente, índices muy altos de caries dental $CPO-D=10,18$ piezas cariadas, perdidas u obturadas. Según el área de residencia, el promedio más alto del índice CPO-D se presentó en el área urbana, seguida del área rural. Por componente del índice CPO, el componente perdido por caries dental presentó la mayor proporción o peso del promedio seguido del componente cariado.

Se encontró que a la edad de 12 años de edad los niños presentaron un promedio de $CPO-D=3,72$ dientes afectados por caries dental. Los hallazgos revelaron que la Región de Panamá Este presentó el promedio más alto de caries dental $CPO-D=5,87$ dientes permanentes afectados por caries dental, seguido de la Región de Coclé, Los Santos, Herrera, Comarca Ngäbe Buglé y Darién¹.

5. Hipótesis:

Los Conocimientos sobre salud bucal son deficientes, las actitudes para el cuidado de la salud bucal son inapropiadas y las prácticas de prevención son riesgosas, para la salud bucal de los escolares de 10 a 14 y para mantener un óptimo estado de salud bucodental.

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El Diagnóstico Nacional de Salud Bucal en Panamá (DISABU 2008)¹, permitió identificar la situación actual de la salud bucal de la población de 5 a 75 años, en una muestra poblacional de 12,730 con representatividad nacional, por región de salud y por área urbano, rural e indígena.

Los resultados de este estudio revelaron una alta prevalencia de caries dental para la población de 5 a 75 años mayor de 90%. Sólo un 8% de la población no presentó experiencia alguna de caries (ceo-d=0, CPO-D=0).

La prevalencia para la dentición permanente fue de 86,9%, con un 13,1% de la población examinada, sin experiencia de caries dental (CPO-D=0) y la proporción con alta experiencia de caries dental superó el 50%.

Sin embargo, la caries dental sigue siendo la primera causa de morbilidad dental en todos los grupos de edad, en la población general del país, según los diagnósticos de los servicios de salud públicos¹⁰.

El problema que se abordó fue: ¿Qué conocimientos, actitudes y prácticas de higiene bucal tendrá la población escolar de 10 a 14 años para mantener su salud bucal, en las Regiones Salud de Panamá Este, Comarca Ngäbe Buglé, Los Santos, Herrera, Darién y Coclé?



Odontólogos de la Región de Salud de Herrera aplicando la encuesta CAP a los escolares de la Escuela Primaria Tomás Herrera.

IV. JUSTIFICACIÓN Y USO DE LOS RESULTADOS

La caries dental es una enfermedad infecto-contagiosa, con una alta prevalencia, considerada un problema de salud pública en Panamá. Es la segunda causa de morbilidad general atendida, en las instalaciones del Ministerio de Salud en el año 2008 y primera causa de morbilidad bucodental consultada, en los servicios odontológicos de las instalaciones del MINSA en el año 2008, según datos del Departamento de Registros Médicos y Estadísticas de Salud, del MINSA.

Estudios científicos realizados recientemente tales como el Diagnóstico Nacional de la Salud Bucodental de la Población en Panamá (DISABU 2008)¹ en la población de 5 a 75 años. Año 2008, revelan un aumento de la prevalencia >90% y gravedad de la caries dental, en la población de 5 a 75 años de edad examinada. En las Regiones de Panamá Este, Comarca Ngäbe Buglé, Los Santos, Herrera, Darién y Coclé, se registran las medias más altas y muy superiores a la media nacional.

En el lapso de una década, no ha ocurrido una transformación de este índice, se mantiene el índice de caries CPO-D 12 años= 3,72 en comparación con otros países de la Región de las Américas, quienes desarrollaron programas de fluoruración masiva a la población y lograron una reducción significativa del índice de caries dental CPO-D < de 3 a la edad de 12 años⁹.

El Gobierno Nacional, para atender el desarrollo infantil, ha propuesto dentro de las Estrategias y Metas Prioritarias, el aumento de la cobertura y calidad de servicios básicos de salud con énfasis en atención primaria y el incremento de la red hospitalaria, en la que se proponen tres paquetes de atención Integral de Salud y la Protección de Salud para Poblaciones Vulnerables (MEF, 2009. Plan Estratégico de Gobierno. 2011-2014. Panamá).

Como parte del seguimiento a las recomendaciones del Diagnóstico Nacional de Salud Bucal (DISABU 2008), se realizó este estudio CAP de conocimientos, actitudes y prácticas en la población escolar de 10 a 14 años, con miras a contar con evidencia científica, para fortalecer las estrategias de promoción, educación y prevención en las comunidades más afectadas por la morbilidad caries dental, a fin de desarrollar

acciones enfocadas a incrementar y mejorar el estado de salud bucodental de la población escolar, modificando los estilos de vida saludables de salud bucal.

Situación de Salud Bucal a Nivel Internacional:

La caries se ha considerado como la enfermedad de mayor peso en la historia de la morbilidad bucal a nivel mundial¹⁰. En la actualidad, su distribución y severidad varían de una región a otra y su aparición se asocia en gran manera con factores socioculturales, económicos, del ambiente y del comportamiento y aunque su prevalencia ha disminuido en los países industrializados, afecta entre 60% y 90% tanto de la población infantil y adulta¹¹. A principios de la década de 1990 algunos países latinoamericanos como República Dominicana, Argentina, Venezuela y Ecuador, informaron que entre 85% y 97% de la población presentaban esta enfermedad¹¹.

En Colombia, el III Estudio Nacional de Salud Bucal de 1998, reveló que 60.4% de los niños de 5 años tenían historia de caries en la dentición primaria, con una prevalencia de 54.8%; además, el índice ceo-d fue 3.0 en esta misma edad¹³.

La literatura informa que las disparidades socioeconómicas y la falta de conocimientos de las personas sobre la importancia de la salud oral, así como sobre las técnicas para lograr un cuidado correcto de la boca, son barreras que impiden mantener los tejidos bucodentales libres de enfermedad; de la misma manera advierte que la salud oral significa más que dientes en buen estado y que por ende es parte íntegra y completa de la salud general del individuo¹².

Conocer los motivos del comportamiento y los factores relacionados con las prácticas que causan o previenen la enfermedad, ayudarán a seleccionar los métodos para diseñar y ejecutar intervenciones de educación, a fin de promocionar la salud y prevenir las enfermedades bucales.



V. OBJETIVOS

Objetivo General:

Evaluar los conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) relacionados con la salud bucal, en los escolares de 10 a 14 años, que cursan IV, V, VI grado en las escuelas primarias de las Regiones de Panamá Este, Comarca Ngäbe Buglé, Los Santos, Herrera, Darién y Coclé.

Objetivos Específicos:

1	Determinar los conocimientos, actitudes y prácticas de la población de 10 a 14 años, de las Regiones de Panamá Este, Comarca Ngäbe Buglé, Los Santos, Herrera, Darién y Coclé.
2	Relacionar los conocimientos, actitudes y prácticas de la población de 10 a 14 años de las Regiones de Salud seleccionadas con la morbilidad caries dental.
3	Determinar la prevalencia y magnitud de la experiencia de caries dental de la población de 10 a 14 años de las Regiones de Panamá Este, Comarca Ngäbe Buglé, Los Santos, Herrera, Darién y Coclé.
4	Determinar el nivel de higiene oral de los escolares de 10 a 14 años de las Regiones de Panamá Este, Comarca Ngäbe Buglé, Los Santos, Herrera, Darién y Coclé.
5	Relacionar los hábitos de higiene oral de los escolares de 10 a 14 años con la morbilidad dental.
6	Establecer la frecuencia diaria de consumo de azúcares por los escolares de 10 a 14 años de las Regiones de Panamá Este, Comarca Ngäbe Buglé, Los Santos, Herrera, Darién y Coclé.
7	Identificar factores de riesgo cariogénico y factores protectores relacionados con la morbilidad dental.

Entre las principales causas de morbilidad atendida según grupo de edad en las instalaciones del Ministerio de Salud en la República, para año 2008, las enfermedades de cavidad oral y caries dental, se encuentran en primer lugar entre las cinco primeras causas. La cobertura de los servicios de salud bucal correspondientes al Ministerio de Salud fue de 18% (proporción de la población a cubrir en un año con por lo menos una (1) consulta)¹⁰.



VI. METODOLOGÍA

1. Tipo de Estudio y Diseño General:

Estudio Cualitativo, Cuantitativo, Descriptivo, Transversal, cuyo universo de estudio estuvo constituido por la población escolar de 10 a 14 años, niños y niñas de las escuelas primarias de las comunidades de las Regiones de Panamá Este, Comarca Ngäbe Buglé, Los Santos, Herrera, Darién y Coclé.

2. Diseño de la Muestra:

El universo estudio lo constituyo 53 escuelas de las regiones seleccionadas con un total de 10,192 escolares de 10 a 14 años. El estudio considero una muestra probabilística, bietápica.

Cobertura geográfica y áreas de estimación

Las áreas de estimación cubiertas por la muestra correspondieron a las Regiones de Panamá Este, Comarca Ngäbe Buglé, Los Santos, Herrera, Darién, Coclé, en el territorio nacional.

La encuesta se aplico a escolares de 10 a 14 años, que asistían a los planteles educativos del Ministerio de Educación contemplados en el marco de muestreo. (ver cuadro N° 2.1)

Tipo de Muestreo

El diseño de la muestra fue probabilístico, bietápico, se utilizo en la primera etapa un muestreo aleatorio sistemático y en la segunda etapa un muestreo aleatorio simple para proporciones. Para esta investigación se conto con una listado de planteles educativos y un listado de estudiantes por grado y edad en cada plantel (marco de muestreo).

Marco de muestreo

El marco de muestreo se construyó considerando la información de referencia del Ministerio de Educación. Se representa mediante: los escolares en edades de 10 a 14 años, que acuden a IV, V y VI grado de las escuelas primarias de las Regiones de Panamá Este, Comarca Ngäbe Buglé, Los Santos, Herrera, Darién, Coclé, en el territorio nacional, existentes al 31 de diciembre del 2009, en nuestro país.

Unidades de Muestreo

Las unidades de muestreo consideradas en el diseño de la muestra estuvieron representadas por los estudiantes en edades de 10 a 14 años que asisten a las escuelas de las regiones seleccionadas para este estudio.

Tamaño de Muestra

Considerando que se requieren estimaciones independientes para cada una de las regiones, se opto por obtener una muestra independiente para cada región. Para el cálculo de tamaño de la muestra se utilizó la siguiente fórmula estadística:

$$n = (K^2 N P Q) / ((K^2 P Q) + (N E^2))$$

Donde:

- K: Coeficiente correspondiente al grado de confianza
E: Error máximo admisible
N: Tamaño de la población objeto de estudio
n: Tamaño de la muestra por investigar en el estudio
P: Proporción o prevalencia de caries dental de los escolares de 10 a 14 años por región.
Q: Proporción o prevalencia de no poseer caries dental en los escolares de 10 a 14 años por región.

Se utilizó un nivel de confianza del 95% y errores de máximo admisible de 5%, con una proporción basada en prevalencias de la morbilidad dental por región, según datos del Estudio DISABU, 2008.

Realizados los cálculos de muestras independientes para cada una de las regiones, se obtiene un tamaño de muestra de 618 estudiantes de 10 a 14 años, para investigar.

Criterios de Inclusión de la muestra:

Para el cálculo de la muestra se tomaron en cuenta los siguientes criterios:

- Planteles escolares de las áreas urbanas, rurales e indígenas de las regiones con alta prevalencia de caries dental.
- Planteles escolares con turno matutino (a.m.).
- Planteles escolares con matrícula arriba de 200 estudiantes.
- Planteles escolares con matrícula de estudiantes en edades de 10 a 14 años.
- Planteles escolares con unigrados.
- Planteles escolares con estudiantes en los IV, V y VI grados

Distribución del tamaño de la muestra:

El método utilizado para asignar el tamaño de muestra a cada plantel educativo es Asignación Proporcional

$$n_h = n * (N_h / N)$$

La muestra total n se distribuyó proporcionalmente entre los planteles, independientemente para cada una de las regiones.

Selección de las unidades de la muestra para aplicar el cuestionario (Recogida de la información) Las unidades de la muestra, se seleccionaron aleatoriamente de la siguiente manera:

- Se dispuso de un listado enumerado de los estudiantes de IV, V y VI grado de cada plantel educativo.
- Se seleccionó aleatoriamente un número que correspondía a un estudiante dentro de la lista de cada grado y se inicio la entrevista/encuesta/examen con el primer seleccionado y luego el siguiente niño(a), se entrevisto y así sucesivamente, hasta alcanzar la cantidad de estudiantes a investigar, según el tamaño de muestra correspondiente para cada grado escolar.

- Se aplicó el cuestionario a cada estudiante de IV, V y VI grado que se encontraban presentes en el aula escolar en el período de referencia de la encuesta, hasta cumplir con el tamaño de muestra existente para cada grado.

Para la realización de la investigación se solicitó el aval del Ministerio de Salud (MINSA) y del Departamento de Salud Bucal del MINSA, quienes asignaron a un coordinador regional por cada una de las regiones participantes, el aval del Ministerio de Educación y del Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud. Se conformaron equipos de trabajo por cada región (un coordinador nacional, un coordinador regional y tres examinadores). Los coordinadores nacionales tenían bajo su responsabilidad la ejecución de la investigación en cada una de las regiones.

3. Estandarización de los examinadores:

La capacitación de los encuestadores/examinadores se realizó previo al operativo de campo, donde los examinadores fueron calibrados y estandarizados en los criterios clínicos, para minimizar las variaciones inter e intra examinador, empleando el Índice Kappa. También se les capacitó en la aplicación de la encuesta CAP y en la aplicación del formato de asentimiento y consentimiento informado a los padres o tutor o representante legal de cada escolar encuestado en el estudio.

La planificación del estudio incluyó la realización de una prueba piloto para determinar que el instrumento de recolección de datos pudiera medir de forma adecuada lo que se esperaba y evaluar la metodología, procedimientos, claridad, pertinencia del contenido, lenguaje, estimar los tiempos de aplicación de la encuesta y la organización del trabajo de campo. La validación del instrumento se realizó en dos escuelas: Escuela República de Honduras en Pacora y Escuela John F. Kennedy en Chilibre, escuelas que no estaban incluidas en el estudio. Se encuestaron y examinaron 30 niños de los IV, V, VI grado mediante una entrevista con el odontólogo encuestador, también se les realizó un examen bucal para ver la condición de salud bucal que prevalecía en los grupos escolares estudiados. El examen bucal se realizó en un área limpia, con ventilación e iluminación suficiente y con un nivel de privacidad aceptable, lo que facilitó la adecuada recolección de la información. Para el examen bucal se utilizaron instrumentos desechables, espejo bucal, explorador de caries, gasa, guantes, mascarillas, batas y gorros desechables.

Posterior a la estandarización de los coordinadores y odontólogos examinadores, se identificó en cada región, los centros escolares urbanos, rurales e indígenas a encuestar, luego el examinador aplicó el formato de asentimiento informado a cada estudiante seleccionado en el muestreo aleatorio y el consentimiento informado a los padres/madres/ representante legal. En reunión previa celebrada en cada una de las escuelas seleccionadas, convocada por la maestra de grado, se informó y explico sobre la investigación y los procedimientos, a la madre/representante legal del escolar a encuestar.

4. Materiales y Métodos:

Se utilizó la técnica de entrevistas individuales con un cuestionario con preguntas abiertas y cerradas y una guía de temas sobre: conocimientos, actitudes y prácticas de salud bucal, por ser un método rápido, práctico y eficaz para obtener información.

Instrumento de recolección de datos: El instrumento de recolección de datos utilizado, fue un formulario estructurado (encuesta). El mismo constó de 39 preguntas, 8 secciones y abordaba aspectos relacionados a localización de la escuela y datos generales del escolar encuestado. Las secciones contenían temas específicos como se detallan a continuación: una sección de conocimientos sobre temas generales de salud bucal y enfermedades bucales, representadas por cinco preguntas cerradas de escogencia múltiple; una sección sobre conocimiento en aspectos de prevención bucal, que incluyó datos relacionados con hábitos y prácticas de higiene bucal, representados en ocho preguntas cerradas dicotómica, y una abierta, una sección sobre actitudes, la cual constaba de cinco preguntas dicotómicas, dos preguntas de escogencia múltiple y dos preguntas abiertas, una sección de prácticas sobre cuidados bucales, representadas por doce preguntas cerradas de escogencia múltiple, seis dicotómicas y siete preguntas abiertas. La sección de hábitos alimentarios: para el registro de la frecuencia de ingesta de hidratos de carbono en la merienda de la mañana, tarde y noche y la sección para la evaluación clínica de los escolares encuestados, donde se levantó el índice de placa bacteriana de Sillness y Løe y el índice de caries dental de Klein y Palmer para dientes permanentes (índice CPO-D). Se elaboró un manual de instrucción para el examinador, anotador y coordinador del estudio.

Evaluación Clínica:

Procedimientos para el examen de la cavidad oral:

Los exámenes se realizaron utilizando un espejo bucal plano N° 5 con mango, un explorador de punta roma y una sonda periodontal desechables, se realizaron con luz natural en las áreas de la escuela que tenían buena iluminación.

Para la secuencia del examen bucal se siguió el orden establecido en la encuesta. Los diferentes espacios dentales fueron abordados siguiendo un orden sistemático iniciando desde el segundo molar superior derecho hasta el incisivo central superior derecho (de la pieza 17 a la 11) pasando enseguida al incisivo central del hemiarco superior izquierdo hacia el segundo molar superior izquierdo (de la pieza 21 a la 27), seguidamente se examina el hemiarco inferior izquierdo (de la pieza 37 a la 31) y finalmente se concluye con el hemiarco inferior derecho (de la pieza 41 a la 47).

Un diente es considerado presente en boca cuando presenta cualquier parte visible o que puede ser tocada con punta del explorador sin necesidad de perforar el tejido. Si el diente permanente y el deciduo ocupan el mismo espacio solamente se registró la condición del diente permanente.

- Índice de Placa de Sillness y Löe:

Este índice se utiliza para medir la capacidad de controlar la placa bacteriana mecánicamente estableciendo el grado de intensidad de acumulo y presencia de placa bacteriana. Se detectó cualitativa y cuantitativamente la presencia de la placa bacteriana, observando durante el examen el grosor de la placa a lo largo del borde gingival, en las piezas dentarias seleccionadas representativas de toda la boca.

Para el registro de la presencia de placa, se anotó el índice de cada cara de las superficies dentales (Bucal, Mesial, Distal, Lingual), según los criterios de diagnóstico recomendados, luego se sumó el valor registrado de todas las caras de los dientes índices y se dividió el valor registrado entre 4. Se sumo cada promedio por diente y se dividió entre el número de piezas índices examinadas (un mínimo de cuatro (4) piezas y un máximo de seis (6) piezas para indicar el índice de presencia de placa.

Los criterios utilizados para el levantamiento del índice de placa bacteriana fueron:

Grado 0= No hay placa gingival.

Grado 1= Pequeña cápsula de placa próxima a la encía libre. Sólo se detecta si se pasa una sonda periodontal.

Grado 2= Acumulación moderada de placa, detectable a simple vista.

Grado 3= Abundante placa en el surco y margen gingival.

Para el registro de la presencia de placa, se utilizó la numeración de las piezas dentales, según la nomenclatura de la Federación Dental internacional (FDI): 16 ó 17, 11, 26 ó 27, 36 ó 37, 31, 46 ó 47; siempre que hubiera por lo menos cuatro de los seis dientes índices en boca.

Para el análisis de la presencia de placa bacteriana se utilizó una escala ponderada de la Organización Mundial de la Salud cuantitativa, que permite medir la condición de la higiene bucal en los escolares examinados, como se presenta a continuación:

De 0-0,9=buena higiene bucal

De 1-1,9=regular higiene bucal

Más de 1,9=mala higiene bucal

- Índice de Caries Dental de Klein y Palmer:

Para conocer la historia pasada y presente de la caries dental se utilizó en índice CPO-D de Klein y Palmer, el cual se aplicó en la población estudiada. El índice CPO, resulta de la sumatoria de dientes permanentes cariados (C), perdidos (P) y obturados (O) o restaurados. Para este estudio se utilizaron criterios para clasificar las diferentes condiciones o hallazgos clínicos de los dientes examinados.

Diente Cariado:

Diente permanente que al momento del examen presentó una o varias de las siguientes condiciones:

- a) Caries clínicamente visible
- b) Opacidad del esmalte que indicara lesión cariosa
- c) Cuando en las fosas y fisuras, el explorador penetraba y se verificaba de que en el fondo había tejido dentario reblandecido.
- d) Dientes obturados con cementos temporales (ZOE), IRM u otros cementos se calificaban como cariados.

Diente Obturado:

Diente que al momento del examen presentaban una obturación con material definitivo como amalgama, resinas e ionómeros de vidrio, siempre y cuando la causa haya sido caries.

Los dientes obturados con ZOE o IRM se calificaron como cariados.

Diente Extraído por Caries:

- a) Dientes que no estaban presente en boca durante el examen, y el individuo ha pasado la edad en la cual el diente debería haber erupcionado.
- b) Ausencia de dientes, sin signos evidentes de qué ocurrió y existe el espacio dejado por la extracción.

Diente con Extracción Indicada debido a Caries:

Diente cariado con extracción indicada (no funcional), cuando existe:

- a) Evidencia visible de absceso periapical
- b) Evidencia visible de socavamiento extenso de todas las paredes del esmalte, haya o no exposición pulpar.
- c) Restos radiculares

Diente no Erupcionado:

Se considero el espacio correspondiente como "vacío" cuando el diente permanente no estaba presente y de acuerdo con la edad de la persona, debería haber hecho erupción y no había sido extraído por caries dental o por otras causas.

Otros criterios que se tomaron en cuenta cuando había duda entre:

- a) Diente sano y cariado, se calificó el diente como SANO
- b) Diente cariado y obturado, se calificó el diente como OBTURADO
- c) Diente cariado y extracción indicada, se calificó como CARIADO

A cada una de las condiciones señaladas, cuyos criterios de clasificación se explicaron, se les asignó un código numérico para facilitar la comunicación entre el examinador y el anotador, esta información se registró en un odontograma diseñado para este estudio.

La escala (según la OMS) utilizada para determinar la gravedad de la caries dental en este estudio fue la siguiente: de 0 a 1.1 se denominó muy bajo, de 1.2 a 2.6 bajo, de 2.7 a 4.4 moderado; 4.5 a 6.5 alto y mayor de 6.6 muy alto.

El operativo de campo se realizó durante los meses de octubre a diciembre de 2011. El trabajo de campo estuvo supervisado por los coordinadores nacionales y los coordinadores regionales de las regiones estudiadas. Para el desarrollo del mismo se constituyeron 6 equipos de trabajo conformados por 4 odontólogos funcionarios (3 examinadores, 1 coordinador regional). La encuesta fue aplicada por odontólogos, en algunos casos se contó con técnicos de asistencia odontológica, quienes actuaron como anotadores, los cuales fueron capacitados en el proceso de entrevista, manejo y llenado de la encuesta.

5. Variables de Estudio:

a. Variable Dependiente:

Salud Bucal (Higiene Bucal/Caries Dental)

b. Variables Moderadoras:

1. Sexo
2. Edad
3. Grado Escolar
4. Área: Urbano, Rural e Indígena
5. Región de Salud

c. Variables Independientes

1. Hábitos de Alimentación / Momentos de Azúcar
2. Conocimientos
3. Actitudes
4. Prácticas

TABLA N°1. DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL DE LAS VARIABLES DE ESTUDIO.

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERATIVA	INDICADOR
VARIABLE DEPENDIENTE			
SALUD BUCAL	Se mide a través de la presencia de Caries Dental y la Higiene Bucal (presencia de placa bacteriana).	Caries Dental: Presencia actual y pasada de lesiones cariosas en dentición permanente.	Índice de CPO-D para dientes permanentes; Media, Porcentaje Desviación Estándar.
		Índice Placa de Sillness y Löe: índice para valorar la presencia de placa bacteriana y medir la capacidad de controlarla mecánicamente.	Escala de OMS que mide condición de higiene bucal en buena, regular y mala, según el Índice Placa de Sillness y Löe. Media, Porcentaje y Desviación Estándar.
VARIABLES MODERADORAS			
Edad	Tiempo vivido desde el nacimiento hasta la fecha	años cumplidos a la fecha del examen referido por el escolar	Número: frecuencia absoluta.
Género	Condición anatómica que diferencia al escolar	Género del escolar encuestado: Hombre-Mujer	Porcentaje: frecuencia relativa
Grado Escolar	Año escolar que el niño cursa en la escuela	Lo que indica el registro escolar: IV,V,VI grado	Porcentaje: frecuencia relativa
Área	Lugar donde vive y estudia el escolar	Urbano, Rural, Indígena	Porcentaje: frecuencia relativa
Región	Región de Salud a la que pertenece el Centro Educativo incluido en el estudio.	Panamá Este, Coclé, Darién, Herrera, Los Santos, Ngäbe Buglé	Porcentaje: frecuencia relativa
VARIABLES INDEPENDIENTES			
Hábitos de Alimentación	Hábitos adquiridos a lo largo de la vida que influyen en nuestra alimentación	Frecuencia de consumo de carbohidratos y azúcares en 24 horas.	Número: frecuencia absoluta.
Conocimientos	Información que perciben los usuarios de los servicios de salud sobre la salud bucal y sus formas de prevenirlas.	Información que perciben los escolares sobre la salud, enfermedades bucales, sus causas, utilidad de los dientes y sus formas de prevenirlas.	Porcentaje de conocimientos: excelente, bueno, regular y deficiente.
Actitudes	Disponibilidad del escolar de cambiar su comportamiento, adoptando nuevas prácticas para promover, prevenir y controlar su salud bucal.	Se evaluó en base a lo que refiere el escolar a las preguntas 14,16,17,18,20 y 22 de la encuesta CAP.	Porcentaje de actitudes: excelente, bueno, regular y deficiente.
Prácticas	Medidas y hábitos que realiza el escolar en su vida diaria para la prevención y control de las enfermedades bucales	Se evaluó en base a lo que refiere el escolar a las preguntas 15,19,20 y de la preg.23 a la 36 de la encuesta CAP.	Número/porcentaje de cepillado dental diario, uso de cepillo dental, uso del flúor, frecuencia de momentos de azúcar,frecuencia de visita odontológica.

Fuente: Evaluación CAP de Estilos de Vida Saludable de Salud Bucal. Año 2011.

6. Criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión

- Escolares adolescentes de 10-11, 12,13 y 14 años sin distinciones de sexo y raza, que asistan a las escuelas incluidas en la muestra de las Regiones de Panamá Este, Coclé, Los Santos, Herrera, Darién, Comarca Ngäbe Buglé.
- Escolares que acepten participar en el estudio y que firmen el consentimiento y asentimiento Informado.
- Estudiantes de las escuelas seleccionadas para este estudio y que cumplan con los criterios de inclusión.

Criterios de exclusión

- Escolares menores de 10 años y mayores de 14 años
- Escolares que no consientan participar en el estudio y que no firmen el consentimiento/asentimiento informado
- Escolares que por razones de salud y bioseguridad representen un riesgo para el examinador o para sí mismas.
- Escolares que se encuentren ausentes al momento de realizar la encuesta.

7. Consideraciones Éticas:

Para garantizar los aspectos éticos de esta investigación se tomaron en cuenta los lineamientos tripartitos armonizados de ICH para Buenas Prácticas Clínicas 1996, la declaración de Helsinki y sus respectivas enmiendas incluyendo la del año 2002-2008, las guías operacionales del Comité de Nacional de Bioética de Investigación y las Normas de Bioseguridad para la atención de pacientes en odontología.

El protocolo de la investigación sobre “Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre estilo de vida saludable de salud bucal de las Regiones de Panamá Este, Ngäbe Buglé, Coclé, Los Santos, Herrera y Darién, año 2011”, fue aprobado por el Comité Nacional de Bioética de la Investigación el 9 de agosto de 2011. El consentimiento y el asentimiento informado fueron presentados al padre/ madre/representante legal y al adolescente de 10 a 14 años en forma escrita y en vocabulario sencillo, se les explicó el objetivo, beneficios y procedimientos del estudio. Durante el estudio se mantuvo la confidencialidad de la información y el anonimato de los participantes.

Los datos y resultados de los encuestados no se utilizarán con fines de publicidad. A los participantes se les solicitó su participación voluntaria y la firma de los documentos, una vez el padre/ madre/ representante legal y el adolescente firmaron el consentimiento/asentimiento Informado se le entregó una copia de este documento y otra copia se guardó en los archivos del estudio.

VII. PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS:

Las preguntas de la encuesta fueron codificadas para facilitar la captura y digitación de los datos en el programa Data Entry versión 4. Se diseñó una base de datos y se procesó la información obtenida empleando el software estadístico SPSS versión 20 y Microsoft Excel¹⁴, se generaron medidas de tendencia central, desviación estándar, tablas de frecuencias, promedios, estadísticos de correlación y pruebas de significancia estadísticas, para la interpretación de los datos y el análisis de los cruces de variables. El análisis se realizó utilizando un 95% de nivel de confianza. Se utilizó la prueba de chi cuadrado (X^2) y el valor de la probabilidad (p), considerándose significancia estadística para un valor de $p \leq 0.05$.

Los resultados de la encuesta se sometieron como primera fase a un análisis descriptivo, mediante la distribución de frecuencia de las preguntas incluidas en el formulario de acuerdo a las variables independientes estudiadas.

a. Variables Cualitativas:

En el caso de las variables cualitativas se reagruparon y ponderaron dándoles un valor numérico a las respuestas acertadas y no acertadas de las preguntas de selección múltiple y preguntas dicotómicas. Se desarrolló una escala ordinal, con categorías excelente, bueno, regular y deficiente para calificar los conocimientos, las actitudes y las prácticas, se le asignó un código en la base de datos, para su análisis.

La variable conocimiento sobre salud bucal se estudió con cinco preguntas de selección múltiple (preguntas 1 a 5). Se le asignó un valor de 1 a 30 según la cantidad de posibles respuestas por pregunta, para la categoría de excelente se le asignó un valor de 16-30; a la categoría de bueno un valor de 8-14; a la categoría de regular un valor de 4-6 y a la categoría de deficiente un valor de 1-2. Cada pregunta de selección múltiple se recodificó asignándole un valor de 4 a la escala de excelente, 3 a la escala de bueno, 2 a la escala de regular y 1 a la escala deficiente.

Para la variable conocimiento de prevención bucal, se evaluaron ocho preguntas dicotómicas (preguntas 6 a 13) y se le asignó un valor de 0 a la respuesta incorrecta y un valor de 1 a la respuesta correcta, luego se asignó una calificación según la cantidad de respuestas acertadas. Se categorizó el conocimiento general de salud bucal, en excelente (8 respuestas acertadas), bueno (6-7 acertadas), regular (4-5 acertadas), y deficiente (0-3 acertadas).

La variable conocimiento general de salud bucal, incluye la variable conocimiento de salud bucal y la variable conocimiento sobre prevención bucal. Se sumaron los puntos de ambas variables, para obtener una medida general del conocimiento sobre salud bucal aplicando la escala ordinal de la siguiente forma: 0 a 13 se calificó como deficiente, 14 a 15 como regular, 16 a 17 como bueno y 18 a 20 como excelente.

Para la variable actitud que incluía las preguntas 14, 16, 17, 18, 20 y 22 (se excluyeron las preguntas 15, 19 y 20 las cuales se analizaron como parte de la variable prácticas), se le asignó un valor de 0 a la respuesta incorrecta y un valor de 1 a la respuesta correcta, luego se asignó una calificación según la cantidad de respuestas acertadas y se categorizaron las actitudes respecto a la salud bucal, en excelente (6 resp. acertadas), bueno (4-5 acertadas), regular (2-3 acertadas) y deficiente (0-1 acertadas).

Para la variable prácticas que incluía las preguntas 15, 19, 20 y de la pregunta 23 a la 36, a las preguntas dicotómicas, se le asignó un valor de 0 a la respuesta incorrecta y un valor de 1 a la respuesta correcta y las preguntas de selección múltiple se transformaron a dicotómicas; luego se asignó una calificación, según la cantidad de respuestas acertadas y se categorizaron en prácticas apropiadas y no apropiadas respecto al estilo de vida saludable de salud bucal, la calificación asignada según la categoría fue la siguiente: 13-18 excelente, 11-12 bueno, 9-10 regular y 0-8 deficiente.

Para la presentación de los resultados se utilizaron gráficos, cuadros y tablas de frecuencias simples, relativas y absolutas.

Las unidades de medida o indicadores que se emplearon en el estudio fueron:

- Índice de Klein y Palmer (CPO-D)- promedios
- % de la población escolar con caries dental
- % de la población escolar sin caries dental
- Indicadores cualitativos por variables y categorías predefinidas para su análisis
- Índice de Sillness y Löe
- Promedio de la frecuencia diaria de consumo de azúcar

VIII. ANÁLISIS DE RESULTADOS:

1. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA

Cobertura:

La muestra propuesta a encuestar fue de 618 escolares de 10 a 14 años de edad, de los IV, V, VI grado, de las Regiones de Panamá Este, Los Santos, Herrera, Coclé, Darién y la Comarca Ngäbe Buglé. La cobertura de la muestra fue del 100% y más, es decir se estudiaron 712 escolares, en los 36 centros escolares de primaria de las Regiones de Salud seleccionadas para este estudio. **(Cuadro N°1).**

CUADRO N°1. COBERTURA DE LA MUESTRA DE ESCOLARES DE 10 A 14 AÑOS
POR ÁREA, SEGÚN REGIÓN.
PANAMÁ, 2011. n=712.

REGIÓN	TOTAL			URBANO			RURAL			INDÍGENA		
	N° ESCUELAS	ESCOLARES		N° ESCUELAS	ESCOLARES		N° ESCUELAS	ESCOLARES		N° ESCUELAS	ESCOLARES	
		N°	%		N°	%		N°	%		N°	%
Panamá Este	4	106	14,9	1	41	39	2	56	53	1	9	8
Coclé	10	133	18,7	5	81	61	5	52	39	0	0	0
Darién	5	74	10,4	1	14	19	4	60	81	0	0	0
Herrera	5	117	16,4	5	117	100	0	0	0	0	0	0
Los Santos	4	108	15,2	3	87	81	1	21	19	0	0	0
Ngäbe Buglé	8	174	24,04	0	0	0	0	0	0	8	174	100
TOTALES	36	712	100	15	340	48	12	189	26	9	183	26

Fuente: Evaluación CAP de Estilos de Vida Saludable de Salud Bucal. Año 2011.

Universo Estudio:

Lo constituyeron 53 escuelas con un total de 10,192 estudiantes. El tamaño de la muestra correspondió a n=618 estudiantes de 10 a 14 años de 36 escuelas seleccionadas, se calcularon muestras independientes para cada una de las regiones de salud. El marco de muestreo lo contribuyeron los estudiantes en edades de 10 a 14 años, que acuden a IV, V y VI grado en las escuelas primarias de las regiones de Salud de Panamá Este, Comarca Ngäbe Buglé, Los Santos, Herrera, Darién, Coclé, en el territorio nacional, existentes al 31 de diciembre del 2009, en el País.

Población Encuestada:

Se encuestaron y examinaron 712 escolares de 10 a 14 años correspondientes a los IV,V y VI grados en 36 planteles educativos de primaria. La muestra total encuestada incluyó a los grupos de edad de 10 a 14 años de edad, de ambos sexos, por cada una de las regiones estudiadas. (Cuadro N°2. Y 2.1). La muestra total (n) se distribuyó proporcionalmente entre los planteles escolares, independientemente para cada una de las regiones de salud estudiadas. **(Anexo N°5).**

CUADRO N°2. INFORMACIÓN GENERAL DE LOS ESCOLARES ENCUESTADOS, POR SEXO, GRADO ESCOLAR Y EDAD, SEGÚN REGIÓN DE SALUD.

PANAMÁ, 2011. n=712

REGIÓN	TOTAL ENCUESTADOS		SEXO				GRADO						EDAD									
			HOMBRE		MUJER		IV		V		VI		10 AÑOS		11 AÑOS		12 AÑOS		13 AÑOS		14 AÑOS	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
COCLÉ	133	18.68	70	9.83	63	8.85	41	5.76	42	5.90	50	7.02	51	7.16	46	6.46	29	4.07	5	0.70	2	0.28
DARIÉN	74	10.39	32	4.49	42	5.90	26	3.65	23	3.23	25	3.51	26	3.65	20	2.81	23	3.23	5	0.70	0	0
HERRERA	117	16.43	59	8.29	58	8.15	39	5.48	41	5.76	37	5.20	53	7.44	40	5.62	17	2.39	4	0.56	3	0.42
LOS SANTOS	108	15.17	38	5.34	70	9.83	17	2.39	33	4.63	58	8.15	32	4.49	40	5.62	31	4.35	5	0.70	0	0
PANAMÁ ESTE	106	14.89	58	8.15	48	6.74	29	4.07	33	4.63	44	6.18	35	4.92	40	5.62	25	3.51	4	0.56	2	0.28
NGÄBE BUGLÉ	174	24.44	84	11.80	90	12.64	68	9.55	57	8.01	49	6.88	41	5.76	60	8.43	37	5.20	27	3.79	9	1.26
TOTAL	712	100	341	47.89	371	52.11	220	30.90	229	32.16	263	36.94	238	33.43	246	34.55	162	22.75	50	7.02	16	2.25

Fuente: Evaluación CAP de Estilos de Vida Saludable de Salud Bucal, año 2011.

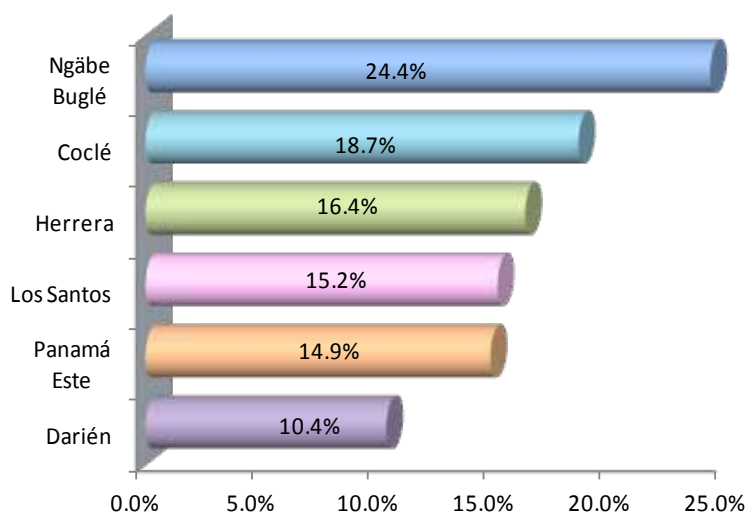
CUADRO N°2.1. MUESTRA DE LOS ESCOLARES DE 10 A 14 AÑOS, POR ESCUELA, ÁREA, GRADO ESCOLAR, SEGÚN REGIÓN DE SALUD. PANAMÁ, 2011.

Región/ Provincia	Distrito	Lugar Poblado	Escuela	Área	n	IV	V	VI
Panamá Este	Chepo	Calle San Cristóbal	José Gabriel	U	50	16	16	18
Panamá Este	Chepo	Naranjal	Piriatí Emberá	R	25	11	11	3
Panamá Este	Chepo	Naranjal	El Naranjal	R	25	5	10	10
Panamá Este	Chepo	Ipetí Choco	Ipetí Choco	I	9	5	1	3
Los Santos	Guararé	Guararé	Juana Vernaza	U	24	9	8	7
Los Santos	Las Tablas	Las Tablas	Claudio Vázquez	U	23	0	9	14
Los Santos	Los Santos	La Villa de Los Santos	Nicanor Villalaz	U	40	12	15	13
Los Santos	Macaracas	Macaracas	Rudecinda Rodríguez	R	21	7	7	7
Herrera	Chitré	La Arena	John F. Kennedy	U	30	10	9	11
Herrera	Chitré	Barriada El Rosario	Eneida M. de Castillero	U	15	5	5	5
Herrera	Chitré	Chitré	Tomás Herrera	U	32	11	10	11
Herrera	Parita	Parita	CEBG de Parita	U	17	5	5	7
Herrera	Santa María	Santa María	CEBG Sebastián Pinzón	U	10	3	3	4
Darién	Chepigana	Garachine	C.EB.G. José de la Cruz Herrera	R	8	4	2	2
Darién	Chepigana	La Palma	C.EB.G. Eugenio Perez	U	8	3	3	2
Darién	Pinogana	El Real	C.EB.G. El Real	R	5	2	1	2
Darién	Chepigana	Santa Fe	Santa Fe	R	8	3	2	3
Darién	Pinogana	Metetí	C.EB.G. Marco Alarcón	R	13	4	4	5
Coclé	Aguadulce	Nuevo Perú	El Perú	U	4	0	0	4
Coclé	Penonomé	San Pedro	C.EB.G. Asunción Chirú Velázquez	R	6	2	2	2
Coclé	Penonomé	Chigore	Rubén Darío Carles	R	6	2	2	2
Coclé	Antón	Quebrada Grande	C.EB.G. Santa Rita	R	7	2	2	3
Coclé	Antón	El Entradero	El Entradero	R	8	2	4	2
Coclé	Antón	Llano Grande	El Valle	U	10	4	3	3
Coclé	Aguadulce	Aguadulce	Alejandro Tapia Escobar	U	16	6	4	6
Coclé	Antón	Río Hato	Angelina de Tirone	R	17	9	0	8
Coclé	Nata	Ave. Gervasi	España	U	17	10	0	7
Coclé	Aguadulce	Calle San Juan	Abelardo Herrera	U	32	10	12	10
Ngäbe Buglé	Kankintun	Cerro Ñeque	Cerro Ñeque	I	15	6	4	5
Ngäbe Buglé	Kankintun	Dobrote	Dobrote	I	9	4	2	3
Ngäbe Buglé	Kankintun	Kankintu	San Agustín	I	57	27	16	14
Ngäbe Buglé	Kankintun	Cerro Balsa	Cerro Balsa	I	5	3	1	1
Ngäbe Buglé	Kankintun	Guabal	C.E.B.G.Guabal	I	12	5	2	4
Ngäbe Buglé	Kusapín	Monte Virgen	Monte Virgen	I	1	1	0	0
Ngäbe Buglé	Kankintun	Pumona	C.E.B.G.Man Creek	I	5	2	2	1
Ngäbe Buglé	Kusapín	Río Cañaveral	Boca de Río Caña	I	28	13	7	8
			TOTAL (n)		618	223	185	210

La mayor población escolar encuestada de 10 a 14 fue de la Comarca Ngäbe Buglé con un 24,4%(174/712), seguida por las Regiones de: Coclé con un 18,7% (133/712), Herrera con un 16,4%(117/712), Los Santos con un 15.2% (108/712) y Panamá Este con un 14.9% (106/712). En la Región de Darién con un 10,4% (74/712), la cual comparada con las demás regiones, presentó la menor población escolar encuestada. (**Gráfico N°1**).

Gráfico N°1

DISTRIBUCIÓN DE LOS ESCOLARES DE 10 A 14 AÑOS, SEGÚN REGIÓN. PANAMÁ, 2011. n=712

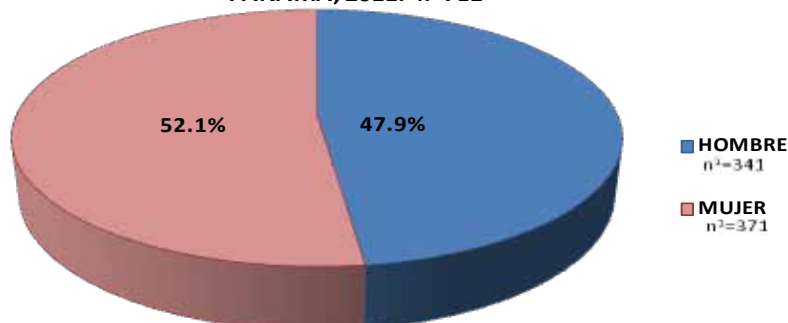


Fuente: Evaluación CAP de Estilos de Vida Saludable de Salud Bucal, año 2011.

La distribución de la población escolar encuestada por sexo reflejó que el 52% (371/712) eran mujeres y un 48% (341/712) fueron hombres. En la aplicación de la encuesta hubo predominio de las mujeres, con relación a los hombres. (**Gráfico N° 2**).

Gráfico N°2

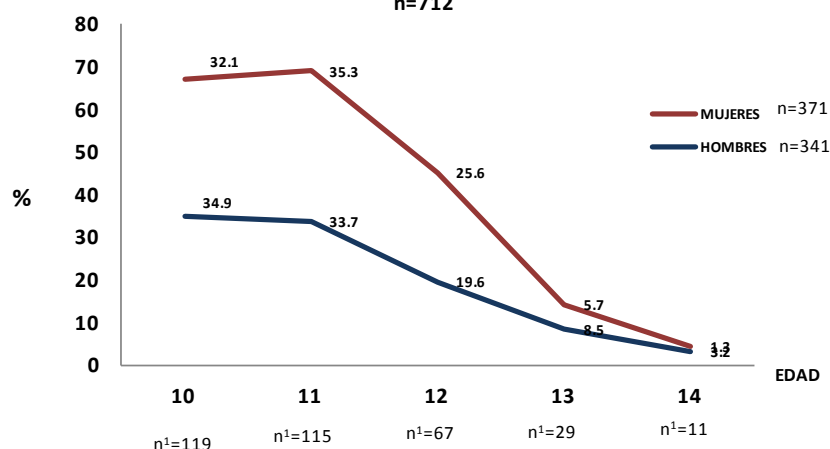
DISTRIBUCIÓN DE LOS ESCOLARES DE 10 A 14 AÑOS, POR SEXO. PANAMÁ, 2011. n=712



Fuente: Evaluación CAP de Estilos de Vida Saludable de Salud Bucal, año 2011.

Gráfico N°3

PROPORCIÓN DE ESCOLARES DE 10 A 14 AÑOS, POR SEXO, SEGÚN EDAD.
PANAMÁ, 2011.
n=712



Fuente: Evaluación CAP de Estilos de Vida Saludable de Salud Bucal, año 2011.

En relación a la edad y al sexo, la distribución reveló que se registraron escolares de ambos sexos para las edades de 10 a 14 años. La proporción hombre mujer fue similar en cada una de las regiones estudiadas. El comportamiento de la muestra, de acuerdo al total de hombres y mujeres según grupo de edad evidencia una mayor proporción de mujeres con relación a los hombres, entre las edades de 10 a 12 años en un 48% (646/712). La edad media del encuestado fue de 11.10 años. (Gráfico N°3).

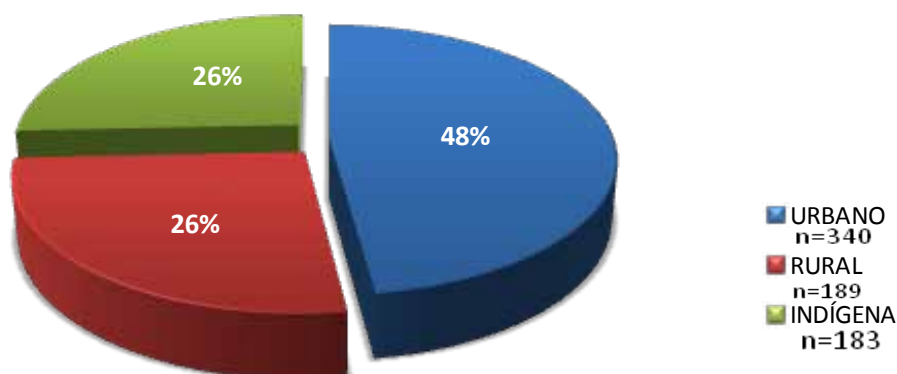
Distribución de la Población Escolar, por Área:

La población escolar encuestada por área urbana, rural e indígena, se clasificó de acuerdo a la distribución de la población establecida por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censo de la Contraloría General de la República y el Ministerio de Educación.

La mayor proporción de escolares encuestados correspondió al área urbana con 48% (340/712), le sigue el área rural con 26% (189/712) y el área indígena con un 26% (183/712). (**Gráfico N°4**)

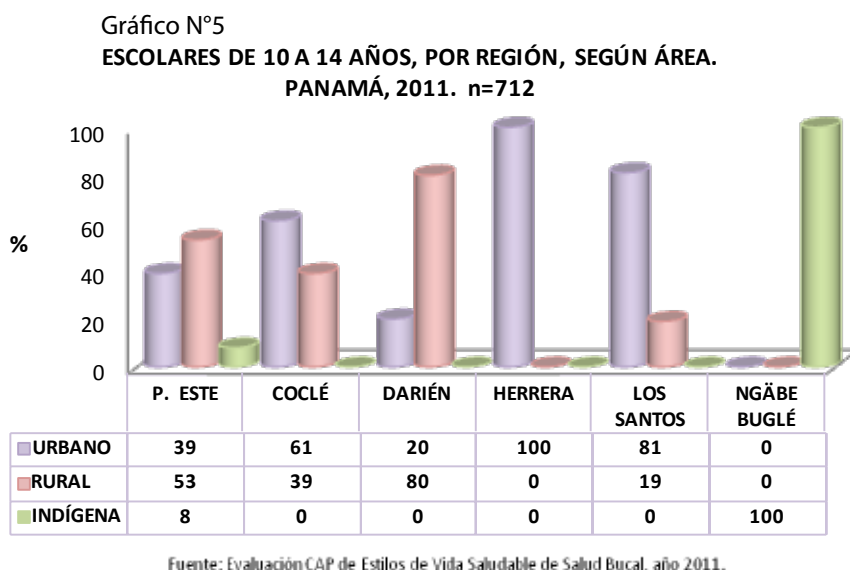
Gráfico N°4

DISTRIBUCIÓN DE LOS ESCOLARES DE 10 A 14 AÑOS, SEGÚN ÁREA.
PANAMÁ, 2011. n=712



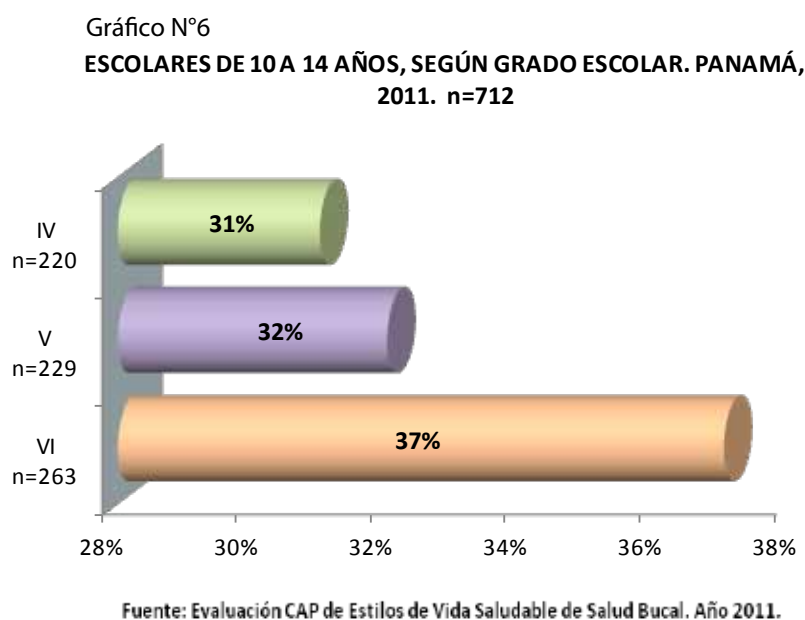
Fuente: Evaluación CAP de Estilos de Vida Saludable de Salud Bucal, año 2011.

En las regiones de Herrera, Los Santos y Coclé, las escuelas estaban ubicadas principalmente en áreas urbanas. Por sus características de urbanización, en la Comarca Ngäbe Buglé solo se entrevistó a población indígena y en la provincia de Herrera sólo a población urbana. (Gráfico N°5).



Grado Escolar:

La población escolar encuestada, consideró a todos aquellos niños de 10 a 14 años de edad correspondiente al IV, V y VI grado, siendo que, el 31% (220/712) de los escolares examinados correspondió al IV grado, le siguen el V grado con un 32% (229/712 escolares) y un 37% (263/712), correspondió a los estudiantes del VI grado. (Gráfico N° 6).



2. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre Estilos de Vida Saludables de Salud Bucal.

Las enfermedades bucales son uno de los problemas principales de la salud pública, debido a su alta prevalencia. Una forma de tratarla a largo plazo es la modificación de las conductas de riesgo, por eso es importante establecer los niveles de conocimiento, las actitudes y las prácticas sobre aspectos importantes de la salud bucal en los grupos escolares de 10 a 14 años, sobre los cuales las estrategias sanitarias de promoción, prevención y atención, tendrían un gran impacto en los estilos de vida. El grupo escolar de 12 años es especialmente importante, ya que es la edad universal de vigilancia epidemiológica a nivel internacional de la caries dental, y es el período en que han erupcionado la mayoría de los dientes permanentes, con un menor daño comparativo por caries dental y enfermedad periodontal en relación con otros grupos, y donde, se espera un impacto favorable en la conducta y futuros estilos de vida.

a. Conocimiento general de Salud Bucal:

El conocimiento se refiere a la información que percibe o tiene el usuario de los servicios de salud sobre el estilo de vida saludable y la salud bucal.

En la medición del conocimiento general de salud bucal se incluyen, preguntas sobre aspectos relacionados al saber y percepción que tienen los escolares con relación a la salud, la enfermedad bucal, sus causas, consecuencias, duración de los dientes, utilidad de los dientes, así como preguntas relacionadas al cuidado y prevención de la salud bucal.

CUADRO Nº 3. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA VARIABLE CONOCIMIENTO GENERAL DE SALUD BUCAL, EN LOS ESCOLARES DE 10 A 14 AÑOS, POR CATEGORÍAS, SEGÚN VARIABLES. PANAMÁ, 2011. n=712

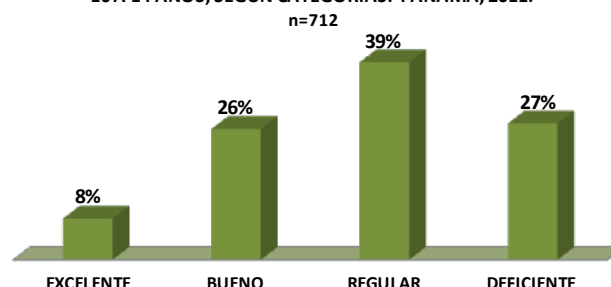
CATEGORÍAS		TOTAL MUESTRA		EXCELENTE		BUENO		REGULAR		DEFICIENTE	
VARIABLES		Nº	%	Nº	%N de fila	Nº	%N de fila	Nº	%N de fila	Nº	%N de fila
TOTAL		712	100.0%	58	8.1%	184	25.8%	278	39.0%	192	27.0%
EDAD	10	238	33.4%	20	8.4%	54	22.7%	103	43.3%	61	25.6%
	11	246	34.6%	19	7.7%	64	26.0%	88	35.8%	75	30.5%
	12	162	22.8%	14	8.6%	48	29.6%	62	38.3%	38	23.5%
	13	50	7.0%	5	10.0%	13	26.0%	20	40.0%	12	24.0%
	14	16	2.2%	0	0.0%	5	31.3%	5	31.3%	6	37.5%
SEXO	Hombre	341	47.9%	27	7.9%	93	27.3%	136	39.9%	85	24.9%
	Mujer	371	52.1%	31	8.4%	91	24.5%	142	38.3%	107	28.8%
GRADO ESCOLAR	IV	220	30.9%	19	8.6%	51	23.2%	89	40.5%	61	27.7%
	V	229	32.2%	21	9.2%	72	31.4%	81	35.4%	55	24.0%
	VI	263	36.9%	18	6.8%	61	23.2%	108	41.1%	76	28.9%
ÁREA	Urbana	340	47.8%	18	5.3%	56	16.5%	149	43.8%	117	34.4%
	Rural	189	26.5%	16	8.5%	60	31.7%	79	41.8%	34	18.0%
	Indígena	183	25.7%	24	13.1%	68	37.2%	50	27.3%	41	22.4%
REGIÓN	Coclé	133	18.7%	13	9.8%	47	35.3%	60	45.1%	13	9.8%
	Darién	74	10.4%	13	17.6%	19	25.7%	27	36.5%	15	20.3%
	Herrera	117	16.4%	0	0.0%	3	2.6%	45	38.5%	69	59.0%
	Los Santos	108	15.2%	5	4.6%	17	15.7%	54	50.0%	32	29.6%
	Panamá Este	106	14.9%	4	3.8%	36	34.0%	43	40.6%	23	21.7%
	Ngäbe Buglé	174	24.4%	23	13.2%	62	35.6%	49	28.2%	40	23.0%

Fuente: Evaluación CAP de Estilos de Vida Saludable de Salud Bucal, año 2011.

Al indagar en los escolares de 10 a 14 años, sobre diferentes temas relacionados con conocimiento que tienen sobre la salud y la enfermedad bucal, sus causas, consecuencias, cómo prevenirlas y agrupar las preguntas según los temas, luego categorizarlas se observó que solo el 8% (58/712) de los encuestados, presentó un nivel de conocimiento excelente, el 26% (184/712) un nivel de conocimiento bueno, el 66% (470/712) un nivel de conocimiento de regular a deficiente. (**Gráfico N°7, Cuadro N°3**).

Gráfico N°7

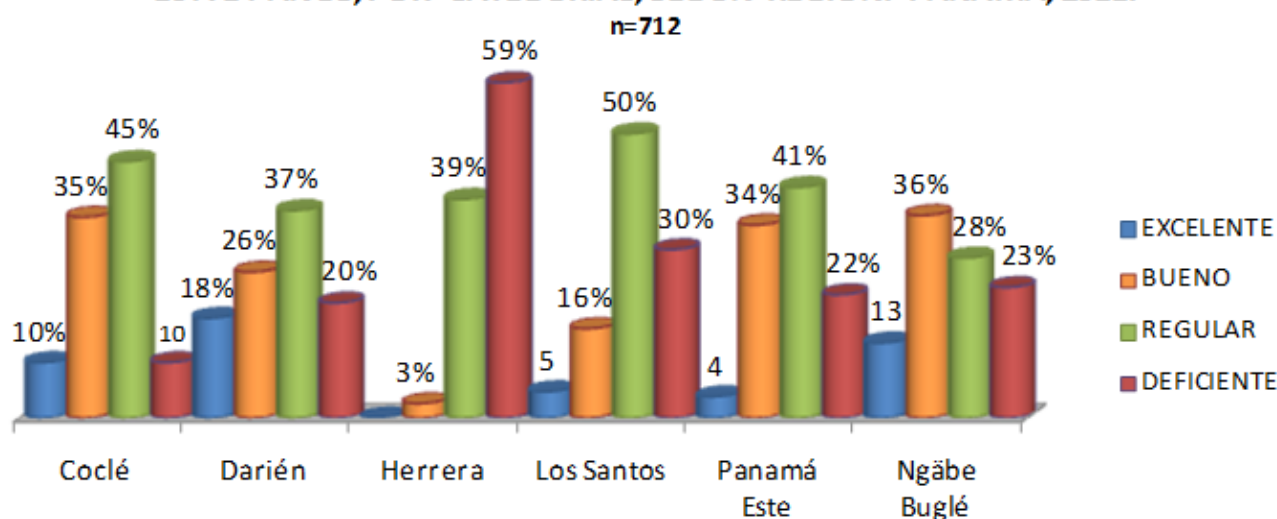
CONOCIMIENTO GENERAL SOBRE SALUD BUCAL. ESCOLARES DE 10 A 14 AÑOS, SEGÚN CATEGORÍAS. PANAMÁ, 2011.



Fuente: Evaluación CAP de Estilos de Vida Saludable de Salud Bucal, año 2011.

Gráfico N°8

CONOCIMIENTO GENERAL SOBRE SALUD BUCAL, EN LOS ESCOLARES DE 10 A 14 AÑOS, POR CATEGORÍAS, SEGÚN REGIÓN. PANAMÁ, 2011.



Fuente: Evaluación CAP de Estilos de Vida Saludable de Salud Bucal. Año 2011.

Según Región, se observó que el nivel de conocimiento general relacionado a los temas de salud bucal y prevención bucal, fue deficiente en la región de Herrera, con un 59% (69/117), en la región de Los Santos el nivel de conocimiento general se categorizó como regular en un 50% (54/108), igualmente, en la región de Coclé el nivel de conocimiento general fue regular en un 45% (60/133) y en la Comarca Ngäbe Buglé se observó un nivel de conocimiento de regular a bueno en un 64% (111/174) de los escolares encuestados. (**Gráfico N°8**).

Al evaluar los temas que integran el conocimiento general de salud bucal, se observó que los temas relacionados a la prevención bucal fueron mejor evaluados por los escolares encuestados que los temas relacionados a las causas de las enfermedades bucales. (**Cuadro N°5**)

• **Conocimiento sobre aspectos de Salud Bucal:** El conocimiento sobre algunos temas de salud bucal, se expresaron mediante cinco preguntas que el encuestado respondió y que estaban relacionadas con las causas de las enfermedades bucales como la caries dental, sangrado de las encías, utilidad de los dientes, duración de los dientes en boca y su percepción de que es tener una boca sana. Se realizó una distribución de las frecuencias, según pregunta y respuestas acertadas y no acertadas.

CUADRO N° 4. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA VARIABLE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL, EN LOS ESCOLARES DE 10 A 14 AÑOS, POR CATEGORÍAS, SEGÚN VARIABLES. PANAMÁ, 2011. n=712

Preguntas= 1,2,3,4, 5.

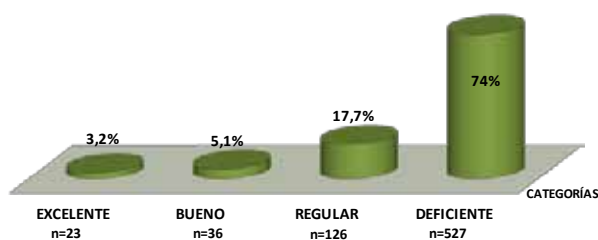
CATEGORÍAS		TOTAL MUESTRA		EXCELENTE		BUENO		REGULAR		DEFICIENTE	
VARIABLES		N°	%	N°	%N de fila	N°	%N de fila	N°	%N de fila	N°	%N de fila
Total		712	100.0%	23	3.2%	36	5.1%	126	17.7%	527	74.0%
EDAD	10	238	33.4%	4	1.7%	7	2.9%	51	21.4%	176	73.9%
	11	246	34.6%	8	3.3%	11	4.5%	41	16.7%	186	75.6%
	12	162	22.8%	6	3.7%	11	6.8%	19	11.7%	126	77.8%
	13	50	7.0%	4	8.0%	4	8.0%	12	24.0%	30	60.0%
	14	16	2.2%	1	6.3%	3	18.8%	3	18.8%	9	56.3%
SEXO	Hombre	341	47.9%	9	2.6%	18	5.3%	64	18.8%	250	73.3%
	Mujer	371	52.1%	14	3.8%	18	4.9%	62	16.7%	277	74.7%
GRADO ESCOLAR	IV	220	30.9%	12	5.5%	14	6.4%	59	26.8%	135	61.4%
	V	229	32.2%	6	2.6%	10	4.4%	30	13.1%	183	79.9%
	VI	263	36.9%	5	1.9%	12	4.6%	37	14.1%	209	79.5%
ÁREA	Urbana	340	47.8%	2	.6%	3	.9%	42	12.4%	293	86.2%
	Rural	189	26.5%	1	.5%	9	4.8%	32	16.9%	147	77.8%
	Indígena	183	25.7%	20	10.9%	24	13.1%	52	28.4%	87	47.5%
REGIÓN	Coclé	133	18.7%	0	0.0%	2	1.5%	27	20.3%	104	78.2%
	Darién	74	10.4%	3	4.1%	5	6.8%	17	23.0%	49	66.2%
	Herrera	117	16.4%	0	0.0%	2	1.7%	22	18.8%	93	79.5%
	Los Santos	108	15.2%	0	0.0%	0	0.0%	1	.9%	107	99.1%
	Panamá Este	106	14.9%	0	0.0%	3	2.8%	8	7.5%	95	89.6%
	Ngäbe Buglé	174	24.4%	20	11.5%	24	13.8%	51	29.3%	79	45.4%

Fuente: Evaluación CAP de Estilos de Vida Saludable de Salud Bucal, año 2011.

Para evaluar el nivel de conocimiento se establecieron cuatro categorías: excelente, bueno, regular y deficiente. Se observó que el 74% (527/712) presento un nivel de conocimiento deficiente y sólo una minoría el 8,3% (59/712) de los escolares manifestó tener un nivel de conocimiento de bueno a excelente. (**Cuadro N°4, Gráfico N° 9**).

Gráfico N°9

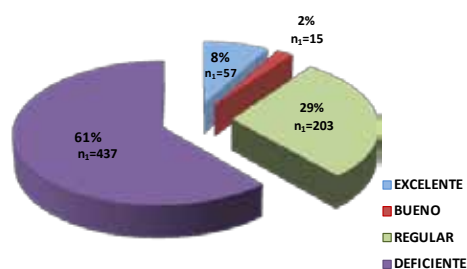
CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL EN ESCOLARES DE 10 A 14 AÑOS, SEGÚN CATEGORÍAS. PANAMÁ, 2011. n=712



Fuente: Evaluación CAP de Estilos de Vida Saludable de Salud Bucal. Año 2011.

Gráfico N°10

CONOCIMIENTO SOBRE LA CAUSA DEL SANGRADO DE LAS ENCÍAS. ESCOLARES DE 10 A 14 AÑOS, SEGÚN CATEGORÍAS. PANAMÁ, 2011. n=712



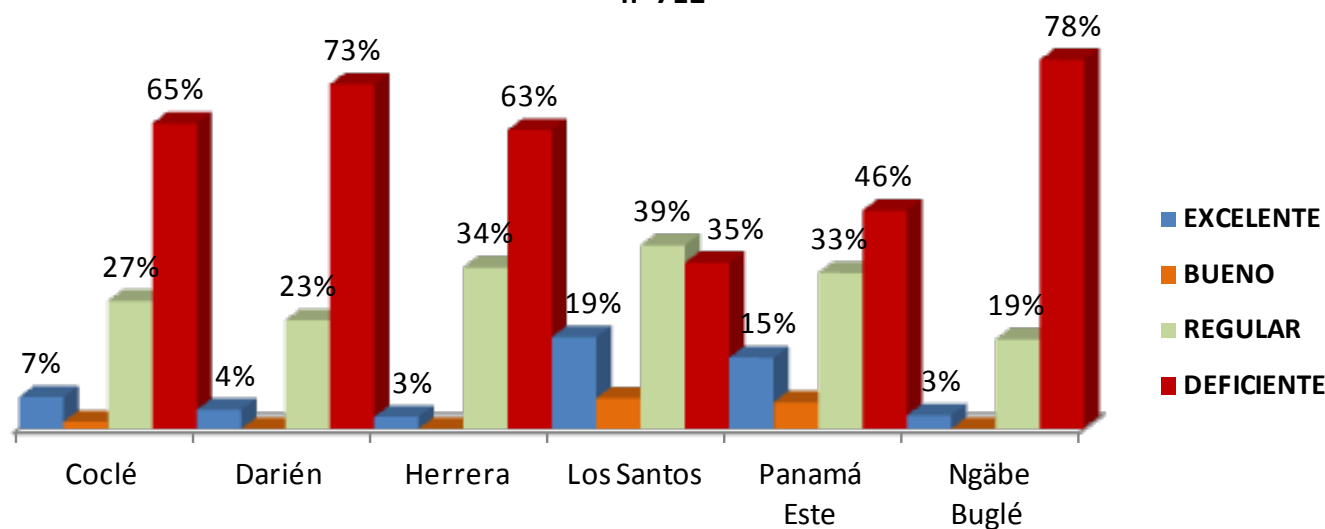
Fuente: Evaluación CAP de Estilos de Vida Saludable de Salud Bucal. Año 2011.

Respecto al nivel de conocimiento de salud bucal, la mayoría de los escolares desconoce las causas del sangrado de las encías y las causas de la caries dental, el 90% (640/712) presentó un nivel de conocimiento de regular a deficiente con relación a las causas del sangrado de las encías. (**Gráfico N°10**).

Gráfico N°11

CONOCIMIENTO SOBRE LA CAUSA DEL SANGRADO DE LAS ENCÍAS, SEGÚN REGIÓN. ESCOLARES DE 10 A 14 AÑOS. PANAMÁ, 2011.

n=712



Fuente: Evaluación CAP de Estilos de Vida Saludable de Salud Bucal. Año 2011.

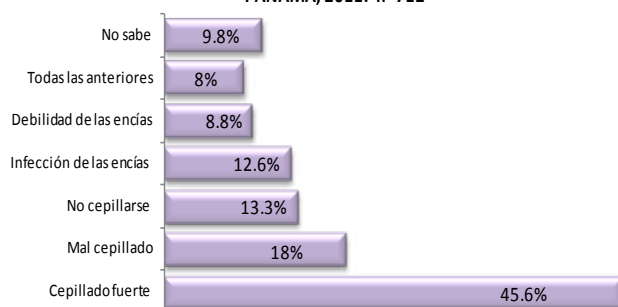
Según región se observó que el nivel de conocimiento respecto a las causas del sangrado de las encías fue deficiente en las regiones de Ngäbe Buglé en un 78% (136/174), seguido por Darién con un 73% (54/74), Coclé con un 65% (86/133), Herrera con un 63% (74/117) y en la región de Panamá Este con 46% (49/106). (**Gráfico N°11**).

Siendo mayor el desconocimiento en los escolares del área indígena con un 76% (139/183), seguido del área rural con un 63% (120/189). Se observó que había más desconocimiento entre los escolares hombres 65% (222/341) con relación a los escolares del sexo femenino 58% (215/371). (**AnexoN°8**).

Según área urbana, rural, indígena, al aplicarle la prueba estadística de Chi cuadrado se observó que no existe significancia $p=0.217$, X^2 de Pearson=4.445, no hubo diferencias estadísticamente significativas por área para esta variable, dado que el valor de $p>0.05$.

Gráfico N°12

CONOCIMIENTO DE LOS ESCOLARES DE 10 A 14 AÑOS, RESPECTO A LAS CAUSAS DEL SANGRADO DE LAS ENCÍAS, SEGÚN RESPUESTAS. PANAMÁ, 2011. n=712

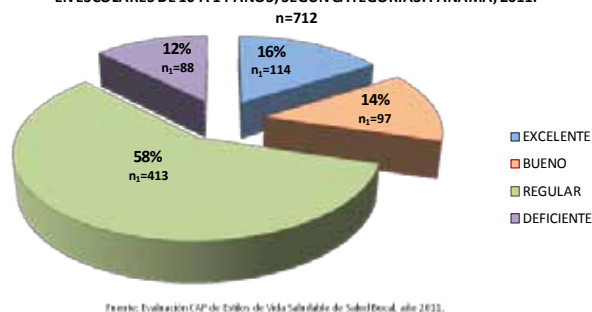


Fuente: Evaluación CAP de Estilos de Vida Saludable de Salud Bucal. Año 2011.

El nivel de conocimiento deficiente respecto a las “causas del sangrado de las encías”, se atribuye a las respuestas no acertadas, emitidas por los escolares encuestados que manifestaron que el sangrado de las encías, en primera instancia era causado por un “un cepillado fuerte de los dientes” con un 46% (327/712), seguido de un 32% (228/712) que opinó que las causas del sangrado de las encías se debe a “un mal cepillado o al No de cepillado de los dientes”. El 29% (206/712) de los encuestados respondió que el sangrado de las encías es causado por una “infección y debilidad de las encías”. También hubo un 9,8% (69/712) que refirió “no saber porqué se produce el sangrado de las encías”. Solo un 8% respondió acertadamente. (**GráficoN°12**).

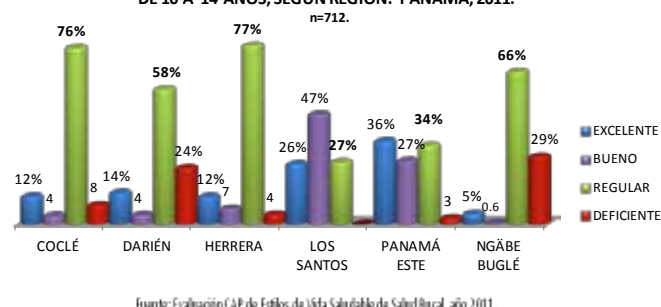
Respecto a la “causa de la caries dental”, según categorías, el 58% (413/712) de los escolares presentó un nivel de conocimiento regular, el 14% (97/712) presentó un nivel de conocimiento bueno, el 12% (88/712) reflejó un nivel de conocimiento deficiente y solo un 16% (114/712) reportó un nivel de conocimiento excelente. **(Gráfico N°13)**. Entre las causas que atribuyen los escolares a la aparición de la caries dental, según la frecuencia de las repuestas acertadas y no acertadas, el 41% (291/712) de los escolares, opinó que los dientes tienen caries por no cepillarse los dientes, otras causas expresadas fueron: el consumo de dulces (35%), la falta de calcio (7%) y la mala alimentación (4,7%). **(Anexo N°7.1)**.

Gráfico N°13
CONOCIMIENTO SOBRE LA CAUSA DE LA CARIES DENTAL,
EN ESCOLARES DE 10 A 14 AÑOS, SEGÚN CATEGORÍAS. PANAMÁ, 2011.



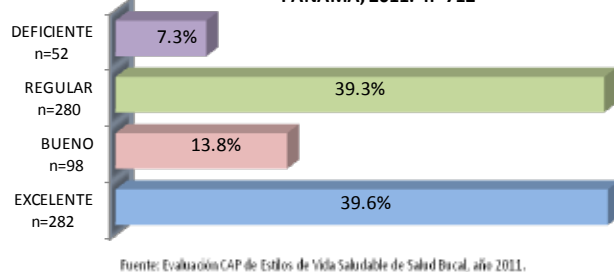
El conocimiento sobre las causas de la caries dental, se presentó de regular a deficiente principalmente en las Regiones de: Ngäbe Buglé en un 95% (165/174), Coclé en un 84% (112/133), Darién en un 82% (61/74) y Herrera 81% (95/117). **(Gráfico N°14, Anexo N°7)**.

Gráfico N°14
CONOCIMIENTO SOBRE LA CAUSA DE LA CARIES DENTAL EN ESCOLARES
DE 10 A 14 AÑOS, SEGÚN REGIÓN. PANAMÁ, 2011.



El conocimiento respecto a la pregunta qué es “tener una boca sana” el 53,4% (380/712) de los escolares presentaron un nivel de conocimiento entre bueno y excelente. El 39% (280/712) de los entrevistados presentó un conocimiento regular y solo el 7% (52/712) presentó un conocimiento deficiente.

Gráfico N°15
CONOCIMIENTO SOBRE ¿QUÉ ES TENER UNA BOCA SANA?.
ESCOLARES DE 10 A 14 AÑOS, SEGÚN CATEGORÍAS.
PANAMÁ, 2011. n=712

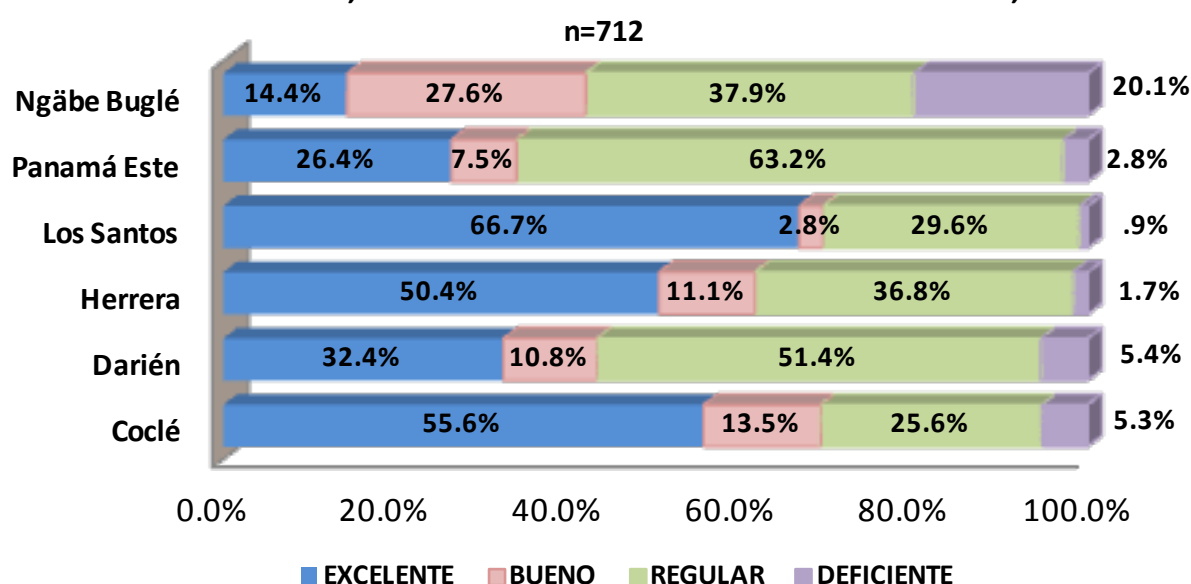


Los encuestados relacionan el tener una boca sana con “tener dientes y encías sanas” y el “tener los dientes completos”; otros opinaron que el tener una boca sana es “tener los dientes blancos y parejos” y un 7% de los encuestados no respondió. (**Gráfico N°15, anexo N°6.1**).

Según, región se observó un nivel de conocimiento de regular a deficiente en las regiones de Panamá Este con un 66% (70/106), Ngäbe Buglé con un 58% (101/174) y Darién con un 57% (42/74). (**Gráfico N°16**). Igualmente se observó que esta categorización de regular a deficiente, es más frecuente en el área indígena en un 60% (110/183), con relación al área rural 55% (104/189) y al área urbana 35% (118/340). (**Anexo N°6**).

Gráfico N°16

CONOCIMIENTO SOBRE ¿QUE ES TENER UNA BOCA SANA?. ESCOLARES DE 10 A 14 AÑOS, SEGÚN CATEGORÍAS Y REGIÓN . PANAMÁ, 2011.



Fuente: Evaluación CAP de Estilos de Vida Saludable de Salud Bucal, año 2011.

Respecto a la duración de los dientes naturales en boca, el 62% (440/712) de los escolares consideraron que éstos deben durar toda la vida, reflejándose un nivel de conocimiento excelente, el 22% (156/712) refiere un nivel de conocimiento bueno al responder que los dientes deben durar hasta la edad de 60 años. El 5,9% (42/712) reportó un nivel de conocimiento regular, refiriendo que los dientes deben durar solo hasta la edad de 20 años y el 10,4% (74/712) de los escolares presentó un nivel de conocimiento deficiente al manifestar que no sabe hasta qué edad le deben durar los dientes. (**Gráfico N°17**)

El nivel de conocimiento es mayor, en la categoría de bueno a excelente, en los escolares del área rural con un 90.5% (171/189) y el área urbana con un 90.3% (307/340) con respecto al área indígena. También se observó, que la región de Los Santos, con un 93.5% (101/108), reportó un nivel de conocimiento de bueno a excelente, con relación a las otras regiones estudiadas. (**Anexo N°9**).

Gráfico N°17
CONOCIMIENTO DE LOS ESCOLARES SOBRE LA DURACIÓN DE
LOS DIENTES EN BOCA, SEGÚN CATEGORÍAS. PANAMÁ, 2011.
n=712

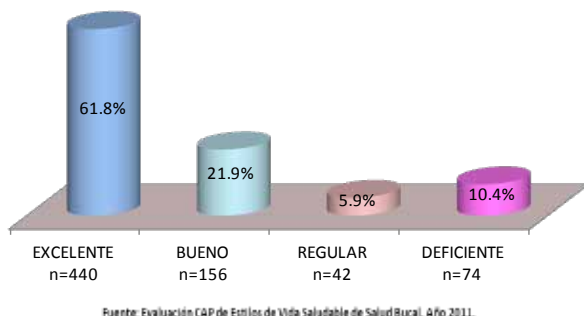
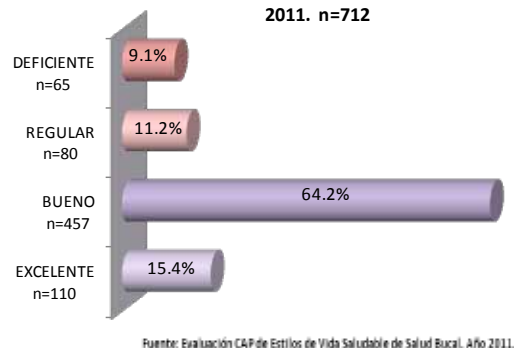


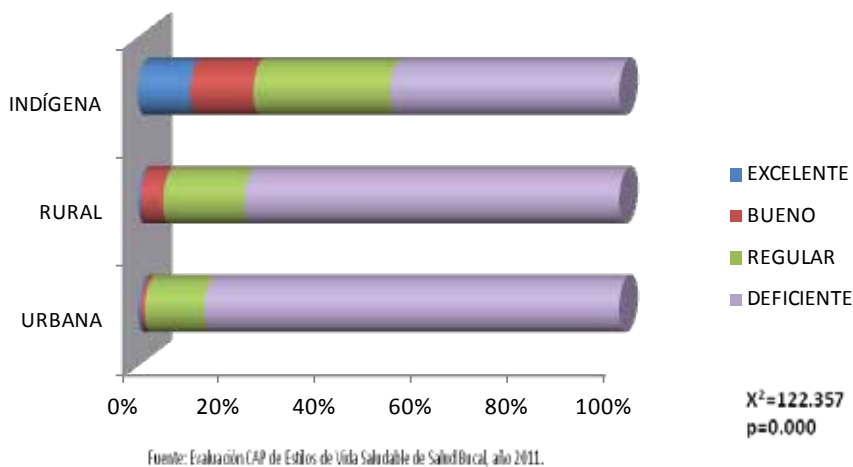
Gráfico N°18
CONOCIMIENTO DE LOS ESCOLARES DE 10 A 14 AÑOS SOBRE
LA UTILIDAD DE LOS DIENTES, SEGÚN CATEGORÍAS. PANAMÁ,
2011. n=712



Tal como se presenta en la gráfica N°18, a los encuestados se les preguntó “Para qué sirven los dientes”. La mayoría de los escolares presentó un nivel de conocimiento bueno, en un 64,2% (457/712), al manifestar que los dientes sirven para masticar los alimentos; el 15% (110/712) presentó un nivel de conocimiento excelente; el 20% (145/712) de los encuestados, refiere un nivel de conocimiento de regular a deficiente, al responder que los dientes sirven para vernos bien, ayudan a la digestión de los alimentos; y sólo un 2% opinó que los dientes no son importantes. Reportándose un conocimiento de bueno a excelente en los escolares de la región de Los Santos, con un 90,8% (98/108), seguido de las región de Panamá Este con un 86,8% (92/106) y Darién con un 78.2% (58/74). (**Anexo N°10**)

Al analizar las respuestas acertadas de las diferentes preguntas sobre salud bucal, y categorizar el nivel de conocimiento por área, se observó que el conocimiento es deficiente en todas las áreas estudiadas, el área indígena presentó una mejor situación siendo el conocimiento deficiente menor en un 48% (87/183), en relación con el área rural que reflejó un 78% (147/189) y el área urbana con un 86% (293/340). En el área indígena se observó también el mayor porcentaje de escolares con conocimiento excelente (10.9%). Al aplicarle la prueba estadística de Chi cuadrado se observó que existe significancia $p=0.000$, con un valor X^2 de Pearson=122.357. Lo que indica que las diferencias entre las áreas urbana, rural indígena son altamente significativas a un valor de $p<0.05$; a un nivel de significancia del 5%. (**Gráfico N°19**).

Gráfico N°19
CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL, EN LOS ESCOLARES DE
10 A 14 AÑOS, POR CATEGORÍAS, SEGÚN ÁREA.
PANAMÁ, 2011. n=712



Según la variable grado escolar en los escolares de V(79,9%) y VI (79,5%) grado la deficiencia en el conocimiento se incrementa, esta deficiencia es altamente significativa al aplicarle la prueba estadística de Chi cuadrado se observó que existe significancia $p=0.000$, con un valor X^2 de Pearson=28.081. Lo que indica que existen diferencias altamente significativas entre los grados escolares estudiados. (**Cuadro N°4**).

• **Conocimiento sobre Prevención Bucal:**

El conocimiento sobre prevención bucal se refiere a la percepción que tienen los escolares con respecto los cuidados de la boca, enfermedades dentales, alimentación, momentos de azúcar, cepillado de los dientes, conocimiento y uso del flúor.

CUADRO N° 5. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL CONOCIMIENTO SOBRE PREVENCIÓN BUCAL EN ESCOLARES DE 10 A 14 AÑOS, POR CATEGORIZACIÓN DE LAS PREGUNTAS 6-13, SEGÚN VARIABLES. PANAMÁ 2011.

n=712

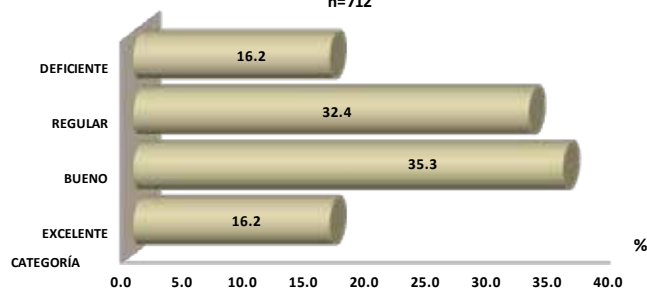
CATEGORÍAS		PREG.= 6-13, Conocimiento sobre Prevención Bucal									
		TOTAL MUESTRA		EXCELENTE		BUENO		REGULAR		DEFICIENTE	
		N°	%	N°	%N de fila	N°	%N de fila	N°	%N de fila	N°	%N de fila
TOTAL		712	100.0%	115	16.2%	251	35.3%	231	32.4%	115	16.2%
EDAD	10	238	33.4%	39	16.4%	95	39.9%	71	29.8%	33	13.9%
	11	246	34.6%	44	17.9%	89	36.2%	77	31.3%	36	14.6%
	12	162	22.8%	25	15.4%	52	32.1%	52	32.1%	33	20.4%
	13	50	7.0%	6	12.0%	9	18.0%	25	50.0%	10	20.0%
	14	16	2.2%	1	6.3%	6	37.5%	6	37.5%	3	18.8%
SEXO	Hombre	341	47.9%	50	14.7%	119	34.9%	121	35.5%	51	15.0%
	Mujer	371	52.1%	65	17.5%	132	35.6%	110	29.6%	64	17.3%
GRADO ESCOLAR	IV	220	30.9%	30	13.6%	69	31.4%	75	34.1%	46	20.9%
	V	229	32.2%	33	14.4%	83	36.2%	74	32.3%	39	17.0%
	VI	263	36.9%	52	19.8%	99	37.6%	82	31.2%	30	11.4%
ÁREA	Urbana	340	47.8%	93	27.4%	159	46.8%	67	19.7%	21	6.2%
	Rural	189	26.5%	16	8.5%	70	37.0%	81	42.9%	22	11.6%
	Indígena	183	25.7%	6	3.3%	22	12.0%	83	45.4%	72	39.3%
REGIÓN	Coclé	133	18.7%	5	3.8%	53	39.8%	55	41.4%	20	15.0%
	Darién	74	10.4%	4	5.4%	19	25.7%	36	48.6%	15	20.3%
	Herrera	117	16.4%	53	45.3%	60	51.3%	4	3.4%	0	0.0%
	Los Santos	108	15.2%	31	28.7%	55	50.9%	17	15.7%	5	4.6%
	Panamá Este	106	14.9%	17	16.0%	43	40.6%	41	38.7%	5	4.7%
	Ngäbe Buglé	174	24.4%	5	2.9%	21	12.1%	78	44.8%	70	40.2%

Fuente: Evaluación CAP de Estilos de Vida Saludable de Salud Bucal, año 2011.

Gráfico N°20

CONOCIMIENTOS SOBRE PREVENCIÓN BUCAL, EN ESCOLARES DE 10 A 14 AÑOS, SEGÚN CATEGORÍAS. PANAMÁ, 2011.

n=712



Fuente: Evaluación CAP de Estilos de Vida Saludable de Salud Bucal, Año 2011.

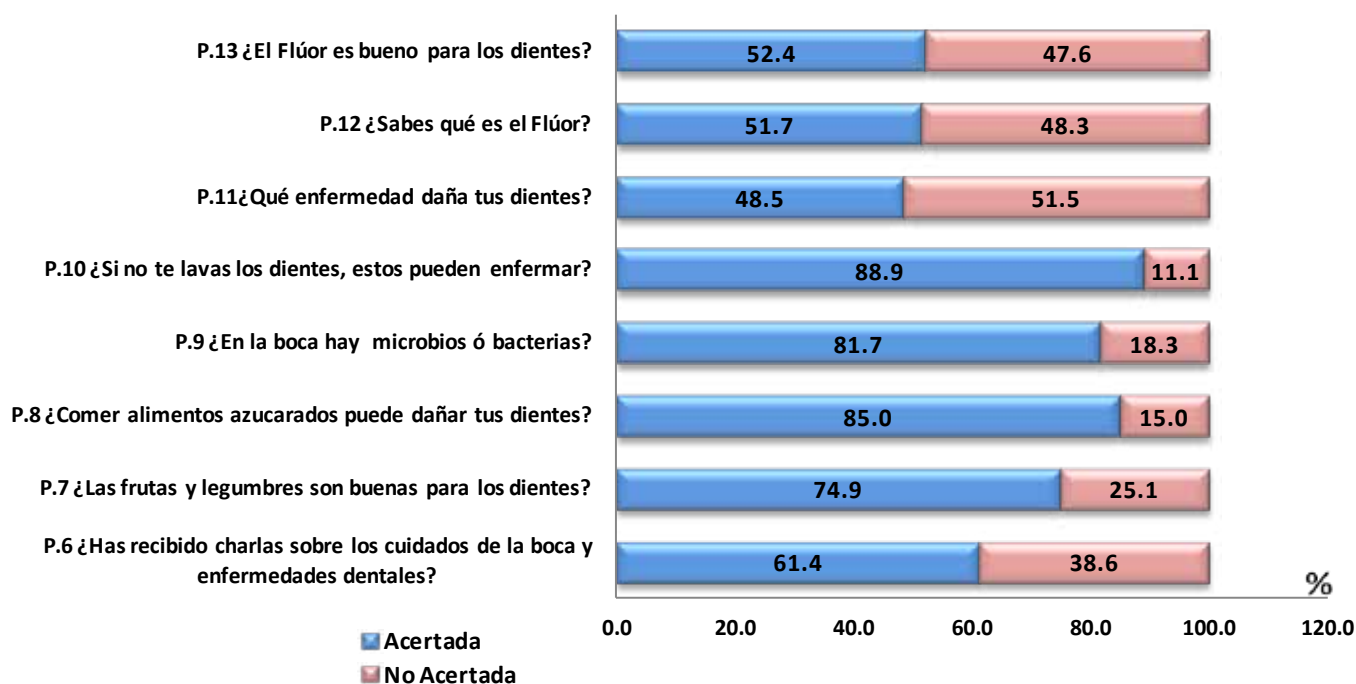
Al categorizar y dar una ponderación a las respuestas de las preguntas de la encuesta aplicada a los escolares se observó que el 51,5% (366/712) de los encuestados refiere un conocimiento de bueno a excelente, el 48,6% (346/712) presentó un nivel de conocimiento de regular a deficiente; en términos generales se evidencia que la mayor frecuencia de observaciones se encuentra en las categorías de bueno a regular con un 67% (482/712). (Gráfico N°20, Cuadro N°5).

Para esta encuesta, el conocimiento en prevención bucal se basa en los aspectos fundamentales para la conservación de una buena salud bucal y desarrollar prácticas saludables. Los escolares de 10 a 14 años, respondieron en un 89% (633/712), a la pregunta relacionada con la conservación de la higiene bucal en el lavado de los dientes, un 85% (605/712) de los escolares considera que comer alimentos azucarados puede dañar los dientes y el 82% (583/712) de los encuestados afirmaron que en la boca hay microbios o bacterias. Con relación a la pregunta de que si las frutas y legumbres son buenas para los dientes, el 75% (534/712) de los escolares contestó afirmativamente. El 61% (434/712) ha recibido orientaciones y charlas sobre los cuidados de la cavidad oral. Respecto a “qué enfermedad daña los dientes” un 52% (370/712) de los escolares respondió que no sabían cuáles son estas enfermedades. También se presentó un desconocimiento de los encuestados en un 52% (370/712) con relación al tema de “qué es el flúor y los beneficios del flúor”. (Gráfico N° 21).

Gráfico N°21

CONOCIMIENTOS SOBRE PREVENCIÓN BUCAL EN LA POBLACIÓN ESCOLAR DE 10 A 14 AÑOS, SEGÚN PREGUNTA. PANAMÁ, 2011.

n=712

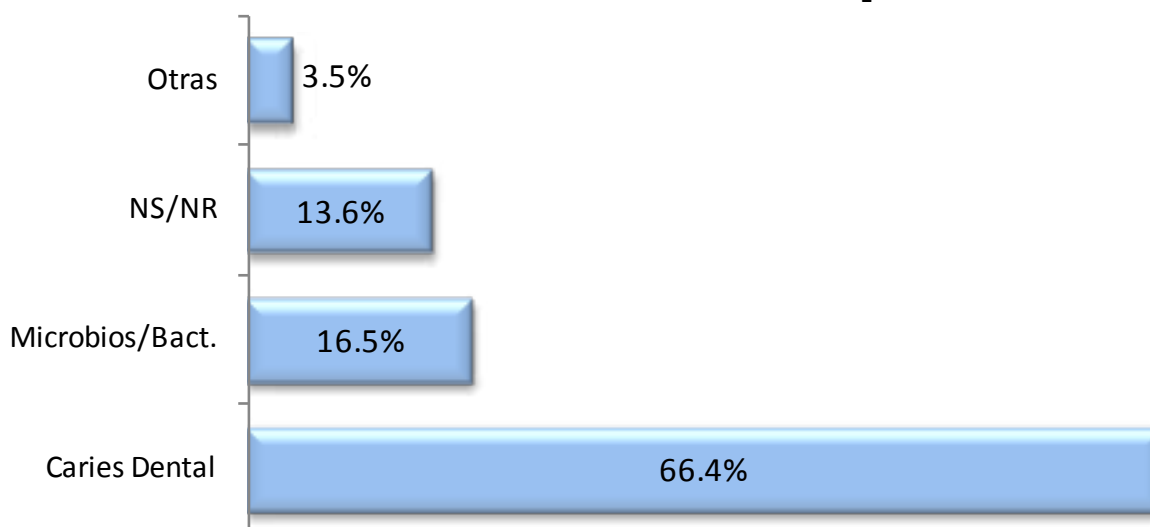


Fuente: Evaluación CAP de Estilos de Vida Saludable de Salud Bucal. Año 2011.

Respecto a la pregunta condicionada “sabes qué enfermedad daña los dientes”, el 49% (345/712) de los escolares contestó acertadamente, seguidamente entre los escolares que respondieron que sí sabían, se les preguntó ¿cuál enfermedad?, los resultados indicaron que el 66,4% (229/345) respondió que la caries dental. Otras enfermedades expresadas fueron: los microbios o bacterias con un 16,5% (57/345), la gingivitis, el sarro, la falta de calcio con un 3,5% (12/345) y sólo un 13,6% (47/345) refiere que “no sabe”. (**Gráfico N° 22**).

Gráfico N°22

**CONOCIMIENTO RESPECTO A ¿QUE ENFERMEDAD QUE DAÑA
LOS DIENTES?, DE LOS ESCOLARES QUE RESPONDIERON
ACERTADAMENTE. PANAMÁ, 2011. $n_1=345$**

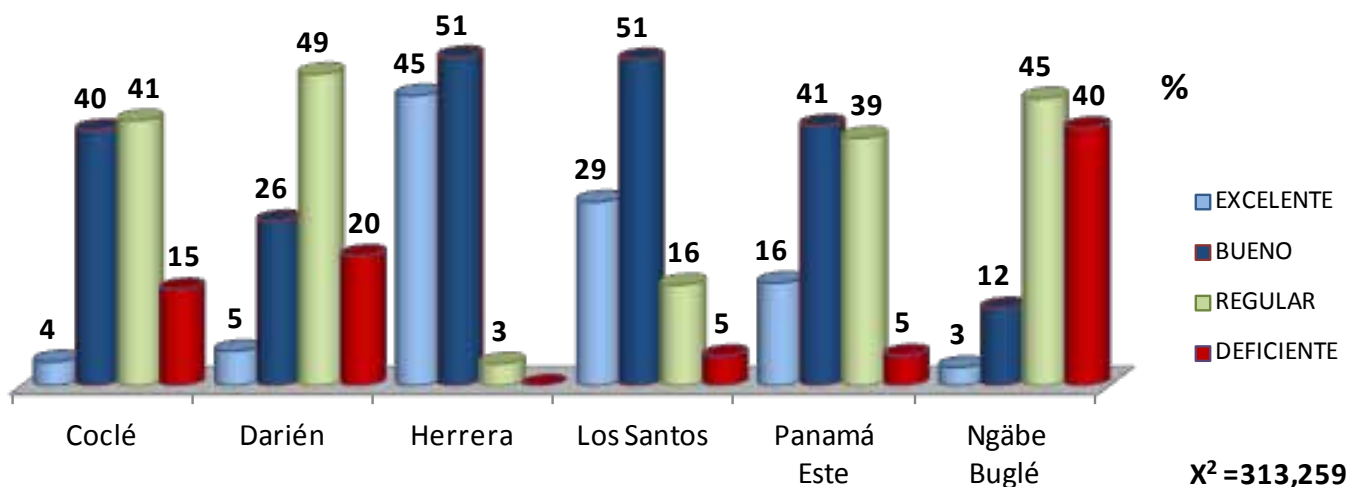


Fuente: Evaluación CAP de Estilos de Vida Saludable de Salud Bucal. año 2011

Según región se observó que el nivel de conocimiento en aspectos relacionados con la prevención bucal, se reflejó con un mayor porcentaje el conocimiento de bueno a excelente en la regiones de: Herrera con un 96% (113/117) y Los Santos con un 80% (86/108); también se evidencia un desconocimiento de regular a deficiente en los escolares de la comarca Ngäbe Buglé con un 85% (148/174), le sigue la región de Darién con un 69% (51/74), se requiere reforzar estos temas en las áreas indicadas. Se observaron diferencias significativas $p < 0,05$ en el nivel de conocimiento sobre aspectos de prevención dental por región con un valor del chi cuadrado de Pearson de 313.259 y una $p = 0,000$. (Gráfico N°23, Cuadro N°5).

Gráfico N°23

CONOCIMIENTO SOBRE PREVENCIÓN BUCAL EN ESCOLARES DE 10 A 14 AÑOS, POR CATEGORÍAS, SEGÚN REGIÓN. PANAMÁ, 2011.
n=712

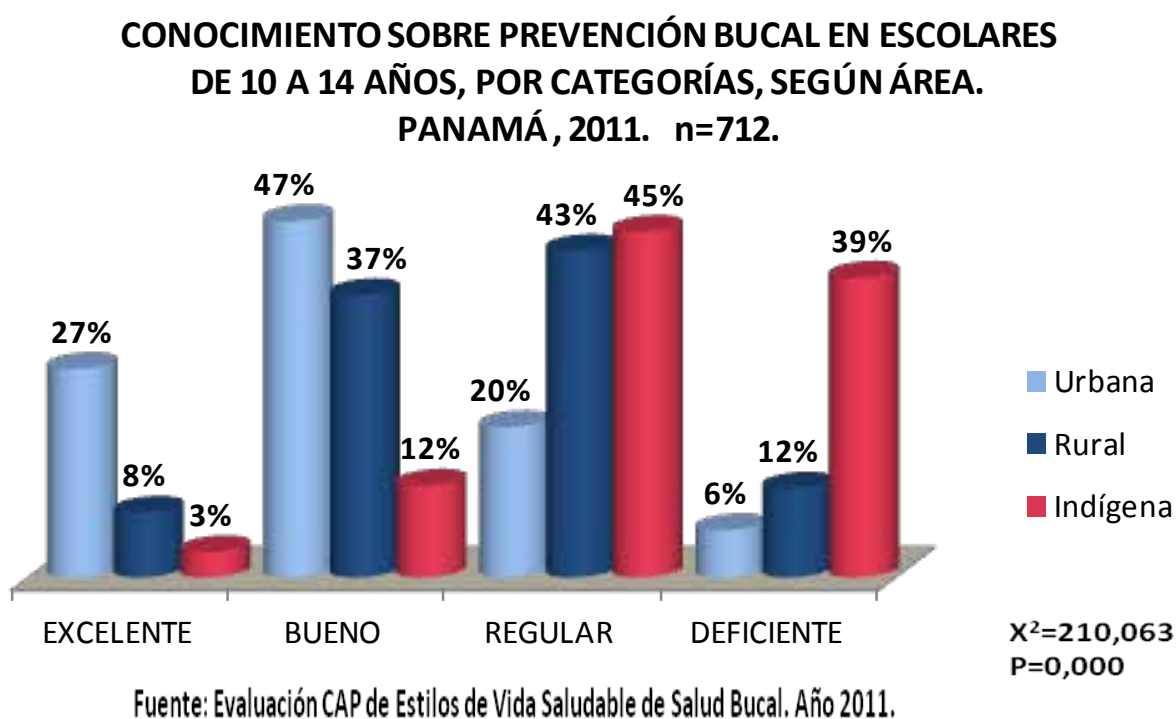


**$\chi^2 = 313,259$
 $p = 0,000$.**

Fuente: Evaluación CAP de Estilos de Vida Saludable de Salud Bucal. Año 2011.

Por área se observa que el desconocimiento se evidencia en el área indígena, seguido del área rural y sólo el área urbano reporta un conocimiento de bueno a excelente. Al aplicarle el estadístico chi cuadrado se observaron diferencias altamente significativas por área urbano, rural, indígena. Con un valor de chi cuadrado de Pearson de 210.063 y una $p=0.000$. (**Gráfico N°24**)

Gráfico N°24



b. Actitudes para el Cuidado de la Salud Bucal:

Las actitudes se refieren a la disponibilidad del individuo de cambiar su comportamiento, adoptando nuevos estilos de vida para promover y proteger su salud bucal. Con relación a las actitudes, se seleccionaron 5 variables: edad, sexo, grado escolar, área, región para cada una de las 6 preguntas a investigar. Se seleccionaron las preguntas 14, 16, 17, 18, 20 y 22 (aquí se excluyeron las preguntas 15, 19 y 20 las cuales se analizaron como parte de las prácticas de salud bucal), se le asignó un valor de 0 a la respuesta incorrecta y un valor de 1 a la respuesta correcta, luego se asignó una ponderación según la cantidad de respuestas acertadas y se categorizaron las actitudes en: excelente, bueno, regular y deficiente con la finalidad de medir el nivel de actitud que presentaban los escolares con relación a la salud bucal. **(Cuadro N°6).**

CUADRO N° 6. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS ACTITUDES RELACIONADAS A LOS ESTILOS DE VIDA SALUDABLES DE SALUD BUCAL, EN ESCOLARES DE 10 A 14 AÑOS, POR CATEGORIZACIÓN DE LAS RESPUESTAS, SEGÚN VARIABLES. PANAMÁ, 2011. n=712

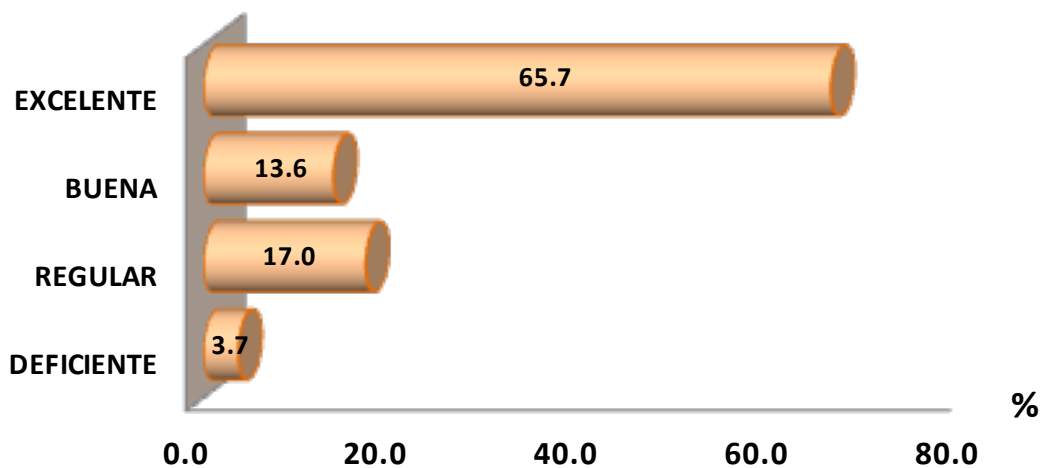
Preguntas: 14, 16, 17, 18, 20, 22.

VARIABLES	CATEGORÍAS	TOTAL MUESTRA		EXCELENTE		BUENO		REGULAR		DEFICIENTE	
		Nº	%	Nº	%N de fila	Nº	%N de fila	Nº	%N de fila	Nº	%N de fila
EDAD	Total	712	100.0%	468	65.7%	97	13.6%	121	17.0%	26	3.7%
	10	238	33.4%	179	75.2%	26	10.9%	26	10.9%	7	2.9%
	11	246	34.6%	160	65.0%	33	13.4%	48	19.5%	5	2.0%
	12	162	22.8%	97	59.9%	31	19.1%	28	17.3%	6	3.7%
	13	50	7.0%	24	48.0%	5	10.0%	15	30.0%	6	12.0%
	14	16	2.2%	8	50.0%	2	12.5%	4	25.0%	2	12.5%
SEXO	Total	712	100.0%	468	65.7%	97	13.6%	121	17.0%	26	3.7%
	Hombre	341	47.9%	222	65.1%	42	12.3%	63	18.5%	14	4.1%
	Mujer	371	52.1%	246	66.3%	55	14.8%	58	15.6%	12	3.2%
GRADO ESCOLAR	Total	712	100.0%	468	65.7%	97	13.6%	121	17.0%	26	3.7%
	IV	220	30.9%	136	61.8%	26	11.8%	46	20.9%	12	5.5%
	V	229	32.2%	153	66.8%	29	12.7%	39	17.0%	8	3.5%
	VI	263	36.9%	179	68.1%	42	16.0%	36	13.7%	6	2.3%
ÁREA	Total	712	100.0%	468	65.7%	97	13.6%	121	17.0%	26	3.7%
	Urbana	340	47.8%	265	77.9%	55	16.2%	19	5.6%	1	.3%
	Rural	189	26.5%	158	83.6%	17	9.0%	13	6.9%	1	.5%
	Indígena	183	25.7%	45	24.6%	25	13.7%	89	48.6%	24	13.1%
REGIÓN	Total	712	100.0%	468	65.7%	97	13.6%	121	17.0%	26	3.7%
	Coclé	133	18.7%	99	74.4%	18	13.5%	16	12.0%	0	0.0%
	Darién	74	10.4%	60	81.1%	9	12.2%	4	5.4%	1	1.4%
	Herrera	117	16.4%	99	84.6%	15	12.8%	3	2.6%	0	0.0%
	Los Santos	108	15.2%	79	73.1%	22	20.4%	6	5.6%	1	.9%
	Panamá Este	106	14.9%	91	85.8%	12	11.3%	3	2.8%	0	0.0%
	Ngäbe Buglé	174	24.4%	40	23.0%	21	12.1%	89	51.1%	24	13.8%

Fuente: Evaluación CAP de Estilos de Vida Saludable de Salud Bucal, Año 2011.

Gráfico N°25

**ACTITUDES RELACIONADAS A LOS ESTILOS DE VIDA SALUDABLE,
EN ESCOLARES DE 10 A 14 AÑOS, SEGÚN CATEGORÍAS.
PANAMÁ, 2011. n=712**



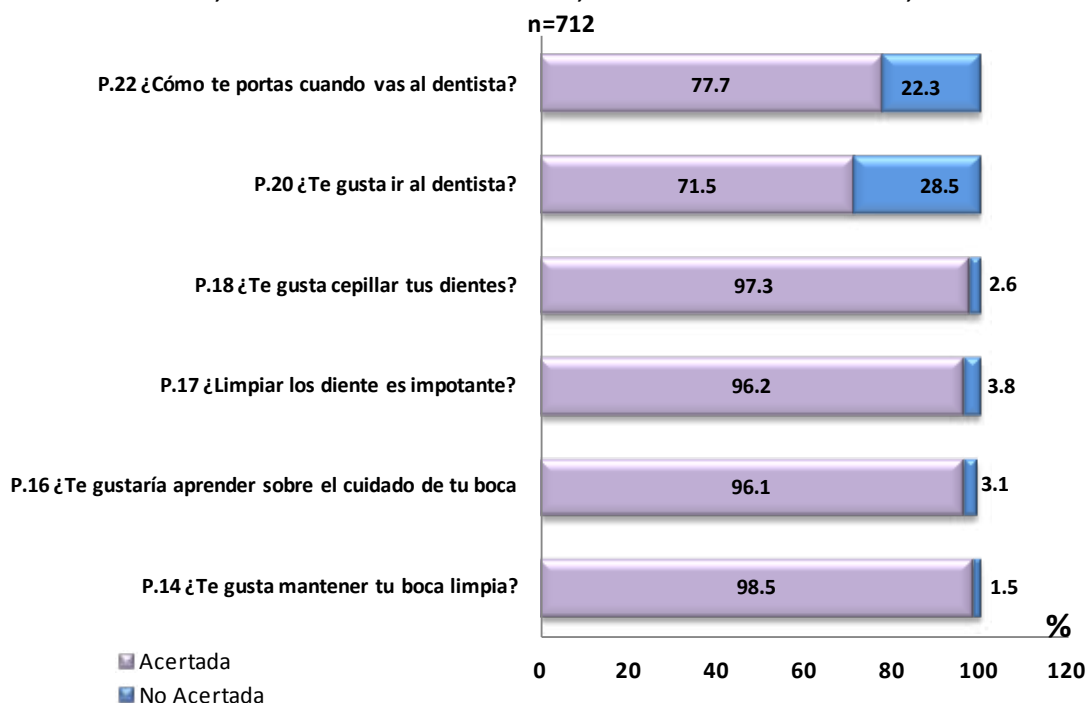
Fuente: Evaluación CAP de Estilos de Vida Saludable de Salud Bucal. Año 2011.

En el estudio se definieron categorías sobre la actitud del escolar hacia el cuidado de su salud bucal. El 65.7% de los entrevistados presentó una excelente actitud (468/712). Un 13.6% buena (98/712), un 17.0% actitud regular (121/712) y un 3.7% se categorizó como deficiente (26/712). (Gráfico N° 25). Se destaca el interés y la actitud positiva de los escolares encuestados para la protección y cuidado de su salud bucal.

Los escolares encuestados respondieron acertadamente a la pregunta ¿Cómo te portas cuando vas al dentista? en un 77.7% (553/712). En cuanto a si le gusta ir al dentista, los entrevistados respondieron acertadamente en un 71.5% (509/712), y en cuanto a si te gusta cepillar sus dientes respondieron acertadamente en un 97.3% (693/712). La pregunta ¿Limpiar los dientes es importante? se respondió acertadamente en un 96.2% (684/712); mientras que la pregunta si te gustaría aprender sobre el cuidado de la boca? un 96.% (683/712) la respondió acertadamente. En cuanto a la actitud sobre si le gusta mantener su boca limpia los escolares entrevistados contestaron acertadamente en un 98.5% (701/712). (**Gráfico N°26**).

En terminos generales , este grupo de preguntas referido a las actitudes de los escolares para el cuidado de su salud bucal, fue el que obtuvo, en promedio, el porcentaje de respuestas acertadas más alta del estudio (89.5%) lo que sugiere que existe una buena disposición de los escolares de 10 a 14 años para mejorar los conocimientos, hábitos y prácticas para el cuidado de su salud bucal.

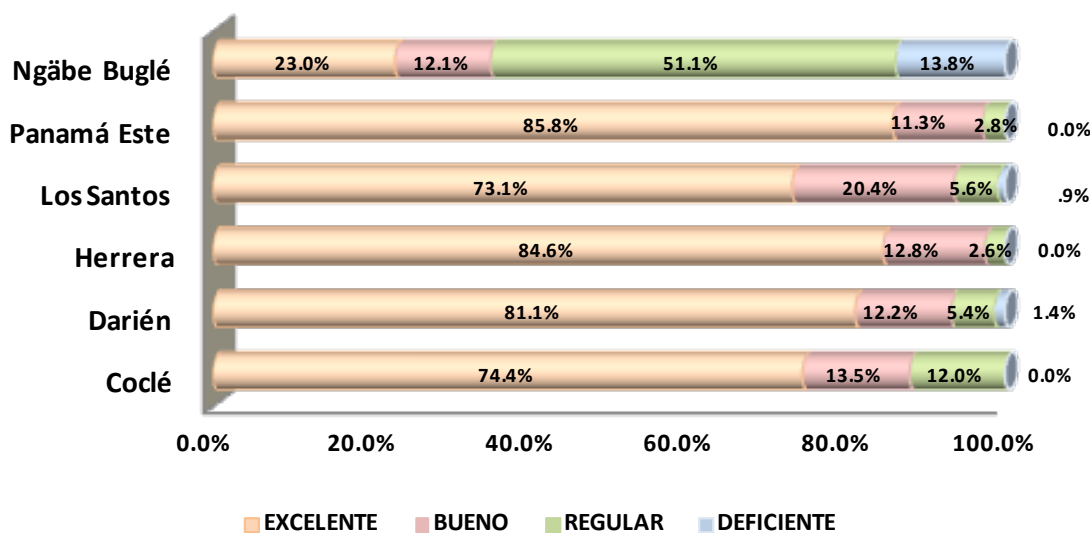
Gráfico N°26
ACTITUDES RELACIONADAS A LOS ESTILOS DE VIDA SALUDABLES DE SALUD BUCAL, EN ESCOLARES DE 10 A 14 AÑOS, SEGÚN PREGUNTA. PANAMÁ, 2011.



Fuente: Evaluación CAP de Estilos de Vida Saludable de Salud Bucal. Año 2011.

El estudio de las actitudes relacionadas al estilo de vida saludable en los escolares de 10 a 14 años, según región y categoría, reveló que la región de Panamá Este presentó mayor porcentaje de respuestas calificadas como excelente, en un 85.8% (91/106), siendo la región de Ngäbe Bugle la que presentó el menor porcentaje 23% (40/174) de actitudes en la categoría excelente, reportando un nivel de actitud de regular a deficiente en un 65%. (**Gráfico N° 27**).

Gráfico N°27
ACTITUDES RELACIONADAS A LOS ESTILOS DE VIDA SALUDABLES, EN ESCOLARES DE 10 A 14 AÑOS, SEGÚN REGIÓN Y CATEGORÍAS. PANAMÁ, 2011. n=712



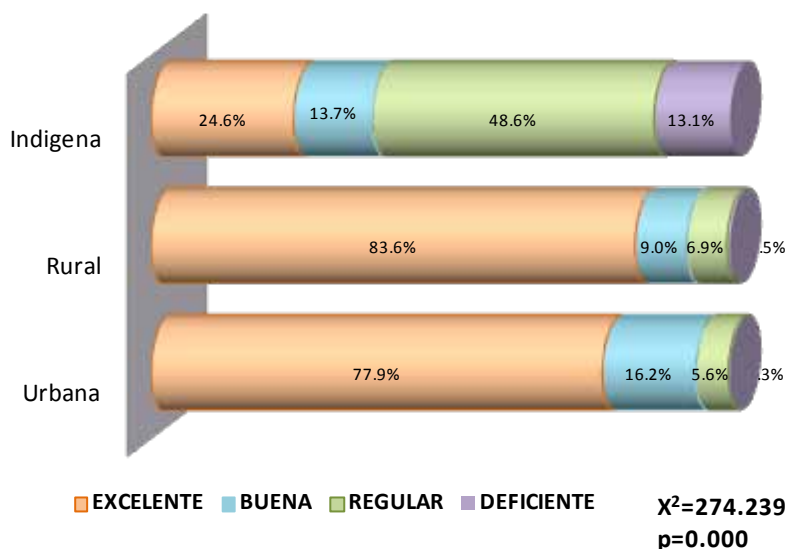
Fuente: Evaluación CAP de Estilos de Vida Saludable de Salud Bucal. Año 2011.

Gráfico N°28

El análisis de las actitudes, según las áreas urbana, rural, indígena, como se indica en la (**Gráfica N°28**), indica que el área rural reflejó el mayor porcentaje de respuestas calificadas como excelentes con un 83.6% (158/189), seguido por el área urbana con un 77.9% (265/340) y la Comarca Ngäbe Buglé, área indígena, fue la que presentó un nivel de actitudes categorizadas como deficientes en un 13.1% (24/183). Al aplicarle la prueba estadística de Chi cuadrado se observó que existen diferencias estadísticamente significativas $p=0.000$, con un valor de X^2 de Pearson= 274.239 entre las áreas estudiadas, a un nivel de significancia del 5%.

Los resultados permiten indicar, que las actitudes de estilo vida saludable de salud bucal, requieren ser reforzadas principalmente las visitas regulares al odontólogo. Según la edad se observó que el mayor porcentaje de escolares que presentó una actitud considerada como excelente, disminuye con el aumento de la edad. Las edades de 10 y 11 años fueron las que presentaron un mayor porcentaje de respuestas excelentes, con un 75.2% (179/238) y 65% (160/246), respectivamente. (**Gráfico N°29**).

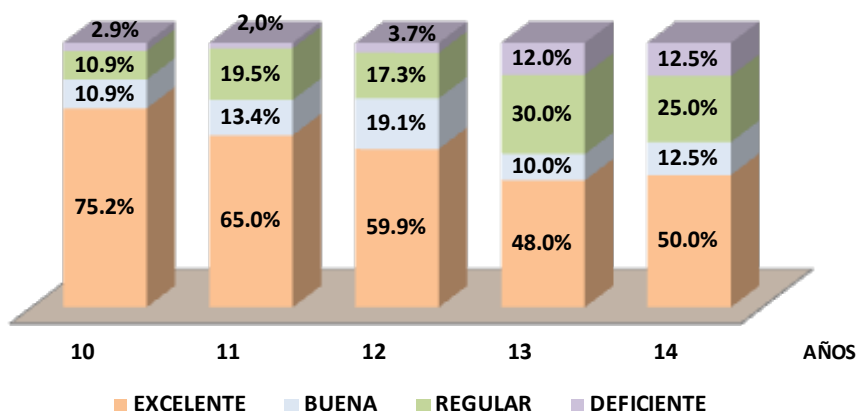
ACTITUDES RELACIONADAS A LOS ESTILOS DE VIDA SALUDABLES, EN ESCOLARES DE 10 A 14 AÑOS, SEGÚN ÁREA Y CATEGORÍAS. PANAMÁ, 2011. n=712



Fuente: Evaluación CAP de Estilos de Vida Saludable de Salud Bucal. Año 2011.

Gráfico N°29

ACTITUDES RELACIONADAS A LOS ESTILOS DE VIDA SALUDABLES, EN ESCOLARES DE 10 A 14 AÑOS, SEGÚN EDAD Y CATEGORÍAS. PANAMÁ, 2011. n=712



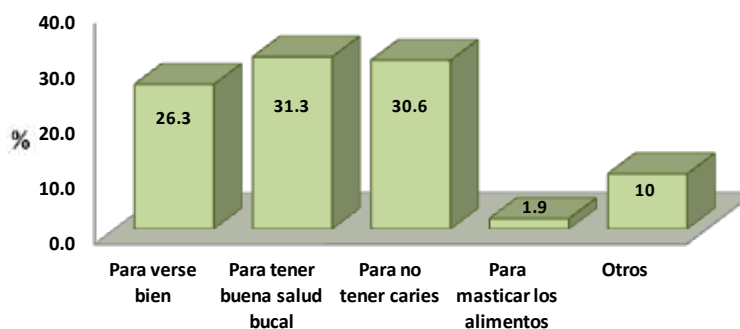
Fuente: Evaluación CAP de Estilos de Vida Saludable de Salud Bucal. Año 2011.

La actitud, respecto a la pregunta ¿Te gusta mantener tu boca limpia? El 98,5% (701/712) de los escolares encuestados respondió que sí. Seguidamente se les solicitó que indicaran las razones del porque le gustaría tener la boca limpia y sólo el 89% (640/701) respondió lo siguiente: para verse bien un 26% (168/640); para tener buena salud bucal 31.3% (200/640); para no tener caries el 30.6% (196/640); para masticar los alimentos un 1.9% (12/640) y en la categoría de otros un 10%. (**Gráfico N° 30**).

Gráfico N°30

ACTITUD RESPECTO A PORQUE LE GUSTA MANTENER LA BOCA LIMPIA.
ESCOLARES DE 10 A 14 AÑOS. PANAMÁ, 2011.

n=640

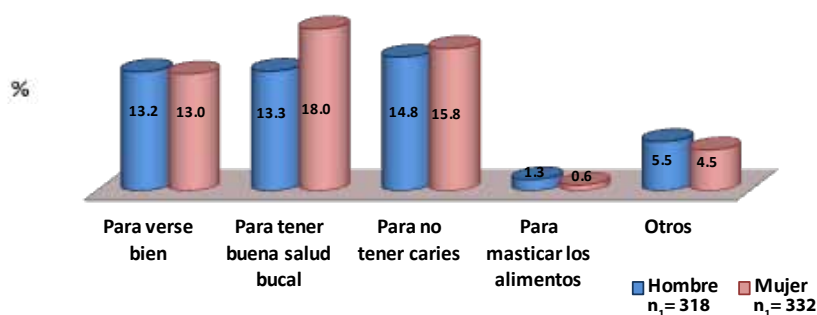


Fuente: Evaluación CAP de Estilos de Vida Saludable de Salud Bucal, año 2011.

Gráfico N°31

ACTITUD RESPECTO A PORQUE LE GUSTA MANTENER LA BOCA LIMPIA.
ESCOLARES DE 10 A 14 AÑOS. SEGÚN SEXO. PANAMÁ, 2011.

n=640



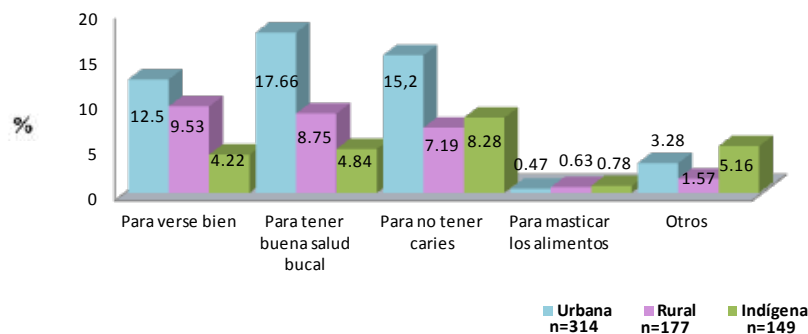
Fuente: Evaluación CAP de Estilos de Vida Saludable de Salud Bucal, año 2011.

El **Gráfico N° 31** representa las razones de por qué a los escolares de 10 a 14 años encuestados les gusta mantener la boca limpia, expresadas por sexo, no habiendo diferencias entre los hombres y las mujeres, a excepción de la razón para tener buena salud bucal donde las mujeres representan un 18% (115/640) y los varones un 13% (85/640).

Gráfico N°32

ACTITUD RESPECTO A PORQUE LE GUSTA MANTENER LA BOCA LIMPIA.
ESCOLARES DE 10 A 14 AÑOS, SEGÚN ÁREA. PANAMÁ, 2011.

n=640

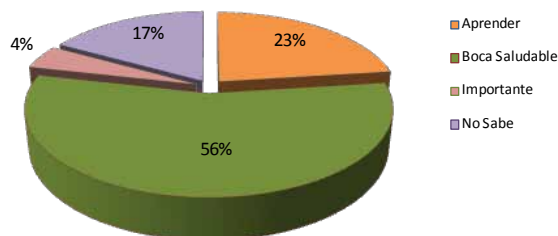


Fuente: Evaluación CAP de Estilos de Vida Saludable de Salud Bucal. Año 2011.

De acuerdo con las áreas, fueron los escolares del área urbana los que más actitudes positivas presentaron con relación a las razones para mantener su boca limpia respondieron que para mantener una buena salud bucal, para no tener caries dental y para verse bien, seguidos de los escolares del área rural e indígenas. (**Gráfico N° 32**).

Gráfico N°33

ACTITUD RESPECTO AL APRENDIZAJE DEL CUIDADO DE LA BOCA.
ESCOLARES DE 10 A 14 AÑOS. PANAMÁ, 2011.
n₁=687

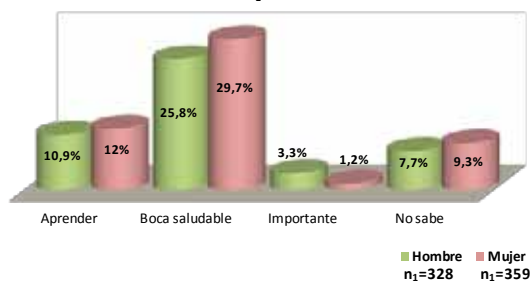


Fuente: Evaluación CAP de Estilos de Vida Saludable de Salud Bucal, año 2011.

La actitud respecto a la pregunta ¿Te gustaría aprender sobre el cuidado de tu boca? El 96,5% (687/712) respondió que sí quería aprender a cuidarse la boca; seguidamente se les solicitó a los escolares que respondieron que sí, que explicaran las razones del aprendizaje del cuidado de la boca?. Las razones expresadas fueron: para aprender un 23% (158/687), para tener una boca saludable en un 55,5% (381/687), porque es importante en un 4,5% (31/687). (**Gráfico N°33**).

Gráfico N°34

ACTITUD RESPECTO AL APRENDIZAJE DEL CUIDADO DE LA BOCA, SEGÚN SEXO. ESCOLARES DE 10 A 14 AÑOS. PANAMÁ, 2011.
n₁=687

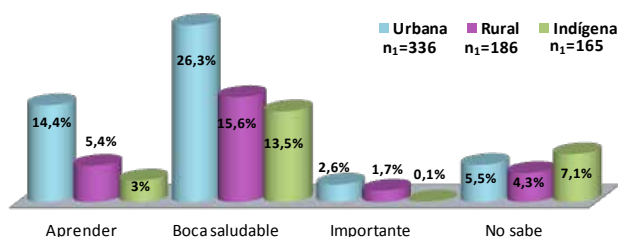


Fuente: Evaluación CAP de Estilos de Vida Saludable de Salud Bucal, año 2011.

No se observaron diferencias importantes entre los sexos (hombres y mujeres). (**Gráfico N°34**).

Gráfico N°35

ACTITUD RESPECTO AL APRENDIZAJE DEL CUIDADO DE LA BOCA, SEGÚN ÁREA. ESCOLARES DE 10 A 14 AÑOS. PANAMÁ, 2011.
n₁=687



Fuente: Evaluación CAP de Estilos de Vida Saludable de Salud Bucal, año 2011.

Al analizar las razones sobre el aprendizaje del cuidado de la boca, según área se observó que las áreas urbanas presentaron el mayor porcentaje de actitudes positivas en un 48,9% (336/687), seguida por el área rural con 27,1% (186/687) y el área indígena con un 24% (165/687). En el **Gráfico N°35** se observa que la mayoría de los escolares del área urbana, opinaron que les gustaría saber sobre el cuidado de la boca para tener una boca saludable, en un 26,3% (181/336).

c. Prácticas relacionadas a los Estilos de Vida de Salud Bucal

Las prácticas se refieren a las medidas y hábitos que realiza el individuo en su vida diaria para prevención y control de las enfermedades bucales. Se refiere a la aplicación de conocimientos teóricos sobre la salud bucal, que se realizan de manera habitual o por costumbre. El cuestionario de la encuesta incluyó 16 preguntas referentes a las prácticas de los estudiantes de 10 a 14 años para promover, prevenir y proteger su salud bucal. Se seleccionaron 5 variables a investigar: edad, sexo, grado escolar, área y región para cada una de las preguntas relacionadas a las prácticas del cuestionario de la encuesta.

CUADRO N° 7. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS PRACTICAS RELACIONADAS A LOS ESTILOS DE VIDA SALUDABLES DE SALUD BUCAL, EN ESCOLARES DE 10 A 14 AÑOS, POR CATEGORIZACIÓN DE LAS RESPUESTAS, SEGÚN VARIABLES. PANAMÁ, 2011. n=712

Preguntas: 15, 19, 21, 23, 24, 25,26,27,28,30,31,32,33,34,35,36,37.

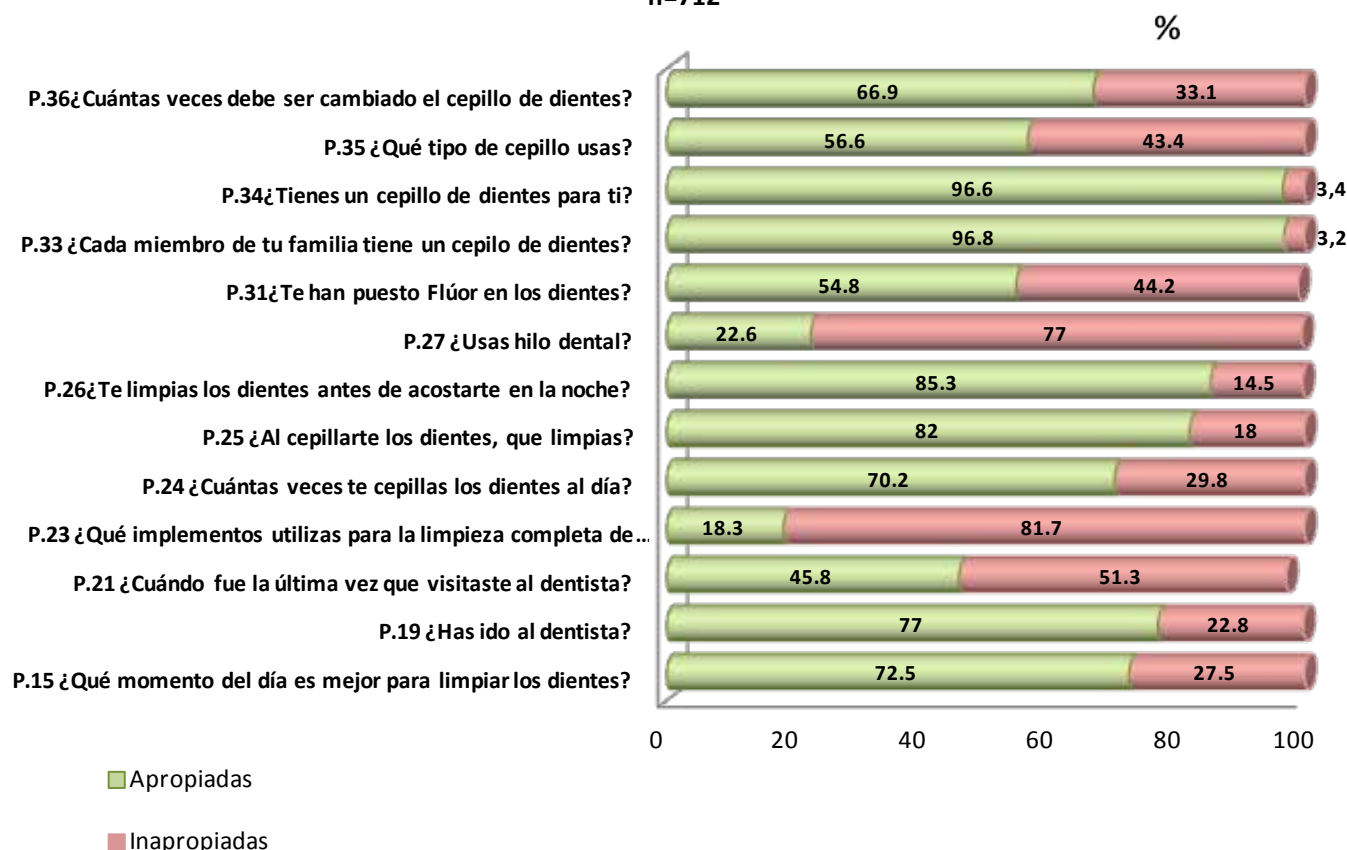
CATEGORÍAS		TOTAL MUESTRA		EXCELENTE		BUENO		REGULAR		DEFICIENTE	
VARIABLES		Nº	%	Nº	%N de fila	Nº	%N de fila	Nº	%N de fila	Nº	%N de fila
TOTAL		712	100%	112	15.7%	309	43.4%	213	29.9%	78	11.0%
EDAD	10	238	33.4%	36	15.1%	105	44.1%	76	31.9%	21	8.8%
	11	246	34.6%	50	20.3%	103	41.9%	67	27.2%	26	10.6%
	12	162	22.8%	22	13.6%	76	46.9%	48	29.6%	16	9.9%
	13	50	7.0%	3	6.0%	19	38.0%	17	34.0%	11	22.0%
	14	16	2.2%	1	6.3%	6	37.5%	5	31.3%	4	25.0%
SEXO	Hombre	341	47.9%	42	12.3%	142	41.6%	106	31.1%	51	15.0%
	Mujer	371	52.1%	70	18.9%	167	45.0%	107	28.8%	27	7.3%
GRADO ESCOLAR	IV	220	30.9%	23	10.5%	94	42.7%	67	30.5%	36	16.4%
	V	229	32.2%	44	19.2%	94	41.0%	69	30.1%	22	9.6%
	VI	263	36.9%	45	17.1%	121	46.0%	77	29.3%	20	7.6%
ÁREA	Urbana	340	47.8%	78	22.9%	147	43.2%	92	27.1%	23	6.8%
	Rural	189	26.5%	28	14.8%	86	45.5%	62	32.8%	13	6.9%
	Indígena	183	25.7%	6	3.3%	76	41.5%	59	32.2%	42	23.0%
REGIÓN	Coclé	133	18.7%	21	15.8%	64	48.1%	40	30.1%	8	6.0%
	Darién	74	10.4%	13	17.6%	35	47.3%	22	29.7%	4	5.4%
	Herrera	117	16.4%	29	24.8%	49	41.9%	33	28.2%	6	5.1%
	Los Santos	108	15.2%	25	23.1%	38	35.2%	32	29.6%	13	12.0%
	Panamá Este	106	14.9%	20	18.9%	52	49.1%	28	26.4%	6	5.7%
	Ngäbe Buglé	174	24.4%	4	2.3%	71	40.8%	58	33.3%	41	23.6%

Fuente: Evaluación CAP de Estilos de Vida Saludable de Salud Bucal, Año 2011.

Gráfico N°36

**PRÁCTICAS RELACIONADAS A LOS ESTILOS DE VIDA SALUDABLE DE SALUD BUCAL,
EN ESCOLARES DE 10 A 14 AÑOS. SEGÚN PREGUNTA. PANAMÁ, 2011.**

n=712



Fuente: Evaluación CAP de Estilos de Vida Saludable de Salud Bucal. Año 2011.

El grupo de preguntas para evaluar las prácticas para prevenir y proteger la salud bucal de los escolares fue el más numeroso del estudio. La mayoría de las preguntas eran de selección múltiple, algunas dicotómicas y 4 preguntas abiertas.

Todas las preguntas se refieren a evaluar las prácticas de higiene oral que realizan los escolares diariamente, los implementos que utilizan para limpiar los dientes, la frecuencia del cepillado y las visitas periódicas al odontólogo.

Se observó que algunas de las respuestas a las preguntas de la variable prácticas relacionadas a los estilos de vida saludables de salud bucal recaen en prácticas inapropiadas, ya que para llegar a categorizarlas como prácticas apropiadas deben llegar a la excelencia donde se debe alcanzar un 100% de las respuestas acertadas de las prácticas saludables de prevención en salud bucal. (*Gráfico N° 36*).

Al categorizar las prácticas preventivas de estilo de vida saludable de salud bucal, los escolares en edad comprendida de 10 a 14 años, indicaron tener una buena práctica de estilo de vida saludable en salud bucal, representada por el 43% (309/712) de las respuestas en esta categoría, seguido del 30% (213/712) de prácticas de estilo de vida saludable en la categoría regular.

Los menores porcentajes de respuestas concernientes a las prácticas de estilo de vida saludable en salud bucal, se manifestaron en las categorías excelentes con un 16% (112/712) y deficientes con un 11% (78/712). (**Gráfico N° 37**)

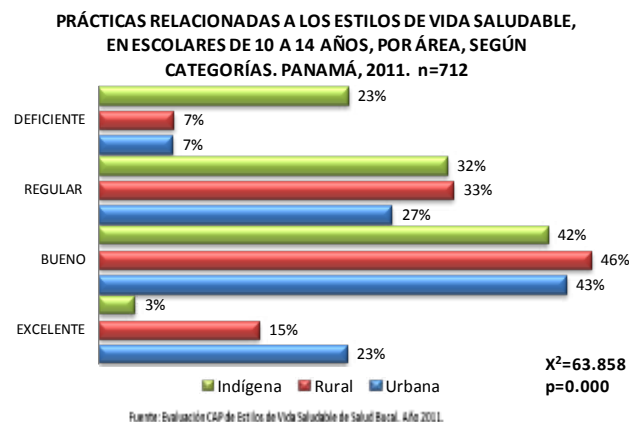


De acuerdo al sexo, como se indica en la gráfica N°38, más mujeres que hombres presentaron prácticas buenas (45%) y excelentes (19%) y más hombres que mujeres presentaron un nivel de prácticas regular (31%) y deficientes (15%). Al aplicarle la prueba estadística de Chi cuadrado se observó que existen diferencias estadísticamente significativas $p=0.002$, con un valor de X^2 de Pearson= 15.175 entre los hombres y las mujeres, a un nivel de significancia del 5%. (**Gráfico 38**).

Gráfico N°38



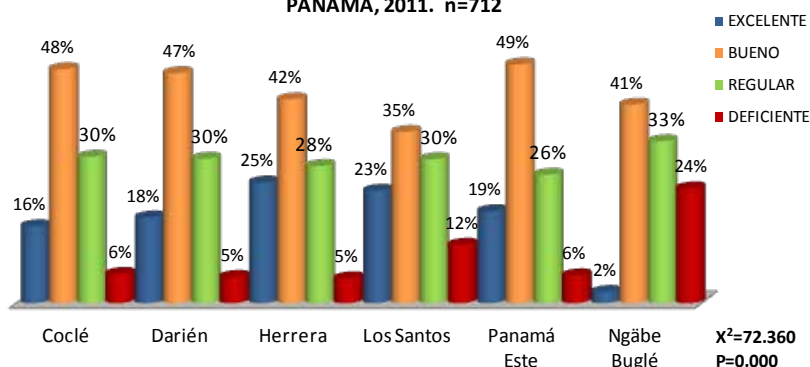
Gráfico N°39



De acuerdo a las áreas urbano, rural, indígena, como se indica en la **Gráfica N°39**, se observó que los escolares del área rural presentaron un nivel de prácticas de bueno (46%) a regular (33%), seguido de los encuestados del área urbana que igualmente señalan un nivel de prácticas de bueno (43%) a regular (27%) y los escolares del área indígena reportaron un nivel de prácticas de regular (32%) a bueno (42%). Al aplicarle la prueba estadística de Chi cuadrado se observó que existen diferencias estadísticamente significativas $p=0.000$, con un valor de X^2 de Pearson= 63.858 entre las áreas estudiadas, a un nivel de significancia del 5%. Los resultados permiten indicar, que las prácticas de estilo vida saludable de salud bucal, requieren ser reforzadas y realimentadas en información y aplicabilidad para desarrollar un aprendizaje significativo y transformador hacia una práctica saludable.

Gráfico N°40

PRÁCTICAS RELACIONADAS A LOS ESTILOS DE VIDA SALUDABLES, EN
ESCOLARES DE 10 A 14 AÑOS, POR REGIÓN, SEGÚN CATEGORÍAS.
PANAMÁ, 2011. n=712

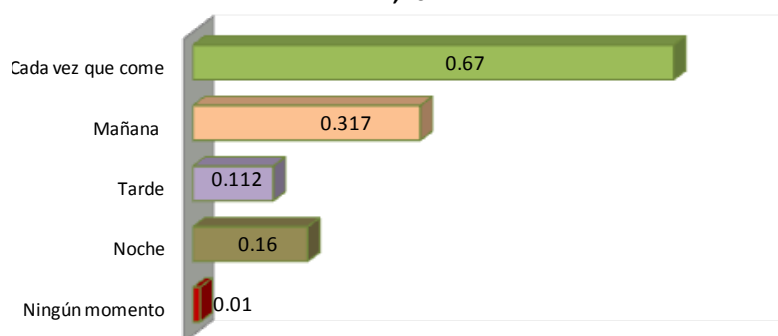


Fuente: Evaluación CAP de Estilos de Vida Saludable de Salud Bucal. Año 2011.

Según región, como se indica en la **gráfica N°40**, las regiones de Panamá Este (49%), Coclé (48%) y Darién (47%) reportaron mayormente un nivel de prácticas bueno y la Comarca Ngäbe Buglé, reportó prácticas deficientes en un (24%), le sigue la región de Los Santos con un (12%). Se observaron diferencias significativas $p<0,05$ en las prácticas sobre estilos de vida saludables de salud bucal, por región con un valor del Chi cuadrado de Pearson de 72.369 y una $p=0.000$, a un nivel de significancia del 5%. Es positivo que la mayoría de las regiones estudiadas estén en una categoría de bueno a regular, la cual se aproxima al logro de la excelencia en prácticas saludables.

Gráfico N°41

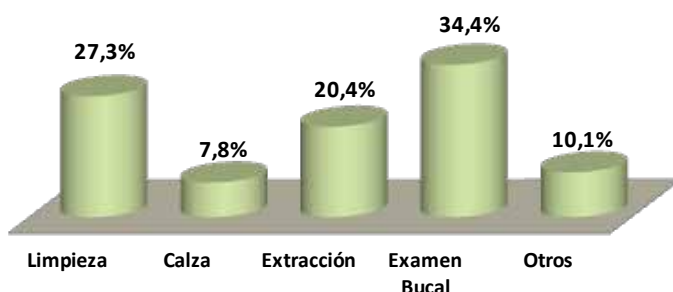
PRÁCTICAS DE LOS ESCOLARES DE 10 A 14 AÑOS, RESPECTO A
"CUANDO LIMPIAR LOS DIENTES", SEGÚN RESPUESTA.
PANAMÁ, 2011. n=712



Fuente: Evaluación CAP de Estilos de Vida Saludable de Salud Bucal, año 2011.

Respecto a qué momento del día es mejor para limpiar los dientes, 67% (477/712) de los escolares manifestaron que cepillaban sus dientes cada vez que comían, reflejando, un buen hábito de limpieza. Por otro lado, se identificó que dentro del mismo grupo de escolares algunos se cepillan en la mañana 31,7% (225/712), noche 16% (113/712) y tarde 11,20% (79/712) como momento oportuno para cepillarse los dientes; un 1%(7/712) respondió en ningún momento y el resto de los escolares no respondió. (**Gráfico N°41**).

Gráfico N°42
**PRÁCTICA RESPECTO A PORQUE FUE AL DENTISTA.
ESCOLARES DE 10 A 14 AÑOS. PANAMÁ, 2011**
n₁=550



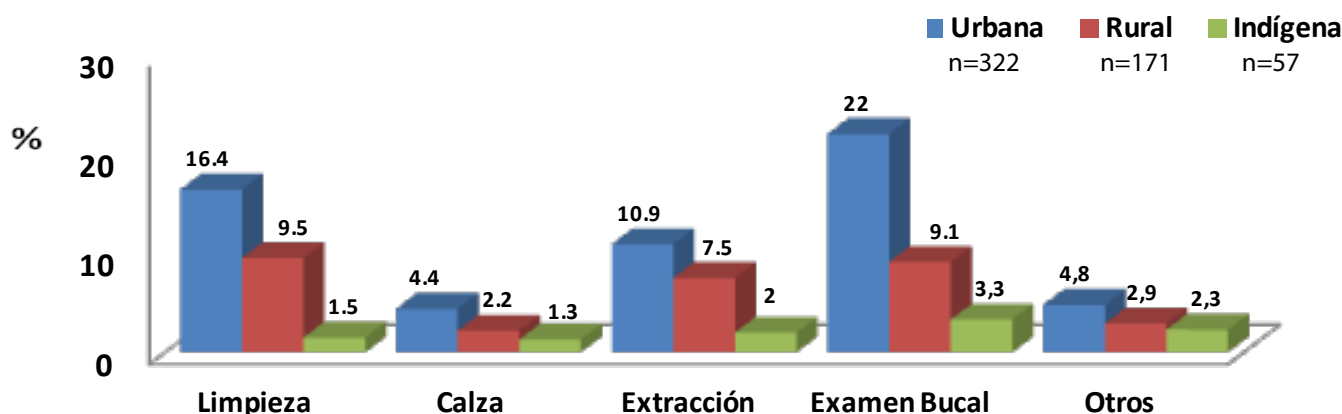
Fuente: Evaluación CAP de Estilos de Vida Saludable de Salud Bucal, año 2011.

En cuanto a las visitas al dentista, el 77% (548/712) contestó que sí había asistido. Al indagar las razones de porqué fueron al dentista indicaron lo siguiente: Un 34,4 % (189/550) de los 550/712 escolares de 10 a 14 años, indicaron que visitaron al dentista para examen bucal, seguidos del 27,3% (150/550) que visitó al dentista para limpieza, lo que evidencia intervenciones diagnósticas y preventivas. (*Gráfico N° 42*).

El 20,4% (112/550) de los escolares, indicaron que visitaron al dentista para extracción dental. Sobre este porcentaje, es importante señalar que el grupo escolar requiere intervenciones preventivas que eviten la pérdida prematura de piezas dentales, además de orientaciones reforzadoras.

Al comparar este porcentaje con las intervenciones restauradoras (calzas) éstas fueron indicadas con menor porcentaje 7,8% (43/550), revelando que se práctica más las visitas al dentista para extracción que para restauración. Con respecto a otras intervenciones, este porcentaje fue de 10,1% (56/550), donde se reflejaron visitas por dolor de muelas, control y evaluación de frenos en la privada, un 7% de los escolares desconocían por qué visitaron al dentista. (*Gráfico 42*)

Gráfico N°43
**PRÁCTICA RESPECTO A PORQUE FUE AL DENTISTA. ESCOLARES DE 10 A 14 AÑOS,
SEGÚN ÁREA. PANAMÁ, 2011.**
n₁=550

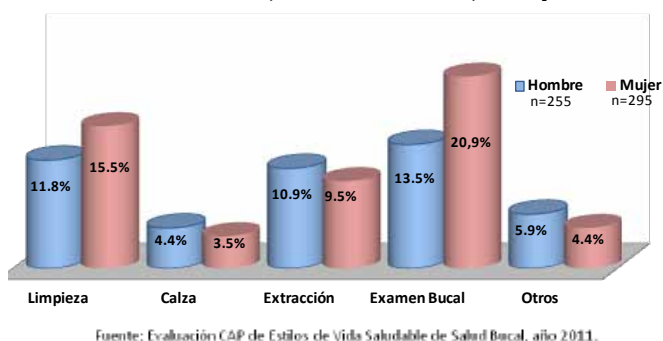


Fuente: Evaluación CAP de Estilos de Vida Saludable de Salud Bucal, año 2011.

Al analizar por área urbana, rural e indígena se observó que los escolares que demandaron la atención bucal fueron los que residen en el área urbana en un 58,5% (322/550), destacándose el examen bucal con un 22% (121/322), la limpieza bucal con un 16,4% (90/322) seguido de las extracciones con un 11% (60/322) y las calzas con un 4,4% (24/322). Solo un mínimo porcentaje de los escolares encuestados del área rural 31,1% (171/550) e indígena 10,4%(57/550) demandaron la atención bucal del odontólogo. (*Gráfico N° 43*).

Gráfico N°44

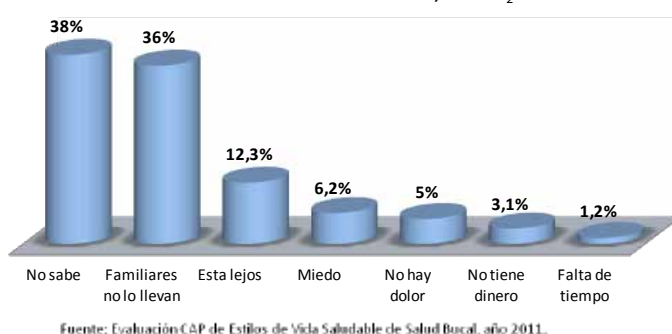
PRÁCTICA RESPECTO A PORQUE LOS ESCOLARES DE 10 A 14 AÑOS VISITARON EL DENTISTA, SEGÚN SEXO. PANAMÁ, 2011. $n_1=550$



Según sexo se observó que las mujeres en un 53,6% (295/550) visitaron con más frecuencia al dentista, que los varones 46,4% (255/550), destacándose la atención en el examen bucal con un 20,9% (115/295) y la limpieza bucal con un 15,5% (85/295), en las mujeres. También se observó que los hombres asistieron en un porcentaje relativamente mayor para extracciones con un 10,9% (60/255), con relación a las mujeres. (**Gráfico N°44, Anexo 17**).

Gráfico N°45

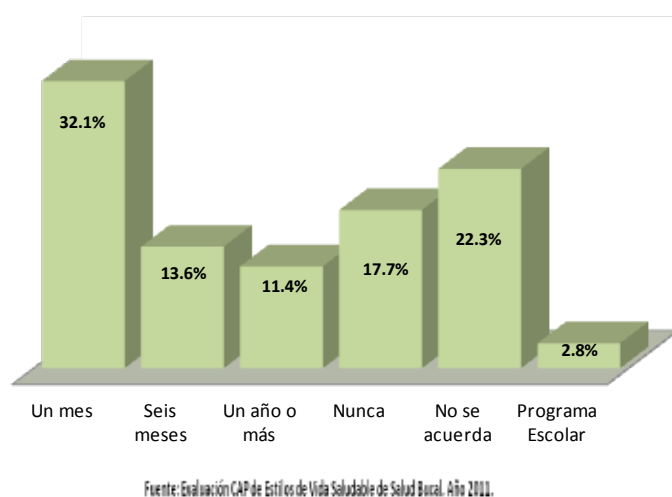
PRÁCTICA RESPECTO A PORQUE LOS ESCOLARES DE 10 A 14 AÑOS, NO VISITARON AL DENTISTA. PANAMÁ, 2011. $n_2=162$



De los escolares encuestados, 23% (162/712) contestó que no habían visitado al dentista e indicaron las razones del por qué no habían ido a consultarse. Un 38% (63/162) de los 162/712 escolares de 10 a 14 años, indicaron que no conocían las razones por la que no visitaron al dentista, seguidos del 36% (58/162) que indicaron que no visitaron al dentista porque sus familiares no los llevan, un 12,3% (20/162) no va al dentista por que les queda muy lejos de donde viven, un 6,2% (10/162) indicaron que no le gusta ir al dentista porque no les gusta y por miedo, un 5% (8/162) no va porque no tienen dolor de muelas, un 3% (5/162) indicaron que porque no tienen dinero y sólo un 1,2% (2/162) indicaron que por falta de tiempo. (Gráfico N° 45). Al analizar por área se observa que el área indígena es la que menos consulta al dentista en un 77,8% (126/162), las razones que indicaron fueron "porque los familiares no los llevan" y por accesibilidad manifestaron que les "queda lejos". (**Anexo N°18**)

Gráfico N°46

ULTIMA CONSULTA AL ODONTOLOGO DE LOS ESCOLARES DE 10 A 14 AÑOS. PANAMÁ, 2011. $n=712$



Respecto a la práctica de cuándo fue la última vez que visitó al dentista el 32.1% (227/712) de los escolares encuestados, manifestaron haber visitado al dentista hace un mes, seguido por el 22,3% (158/712) que indicaron no acordarse. El 17,7%(126/712) de las respuestas, destacó un aspecto importante, el no haber asistido nunca al dentista, seguido por el 13,6% (96/712) referido a las visita hace seis meses, el 11,4% (81/712) un año más y en menor porcentaje la asistencia a través del programa escolar, que representó el 2,8% (20/712) de las respuestas. (**Gráfico N° 46**).

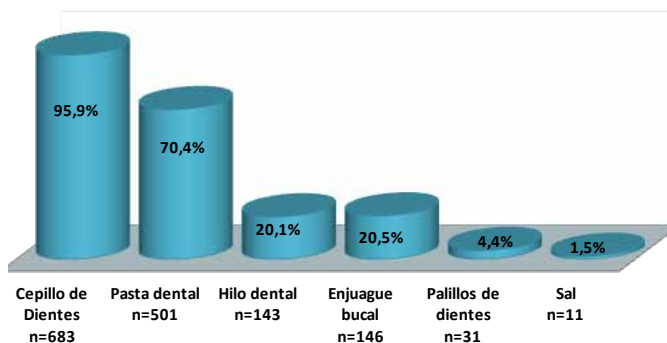
El resultado referente a esta práctica, reflejó la necesidad de promover la asistencia al dentista para el control preventivo y atención a la morbilidad dental para el grupo de edad escolar de 10 a 14 años, la cual contrasta con la práctica ¿por qué fue al dentista?, donde el porcentaje mayor en cuanto a la atención clínica restauradora de abordaje recibida, recayó en extracciones.

Según los implementos utilizados para las prácticas de higiene bucal, el 96% (683/712) de los escolares manifestaron que utilizan cepillo de dientes y pasta dental en un 70,4% (591/712); en un menor porcentaje utilizan hilo dental 20% (143/712) y enjuague bucal 21% (146/712). Otros implementos referidos en menor proporción son palillos de dientes 4%(31/712) y sal 1,5% (11/712). Entre los escolares que utilizan pasta dental en la limpieza de sus dientes, el 83% (593/712) usan pasta dental Colgate. **(Gráfico N°47).**

La práctica del uso de cepillo dental manifiesta el abordaje preventivo enfocado a la limpieza bucal con implementos básicos y fundamentales.

Gráfico N°47

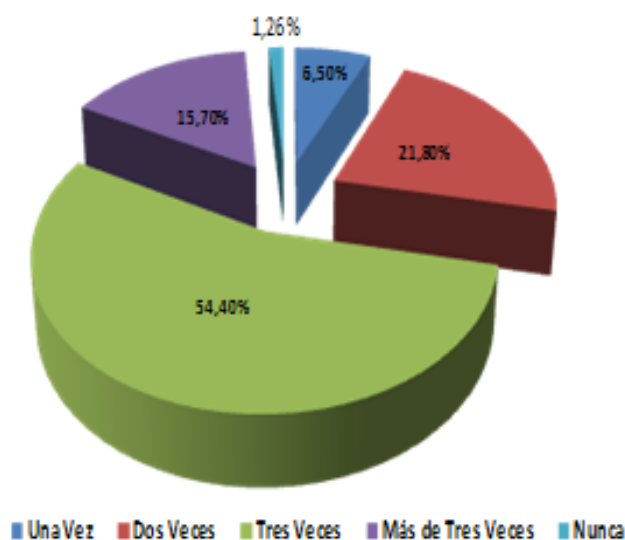
IMPLEMENTOS UTILIZADOS PARA LA LIMPIEZA DE LOS DIENTES, ESCOLARES DE 10 A 14 AÑOS. PANAMÁ, 2011.
n=712



Fuente: Evaluación CAP de Estilos de Vida Saludable de Salud Bucal. Año 2011.

Gráfico N°48

CEPILLADO DENTAL DE LOS ESCOLARES DE 10 A 14 AÑOS, SEGÚN FRECUENCIA. PANAMÁ, 2011.
n=712



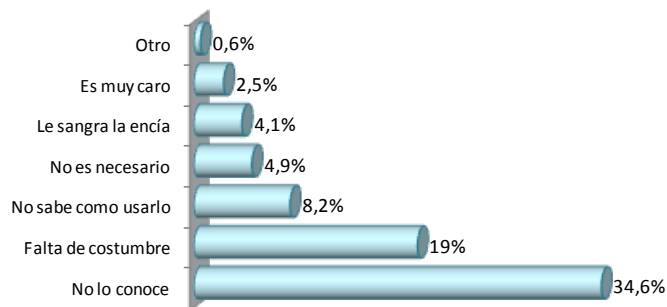
Fuente: Evaluación CAP de Estilos de Vida Saludable de Salud Bucal. Año 2011.

Según la práctica de higiene bucal referida a las veces que se cepillan los dientes, el 54,4 % (387/712) escolares indicaron cepillarse tres veces al día, catalogada como una excelente práctica, seguido del 21,8 % (157/712) que se cepillan los dientes dos veces al día, el 15,7 % (113/712), más de tres veces al día, como excelente práctica, el 6,50 % (46/712) manifestó que se cepillaban una sola vez al día y solo un mínimo porcentaje 1,26 % (9/712) dijeron que nunca se cepillaban, lo que se considera como una deficiente práctica. Concerniente a esta práctica, se requiere fortalecer el abordaje preventivo y promoción de la práctica de cepillado y su frecuencia para ampliar la cobertura de escolares con excelente estilo de vida saludable en salud bucal. **(Gráfico N°48).**

Con relación a la pregunta sobre el uso del hilo dental y las razones de por qué lo usa y por qué no lo usa. Sólo el 23% (160/712) contesto que sí lo usa y un 77% (548/712) que no lo usa. El hilo dental es un aditamento de limpieza dental que permite llegar a las superficies dentales donde el cepillo dental no puede limpiar. Con respecto a esta práctica 34,6% (189/548) de los escolares no lo conoce, un 19% (104/548) lo consideró falta de costumbre, seguido del 8,2% (45/548) que indicó no saberlo usar, un 4,9%(27/548) considera no necesario usarlo, un 4,1% (23/548) al usarlo le sangran las encías, un 2,5% (14/548) considera que es caro adquirirlo y mínimo porcentaje de 0,6 % (3/548) manifestaron otras repuestas. **(Gráfico N° 49) (Anexo N° 15).**

Gráfico N°49

RAZONES POR LAS CUALES LOS ESCOLARES DE 10 A 14 AÑOS, NO UTILIZAN EL HILO DENTAL. PANAMÁ, 2011.
n₁=548

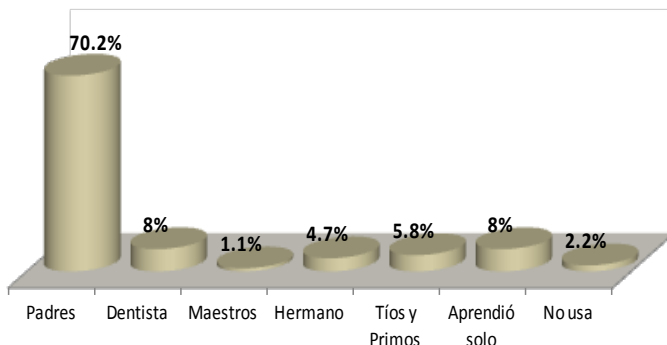


Fuente: Evaluación CAP de Estilos de Vida Saludable de Salud Bucal. Año 2011.

Gráfico N°50

PERSONAS QUE LE ENSEÑARON A LOS ESCOLARES DE 10 A 14 AÑOS A UTILIZAR EL HILO DENTAL. PANAMÁ, 2011.

n₁=160



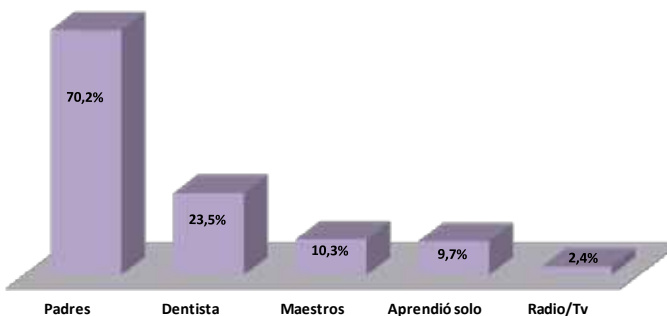
Fuente: Evaluación CAP de Estilos de Vida Saludable de Salud Bucal. Año 2011.

Con relación a la práctica de uso de hilo dental, los escolares no conocen el uso de este aditamento de limpieza y requieren ser reforzados con información y técnica de uso. Respecto a los escolares que utilizan el hilo dental (160/712), seguidamente se le preguntaba ¿quién te enseñó a usar el hilo dental? Y los encuestados expresaron que fueron los padres y los abuelos en un 70,2%, otras respuestas fueron que los familiares (hermanos, tíos y primos) en un 10,5%, le sigue el dentista en un 8%, otros escolares manifestaron que aprendieron solos (8%) y solo el 1% expresó que los maestros. (**Gráfico N°50**).

Gráfico N°51

PERSONAS O MEDIOS DE QUIENES LOS ESCOLARES DE 10 A 14 AÑOS, RECIBIERON ENSEÑANZA SOBRE EL CUIDADO DE LOS DIENTES. PANAMÁ, 2011.

n=712



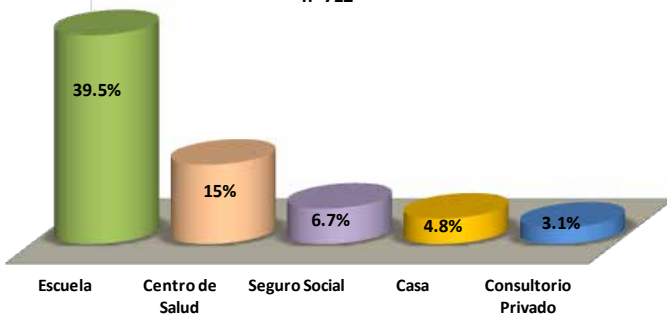
Fuente: Evaluación CAP de Estilos de Vida Saludable de Salud Bucal. Año 2011.

Respecto a la pregunta ¿Quién te enseñó a cuidar tus dientes?, el 70,2% (500/712) de los escolares expresaron que los padres, seguido de un 23,5% (167/712) del Odontólogo. Otras respuestas fueron los maestros con un 10,3% (73/712), otros escolares manifestaron que aprendieron solos el 9,7% (69/712) y un pequeño porcentaje 2,4% (17/712) lo hicieron a través de la radio y la televisión. Se destaca el hecho de que el 70% de los escolares de 10 a 14 años entrevistados, refirió que fueron sus padres quienes tuvieron una participación mayor en esta enseñanza. (**Gráfico N°51**). (**Anexo N° 15**).

Gráfico N°52

LUGAR DONDE RECIBIERON APLICACIÓN DE FLÚOR. ESCOLARES DE 10 A 14 AÑOS. PANAMÁ, 2011.

n=712

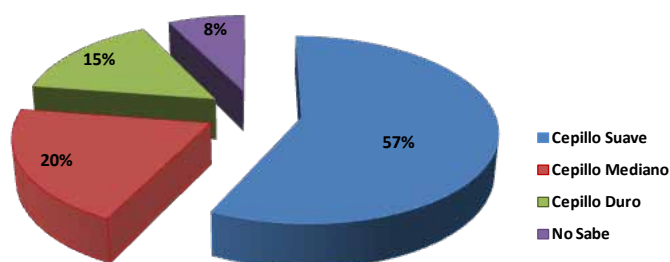


Fuente: Evaluación CAP de Estilos de Vida Saludable de Salud Bucal, año 2011.

Según la aplicación de flúor el 54,8% (390/712) de los encuestados refiere que recibieron aplicaciones o enjuagues de flúor en el último año. A los escolares que respondieron afirmativamente (390/712) se les solicitó qué indicaran "dónde se le aplicó flúor". Un 39,5% (154/390) refirió que recibieron el flúor en la escuela o colegio, seguido por un 15% (58/390) que manifestaron que recibieron aplicaciones de flúor en el Centro de Salud, sólo un 6,7% (26/390) de las aplicaciones de flúor fueron recibidas en el Seguro Social. (**Gráfico N°52**).

Como se muestra en el **anexo N°16**, según las prácticas de higiene bucal, se le preguntó a los escolares que si en su casa cada miembro de la familia tenía cepillo de dientes y el 96,8% (689/712) respondió afirmativamente, seguidamente se le indago si el encuestado tenía cepillo de dientes propio y el 96,6% (687/712) respondió que sí, sólo un pequeño porcentaje (3,4%) manifestó no tener cepillo de dientes. De los 687/712 escolares que contestaron que tenían cepillo de dientes, se les solicitó qué indicaran el tipo de cepillo que utilizaban, el 57% (391/687) de las repuestas fueron en torno al uso de cepillo suave, seguidamente por el cepillo mediano un 20% (137/687), un 15% (103/687) por el cepillo duro y un 8 % (54/687) no sabe. Se considera una buena práctica el uso del cepillo suave. (**Gráfico N° 53**).

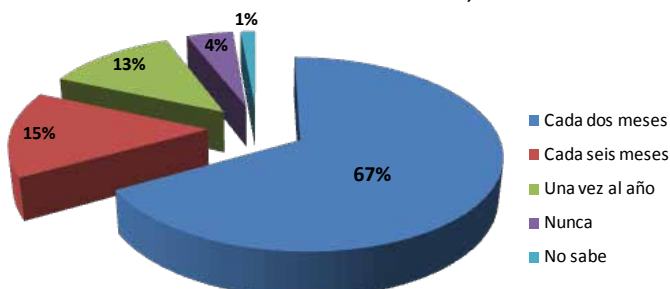
Gráfico N°53
TIPO DE CEPILLO DE DIENTES QUE UTILIZAN LOS ESCOLARES DE 10 A 14 AÑOS. PANAMÁ, 2011.
n=712



Fuente: Evaluación CAP de Estilos de Vida Saludable de Salud Bucal. Año 2011.

Respecto a la pregunta cuántas veces debe ser cambiado el cepillo de dientes, la mayoría de los encuestados manifestó que cambian el cepillo de dientes cada dos meses reflejando un 67% (477/712) de los estudiantes encuestados, seguidamente el 15% (107/712) manifestó que cambian el cepillo de dientes cada seis meses, el 13%(93/712) lo cambia una vez al año, sólo el 5% manifestó que nunca/no sabe cuando cambia el cepillo dental. Se considera la práctica de cambiar el cepillo dental cada dos meses como buena. (**Gráfico N° 54**).

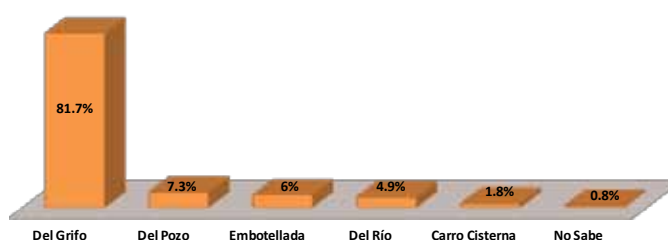
Gráfico N°54
PRÁCTICAS RELACIONADAS AL TIEMPO PARA CAMBIAR EL CEPILLO DE DIENTES. ESCOLARES DE 10 A 14 AÑOS. PANAMÁ, 2011. n=712



Fuente: Evaluación CAP de Estilos de Vida Saludable de Salud Bucal. año 2011.

De acuerdo al abastecimiento de agua potable se pregunto la fuente de la cual proviene el agua que se consume, el 81,7% (583/712) de los escolares encuestados indicó que toman el agua del grifo, seguidamente por el consumo de agua del pozo representado por el 7,3% (52/712) de los escolares, otra forma de obtención del agua para beber se da por agua embotellada 6% (43/712), del río 4,9%(36/712), carro cisterna 1,8(14/712) y sólo un (0,8%) indico que no sabe. (**Gráfico N° 55**).

Gráfico N°55
LUGARES DONDE LOS ESCOLARES DE 10 A 14 AÑOS, TOMAN EL AGUA DE CONSUMO. PANAMÁ, 2011.
n=712



Fuente: Evaluación CAP de Estilos de Vida Saludable de Salud Bucal. Año 2011.

d. Hábitos Alimentarios:

Un “momento azúcar” es aquel momento en que se consume algo que contenga hidratos de carbono simples, puede ser una simple infusión con una pequeña cuchara de azúcar, como puede ser un refresco o un pastel. Una dieta adecuada para prevenir el desarrollo de caries debe tener menos de cuatro “momentos azúcar” cada día.

Para esta encuesta CAP se registró la frecuencia de ingesta de hidratos de carbono en la merienda de la mañana, tarde y noche. Mediante una entrevista con el escolar donde el encuestador anotaba con cuánta frecuencia los escolares consumen alimentos durante las últimas 24 horas.

La evaluación se realizó en tres momentos:

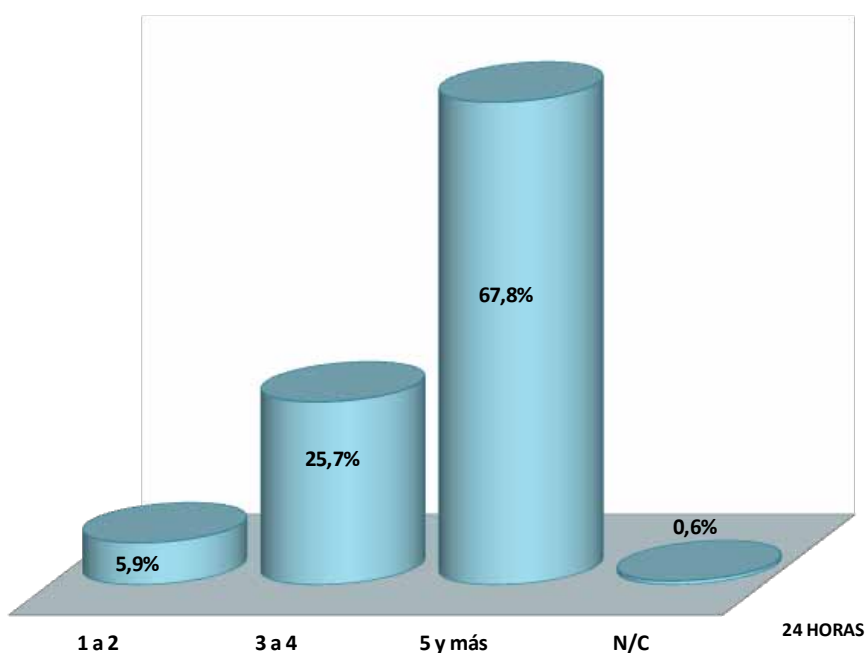
Merienda de la mañana se le preguntaba al niño ¿Qué bebe, come o mastica entre el desayuno y el almuerzo? (es la merienda que se da a la hora del recreo).

Merienda de la tarde se le preguntaba al niño ¿Qué bebe, come o mastica entre el almuerzo y la cena? (es la merienda que se da después del almuerzo, entre las 3 y 4 de la tarde).

Merienda de la noche se le preguntaba al niño ¿Qué bebe, come o mastica después de cenar y antes de acostarse? (es la merienda que se da después de la cena y/o ¿Qué bebe, come o mastica si se despierta en la noche?

El 68% (483/712) de los escolares encuestados de 10 a 14 años manifestaron que consumían más de 5 momentos de azúcar durante el día, se tomo como referencia el consumo de alimentos seleccionados las últimas 24 horas o sea el día anterior a la aplicación de la encuesta. El 26% (183/712) de los escolares consumen de 3 a 4 momentos de azúcar y sólo un 6% (42/712) consume de 1 a 2 momentos de azúcar. Un 0,6% reportó el no consumo de azúcares. (**Gráfico N°56**)

Gráfico N°56
FRECUECIA DE CONSUMO DE MOMENTOS DE AZÚCAR EN ESCOLARES DE
10 A 14 AÑOS. PANAMÁ, 2011.
n=712



Fuente: Evaluación CAP de Estilos de Vida Saludable de Salud Bucal, año 2011.

Cuadro N°8 FRECUENCIA DE CONSUMO EN EL DÍA DE ALIMENTOS AZUCARADOS, SEGÚN REGIÓN, EN ESCOLARES DE 10 A 14 AÑOS. PANAMÁ, 2011.
n=712

REGIÓN	TOTAL		Frecuencia de consumo de momentos de azúcar en las últimas 24 horas.							
			1 a 2 veces		3 a 4 veces		5 y + veces		*N/C	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
TOTAL	712	100,0%	42	5,9%	183	25,7%	483	67,8%	4	0,6%
COCLÉ	133	18,7%	17	2,4%	55	7,7%	60	8,4%	1	0,1%
DARIÉN	74	10,4%	3	0,4%	20	2,8%	51	7,2%	0	0,0%
HERRERA	117	16,4%	6	0,8%	40	5,6%	71	10,0%	0	0,0%
LOS SANTOS	108	15,2%	2	0,3%	13	1,8%	93	13,1%	0	0,0%
PANAMÁ ESTE	106	14,9%	1	0,1%	14	2,0%	91	12,8%	0	0,0%
NGÄBE BUGLÉ	174	24,4%	13	1,8%	41	5,8%	117	16,4%	3	0,4%

Fuente: Evaluación CAP de Estilos de Vida Saludable de Salud Bucal. Año 2011.

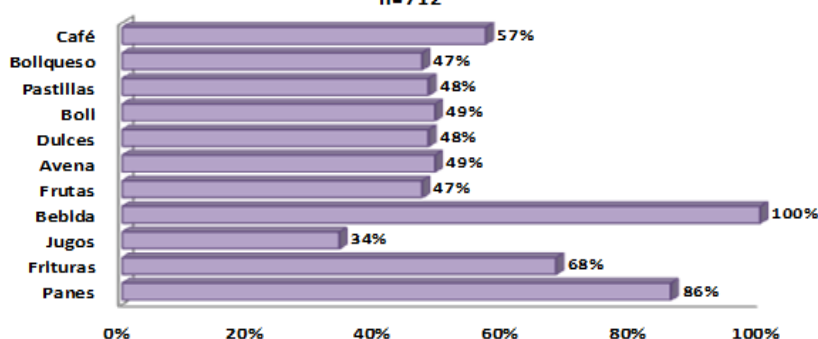
*N/C= NO CONSUMIO

Al analizar por región se observó que los escolares encuestados de la Comarca Ngäbe Buglé, son los que registraron un mayor consumo de momentos de azúcar, seguidos Los Santos y Panamá Este.

Numerosos estudios¹⁷ han mostrado que la exposición frecuente de azúcares refinados induce a la colonización y multiplicación de microorganismos cariogénicos, sobre todo si la exposición se produce entre comidas, a la hora de la merienda en escolares. (ADA, Council 1995). Se recomienda no incluir azúcar en todas las comidas, se debe prestar especial atención a los productos industriales como yogures, galletas o cereales que muchas veces esconden hidratos simples o azúcares en su composición; además de controlar la cantidad de “momentos azúcar” que tenemos al día, debemos higienizar bien nuestra boca, acudir al odontólogo y consumir más frutas, verduras y alimentos ricos en calcio que favorecen la salud dental y bucal, protegiendo en consecuencia, la salud de todo del organismo.

Gráfico N°57

FRECUENCIA DEL CONSUMO DE ALIMENTOS EN ESCOLARES DE 10 A 14 AÑOS, SEGÚN TIPO. PANAMÁ, 2011.
n=712



Fuente: Evaluación CAP de Estilos de Vida Saludable de Salud Bucal. año 2011

En el **gráfico N°57** se observa que los alimentos de mayor consumo por los escolares encuestados fueron las bebidas azucaradas en un 100%, el café con azúcar en un 57%, el Boli con azúcar en un 49%, entre los carbohidratos se observa que el consumo de pan en un 86% y las frituras en un 68%, fueron los alimentos más consumidos.

3. DIAGNÓSTICO CLÍNICO

a. Índice de Placa de Sillness y Loe:

El índice de placa bacteriana de Sillness y Loe se utiliza para valorar la presencia de placa bacteriana y medir la capacidad de controlarla mecánicamente, estableciendo el grado de intensidad de acumulo y presencia de la placa bacteriana.

Para el análisis de la presencia de placa bacteriana se utilizó una escala ponderada de la Organización Mundial de la Salud cuantitativa, que permite medir la condición de la higiene bucal en los escolares examinados, como se presenta a continuación:

- De 0-0,9=buena higiene bucal
- De 1-1,9=regular higiene bucal
- Más de 1,9=mala higiene bucal

CUADRO N°9. ÍNDICE DE PLACA DE SILLNESS Y LÖE DE LA POBLACIÓN ESCOLAR DE 10 A 14 AÑOS, POR CONDICIÓN DE HIGIENE BUCAL, SEGÚN VARIABLES. PANAMÁ, 2011. n=711

CATEGORÍAS		ÍNDICE DE SILLNESS Y LÖE							
VARIABLES		TOTAL		Buena		Regular		Mala	
		N°	% N de columna	N°	%N de fila	N°	%N de fila	N°	%N de fila
EDAD	Total	711	100.0%	427	60.1%	238	33.5%	46	6.5%
	10	238	33.5%	141	59.2%	82	34.5%	15	6.3%
	11	245	34.5%	157	64.1%	72	29.4%	16	6.5%
	12	162	22.8%	96	59.3%	55	34.0%	11	6.8%
	13	50	7.0%	24	48.0%	22	44.0%	4	8.0%
	14	16	2.3%	9	56.3%	7	43.8%	0	0.0%
SEXO	Total	711	100.0%	427	60.1%	238	33.5%	46	6.5%
	Hombre	340	47.8%	188	55.3%	122	35.9%	30	8.8%
	Mujer	371	52.2%	239	64.4%	116	31.3%	16	4.3%
ÁREA	Total	711	100.0%	427	60.1%	238	33.5%	46	6.5%
	Urbana	339	47.7%	255	75.2%	75	22.1%	9	2.7%
	Rural	189	26.6%	82	43.4%	76	40.2%	31	16.4%
	Indígena	183	25.7%	90	49.2%	87	47.5%	6	3.3%
REGIÓN	Total	711	100.0%	427	60.1%	238	33.5%	46	6.5%
	Coclé	133	18.7%	107	80.5%	25	18.8%	1	.8%
	Darién	74	10.4%	19	25.7%	44	59.5%	11	14.9%
	Herrera	116	16.3%	110	94.8%	6	5.2%	0	0.0%
	Los Santos	108	15.2%	69	63.9%	38	35.2%	1	.9%
	Panamá Este	106	14.9%	35	33.0%	42	39.6%	29	27.4%
	Ngäbe Buglé	174	24.5%	87	50.0%	83	47.7%	4	2.3%

Fuente: Evaluación CAP de Estilos de Vida Saludable de Salud Bucal, año 2011.

Los estadísticos descriptivos del Índice de Sillness y Loe para este estudio fueron: Media=1,46; mediana=1,00; moda=1; desviación típica=0,615; varianza=0,379.

Los resultados indican que un 60% (427/711) del total de los escolares examinados (n=711) se encontraron en condiciones de buena higiene bucal; un 33% (238/711) de los casos presentaron higiene bucal regular; un 7% (46/711) presentaron una higiene bucal mala. **(Gráfico N°58).**

Según el área urbana, rural, indígena los escolares que presentaron una mejor condición de higiene bucal fueron los del área urbana con un 75.2% (255/339). Se observaron diferencias estadísticamente significativas $p < 0,05$ en el Índice de Sillness y Løe, por condición de higiene bucal, entre las áreas urbana, rural e indígena, con una $p = 0.000$, a un nivel de significancia del 5%. **(Gráfico N° 59)**

Gráfico N°58
ÍNDICE DE PLACA DE SILLNES Y LÖE DE LA POBLACIÓN ESCOLAR DE 10 A 14 AÑOS, POR CONDICIÓN DE HIGIENE BUCAL. PANAMÁ, 2011. n=711

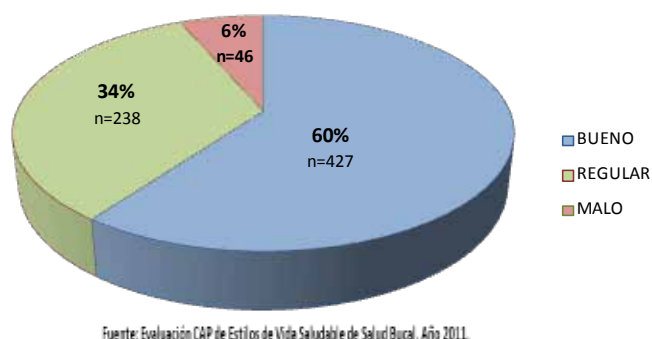


Gráfico N°59
ÍNDICE DE PLACA DE SILLNES Y LÖE DE LA POBLACIÓN ESCOLAR DE 10 A 14 AÑOS, POR CONDICIÓN DE HIGIENE BUCAL, SEGÚN ÁREA. PANAMÁ, 2011. n=711

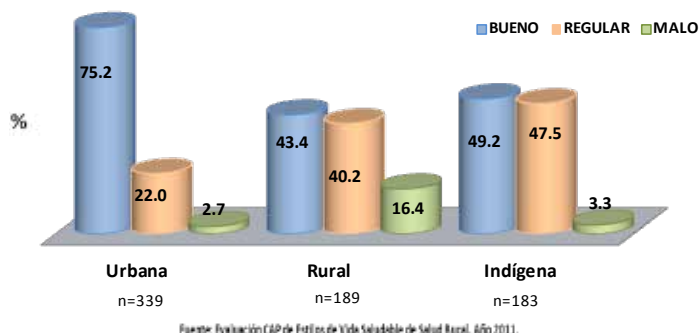
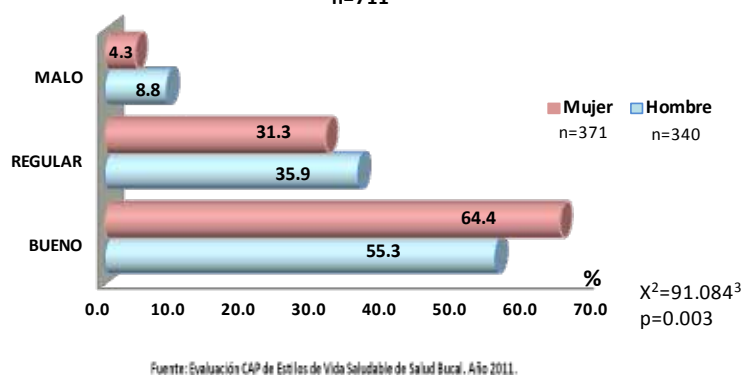


Gráfico N°60
ÍNDICE DE PLACA DE SILLNES Y LÖE DE LA POBLACIÓN ESCOLAR DE 10 A 14 AÑOS, POR CONDICIÓN DE HIGIENE BUCAL, SEGÚN SEXO. PANAMÁ, 2011. n=711

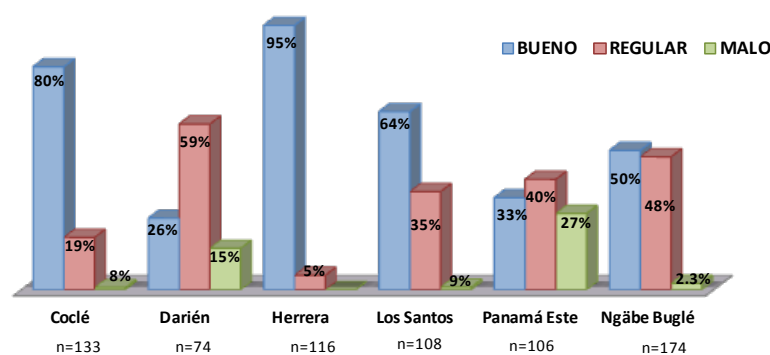


La población escolar examinada al ser analizada por sexo, según la condición de higiene bucal reveló que las mujeres presentaron una condición de higiene bucal buena con un 64,4% (239/371), en comparación con los hombres 55,3% (188/340). Según la condición de higiene bucal de regular a mala se reveló que los porcentajes más altos se presentaron en los hombres con un 44,7% (152/340) en relación a las mujeres con un 35,6% (132/371). **(Gráfico N° 60).** Se observaron diferencias estadísticamente significativas $p < 0,05$ en el Índice de Sillness y Løe, por condición de higiene bucal, entre mujeres y hombres, con un valor del Chi cuadrado de Pearson de 91.0843 y una $p = 0.003$, a un nivel de significancia del 5%.

Según la variable región, se observó que los escolares reflejaron una condición de higiene bucal buena en las regiones de Herrera con un 95%(110/116), Coclé con un 80%(107/133) y Los Santos con un 64%(69/108), una condición de higiene bucal regular en la región de Darién con un 59% (44/74) y en la Región de Panamá Este con un 40%(42/106). La Comarca Ngäbe Buglé presentó una condición de buena a regular. (**Gráfico N° 61**). Se observaron diferencias estadísticamente significativas $p<0,05$ en el Índice de Sillness y Löe, por condición de higiene bucal, entre las regiones estudiadas, con una $p=0.000$, a un nivel de significancia del 5%.

Gráfico N°61

ÍNDICE DE PLACA DE SILLNES Y LÖE DE LA POBLACIÓN ESCOLAR DE 10 A 14 AÑOS, POR CONDICIÓN DE HIGIENE BUCAL, SEGÚN REGIÓN. PANAMÁ, 2011. n=711

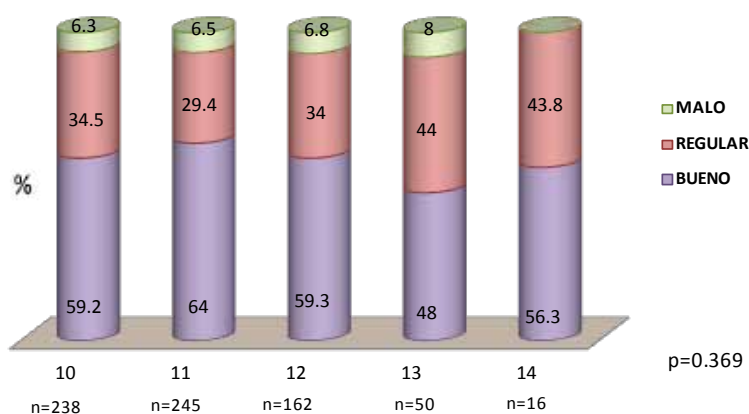


Fuente: Evaluación CAP de Estilos de Vida Saludable de Salud Bucal. Año 2011. $p=0.000$

En cuanto a la edad de los escolares y su relación con el índice de placa de Sillness y Löe, se observó una condición de higiene bucal buena a la edad de 11 años con un 64.1% (157/245), seguida por los escolares de 12 años con un 59.3%(96/162) y los de 10 años con un 59.2% (141/238). (**Gráfico N° 62**). No se observaron diferencias estadísticamente significativas $p<0,05$ en el Índice de Sillness y Löe, por condición de higiene bucal, entre las edades estudiadas (10 a 14 años), con una $p=0.369$, a un nivel de significancia del 5%. (**Gráfico N°62, Cuadro N° 10**)

Gráfico N°62

ÍNDICE DE PLACA DE SILLNESS Y LÖE DE LA POBLACIÓN ESCOLAR DE 10 A 14 AÑOS, POR CONDICIÓN DE HIGIENE BUCAL, SEGÚN EDAD. PANAMÁ, 2011. n=711



$p=0.369$

Fuente: Evaluación CAP de Estilos de Vida Saludable de Salud Bucal. Año 2011.

CUADRO N°10. SIGNIFICANCIA ESTADÍSTICA DE LAS MEDIAS DEL ÍNDICE DE PLACA DE SILLNESS Y LÖE,
EN LA POBLACIÓN ESCOLAR EXAMINADA, SEGÚN ÁREA, REGIÓN, SEXO Y EDAD.

PANAMÁ, 2011. n=711

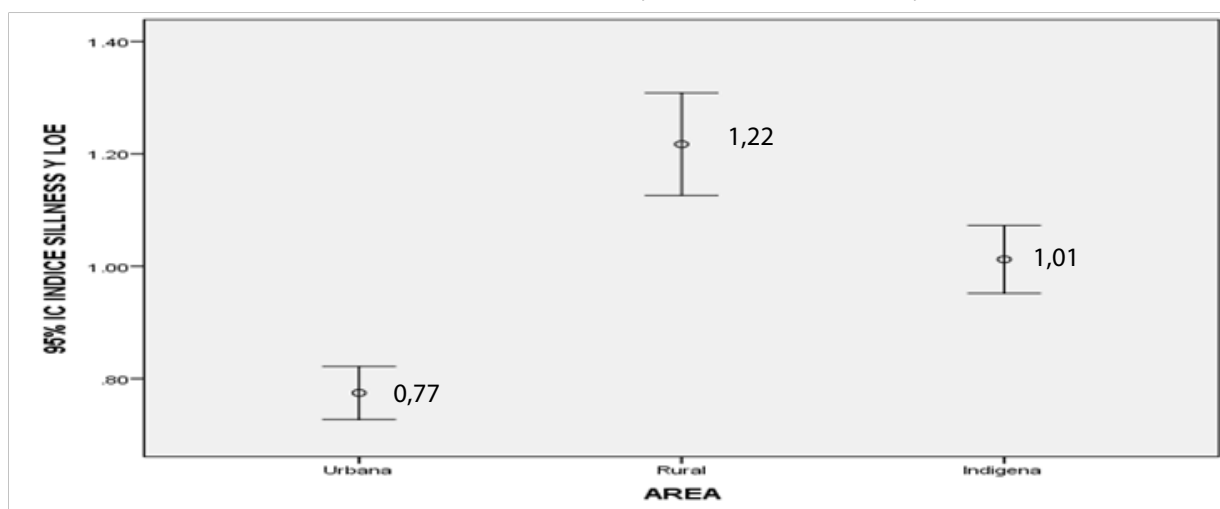
VARIABLES		RESULTADOS			
ÍNDICE SILLNESS Y LÖE		Muestra	Media	Desviación Estándar	Significancia
ÁREA	TOTAL	711	0,95	0,53	0.000
	Urbana	339	0,77	0,44	
	Rural	189	1,22	0,64	
	Indígena	183	1,01	0,41	
REGIÓN	Coclé	133	0,67	0,42	0.000
	Darién	74	1,34	0,50	
	Herrera	116	0,65	0,25	
	Los Santos	108	0,87	0,40	
	Panamá Este	106	1,38	0,71	
	Ngäbe Buglé	174	1,00	0,39	
SEXO	Hombre	340	1,02	0,55	0.003
	Mujer	371	0,89	0,50	
EDAD	10	238	0,96	0,54	0.369
	11	245	0,92	0,52	
	12	162	0,94	0,53	
	13	50	1,08	0,50	
	14	16	1,02	0,46	

Fuente: Evaluación CAP de Estilos de Vida Saludable de Salud Bucal, año 2011.

Diferencias estadísticamente significativas $p < 0.05$.

Gráfico N°63

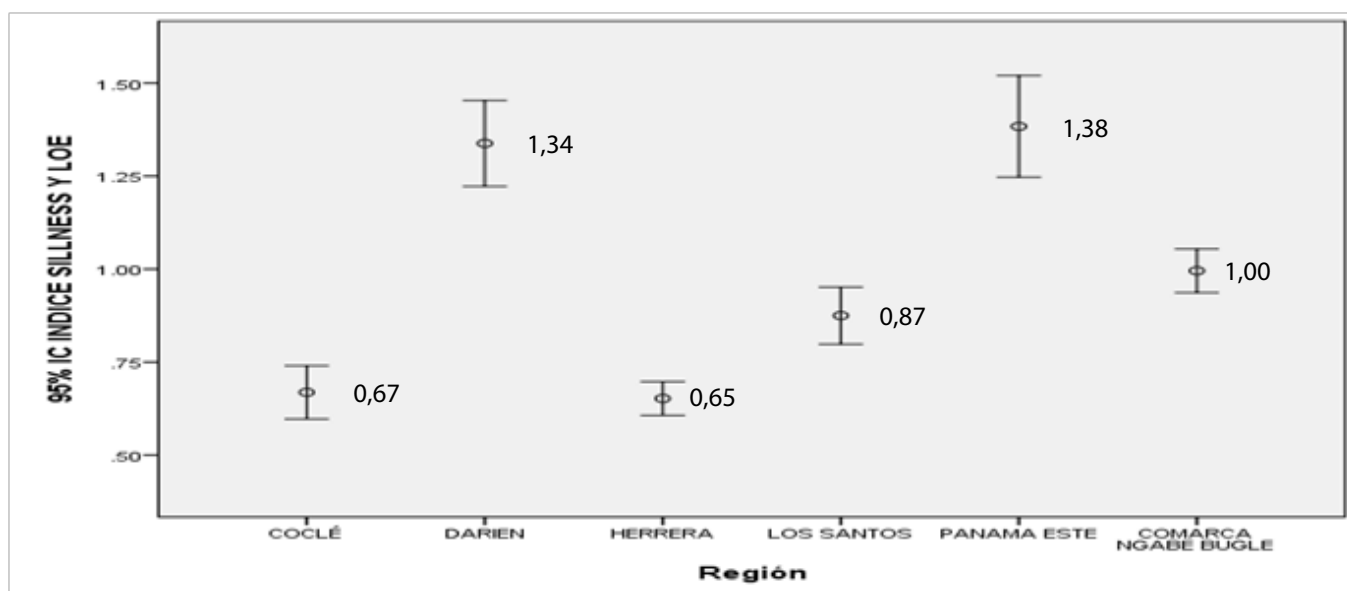
INTERVALOS DE CONFIANZA DEL ÍNDICE DE PLACA DE SILLNESS Y LÖE, EN ESCOLARES DE 10 A 14 AÑOS, SEGÚN ÁREA. PANAMÁ, 2011. n=711.



Como se indica en el **gráfico 63**, para el índice de placa de Sillness y Löe, en los escolares de 10 a 14 años, los resultados de las pruebas estadísticas por área, sexo, grado escolar y región indicaron que a un nivel de significancia del 5%, se comprueba que las medias son estadísticamente significativas. Según la variable área se observó que hay diferencia entre las áreas, la media menor se registró en el área urbana (0,77) y la mayor en el área rural (1,22). Existe poca variabilidad entre los datos alrededor de las medias.

Gráfico N°64

INTERVALOS DE CONFIANZA DEL ÍNDICE DE PLACA DE SILLNESS Y LÖE, EN ESCOLARES DE 10 A 14 AÑOS, SEGÚN REGIÓN. PANAMÁ, 2011. n=711



Fuente: Evaluación CAP de Estilos de Vida Saludable de Salud Bucal, Año 2011.

Según Región, en el **gráfico N°64** se observó que la Región de Herrera presentó la media más baja (0,65), por otro lado las medias de las Regiones de Coclé (0,67), Herrera (0,65) y Los Santos (0,87) son estadísticamente iguales; lo mismo se presentó entre las Regiones de Panamá Este (1,38) y Darién (1,34). La media más alta se presentó en la Región de Panamá Este (1,38). Existe poca variabilidad entre los datos observados alrededor de las medias.

b. Índice de Caries Dental de Klein y Palmer, para Dientes Permanentes:

Este índice CPO-D es un indicador epidemiológico que fue desarrollado por Klein Palmer y Knutson durante un estudio del estado dental y la necesidad de tratamiento de escolares de las escuelas primarias en Hagerstown, Maryland, E.E.U.U. en 1935.

El índice CPO-D, señala la experiencia de caries tanto presente como pasada, toma en cuenta los dientes con lesiones de caries dental y con tratamientos, resulta de la sumatoria de los dientes permanentes cariados (C), perdidos (P) y obturados (O), incluidas las extracciones indicadas, entre el total de escolares examinados, por lo que es un promedio. Para este estudio, se consideraron sólo 28 dientes permanentes. El índice CPO-D a los 12 años es utilizado para comparar el estado de salud bucal de los países.

La OMS considera diferentes niveles de caries, en función del índice CPO-D en diferentes grupos de población. Los niveles establecidos que se utilizaron de referencia para este estudio fueron:

Muy bajo= $>0,0 \leq 1,1$; Bajo= $>1,2 \leq 2,6$; Moderado= $>2,7 \leq 4,4$; Alto= $>4,5 \leq 6,5$; Muy alto= $>6,6$.

CUADRO N°11. SIGNIFICANCIA ESTADÍSTICA DE LOS PROMEDIOS DEL ÍNDICE DE KLEIN Y PALMER, DE LA POBLACIÓN ESCOLAR EXAMINADA, SEGÚN EDAD, SEXO, REGIÓN Y ÁREA. PANAMÁ, 2011. (n=712)

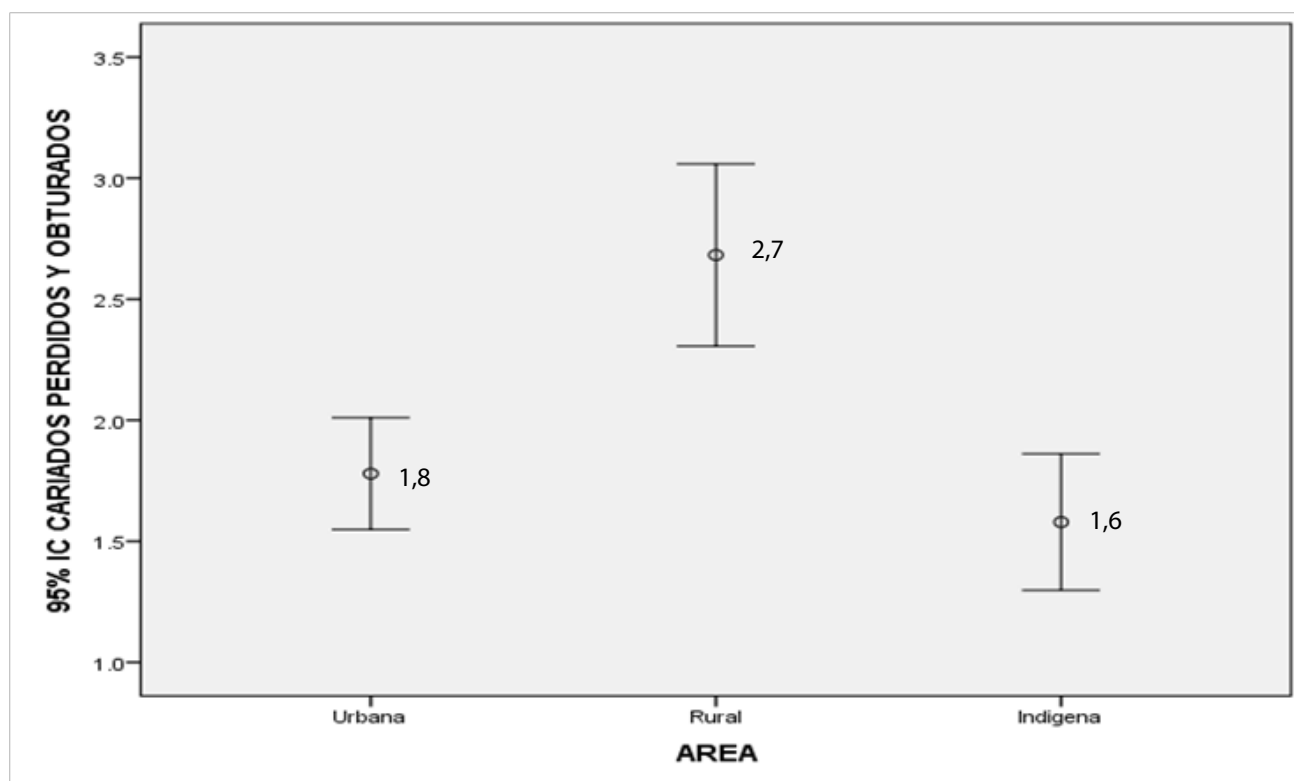
VARIABLES		Muestra		Promedio CPO-D (I.C. 95%)	Significancia Estadística
		Nº	%		
TOTAL		712	100%	2,10(1,93-2,27)	
EDAD	10	238	33.4%	1,66(1,44-1,88)	0.05
	11	246	34.6%	1,98(1,69-2,27)	
	12	162	22.8%	2,19(1,77-2,61)	
	13	50	7.0%	2,58(1,73-3,43)	
	14	16	2.2%	2,13(1,00-3,25))	
SEXO	Hombre	341	47.9%	1,92(1,68-2,16)	0.577
	Mujer	371	52.1%	2,01(1,77-2,26)	
REGIÓN	Coclé	133	18.7%	1,15(0,85-1,45)	0.000
	Darién	74	10.4%	3,15(2,51-3,79)	
	Herrera	117	16.4%	2,41(1,94-2,88)	
	Los Santos	108	15.2%	1,47(1,13-1,81)	
	Panamá Este	106	14.9%	2,94(2,45-3,44)	
	Ngäbe Buglé	174	24.4%	1,51(1,22-1,79)	
ÁREA	Urbana	340	47.8%	1,78(1,54-2,01)	0.000
	Rural	189	26.5%	2,68(1,30-3,06)	
	Indígena	183	25.7%	1,58(1,29-1,87)	

Fuente: Evaluación CAP de Estilos de Vida saludables de Salud Bucal, Año 2011.

Diferencias estadísticamente significativas **p<0.05**.

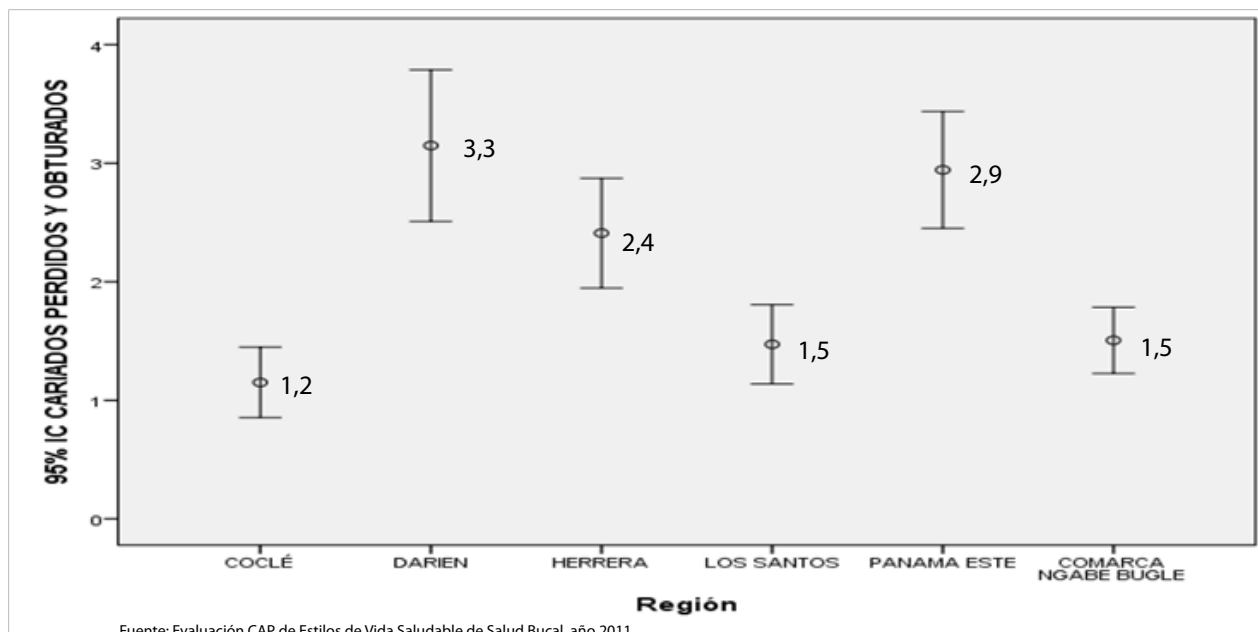
Las pruebas de significancia estadística fueron procesadas con el paquete estadístico SPSS versión 20. Se realizaron para comparar las medias, considerando una posible relación, según edad, sexo, Región y área, con un intervalo de confianza de 95%. Se comprueba a un nivel de significancia del 5%, que las medias son estadísticamente significativas $p<0.05$, por área con una $p=0.000$, región de salud con una $p=0.000$ y edad con una $p=0.05$. Se encontró que no existen diferencias estadísticamente significativas al comparar las medias del índice de Klein y Palmer por sexo ($p=5,77$). Con relación a la variable región de salud se observó que la región de Panamá Este y Darién presentaron las medias más altas con un $2,94(2,45-3,44)$ y $3,15(2,51-3,79)$ respectivamente. Las medias más bajas se presentaron en la región de Coclé $1,15(0,85-1,45)$ y la región Ngäbe Buglé $1,51(1,22-1,79)$. También se observó igualdad de las medias en las regiones de Herrera, Los Santos. Los resultados indican que las diferencias entre las medias son altamente significativas a un valor de $p<0.05$. (**Cuadro N°11**).

Gráfico N°65
INTERVALOS DE CONFIANZA DEL ÍNDICE DE KLEIN Y PALMER EN DENTICIÓN PERMANENTE,
EN ESCOLARES DE 10 A 14 AÑOS, SEGÚN ÁREA. PANAMÁ, 2011. n=712



Según como se indica en el **gráfico N°65**, en cuanto a la variable área urbana, rural, indígena se observó que las medias del Índice de Klein y Palmer para dientes permanentes del área urbana (1,8) e indígena (1,6) son estadísticamente semejantes, sin embargo el área rural presentó una media más alta (2,7), estadísticamente diferente a las otras áreas. A un nivel de significancia del 5% se comprueba que las diferencias entre las medias son estadísticamente significativas con una $p=0.000$.

GRÁFICO N°66
INTERVALOS DE CONFIANZA DEL ÍNDICE DE KLEIN Y PALMER EN DIENTES PERMANENTES CPO-D.
ESCOLARES DE 10 A 14 AÑOS, SEGÚN REGIÓN DE SALUD. n=712



Según como se indica en el **gráfico N°66**, en cuanto a la variable región de salud se observó que la Regiones de Coclé (1.2), Los Santos (1.5) y Ngäbe Buglé (1.5) presentaron medias del índice de Klein y Palmer para dientes permanentes, más bajas y estadísticamente semejantes, siendo la Región de Panamá Este (2.9) y Darién (3.3) las que presentaron las medias más altas, comprobándose que las diferencias entre las regiones son altamente significativas $p=0.000$.

CUADRO N°12. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ESCOLAR DE 10 A 14 AÑOS, POR CATEGORÍAS DEL ÍNDICE DE KLEIN Y PALMER EN DIENTES PERMANENTES, SEGÚN EDAD, SEXO, REGIÓN Y ÁREA. PANAMÁ, 2011. (n=712)

VARIABLES		Categorías del Índice de Klein y Palmer													
		TOTAL		Sanos		Muy Bajo >0≤1.1		Bajo >1.2≤2.6		Moderado >2.7≤4.4		Alto >4.5≤6.5		Muy Alto >6.6	
		No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
TOTAL		712	100,0%	251	35,3%	133	18,7%	101	14,2%	147	20,6%	46	6,5%	34	4,8%
EDAD	10	238	33,4%	86	12,1%	46	6,5%	32	4,5%	62	8,7%	11	1,5%	1	,1%
	11	246	34,6%	83	11,7%	47	6,6%	41	5,8%	48	6,7%	15	2,1%	12	1,7%
	12	162	22,8%	64	9,0%	25	3,5%	17	2,4%	28	3,9%	14	2,0%	14	2,0%
	13	50	7,0%	14	2,0%	10	1,4%	9	1,3%	7	1,0%	4	,6%	6	,8%
	14	16	2,2%	4	,6%	5	,7%	2	,3%	2	,3%	2	,3%	1	,1%
SEXO	Hombre	341	47,9%	124	17,4%	61	8,6%	48	6,7%	71	10,0%	24	3,4%	13	1,8%
	Mujer	371	52,1%	127	17,8%	72	10,1%	53	7,4%	76	10,7%	22	3,1%	21	2,9%
REGIÓN	Coclé	133	18,7%	75	10,5%	19	2,7%	15	2,1%	16	2,2%	5	,7%	3	,4%
	Darién	74	10,4%	13	1,8%	12	1,7%	10	1,4%	24	3,4%	5	,7%	10	1,4%
	Herrera	117	16,4%	31	4,4%	20	2,8%	21	2,9%	27	3,8%	12	1,7%	6	,8%
	Los Santos	108	15,2%	45	6,3%	24	3,4%	12	1,7%	20	2,8%	5	,7%	2	,3%
	Panamá Este	106	14,9%	21	2,9%	16	2,2%	13	1,8%	36	5,1%	11	1,5%	9	1,3%
	Ngäbe Buglé	174	24,4%	66	9,3%	42	5,9%	30	4,2%	24	3,4%	8	1,1%	4	,6%
ÁREA	Urbana	340	47,8%	134	18,8%	60	8,4%	45	6,3%	69	9,7%	21	2,9%	11	1,5%
	Rural	189	26,5%	50	7,0%	29	4,1%	24	3,4%	51	7,2%	17	2,4%	18	2,5%
	Indígena	183	25,7%	67	9,4%	44	6,2%	32	4,5%	27	3,8%	8	1,1%	5	,7%

Fuente: Evaluación CAP de Estilos de Vida saludables de Salud Bucal, Año 2011.

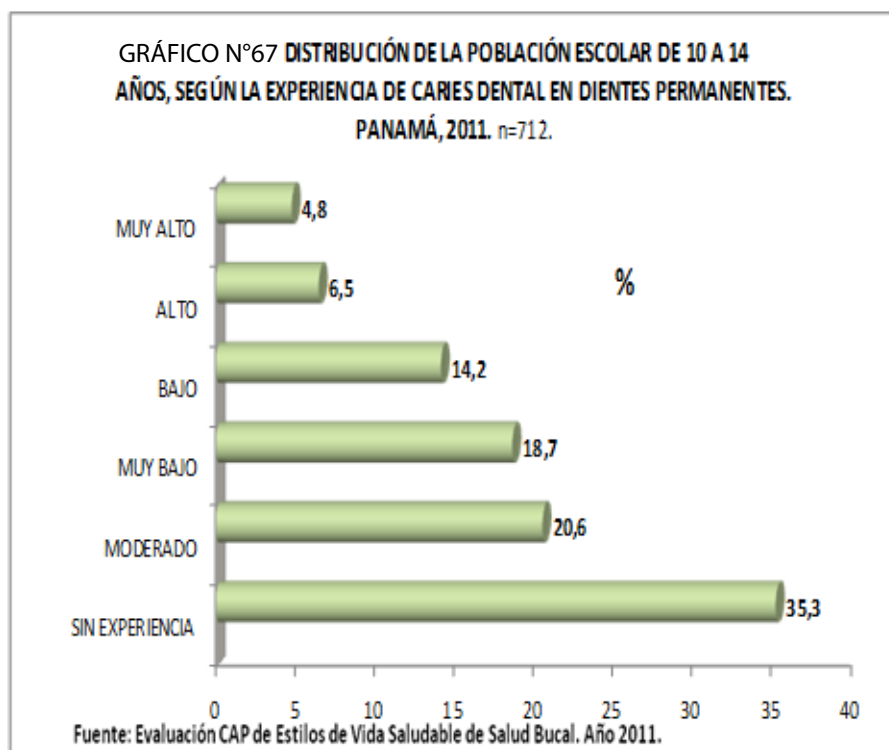
La muestra estudiada fue de 712 escolares de 10 a 14 años, de este grupo de escolares el 35.3% (251/712), no tuvieron experiencia de caries dental (CPO=0) en los dientes permanentes. La región de Darién presentó la más baja proporción de examinados sin experiencia de caries dental con un 1.8% (13/712), seguido de Panamá Este con un 2.9% (21/712), mientras que la más alta proporción de escolares examinados sin experiencia de caries dental se dio en Coclé con un 10.5% (75/712) y en Ngäbe Buglé con un 9.3% (66/712).

Del total de escolares examinados de 10 a 14 años, la proporción con muy baja experiencia de caries (>0<1.1), fue de un 18.7% (133/712); siendo los valores más altos en la Región de Ngäbe Buglé con un 5.9% (42/712), le sigue Los Santos con un 3.4% (24/712), y los más bajos en las regiones de Darién con un 1.7% (12/712) y Panamá Este con un 2.2% (16/712). Siendo las edades de 10 y 11 años las que presentaron la proporción más alta con un 6.5% (46/712) y 6.6% (47/712) de escolares con muy baja experiencia de caries dental en dentición permanente. Con relación al sexo las mujeres presentaron una mejor condición 10% (72/712), que los hombres 8.6% (61/712).

Del total de escolares examinados de 10 a 14 años, la proporción con baja experiencia de caries (>1.2<2.6), fue de un 14.2% (101/712), reflejándose la región de Ngäbe Buglé con la proporción más alta con un 4.2% (30/712) y la más baja en la región de Darién con un 1.4% (10/712).

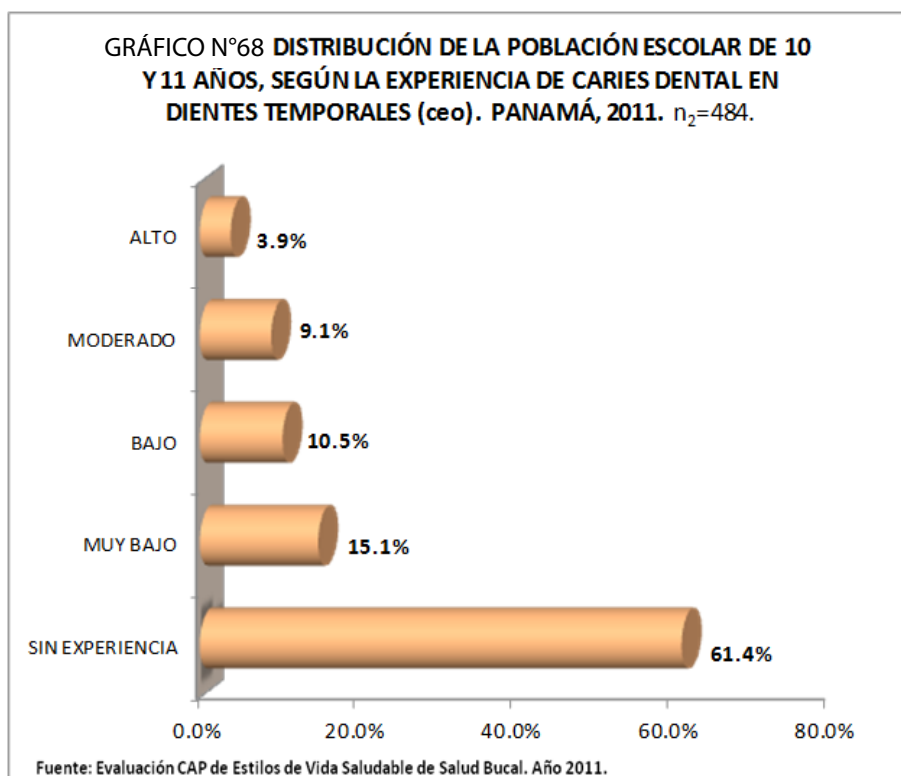
Al sumar la categoría de experiencia de caries dental moderada de los rangos >2.7<4.4 y alta experiencia de caries dental >4.5<6.5 de los escolares examinados de 10 a 14 años, la proporción de escolares con moderada y alta experiencia de caries dental en dientes permanentes (>2.7<6.5), fue de 27.1% (193/712). Las regiones que presentaron la proporción más alta en esta categoría fueron: Panamá Este con un 6.6% (47/712) y la proporción más baja se presentó en la región de Coclé con un 2.9% (21/712).

Referente a la categoría de muy alta experiencia de caries dental (>6.6), un 4.8% (34/712) de los escolares examinados, tuvo una muy alta experiencia de caries dental. (**Cuadro N°12**).



El análisis del comportamiento epidemiológico de la caries dental se realizó empleando el indicador que permite establecer numéricamente el resultado de la historia de la experiencia de la enfermedad caries dental, el Índice de Klein y Palmer (CPO-D) para la dentición permanente y el Índice de Grubbel (ceo-d) para la dentición decidua.

Se observa en el **gráfico N°67**, que un 35.3% (251/712) escolares estaban sanos, sin experiencia de caries, lo que nos indica una prevalencia de caries dental de 64.7% en dentición permanente. El 32.9% (234/712) del total de escolares examinados presentaron una muy baja y baja experiencia de caries dental lo que representa un bajo riesgo, el 20,6% (147/712) con experiencia moderada lo que representa un mediano riesgo y un 11.3% (80/712) con alta y muy alta experiencia de caries dental, lo que representa un alto riesgo. Del total de escolares examinados con dentición permanente el promedio del índice CPO-D fue de 2,10 con un intervalo de confianza (I.C. 95%) de 1,93-2,27. Lo que evidencia una baja experiencia de caries dental.



Con relación al Índice de Grubbel para dientes temporales, se observa que de un total de 484 escolares examinados con dentición mixta, un 61.4% (297/484) estaban sanos, sin experiencia de caries $ceo=0$, lo que indica una prevalencia de caries dental de un 38.6% en dentición temporal. Solo presentaron dentición mixta los escolares de 10 y 11 años. El 25.6% (124/484) del total de escolares examinados presentaron una muy baja y baja experiencia de caries dental lo que representa un bajo riesgo, el 9,1% (44/484) con experiencia moderada lo que representa un mediano riesgo y un 3.93% (19/484) con alta experiencia de caries dental, lo que representa un alto riesgo. (*Gráfico N°68*). Del total de escolares examinados con dentición mixta el promedio del índice $ceo-d$ fue de 0,89 con un intervalo de confianza (I.C. 95%) de 0,77-1,01. Lo que evidencia una muy baja experiencia de caries dental.

**CUADRO N°13. COMPONENTES DEL ÍNDICE CPO DE LA POBLACIÓN DE 10 A 14 AÑOS,
POR DIENTES EXAMINADOS, SEGÚN VARIABLES. PANAMÁ, 2011.**

(n₁=1,6829 piezas dentales examinadas).

VARIABLES		P. CARIADO		P. EXTRAÍDO	EXTRACCIÓN INDICADA	PERDIDO		P. OBTURADO		* DIENTES SANOS		TOTAL ₁	TOTAL ₂
		Nº	%	Nº	Nº	Nº	%	Nº	%	Nº	%	DientesCPO	DientesCPO-D
TOTAL		1007	71,9%	51	55	106	7,6%	288	20,6%	15428	91,7%	1401	16829
EDAD	10	298	75,3%	8	6	14	3,5%	84	21,2%	4411	91,8%	396	4807
	11	329	67,6%	27	16	43	8,8%	115	23,6%	5416	91,7%	487	5903
	12	264	74,4%	15	19	34	9,6%	57	16,1%	3932	91,7%	355	4287
	13	93	72,1%	0	12	12	9,3%	24	18,6%	1257	90,7%	129	1386
	14	23	67,6%	1	2	3	8,8%	8	23,5%	412	92,4%	34	446
SEXO	Hombre	466	71,3%	20	28	48	7,3%	140	21,4%	7112	91,6%	654	7766
	Mujer	541	72,4%	31	27	58	7,8%	148	19,8%	8316	91,8%	747	9063
REGIÓN	Coclé	71	46,4%	7	9	16	10,5%	66	43,1%	3038	95,2%	153	3191
	Darién	189	81,1%	11	12	23	9,9%	21	9,0%	1503	86,6%	233	1736
	Herrera	177	62,8%	14	6	20	7,1%	85	30,1%	2341	89,2%	282	2623
	Los Santos	72	45,3%	7	7	14	8,8%	73	45,9%	2453	93,9%	159	2612
	Panamá Este	263	84,3%	6	12	18	5,8%	31	9,9%	2157	87,4%	312	2469
	Ngäbe Buglé	235	89,7%	6	9	15	5,7%	12	4,6%	3936	93,8%	262	4198
ÁREA	Urbana	353	58,3%	24	14	38	6,3%	214	35,4%	7368	92,4%	605	7973
	Rural	392	77,3%	21	32	53	10,5%	62	12,2%	3927	88,6%	507	4434
	Indígena	262	90,6%	6	9	15	5,5%	12	4,4%	4133	93,8%	274	4407

D* = SE REFIERE A LA PROPORCIÓN DE DIENTES SANOS DEL TOTAL DE DIENTES EXAMINADOS Y NO COMO PROPORCIÓN DEL CPO.

Fuente: Evaluación CAP de Estilos de Vida Saludable de Salud Bucal, año 2011.

El análisis de los promedios del índice de Klein y Palmer para dientes permanentes (CPO-D) por componentes indicó que el componente cariado(C) da razón por un 72% (1,007/1401 dientes) de la media global, registrándose la más alta proporción de dientes cariados en la Comarca Ngäbe Buglé con un 89,7% (235/262 dientes), seguida de la región de Panamá Este con un 84,3%(263/312) de dientes cariados. Al analizar el comportamiento del componente cariado por área se observó que la mayor proporción de dientes cariados se ubicó en el área indígena con un 90,6%(262/274), seguido del área rural con un 77,3% (392/507) y el área urbana con un 58,3%(353/605). Para el componente perdido (P), se registró un 7,6% (106/1401) dientes permanentes perdidos), este componente lo conforman los dientes permanentes extraídos por caries dental y los dientes permanentes con extracción indicada por caries dental. El componente obturado (O) dio razón por un 20,6% (288/1401), de dientes permanentes restaurados u obturados. Según edad la mayor proporción de piezas dentales cariadas se presento a los 10 años con un 75,3% (298/396) y a los 12 años con un 74,4% (264/355) de dientes cariados como proporción del CPO.

Con relación a la proporción de dientes permanentes sanos del total de dientes examinados correspondió a un 91,7% (15428/16829). **(Cuadro N°13)**

CUADRO N° 14. COMPONENTES DEL ÍNDICE ceo EN ESCOLARES de 10 y 11 AÑOS, POR DIENTES EXAMINADOS, SEGÚN VARIABLES. PANAMÁ, 2011. (n₂=1,398 Piezas Dentales Examinadas).

VARIABLES		TEMPORAL CARIADO		TEMPORAL EXTRAÍDO		TEMPORAL OBTURADO		*DIENTES SANOS		TOTAL ₁	TOTAL ₂
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	N°
TOTAL		308	71%	37	9%	76	18%	967	69,2%	431	1398
EDAD	10	206	73%	23	8%	52	19%	652	69,9%	281	933
	11	102	73%	14	10%	24	17%	259	64,9%	140	399
SEXO	Hombre	201	74%	21	8%	48	18%	623	69,8%	270	893
	Mujer	112	70%	16	10%	33	20%	344	68,1%	161	505
REGIÓN	Coclé	30	48%	10	16%	22	35%	138	69,0%	62	200
	Darién	46	85%	7	13%	1	2%	83	60,6%	54	137
	Herrera	45	56%	10	12%	26	32%	227	73,70%	81	308
	Los Santos	22	48%	2	4%	22	48%	121	72,5%	46	167
	Panamá Este	41	76%	4	7%	9	17%	188	77,7%	54	242
	Ngäbe Buglé	129	96%	4	3%	1	1%	210	61,0%	134	344
ÁREA	Urbana	104	57%	19	10%	59	32%	496	73,2%	182	678
	Rural	74	68%	14	13%	21	19%	255	70,1%	109	364
	Indígena	135	96%	4	2,8%	1	1%	216	60,7%	140	356

D*= SE REFIERE A LA PROPORCIÓN DE DIENTES SANOS DEL TOTAL DE DIENTES EXAMINADOS Y NO COMO PROPORCIÓN DEL ceo.

Fuente: Evaluación CAP de Estilos de Vida Saludable de Salud Bucal, año 2011.

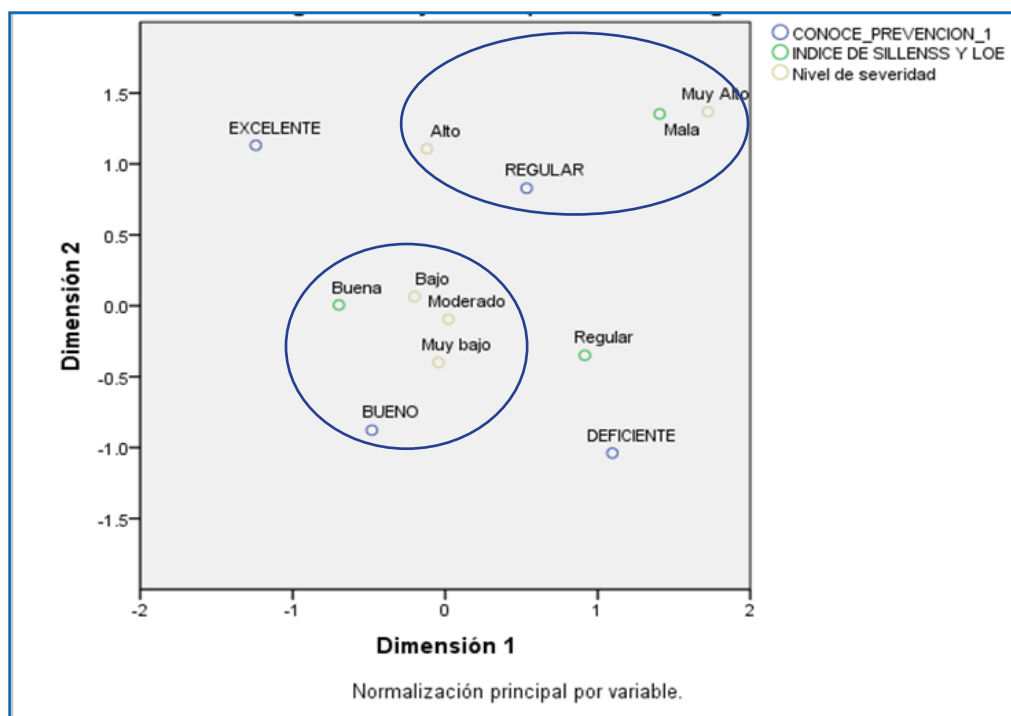
El análisis de los promedios del índice de Grubbel para dientes temporales (ceo-d) por componentes indicó que el componente cariado(c) da razón por un 71% (308/431 dientes) de la media global, registrándose la más alta proporción de dientes cariados en la Comarca Ngäbe Buglé con un 96% (129/134 dientes), seguida de la región de Darién con un 85%(46/54) de dientes cariados. Al analizar el comportamiento del componente cariado por área se observó que la mayor proporción de dientes cariados se ubicó en el área indígena con un 96%(135/140), seguido del área rural con un 68% (74/109) y el área urbana con un 57%(104/182). Para el componente perdido (P), se registró un 9% (37/431) dientes perdidos), este componente lo conforman los dientes temporales extraídos por caries dental. El componente obturado (O) dio razón por un 18% (76/431), de dientes restaurados u obturados. Según edad solo presentaron dentición mixta los escolares examinados de 10 y 11 años, la proporción de dientes cariados a los 10 años fue de un 73% (206/281) y a los 11 años 73% (102/140) de dientes cariados del total de dientes como proporción del ceo.

Con relación a la proporción de dientes temporales sanos del total de dientes examinados correspondió a un 69,1% (967/1398).
(Cuadro N°14)

4. ANÁLISIS DE CORRESPONDENCIA MULTIVARIANTE:

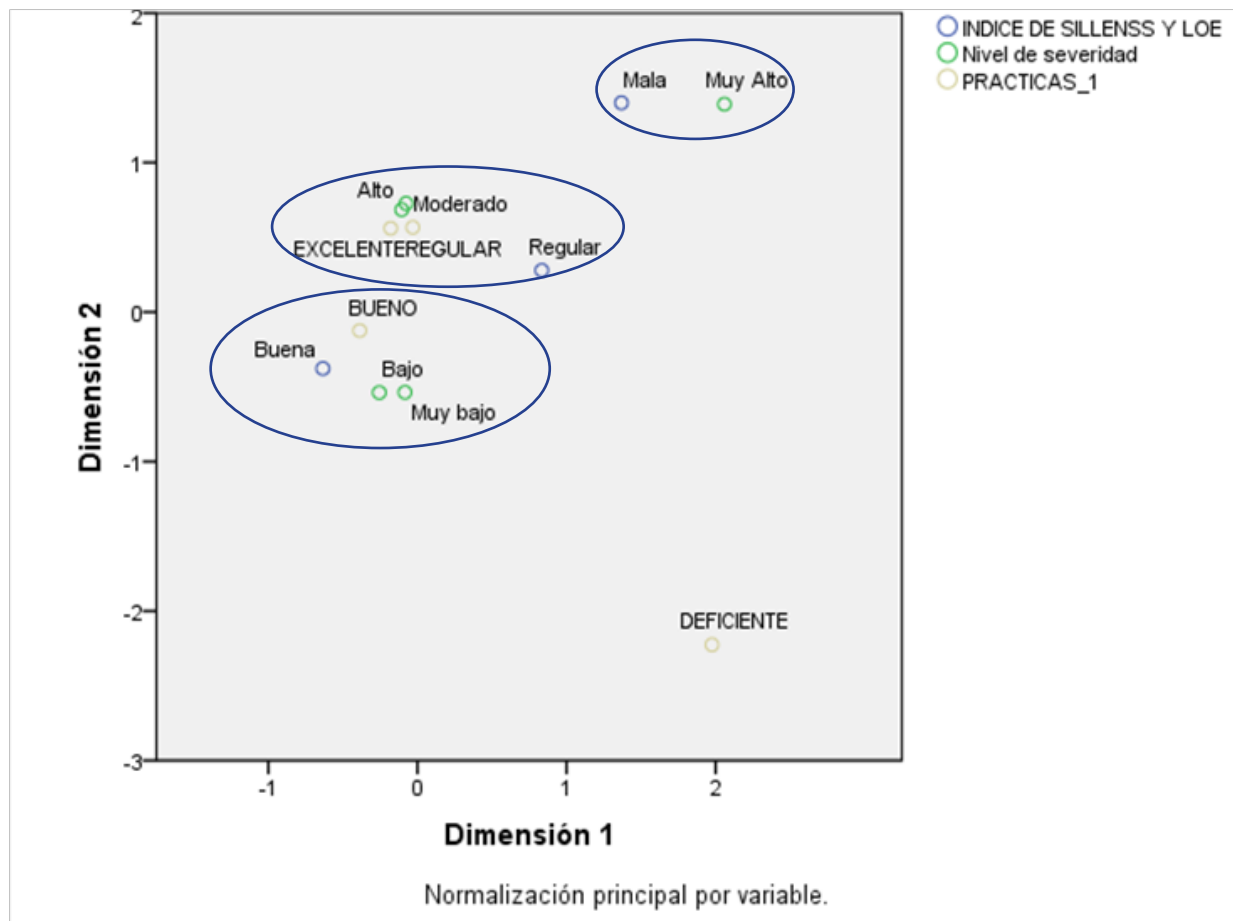
El análisis de correspondencia multivariante es una técnica estadística para describir e interpretar las relaciones entre las variables categóricas cualitativas del estudio, a través de un gráfico (mapa perceptual). Permite evidenciar de manera más perceptible el grado de relación entre las categorías de cada variable de estudio.

Gráfico N°69. MAPA PERCEPTUAL DE LA RELACIÓN DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE PREVENCIÓN BUCAL CON EL ÍNDICE DE PLACA DE SILLNESS Y LOE Y LA EXPERIENCIA DE CARIES DENTAL. PANAMÁ, 2011.



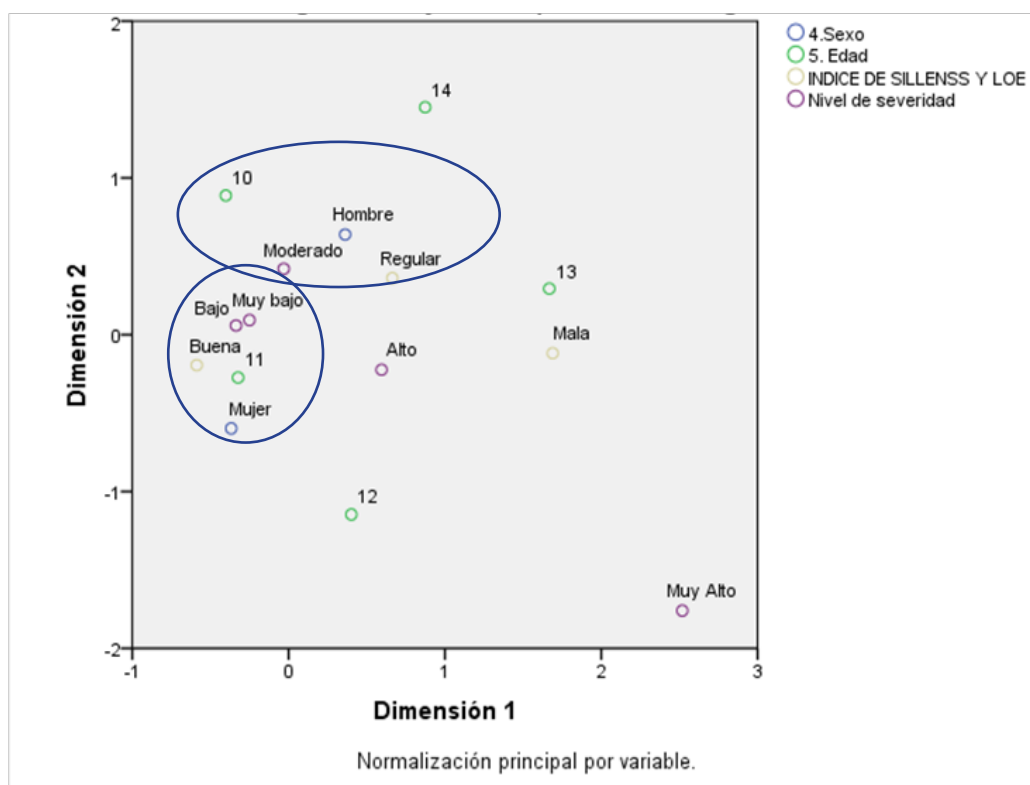
De acuerdo al análisis de correspondencia multivariante entre las variables conocimiento sobre prevención bucal, la variable higiene bucal (Índice de placa bacteriana de Sillness y Loe) y la variable experiencia de caries dental, se observa un primer grupo donde los escolares que presentaron un conocimiento regular sobre prevención bucal, se relaciona con los escolares que presentaron una mala higiene bucal y una experiencia de caries dental alta y muy alta. Un segundo grupo que sitúa a los escolares que presentaron un conocimiento bueno sobre prevención bucal, el cual se relaciona con una buena higiene bucal y una experiencia de caries dental baja y moderada. Con este análisis se evidencia que el nivel de conocimiento sobre prevención bucal influye muy directamente en el nivel de higiene bucal y en el índice de caries dental. (Gráfico N°69).

Gráfico N°70. MAPA PERCEPTUAL DE LA RELACION DEL ÍNDICE DE SILLNESS Y LÖE CON LA EXPERIENCIA DE CARIES DENTAL Y LAS PRÁCTICAS RELACIONADAS A LOS ESTILOS DE VIDA SALUDABLES DE SALUD BUCAL. PANAMÁ, 2011.



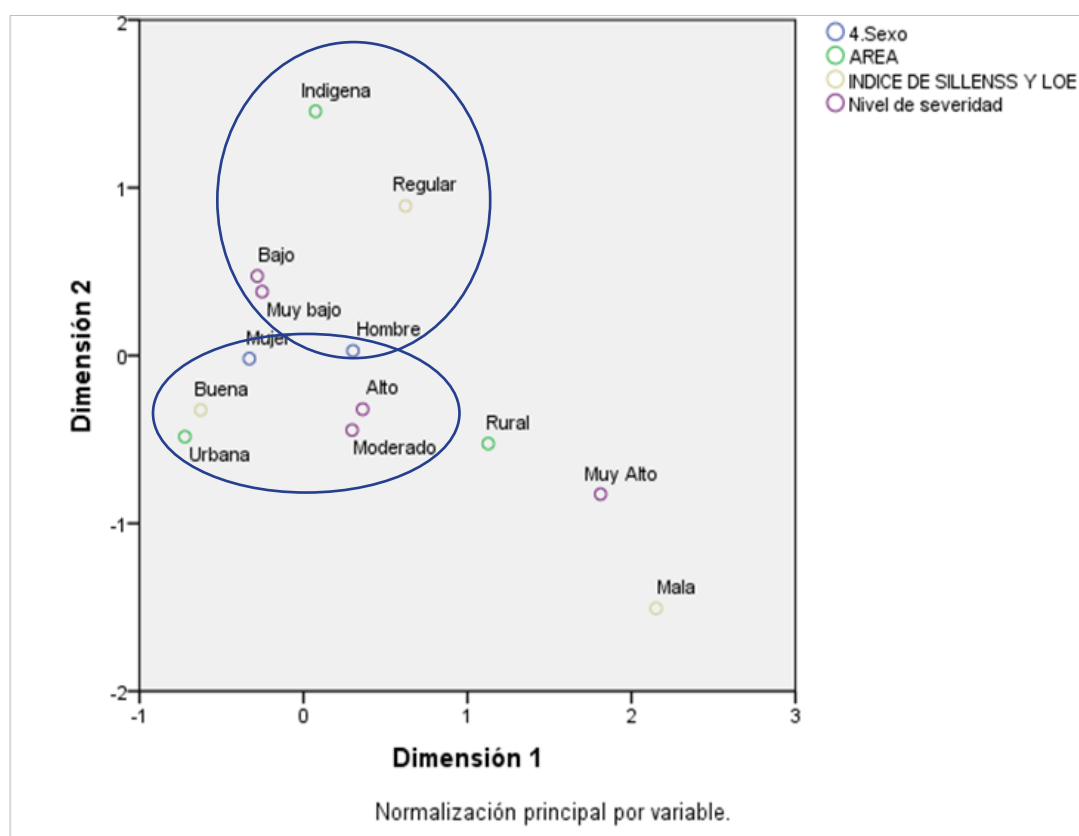
Con relación a las características de los sujetos estudiados se observa en este mapa perceptual, un primer grupo donde los escolares que presentaron mala higiene oral (índice de placa bacteriano $>1,9$), se relacionan con los escolares que presentaron un muy alta experiencia de caries dental. Un segundo grupo que sitúa a los escolares que presentaron un nivel de prácticas preventivas de salud bucal en la categoría de regular, se relaciona con un nivel de higiene oral regular (índice de placa bacteriano en la categoría de regular) y una experiencia de caries dental moderada. Un tercer grupo de escolares con características con un nivel de prácticas de estilos de vida saludables en la categoría de bueno, los cuales se relacionan con una buena higiene oral y con una baja experiencia de caries dental. Con este análisis se evidencia que el nivel de prácticas sobre prevención bucal influye muy directamente en el nivel de higiene bucal y en la experiencia de caries dental. (**Gráfico N°70**).

Gráfico N°71. MAPA PERCEPTUAL DE LA RELACION DE LA EXPERIENCIA DE CARIES DENTAL CON EL ÍNDICE DE SILLNESS Y LÖE, LA EDAD Y EL SEXO DE LOS ESCOLARES ENCUESTADOS DE 10 A 14 AÑOS. PANAMÁ, 2011.



Con relación a las características de los sujetos estudiados se observa en este mapa perceptual, un primer grupo de escolares de 10 años de edad hombres, que presentaron un nivel de higiene oral regular (índice de placa bacteriano en la categoría de regular), se relacionan con una moderada experiencia de caries dental. Un segundo grupo que sitúa a los escolares de 11 años de edad mujeres, que presentaron un nivel de higiene oral bueno, se relaciona con una baja y muy baja experiencia de caries dental. Con este análisis se evidencia que la experiencia de caries dental se relaciona muy directamente en el nivel de higiene bucal, la edad y el sexo de los encuestados. (Gráfico N°71).

Gráfico N°72. MAPA PERCEPTUAL DE LA RELACION DE LA EXPERIENCIA DE CARIES DENTAL CON EL ÍNDICE DE SILLNESS Y LÖE, EL ÁREA Y EL SEXO DE LOS ESCOLARES ENCUESTADOS DE 10 A 14 AÑOS. PANAMÁ, 2011.



Con relación a las características de los sujetos estudiados se observa en este mapa perceptual, un primer grupo de escolares del área indígena, que presentaron un nivel de higiene oral regular (índice de placa bacteriano regular), relacionado con una baja y muy baja experiencia de caries dental. Un segundo grupo que sitúa a los escolares mujeres del área urbana, que presentaron una buena higiene oral (índice de placa bacteriano en la categoría de bueno), el cual se relaciona con una moderada experiencia de caries dental. Con este análisis se evidencia que la experiencia de caries dental se relaciona muy directamente en el nivel de higiene bucal, el sexo y el área de residencia de los encuestados. (**Gráfico N°72**).

IX. HALLAZGOS Y CONCLUSIONES:

Hallazgos:

La evaluación de los conocimientos, actitudes y prácticas sobre estilo de vida saludable de salud bucal, en escolares de 10 a 14 años de las escuelas primarias de las regiones de Coclé, Darién, Herrera, Los Santos, Panamá Este y Comarca Ngäbe Buglé". Año 2011, relacionó los conocimientos, las actitudes y prácticas de higiene oral con la salud bucal.

1. El total de los escolares de 10 a 14 años encuestados aceptó participar en el estudio.
2. La mayor proporción de los escolares encuestados se localizó en el área urbana.
3. La mayor proporción del total de los escolares encuestados fueron mujeres en edades de 10 a 12 años. La edad media del encuestado fue de 11.10 años.
4. Los temas de conocimiento evaluados para este estudio fueron: temas de conocimiento general, temas de salud bucal relacionados a las causas de las enfermedades bucales y temas de prevención bucal, relacionados al cuidado, conservación de la higiene bucal y el uso de los fluoruros.
5. Los escolares encuestados presentaron un nivel de conocimiento general sobre salud y prevención bucal, de regular a deficiente.
6. Los escolares de las regiones de Darién, Coclé y Panamá Este, presentaron un nivel de conocimiento general en temas de salud y prevención bucal entre bueno a regular, mientras que en la Región de Herrera el nivel de conocimiento fue deficiente y el resto de las Regiones el nivel de conocimiento general se presentó entre regular y deficiente.
7. Al evaluar los temas que integran el conocimiento general de salud bucal, se identificó que los estudiantes encuestados evaluaron mejor los temas relacionados a la prevención bucal, que los temas relacionados a las causas de las enfermedades bucales.
8. De acuerdo al conocimiento sobre los temas de salud bucal, la población escolar encuestada, presentó un nivel de conocimiento deficiente. Los temas de salud bucal peor evaluados fueron las causas del sangrado de las encías y las causas de la caries dental.
9. Los escolares encuestados de las Regiones de Ngäbe Buglé, Darién, Coclé, Herrera y Panamá Este, desconocen las causas del sangrado de las encías.
10. Según área urbana, rural e indígena el nivel de conocimiento sobre temas relacionados a la salud bucal (caries dental, sangrado de las encías, boca sana y utilidad de los dientes), fue deficiente en todas las áreas estudiadas. El área indígena presentó una mejor situación, al relacionar el conocimiento con las otras áreas evaluadas; observándose que existen diferencias estadísticamente significativas entre las áreas estudiadas.
11. El 68% de los escolares encuestados presentaron un nivel de conocimiento sobre temas de prevención bucal (cepillado dental, alimentación, conocimiento y uso de los fluoruros), en las categorías de bueno a regular.
12. Según región de salud el nivel de conocimiento sobre temas de prevención bucal varía de bueno a excelente en las Regiones de Herrera y Los Santos; de bueno a regular en la Región de Coclé y Panamá Este y de regular a deficiente en la Comarca Ngäbe Buglé y la Región de Darién; observándose diferencias estadísticamente significativas $p < 0.05$, por región de salud.

13. Con relación al conocimiento sobre temas de prevención bucal por área, se observó un desconocimiento importante en el área indígena; en el área rural se reportó un nivel de conocimiento de regular a bueno y en el área urbana se reportó un nivel de conocimiento de bueno a excelente; reflejándose diferencias altamente significativas, al aplicar la prueba de chi cuadrado, por área.
14. Con relación al nivel actitud para el cuidado de la salud bucal de los escolares encuestados de 10 a 14 años, en su mayoría manifestaron una excelente actitud, lo que sugiere que existe una buena disposición de los escolares para fortalecer el auto cuidado de su salud bucal.
15. Al analizar el nivel de actitud, por área urbana, rural, indígena se observó, que el área rural presentó un nivel de actitud excelente, seguido del área urbana e indígena; reportándose diferencias estadísticamente significativas a un nivel de significancia del 5%.
16. Con relación a las prácticas preventivas de higiene oral (cepillado dental, uso de enjuagues de fluoruros, uso del hilo dental y las visitas periódicas al odontólogo), los resultados reflejaron algunas prácticas inapropiadas de estilo de vida, destacándose el no uso del hilo dental en un 77% y que los escolares encuestados (51%) no visitan al odontólogo periódicamente .
17. De acuerdo al sexo, más mujeres que hombres presentaron un nivel de prácticas de higiene oral bueno, encontrándose diferencias estadísticamente significativa a favor del sexo femenino, a un nivel de significancia del 5%.
18. De acuerdo a las áreas, los escolares del área urbana, rural e indígena, presentaron un nivel de prácticas de bueno a regular, encontrándose que existen diferencias estadísticamente significativas entre las áreas estudiadas.
19. Según región, las Regiones de Panamá Este, Coclé y Darién reportaron un nivel de prácticas de bueno a regular; la Comarca Ngäbe Buglé reportó un nivel de prácticas no apropiadas al igual que la Región de Los Santos; encontrándose diferencias altamente significativas entre el nivel de prácticas y las Regiones de Salud estudiadas.
20. Con relación a la práctica de los hábitos de higiene oral, la mayoría de los escolares encuestados manifestaron que se cepillan los dientes cada vez que comen, un alto porcentaje indicó que utilizan cepillo y pasta dental. Algunos no utilizan de auxiliares de limpieza bucal como el hilo dental y los enjuagues bucales.
21. En relación al hábito de cepillado, la mayoría de los encuestados refirió que tienen cepillo de dientes propio, que se cepillan tres veces al día, que al cepillarse limpian todas las superficies y caras de los dientes, que utilizan cepillo de dientes suave, que cambian el cepillo dental cada dos meses y que practican el cepillado nocturno.
22. La mayoría de los escolares mujeres indicaron que visitaron al dentista para intervenciones diagnósticas (examen bucal) y preventivas (limpieza dental), un porcentaje importante de los encuestados varones fue al dentista para solicitar atención clínica de extracciones dentales y restauraciones, siendo los escolares encuestados del área urbana los que más demandaron la atención bucal.
23. Algunos escolares reportaron que no van al dentista porque los familiares no los llevan y porque les queda lejos, siendo los escolares del área indígena los que menos consultaron al dentista.
24. Con relación a la práctica de uso de hilo dental, la mayoría de los escolares encuestados no conocen el uso de este aditamento de limpieza y requieren ser reforzados con información y técnica de uso.
25. Los escolares manifestaron que las razones por las que no utilizan el hilo dental son las siguientes: porque no lo conocen, por falta de costumbre, porque no saben cómo usarlo y otros respondieron que no es necesario utilizarlo.
26. La mayoría de los escolares expresaron, que los padres y los abuelos les enseñaron a cuidar los dientes.
27. Respecto a la aplicación de Flúor en el último año la mitad de los escolares refiere que han recibido aplicaciones o enjuagues de flúor en el último año. El sitio en el que con mayor frecuencia recibieron el flúor fue la escuela o colegio.

28. Según las prácticas de higiene bucal la mayoría de los escolares manifestaron que tenían cepillo de dientes y que en su casa cada miembro de la familia tenía su cepillo de dientes personal.
29. De acuerdo al abastecimiento de agua potable, la mayoría de los escolares manifestó que toman el agua del grifo, una minoría consume agua de pozo y agua embotellada.
30. Con respecto a los hábitos alimentarios, relacionado a la frecuencia de ingesta de hidratos de carbono en la merienda de la mañana, tarde y noche de las últimas 24 horas, se evidenció que los escolares tienen un alto consumo de hidratos de carbono y bebidas azucaradas.
31. La mayoría de los escolares encuestados manifestaron que consumían más de cinco momentos de azúcar al día.
32. Las bebidas azucaradas, los dulces, pastillas y café fueron los alimentos de mayor consumo fuera del horario de comidas habituales de los escolares de 10 a 14 años encuestados.
33. Al valorar la higiene oral de los escolares, según el índice de Sillness y Löe, los resultados indican que prevalece una condición de buena higiene bucal.
34. Según área urbana, rural, indígena se observó que los escolares del área urbana e indígena presentaron una mejor condición de higiene bucal; observándose diferencias estadísticamente significativas entre las áreas a un nivel de significancia del 5%.
35. Según sexo, se observó que las mujeres presentaron una condición de higiene bucal buena en comparación con los hombres, observándose diferencias estadísticamente significativas entre mujeres y hombres.
36. Por región se observó que los escolares encuestados reflejaron una condición de higiene bucal buena según el índice de Sillness y Löe, en las regiones de Herrera, Coclé y Los Santos; observándose diferencias estadísticamente significativas entre las regiones estudiadas.
37. El índice de Klein y Palmer para dientes permanentes fue de CPO-D10-14 años=2,10 (1,93-2,27) lo que nos sitúan en niveles baja experiencia de caries dental según la clasificación de la OMS para el índice CPO-D.
38. El Índice de Grubbel para dientes temporales ceo-d fue de 0,89 (0,77-1,01) lo que nos sitúan en niveles de muy baja experiencia de caries dental. Edad en que los escolares están en proceso de exfoliación de los dientes temporales y se encuentran en dentición mixta.
39. Del total de escolares examinados de 10 a 14 años, la proporción con muy baja y baja experiencia de caries ($>0<2,6$), fue de un 32,9% (234/712).
40. La proporción con moderada experiencia de caries ($>2,7<4,4$), fue de un 20,6% (147/712), la proporción de escolares con alta y muy alta experiencia de caries dental en dientes permanentes ($>4,5>6,6$), fue de 11,2% (80/712).
41. Del total de escolares examinados el 35,3% (251/712) no tuvieron experiencia de caries dental (CPO=0), indicando una prevalencia de caries dental para dientes permanentes de 64,7%.
42. Del total de escolares examinados con dentición mixta un 61,4% no tuvieron experiencia de caries dental (ceo=0), lo que indica una prevalencia de caries dental para dientes temporales de un 38,6%.
43. El Índice Global de caries dental para los escolares encuestados fue de CPO-D=2.99 lo que evidencia una experiencia moderada de caries dental.

Conclusiones:

1. Se identifica que la población escolar encuestada posee un pobre nivel de conocimiento sobre salud bucal, lo cual concuerda con estudios realizados a nivel mundial que revelan resultados de regulares a pobres y su necesidad de intervención.
2. Los escolares carecen de una instrucción formal transformadora de los conocimientos, fundamentales de salud bucal y prevención, de forma que impacte y transforme el estilo de vida saludable de salud bucal, el cual requerirá ser fortalecida a través de planes y programas formales, que deberán ser operativizados en las unidades locales de salud, como son los centro de salud y centros educativos.
3. El conocimiento es considerado la base para poder determinar actitudes, prácticas y comportamientos futuros en edades tempranas.
4. La valoración de las prácticas preventivas de higiene bucal en los escolares encuestados, reflejó que los escolares de 10 a 14 años realizan prácticas apropiadas de estilos de vida saludable de salud bucal, destacándose adecuados hábitos de cepillado bucal.
5. Los estilos de vida son un determinante importante del nivel de salud general y bucodental de una población.
6. Se reconoce la asociación de caries dental con estilos de vida específicos como el consumo de alimentos cariogénicos, la frecuencia del cepillado dental y la frecuencia de las visitas periódicas al odontólogo.
7. La prevención de las patologías bucodentales más prevalentes debe ser el objetivo principal del odontólogo y basarse en la puesta en marcha de programas de educación dirigidos a la adquisición y puesta en práctica de determinados estilos de vida, especialmente en la edad infantil y escolar.
8. El nivel de actitud encontrado en este estudio fue categorizado como excelente lo que indica una predisposición positiva a comportamientos favorables de salud bucal.
9. Algunas prácticas de los escolares encuestados no son excelentes se categorizaron de regular a bueno, sin embargo la condición encontrada en el estudio CAP, es favorecedora, porque los esfuerzos que están dirigidos a lograr aprendizaje significativo en los conocimientos, actitudes y prácticas de prevención en Salud Bucodental, serán facilitados en su viabilidad y factibilidad y una buena armonización de las acciones.
10. Se corrobora que al tener mejores conocimientos, actitudes y práctica, repercute en una buena salud dental y bucodental.
11. La población escolar es viable y factible de ser intervenida con programas de conocimiento de Salud Bucal y prevención, por ser receptiva y cooperadora.
12. El Índice de Sillness y Løe observado reveló una condición de buena higiene bucal en los escolares examinados.
13. El índice de CPO-D12 años fue de=2,2 y el CPO-D13 años fue de=2,6 y el índice CPO-D global fue de 2,73 estos índices son inferiores al reportado en la Encuesta Nacional de Salud Bucal del 2008 (CPO-D12 años=3,72), lo que nos sitúa en niveles moderados de caries dental según la clasificación de la OMS.
14. El grupo etario de 10 a 14 años es especialmente importante ya que son edades de vigilancia epidemiológica y es el periodo en que ya han erupcionado la mayoría de los dientes permanentes y donde hay un menor daño comparativo por caries dental y enfermedad periodontal, al compararlo con otros grupos de edad.
15. Al relacionar la edad con la aparición de caries dental se ha demostrado que este es alto a la edad de seis años, disminuye a los 12 años y vuelve a incrementarse de los 15 a 19 años; lo que explica los resultados encontrados.
16. El 35.3% de los escolares examinados estaban sanos, no presentaron experiencia de caries dental en dentición permanente (CPO=0)

X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA:

1. de López, A; López, L.; Gálvez, A.; Rodulfo, A.; Chávez, D.; Ibáñez, D.; Caballero, N.; de Lacerda, A.; Noriega, M.C.; Chang, N.; de Crespo, M.V. Diagnóstico Nacional de Salud Bucal en Panamá (DISABU) 2008: Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud/MINSA/C.S.S./U.P./A.O.P. Panamá, 2010.
2. Fernández Rodríguez F., et al. Eficacia de un Programa Educativo Tradicional y dos Procedimientos Conductuales para la Implantación del Cepillado Dental en Niños. Revista Oficial de la Sociedad Española de Periodoncia. 1994.
3. Cook, T.D. y Richard, Ch. S. "Hacia una superación del enfrentamiento entre los métodos cualitativos y los cuantitativos". En Métodos Cualitativos y Cuantitativos en Investigación Evaluativa". De Morata.
4. Ministerio de Salud de Panamá, Organización Panamericana de la Salud e Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá. Evaluación Nutricional y de Salud Bucal de la Población Panameña, 1976. MINSA/INCAP/OPS; Panamá, 1976.
5. Rodulfo A., López, L., de López, A. Encuesta Nacional de Salud Bucal en Escolares de Panamá, 1990 – 1991. Ministerio de Salud. Panamá, 1991.
6. Ministerio de Salud, Organización Panamericana de la Salud. Estudio de Línea Basal de Caries Dental y Fluorosis en Panamá. MINSA, Panamá, 1997.
7. Petersen PE. The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century – the approach of the WHO Global Oral Health Programme. Community Dent Oral Epidemiol. 2003; 31 (supl 1): 3-24.
8. Debus, Mary y Novelli, Porter. Manual para la Excelencia en la Investigación mediante Grupos Focales. 2da ed. Washington, Academia para el Desarrollo Educativo (AED), (USAID), 1995.
9. Estupiñan - Day S. Promoción de la salud bucodental: La fluoruración de la sal en la prevención de la caries dental. Organización Panamericana de la Salud, Publicación Científica y Técnica N°.615, Washington, D.C., OPS, 2005. Revisada por John J. Warren, DDS, MS. Journal of Public Health Dentistry, 2006.
10. Ministerio de Salud. Dirección Nacional de Planificación. Departamento de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Boletín Estadístico de Salud 2008. Panamá, Julio 2008.
11. Petersen, P.E. The World Oral health Report 2003: Continuous improvement of oral health in the 21st century-The approach of the WHO Oral Health Global Program. Community Dentistry and Oral Epidemiology 2003; 31(Suppl.1):3-24.
12. Tascón JE, Cabrera G. Creencias sobre caries e higiene oral en adolescentes del Valle del Cauca. Colomb Med 2005; 36: 73-78.
13. Ministerio de Salud. III Estudio Nacional de Salud Bucal (ENSABIII). Bogotá: Ministerio de Salud; 1999. 85-147 p.
14. Sánchez, Daniel. Introducción al SPSS Versión 20. Universidad de Panamá. Escuela de Estadística. Curso 2012.
15. Newman, T; Takei, H; Carranza, F. Periodontología Clínica. 9a Ed. McGraw-Hill. México, 2004. 709 p.

16. Barrancos, Money Julio. Operatoria dental: Integración Clínica. 4a Ed. Buenos Aires: Médica Panamericana, 2006. 341-350 p.
17. Moynihan P, Petersen PE. Diet, nutrition and the prevention of dental diseases. Public Health Nutr. 2004; 7: 201-26.
18. Lorenzo, Moriano B; Sánchez, Elena MV; Valero, Juan LF. Evaluación de la Salud Bucodental y Estilos de Vida Saludables en la Población Infantil que acude a la Consulta Odontológica de Atención Primaria. Universidad de Salamanca, Facultad de Medicina. España, año 2008.
19. Cueto Urbina, Alfredo; Soto Pavez, Carla; Muñoz Ávila, Daniela. Conocimiento, Actitudes y Prácticas sobre Salud Oral en Niños de 12 años. Revista Chilena de Salud Pública. Vol 14 (2-3): 363-371. Valparaíso, 2010.
20. Formación de Hábitos Alimentarios y de Estilos de Vida Saludables. www.unicef.org/venezuela/spanish/educinic9.pdf
21. Estilos de Vida Saludables: Componente de la Calidad de Vida. www.funlibre.org/documentos/lemaya1.htm
22. Locker D, Allen F. What do measures of "oral health-related quality of life" measure? Community Dent Oral Epidemiol 2007;35(6):401-411.
23. www.coem.org.es/index.php?option=com_content&task=view&id=235&Itemid=2&date=2009-06-01

XI. OTRAS BIBLIOGRAFÍAS CONSULTADAS

1. Mena García, A. y Rivera, L. Epidemiología Bucal, Conceptos Básicos. Primera edición, 1992, OFEDO/UDUAL. Caracas, Venezuela, 1991.
2. Normas y Procedimientos del Sistema Nacional de Inversiones Públicas. Ministerio de Economía y Finanzas. Panamá, 2009.
3. Agenda Nacional de Salud de Panamá. 2009-2014. Organización Panamericana de la Salud / Ministerio de Salud. Panamá, 2009.
4. Ministerio de Economía y Finanzas. Plan Estratégico de Gobierno 2010-2014. Panamá, 2009.
5. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Informe sobre Desarrollo Humano 2009 “Superando barreras: movilidad y desarrollos humanos”. Agenda de Salud para las Américas 2008-2017, Ciudad de Panamá, junio 2007. OPS/OMS. <http://hdr.undp.org/es/informes/mundial/idh2009/>, Nueva York, 2009.
6. Plan Puebla- Panamá, Plan Integral para el Desarrollo de un Sistema Mesoamericano de Salud Pública.
7. Plan de Salud de Centroamérica y República Dominicana 2010 – 2015, San José de Costa Rica, 3-4 de diciembre de 2009. Documento COMISCA.
8. Debus, Mary y Novelli, Porter. Manual para la Excelencia en la Investigación mediante Grupos Focales. 2da ed. Washington, Academia para el Desarrollo Educativo (AED), (USAID), 1995.
9. OPS/OMS/División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud, Agosto 1999. Debus y Novelli, 1990.
10. OMS/OPS. Encuestas de Salud Bucodental, Métodos Básicos. 4a Ed. Organización Mundial de la Salud. Ginebra 1997.
11. E. Correa; A. de López; K. Holder. Análisis de los Comportamientos de las Madres, Relacionados a Salud Bucal. Regiones de Salud Metropolitana y San Miguelito, Las Cumbres y Chilibre. Panamá. Septiembre, 1995.
12. de López, A; López, L.; Gálvez, A.; Rodulfo, A. Atlas del Diagnóstico Nacional de Salud Bucal en Panamá (DISABU) 2008: Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud/MINSA/C.S.S./U.P./A.O.P. Panamá, 2010.
13. Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud. Ley 78 del 23 de diciembre de 2004.
14. Carranza, Periodontología Clínica de Glickman / México, Editorial Interamericana 1992, 7º Edición.
15. Organización Panamericana de la Salud, Ministerio de Salud. Proyecto: Evaluación Económica Comparativa de la Práctica de Restauración Atraumática en Países seleccionados de América Latina y el Caribe (PRAT). Salud Bucal a los niños de bajo ingreso. OPS; Washington, septiembre 2001-2006.

XII. ANEXOS

ANEXO 1

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

PADRE/MADRE/REPRESENTANTE LEGAL:

Este documento debe presentarse al Padre/madre/representante legal del niño (a). El contenido del documento debe ser explicado verbalmente al padre/madre/representante legal, para que de su consentimiento.

Título del Estudio:

“CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE DE SALUD BUCAL, EN ESCOLARES DE 10 A 14 AÑOS DE LAS ESCUELAS PRIMARIAS DE LAS REGIONES DE COCLÉ, DARIÉN, HERRERA, LOS SANTOS, PANAMÁ ESTE Y COMARCA NGÄBE BUGLÉ. AÑO 2011.”

Instituciones Participantes: Ministerio de Salud (MINSa), Ministerio de Educación (MEDUCA), Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud.

Investigadoras:

Dra. Aracelly Cedeño de López, Cirujano Dental, Salubrista. Celular: 6-6126831
Dra. Lourdes López, Cirujano Dental, Salubrista. Celular: 6-6632423.

Tipo de Estudio: Estudio cualitativo, descriptivo, de corte transversal.

Población de Estudio: Población de 10 hasta 14 años de edad.

Muestra: El diseño de la muestra es probabilístico en dos etapas. Estarán en este estudio cerca de 593 niños y niñas entre los 10 y 14 años de edad de las escuelas primarias de las Regiones de Salud de Panamá Este, Los Santos, Herrera, Coclé, Darién y Comarca Ngäbe Buglé.

Naturaleza y propósito del estudio:

El Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud y el Departamento de Salud Bucal del Ministerio de Salud realizan esta investigación con una muestra de la población de las Regiones de Salud de Panamá Este, Los Santos, Herrera, Coclé, Darién y Ngäbe Buglé, para tener información sobre los conocimientos, actitudes y prácticas (comportamientos) de la población de 10 a 14 años de edad, sobre los estilos de vida saludables en salud bucal. La participación en este estudio es de forma voluntaria y la información que tú nos proporciones será confidencial y anónima.

Introducción:

Estudio Cualitativo, descriptivo, de corte transversal, que analizará los conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) sobre estilos de vida saludables en salud bucal en la población de 10 a 14 años de edad, de las comunidades con alta prevalencia de caries

dental, de las Regiones de Salud de Panamá Este, Ngäbe Buglé, Los Santos, Herrera, Darién y Coclé. Esta información se recolectará a través de una encuesta CAP y un examen clínico, realizado en los estudiantes de IV, V y VI grado de las escuelas primarias de las comunidades seleccionadas. Este proyecto se realizará bajo la coordinación del ICGES con el MINSA y el MEDUCA. La encuesta será aplicada por el personal de salud (odontólogos) de las regiones seleccionadas para este estudio.

Objetivo General:

Evaluar los conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) sobre Estilos de Vida Saludables en Salud Bucal, en comunidades con altas prevalencias de caries dental de las Regiones de Salud de Panamá Este, Comarca Ngäbe Buglé, Los Santos, Herrera, Darién y Coclé.

Objetivos Específicos:

1. Determinar los conocimientos, actitudes y prácticas de la población de 10 a 14 años, de las Regiones de Salud de Panamá Este, Comarca Ngäbe Buglé, Los Santos, Herrera, Darién y Coclé.
2. Relacionar los conocimientos, actitudes y prácticas de la población de 10 a 14 años de las Regiones de Salud seleccionadas con la morbilidad caries dental.
3. Determinar la prevalencia y magnitud de la experiencia de caries dental de la población de 10 a 14 años de las Regiones de Salud de Panamá Este, Comarca Ngäbe Buglé, Los Santos, Herrera, Darién y Coclé.
4. Establecer el nivel de higiene oral de los escolares de 10 a 14 años de las Regiones de Salud de Panamá Este, Comarca Ngäbe Buglé, Los Santos, Herrera, Darién y Coclé.
5. Relacionar los hábitos de higiene oral de los escolares de 10 a 14 años con la morbilidad dental.
6. Establecer la frecuencia diaria de consumo de azúcares por los escolares de 10 a 14 años de las Regiones de Salud de Panamá Este, Comarca Ngäbe Buglé, Los Santos, Herrera, Darién y Coclé.
7. Identificar factores de riesgo cariogénico y factores protectores relacionados con la morbilidad dental.

Procedimientos: Posterior a la estandarización de los odontólogos examinadores y habiendo identificado los centros escolares urbanos y rurales que se visitarán, el examinador, aplicará el formato de Asentimiento informado a cada estudiante y el consentimiento informado a los padres/madres/ representante legal, en una reunión informativa de la escuela.

Se contará con un formulario codificado para los datos de cada sujeto a encuestar/examinar y se completará el encabezado utilizando pluma. Una vez completado se procederá al examen clínico completo de los tejidos duros para levantar los índices a estudiar, registrando cada dato en el orden del formulario/encuesta, descritos con detalle en el manual del examinador. El examen clínico se realizará con luz natural utilizando espejo dental y explorador dental, con visión directa, en posición sentado frente al paciente.

Se examinarán los tejidos duros de la boca con el propósito de detectar caries dental, además se hará un control de placa bacteriana para registrar la presencia de placa bacteriana y medir el grado de destreza en el cepillado dental, con el índice de O'Leary

Para el control de placa bacteriana se utilizará una solución reveladora de placa dental, el paciente debe hacer un buche con la solución reveladora para teñir las superficies de los dientes donde hay presencia de placa bacteriana. El examinador revisa y evalúa las superficies dentales donde hay presencia de placa bacteriana y las registra en el diagrama correspondiente, se deben examinar 4 superficies por pieza dental, con la ayuda del anotador. La entrevista y el examen clínico tomarán aproximadamente

20 minutos. Esto se realizará de preferencia en un área fuera del salón de clases y si es dentro del salón los niños pueden escupir en un lavamanos disponible en la escuela, sino se cuenta con las facilidades se utiliza un tinaco de basura al cual se le pondrá un cartucho de basura para luego desecharlo, adecuadamente.

Riesgos e inconvenientes: No habrá inconvenientes, ni riesgo alguno en este estudio. Se cumplirá con las normas y protocolos de Bioseguridad, el instrumental a utilizar será desechable.

¿Beneficios del estudio?

La participación en esta investigación permitirá tener un diagnóstico de los conocimientos, actitudes y prácticas de higiene oral de la población estudiada, además de conocer el estado de la salud bucal. De necesitar atención urgente su hijo será referido por el examinador (odontólogo) a una instalación de salud accesible a su residencia, para su correspondiente evaluación y atención. El estudio brindará información científica que permitirá el diseño de políticas de promoción, prevención, educación y de atención en salud bucal, con la finalidad de ayudar a otras personas en el futuro.

¿Cuánto tiempo durará el estudio? El llenado de la encuesta y el examen clínico toma aproximadamente 20 minutos.

Confidencialidad: La información recolectada en este estudio será confidencial y anónima, solo será utilizada con fines de esta investigación, el nombre de su hijo (a) no aparecerá en ningún reporte de este estudio.

Costo del estudio: No representa ningún costo para los participantes incluidos en el estudio.

Abandono: La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. Usted puede decidir que su hijo (a) o representado deje de participar en el estudio en cualquier momento, sin dar razón para ello. Su decisión no afectará sus beneficios de salud.

Preguntas: Si Usted tiene alguna pregunta en relación al estudio, el equipo investigador estará disponible para responderlas.

A quién abordar sus preguntas: puede dirigirla a la Dra. Aracelly Cedeño de López (Investigadora Principal) a los teléfonos (507) 527-4849 o al (507) 527-4882, Celular: 6612-6831 de 8:30 a.m. a 4:00 p.m. Para preguntas por sus derechos como sujeto participante de este estudio, puede consultar a la Dra. Ruth De León presidenta del Comité Nacional de Bioética de Investigación a los teléfonos: (507) 527-4943, (507) 527-4931, 527-4823 o al celular: 6673-7226.

Consentimiento: A usted se le suministrará una copia de este consentimiento para que lo guarde. Al firmarlo o colocar sus huellas dactilar usted, no está perdiendo sus derechos legales, o reclamos.

Participante: Padre/madre/representante/tutor, confirmo que he leído o me han leído la información escrita para el estudio, he tenido la oportunidad de hacer preguntas y todas las dudas han sido aclaradas satisfactoriamente. Se invita a su hijo (a) o representado, a participar como voluntario de este estudio. A su hijo (a) se le entregará para leer y firmar otro formulario especialmente escrito para adolescentes llamado "Formulario de Asentimiento informado para adolescentes" que contiene todos los detalles descritos en este formulario.

Al firmar este consentimiento, acepto voluntariamente que mi hijo/hija/representado participe de este estudio.

Nombre del Participante

Firma del padre/madre/representante legal

Fecha_____._____

Nombre del testigo

Firma del testigo o huella dactilar

Fecha_____.

Firma del investigador o miembro del equipo investigador:

He explicado la investigación al Padre/madre/representante legal y he contestado todas sus preguntas. Creo que él o ella entienden la información descrita en el consentimiento informado y aceptan participar libremente.

Nombre del investigador o representante del equipo investigador

Firma del investigador o representante y fecha

Le agradecemos el tiempo prestado.

MUCHAS GRACIAS

ANEXO N° 1.1

FORMULARIO DE ASENTIMIENTO INFORMADO

(Formulario para jóvenes de 10 a 14 años)

Título del Estudio:

“CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE DE SALUD BUCAL, EN ESCOLARES DE 10 A 14 AÑOS DE LAS ESCUELAS PRIMARIAS DE LAS REGIONES DE COCLÉ, DARIÉN, HERRERA, LOS SANTOS, PANAMÁ ESTE Y COMARCA NGÄBE BUGLÉ. AÑO 2011.”

Instituciones Participantes: Ministerio de Salud, Ministerio de Educación, Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud.

Investigadoras:

Dra. Aracelly Cedeño de López, Cirujano Dental, Salubrista. Celular: 6-6126831

Dra. Lourdes López, Cirujano Dental, Salubrista. Celular: 6-6632423.

Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud.

Tipo de Estudio: Estudio cualitativo, descriptivo, de corte transversal.

Población de Estudio: Población de 10 a 14 años de edad.

Muestra: El diseño de la muestra es probabilístico en dos etapas. Estarán en este estudio cerca de 593 niños y niñas entre los 10 y 14 años de edad de las escuelas primarias de las Regiones de Salud de Panamá Este, Los Santos, Herrera, Coclé, Darién y Comarca Ngäbe Buglé.

Queridos niños y niñas:

El Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud y el Departamento de Salud Bucal del Ministerio de Salud les solicitan que participen en este estudio para aprender más sobre tus conocimientos, actitudes y prácticas (comportamientos), relacionados a los estilos de vida saludables y hábitos de higiene bucal. Tu participación en este estudio es de forma voluntaria y la información que tú nos proporciones será confidencial y anónima.

Introducción: Este estudio analizará los conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) sobre estilos de vida saludables en salud bucal en la población de 10 a 14 años, de las comunidades que registraron altos índices de caries dental, de las Regiones de Salud de Panamá Este, Ngäbe Buglé, Los Santos, Herrera, Darién y Coclé. Esta información se recolectará a través de una encuesta y un examen de la boca, realizado en los estudiantes de IV, V y VI grado de las escuelas primarias de las comunidades seleccionadas. Este proyecto se realizará bajo la coordinación del Instituto Gorgas con el Ministerio de Salud. La encuesta será aplicada por un dentista (odontólogo) que trabaja en tu comunidad y desarrolla el programa escolar en tu escuela. Tu papá/mamá/representante legal será contactado (a), para explicarle el estudio y de su consentimiento para que tu participes.

Objetivo General:

Evaluar los conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) sobre Estilos de Vida Saludables en Salud Bucal, en comunidades con alta prevalencia de caries dental de las Regiones de Salud de Panamá Este, Comarca Ngäbe Buglé, Los Santos, Herrera, Darién y Coclé. Año 2011.

Objetivos Específicos:

1. Determinar los conocimientos, actitudes y prácticas de la población de 10 a 14 años, de las Regiones de Salud de Panamá Este, Comarca Ngäbe Buglé, Los Santos, Herrera, Darién y Coclé.
2. Relacionar los conocimientos, actitudes y prácticas de la población de 10 a 14 años de las Regiones de Salud seleccionadas con la morbilidad caries dental.
3. Determinar la prevalencia y magnitud de la experiencia de caries dental de la población de 10 a 14 años de las Regiones de Salud de Panamá Este, Comarca Ngäbe Buglé, Los Santos, Herrera, Darién y Coclé.
4. Establecer el nivel de higiene oral de los escolares de 10 a 14 años de las Regiones de Salud de Panamá Este, Comarca Ngäbe Buglé, Los Santos, Herrera, Darién y Coclé.
5. Relacionar los hábitos de higiene oral de los escolares de 10 a 14 años con la morbilidad dental.
6. Establecer la frecuencia diaria de consumo de azúcares por los escolares de 10 a 14 años de las Regiones de Salud de Panamá Este, Comarca Ngäbe Buglé, Los Santos, Herrera, Darién y Coclé.
7. Identificar factores de riesgo cariogénico y factores protectores relacionados con la morbilidad dental.

Procedimiento: Posterior a la estandarización de los examinadores y habiendo identificado los centros escolares urbanos y rurales que se encuestarán en cada Región de Salud, el odontólogo/examinador aplicará el formato de asentimiento informado a cada estudiante donde, se le informará sobre el objetivo y propósito del estudio y se le solicitará su participación. Se le enviará una nota a los padres/tutores/ representante legal solicitando una reunión para presentar el estudio y solicitar el consentimiento informado.

Se contará con un formulario codificado para los datos de cada sujeto a encuestar/examinar y se completará el encabezado utilizando pluma. La aplicación de la encuesta será mediante la entrevista, observación directa y examen bucal para levantar el índice de caries dental (CPO-D), el índice de placa a fin de medir el grado de destreza en el cepillado dental, a cada estudiante seleccionado.

Se te aplicará una sustancia reveladora (como un tinte) a todas las superficies dentales, para pintar las superficies sucias del diente, se examina cada superficie dental, respecto de la presencia o ausencia de placa bacteriana, se registra la placa marcando el cuadro apropiado en el formulario de la encuesta. Esto se realizará de preferencia en un área afuera del salón de clases y si es dentro del salón los niños pueden escupir en lavamanos disponible o en un tinaco de basura al cual se le pondrá un cartucho de basura para luego desecharlo.

¿Cuánto tiempo durará el estudio? El llenado de la encuesta y el examen clínico toma aproximadamente 20 minutos.

¿Me puede pasar algo malo durante el estudio? No habrá inconvenientes, ni riesgo alguno en este estudio. Se cumplirá con las normas y protocolos de Bioseguridad aplicables para realizar un examen clínico, también se utilizarán materiales e instrumentos desechables, adicionalmente los odontólogos utilizarán guantes y mascarillas desechables para realizar el examen bucal.

¿Debo participar es este estudio?

Tu participación en esta investigación es voluntaria. No debes participar si no quieres, esta decisión no afectará sus beneficios de salud. Tu papá/mamá/representante legal debe firmar un documento que diga que está bien que tu participes en el estudio.

¿Beneficios del estudio?

Tu participación en esta investigación permitirá tener un diagnóstico de los conocimientos, actitudes y prácticas de higiene oral de la población estudiada, además de conocer tu estado de salud bucal. De necesitar atención urgente vas a ser referido por el examinador (odontólogo) a una instalación de salud accesible a tu lugar de residencia, para su correspondiente evaluación y atención. El estudio brindará información científica que permitirá el diseño de políticas de promoción, prevención, educación y de atención en salud bucal, con la finalidad de ayudar a otras personas en el futuro.

¿De qué modo se utilizará y compartirá la información sobre mí?

Esta investigación será publicada en una revista de interés científico sin mencionar tu nombre o el de tus familiares. Los datos de los pacientes no serán utilizados con fines de publicidad, solo serán utilizados con fines de esta investigación.

¿A quién le puedo hacer preguntas sobre el estudio?

Puedes hacer preguntas en cualquier momento y dirigirla a la Dra. Aracelly Cedeño de López (Investigadora Principal) a los teléfonos (507) 527-4849 o al (507) 527-4882, Celular: 6612-6831 de 8:30 a.m. a 4:00 p.m. Para preguntas por sus derechos como sujeto participante de este estudio, puede consultar a la Dra. Ruth De León presidenta del Comité Nacional de Bioética de Investigación a los teléfonos: 507) 527-4943, (507) 527-4931, 527-4823 o al Celular: 6673-7226.

Declaración de Asentimiento

He leído este documento, se me ha explicado el contenido. Comprendo el objetivo del estudio y lo que me sucederá en el estudio. Quiero formar parte de este estudio. Sé que puedo cambiar de opinión en cualquier momento.

He sido capaz de hacer preguntas sobre este estudio y mis preguntas han sido respondidas.

Te llevarás una copia de este formulario a tu casa para que puedas volver a leer la información de este estudio en caso que lo necesites.

Nombre en letra imprenta del niño(a)

Firma del niño(a) y Fecha

Firma del investigador o miembro del equipo investigador: Confirmando que he explicado el estudio a el/la participante y he contestado todas sus preguntas. Creo que él o ella entienden la información descrita en el asentimiento y aceptan participar libremente.

Nombre del investigador o representante del equipo investigador

Firma del investigador o representante y fecha

Le agradecemos el tiempo prestado.

MUCHAS GRACIAS

ANEXO N°2. **ENCUESTA CAP****“ANÁLISIS DE LOS CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS”**

Código del Paciente

I. Datos Generales: Señala con una X la respuesta correcta y llena los espacios con letra imprenta legible:

Día	Mes	Año	Región	Distrito	Correg.	Área	Encuestador

1. Nombre de la Escuela _____ Código de la Escuela _____.

2. Esta escuela pertenece al Programa de Salud Escolar SI ☐ NO ☐

3. Grado escolar ☐ ☐ ☐
IV V VI

4. Sexo: Hombre ☐ Mujer ☐

5. Edad en años cumplidos

II. Conocimientos sobre salud bucal: marcar la respuesta indicada, con una X.

1, ¿Qué es tener una Boca Sana?

- a. Tener dientes blancos y parejos
- b. Tener los dientes completos
- c. Tener dientes y encías sanas
- d. No Sabe

☐
☐
☐
☐

g. Otro _____ (si la respuesta es otra, escribirla en este espacio con letra imprenta)

2. ¿Qué causa la Caries Dental?

- a. El no cepillarse los dientes
- b. El consumo de dulces
- c. Falta de calcio
- d. Mala alimentación
- e. Todas las anteriores
- f. No Sabe

3. ¿Qué causa el sangrado de las encías?

- a. Mal cepillado o no cepillarse
- b. No cepillarse los dientes
- c. Cepillado fuerte de los dientes
- d. Infección de las encías
- e. Debilidad de las encías
- f. Todas las anteriores
- g. No Sabe

4. ¿Hasta cuándo debes conservar tus dientes en boca?

- a. Deben durar toda la vida
- b. Deben durar hasta la edad de 20 años
- c. Deben durar hasta la edad de 60 años
- d. No Sabe

5. ¿Para qué sirven los dientes?

- a. Para masticar los alimentos
- b. Para vernos bien
- c. Ayudan a la digestión de los alimentos
- d. Todas las anteriores
- e. No son importantes

III. Prevención Bucal: marcar la respuesta con una X.

6. ¿Has recibido charlas sobre los cuidados de la boca y enfermedades dentales?

SI ☐ NO ☐

7. ¿Las frutas y legumbres son buenas para los dientes?

SI ☐ NO ☐ No Sabe ☐

8. ¿Comer alimentos azúcarados (pastillas, chiclets, dulces, bebidas con azúcar) pueden dañar tus dientes?

SI ☐ NO ☐ No Sabe ☐

9. ¿En la boca hay microbios o bacterias?

SI ☐ NO ☐ No Sabe ☐

10. ¿Si no te lavas los dientes, estos se pueden enfermar?

SI ☐ NO ☐ No Sabe ☐

11. ¿Sabes qué enfermedad daña tus dientes?

SI ☐ NO ☐

Si contesta SI escribir ¿Cuál?

12. ¿Sabes qué es el Flúor?

SI ☐ NO ☐ No Sabe ☐

13. ¿El Flúor es bueno para los dientes?

SI ☐ NO ☐ No Sabe ☐

IV. Actitudes: marcar la respuesta con una X.

14. ¿Te gusta mantener tu boca limpia?

SI ☐ NO ☐

Si contesta SI o NO debes indicar ¿Por qué?:

15. ¿Qué momento del día es mejor para limpiar tus dientes?

- a. Mañana
- b. Tarde
- c. Noche
- d. Cada vez que comes
- e. Ningún momento

16. ¿Te gustaría aprender sobre el cuidado de tu boca?

SI ☐ NO ☐

¿Por qué?: _____

17. Consideras que el limpiar tus dientes es:

- a. Importante
- b. Pérdida de tiempo
- c. No es importante

18. ¿Te gusta cepillar tus dientes?

SI ☐ NO ☐

19. ¿Has ido al dentista?

SI ☐ NO ☐

Si contesta **SI** decir Por qué? _____

Si contesta **NO** decir Por qué? _____

20. ¿Te gusta ir al dentista?

SI ☐ NO ☐

21. ¿Cuándo fue la última vez que visitaste al dentista?

- a. Una semana
- b. Un mes
- c. Seis (6) meses
- d. Un año o más
- e. Solo en el programa escolar
- f. No se acuerda
- g. Nunca

22. ¿Cómo te portas cuándo vas al dentista?

BIEN ☐ MAL ☐

V. Prácticas cuidados bucales: marcar la respuesta con una x.

23. ¿Con qué te limpias tus dientes?

- | | |
|------------------------|--------------------------|
| a. Cepillo de dientes | ☐ |
| b. Hilo dental | ☐ |
| c. Pasta dental | ☐ |
| d. Enjuague bucal | ☐ |
| e. Palillos de dientes | ☐ |
| f. Sal | ☐ |
| g. Nada | ☐ |

Otro indica ¿Cuál? _____

Usas pasta dental: SI ☐ NO ☐

¿Cuál usas?

24. ¿Cuántas veces te cepillas los dientes al día?

- | | |
|----------------------|--------------------------|
| a. Una vez | ☐ |
| b. 2 veces | ☐ |
| c. 3 veces | ☐ |
| d. Más de tres veces | ☐ |
| e. Nunca | ☐ |

25. ¿Al cepillarte los dientes, qué limpias? Explicar al niño(a)

- | | |
|--|--------------------------|
| a. Solo los dientes delanteros de arriba y de abajo | ☐ |
| b. Todas las superficies de los dientes por fuera | ☐ |
| c. Todas las superficies y caras de los dientes por dentro y por fuera | ☐ |

26. ¿Te cepillas tus dientes antes de acostarte en la noche?

SI ☐ NO ☐

27. ¿Usas Hilo Dental?

SI ☐ NO ☐ A veces ☐

Si contesta **NO** pasa a la pregunta N° 28.

Si contesta **SI** pasa a la pregunta N° 29.

28. ¿Por qué NO usas el hilo dental?

- a. Por falta de costumbre
- b. No lo conoce
- c. No es necesario
- d. Es muy caro
- e. Le sangra o le duelen las encías
- f. No sabe cómo usarlo
- g. Otro (explica) _____

29. ¿Quién te enseñó a usar el hilo dental?

30. ¿Quién te enseñó a cuidar tus dientes?

- a. Mis Padres
- b. Maestros
- c. El dentista
- d. Radio, televisión
- e. Nadie, aprendí solo

f. Otro indicar ¿Quién? _____

31. ¿Te han puesto Flúor en los dientes?

SI ☐ NO ☐

32. ¿Donde se te aplicó Flúor?

- a. En la escuela o colegio
- b. En el puesto o Centro de Salud
- c. En el Seguro Social
- d. En el consultorio privado
- e. En la casa

f. Otro indica ¿Dónde? _____

33. ¿En tu casa cada miembro de tú familia tiene un cepillo de dientes?

SI ☐ NO ☐

34. ¿Tienes un cepillo de dientes para ti?

SI ☐ NO ☐

35. ¿Si la respuesta es SI indicar qué tipo de cepillo de dientes usas?

- a. Cepillo dental suave
- b. Cepillo dental mediano
- c. Cepillo dental duro
- d. No Sabe

36. ¿Cuántas veces debe ser cambiado el cepillo de dientes?

- a. Cada dos meses
- b. Cada seis meses
- c. Una vez al año
- d. Nunca

37. ¿De dónde viene el agua que tomas?

- a. Del grifo (pluma)
- b. Del pozo
- c. Embotellada
- d. Del Río
- e. Carro cisterna
- f. No Sabe

VI. Hábitos Alimentarios: marcar la respuesta con una X.

38. ¿Comes alimentos azucarados? (dulces, pastillas, bebidas con mucha azúcar)

SI ☐ NO ☐

39. ¿Cuántas veces al día comes alimentos azucarados?

Por favor registra en este cuadro **¿Qué bebes, comes o masticas?** durante la mañana, tarde y noche, tomando como referencia lo que comiste el día de ayer (consumo en las últimas 24 horas). **Registrar la cantidad de veces que comes estos alimentos.**

Marcar con una X

Consumo de Alimentos	Mañana	Tarde	Noche
Panes, galletas saladas.			
Frituras como: Empanadas, Hojaldre, buñuelo de maíz, papas fritas, patacones, otros.			
Jugo de fruta natural.			
Bebidas de frutas (de cajeta, lata), Chicha con azúcar, Sodas, Guarapo, otros.			
Frutas(manzanas, peras, naranjas, mangos, guineos)			
Avena, Maicena, Crema nutritiva, Yogurt.			
Dulces, Mermelada, Jaleas, miel, raspadura, Gelatina, Helado, Galletas dulces.			
Boli frío, Duros, Paletas de frutas, Paletas de leche con chocolate, Leche con sabores.			
Pastillas o caramelos, Chiclets, Chocolates.			
Boliqueso, caprichitos, meneitos, cheese wees, papitas, platanitos, otros.			
Café o Té con azúcar.			

N/C=Indica que no hubo consumo

Total de frecuencia de consumo en el día:

☐ **1a2**

☐ **3a4**

☐ **5 y +**

☐ **N/C(No consumió)**

Observación:

Consumo durante la mañana preguntarle al niño ¿Qué bebió o comió? en el desayuno y en la merienda que se da a la hora del recreo.

Consumo durante la tarde preguntarle al niño ¿Qué bebió o comió? en el almuerzo y la merienda que se da después del almuerzo, entre las 3 y 4 de la tarde.

Consumo de la noche preguntarle al niño ¿Qué bebió o comió? en la cena y antes de acostarse o sea después de la cena.

VII. Evaluación Clínica:**Índice de Placa Sillness y Löe****Criterios para el índice de Placa:**

Grado	Descripción
0	No hay placa gingival
1	Pequeña capita de placa próxima a la encía libre. Sólo se detecta si se pasa una sonda periodontal
2	Acumulación moderada de placa, detectable a simple vista
3	Abundante placa en el surco y margen gingival
99	No Aplica

Nº 1. Anote el índice de cada cara**Nº2.**

Diente	B	M	D	L	Total BMDL	y dividirlo entre 4
16/17						
11/21						
26/27						
36/37						
31/41						
46/47						

Nº 3. Sume cada promedio diente y dividirlo entre el número de dientes examinados

ÍNDICE DE PLACA= _____

VIII. Índice caries de Grubbel / Klein y Palmer ceo-d/CPO-D 10-14 años:

INDICE DE CARIES DE GRUBBEL/ KLEIN Y PALMER:

			55	54	53	52	51	61	62	63	64	65			
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75			

0: Permanente no erupcionado

1: Permanente cariado

2: Permanente obturado

3: Permanente extraído

4: Permanente con extracción indicada

5: Permanente sano

6: Temporal cariado

7: Temporal obturado

8: Temporal con extracción indicada

9: Temporal sano

En el caso de dientes permanentes extraídos por ortodoncia, trauma u otras causas que no sean caries dental se coloca en el espacio la letra A.

ANEXO N°3.

EQUIPO DE EXAMINADORES, COORDINADORES REGIONALES Y COORDINADORES NACIONALES,**SEGÚN REGIÓN DE SALUD.**

EXAMINADORES	REGIÓN DE SALUD
Ángel Carrillo	Minsa Los Santos
Manuel Flores	Minsa Los Santos
Ana Carolina Díaz	Minsa Los Santos
Abadí Rivera	Minsa Ngäbe Buglé
Jorge Correa	Minsa Ngäbe Buglé
Silvia Pitti Gómez	Minsa Coclé
Enrique Morales Ortega	Minsa Coclé
Eybar Franco	Minsa Darién
Keyla Ruiz	Minsa Darién
Lucas G. Gómez De Gracia	Minsa Herrera
Elsy Yamileth Pimentel	Minsa Herrera
Aracelly Samaniego	Minsa Panamá Este
Lourdes Quijada	Minsa Panamá Este
COORDINADORES REGIONALES	REGIÓN DE SALUD
Ana Julia de Díaz	Coordinadora Regional de Los Santos
Marllene Sanmartín	Coordinadora Regional de Ngäbe Buglé
Víctor Warner Puga	Coordinador Regional de Coclé
Vielka Olechea	Coordinadora Regional de Panamá Este
Rilda R. de Arosemena	Coordinadora Regional de Herrera
Félix Romero	Coordinador Regional de Darién
COORDINADORES NACIONALES	
Aracelly de López	Coordinadora Nacional
Lourdes López	Coordinadora Nacional
Aminta Gálvez	Coordinadora Nacional
Domingo Chávez	Coordinador Nacional

ANEXO N° 4:**GLOSARIO DE TÉRMINOS:**

1. **Conocimientos:** se refiere a la información que percibe o tiene la población con relación a la salud, la enfermedad bucal, sus causas, consecuencias y aspectos relacionados al cuidado y prevención de la salud bucal.
2. **Actitudes:** se refiere a la disponibilidad del individuo de cambiar su comportamiento, adoptando nuevos estilos de vida para promover y proteger su salud bucal.
3. **Prácticas:** son aquellas medidas y hábitos que realiza el individuo en su vida diaria de manera habitual o por costumbre, para la prevención y control y conservación de las enfermedades bucales.
4. **Estudio Cualitativo:** investigación que utiliza técnicas especializadas para obtener respuestas a fondo de lo que las personas piensan y sienten, permitiendo recoger datos descriptivos que brindan una mejor comprensión de las actitudes, creencias, motivos y comportamiento de la población.
5. **Estudio Descriptivo:** investigación que describe y registra datos de cómo son y cómo está la situación de las variables a estudiar en la población objeto del estudio.
6. **Estudio Transversal:** investigación que estudia las variables simultáneamente en determinado momento, haciendo un corte en el tiempo.
7. **Variable dependiente:** es el factor que es observado y medido para determinar el efecto de la variable independiente.
8. **Variable moderadora:** representan un tipo especial de variable independiente, que es secundaria, y se selecciona con la finalidad de determinar si afecta la relación entre la variable independiente primaria y las variables dependientes.
9. **Variable cualitativa:** son aquellas que se refieren a atributos o cualidades de un fenómeno.
10. **Variable cuantitativa:** son aquellas en las que características o propiedades pueden presentarse en diversos grados de intensidad, es decir, admiten una escala numérica de medición.
11. **Incidencia:** Número de casos nuevos de determinada enfermedad.
12. **Prevalencia:** Número de casos nuevos y viejos de determinada enfermedad.
13. **Índices:** Los índices son proporciones o coeficientes que sirven como indicadores de la frecuencia con que ocurren ciertas enfermedades y ciertos hechos en la comunidad, y que pueden incluir, o no, determinantes del grado de severidad de la enfermedad.
14. **Índice de Placa de Sillness y Löe:** índice para valorar la presencia de placa bacteriana y medir la capacidad de controlarla mecánicamente, estableciendo el grado de intensidad de acumulo y presencia de la placa. Está basado en el grosor de placa bacteriana y esto se relaciona con el tiempo que la placa ha permanecido en las superficies dentales sin ser removida. Para su valoración se definen criterios a ser considerados.

15. **Índice CPO-D:** índice para la dentición permanente que expresa la prevalencia de la caries dental. Es la sumatoria de los dientes cariados, perdidos y obturados, mide la experiencia presente y pasada de lesiones cariosas en la corona de los dientes permanentes.
16. **Índice CPO-D a los 12 años:** basado en el índice de dientes cariados, perdidos y obturados a los 12 años (CPOD-12 años), utilizado por OPS/OMS. Edad en la que todos los dientes permanentes, excepto los terceros molares, han erupcionado. Edad global de vigilancia de la caries en las comparaciones internacionales y en la vigilancia de las tendencias de la enfermedad.
17. **Flúor:** Es un elemento químico esencial para el ser humano. El flúor es un oligoelemento en mamíferos en su forma de fluoruro. Se acumula en huesos y dientes dándoles una mayor resistencia. Se añaden fluoruros en pequeñas cantidades en pastas dentales y en aguas de consumo para prevenir la aparición de caries.
18. **Hábitos de higiene bucal:** Conjunto de conocimientos y técnicas aprendidas que deben aplicar los individuos para el control de los factores de riesgo que pueden ejercer efectos nocivos sobre la salud bucal.
19. **Momentos de azúcar:** Se considera a cada vez que se ingieren azúcares e hidratos de carbono, como un momento de azúcar y que en general una persona no debe sobrepasar los 4 momentos de azúcar en el día. Es el momento del día en el que se consumen los alimentos cariogénicos.
20. **Hábitos de alimentación:** Hábitos adquiridos a lo largo de la vida que influyen en nuestra alimentación.
21. **Promoción de la salud:** Proceso que permite a las personas incrementar el control de su salud para mejorarla, es una de las estrategias propuesta por la Organización Mundial de la Salud.
22. **Prevención bucal:** es intervenir en el desarrollo de las enfermedades o de los factores de riesgo que las preceden, para disminuir su prevalencia, disminuir su frecuencia y / o minimizar sus consecuencias.
23. **Placa bacteriana:** Película transparente e incolora, adherida a la superficie dentaria. Es una entidad organizada, proliferante y enzimáticamente activa, está compuesta por microorganismos, elementos orgánicos e inorgánicos, que existen en una matriz intercelular que también contienen algunas células del huésped, como epiteliales, macrófagos y leucocitos.
24. **Gingivitis:** es una forma de enfermedad periodontal en la cual los tejidos gingivales presentan inflamación, siendo la destrucción tisular leve y reversible, se caracteriza por un cambio en la composición de la placa bacteriana, con un incremento de la presencia de bacterias gram negativas.
25. **Merienda escolar:** Comida ligera que se consume entre las comidas habituales y que incorpora alimentos naturales o elaborados tales como lácteos, frutas, verduras, cereales y otros. Su objetivo es aportar una alimentación mínima entre: el desayuno y almuerzo; almuerzo y cena y antes de dormir.
26. **Estilo de Vida Saludable:** Es el conjunto de conocimientos, hábitos, costumbres y prácticas saludables que se traducen en la salud integral de los individuos y que pueden estar condicionados a través de experiencias de aprendizaje, las cuales se adaptan, se adquieren o modifican de acuerdo a los comportamientos deseados. Son considerados factores determinantes y condicionantes del estado de salud general y bucodental del individuo. La salud oral tiene una relación importante con los estilos de vida o comportamientos de salud.
27. **Vida saludable:** es aquella forma de vida en la cual la persona mantiene un armónico equilibrio en su actividad alimentaria, actividad física, intelectual, recreación (sobre todo al aire libre), el descanso, higiene y paz espiritual.

28. **Hábito:** Es un mecanismo estable que crea destrezas o habilidades, es flexible y puede ser utilizado en varias situaciones de la vida diaria. Los hábitos conforman las costumbres, actitudes, formas de comportamientos que asumen las personas ante situaciones concretas de la vida diaria, las cuales conllevan a formar y consolidar pautas de conducta y aprendizajes que se mantienen en el tiempo y repercuten (favorable o desfavorablemente) en el estado de salud, nutrición y el bienestar.
29. **Higiene bucal:** es el cuidado adecuado de los dientes, encía y boca para mantener la salud y prevenir las enfermedades bucales. Una buena higiene bucodental incluye cepillado tres veces al día, el uso de hilo dental y la visita periódica al odontólogo.
30. **SPSS versión 20:** paquete estadístico para las ciencias sociales (Statistical Package for the Social Sciences).
31. **Chi cuadrado de Pearson:** prueba estadística de X^2 para una muestra, se emplea cuando las observaciones de una investigación corresponden a muestras independientes y las mediciones se tienen en escala nominal, es el procedimiento de elección para el contraste de hipótesis. Esta prueba estadística se emplea en el análisis de dos o más grupos y de dos o más variables

ANEXO N°5. ESCOLARES ENCUESTADOS, POR SEXO, GRADO ESCOLAR Y EDAD, SEGÚN REGIÓN Y ESCUELA. PANAMÁ, 2011.
n=712

REGIÓN DE COCLÉ

NOMBRE DE LA ESCUELA	Total		Sexo				Grado escolar				Edad							
			Hombre		Mujer		IV	V		VI	10		11		12		13	
	No.	%	No.	%	No.	%		No.	%		No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
TOTAL	133	100.0%	70	52.6%	63	47.4%	41	30.8%	42	31.6%	50	37.6%	46	34.6%	29	21.8%	5	3.8%
Alejandro Tapia Escobar	16	12.0%	7	5.3%	9	6.8%	5	3.8%	8	6.0%	3	2.3%	6	4.5%	2	1.5%	0	0.0%
Abelardo Herrera	32	24.1%	13	9.8%	19	14.3%	7	5.3%	10	7.5%	15	11.3%	13	9.8%	8	6.0%	0	0.0%
El Perú	6	4.5%	3	2.3%	3	2.3%	0	0.0%	0	0.0%	6	4.5%	3	2.3%	1	.8%	2	1.5%
El Valle	10	7.5%	5	3.8%	5	3.8%	2	1.5%	4	3.0%	4	3.0%	3	2.3%	0	0.0%	1	.8%
Angelina de Tirone	17	12.8%	10	7.5%	7	5.3%	9	6.8%	0	0.0%	8	6.0%	1	.8%	4	3.0%	2	1.5%
El Entradero	8	6.0%	4	3.0%	4	3.0%	3	2.3%	2	1.5%	3	2.3%	4	3.0%	2	1.5%	0	0.0%
C.E.B.G Santa Rita	8	6.0%	6	4.5%	2	1.5%	2	1.5%	4	3.0%	2	1.5%	2	1.5%	3	2.3%	0	0.0%
España	17	12.8%	9	6.8%	8	6.0%	5	3.8%	8	6.0%	4	3.0%	7	5.3%	5	3.8%	0	0.0%
Rubén Darío Carles	9	6.8%	5	3.8%	4	3.0%	4	3.0%	3	2.3%	2	1.5%	3	2.3%	1	.8%	0	0.0%
C.E.B.G Asunción Chirú	10	7.5%	8	6.0%	2	1.5%	4	3.0%	3	2.3%	3	2.3%	4	3.0%	3	2.3%	0	0.0%

REGIÓN DE DARIÉN

NOMBRE DE LA ESCUELA	Total		Sexo				Grado escolar				Edad							
			Hombre		Mujer		IV	V		VI	10		11		12		13	
	No.	%	No.	%	No.	%		No.	%		No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
TOTAL	74	100.0%	32	43.2%	42	56.8%	26	35.1%	23	31.1%	25	33.8%	20	27.0%	23	31.1%	5	6.8%
C.E.B.G Marcos Alarcón	15	20.3%	4	5.4%	11	14.9%	5	6.8%	5	6.8%	5	6.8%	4	5.4%	4	5.4%	0	0.0%
C.E.B.G El Real	15	20.3%	7	9.5%	8	10.8%	5	6.8%	5	6.8%	5	6.8%	6	8.1%	6	8.1%	1	1.4%
Santa Fé	15	20.3%	9	12.2%	6	8.1%	6	8.1%	4	5.4%	5	6.8%	2	2.7%	4	5.4%	1	1.4%
C.E.B.G. José de la Cruz	15	20.3%	7	9.5%	8	10.8%	5	6.8%	5	6.8%	4	5.4%	3	4.1%	6	8.1%	2	2.7%
Herrera	14	18.9%	5	6.8%	9	12.2%	5	6.8%	4	5.4%	5	6.8%	5	6.8%	3	4.1%	1	1.4%
C.E.B.G. Eugenio Pérez																		

REGIÓN DE HERRERA

NOMBRE DE LA ESCUELA	Total		Sexo				Grado Escolar				Edad							
			Hombre		Mujer		IV	V		VI	10		11		12		13	
	No.	%	No.	%	No.	%		No.	%		No.	%	No.	%	No.	%	No.	%

TOTAL	117	100.0%	59	50.4%	58	49.6%	39	33.3%	41	35.0%	37	31.6%	53	45.3%	40	34.2%	17	14.5%	4	3.4%	3	2.6%
C.E.B.G. Sebastián Pinzón	15	12.8%	8	6.8%	7	6.0%	4	3.4%	6	5.1%	5	4.3%	6	5.1%	8	6.8%	0	0.0%	1	.9%	0	0.0%
Tomás Herrera	32	27.4%	13	11.1%	19	16.2%	11	9.4%	12	10.3%	9	7.7%	20	17.1%	7	6.0%	5	4.3%	0	0.0%	0	0.0%
Eneida M. de Castillero	19	16.2%	11	9.4%	8	6.8%	7	6.0%	8	6.8%	4	3.4%	9	7.7%	7	6.0%	1	.9%	0	0.0%	2	1.7%
Jonh F. Kennedy	31	26.5%	18	15.4%	13	11.1%	10	8.5%	8	6.8%	13	11.1%	11	9.4%	10	8.5%	9	7.7%	1	.9%	0	0.0%
C.E.B.G. de Parita	20	17.1%	9	7.7%	11	9.4%	7	6.0%	7	6.0%	6	5.1%	7	6.0%	8	6.8%	2	1.7%	2	1.7%	1	.9%

REGIÓN DE LOS SANTOS

NOMBRE DE LA ESCUELA	Total		Sexo				Grado Escolar						Edad											
			Hombre		Mujer		IV		V		VI		10		11		12		13		14			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%		
TOTAL	108	100.0%	38	35.2%	70	64.8%	17	15.7%	33	30.6%	58	53.7%	32	29.6%	40	37.0%	31	28.7%	5	4.6%	0	0.0%		
Claudio Vásquez	24	22.2%	9	8.3%	15	13.9%	1	.9%	5	4.6%	18	16.7%	1	.9%	11	10.2%	10	9.3%	2	1.9%	0	0.0%		
Juana Vernaza	23	21.3%	7	6.5%	16	14.8%	6	5.6%	10	9.3%	7	6.5%	10	9.3%	8	7.4%	4	3.7%	1	.9%	0	0.0%		
Rudicinda Rodríguez	21	19.4%	6	5.6%	15	13.9%	0	0.0%	8	7.4%	13	12.0%	5	4.6%	6	5.6%	8	7.4%	2	1.9%	0	0.0%		
Nicanor Villalaz	40	37.0%	16	14.8%	24	22.2%	10	9.3%	10	9.3%	20	18.5%	16	14.8%	15	13.9%	9	8.3%	0	0.0%	0	0.0%		

REGIÓN DE PANAMÁ ESTE

NOMBRE DE LA ESCUELA	Total		Sexo				Grado escolar						Edad											
			Hombre		Mujer		IV		V		VI		10		11		12		13		14			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%		
TOTAL	106	100.0%	58	54.7%	48	45.3%	29	27.4%	33	31.1%	44	41.5%	35	33.0%	40	37.7%	25	23.6%	4	3.8%	2	1.9%		
Ipeti Chocó	9	8.5%	3	2.8%	6	5.7%	5	4.7%	1	.9%	3	2.8%	1	.9%	5	4.7%	1	.9%	1	.9%	1	.9%		
José Gabriel Dugue	41	38.7%	22	20.8%	19	17.9%	8	7.5%	17	16.0%	16	15.1%	15	14.2%	17	16.0%	7	6.6%	2	1.9%	0	0.0%		
Piriatí Emberá	26	24.5%	13	12.3%	13	12.3%	8	7.5%	4	3.8%	14	13.2%	4	3.8%	12	11.3%	9	8.5%	0	0.0%	1	.9%		
El Naranjal	30	28.3%	20	18.9%	10	9.4%	8	7.5%	11	10.4%	11	10.4%	15	14.2%	6	5.7%	8	7.5%	1	.9%	0	0.0%		
REGIÓN NGABÉ BUGLÉ																								

REGIÓN NGÁBE BUGLE

NOMBRE DE LA ESCUELA	Total		Sexo				Grado escolar						Edad											
			Hombre		Mujer		IV		V		VI		10		11		12		13		14			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%		
TOTAL	174	100.0%	84	48.3%	90	51.7%	68	39.1%	57	32.8%	41	23.6%	60	34.5%	37	21.3%	27	15.5%	9	5.2%				
C.E.B.G. Guabal	15	8.6%	7	4.0%	8	4.6%	13	7.5%	1	.6%	5	2.9%	7	4.0%	0	0.0%	2	1.1%	1	.6%				
Pumona	15	8.6%	12	6.9%	3	1.7%	5	2.9%	5	2.9%	2	1.1%	6	3.4%	3	1.7%	3	1.7%	1	.6%				
San Agustín	57	32.8%	25	14.4%	32	18.4%	18	10.3%	22	12.6%	17	9.8%	18	10.3%	23	13.2%	10	5.7%	5	2.9%	1	.6%		
C.E.B.G. Pueblo Nuevo	18	10.3%	5	2.9%	13	7.5%	6	3.4%	6	3.4%	6	3.4%	3	1.7%	7	4.0%	1	.6%	0	0.0%	0	0.0%		
Cerro Neque	15	8.6%	7	4.0%	8	4.6%	5	2.9%	5	2.9%	5	2.9%	4	2.3%	5	2.9%	1	.6%	0	0.0%				
Dobrote	15	8.6%	7	4.0%	8	4.6%	6	3.4%	5	2.9%	4	2.3%	7	4.0%	1	.6%	5	2.9%	1	.6%				
C.E.B.G. Río Caña Arriba	29	16.7%	14	8.0%	15	8.6%	9	5.2%	10	5.7%	10	5.7%	4	2.3%	6	3.4%	8	4.6%	3	1.7%				
Monte Virgen	10	5.7%	7	4.0%	3	1.7%	6	3.4%	3	1.7%	1	.6%	3	1.7%	0	0.0%	3	1.7%	2	1.1%	2	1.1%		

Fuente: Evaluación CAP de Estilos de Vida Saludable de Salud Bucal. Año 2011.

ANEXO Nº 6. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL CONOCIMIENTO RESPECTO A "QUE ES TENER UNA BOCA SANA", EN ESCOLARES DE 10 A 14 AÑOS, POR CATEGORIZACIÓN DE LA RESPUESTA, SEGÚN VARIABLES. PANAMÁ, 2011. n=712

CATEGORÍAS		P1. ¿Qué es tener una Boca Sana?											
VARIABLES	TOTAL MUESTRA		EXCELENTE		BUENO		REGULAR		DEFICIENTE				
	N°	%	N°	%N de fila	N°	%N de fila	N°	%N de fila	N°	%N de fila			
EDAD	Total	712	100.0%	282	39.6%	98	13.8%	280	39.3%	52	7.3%		
	10	238	33.4%	97	40.8%	27	11.3%	102	42.9%	12	5.0%		
	11	246	34.6%	105	42.7%	30	12.2%	90	36.6%	21	8.5%		
	12	162	22.8%	66	40.7%	24	14.8%	60	37.0%	12	7.4%		
	13	50	7.0%	9	18.0%	12	24.0%	23	46.0%	6	12.0%		
SEXO	14	16	2.2%	5	31.3%	5	31.3%	5	31.3%	1	6.3%		
	Hombre	341	47.9%	128	37.5%	64	18.8%	125	36.7%	24	7.0%		
GRADO ESCOLAR	Mujer	371	52.1%	154	41.5%	34	9.2%	155	41.8%	28	7.5%		
	IV	220	30.9%	73	33.2%	37	16.8%	88	40.0%	22	10.0%		
	V	229	32.2%	89	38.9%	31	13.5%	96	41.9%	13	5.7%		
ÁREA	VI	263	36.9%	120	45.6%	30	11.4%	96	36.5%	17	6.5%		
	Urbana	340	47.8%	197	57.9%	25	7.4%	111	32.6%	7	2.1%		
	Rural	189	26.5%	60	31.7%	25	13.2%	94	49.7%	10	5.3%		
REGIÓN	Indígena	183	25.7%	25	13.7%	48	26.2%	75	41.0%	35	19.1%		
	Coclé	133	18.7%	74	55.6%	18	13.5%	34	25.6%	7	5.3%		
	Darién	74	10.4%	24	32.4%	8	10.8%	38	51.4%	4	5.4%		
	Herrera	117	16.4%	59	50.4%	13	11.1%	43	36.8%	2	1.7%		
	Los Santos	108	15.2%	72	66.7%	3	2.8%	32	29.6%	1	.9%		
	Panamá Este	106	14.9%	28	26.4%	8	7.5%	67	63.2%	3	2.8%		
	Ngäbe Buglé	174	24.4%	25	14.4%	48	27.6%	66	37.9%	35	20.1%		

Fuente: Evaluación CAP de Estilos de Vida Saludable de Salud Bucal, año 2011.

**ANEXO N° 6.1. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN ESCOLAR DE 10 A 14 AÑOS,
RESPECTO A LA PREGUNTA "QUE ES TENER UNA BOCA SANA", POR
CATEGORÍAS DE RESPUESTA, SEGÚN VARIABLES. PANAMÁ, 2011. n=712**

P.1. ¿Qué es tener una Boca Sana?									
CATEGORÍAS		Tener dientes blancos y parejos		Tener los dientes completos		*Tener dientes y encías sanas		No sabe	
VARIABLES	TOTAL	280	39.33%	98	13.76%	282	39.60%	52	7.30%
		102	14.33%	27	3.79%	97	13.62%	12	1.69%
		90	12.64%	30	4.21%	105	14.74%	21	2.95%
		60	8.43%	24	3.37%	66	9.27%	12	1.68%
		23	3.23%	12	1.69%	9	1.26%	6	0.84%
SEXO		5	0.70%	5	0.70%	5	0.70%	1	0.14%
	Hombre	125	17.56%	64	8.99%	128	17.97%	24	3.37%
	Mujer	155	21.77%	34	4.78%	154	21.62%	28	3.93%
		88	12.36%	37	5.20%	73	10.25%	15	2.09%
		96	13.48%	31	4.35%	91	12.78%	13	1.82%
GRADO ESCOLAR		96	13.48%	30	4.21%	120	16.85%	17	2.39%
	Urbana	111	15.59%	25	3.51%	197	27.67%	7	0.98%
	Rural	94	13.20%	25	3.51%	60	8.43%	10	1.40%
	Indígena	75	10.53%	48	6.74%	25	3.51%	35	4.92%
		34	4.78%	18	2.53%	74	10.39%	7	0.98%
	Darién	38	5.34%	8	1.12%	24	3.37%	4	0.56%
	Herrera	43	6.04%	13	1.83%	59	8.29%	2	0.28%
	Los Santos	32	4.49%	3	0.42%	72	10.10%	1	0.14%
	Panamá Este	67	9.41%	8	1.12%	28	3.93%	3	0.42%
	Ngäbe Buglé	66	9.27%	48	6.74%	25	3.51%	35	4.92%

Fuente: Evaluación CAP de Estilos de Vida Saludable de Salud Bucal. Año 2011.

ANEXO Nº 7. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL CONOCIMIENTO RESPECTO A "QUE CAUSA LA CARIES DENTAL", EN LOS ESCOLARES DE 10 A 14 AÑOS, POR CATEGORIZACIÓN DE LA RESPUESTA, SEGÚN VARIABLES. PANAMÁ, 2011. n=712

CATEGORÍAS		TOTAL MUESTRA		EXCELENTE		BUENO		REGULAR		DEFICIENTE	
		No.	%	No.	%N de fila	No.	%N de fila	No.	%N de fila	No.	%N de fila
TOTAL		712	100.0%	114	16.0%	97	13.6%	413	58.0%	88	12.4%
EDAD	10	238	33.4%	35	14.7%	36	15.1%	149	62.6%	18	7.6%
	11	246	34.6%	43	17.5%	31	12.6%	139	56.5%	33	13.4%
	12	162	22.8%	26	16.0%	26	16.0%	84	51.9%	26	16.0%
	13	50	7.0%	9	18.0%	2	4.0%	29	58.0%	10	20.0%
	14	16	2.2%	1	6.3%	2	12.5%	12	75.0%	1	6.3%
SEXO	Hombre	341	47.9%	51	15.0%	39	11.4%	206	60.4%	45	13.2%
	Mujer	371	52.1%	63	17.0%	58	15.6%	207	55.8%	43	11.6%
GRADO ESCOLAR	IV	220	30.9%	33	15.0%	30	13.6%	121	55.0%	36	16.4%
	V	229	32.2%	37	16.2%	24	10.5%	146	63.8%	22	9.6%
	VI	263	36.9%	44	16.7%	43	16.3%	146	55.5%	30	11.4%
	Urbana	340	47.8%	60	17.6%	69	20.3%	197	57.9%	14	4.1%
ÁREA	Rural	189	26.5%	41	21.7%	24	12.7%	101	53.4%	23	12.2%
	Indígena	183	25.7%	13	7.1%	4	2.2%	115	62.8%	51	27.9%
	Coclé	133	18.7%	16	12.0%	5	3.8%	101	75.9%	11	8.3%
REGIÓN	Darién	74	10.4%	10	13.5%	3	4.1%	43	58.1%	18	24.3%
	Herrera	117	16.4%	14	12.0%	8	6.8%	90	76.9%	5	4.3%
	Los Santos	108	15.2%	28	25.9%	51	47.2%	29	26.9%	0	0.0%
	Panamá Este	106	14.9%	38	35.8%	29	27.4%	36	34.0%	3	2.8%
	Ngäbe Buglé	174	24.4%	8	4.6%	1	.6%	114	65.5%	51	29.3%

Fuente: Evaluación CAP de Estilos de Vida Saludable de Salud Bucal, año 2011.

**ANEXO Nº 7.1. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN ESCOLAR DE 10 A 14 AÑOS, RESPECTO
A LA "CAUSA DE LA CARIES DENTAL", POR CATEGORÍAS DE RESPUESTA,
SEGÚN VARIABLES. PANAMÁ, 2011. n=712**

P.2. ¿Qué causa la Caries Dental?

CATEGORÍAS		El no cepillarse los dientes		Consumo de dulces		Falta de calcio		Mala alimentación		*Todas las anteriores		No sabe	
TOTAL		294	41.29%	254	35.67%	52	7.30%	34	4.78%	113	15.87%	88	12.36%
EDAD	10	100	14.04%	95	13.34%	22	3.09%	10	1.40%	35	4.92%	18	2.53%
	11	105	14.75%	85	11.94%	13	1.83%	15	2.11%	42	5.90%	33	4.63%
	12	65	9.13%	56	7.87%	11	1.54%	6	0.84%	26	3.65%	26	3.65%
	13	17	2.39%	12	1.69%	2	0.28%	3	0.42%	9	1.26%	10	1.40%
	14	7	0.98%	6	0.84%	4	0.56%	0	0.00%	1	0.14%	1	0.14%
SEXO	Hombre	135	18.96%	120	16.85%	21	2.95%	18	2.53%	51	7.16%	45	6.32%
	Mujer	159	22.33%	134	18.82%	31	4.35%	16	2.25%	62	8.71%	43	6.04%
GRADO ESCOLAR	IV	86	12.08%	75	10.53%	19	2.67%	15	2.11%	33	4.63%	36	5.06%
	V	98	13.76%	76	10.67%	14	1.97%	10	1.40%	37	5.20%	22	3.09%
	VI	110	15.45%	103	14.47%	19	2.67%	9	1.26%	43	6.04%	30	4.21%
	Urbana	150	21.07%	156	21.91%	24	3.37%	13	1.83%	60	8.43%	14	1.97%
ÁREA	Rural	79	11.10%	58	8.15%	12	1.69%	3	0.42%	41	5.76%	23	3.23%
	Indígena	65	9.13%	40	5.62%	16	2.25%	18	2.53%	12	1.69%	51	7.16%
	Coclé	45	6.32%	55	7.72%	7	0.98%	4	0.56%	16	2.25%	11	1.54%
REGIÓN	Darién	30	4.21%	15	2.11%	3	0.42%	1	0.14%	10	1.40%	18	2.53%
	Herrera	50	7.02%	48	6.74%	5	0.70%	3	0.42%	14	1.97%	5	0.70%
	Los Santos	63	8.85%	59	8.29%	9	1.26%	6	0.84%	28	3.93%	0	0.00%
	Panamá Este	48	6.74%	44	6.18%	16	2.25%	7	0.98%	37	5.20%	3	0.42%
	Ngäbe Buglé	58	8.15%	33	4.63%	12	1.69%	13	1.83%	8	1.12%	51	7.16%

Fuente: Evaluación CAP de Estilos de Vida Saludable de Salud Bucal. Año 2011.

ANEXO Nº 8. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL CONOCIMIENTO RESPECTO A "LAS CAUSAS DEL SANGRADO DE LA ENCÍA", EN LOS ESCOLARES DE 10 A 14 AÑOS, POR CATEGORIZACIÓN DE LA RESPUESTA, SEGÚN VARIABLES. PANAMÁ, 2011.

n=712

CATEGORÍAS/ VARIABLES		TOTAL MUESTRA		EXCELENTE		BUENO		REGULAR		DEFICIENTE	
		No.	%	No.	%N de fila	No.	%N de fila	No.	%N de fila	No.	%N de fila
TOTAL		712	100.0%	57	8.0%	15	2.1%	203	28.5%	437	61.4%
EDAD	10	238	33.4%	19	8.0%	4	1.7%	71	29.8%	144	60.5%
	11	246	34.6%	22	8.9%	7	2.8%	55	22.4%	162	65.9%
	12	162	22.8%	15	9.3%	2	1.2%	49	30.2%	96	59.3%
	13	50	7.0%	1	2.0%	1	2.0%	24	48.0%	24	48.0%
	14	16	2.2%	0	0.0%	1	6.3%	4	25.0%	11	68.8%
SEXO	Hombre	341	47.9%	27	7.9%	7	2.1%	85	24.9%	222	65.1%
	Mujer	371	52.1%	30	8.1%	8	2.2%	118	31.8%	215	58.0%
GRADO ESCOLAR	IV	220	30.9%	14	6.4%	3	1.4%	59	26.8%	144	65.5%
	V	229	32.2%	21	9.2%	4	1.7%	65	28.4%	139	60.7%
	VI	263	36.9%	22	8.4%	8	3.0%	79	30.0%	154	58.6%
ÁREA	Urbana	340	47.8%	34	10.0%	11	3.2%	117	34.4%	178	52.4%
	Rural	189	26.5%	16	8.5%	2	1.1%	51	27.0%	120	63.5%
	Indígena	183	25.7%	7	3.8%	2	1.1%	35	19.1%	139	76.0%
	Coclé	133	18.7%	9	6.8%	2	1.5%	36	27.1%	86	64.7%
REGIÓN	Darién	74	10.4%	3	4.1%	0	0.0%	17	23.0%	54	73.0%
	Herrera	117	16.4%	3	2.6%	0	0.0%	40	34.2%	74	63.2%
	Los Santos	108	15.2%	21	19.4%	7	6.5%	42	38.9%	38	35.2%
	Panamá Este	106	14.9%	16	15.1%	6	5.7%	35	33.0%	49	46.2%
	Ngäbe Buglé	174	24.4%	5	2.9%	0	0.0%	33	19.0%	136	78.2%

Fuente: Evaluación CAP de Estilos de Vida Saludable de Salud Bucal, Año 2011.

ANEXO Nº 9. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL CONOCIMIENTO RESPECTO "HASTA CUÁNDO DEBES CONSERVAR TUS DIENTES EN BOCA", EN LOS ESCOLARES DE 10 A 14 AÑOS, POR CATEGORIZACIÓN DE LA RESPUESTA, SEGÚN VARIABLES.

PANAMÁ, 2011. n=712

CATEGORÍAS		P.4 ¿Hasta cuándo debes conservar tus dientes en boca?									
		EXCELENTE		BUENO		REGULAR		DEFICIENTE			
VARIABLES	TOTAL MUESTRA	No.	%	No.	%N de fila	No.	%N de fila	No.	%N de fila	No.	%N de fila
TOTAL	712	100.0%		440	61.8%	156	21.9%	42	5.9%	74	10.4%
EDAD	10	238	33.4%	158	66.4%	46	19.3%	15	6.3%	19	8.0%
	11	246	34.6%	150	61.0%	56	22.8%	16	6.5%	24	9.8%
	12	162	22.8%	105	64.8%	32	19.8%	6	3.7%	19	11.7%
	13	50	7.0%	21	42.0%	18	36.0%	3	6.0%	8	16.0%
	14	16	2.2%	6	37.5%	4	25.0%	2	12.5%	4	25.0%
SEXO	Hombre	341	47.9%	206	60.4%	81	23.8%	23	6.7%	31	9.1%
	Mujer	371	52.1%	234	63.1%	75	20.2%	19	5.1%	43	11.6%
GRADO ESCOLAR	IV	220	30.9%	116	52.7%	54	24.5%	22	10.0%	28	12.7%
	V	229	32.2%	153	66.8%	47	20.5%	7	3.1%	22	9.6%
	VI	263	36.9%	171	65.0%	55	20.9%	13	4.9%	24	9.1%
ÁREA	Urbana	340	47.8%	242	71.2%	65	19.1%	9	2.6%	24	7.1%
	Rural	189	26.5%	130	68.8%	41	21.7%	4	2.1%	14	7.4%
	Indígena	183	25.7%	68	37.2%	50	27.3%	29	15.8%	36	19.7%
REGIÓN	Coclé	133	18.7%	96	72.2%	23	17.3%	4	3.0%	10	7.5%
	Darién	74	10.4%	48	64.9%	17	23.0%	2	2.7%	7	9.5%
	Herrera	117	16.4%	79	67.5%	24	20.5%	3	2.6%	11	9.4%
	Los Santos	108	15.2%	76	70.4%	25	23.1%	3	2.8%	4	3.7%
	Panamá Este	106	14.9%	80	75.5%	17	16.0%	2	1.9%	7	6.6%
	Ngäbe Buglé	174	24.4%	61	35.1%	50	28.7%	28	16.1%	35	20.1%

Fuente: Evaluación CAP de Estilos de Vida Saludable de Salud Bucal, Año 2011.

ANEXO Nº 9.1. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN ESCOLAR DE 10 A 14 AÑOS, RESPECTO A LA "DURACIÓN DE LOS DIENTES NATURALES EN BOCA", POR CATEGORÍAS DE RESPUESTA, SEGÚN VARIABLES. PANAMÁ, 2011. n=712

		P.4. ¿Hasta cuándo deben conservar tus dientes en boca?								
VARIABLES		CATEGORÍAS	*Deben durar toda la vida	Deben durar hasta la edad de 20 años		Deben durar hasta la edad de 60 años		No sabe		
EDAD	TOTAL		440	61.80%	42	5.90%	156	21.91%	74	10.39%
		10	440	61.80%	15	2.11%	46	6.46%	19	2.67%
		11	438	61.52%	16	2.25%	56	7.87%	24	3.37%
		12	438	61.52%	6	0.84%	32	4.49%	19	2.67%
		13	438	61.52%	3	0.42%	18	2.53%	8	1.13%
SEXO		14	438	61.52%	2	0.28%	4	0.56%	4	0.56%
		Hombre	438	61.52%	23	3.23%	81	11.38%	31	4.35%
GRADO ESCOLAR		Mujer	440	61.80%	19	2.67%	75	10.53%	43	6.04%
		IV	440	61.80%	22	3.09%	54	7.58%	28	3.93%
		V	438	61.52%	7	0.98%	47	6.60%	22	3.09%
		VI	438	61.52%	13	1.83%	55	7.72%	24	3.37%
ÁREA		Urbana	440	61.80%	9	1.26%	65	9.13%	24	3.37%
		Rural	438	61.52%	4	0.56%	41	5.76%	14	1.97%
		Indígena	438	61.52%	29	4.07%	50	7.02%	36	5.06%
		Coclé	438	61.52%	4	0.56%	23	3.23%	10	1.41%
REGIÓN		Darién	438	61.52%	2	0.28%	17	2.39%	7	0.98%
		Herrera	438	61.52%	3	0.42%	24	3.37%	11	1.55%
		Los Santos	440	61.80%	3	0.42%	25	3.51%	4	0.56%
		Panamá Este	438	61.52%	2	0.28%	17	2.39%	7	0.98%
		Ngäbe Buglé	438	61.52%	28	3.93%	50	7.02%	35	4.92%

Fuente: Evaluación CAP de Estilos de Vida Saludable de Salud Bucal. Año 2011.

ANEXO N° 10. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL CONOCIMIENTO RESPECTO A "PARA QUÉ SIRVEN LOS DIENTES", EN LOS ESCOLARES DE 10 A 14 AÑOS, POR CATEGORIZACIÓN DE LA RESPUESTA, SEGÚN VARIABLES. PANAMÁ, 2011. n=712

CATEGORÍAS		TOTAL MUESTRA		EXCELENTE		BUENO		REGULAR		DEFICIENTE	
		No.	%	No.	%N de fila	No.	%N de fila	No.	%N de fila	No.	%N de fila
VARIABLES	TOTAL	712	100.0%	110	15.4%	457	64.2%	80	11.2%	65	9.1%
EDAD	10	238	33.4%	37	15.5%	136	57.1%	37	15.5%	28	11.8%
	11	246	34.6%	39	15.9%	164	66.7%	25	10.2%	18	7.3%
	12	162	22.8%	26	16.0%	113	69.8%	13	8.0%	10	6.2%
	13	50	7.0%	8	16.0%	34	68.0%	3	6.0%	5	10.0%
	14	16	2.2%	0	0.0%	10	62.5%	2	12.5%	4	25.0%
SEXO	Hombre	341	47.9%	51	15.0%	225	66.0%	31	9.1%	34	10.0%
	Mujer	371	52.1%	59	15.9%	232	62.5%	49	13.2%	31	8.4%
GRADO ESCOLAR	IV	220	30.9%	26	11.8%	135	61.4%	31	14.1%	28	12.8%
	V	229	32.2%	38	16.6%	149	65.1%	27	11.8%	15	6.6%
	VI	263	36.9%	46	17.5%	173	65.8%	22	8.4%	22	8.4%
ÁREA	Urbana	340	47.8%	64	18.8%	208	61.2%	48	14.1%	20	5.9%
	Rural	189	26.5%	36	19.0%	116	61.4%	17	9.0%	20	10.6%
	Indígena	183	25.7%	10	5.5%	133	72.7%	15	8.2%	25	13.7%
REGIÓN	Coclé	133	18.7%	21	15.8%	79	59.4%	16	12.0%	17	12.8%
	Darién	74	10.4%	10	13.5%	48	64.9%	9	12.2%	7	9.5%
	Herrera	117	16.4%	22	18.8%	63	53.8%	25	21.4%	7	6.0%
	Los Santos	108	15.2%	22	20.4%	76	70.4%	8	7.4%	2	1.9%
	Panamá Este	106	14.9%	29	27.4%	63	59.4%	7	6.6%	7	6.6%
	Ngäbe Buglé	174	24.4%	6	3.4%	128	73.6%	15	8.6%	25	14.4%

P.5 ¿Para qué sirven los dientes?

Fuente: Evaluación CAP de Estilos de Vida Saludable de Salud Bucal, Año 2011.

**ANEXO N° 11. CONOCIMIENTO SOBRE PREVENCIÓN BUCAL EN LA POBLACIÓN ESCOLAR DE 10 A 14 AÑOS,
POR PREGUNTAS Y RESPUESTAS ACERTADAS, SEGÚN VARIABLES. PANAMÁ, 2011.**

CATEGORÍAS		VARIABLES						
P.6¿Ha recibido charlas sobre los ciudadanos y enfermedades dentales?		P.7¿Las frutas y legumbres son buenas para los dientes?	P.8¿Comer alimentos azucarados pueden dañar los dientes?	P.9¿En tu boca hay microbios ó bacterias?	P.10¿Si lavas dientes, pueden enfermar?	P.11¿Qué enfermedad se daña tus dientes?	P.12¿Qué es el Flúor?	P.13¿El Flúor es bueno para los dientes?
TOTAL		<u>61.38%</u>	<u>74.86%</u>	<u>84.97%</u>	<u>81.74%</u>	<u>88.90%</u>	<u>51.69%</u>	<u>52.39%</u>
EDAD	10	22.47%	25.70%	30.06%	27.81%	30.20%	15.17%	18.82%
	11	21.91%	27.25%	30.06%	28.37%	30.62%	17.70%	18.96%
	12	12.64%	16.01%	18.26%	18.40%	19.52%	10.96%	11.24%
	13	3.51%	4.49%	4.92%	5.48%	6.46%	3.65%	2.39%
	14	0.84%	1.40%	1.69%	1.69%	2.11%	0.98%	0.98%
SEXO	Hombre	27.95%	34.97%	39.75%	38.90%	42.56%	22.61%	24.86%
	Mujer	33.43%	39.89%	45.22%	42.84%	46.35%	25.84%	26.83%
GRADO ESCOLAR	IV	18.68%	22.19%	24.86%	25.42%	26.97%	13.76%	14.61%
	V	19.80%	25.14%	27.53%	25.42%	28.93%	14.89%	16.15%
	VI	22.89%	27.53%	32.58%	30.90%	33.01%	19.80%	20.93%
	Urbana	35.39%	38.34%	45.79%	41.15%	42.70%	27.39%	34.97%
ÁREA	Rural	14.19%	20.79%	24.16%	22.89%	23.74%	10.96%	12.22%
	Indígena	11.80%	15.73%	15.03%	17.70%	22.47%	10.11%	4.49%
	Coclé	9.55%	13.76%	17.13%	15.59%	16.29%	4.92%	9.69%
REGIÓN	Darién	4.63%	7.44%	9.69%	8.71%	9.97%	3.51%	2.95%
	Herrera	14.33%	13.62%	16.15%	14.47%	15.73%	11.52%	16.29%
	Los Santos	11.80%	12.92%	14.04%	13.48%	13.20%	9.41%	11.66%
	Panamá Este	9.83%	12.22%	14.19%	12.50%	12.50%	9.83%	6.74%
	Ngábe Buglé	11.24%	14.89%	13.76%	16.99%	21.21%	9.27%	4.35%

Fuente: Evaluación CAP de Estilos de Vida Saludable de Salud Bucal. Año 2011.

ANEXO Nº 12. ACTITUDES PARA EL CUIDADO DE LA SALUD BUCAL EN ESCOLARES DE 10 A 14 AÑOS, POR PREGUNTAS ACERTADAS, SEGÚN VARIABLES. PANAMÁ, 2011. n=712

CATEGORÍAS	P.14.¿Te gusta mantener tu boca limpia?	P.16.¿Quiere aprender sobre el cuidado de la boca?	P.17.El limpiar los dientes es:			P.18.¿Te gusta cepillar tus dientes?		P.20. ¿Te gusta ir al dentista?		P.22. ¿Cómo te portas cuándo vas al dentista?	
	Si	*Si	*Importante	Pérdida de tiempo	No es importante	*Si	No	Si	No	Bien	Mal
TOTAL	98.5%	96.1%	96.2%	1.4%	2.4%	97.3%	2.6%	71.5%	0.0%	77.7%	0.0%
EDAD	10	32.9%	32.3%	0.4%	0.4%	32.4%	1.0%	27.2%	0.0%	28.2%	0.0%
	11	34.0%	33.6%	0.4%	0.2%	33.7%	0.8%	24.3%	0.0%	26.7%	0.0%
	12	22.5%	21.6%	21.8%	0.4%	22.3%	0.4%	14.9%	0.0%	17.6%	0.0%
	13	6.9%	6.9%	6.3%	0.1%	7.0%	0.0%	3.5%	0.0%	3.9%	0.0%
SEXO	14	2.2%	2.0%	2.0%	0.3%	1.8%	0.4%	1.5%	0.0%	1.3%	0.0%
	Hombre	47.1%	45.9%	46.1%	0.4%	1.4%	0.8%	34.0%	0.0%	36.4%	0.0%
GRADO ESCOLAR	Mujer	51.4%	50.1%	50.1%	1.0%	51.4%	0.8%	37.5%	0.0%	41.3%	0.0%
	IV	29.9%	28.9%	29.4%	0.7%	29.8%	0.7%	21.3%	0.0%	22.3%	0.0%
	V	32.0%	30.9%	31.2%	0.6%	31.2%	1.0%	23.5%	0.0%	24.7%	0.0%
	VI	36.5%	36.2%	35.7%	0.1%	36.4%	0.5%	26.7%	0.0%	30.6%	0.0%
ÁREA	Urbana	47.2%	46.9%	47.2%	0.0%	47.2%	0.6%	39.7%	0.0%	43.8%	0.0%
	Rural	26.5%	26.1%	26.3%	0.3%	26.1%	0.4%	23.0%	0.0%	24.3%	0.0%
	Indígena	24.7%	23.0%	22.8%	1.1%	24.0%	1.7%	8.7%	0.0%	9.6%	0.0%
REGIÓN	Coclé	18.5%	18.4%	18.3%	0.1%	18.3%	0.2%	14.6%	0.0%	16.3%	0.0%
	Darién	10.4%	10.1%	10.4%	0.0%	10.3%	0.1%	8.7%	0.0%	9.6%	0.0%
	Herrera	16.4%	16.4%	16.4%	0.0%	16.3%	0.1%	14.2%	0.0%	15.9%	0.0%
	Los Santos	14.9%	14.7%	14.9%	0.0%	15.0%	0.1%	12.4%	0.0%	13.6%	0.0%
	Panamá Este	14.7%	14.6%	14.7%	0.1%	14.7%	0.1%	14.2%	0.0%	13.5%	0.0%
	Ngäbe Buglé	23.5%	21.8%	21.5%	1.1%	22.8%	1.7%	7.4%	0.0%	8.8%	0.0%

Fuente: Evaluación CAP de Estilos de Vida Saludable de Salud Bucal. Año 2011.

ANEXO Nº 13. PRÁCTICAS RELACIONADAS A LOS ESTILOS DE VIDA SALUDABLES DE SALUD BUCAL, EN ESCOLARES DE 10 A 14 AÑOS, POR PREGUNTA Y RESPUESTAS, SEGÚN VARIABLES. PANAMÁ, 2011. n=712

CATEGORÍAS		P.15. ¿Qué momento del día es mejor para limpiar tus dientes?				P.19. ¿Has ido al dentista?		P.21. ¿Cuándo fue la última vez que visitaste al dentista?						
		*Mañana	*Tarde	*Noche	Cada vez que comes	Ningún momento	Si	No	Un mes	Seis meses	Un año o más	Programa Escolar	No se acuerda	
VARIABLES														
TOTAL		31.7%	11.2%	16.0%	67.0%	1.0%	77.0%	22.8%	32.1%	13.6%	11.4%	2.8%	22.3%	17.7%
EDAD	10	9.7%	3.2%	4.5%	23.6%	0.3%	28.8%	4.6%	11.7%	5.5%	3.7%	0.7%	8.4%	3.5%
	11	11.7%	4.5%	6.6%	22.8%	0.0%	27.4%	7.2%	12.2%	4.5%	4.4%	1.1%	6.6%	5.8%
	12	7.6%	2.7%	3.8%	15.0%	0.3%	16.3%	6.2%	6.6%	2.5%	2.9%	0.8%	5.2%	4.6%
	13	2.2%	0.7%	0.7%	4.5%	0.1%	3.7%	0.8%	1.1%	0.3%	0.1%	0.1%	1.6%	3.1%
	14	0.6%	0.1%	0.4%	1.1%	0.3%	1.1%	1.1%	0.9%	0.0%	0.1%	0.0%	0.5%	0.7%
SEXO	Hombre	14.9%	5.1%	6.9%	31.6%	0.8%	35.7%	12.1%	14.0%	6.7%	6.5%	1.1%	10.6%	8.8%
	Mujer	16.9%	6.2%	9.1%	35.4%	0.1%	41.3%	10.7%	18.1%	6.9%	4.9%	1.7%	11.6%	8.8%
GRADO ESCOLAR	IV	13.1%	3.4%	4.5%	16.6%	0.4%	22.1%	8.8%	8.7%	4.9%	3.1%	0.8%	6.9%	6.5%
	V	7.7%	3.2%	4.8%	24.9%	0.0%	25.7%	6.3%	10.2%	3.2%	4.4%	0.8%	7.6%	5.9%
	VI	11.0%	4.6%	6.7%	25.6%	0.6%	29.2%	7.6%	13.2%	5.5%	3.9%	1.1%	7.8%	5.3%
	Urbana	12.4%	6.2%	10.7%	35.1%	0.1%	45.1%	2.5%	18.9%	9.3%	4.8%	1.4%	11.9%	1.5%
ÁREA	Rural	8.0%	2.9%	4.5%	19.8%	0.0%	23.9%	2.5%	10.2%	3.2%	5.1%	0.3%	6.0%	1.7%
	Indígena	11.4%	2.1%	0.8%	12.1%	0.8%	8.0%	17.7%	3.1%	1.1%	1.5%	1.1%	4.3%	14.5%
REGIÓN	Coclé	3.1%	0.7%	2.0%	14.9%	0.0%	16.9%	1.8%	5.9%	4.1%	2.8%	0.6%	3.8%	1.5%
	Darién	0.4%	0.4%	8.0%	9.8%	0.0%	9.8%	0.6%	4.2%	1.5%	3.1%	0.3%	0.7%	0.6%
	Herrera	2.8%	1.5%	2.7%	12.6%	0.0%	16.3%	0.1%	6.9%	2.9%	2.2%	0.0%	4.2%	0.1%
	Los Santos	7.6%	5.1%	7.2%	9.6%	0.0%	13.9%	1.1%	6.8%	2.5%	0.8%	0.6%	4.1%	0.4%
	Panamá Este	5.5%	1.7%	3.2%	10.5%	0.1%	12.5%	2.2%	5.3%	1.4%	1.1%	0.4%	5.3%	1.3%
	Ngäbe Buglé	10.5%	1.8%	0.7%	11.4%	0.8%	7.6%	16.9%	3.1%	1.1%	1.3%	1.0%	4.2%	13.8%

Fuente: Evaluación CAP de Estilos de Vida Saludable de Salud Bucal/ Año 2011.

ANEXO Nº14. PRÁCTICAS RELACIONADAS A LOS ESTILOS DE VIDA SALUDABLES DE SALUD BUCAL, EN ESCOLARES DE 10 A 14 AÑOS, POR PREGUNTA, SEGUN VARIABLE. PANAMA, 2011.

CATEGORÍAS	P. 23¿ Con qué te limpias tus dientes?																P. 24¿Cuántas veces te cepillas los dientes al día?				P. 25¿Al cepillarse los dientes, qué limpias?				P. 26¿ Te cepillas tus dientes antes de acostarte en la noche?			
	*Cepillos de dientes		Hilo dental	*Pasta dental		Enjuague bucal		Palillos de dientes		Sal		Una vez	2 veces	*3 veces	*Más de 3 veces	Nunca	Solo los dientes delanteros de arriba y de abajo		Todas las superficies de los dientes por fuera		*Todas las superficies y caras de los dientes por dentro y por fuera		Si	No				
VARIABLES	TOTAL		95.93%	20.08%	70.37%	20.51%	4.35%	1.54%	6.46%	21.77%	54.35%	15.73%	1.26%	9.27%	8.43%	81.88%	85.25%	14.47%										
	10	32.30%	7.02%	24.30%	6.74%	1.12%	0.28%	1.40%	7.02%	18.68%	5.90%	0.28%	2.39%	3.37%	27.53%	29.36%	3.93%											
	11	33.43%	8.29%	24.72%	9.13%	1.83%	0.70%	2.81%	7.58%	18.54%	5.48%	0.14%	3.09%	2.81%	28.65%	30.20%	4.21%											
	12	21.77%	4.07%	15.45%	3.79%	0.84%	0.42%	1.26%	4.92%	12.64%	3.65%	0.00%	2.81%	1.69%	18.26%	19.24%	3.51%											
	13	6.32%	0.56%	4.35%	0.70%	0.42%	0.14%	0.84%	1.83%	3.37%	0.42%	0.56%	0.98%	0.00%	5.62%	4.63%	2.39%											
SEXO	14	2.11%	0.14%	1.54%	0.14%	0.14%	0.00%	0.14%	0.42%	1.12%	0.28%	0.28%	0.00%	0.14%	1.83%	1.83%	0.42%											
	Hombre	45.51%	6.88%	34.41%	8.71%	2.25%	0.56%	3.09%	11.80%	24.72%	7.02%	1.12%	4.35%	3.79%	39.33%	39.33%	8.43%											
GRADO ESCOLAR	50.42%	13.20%	35.96%	11.80%	2.11%	0.98%	3.37%	9.97%	29.63%	8.71%	0.14%	4.91%	4.63%	42.56%	45.93%	6.04%												
	29.92%	4.35%	21.07%	4.21%	0.98%	0.56%	2.53%	6.46%	16.71%	4.49%	0.56%	2.39%	3.65%	24.72%	25.14%	5.48%												
	V	30.76%	6.74%	21.35%	6.88%	1.54%	0.56%	1.83%	7.16%	17.84%	5.20%	0.14%	2.95%	1.54%	27.67%	27.95%	4.21%											
	VI	35.25%	8.99%	27.95%	9.41%	1.83%	0.42%	2.11%	8.15%	19.80%	6.04%	0.56%	3.93%	3.23%	29.49%	32.16%	4.78%											
	Urbana	46.91%	15.45%	41.99%	16.43%	2.39%	0.28%	2.53%	12.64%	24.44%	7.72%	0.14%	3.93%	3.51%	40.31%	43.54%	3.93%											
ÁREA	Rural	23.84%	3.33%	19.10%	3.65%	1.40%	0.42%	1.69%	5.20%	15.31%	4.07%	0.14%	3.09%	3.09%	20.37%	23.46%	3.09%											
	Indígena	23.17%	0.70%	9.27%	0.42%	0.56%	0.84%	2.25%	3.93%	14.61%	3.93%	0.96%	2.25%	1.83%	21.21%	18.26%	7.44%											
REGIÓN	Coclé	18.68%	3.23%	18.40%	4.78%	0.14%	0.00%	0.84%	4.78%	11.10%	1.83%	0.00%	1.54%	3.23%	13.90%	16.85%	1.83%											
	Darién	9.83%	0.84%	5.06%	0.28%	0.00%	0.14%	0.70%	1.40%	6.18%	1.97%	0.14%	0.42%	0.42%	9.55%	9.27%	1.12%											
	Herrera	16.29%	5.62%	15.59%	4.07%	0.70%	0.00%	0.56%	4.49%	8.15%	3.23%	0.00%	0.28%	0.28%	15.87%	14.33%	1.83%											
	Los Santos	14.61%	6.46%	11.94%	6.74%	1.40%	0.56%	1.69%	4.49%	6.88%	1.97%	0.14%	2.67%	0.84%	11.66%	13.90%	1.26%											
	Panamá Este	14.47%	3.79%	11.24%	4.63%	1.97%	0.28%	0.70%	2.81%	8.15%	2.95%	0.00%	2.11%	1.83%	10.96%	13.62%	1.26%											
	Ngabé Buglé	22.05%	0.14%	8.15%	0.00%	0.14%	0.56%	1.97%	3.79%	13.90%	3.79%	0.96%	2.25%	1.83%	19.94%	17.28%	7.16%											

Fuente: Evaluación CAP de Estilos de Vida Saludable de Salud Bucal. Año 2011.

ANEXO Nº 15. PRÁCTICAS RELACIONADAS A LOS ESTILOS DE VIDA SALUDABLE DE SALUD BUCAL, EN ESCOLARES DE 10 A 14 AÑOS, POR PREGUNTA, SEGÚN VARIABLE. PANAMÁ, 2011.

CATEGORÍAS	P.27¿Usas Hilo Dental?		P.28¿Por qué No Usas el Hilo Dental?		P.30¿Quién te Enseña a Cuidar tus Dientes?									
	SI	No	A veces	Por falta de costumbre	No lo conoce	No es necesario	Es muy caro	Le sangra o le duelen las encías	No sabe cómo usarlo	Padres	Maestros	Dentista	Radio, Tv	aprendió sólo
VARIABLES														
TOTAL	22.61%	64.04%	12.92%	18.96%	34.55%	4.92%	2.53%	4.07%	8.15%	70.22%	10.25%	23.46%	2.39%	9.69%
EDAD	10	8.57%	20.22%	4.35%	5.76%	10.53%	1.54%	1.40%	3.65%	23.88%	2.59%	8.43%	0.42%	2.39%
	11	9.27%	20.79%	4.49%	5.90%	10.25%	1.97%	1.26%	3.37%	24.44%	3.37%	8.57%	0.84%	3.51%
	12	4.21%	15.31%	3.09%	6.04%	8.57%	0.70%	0.98%	0.56%	17.56%	2.25%	4.49%	0.42%	2.53%
	13	0.42%	5.90%	0.70%	1.12%	3.79%	0.70%	0.42%	0.42%	3.09%	1.83%	1.54%	0.56%	1.12%
SEXO	14	0.14%	1.83%	0.28%	0.14%	1.40%	0.00%	0.00%	0.14%	1.26%	0.42%	0.14%	0.14%	0.14%
	Hombre	8.01%	33.85%	6.04%	9.97%	17.28%	3.09%	2.53%	3.09%	32.72%	4.07%	10.25%	0.70%	4.35%
GRADO ESCOLAR	Mujer	14.61%	30.20%	6.88%	8.99%	17.28%	1.83%	1.54%	5.06%	37.50%	6.18%	13.20%	1.69%	5.34%
	IV	5.62%	22.19%	2.81%	3.79%	13.90%	0.98%	0.84%	2.67%	19.94%	4.07%	6.88%	0.56%	2.67%
	V	7.87%	18.96%	5.20%	6.32%	9.27%	1.69%	1.54%	2.95%	23.03%	2.39%	8.01%	0.84%	3.51%
	VI	9.13%	22.89%	4.92%	8.85%	11.38%	1.83%	1.69%	2.53%	27.25%	3.79%	8.57%	0.98%	3.51%
ÁREA	Urbana	16.71%	23.31%	7.58%	12.50%	6.18%	1.83%	3.37%	4.63%	38.06%	2.95%	14.61%	1.12%	2.95%
	Rural	5.34%	16.99%	4.21%	5.76%	8.43%	1.69%	0.70%	2.25%	19.66%	1.26%	7.02%	0.42%	1.83%
	Indígena	0.56%	23.74%	1.12%	0.70%	19.94%	1.40%	0.00%	1.26%	12.50%	6.04%	1.83%	0.84%	4.92%
	Coclé	5.20%	12.64%	0.84%	4.92%	4.78%	0.42%	0.56%	1.26%	14.61%	0.42%	3.37%	0.14%	0.28%
REGIÓN	Darién	1.83%	7.87%	0.70%	1.26%	4.35%	0.42%	0.00%	1.26%	6.74%	0.70%	2.53%	0.14%	0.98%
	Herrera	6.18%	8.99%	1.12%	2.11%	2.67%	0.70%	0.70%	1.69%	13.34%	0.28%	3.79%	0.14%	0.98%
	Los Santos	4.63%	5.34%	5.20%	6.88%	1.12%	0.84%	0.98%	1.26%	12.36%	1.97%	7.58%	0.70%	1.69%
	Panamá Este	4.63%	5.90%	4.35%	3.23%	1.97%	1.12%	1.83%	1.40%	11.66%	0.98%	4.63%	0.70%	0.98%
	Ngabe Buglé	0.14%	23.31%	0.70%	0.56%	19.66%	1.40%	0.00%	1.26%	11.52%	5.90%	1.54%	0.56%	4.78%

Fuente: Evaluación CAP de Estilos de Vida Saludable de Salud Bucal. Año 2011.

ANEXO Nº 16. PRÁCTICAS RELACIONADAS A LOS ESTILOS DE VIDA SALUDABLES DE SALUD BUCAL, EN ESCOLARES DE 10 A 14 AÑOS, POR PREGUNTA, SEGÚN VARIABLE.
PANAMÁ, 2011. n=712

CATEGORÍAS	P. 31 ¿Te han puesto fluor en los dientes		P. 32 ¿Dónde se te aplicó fluor?		P. 33 ¿En tu casa cada miembro de la familia tiene cepillo?		P. 34 ¿Tienes un cepillo de dientes para tí?		P. 35 ¿Indicar qué tipo de cepillo de dientes usas?					P. 36 ¿Cuántas veces debe ser cambiado el cepillo de dientes?					P. 37 ¿De dónde viene el agua que tomas?								
	Si	No	Escuela	Centro Salud	Seg. Social	C. Privado	Casa	Si	No	Si	No	Cepillo suave	Cepillo mediano	Cepillo duro	No sabe	Cada dos meses	Cada seis meses	Una vez al año	Nunca	No sabe	Grifo	Pozo	Embotellada	No	Carro cisterna	No sabe	
	TOTAL		39.5%	15.0%	6.7%	3.1%	4.8%	96.8%	3.2%	96.6%	3.4%	57.2%	20.2%	15.2%	7.4%	66.9%	14.7%	12.5%	4.5%	1.4%	81.7%	7.3%	6.0%	4.9%	1.8%	0.8%	
EDAD	10	19.8%	13.5%	14.9%	4.6%	2.1%	32.6%	32.7%	0.8%	32.7%	0.7%	20.5%	7.3%	3.8%	1.8%	22.2%	5.2%	4.2%	1.1%	0.7%	26.1%	2.1%	3.7%	1.3%	0.8%	0.1%	
	11	19.8%	14.6%	13.3%	5.6%	2.8%	33.7%	33.8%	0.8%	33.8%	0.7%	20.1%	7.6%	5.1%	1.8%	23.6%	4.5%	4.8%	1.5%	0.7%	30.5%	1.5%	1.4%	1.1%	0.4%	0.6%	
	12	11.8%	10.5%	8.4%	4.4%	1.5%	23.1%	23.1%	0.7%	23.1%	0.7%	13.3%	4.1%	3.8%	1.5%	16.2%	3.4%	2.4%	0.6%	0.3%	19.0%	1.5%	0.7%	1.7%	0.6%	0.1%	
	13	2.5%	4.4%	2.0%	0.4%	0.3%	0.1%	6.6%	0.4%	6.0%	1.0%	2.7%	1.0%	1.8%	1.5%	3.9%	1.1%	0.7%	1.1%	0.1%	5.1%	1.3%	0.3%	0.6%	0.0%	0.0%	
SEXO	14	0.8%	1.3%	0.8%	0.0%	0.0%	0.0%	1.8%	0.4%	2.0%	0.3%	0.6%	0.3%	0.7%	0.7%	1.0%	0.6%	0.4%	0.1%	0.1%	1.1%	0.8%	0.0%	0.3%	0.0%	0.0%	
	Hombre	26.0%	21.5%	18.8%	6.5%	3.5%	0.8%	1.8%	45.5%	2.3%	45.9%	2.0%	24.5%	11.2%	8.4%	3.8%	31.5%	8.1%	5.1%	2.7%	0.6%	39.6%	4.2%	2.4%	2.2%	0.8%	0.3%
	Mujer	28.8%	22.8%	20.6%	8.6%	3.2%	2.2%	2.9%	51.3%	0.9%	50.7%	1.4%	32.7%	9.0%	6.7%	3.7%	35.4%	6.6%	7.4%	1.8%	0.8%	42.1%	3.1%	3.7%	2.7%	1.0%	0.6%
	IV	15.2%	15.6%	12.1%	2.9%	1.1%	0.8%	0.8%	29.5%	1.4%	29.2%	1.7%	18.1%	5.5%	4.6%	2.7%	18.4%	5.1%	4.9%	1.7%	0.8%	23.5%	3.1%	2.2%	2.0%	0.6%	0.0%
GRADO ESCOLAR	V	16.3%	15.6%	11.5%	3.9%	2.4%	0.8%	31.2%	0.9%	31.3%	0.8%	19.3%	6.5%	3.9%	2.5%	21.3%	5.6%	5.1%	1.7%	0.1%	26.7%	2.1%	2.2%	0.8%	0.6%	0.3%	
	VI	23.3%	13.1%	15.9%	8.1%	3.2%	1.4%	36.1%	0.8%	36.1%	0.8%	19.8%	8.3%	6.6%	2.2%	27.1%	4.1%	4.2%	1.1%	0.4%	31.6%	2.1%	1.5%	2.1%	0.7%	0.6%	
	Urbana	37.9%	9.4%	29.1%	8.8%	5.5%	2.7%	47.3%	0.4%	47.5%	0.2%	31.2%	11.3%	3.1%	2.4%	37.5%	5.8%	3.5%	0.4%	0.6%	43.5%	0.7%	3.7%	1.5%	0.1%	0.4%	
	Rural	13.2%	12.9%	7.2%	5.8%	1.3%	0.4%	26.3%	0.2%	25.8%	0.7%	17.0%	4.6%	4.1%	0.8%	18.8%	3.5%	3.4%	0.7%	0.1%	22.1%	1.1%	1.4%	0.6%	1.5%	0.3%	
ÁREA	Indígena	3.7%	21.9%	3.2%	0.4%	0.0%	0.0%	23.2%	2.5%	23.3%	2.3%	9.0%	4.5%	8.0%	4.2%	10.5%	5.5%	5.6%	3.4%	0.7%	16.2%	5.5%	1.0%	2.8%	0.1%	0.1%	
	Cocle	11.8%	6.7%	8.3%	2.8%	1.4%	1.0%	18.5%	0.1%	18.5%	0.1%	11.4%	4.1%	2.1%	1.1%	15.0%	1.4%	2.1%	0.1%	0.0%	16.3%	1.4%	0.8%	0.1%	0.0%	0.1%	
	Darién	4.1%	6.2%	1.8%	2.7%	0.0%	0.1%	10.4%	0.0%	10.4%	0.0%	7.2%	1.3%	1.4%	0.6%	5.9%	1.8%	2.0%	0.4%	0.3%	9.0%	0.0%	1.3%	0.1%	0.3%	0.0%	
	Herrera	16.0%	0.1%	15.3%	2.2%	0.1%	0.4%	16.3%	0.1%	16.2%	0.2%	11.8%	2.8%	1.3%	0.6%	13.2%	1.8%	1.1%	0.1%	0.1%	16.3%	0.0%	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	
REGIÓN	Los Santos	12.8%	2.2%	9.6%	3.4%	3.4%	2.5%	14.9%	0.3%	15.2%	0.0%	10.1%	4.1%	0.7%	0.4%	11.4%	2.8%	0.8%	0.1%	0.0%	13.1%	0.4%	2.0%	1.3%	0.0%	0.3%	
	Panamá Este	6.7%	8.0%	1.5%	3.5%	1.8%	0.1%	14.7%	0.1%	14.3%	0.6%	8.7%	3.8%	1.8%	0.6%	11.5%	1.7%	1.0%	0.4%	0.3%	11.9%	0.0%	0.8%	0.8%	1.4%	0.3%	
	Ngäbe Buglé	3.4%	20.9%	2.9%	0.4%	0.0%	0.0%	21.9%	2.5%	22.1%	2.3%	8.1%	4.2%	7.9%	4.2%	9.8%	5.7%	5.5%	3.2%	0.7%	15.2%	5.5%	1.0%	2.5%	0.1%	0.1%	

Fuente: Evaluación CAP de Estilos de Vida Saludable de Salud Bucal. Año 2011.

ANEXO Nº 17. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS RAZONES POR LA QUE LOS ESCOLARES DE 10 A 14 AÑOS ASISTIERON AL DENTISTA. PANAMÁ, 2011. n₁=550

CATEGORÍAS VARIABLES		TOTAL		Pregunta 19. ¿Razones por las que asistió al dentista?											
		Nº	%	Limpieza		Calza		Extracción		Examen bucal		Frenos		Otros	
ÁREA	TOTAL	550	100.0%	150	27.3%	43	7.8%	112	20.4%	189	34.4%	4	0.7%	52	9.4%
	Urbana	322	58.5%	90	16.4%	24	4.4%	60	10.9%	121	22.0%	4	0.7%	23	4.2%
	Rural	171	31.1%	52	9.5%	12	2.2%	41	7.5%	50	9.1%	0	0.0%	16	3.0%
	Indígena	57	10.4%	8	1.5%	7	1.3%	11	2.0%	18	3.3%	0	0.0%	13	2.4%
	Coclé	120	21.8%	42	7.6%	13	2.4%	25	4.5%	33	6.0%	0	0.0%	7	1.3%
REGIÓN	Darién	70	12.7%	24	4.4%	5	0.9%	24	4.4%	13	2.4%	0	0.0%	4	0.7%
	Herrera	116	21.1%	31	5.6%	8	1.5%	27	4.9%	43	7.8%	2	0.4%	5	1.0%
	Los Santos	100	18.2%	17	3.1%	6	1.1%	10	1.8%	54	9.8%	1	0.2%	12	2.2%
	Panamá Este	90	16.4%	30	5.5%	5	0.9%	15	2.7%	28	5.1%	1	0.2%	11	2.0%
	Ngábe Buglé	54	9.8%	6	1.1%	6	1.1%	11	2.0%	18	3.3%	0	0.0%	13	2.4%
SEXO	Hombre	255	46.4%	65	11.8%	24	4.4%	60	10.9%	74	13.5%	2	0.4%	30	5.5%
	Mujer	295	53.6%	85	15.5%	19	3.5%	52	9.5%	115	20.9%	2	0.4%	22	4.0%
EDAD	10	205	37.3%	46	8.4%	15	2.7%	57	10.4%	67	12.2%	0	0.0%	20	3.6%
	11	195	35.5%	59	10.7%	14	2.5%	34	6.2%	66	12.0%	2	0.4%	20	3.6%
	12	118	21.5%	40	7.3%	10	1.8%	19	3.5%	41	7.5%	2	0.4%	6	1.1%
	13	24	4.4%	3	0.5%	3	0.5%	1	0.2%	13	2.4%	0	0.0%	4	0.7%
	14	8	1.5%	2	0.4%	1	0.2%	1	0.2%	2	0.4%	0	0.0%	2	0.4%

Fuente: Evaluación CAP de Estilos de Vida Saludable de Salud Bucal. Año 2011.

ANEXO Nº 18. DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS PRÁCTICAS. RAZONES POR LAS QUE NO ASISTIERON AL DENTISTA LOS ESCOLARES DE 10 A 14 AÑOS, SEGÚN VARIABLES. PANAMÁ, 2011. $n_2=162$

CATEGORÍAS		P. 19: Razones por las que No van al dentista													
VARIABLES	TOTAL	No hay dolor		Esta lejos		Falta de tiempo		Familiares no lo llevan		Miedo		No tiene dinero		No sabe	
		No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
ÁREA	TOTAL	162	100%	20	12.3%	2	1.2%	58	35.8%	10	6.2%	1	0.6%	63	37%
Urbana	18	18	11%	0	0%	0	0%	5	3%	3	2%	0	0%	8	5%
Rural	18	18	11%	0	0%	0	0%	9	6%	1	1%	0	0%	7	4%
Indígena	126	126	78%	20	12%	2	1.2%	44	27%	6	4%	1	1%	48	28%
Coclé	13	13	8%	0	0%	0	0%	7	4%	1	1%	0	0%	4	2%
Darién	4	4	2%	0	0%	0	0%	3	2%	0	0%	0	0%	1	0.6%
Herrera	1	1	1%	0	0%	0	0%	1	1%	0	0%	0	0%	0	0%
Los Santos	8	8	5%	0	0%	0	0%	0	0%	2	1%	0	0%	4	3%
Panamá Este	16	16	10%	0	0%	0	0%	5	3%	1	1%	0	0%	10	6%
Ngabe Buglé	120	120	74%	20	12%	2	1.2%	42	26%	6	4%	1	1%	44	27%
Hombre	86	86	53%	6	4%	1	0.6%	30	19%	4	2%	5	3%	41	24%
Mujer	76	76	47%	14	9%	1	0.6%	28	17%	6	4%	0	0%	22	13%
10	33	33	20%	3	2%	1	0.6%	17	10%	2	1%	0	0%	10	6.1%
11	51	51	31%	9	6%	1	0.6%	17	10%	3	2%	0	0%	17	10%
12	44	44	27%	3	2%	0	0.0%	14	9%	2	1%	1	1%	22	14%
13	26	26	16%	4	2%	0	0%	6	4%	3	2%	0	0%	11	7%
14	8	8	5%	1	1%	0	0%	4	2%	0	0%	0	0%	3	1.9%

Fuente: Evaluación CAP de Estilos de Vida Saludable de Salud Bucal. Año 2011.

