

Factores relacionados con las visitas al dentista en una población adolescente

Chiva García, F.; Ballesteros Pérez, A.M.; García Ballesta, C.; Vilaplana Gómez, J.A.

Resumen

Objetivos: 1°. Conocer la frecuencia con que acuden al dentista los adolescentes entre 12-19 años del municipio de Murcia, 2°. Describir los factores relacionados con esa conducta, 3°. Definir el perfil del adolescente que no visita al dentista. **Material y método:** Se ha obtenido una muestra de 4.221 escolares (N=35.380), mediante un muestreo aleatorio, estratificado y por conglomerados (IC=95%, e=1,5, p=0,5). **Resultados:** El 41,4% ha visitado al dentista en el transcurso del último año, mientras que un 16,2% nunca ha ido al dentista. Se han encontrado diferencias significativas a favor de una mayor frecuencia de visitas en las niñas, en los alumnos de centros privados y urbanos y en los primogénitos; asimismo, un nivel socioeconómico y cultural alto de los padres acorta el intervalo entre visitas, mientras que cierto grado de ansiedad dental hace que éste aumente. **Conclusiones:** Tener ansiedad dental, ser niño, no haber recibido charlas sobre salud bucodental, no cepillarse todos los días y un nivel sociocultural bajo de los padres son factores de riesgo que caracterizan a los adolescentes que nunca han visitado a un dentista.

Palabras clave: Visita dental; Salud oral; Adolescentes.

Factors related to the visits to the dentist in an adolescent population

Summary

Objetivos: 1. To know the frequency of dental visits of the adolescents between 12- and 19- years-old of the municipality of Murcia 2. To describe the factors related with that behavior, 3. To define the profile of the adolescent that doesn't visit to dentist. **Methods:** A sample of 4,221 scholars has been obtained (N= 35.380), by means of a two-step random sampling and for conglomerating (CI= 95%, e= 1.5, p= 0.5). **Results:** The 41.4% of adolescents has visited the dentist in the course of the last year, while 16.2% have never gone to the dentist. There were significant differences in the frequency of dental visits in the girls, in the students of private and urban centers and in the first-born children; also, a high cultural and socioeconomic levels of the parents shorten the interval between visits, while dental anxiety increases it. **Conclusions:** To have dental anxiety, be boy, have not received chats on dental health, don't brush every days and a low sociocultural level of the parents are factors of risk in the adolescents that have never visited to a dentist.

Key words: Dental visit; Oral health; Adolescents.

INTRODUCCIÓN

La adopción de medidas preventivas y la adquisición de hábitos favorables son los pilares de la Odontología Preventiva frente a las dos patologías más frecuentes en la población: caries y enfermedad periodontal⁽¹⁾.

Dentro de los hábitos que deben fomentarse entre

la población se encuentra la visita regular al dentista, puesto que constituye la pieza básica de toda acción preventiva: conocer el estado bucodental de las personas. A partir de aquí se pueden aconsejar y enseñar medidas encaminadas a la profilaxis e identificar aquellos factores que están influyendo en la salud bucal para adoptar medidas oportunas.

Por lo tanto, además de otros hábitos más introducidos en la población, como el cepillado dental y el uso de pastas fluoradas, es importante que desde los primeros años de edad el niño visite al dentista (una vez al año por lo menos)^(2,3), de manera que esa conducta se convierta en habitual. Sólo así se puede prevenir, reforzar y corregir hábitos y, en su caso, tratar patologías ya presentes. La preocupación por la salud dental debe inculcarse desde la infancia, tanto a través del entorno familiar y escolar como desde el sanitario (pediatras y dentistas)⁽⁴⁾, el cual comienza por visitar periódicamente al profesional de la salud.

No son frecuentes las visitas al dentista entre los adolescentes; sólo un 40% de los jóvenes españoles entre 11 y 15 años visitan regularmente al dentista (una vez al año)⁽⁵⁾ y esta proporción disminuye con la edad (2,5). Tampoco entre los adultos es una práctica habitual; es frecuente acudir al dentista cuando se presenta dolor y las medidas preventivas son ya ineficaces. Además, el porcentaje de adolescentes que nunca han visitado a un dentista se sitúa en alrededor del 20% en la mayoría de estudios revisados⁽⁵⁻⁹⁾.

El objetivo de este estudio es conocer con qué frecuencia acuden al dentista los adolescentes del municipio de Murcia comprendidos entre los 12 y 19 años y qué factores están relacionados con dicha conducta, así como caracterizar al adolescente escolarizado que nunca ha visitado al dentista.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un muestreo aleatorio por conglomerados (unidad de muestreo: aula), estratificado por curso escolar, tipo de centro y situación, de la población escolar de Murcia y pedanías, cuya edad estaba comprendida entre los 12 y 19 años (N=35.380), obteniéndose una muestra de 4.221 escolares para un nivel de confianza del 95%, una precisión del 1,5% y una proporción previsible de 0,5.

Las variables del estudio fueron el tipo de centro (público, privado o concertado), su situación (urbana, rural), el tipo de estudios (7º y 8º EGB, BUP, COU, 1º ciclo de FP y 2º ciclo de FP), el domicilio del escolar (urbano, rural), el retraso escolar (repetidor de cursos), la edad y el sexo. También se incluyeron el número y orden de hermanos, la convivencia con padres y familiares, la situación laboral de los padres, el nivel de estudios y profesión del padre y de la madre⁽¹⁰⁾ así como ciertos hábitos higiénicos (la frecuencia de ducha y cambio de ropa interior, la frecuencia de cepillado), las

Tabla I. Distribución muestral y poblacional de la última visita dental.

<i>Última visita al dentista</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>% ponderado</i>
Menos de 1 año	1.783	42,3	41,4
Entre 1 y 2 años	9.424	22,3	22,3
Más de 2 años	820	19,4	20,2
Nunca	676	16,0	16,2
Total	4.221	100	100

charlas dentales recibidas y la escala de ansiedad dental de Corah⁽¹¹⁾. Como variable dependiente se analizó el tiempo transcurrido desde la última visita al dentista, con cuatro niveles: hace un año o menos, entre 1 y 2 años, más de dos años y nunca.

La recogida de los datos se efectuó mediante un cuestionario de preguntas cerradas que se cumplimentó en las aulas respectivas de los sujetos del estudio.

Para el análisis estadístico se usaron técnicas univariantes (Chi cuadrado, ANOVA y correlación de Spearman) y multivariantes (regresión logística). Para poder extrapolar la distribución de frecuencias de la última visita al dentista a la población escolar de Murcia se ponderó la muestra por curso escolar, tipo de centro y situación del mismo.

Se llevaron a cabo dos grupos de regresiones logísticas múltiples: el primero considerando un régimen correcto de visitas al dentista si la visita se había efectuado en los 2 últimos años e incorrecto cuando hacía más de dos años o nunca se había acudido a un dentista y el segundo, estableciendo cuatro modelos que comparan a los jóvenes que nunca han visitado al dentista con los que sí han visitado al dentista. La primera regresión (modelo 1) compara los escolares que han acudido al dentista en el transcurso del último año con los que nunca han ido (grupo de referencia), la segunda compara los que lo han hecho hace entre 1 y 2 años con el grupo de referencia y la tercera a los que ya hace más de dos años de su última visita al dentista con el grupo de referencia. La cuarta regresión establece la comparación entre los que han visitado al dentista y los que nunca lo han hecho. Las variables se introdujeron por el método "forward step", transformando previamente en variables 'dummy' aquellas variables nominales no dicotómicas, cuyas categorías de referencia fueron: Profesión del padre y de la madre: "Trabajador no cualificado"; estudios del padre y de la madre: "Sin

Tabla II. Relación entre la frecuencia de visitas dentales y las variables del estudio (I). Prueba de Chi cuadrado.

Variable	Nivel	Visita dental Menos de 1 año	Visita dental Entre 1-2 años	Visita dental Más de 2 años	Visita dental Nunca	Signif.
Tipo centro	Público	1080 (39,7%) (***)-	606 (22,3%)	574 (21,1%) (***)+	480 (16,9%) (*)+	p<0,001
	Privado	703 (46,8%) (***)+	336 (22,4%)	246 (16,4%) (***)+	216 (14,4%) (*)+	
Situación centro	Rural	538 (39,8%) (*)-	317 (23,4%)	242 (17,9%)	255 (18,9%) (***)+	p<0,001
	Urbano	1245 (43,4%) (*)+	625 (21,8%)	578 (20,1%)	421 (14,7%) (***)+	
Tipo estudio	EGB (7º y 8º)	851 (43%)	455 (23,2%)	313 (15,9%) (***)-	346 (17,6%) (***)-	p<0,0001
	BUP	527 (45,6%) (***)+	230 (19,9%) (*)-	251 (21,7%) (*)+	147 (12,7%) (***)-	
	COU	125 (37,7%)	85 (25,6%)	88 (26,5%) (***)+	34 (10,2%) (***)-	
	FP1	99 (30,6%) (***)-	68 (21,0%)	74 (22,8%)	83 (25,6%) (***)+	
	FP2	181 (40,7%)	104 (23,4%)	94 (21,1%)	66 (14,8%)	
Retraso escolar	Sin	1230 (44,4%) (***)	604 (21,8%)	523 (18,9%)	412 (14,9%) (***)+	p<0,001
	Con	553 (38,1%) (***)	338 (23,3%)	297 (20,5%)	264 (18,2%) (***)+	
Sexo	Hombre	706 (35,1%) (***)+	448 (22,3%)	439 (21,8%) (***)+	420 (20,9%) (***)+	p<0,0001
	Mujer	1077 (48,8%) (***)-	494 (22,4%)	381 (17,3%) (***)-	256 (11,6%) (***)+	
Domicilio	Pedanía	668 (40,1%) (*)-	386 (23,2%)	303 (18,2%)	309 (18,5%) (***)+	p=0,002
	Urbano	1034 (43,4%) (*)+	516 (21,6%)	485 (20,3%)	349 (14,6%) (***)-	
Tipo hermano	Único	67 (48,6%)	24 (17,4%)	32 (23,2%)	15 (10,9%)	p=0,004
	Mayor	617 (44,6%) (*)+	330 (23,9%)	236 (17,1%) (***)-	199 (14,4%) (*)-	
	Intermed.	636 (42,2%)	317 (21,0%)	298 (19,8%)	255 (16,9%)	
	Menor	463 (38,8%) (***)-	271 (22,7%)	254 (21,3%)	206 (17,3%)	

*p<0,5; **p<0,1; ***p<0,01

estudios”; convivencia familiar: “Con ambos padres”; tipo de hermano: “Hermano mayor”; tipo de estudios: “EGB”; situación laboral de los padres: “Los dos trabajan”; cepillado: “No todos los días”.

RESULTADOS

El 41,4% de la población escolar del municipio de Murcia ha visitado al dentista hace menos de un año, el 22,3% lo ha hecho entre uno y dos años y un 20,2% hace ya más de dos años de la visita a un dentista, mientras que 16,2% no lo ha hecho nunca (Tabla I).

Al relacionar el intervalo de la última visita al dentista con el resto de variables del estudio se observa que el porcentaje de escolares de colegios privados o concertados que han acudido al dentista en el último año (46,8%) es superior significativamente al de centros públicos (39,7%), mientras que la proporción de aquellos que nunca han visitado a un dentista es mayor en centros públicos (16,9%) que en privados (14,4%) (p<0,0001) y en los centros situados en las pedanías (18,9%) con respecto a los de la capital (14,7%) (p<0,001). Los escolares que han acudido a visitar al dentista en los últimos 12 meses pertenecientes a centros de la capital (43,4%) son mayor porcentaje que los de centros situados en las pedanías (39,8%) (p=0,0009),

obteniéndose resultados similares con respecto al domicilio donde viven los jóvenes (p=0,002) (Tabla II).

También existen diferencias estadísticamente significativas (p<0,0001) según el tipo de estudios en los porcentajes de jóvenes que han visitado a un dentista durante los últimos doce meses, correspondiendo la mayor proporción a los alumnos de BUP (45,6%) y el menor a FP1 (1º ciclo de FP)(30,6%); con respecto a los que nunca han ido a un dentista, los porcentajes más elevados corresponden a los alumnos de FP1 (25,6%) y EGB (17,6%) y los menores a BUP (12,7%) y COU (10,2%) (Tabla II). Los escolares que no han perdido curso presentan significativamente un mayor porcentaje de visitas en el año (44,4%) y un menor porcentaje de “nunca haber acudido al dentista” (14,9%) que los que han perdido algún curso en el transcurso de sus estudios (38,1% y 18,2% respectivamente) (p=0,0005).

Desde el punto de vista estadístico, las niñas han visitado al dentista en el último año en una proporción muy superior a la de los niños (48,8 vs 35,1%), mientras que éstos (20,9%) superan a las niñas en la proporción de no haber visitado nunca a un dentista (11,6%) (p<0,0001) (Tabla II). No hay diferencias en el comportamiento de los jóvenes que viven con sus

Tabla III. Relación entre la frecuencia de visitas dentales y las variables del estudio (II). ANOVA.

		<i>Edad</i>	<i>Signif.</i>	<i>Nº hermanos</i>	<i>Signif.</i>	<i>Ansiedad dental</i>	<i>Signif.</i>
Visita	Menos de 1 año	14,83 (DE 2,37)	p<0,001	3,03 (DE 1,27)	p=0,0001	8,46 (DE 3,09)	p<0,0001
Dental	Entre 1-2 años	14,94 (DE 2,27)		3,14 (DE 1,32)		9,48 (DE 3,22)	
	Más de 2 años	15,35 (DE 2,38)		3,22 (DE 1,41)		9,79 (DE 3,10)	
	Nunca	14,72 (DE 2,16)		3,27 (DE 1,30)		10,39 (DE 3,27)	

padres o viven con sólo uno de ellos, ni entre los que viven con familiares ni entre los que han perdido a alguno de sus padres o ambos ($p>0,05$). Los hermanos que ocupan el último lugar por edad presentan un porcentaje inferior (38,8%) en haber visitado al dentista dentro del último año que los primogénitos (44,6%), cuyo porcentaje de no haber ido nunca es menor que el resto ($p=0,0037$). Asimismo existe una relación directa entre el número de hermanos y el intervalo entre visitas al dentista ($p<0,0001$), de manera que la media de hermanos de los que nunca han ido ($x=3,27$; DE 1,30) o lo han hecho hace más de dos años ($x=3,22$; DE 1,41) es mayor que la de los que lo han hecho en el último año ($x=3,03$; DE 1,27) ($p=0,0001$) (Tabla III).

La edad media de los jóvenes que hace más de dos años que fueron al dentista es superior ($x=15,35$; DE 2,38) al resto: los que lo han hecho en el último año ($x=14,83$; DE 2,37), los que hace entre uno y dos años ($x=14,94$; DE 2,27) y los que nunca lo han hecho ($x=14,72$; DE 2,16) ($p<0,0001$) (Tabla III).

Los adolescentes cuyos padres trabajan ambos fuera de casa presentan una mayor proporción en visitas recientes al dentista (46,9%) que cuando sólo trabaja el padre (39,2%) ($p=0,0002$), siendo también en esta circunstancia cuando el porcentaje de escolares que nunca ha ido a un dentista es ligeramente superior (Tabla IV).

También la profesión de los padres produce diferencias entre los escolares, correspondiendo en el caso de los padres los porcentajes significativamente más altos de visita al dentista en el último año a los profesionales científicos e intelectuales (55,3%) y los más bajos a los grupos de artesanos (37,2%), agricultores (24,3%), operarios (31,6%) y personal no cualificado (29,7%) ($p<0,0001$). En el caso de las madres los más elevados corresponden a los profesionales científicos e intelectuales y profesionales de nivel medio y los más

bajos a las amas de casa y trabajadoras no cualificadas ($p<0,0001$).

Al considerar el nivel de estudios del padre aparecen también diferencias en haber visitado al dentista en el último año cuando el padre no tiene estudios (25,9%) o sólo estudios primarios (37,8%) frente a los que han cursado estudios superiores (52,1%). Si tenemos en cuenta el no haber ido nunca al dentista los porcentajes se invierten, siendo superiores en aquellos cuyo padre no tiene estudios (27,8%) o son primarios (18,7%) frente a los de estudios superiores (9,3%) ($p<0,0001$). Al analizar los estudios de la madre se ha observado una tendencia similar: mayores porcentajes de visitas recientes al dentista cuando se tienen estudios medios (45,8%) o superiores (56,6%) que cuando son primarios (39%) o no se tienen (25,6%) ($p<0,0001$) (Tabla IV).

En los jóvenes que han visitado recientemente al dentista, el porcentaje de los que han recibido charlas sobre salud dental (49,5%) es significativamente superior ($p<0,0001$) a los que no las han recibido (40,1%) (Tabla IV). La ansiedad dental es menor también para los que han visitado al dentista en el transcurso del último año ($x=8,46$; DE 3,09) que la de los que hace más de dos años ($x=9,79$; DE 3,10) y la de los que nunca han sido vistos por un profesional dental ($x=10,39$; DE 3,27) ($p<0,0001$) (Tabla III).

Se observa un mayor porcentaje de visitas recientes al dentista entre los escolares que se cepillan más de una vez al día (Tabla IV) y existe, asimismo, una relación directa entre la visita frecuente al dentista y otros hábitos de salud, como ducharse ($R=0,06$; $p<0,001$) y cambiarse de ropa interior ($R=0,09$; $p<0,001$).

El modelo logístico obtenido sobre la frecuencia o intervalo correcto entre visitas al dentista incluye el tipo de centro ($p=0,0016$), el sexo ($p<0,0001$), la edad ($p=0,0006$), la ansiedad dental ($p<0,0001$), el tipo de hermano ($p=0,0135$), la profesión del padre

Tabla IV. Relación entre la frecuencia de visitas dentales y las variables del estudio (III). Prueba de Chi cuadrado.

Variable	Nivel	Visita dental Menos de 1 año	Visita dental Entre 1-2 años	Visita dental Más de 2 años	Visita dental Nunca	Signif.
Situación laboral	Ambos	752 (46,9 %)(***)+	328 (20,4 %)(*)-	285 (17,8 %)(*)-	240 (15,0 %)	p<0,001
	Sólo padre	834 (39,8%)(***)-	496 (23,3%)	432 (20,3%)	368 (17,3%) (*)+	
	Sólo madre	99 (39,8 %)	71 (28,5 %)(*)+	46 (18,5 %)	33 (13,3 %)	
	Ninguno	98 (41,4 %)	47 (19,8 %)	57 (24,1 %)	35 (14,8 %)	
Profesión padre	9 niveles					p<0,0001
Profesión madre	9 niveles					p<0,0001
Estudios padre	Sin estudios	41 (25,9%)(***)-	42 (26,6%)	31 (19,6)	44 (27,8%)(***)+	p<0,0001
	Primarios	469 (37,8%)(***)-	485 (23,9%)(*)+	398 (19,6%)	381 (18,9%)(***)+	
	Medios	369 (43,3%)	185 (21,7%)	168 (19,7%)	131 (18,9%)(***)+	
	Superiores	536 (52,1%)(***)+	199 (19,4%)(**)-	197 (19,2%)	96 (9,3%)(***)-	
Estudios madre	Sin estudios	71 (25,6%)(***)-	80 (28,9%)(**)+	57 (20,6)	69 (24,9%)(***)+	P<0,0001
	Primarios	983 (39,0%)(***)-	583 (23,1%)	509 (20,2%)	447 (17,7%)(***)+	
	Medios	292 (45,8%)(*)+	135 (21,2%)	126 (19,8%)	84 (13,2%) (***)-	
	Superiores	405 (56,6%)(***)+	132 (18,4%)(**)-	116 (16,2%)(*)-	63 (8,8%)(***)-	
Charlas dentales	Sí	478 (49,5%)(***)+	208 (21,6%)	141 (14,6%)(***)-	138 (14,3%)	P<0,0001
	No	1305 (40,1%)(***)-	734 (22,5%)	679 (20,9%)(***)+	538 (16,5%)	
Frec. cepillado	> 1 vez/día	933 (51,8%)(***)+	365 (20,3%)(**)-	303 (16,8%)(***)-	201 (11,2%)(***)-	P<0,0001
	1 vez día	367 (41,6%)	220 (24,9%)(*)+	177 (20,0%)	119 (13,5%)(*)-	
	< 1 vez/día	483 (31,4%)(***)-	357 (23,2%)	340 (22,1%)(***)+	356 (23,2%)(***)+	

*p<0,5; **p<0,1; ***p<0,01

(p=0,0301), los estudios de la madre (p=0,0018) y la frecuencia de cepillado dental (p<0,0001). La probabilidad de visitar al dentista en un intervalo correcto es del doble en las niñas que en los niños (OR: 1,93; [1,78-2,08]), hasta casi vez y media más en los escolares de centros privados (OR: 1,30; [1,20-1,41]) y disminuye ligeramente conforme aumenta la ansiedad (OR: 0,87; [0,86-0,88]) y la edad (OR: 0,94; [0,92-0,96]), siendo vez y media mayor en el caso de ser el hermano mayor respecto a ser hermano intermedio o menor (OR: 0,79; [0,72-0,86]). Cuanto mayor es el nivel de estudios de la madre mayor es la probabilidad de visitar correctamente al dentista, llegando a ser más del doble entre niveles superiores y sin estudios (OR: 2,17; [1,80-2,62]) al igual que en aquellos escolares con padre profesional científico, empresario, empleado de oficina, operario o militar con respecto a aquellos con padres trabajadores no cualificados. Los que se cepillan todos los días tienen probabilidades casi dobles de visitar al dentista en un intervalo correcto (Tabla V).

En las regresiones logísticas realizadas para caracterizar al adolescente que nunca ha ido al dentista aparecen como variables predictoras en todos los modelos la ansiedad dental, el sexo y los estudios del padre. En el modelo 1 se incluyen además los estudios de la

madre, la frecuencia de cepillado, el tipo de centro y el tipo de estudios (FP1 vs EGB); en el segundo, sólo la frecuencia de cepillado y en el tercero, el tipo de estudios y el domicilio escolar, mientras que en el cuarto se incorporan la frecuencia de cepillado, las charlas dentales recibidas y la profesión paterna (Tabla VI).

DISCUSIÓN

La mayoría de escolares (63,7%) hace dos años como máximo que visitó a un profesional dental, pero sigue existiendo un porcentaje elevado de jóvenes que nunca han ido al dentista. Es importante reducir estas cifras, 16,2% en nuestro estudio, similares a las de los escolares madrileños⁽¹²⁾ y algo inferiores a las de otros estudios españoles, cuyas cifras oscilan alrededor del 20%⁽⁵⁻⁹⁾.

La visita dental está asociada directamente con el nivel profesional y cultural tanto del padre como de la madre. Cuanto mayor es dicho nivel, mayor es la frecuencia de visitas al dentista, coincidiendo nuestros resultados con la mayoría de trabajos publicados^(1,5,6,13-15). El hecho de que ambos padres trabajen fuera de casa supone unos intervalos de visita al dentista más cortos y, aunque Honkala⁽¹⁶⁾ refiere la inexistencia de diferencias por el nivel socioeconómico, probablemente el nivel socioeconómico familiar sea el fac-

Tabla V. Variables significativas del modelo de regresión logística de la visita dental "correcta".

<i>Variables</i>	<i>Coefficiente B</i>	<i>Significación</i>	<i>Odds</i>	<i>Ratio (IC 95%)</i>
Tipo de centro	0,2615	0,0016	1,30	(1,20-1,41)
Edad	-0,0601	0,0006	0,94	(0,92-0,96)
Sexo	0,6551	0,0000	1,93	(1,78-2,08)
Hermano (interm)	-0,2382	0,0076	0,79	(0,72-0,86)
Hermano (menor)	-0,2497	0,0074	0,78	(0,71-0,86)
Profesión padre (empresarios)	0,5679	0,0056	1,76	(1,44-2,17)
Profesión padre (cientif/intel)	0,5679	0,0078	1,76	(1,43-2,18)
Profesión padre (oficinistas)	0,5716	0,0068	1,77	(1,43-2,19)
Profesión padre (operarios)	0,4723	0,0241	1,60	(1,30-1,98)
Profesión padre (fzas armadas)	0,9080	0,0101	2,48	(1,74-3,53)
Estudios madre (primarios)	0,3765	0,0163	1,46	(1,25-1,70)
Estudios madre (medios)	0,3443	0,0600	1,41	(1,17-1,69)
Estudios madre (superiores)	0,7067	0,0002	2,03	(1,67-2,46)
Ansiedad dental	-0,1375	0,0000	0,87	(0,86-0,88)
Cepillado (>1 vez/día)	0,4903	0,0000	1,63	(1,50-1,78)
Cepillado (1 vez/día)	0,4309	0,0000	1,54	(1,39-1,70)
Constante	0,4913			

IC= Intervalo de confianza; visita dental: 0 Incorrecta, 1 correcta.

Categoría de referencia de variables 'dummy'= Tipo hermano (mayor); cepillado (no todos los días).

Profesión padre (Trabajador no cualificado); estudios madre (Sin estudios).

tor de mayor relevancia. Llama la atención la existencia de diferencias en la frecuentación del dentista cuando sólo uno de los padres trabaja: visitan más al dentista cuando trabaja sólo la madre que cuando lo hace sólo el padre. Quizás juegue cierto papel la mayor preocupación de las mujeres por la salud o la existencia de diferencias profesionales, educativas o culturales o, tal vez, el cambio de roles en la unidad familiar; se requerirían estudios más concretos que se salen de nuestros objetivos.

Los alumnos con retraso escolar acuden al dentista con menos frecuencia y son más numerosos en el hecho de no haber ido nunca a una consulta dental. Una mala actitud hacia el estudio, unida a un escaso interés por el mismo, puede estar asociada fácilmente con actitudes negativas hacia comportamientos saludables dentales, aunque también parece guardar estrecha relación con el nivel socioprofesional de los padres⁽⁵⁾.

Nuestros datos indican que las niñas visitan con más frecuencia al dentista, en línea con la mayor preocupación de las mujeres por la salud dental que los hombres. A favor está el hecho de que un mayor porcentaje de escolares varones no han visitado al dentista nunca o lo han hecho hace más de dos años, lo cual coincide con el estudio de las conductas de los esco-

lares españoles relacionadas con la salud (ECERS)⁽⁵⁾ y la literatura publicada^(1,5,9,17-19).

El mayor nivel adquisitivo de los padres que acuden a los centros privados sería la causa más probable de la mayor frecuentación de la consulta dental por parte de los escolares de centros privados, dado que la asistencia dental no está recogida en las prestaciones de la Seguridad Social y supone un gasto que las familias con mayor nivel económico pueden más fácilmente llevar a cabo. El factor socioeconómico también está involucrado en el hecho de que espacien más sus visitas o nunca las hayan hecho tanto los alumnos que viven o van a centros situados en las pedanías^(5,20). Llama la atención el que sea el hermano mayor (también los hijos únicos) el más beneficiado en frecuentar las visitas al dentista en detrimento del hermano pequeño, tal vez porque se produce una mayor atención y preocupación hacia el primer hijo, subyaciendo en el fondo y con el tiempo la faceta económica y el natural envejecimiento de los padres con respecto al hermano más pequeño.

Los escolares de FP1 presentan el mayor porcentaje de los que no han ido al dentista nunca y el menor de los que lo han hecho recientemente. Sin embargo los de BUP, con edades similares, muestran un com-

Tabla VI. Resultados de los análisis de regresión logística. Factores de riesgo del adolescente que nunca ha ido al dentista.

Variable independiente	< 1 año vs nunca		<1-2 años vs nunca		> 2 años vs nunca		Alguna vez vs Nunca	
	p	OR	p	OR	p	OR	p	OR
Ansiedad dental	<0,0001	1,23	<0,0001	1,13	<0,0001	1,08	<0,0001	1,15
Sexo	<0,0001	0,36	<0,0001	0,51	<0,0001	0,63	<0,0001	0,65
Est. padre (Pri)							0,056	0,65
Est. padre (Med)					0,044	0,53	0,032	0,57
Est. padre (Sup)	0,007	0,37	0,008	0,45	0,004	0,39	0,002	0,42
Frec. Cep. (> 1 vez/día)	<0,0001	0,50	0,028	0,75			0,0001	0,64
Frec. Cep. (1 vez/día)	<0,0001	0,54	0,003	0,64			0,0003	0,63
Charlas Dent.	0,0001	1,71					0,045	1,26
Est. (BUP)					0,0002	0,59		
Est. (COU)					0,0002	0,41		
Est. (FP1)	0,024	1,59						
Est. (FP2)					0,0096	0,59		
Est. madre (Pri)	0,024	0,54						
Est. madre (Med)	0,031	0,51						
Est. madre (Sup)	0,0004	0,77						
Tipo centro	0,039	0,77						
Domicilio escolar					0,044	0,78		
Profes. padre							<0,0000	
	Modelo 1		Modelo 2		Modelo 3		Modelo 4	

OR= Odds ratio; p= nivel de significación (0,05); visita dental: 0 visita, 1 nunca.

Variabes de referencia (dummies): Estudios padre y madre (sin estudios).

Tipo de estudios (EGB); frecuencia cepillado (no todos los días).

portamiento inverso, que parece indicar de nuevo la influencia del nivel cultural de los padres. El estar inmersos en plena adolescencia, unido al cambio de estudios, de centro escolar, de profesorado y de grupo de amistades (más frecuente en el caso de FP), puede originar el abandono de hábitos saludables o la adquisición de hábitos y conductas nocivas para la salud debido a la necesidad de estos jóvenes de experimentar más allá de lo ordinario⁽²¹⁾. Se da igualmente la paradoja en EGB al poseer un alto porcentaje en no haber ido al dentista y también en visitas recientes, lo cual coincide con el estudio de Mendoza y cols.⁽⁵⁾ en escolares entre 11 y 15 años. La literatura revisada habla de la época preadolescente como de una etapa muy receptiva e ideal para la formación de hábitos y para su refuerzo^(22,23), en la que existen mejores actitudes hacia la salud bucodental⁽²⁴⁾ así como un estado de salud dental mejor que en la época adolescente⁽²⁵⁾. Es muy probable, en este caso, la influencia de los padres más que el interés de los niños por acudir a las citas con el profesional de la salud dental. Los artículos revisados coinciden en que la frecuencia de visitas va disminuyendo con la edad, corroborando nuestros resul-

tados^(1,8,18). Sin embargo, pese a tener mejores actitudes en la prevención de los problemas dentales y la preocupación por la salud dental, un alto porcentaje no ha visitado nunca a un dentista. La despreocupación de los padres por la salud dental de sus hijos podría ser la causa, encabezada por esa costumbre "mal" arraigada de acudir al dentista cuando surge el problema en la boca, pero nunca antes. Por supuesto, el miedo adquirido a través de las experiencias indirectas de familiares y amigos también es un factor a tener en cuenta, como sugieren la mayoría de autores⁽²⁶⁻³³⁾. Es frecuente que se dé como excusa la pereza para acudir a un profesional dental como consecuencia de encontrarse a gusto con su boca, pues ni le molesta ni le duele. Así pues, parece que en lo referente a las visitas dentales tiene una importancia decisiva el nivel cultural y socioeconómico de los padres y el círculo social en el que se desenvuelve el escolar (familia, vecinos, amigos, profesores,...)^(1,6,13-15,34), que pueden alterar la escala de valores del escolar que se encuentra en edades críticas para la adopción o rechazo de conductas saludables. Esto valdría para intentar explicar el porqué los escolares de EGB, con edades

de entre 12-14 años, todavía en la órbita familiar, no frecuentan las consultas dentales.

Una de las principales causas por la que las personas no visitan al dentista es, como se ha comentado antes, la ansiedad dental^(30,33,35-41). Nuestros resultados están en concordancia con ello, ya que el porcentaje de escolares ansiosos que nunca han ido al dentista es mayor que el de los que no presentan ansiedad. De igual manera, los adolescentes ansiosos visitan con menos frecuencia al profesional dental y espacian sus visitas lo máximo que pueden por el temor que les causa^(37,38,40).

Parece existir relación entre las charlas recientes sobre temática dental y las visitas recientes al dentista; sin embargo a nivel de aquellos que nunca han ido al dentista no parece ejercer ninguna influencia. La importancia de la motivación y del refuerzo de las conductas de salud respaldan estos resultados, pues no basta sólo con informar a los adolescentes^(4,34,42).

Lógicamente existe una excelente relación entre el cepillado dental y las visitas al dentista, como comportamientos básicos de salud que son, siendo los que nunca han visitado a un dentista los que presentan niveles más bajos de cepillado. Esta asociación coincide plenamente con el ECERS⁽⁵⁾ y con la literatura revisada^(18,42,43), del mismo modo que lo hace la práctica de otros hábitos higiénicos corporales, como la ducha y el cambio de ropa interior diaria, lo cual viene a confirmar que los comportamientos de salud se aprenden de una manera global y no de un modo específico^(5,21).

CONCLUSIONES

1. Es necesario reducir el número de escolares entre 12 y 19 años, que todavía no ha visitado a un dentista.
2. Los escolares que presentan más probabilidades de visitar con frecuencia al dentista son niñas, entre 12 y 14 años, que van a centros privados o concertados, que no presentan ansiedad dental, que son primogénitas, que se cepillan todos los días y cuyos padres no poseen un nivel sociocultural bajo.
3. El perfil del escolar (que nunca ha visitado a un dentista), sobre el que deberían centrarse los esfuerzos de un programa de salud bucodental, sería: ser niño, tener ansiedad dental, no cepillarse todos los días, no haber recibido charlas sobre salud dental y con un padre con un nivel profesional bajo y sin estudios.

BIBLIOGRAFÍA

1. CRAFT M, CROUCHER R. Factors that influence dental visiting amongst young adults 16-20 years old. *Community Dent Oral Epidemiol* 1980; 8: 347-50.
2. HOLT RD, WINTER GB, FOX B, ASKEW R. Effects of dental health education for mothers with young children in London. *Community Dent Oral Epidemiol* 1985; 13: 148-51.
3. WEINTRAUB JA. Maternal and child oral health issues: research. *J Public Health Dent* 1990; 50 (6 si): 447-55.
4. FERNÁNDEZ PARRA A, GIL ROALES-NIETO Odontología conductual. Colección Salud 2000. Barcelona: Ediciones Martínez Roca, 1994.
5. MENDOZA BERJANO R, SAGRERA PÉREZ MR, BATISTA FOGUET JM. Conductas de los escolares españoles relacionadas con la salud (1986-1990). Colección Politeya: Estudios de economía y sociedad. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas, 1994.
6. DOMÍNGUEZ V, ASTASIO P, ORTEGA P, CALLE ME, ACEDO MV, PÉREZ LA. Atención odontológica en niños de 6 a 15 años. *Av Odontostomatol* 1990; 6: 549-58.
7. BUENO FJ, GAVIDIA V, GÓMEZ J, SALAZAR A, SIERES J, VALDERRAMA JC. Hábitos de salud en la juventud de Valencia. Valencia: Ayuntamiento de Valencia. Concejalía de Salud y Consumo. 1995.
8. ORDOÑANA MARTÍN JR, GUTIÉRREZ GARCÍA JJ. Conductas relacionadas con la salud en escolares de la Región de Murcia. Murcia: Consejería de Sanidad y Asuntos sociales. Dirección General de Salud y Consumo. 1995.
9. ORTUÑO V, COMENDADOR R, GILI A, TUELLS J, JIMÉNEZ MD. Diagnóstico de salud escolar en el área de l'Alacantí. Alicante: Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat i Consum. 1994.
10. OFICINA INTERNACIONAL DEL TRABAJO. CIUO-88 Clasificación internacional uniforme de ocupaciones. Ginebra: Oficina Internacional del Trabajo. 1991.
11. CORAH NL. Development of a dental anxiety scale. *J Dent Res* 1969; 48: 596.
12. GARCÍA-CAMBA JM, OÑORBE M. La salud bucodental de la población infantil en la Comunidad de Madrid. Documentos técnicos de salud pública nº 3. Madrid: Consejería de Sanidad. Dirección General de Prevención y Promoción de la Salud. 1992.
13. O'SHEA RM, GRAY SB. Dental patient attitudes and behavior concerning prevention. *Public Health Rep* 1968; 83: 405-10.
14. LINN EL. Teenagers' attitudes, knowledge and behaviours related to oral health. *J Am Dent Assoc* 1976; 92: 946-51.
15. KEOGH T, LINDEN GJ. Knowledge, attitudes and behavior in relation to dental health of adults in Belfast, North Ireland. *Community Dent Oral Epidemiol* 1991; 19(5): 246-8.
16. HONKALA E, RAJALA M, RIMPELA M. Oral hygiene habits among adolescents in Finland. *Community Dent Oral Epidemiol* 1981; 9: 61-8.
17. CHEN MS, RUBINSON L. Preventive dental behavior in families: a national survey. *J Am Dent Assoc* 1982; 105(1): 43-6.
18. STEVENS AM, MAES L, PEETERS R. L'hygiène dentaire chez les jeunes de 10 à 18 ans en Flandre. *Rev Belg Med Dent* 1992; 47 (2): 51-6.

19. LLODRA JC, BOLÍVAR C, RAYA M, PARRA MJ, IGLESIAS MJ, ESPINEL D, MUÑOZ JR, GARCÍA MJ. Encuesta de salud bucodental sobre hábitos, comportamiento y actitud en alumnos de COU. Arch Odontoestomatol Prev Comunitaria 1992; 4: 79-85.
20. CHEN M. A sociodemographic analysis of preventive dental behavior among white american families. Health Educ Q 1986; 13: 105-15.
21. YOUNG I, WOLLIANS T. The healthy school. Edinburg: Scottish Health Education Group, 1989.
22. PENDER NJ. Health promotion in nursing practice. Norwalk,CT: Appleton & Lange, 1987.
23. GRAHAM MV, UPHOLD CR. Health perceptions and behaviors of school-age boys and girls. J Community Health Nurs 1992; 9 (2): 77-86.
24. CHIVA GARCIA F, BALLESTEROS PÉREZ AM, PÉREZ LAJARÍN L, ORTEGA RUIZ P. Actitudes de los escolares murcianos hacia la Salud Dental. Rev Eur Odontoestomatol (en prensa).
25. COHEN RY, BROWNELL KD, FELIX MRJ. Age and sex differences in health habits and beliefs of schoolchildren. Health Psychol 1990; 9 (2): 208-24.
26. KLEINKNECHT RA, KLEPAC RK, ALEXANDER LD. Origins and characteristics of fear of dentistry. J Am Dent Assoc 1973; 86: 842-8.
27. RODRÍGUEZ BACIERO G, MARTÍNEZ GARCÍA MA, CABALLERO GARCÍA J, BARRANQUERO AROLA M. Patrones de comportamiento en el consultorio dental. Rev Eur Odontoestomatol 1991; 3 (2): 131-4.
28. WEINSTEIN P, SHIMONO T, DOMOTO P, WOHLERS K, MATSUMURA S, OHMURA M, UCHIDA H, OMACHI K. Dental fear in Japan: Okayama prefectura school study of adolescents and adults. Anesth Prog 1992; 39: 215-20.
29. BERGIUS M, BERGGREN U, BOGDANOV O, HAKEBERG M. Dental anxiety among adolescents in St Petersburg, Russia. Eur J Oral Sci 1997; 105 (2): 117-22.
30. COHEN LA, SNYDER TL, LABELLE AD. Correlates of dental anxiety in a university population. J Public Health Dent 1982; 42: 228-35.
31. HALL N, EDMONSON HD. The aetiology and psychology of dental fear. Br Dent J 1983; 154: 247-52.
32. SCOTT DS, HIRSCHMANN R, SCHROEDER K. Historical antecedents of dental anxiety. J Am Dent Assoc 1984; 108: 42-5.
33. BERGGREN U, MEYNERT G. Dental fear and avoidance: causes, symptoms and consequences. J Am Dent Assoc 1984; 109: 247-51.
34. MODOLO MA. Educación sanitaria, comportamiento y participación. En: Il pensiero scientifico. Estratto de Educazione sanitaria nella scuola. Atti del XIX corso estivo di Educazione Sanitaria. Perugia: 1-10 settembre, 1979: 14-33.
35. KENT G. Cognitive processes in dental anxiety. Br J Clin Psychol 1985; 24: 259-64.
36. SCHUURS AHB, DUIVENVOORDEN HJ, VAN VELZEN SKT, VERHAGE F. Dental anxiety, the parental family and regularity of dental attendance. Community Dent Oral Epidemiol 1984; 12: 89-95.
37. CORAH NL, O'SHEA RM, AYER WA. Dentist's management of patient's fear and anxiety. J Am Dent Assoc 1985; 110: 734-6.
38. MILGROM P, FISET L, MELNICK S, WEINSTEIN P. The prevalence and practice management consequences of dental fear in a major US city. J Am Dent Assoc 1988; 116 (6): 641-50.
39. FRAZER M, HAMPSON S. Some personality factors related to dental anxiety and fear of pain. Br Dent J 1988; 165 (12): 436-9.
40. GATCHELL RJ. The prevalence of dental fear and avoidance expanded adult and recent adolescent survey. J Am Dent Assoc 1989; 118 (5): 591-4.
41. MELLOR AC. Dental anxiety and attendance in the north-west of England. J Dent 1992; 20: 207-10.
42. McCAUL KD, GLASGOW RE, O'NEILL HK. The problem of creating habits: establishing health-protective dental behaviors. Health Psychol 1992; 11: 101-10.
43. HAMILTON ME, COULBY WM. Oral health knowledge and habits of senior elementary school students. J Public Health Dent 1991; 51(4): 212-9.

Chiva García, F.: Profesor Asociado de Patología y Terapéutica Dental. Facultad de Odontología. Universidad de Murcia.
Ballesteros Pérez, A.M.: Técnico de Salud. Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria. Gerencia de Atención Primaria. Cartagena (Murcia). *García Ballesta, C.*: Profesor Titular de Odontopediatría. Facultad de Odontología. Universidad de Murcia. *Vilaplana Gómez, J.A.*: Profesor Asociado de Cirugía Oral. Facultad de Odontología. Universidad de Murcia.

Correspondencia: Fernando Chiva García C/ Gómez Cortina 13 3ªA - 30005 Murcia.

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN A INTERNET
(SÓLO PARA ODONTÓLOGOS COLEGIADOS RESIDENTES EN ESPAÑA)

Para disponer de esta conexión a Internet totalmente gratuita, rellene correctamente todos los datos de este boletín y envíenoslo. Le haremos entrega personalmente del Kit de conexión con un manual de utilización y con la documentación de su acceso.

Le agradecemos la confianza depositada en Infomed-Dental y SmithKline Beecham.

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN A INTERNET

Nombre.....1^{er} Apellido.....
2^o Apellido.....Especialidad.....
Colegiado N^oColegio de.....
Miembro de la/s Sociedad/es.....
.....

Dirección Profesional C/.....
Población (Provincia).....Código Postal.....
Telf.....Fax.....

Dirección Particular C/.....
Población (Provincia).....Código Postal.....
Telf.....

Tipos de Ordenador Válidos: 486 a 66v - PENTIUM - MACINTOSH (S.O. 7.0 o superior)

• ¿Está usted conectado actualmente a Internet?

Sí NO ¿Con qué servidor?

• ¿Tiene acceso a ordenador con CD-ROM?

En la consulta En el domicilio particular No tengo

• ¿Usa algún programa informático para la gestión de su consulta?

Sí NO ¿Cuáles?

• ¿Usa algún sistema de captación de imágenes?

Sí NO ¿Cuáles?

• ¿Usa algún programa informático para el análisis cefalométrico?

Sí NO ¿Cuáles?

Desea recibir información sobre:

- Programa informático de gestión
- Sistema de captación de Rayos X e imágenes
- Programa de análisis cefalométrico

Enviar a: INFOMED. Departamento de Internet. C/ Tuset, 25-32, 2^o, 2^a. 08006 BARCELONA

