
CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS EN SALUD BUCAL, MEDIOS DE COMUNICACIÓN Y MERCADEO SOCIAL EN ESCOLARES DE 7 A 12 AÑOS DE UNA INSTITUCIÓN DE MEDELLÍN*

ANDRÉS ALONSO AGUDELO S. **, LIBIA ISABEL MARTÍNEZ R. ***

RESUMEN. *Una de las poblaciones más afectadas por los problemas de salud bucal es la infantil, por lo tanto se realizó la presente investigación, enfocada en los conocimientos, actitudes, prácticas y algunas expectativas frente a la salud bucal, medios de comunicación, y mercadeo social en los niños de 7 a 12 años de la escuela Rafael Uribe Uribe de la ciudad de Medellín. Para ello se diseñó un formato de entrevista estructurada con 31 preguntas que indagaron acerca del tema, y luego se hizo un análisis por categorías establecidas entre los objetivos de la investigación. Los resultados muestran como los escolares tienen algunos conocimientos con relación al papel del odontólogo como un ser integral en la promoción de la salud bucal, la prevención y la rehabilitación; algunos saberes previos y asociaciones con la caries dental, una percepción muy positiva ante la consulta odontológica y buena autoestima ante sus dientes. En cuanto a sus prácticas; los escolares han recibido instrucción en salud bucal tanto por el personal odontológico como de su familia y utilizan los elementos básicos para su higiene. También reconocen elementos informativos y comunicativos en el consultorio odontológico y en menor medida en la institución educativa; resaltan como importante para impartir mensajes en salud bucal a través de la charla con el odontólogo y manifiestan ciertos gustos y preferencias con medios de comunicación y publicidad en la radio, la televisión y otros. Esta información permitió el diseño de estrategias para campañas de promoción de la salud bucal, donde se tuvieron en cuenta otras disciplinas como la comunicación, la psicología y el mercadeo social como alternativas para contribuir al posicionamiento de la salud bucal en la población estudiada. Así, se constituye un marco de referencia para futuros proyectos de intervención en poblaciones específicas que involucren alto componente educativo y comunicativo.*

Palabras clave: conocimientos, actitudes, prácticas, expectativas, medios de comunicación, mercadeo social, salud bucal.

ABSTRACT. *One of the most affected groups by oral health problems is the paediatric population, therefore the present research was undertaken, mainly focusing in the knowledge, attitudes, practices and some expectations in oral health, mass media, and social marketing in children of 7 to 12 years of age from the Rafael Uribe Uribe school in Medellín city. A structured interview format was designed with 31 questions that enquired about this subject, and then an analysis of variables was made by establishing analysis categories within the objectives of the study. The results showed that the students have some knowledge on the relationship of the dentist's role as a integral person on the promotion of oral health, prevention and rehabilitation; some previous knowledge and association with dental caries, a very positive perception about the dentist consultation and good self-esteem of their teeth. In relation to their practices; the children have received instruction in oral health by the dentistry personal as well as from their family and they utilize the basic elements for their hygiene. Also, they recognize informative and/or communicative elements in the dental office and in a lower rate, in the educational institution; they think it is important to give messages in oral health through the dialogue with the dentist and they declare certain inclinations and preferences with mass media and publicity in the radio, television and others. This information permitted the design of strategies for campaigns on oral health promotion, where other disciplines were involved such as communication, psychology and social marketing as alternatives to contribute to the oral health positioning in the population studied. In addition, a framework of reference for future intervention projects in specific populations is constituted involving a high communicative and educational component.*

Key words: knowledge, attitudes, practices, expectations, mass media, social marketing, oral health.

* Artículo derivado de trabajo de grado para optar al título de especialista en Administración de Servicios de Salud. Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública, Medellín, Colombia, 2001.

** Odontólogo. Especialista en Administración de Servicios de Salud. Profesor aspirante. Facultad de Odontología. Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. Dirección electrónica: agudelolandres@chami.udea.edu.co.

*** Odontóloga. Especialista en Administración de Servicios de Salud, Medellín, Colombia. Dirección electrónica: isabelmartinezr@hotmail.com.

AGUDELO S. ANDRÉS ALONSO, LIBIA ISABEL MARTÍNEZ R. Conocimientos, actitudes y prácticas en salud bucal, medios de comunicación y mercadeo social en escolares de 7 a 12 años de una institución de Medellín. Rev Fac Odont Univ Ant, 2005; 16(1 y 2): 81-94

RECIBIDO: FEBRERO 8/2005 - ACEPTADO: ABRIL 26/2005

INTRODUCCIÓN

En la búsqueda de disminuir la incidencia y prevalencia de las enfermedades bucales; la profesión odontológica ha implementado modelos que involucran aspectos cruciales como la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad; los cuales empezaron a desarrollarse desde hace algunas décadas y hoy continúan vigentes. Éstos tienen estrategias que involucran tanto un componente de bienestar en los colectivos, como el objetivo de atenuar y disminuir los factores de riesgo que ocasionan numerosas patologías bucales. Cualquiera que sea el modelo o estrategia que se posicione en la persona o en su grupo social, el propósito es contribuir al mejoramiento de la calidad de vida, el desarrollo físico y mental de las personas. Por ello se hace importante considerar el papel del individuo en su propia transformación, en la adopción de hábitos y comportamientos saludables, desde una dimensión integral.

Para que realmente haya cambio en el comportamiento, es necesario que el individuo socialmente se promueva hacia un cambio de percepción frente a ciertas cosas; es decir, que el individuo encuentre respaldo social.¹ Algunos cambios se han logrado paulatinamente con la ayuda de profesionales comprometidos con la sociedad y con su función social, y de los medios de comunicación que recalcan la importancia de mantener una buena salud bucal. Este proceso de modelación de conductas a escala colectiva tiene unos componentes que aunque similares en algunos aspectos, presentan diferencias sustanciales. Nos referimos a la información, la educación y la comunicación.

En el primer caso, la información tiene diferentes falencias, una de las cuales parte de que se basa en la transmisión unilateral de un mensaje a cargo de un emisor. Es por ello que la comunicación —que supone la interacción democrática en el cual se comparten experiencias—, asegura que un determinado mensaje sea comprendido por el receptor. En cuanto a la educación, algunos de los autores la definen como: cualquier combinación de experiencias de aprendizaje diseñadas para facilitar adaptaciones voluntarias de conducta dirigidas hacia la salud.²

Es importante considerar que muchas y variadas teorías educativas se ofrecen con el fin de colaborar en el aprendizaje; estas varían dependiendo de la corriente filosófica, los objetivos que persiguen y la metodología empleada. Siguiendo este punto de vista, existen algunas basadas en la modificación de comportamientos en salud, entre los cuales está el modelo KAP (de las siglas en inglés knowledge, attitudes, practices); cuyo eje central se basa en los conocimientos previos, las actitudes o motivaciones ante determinada situación, y sus prácticas o conductas.³

No obstante, se hace importante hablar de un cuarto elemento: el mercadeo social. Ha sido una de las herramientas poco utilizadas en promoción de la salud, en algunos casos, por el desconocimiento de sus principios y, por lo tanto, de sus alcances.⁴⁻⁸ El mercadeo social es una extensión del marketing tradicional que estudia la relación de intercambio que se origina cuando el producto es una idea o una causa social. Esta clase de mercadeo busca cambiar el comportamiento de los individuos, no con el ánimo de beneficiar el empresario, sino a la sociedad en general.⁹ Así, cada vez más las promociones de las causas sociales están presentes en nuestras sociedades, en donde la participación de los ciudadanos se está incrementando. Las causas sociales y la existencia de grupos de individuos que luchan por ellas es uno de los elementos más característicos que se puede encontrar en el mercadeo social, para así, abordar la salud bucal llegando a grupos y comunidades con características similares (segmentación del mercado).

Una de las comunidades más vulnerables y susceptibles de padecer enfermedades es la infantil. De acuerdo con los datos arrojados en el III Estudio Nacional de Salud Bucal el índice de placa a la edad de siete años es de 1,6 y a los doce años es de 1,2 (niveles clínicos de remoción de placa regulares). En cuanto a la historia de caries dental, la proporción es del 73,8% a los siete años, con prevalencia del 63,8% (presencia de lesiones cavitarias no tratadas); esto en relación con la dentición primaria. A la edad de doce años la historia de caries es del 71,9%, con prevalencia del 57%. En cuanto al cui-

dado bucal de los niños, el estudio arrojó que se requieren más y mejores esfuerzos para optimizar las prácticas saludables para esta población.^{11, 12}

Por otro lado, la promoción de la salud descansa también en el conjunto de políticas públicas, desde la responsabilidad del Estado. Colombia en la actualidad cuenta con el Plan Nacional de Salud Bucal, cuyos ejes principales se proponen desde los principios constitucionales como con la universalidad, la solidaridad, la equidad; extendiendo los servicios preventivos de la población al 100%.¹³ Sin embargo, si se mira desde una perspectiva crítica muchas de las metas que se establecieron como políticas, cuales son la de implementar programas masivos, mantener al paciente sano y controlado, la asistencia técnica y la política en servicios, entre otras acciones, no se han cumplido a cabalidad.

Esta situación hace necesario el prestar especial atención a los niños y empezar a educarlos tempranamente, para que adopten conductas y prácticas que los lleven a lograr y conservar un buen estado de salud. Es el grupo de edad comprendido entre los siete y doce años en quienes el nivel de pensamiento lógico, su capacidad de abstracción y su nivel de entendimiento permiten acciones efectivas para el fomento de la salud —teniendo en cuenta el desarrollo del niño desde la psicología evolutiva—. ¹⁴ No obstante, si se quiere educar a los niños en salud bucal se debe determinar inicialmente qué conocen ellos de este tema, qué acciones realizan para mantener una buena higiene y que relación existe entre lo que saben, lo que dicen y practican; además de observar cuáles son las expectativas que tienen en cuanto a salud bucal.

En cuanto a la investigación en el tema, pocos estudios han referenciado el componente de mercadeo social, el comunicativo y educacional con relación a los conocimientos, actitudes y prácticas. Se tiene como referencia el estudio de Moncayo Ojeda y colaboradores,¹⁵ que involucra aspectos similares;

sin embargo no tiene en cuenta elementos como las expectativas y la influencia de la publicidad y elementos relacionados con el ambiente social del mercadeo. Por otro lado, el Estudio Nacional de Salud Bucal incluyó un componente relacionado con los siguientes elementos: representaciones sociales en salud bucal, prácticas en salud bucal, cuidado bucal de los niños y demanda y utilización de los servicios de salud bucal, en población de doce a sesenta y nueve años.^{11, 12} Sin embargo, se hace necesario investigar en población de siete a doce años, teniendo en cuenta las características relacionadas con los medios de comunicación y la publicidad y su relación con los conocimientos y prácticas, entre otros aspectos.

Teniendo en cuenta todo lo anterior, se realizó un estudio que recopilara aspectos básicos de cada uno de los elementos teóricos expuestos, con el propósito de contribuir al mejoramiento de la calidad de vida y de la salud bucal a través de la generación de estrategias acordes al perfil de los niños involucrados. Se establecieron por lo tanto los siguientes objetivos: 1) Describir conocimientos, actitudes, prácticas y expectativas en salud bucal, medios de comunicación y mercadeo social en los escolares de la institución educativa; 2) reconocer instrumentos de información, comunicación y mercadeo social en ambientes cotidianos, en la institución educativa, y en servicios odontológicos desde la percepción de la población involucrada en el estudio; 3) observar las preferencias de los escolares sobre los medios de comunicación utilizados como elementos en la promoción de la salud bucal; 4) definir estrategias básicas para una campaña de promoción de la salud bucal apoyada en el mercadeo social para ser desarrollada en estudios posteriores.

Esta investigación se basó principalmente en las siguientes categorías de análisis: “Conocimientos” como todos aquellos contenidos y conceptos que manejan los niños¹ y que corresponden a un saber validado en el ambiente social del mercadeo social

1 Es muy importante, desde una postura lingüística, filosófica y aun sociológica, el reconocer la perspectiva de género en el estudio realizado. Cuando se habla de niños, se refiere a niños y niñas.

en salud; “actitudes” como las motivaciones o estados que generan en ellos una posición de agrado o desagrado ante una situación, como también aquellos hechos en las cuales se les obliga a emitir un juicio de valor sobre determinada característica; “prácticas” como las acciones que involucran al niño y su entorno; “expectativas” como el deseo que se manifiesta frente a cierta situación y “medios de comunicación” como las herramientas cotidianas utilizadas en determinados espacios para promover información y captación de mensajes en promoción y prevención.

Sería vital que el presente estudio trascienda numerosas fuentes y sirva como un recurso de retroalimentación entre profesionales de la salud bucal, administradores de servicios de salud, estudiosos del mercadeo social, profesores y otros.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio poblacional cuantitativo, de tipo descriptivo, de corte transversal; cuyo periodo de recolección de la información fue de dos semanas, entre los días 22 de mayo y 6 de junio de 2001. La unidad de análisis constituyó cada uno de los niños seleccionado para el estudio. El universo estuvo formado por 266 estudiantes de la escuela Rafael Uribe Uribe, ubicada en el barrio La América de la ciudad de Medellín. Seleccionados con los siguientes criterios: Edades comprendidas entre los siete y los doce años, escolares de primero a quinto de primaria.

En el desarrollo de la investigación no se realizó muestreo, sino que se incluyó a todos los estudiantes de la escuela que cumplían con los requisitos y se encontraban durante la fase de recolección de la información, obteniendo mayor representatividad en el estudio. La selección de los estudiantes se hizo con base en el registro de matrículas que reposa en la Secretaría Académica de dicha Institución Educativa. Todo el personal de la escuela estaba enterado del estudio que se iba a realizar, lo cual facilitó la captación de los escolares.

La recolección de la información se basó en entrevistas estructuradas dirigidas directamente a los escolares. Para ello se diseñó un formato de

cuestionario el cual constaba de 31 preguntas; algunas de ellas para escoger una opción, otras con múltiple escogencia y otras de libre respuesta. Todas las preguntas fueron calibradas mediante prueba piloto dirigida a treinta niños y niñas con características similares a las del estudio. Esto permitió el ajuste y la corrección del cuestionario para su ejecución final.

La realización de las entrevistas estuvo a cargo de seis personas, los dos investigadores y cuatro encuestadores, quienes fueron capacitados y estandarizados previamente para obtener entrevistas de calidad, además la forma del cuestionario permitía elaboración de manera fácil. Cada entrevistador abordaba al respectivo escolar, le explicaba someramente y con palabras clave y de fácil comprensión los objetivos de la entrevista, recalando ante todo que no era una evaluación académica de la escuela y que no había respuestas buenas o malas; simplemente se quería indagar sobre los conocimientos que tenían sobre la salud bucal o sobre la odontología. Toda esta información estaba consignada en el formato de cuestionario. A pesar de ser una entrevista de carácter estructurado, el entrevistador tenía la facultad de explicar y repetir la pregunta en caso de que el entrevistado no la entendiera o no la oyera. Cada pregunta tenía las opciones y el entrevistado escogía la que más se acomodaba a sus conocimientos. Para el caso de las preguntas abiertas, en lo posible se colocaba la respuesta textual que daba el escolar.

Se realizó una primera revisión de los datos para buscar inconsistencias e irregularidades en la recolección. Para el procesamiento de los datos se utilizó el programa estadístico SPSS para Windows versión 10.0. Se realizó un cruce de variables entre edad y sexo con las categorías de análisis y sus respectivas variables, sin encontrar grandes diferencias entre ellas. Como la mayoría de las variables del estudio eran de naturaleza cualitativa se utilizaron gráficos de distribución de frecuencias y de tendencias para observar el comportamiento de las mismas. Para algunas variables se utilizaron análisis de correspondencias entre dos variables y cuadros descriptivos, como fue el caso de las preguntas de carácter abierto en los escolares.

Es importante destacar que el objetivo del presente estudio en ningún momento pretendió lesionar moral o psicológicamente a los niños; para ello, durante todo el desarrollo de la investigación se buscó la confidencialidad de las respuestas y en ningún momento se criticó o evaluó académicamente a los escolares. La caracterización de la población se muestra en la tabla 1.

Tabla 1
Caracterización de la población entrevistada

Variable	Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Jornada	Mañana	114	42,9
	Tarde	152	57,1
Años cumplidos	7	72	27,1
	8	58	21,8
	9	65	24,4
	10	49	18,4
	11	15	5,6
Sexo	Hombre	162	60,9
	Mujer	104	39,1
Escolaridad	Primero	13	4,9
	Segundo	66	24,8
	Tercero	69	25,9
	Cuarto	80	30,1
	Quinto	38	14,3
Total		266	100,0

RESULTADOS

1. Categoría de análisis: conocimientos

En cuanto a la definición de odontólogo se observa una marcada tendencia en los niños de todas las edades a pensar que el odontólogo es quien arregla los dientes, lo cual significa que existe la creencia de que este profesional se dedica solo a la curación (51,5%). No obstante, el concepto de que el odontólogo es quien vigila y controla que las personas tengan buena salud bucal incrementa con los años, lo cual le da un carácter más integral a la función de este profesional. Los escolares que no saben o no responden son de siete a ocho años (5,3%), el resto de ellos tienen algún concepto sobre lo que es el odontólogo (el 22,6% respondieron que es quien enseña y el 20,7% que es quien vigila; de este último las respuestas en mayor proporción se alcanzan a los doce años).

Para relacionar las variables de tal manera que se pueda evaluar “la opinión sobre cada cuánto tiempo se debe ir al odontólogo y la opinión sobre el tiempo real en que visitan al profesional” se tuvieron en cuenta principalmente los valores que se cruzan en las filas y columnas como se puede observar en la tabla 2. En todas las opciones, evaluando cada columna y cada fila, se observa que la mayoría de los escolares coinciden en el tiempo que creen que se debe ir al odontólogo y el tiempo que realmente van (a manera de ejemplo 18 de 42 niños coinciden en que deben ir al odontólogo cada año y van cada año donde el profesional). Esto puede decirse porque en cada una de ellas sobresale el mayor valor para el cruce de las variables en estudio. En todas las columnas sobresale un número en negrilla que equivale a las correspondencias, es decir, no hay contradicción de respuesta en las dos preguntas. Las opciones de ir al odontólogo cada 6 meses, y más de tres veces en el año, son las de más alta frecuencia, esto indica que los niños saben que en la actualidad es importante mantener un contacto permanente con este profesional. (57 correspondencias de 71 niños y 52 correspondencias de 80 respectivamente).

Tabla 2
Correspondencias entre la frecuencia de asistencia al odontólogo y la opinión sobre cada cuánto debe irse al odontólogo

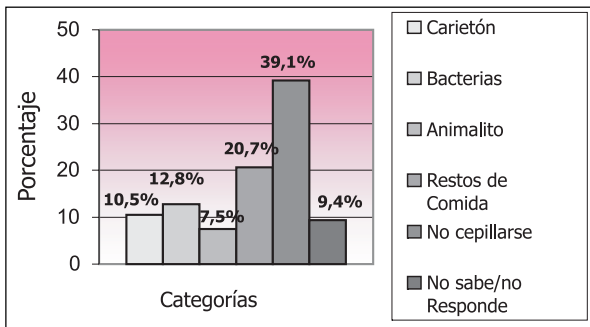
		Cada cuánto asiste al odontólogo					Total
		Dos años	Cada año	6 meses	Más de tres	Nunca	
Opinión sobre cada cuánto debe ir al odontólogo	Dos años	17	7	3	2	1	30
	Cada año	7	18	4	7	2	38
	6 meses	7	5	57	19	1	89
	Más de tres	6	12	7	52	6	83
Total		37	42	71	80	10	240

La mayoría de las personas entrevistadas (60,9%) consideran que la principal función de los dientes es comer, el 4,1% hablar, el 9 morder, el 8,3 apariencia y el 17,7 todas. En general puede decirse que no se reconoce la múltiple funcionalidad de los mismos.

En cuanto a los conocimientos sobre caries dental, los niños tienen la idea de que la caries se produce

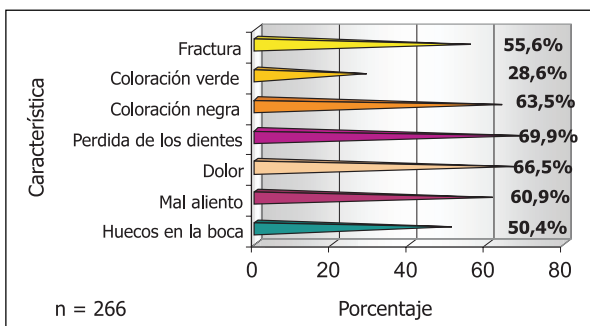
por no cepillarse los dientes, pues la mayoría (39,1%) escogieron esta categoría. Como segunda alternativa escogieron los restos alimenticios, lo cual está muy relacionado con la primera opción. Las otras categorías no sobrepasan el 15%, entre las cuales están las que se refieren a los microorganismos (bacterias, animalito, carietón). Un porcentaje representativo (9,4%) no saben cuál es el agente causal de la caries (figura 1).

Figura 1
Opiniones sobre el agente causal de la caries



Los niños tienen diferentes asociaciones sobre los daños que produce la caries dental. La mayor asociación que tienen es con dolor, coloración negra y pérdida de los dientes, las cuales alcanzaron el mayor porcentaje. Todas las características, excepto la coloración verde, tienen un porcentaje entre el 50 y 70%, lo cual indica que los niños tienen conocimiento bastante amplio de lo que la caries produce en su boca. En esta pregunta se permitió que los escolares escogieran varias alternativas (figura 2).

Figura 2
Conocimientos y asociaciones de la caries dental



De las diferentes características puestas a consideración durante la entrevista, los escolares encontraron como las mayores razones para prevenir la caries dental el uso del cepillo únicamente y el uso de cepillo y seda dental, lo que indica que consideran que tienen una gran responsabilidad para su prevención con la utilización de implementos y técnicas de higiene. Pero existe un número representativo (8,6%) que responsabilizan de la prevención de caries al odontólogo, como un elemento salvador y a la disminución en el consumo de los dulces (12,4%). Muy pocos asocian una alimentación sana como el elemento más importante en su prevención.

2. Categoría de análisis: actitudes

Se realizó una pregunta con el fin de que los escolares emitieran un juicio de valor que permitiera evaluar cuál era la característica con mayor peso en cuanto a la percepción que tienen sobre la asistencia al odontólogo (necesario, costoso, aburridor, doloroso, importante, saludable). El 95,11% de los niños tienen sentimientos positivos frente a la práctica de asistir a la consulta odontológica, el 40,71% de ellos reconoce que ir al odontólogo es importante, lo cual le da connotación voluntaria a su elección, el 27,67% piensa que es necesario, lo cual sugiere que hay un componente de condicionante en su elección y el 31,62% dice que es saludable, lo que indica que hay convicción para hacerlo. Solo el 4,89% piensa que es costoso, aburridor o doloroso.

En general, manifestaron excelente autoestima con respecto a su boca puesto que en lo que respecta a las características de sus dientes respondieron positivamente en un grado muy superior (por encima del 60%). Para casi todos, sus dientes son sanos, bonitos y grandes.

Para los escolares del presente estudio la razón más importante para comprar un cepillo dental es cuando está viejo (43,3%), mientras que las categorías no cepilla bien (21,4%) y está deshilachado (20,7%) no son las razones más frecuentes para cambio de cepillo. El factor que mayor influencia tiene en la escogencia de un cepillo dental es la característica de suavidad (24,4%), le siguen el color (13,5%) y la presencia de muñecos (13,5%).

Para la población encuestada no cobra mucha importancia el hecho de que exista promoción en el empaque (4,5%). Siendo el cepillo dental el más importante elemento para la higiene bucal, es importante destacar que saben que un buen cepillo debe ser suave antes de tener en cuenta otra cualidad. La característica de color (16,2%) tiene connotación de pertenencia, es decir, es importante saber cuál es el color del cepillo de cada uno de los miembros de la familia para hacer las distinciones del caso. En cuanto a la crema dental se puede observar que las características que tienen en cuenta para elegir la crema dental son que sea blanca (22,6%), que tenga colores (16,9%) o que sea de sabor a menta (10,9%). Teniendo en cuenta la distribución porcentual puede decirse que no hay valores muy representativos que marquen la tendencia a la hora de escoger la crema dental.

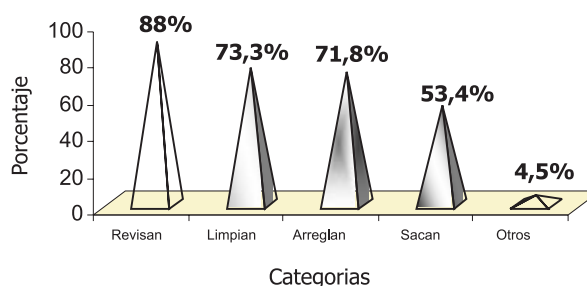
3. Categoría de análisis: prácticas

Los niños que han asistido a consulta odontológica no acuden siempre al mismo profesional, ya que el 45% no visitan el mismo odontólogo. Son más acompañados a la consulta odontológica por sus madres (70,3%), seguido por sus padres (10,5%); en una relación de 7 a 1, es decir por cada siete niños acompañados por su madre, se da un niño acompañado por su padre. En general los familiares los acompañan en igual proporción que lo hacen sus padres (9,4%). No es relevante que los acompañe un amigo (0,8%) o que vayan solos (2,3%), lo que nos indica que posiblemente requieran estar acompañado de una persona mayor para asistir al odontólogo. En general puede decirse que los escolares que han asistido al odontólogo reconocen en una alta proporción los diferentes tipos de tratamiento (más del 50%). A la mayoría de los niños (casi el 90%) les han revisado los dientes en alguna oportunidad. Para el caso de la categoría "limpian" podemos notar como el componente preventivo tiene gran percepción en la población infantil (73,3%) (figura 3).

La mayoría manifestó haber recibido algún tipo de instrucción por parte del odontólogo relacionada con la salud de su boca. Entre las enseñanzas más comunes están: cepillarse-cuidarse los dientes

(71,05%), usar la seda dental (5,64%), manejar aparatología (1,5%), colorear revista (0,38%), no tener miedo (0,38%), ser fuertes (0,38%), no comer tanto dulce (1,13%), no recuerda (1,87%), otros (1,5%). En general están relacionadas con medios, métodos y técnicas para mantener la salud bucal. También es importante analizar como existen categorías relacionadas con la ansiedad y el estrés ante la consulta odontológica, aunque son en menor proporción.

Figura 3
Percepción de los tratamientos recibidos



Las personas más comprometidas en la enseñanza de los implementos para la higiene de la boca, como son el cepillo y la seda dental son las madres y el odontólogo. Muchas veces la responsabilidad en la educación en este aspecto es compartida; mientras la enseñanza del uso del cepillo dental está a cargo de la madre, la seda es enseñada a usar por el padre. Cabe anotar que si se realiza una sumatoria de las categorías madre, padre, ambos padres, familiar, en la evaluación de la persona que le ha enseñado al niño a usar el cepillo dental, se obtiene un porcentaje mayor (51,9%) del que obtuvo el odontólogo (36,5%), lo cual indica que el grupo familiar tiene una gran responsabilidad en la enseñanza del uso del cepillo dental. Si se realiza el mismo procedimiento con la pregunta para seda dental se obtiene que el grupo familiar tiene un porcentaje de 50,5% sobre el porcentaje del odontólogo 25,6% (figuras 4 y 5).

El 42,9% mencionan que la persona que más les ha enseñado lo que saben sobre caries es el odontólogo lo que constituye un punto a favor del profesio-

nal, el segundo lugar lo ocupa la madre y el tercero el padre. Sin embargo, si se hace una sumatoria como se hizo en el punto anterior, se puede observar que el grupo familiar (44,7%) sobrepasa el porcentaje obtenido por el odontólogo, lo cual indica que estas personas tienen gran componente de responsabilidad en cuanto a lo que manifiestan conocer sobre la caries dental. El porcentaje restante se encuentra entre las variables: amigo, profesores, higienista y televisión (6,4%). El 6% de los entrevistados no responden (figura 6).

Figura 4
Personas comprometidas en la enseñanza del cepillo

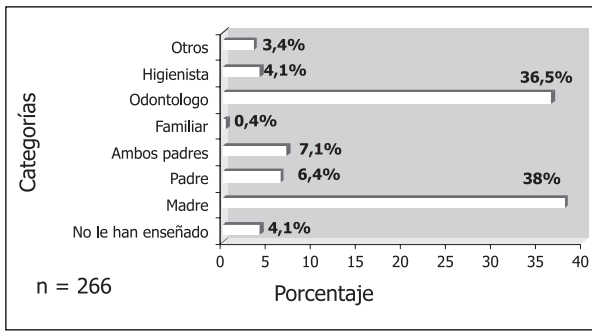
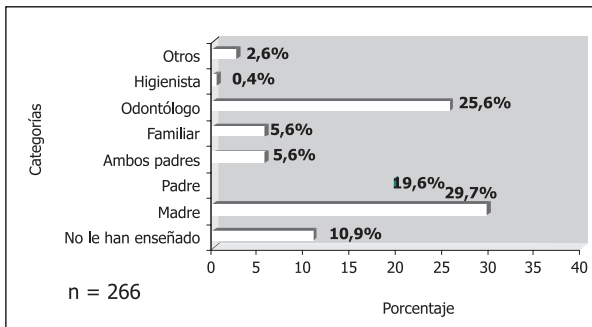


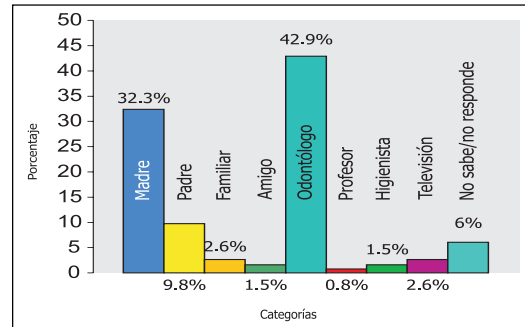
Figura 5
Personas comprometidas en la enseñanza de la seda dental



Un porcentaje bastante representativo de la población infantil utiliza los tres elementos básicos, cepillo, seda y crema dental. Adicionalmente, más de la mitad usan otros elementos para cuidar sus dientes, como el flúor (56,8%) y el enjuague bucal (71,4%), lo cual podría ser indicativo de que hay mayor promoción de estos productos por las comercializadoras y recomendación por parte del profesional.

En cuanto al factor institución educativa, el 79% de los profesores han mencionado a sus alumnos la importancia de conservar los dientes limpios. Es necesario que lo hagan en forma permanente y repetitiva para reforzar este mensaje.

Figura 6
Persona de mayor influencia en conocimientos sobre caries en los escolares

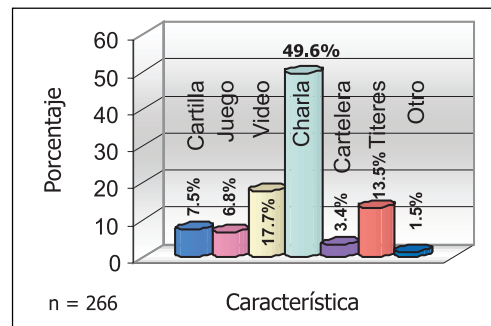


4. Categoría de análisis: expectativas

Teniendo en cuenta que los dientes deciduos son mucho más blancos que los permanentes, es sorprendente encontrarse con que el 55,3% de los encuestados quisieran tener los dientes más blancos. El 16,2% quisieran que fueran más parejos para mejorar su aspecto y el 21,1% están conformes con su apariencia.

La charla con el odontólogo continúa siendo un método de enseñanza en instrumentos y técnicas para mantener una buena salud bucal. Otros tipos de métodos preferidos por los escolares lo constituyen el video y los títeres que se conforman como buenas alternativas (figura 7).

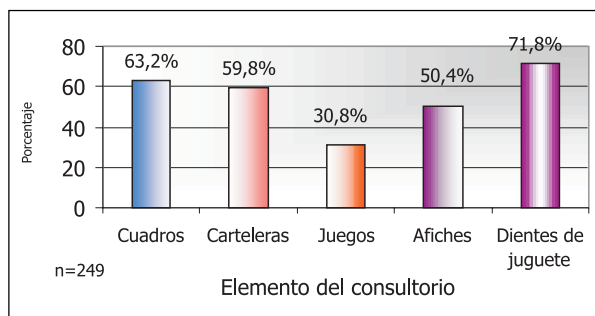
Figura 7
Expectativas frente a métodos de instrucción en salud bucal



5. Categoría de análisis: medios de comunicación y publicidad en salud bucal

Los niños son muy receptivos a diferentes elementos dentro del consultorio odontológico. La mayoría (por encima del 50%), manifiesta haber visto cuadros, carteleras, afiches y dientes de juguete en el mismo. Se puede constatar cómo expresaron que los dientes de juguete eran el elemento más visto y los juegos el menos. Se podría aprovechar el hecho de que se dan cuenta fácilmente de lo que hay en el consultorio para realizar promoción de la salud de una forma que resulte amena y agradable para ellos (figura 8).

Figura 8
Elementos más vistos en el consultorio odontológico

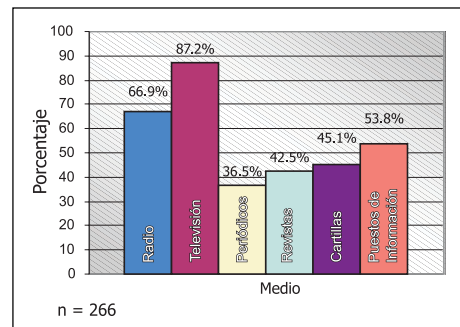


En cuanto a la institución educativa, más de la mitad no han visto mensajes relacionados con salud bucal en el lugar de estudio (58%). Entre los elementos relacionados están los afiches, las carteleras, y mensajes como el de cepillarse los dientes y personajes como Rhino (este último guarda relación con medios publicitarios de productos para la higiene bucal).

Hay diferentes medios donde existe un nivel de mayor o menor recordación de mensajes relacionados con la higiene bucal. Entre los medios más representativos están la televisión y la radio puesto que son los que tienen mayor nivel de audiencia en la población en general y en los escolares; para el caso de los periódicos hay menor recordación de los mensajes vistos y puede ser explicado por el nivel de lectura que tienen los alumnos de primaria, además no es muy usual que un niño lea un

periódico con frecuencia. Es de destacar que los puestos de información en los supermercados comienzan a obtener grandes niveles de recordación (por encima del 50%) por lo que se indica mayor participación tanto de los niños como del medio en sí (figura 9).

Figura 9
Mensajes en salud bucal según medios de comunicación



En cuanto a la publicidad de una u otra manera población entrevistada está haciendo recordación de propagandas que ven en televisión. Una de las propagandas más recordadas es la de Colgate con 36% seguida de la de Aquafresh con 19,6%. No es ningún secreto que las marcas comerciales sostienen una lucha publicitaria que se vale de buenas alternativas para llamar la atención de su público, entre el cual se encuentran los niños que tienen buena capacidad retentiva y que además en muchas ocasiones se identifican con lo que ven en televisión.

La marca Colgate no es recordada con fidelidad en las palabras, es decir, no hay una claridad en lo que menciona la publicidad, pero sí en sus imágenes. Los escolares recuerdan el conejo bailando y el doctor Muelitas, mientras que Aquafresh maneja un estilo musical bastante pegajoso, que es recordado con mayor facilidad. Las propagandas de Karina y Timoteo, representan un porcentaje inferior, pero cabe anotar que son de la programación extranjera transmitida en el país. Sonría es una institución que tiene comerciales en el ámbito nacional, promocionando los tratamientos odontológicos, más que haciendo promoción de la salud. Es sorprendente, que recuerden que ellos tienen los mejores odontólogos y que el costo es de \$64.000 (el costo

en el año del estudio). Muchos recuerdan el nombre comercial, pero no recuerdan palabras relacionadas.

DISCUSIÓN

Con este estudio se describieron los principales conocimientos, actitudes, prácticas y expectativas frente a la salud bucal y su relación con los medios de comunicación, publicidad y mercadeo social en la población escolar de siete a doce años de la escuela seleccionada para tal estudio. Fue interesante en la medida que se acerca a lo que es una evaluación de mercados, con la consiguiente determinación del mercado objetivo y su segmentación. El primer paso para conocer el mercado objetivo y sus necesidades, es el acercamiento a él, a través del diálogo, el conocimiento de su entorno y sus relaciones. Para el análisis de los resultados en general se trabajó con las categorías de análisis expuestas en la metodología. Las preguntas no presentaron dificultad en términos de comprensión, sino de falta de conocimiento, lo cual fue deseable, al ser uno de los objetivos de aplicación del cuestionario.

Para el caso de los conocimientos evaluados, los escolares saben que el odontólogo es un profesional que tiene relación con los dientes. Los niños de mayor edad asocian su labor con actividades integrales en promoción y prevención; esto es coherente con los planteamientos de la psicología cognitiva en donde el niño es capaz de realizar un pensamiento más lógico de las cosas y es más autorreflexivo a medida que pasan los años.^{14, 15}

En cuanto a la caries dental, realizan diferentes asociaciones y representaciones basadas en experiencias anteriores frente a la salud, las funciones de los dientes, la etiología y las consecuencias de la caries. Dichas aproximaciones pueden ser explicadas mediante la teoría de Jean Piaget en la etapa de operaciones concretas mediante la cual los niños realizan pensamientos lógicos frente a objetos físicos y más tangibles, limitándose a su realidad más inmediata.¹⁴ Así, es válido cuando escuchamos correlaciones entre la caries y un animalito o haciéndose tangible con nombre propio “Carietón” y la forma de prevenir la caries con los implementos

necesarios para tal fin. Para ellos sería difícil explicar el concepto de la placa bacteriana al ser un objeto poco visible o real. Aquí, se hace importante discutir cómo se ha hecho énfasis en las causas y en los agentes patógenos más no en sus significados (codificación). A manera de ejemplo, se conocen muchas evidencias científicas sobre la patogénesis de las enfermedades bucales (esto lo podemos corroborar con respecto a los estudios sobre caries dental realizados por Keyes citados por Clarhson¹⁶);. Esto refuerza la idea de la necesidad de conocer un poco más de la comunidad, a través de investigaciones en ambiente social.

Los niños tienen reacciones o actitudes frente a ciertos conceptos, creencias y estímulos que repercuten en sus conocimientos frente a la salud bucal, por eso a la hora de escoger un cepillo o una crema dental tengan ciertas preferencias. A manera de ejemplo, tenemos el caso de la característica de la suavidad para el cepillo y el color blanco en la crema dental. Esto tiene su explicación en creencias sugeridas, las cuales van fundamentándose en la medida que va socializándose con su entorno. Asocian la frecuencia o el tiempo más importante para su cepillado a situaciones concretas y rutinarias en la vida como el comer y el dormir.

Así, de la población entrevistada la mitad de ellos respondieron la noche como el tiempo más importante para el lavado de los dientes, lo cual indica que hay mayor concientización de la importancia de lavarse los dientes antes de acostarse. No puede desconocerse que el cepillado frecuente es lo más importante para conservar buena salud bucal y esta respuesta se obtuvo en varios de los estudiantes entrevistados. Sin embargo, el objetivo de esta pregunta era determinar si sabían de la importancia del cepillado nocturno, ya que se considera que en este tiempo el pH de la saliva se hace más propicio para que las bacterias actúen en la boca y produzcan caries y además se disminuye el flujo salival que es un factor importante de protección.¹⁷⁻²¹

Las creencias sugeridas y su relación con las actitudes tienen cabida sobre la base de las propias preferencias del niño. Cada uno tiene su propia percepción del tiempo para cambiar el cepillo, pues

lo que para unos niños, 3 meses puede ser viejo, para otros pueden pasar 2 años sin considerar que su cepillo necesita cambio. Sería interesante que consideraran otras características como el hecho de que su cepillo esté deshilachado para saber que ya no está en condiciones de realizar bien su función.

Hubo varias preguntas que los confrontaron con su propia realidad, como fue el caso de la pregunta que evaluaba la percepción frente a la apariencia bucal. Muchos la contestaron de forma inmediata, sin dar lugar a dudas de su conformidad o inconformidad con su aspecto físico y varios se sintieron obligados a pensar en lo que nunca se habían detenido. Manifiestan actitud positiva frente al hecho de asistir al odontólogo, y las actitudes negativas de algunos pueden ser explicadas por experiencias traumáticas o algunas situaciones vividas en las cuales experimentaron dolor, ansiedad o por experiencias relatadas por otras personas. Sin embargo dada su capacidad de abstracción pueden ser socializados y comprenden la necesidad de asistir con convicción donde el profesional.

La población entrevistada no asiste al mismo profesional todo el tiempo, lo cual puede disminuir la eficacia del proceso educativo que tiene con el paciente en caso de que lo haya iniciado. Sin embargo, puede ser un punto a favor del niño si el profesional no tiene ningún interés en hacer educación en salud, ya que al hacer cambio, se podría iniciar un nuevo tratamiento con alguien que le proporcione información sobre salud bucal.

Los escolares del presente estudio han tenido experiencias en algún tipo de servicio de salud bucal, ya sea en consultorios, en la institución educativa y otros. Sin embargo, a pesar de la capacidad de raciocinio y lógica, en muchas ocasiones puede ser difícil identificar claramente qué tipo de personal en salud brinda atención odontológica, si es un higienista o un odontólogo o algún tipo de practicante que haya dictado charlas relacionadas en la escuela. Esta diferenciación no depende solo del niño, influye notoriamente el sistema de atención odontológica dado por el Sistema General de Seguridad Social en Salud.^{2, 22, 23} En general ellos alcanzan a diferenciar cuándo se les está realizando algún tipo de trata-

miento preventivo y cuándo es de tipo curativo. La mayoría ha recibido instrucción en higiene bucal, son conscientes de la necesidad del cepillado y el uso de la seda y estas han sido reforzadas por diferentes agentes socializadores como la familia, la escuela y el personal de salud contribuyendo finalmente al proceso de aprendizaje.

En cuanto a las preferencias en educación, las respuestas recibidas exaltan la labor educativa del odontólogo, pues fue el método preferido, lo que indica que al común de las personas les gusta más las relaciones interpersonales que los métodos de aprendizaje autodidacta (juego, cartilla, cartelera), por la posibilidad de lograr comunicación, es decir una relación EMIREC (emisor-receptor), de acuerdo con los planteamientos de Jean Cloutier (citado por Kaplún²⁴). Este sistema de comunicación bidireccional favorece el intercambio de conocimientos entre el profesional y el paciente. Los escolares tienen saberes y creencias válidas que pueden ser logradas gracias a las estrategias educativas acordes con el contexto cultural. De acuerdo con Mario Kaplún y otros autores las pedagogías más acordes para la reflexión y el análisis por parte de las personas son las que ponen énfasis en el proceso;^{24, 25} dicha pedagogía comunicativa busca cercanía e interacción de saberes; esto tiene que ver con los resultados obtenidos en el presente estudio cuando se habla de promoción en salud bucal, las inquietudes del niño en cuanto a su boca y a sus diferentes opiniones del entorno.

Los medios de comunicación tienen diferentes efectos que influyen en la respuesta individual, de acuerdo con su presentación. Por esto se dan ciertos gustos y preferencias que son aprovechados por el emisor de mensajes comunicativos. Algunos como la radio, la televisión y los puestos de información tienen mayor recordación debido a que tienen efectos de fuente, efecto del mensaje, efecto del comunicante y efecto de presentación que disminuyen la curva de olvido de cualquier tipo de mensaje, reforzando la información que se guarda en el inconsciente. Los medios de baja recordación, gozan de menor aceptación debido a que son poco atractivos, y no favorecen la capacidad de interpretación del

mensaje.²⁶⁻²⁸ Con respecto a la publicidad y las propagandas, se pretendió evaluar el efecto de recordación y olvido, quienes son grandes televidentes y memorizan con mayor facilidad palabras e imágenes, descubriendo que algunos comerciales de marcas conocidas son las de mayor recordación. Esto guarda relación con algunas ideas de Rosa María Alfaro Moreno²⁹ y Alfredo Ghiso³⁰ cuando hablan de mensajes educativos que inducen y estimulan al público a interpretar, razonar y además lo ponen del lado del mensaje.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En el presente estudio los niños entrevistados en la institución educativa manifestaron diferentes tipos de conocimientos, actitudes, prácticas y expectativas frente a la salud bucal, con ellos hubo una aproximación de pocos días que permitió develar algunas características aplicadas al área odontológica, las cuales ponen en claro diversas influencias desde los padres, familiares, amigos y el mismo odontólogo, hasta llegar a medios masivos de comunicación como la televisión, la radio y otros. Esto permite identificar además, las áreas del conocimiento que requieren refuerzo. Cabe anotar, que aunque algunas de estas conclusiones solo pueden aplicarse a los escolares de la Escuela Rafael Uribe Uribe, el mercadeo social permite que puedan constituir un marco de referencia a la hora de aplicar estrategias de promoción en otros escolares que tengan características similares a estos.

Para lograr mayor conocimiento de la población de forma más individual, sería necesario realizar otro tipo de actividades como el grupo focal, que permite llegar de una manera profunda y abierta. No se realizó por las dificultades en el desarrollo de las actividades académicas presentadas en el año lectivo.

Se propone entonces, que las campañas educativas basadas en el mercadeo social, como la que acaba de presentarse; podrían iniciarse con charlas dirigidas por personal odontológico, reforzando los conocimientos ya preexistentes y presentando aquellos en los cuales se presentan falencias. Posteriormente tener en cuenta el público objetivo y programar

la estrategia motivacional y comunicativa más adecuada por grupos de edad. En el público de mayor edad, la charla es lo más recomendable, mientras que en los menores puede utilizarse un video infantil o una sesión de títeres (es decir, tener en cuenta las preferencias y los gustos).

Es conveniente además, como un elemento reforzador, citar a los padres de familia a una reunión y dictar con la misma charla una sesión final de preguntas y respuestas donde ellos puedan resolver las dudas que tienen con relación a la salud bucal de sus hijos. El objetivo de esta charla es reforzar los conocimientos que tiene el grupo familiar y aclarar algunos conceptos de manera que ellos puedan continuar la labor educativa de forma permanente y verídica. A esta charla con los padres se puede invitar a los profesores, para que ellos también participen en la educación en salud bucal de sus alumnos.

En la sesión de preguntas y respuestas el odontólogo se dará cuenta de las dudas que tienen algunos participantes de la charla (que puede ser la duda que tengan varios padres) y podrá diseñar ayudas visuales comunicativas, para establecer mensajes reforzadores que estimulen la recordación en el público objetivo, y en lugares apropiados. Estas ayudas deberán ser muy atractivas, con un contenido muy claro y explícito y si es posible con un eslogan que penetre en la mente de los niños y que les ayude a recordar lo aprendido en la charla.

Esta investigación pretende también ser una puerta de entrada y una puerta de salida a numerosos conceptos, apreciaciones e inquietudes que enriquecen el saber cotidiano y el conocimiento sobre el ambiente social del mercadeo hacia la promoción en salud bucal. Con respecto al tema, aún no existe la última palabra, por eso se proponen algunas alternativas que bien podrían ser tenidas en cuenta para aquellos amantes de la investigación en promoción de la salud y en mercadeo social: 1) Evaluar el impacto de medios de comunicación empleados como herramientas en la promoción de la salud bucal con un estudio longitudinal; 2) realizar un plan de mercadeo para la promoción de la salud bucal basada en el mercadeo social, y 3) investigar en otros ambientes

que hacen parte del mercadeo social: el político, el económico y el tecnológico. De todos modos, es vital comprender desde una perspectiva holística que: *un objetivo claro, es posicionar la idea de una buena salud bucal en el público meta.*

AGRADECIMIENTOS

A todo el personal de la Escuela Rafael Uribe Uribe, por su colaboración, atención y disposición en la realización de la presente investigación. Al profesor Álvaro Olaya, profesor y actual Vicedecano de la Facultad Nacional de Salud Pública, asesor del trabajo de grado, por sus aportes, su respeto, confianza y buen humor. Y a todas las personas, amigos, familiares y profesores, que de una u otra manera contribuyeron a la realización del presente trabajo con sus aportes desinteresados y leales.

CORRESPONDENCIA

Andrés Alonso Agudelo Suárez
Facultad de Odontología
Departamento de Estudios Básicos Integrados
Universidad de Antioquia
Calle 64 N.º 52-59
Medellín, Colombia
Dirección electrónica:
agudeloandres@odontologia.udea.edu.co

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Watt RG, Fuller SS. Oral health promotion- opportunity knocks. *Br Dent J*, 1999; 186 (1): 3-6.
2. Ministerio de Salud. Dirección General de Promoción y Prevención. Lineamientos de Promoción de la Salud y Educación para el Comportamiento Humano. Santafé de Bogotá: Ministerio de Salud; 1995.
3. Hernández Padilla M, Modificación de Comportamientos en Salud. En: Frías A: Salud Pública y Educación para la Salud. Madrid: Masson; 2000.
4. El Marketing Social. Extensión del Marketing Tradicional. [En línea- Internet] [Fecha de acceso: junio de 2001]. Disponible en: http://www.social_marketing.org/sn.html.
5. Macfayden L, Stead M, Hastings G. Social marketing: A Synopsis by the Centre for Social Marketing. [En línea- Internet] [Fecha de acceso: Junio de 2001]. Disponible en: <http://www.csm.strath.ac.uk/smchapter.html>.
6. Martínez, JC, David A. El marketing social: de la táctica a la estrategia. *Deusto Business Review*, 2000; 98: 66-74.
7. Moliner Tena MA. Marketing Social, la gestión de las causas sociales. Madrid: Esic; 1998.
8. Muñoz Y. El mercadeo social en Colombia. Medellín: Fondo Editorial Universidad Eafit; 2001.
9. Kline Weinreich N. What is Social Marketing? [En línea- Internet]. [Fecha de acceso: Junio de 2001]. Disponible en: <http://www.social-marketing.com/whatis.html>
10. Muñoz Molina Y. Notas guía para la comprensión del mercadeo social. *Revista Universidad Eafit*, 1998; 109: 138-147.
11. Ministerio de Salud. III Estudio Nacional de Salud Bucal ENSAB III, 1998. Bogotá: Ministerio de Salud; 1998.
12. Malambo RN. Comportamiento de la Salud Oral en Colombia y Bogotá. *Bol Epidemiol Distrital*, 2001; 6 (6): 1-16.
13. Ministerio de Salud. Plan Nacional de Salud Bucal, 1996. Bogotá: Ministerio de Salud; 1996.
14. Piaget J. Seis estudios de psicología. Barcelona: Labor; 1994.
15. Moncayo Ojeda SM, Tapias Torrado L, Velasco LP, Delgado Troncoso JE. Conocimiento, actitudes, creencias y prácticas de una población escolar de 7 a 12 años frente a la salud oral. *Univers Odont*, 1997; 17 (35): 7-14.
16. Clarkson BH. Introduction to Cariology. *Dent Clin North Am*, 1999; 43 (4): 569-578
17. Rodríguez Cíodaro A y González Duque OA. Fisiopatología de la caries dental. *Univers Odont*, 2000; 20 (Supl1): 21-27.
18. Dowd FJ. Saliva and dental caries. *Dent Clin North Am*, 1999; 43 (4): 579-97.
19. Aguilar González LF y Romero Sánchez MC. La saliva: Revisión sobre composición, función y usos diagnósticos. Primera Parte. *Univers Odont*, 2003; 30 (51): 18-24.
20. Arboleda L, Valencia E, Sierra LI, Gutiérrez LC. Saliva. Medellín: Facultad de Odontología; 1992.
21. Édgar WM. Saliva: Its secretion, composition and functions. *Br Dent J*, 1992; 172 (8): 305-312.
22. Vargas Peña, GS. Planes de beneficio en el sistema de seguridad social en salud. Medellín: Dirección Seccional de Salud de Antioquia, 1997.
23. Ministerio de Salud. Sistema de seguridad social integral. Ley 100 de 1993. Bogotá: Congreso de la República; 1993.
24. Kaplún, M. El comunicador popular. Ciespal-Cesap-Radio Nederlands Quito: Belén; 1985.
25. Freire P. La educación como práctica de la libertad. Montevideo: Tierra Nueva; 1969.
26. Agudelo, AA. y Martínez, LI. Evaluación de algunas características del ambiente social para la salud oral aplicando los fundamentos del mercadeo social. Niños 7-12 años, Escuela Rafael Uribe Uribe, Medellín, 2001. [Trabajo de Grado. Especialista en Administración de Servicios de Salud, énfase

sis en Mercadeo]. Medellín: Facultad Nacional de Salud Pública. Universidad de Antioquia; 2001.

27. Pérez R, Morales JW. Evaluación de los medios de comunicación en el programa de control de diarreas: comuna noroccidental de Medellín. [Trabajo de Grado: Sociólogo]. Medellín: Universidad de San Buenaventura; 1983.
28. Agudelo JC. Evaluación de medios y mensajes de comunicación utilizados en el programa de control de enfermeda-

des diarreicas en Medellín. Medellín: Universidad de Antioquia. Facultad Nacional de Salud Pública; 1982.

29. Alfaro Moreno RM. Comunicación y educación: Una alianza estratégica de los nuevos tiempos. Signo y Pensamiento, 1999; 18 (34): 9-18.
30. Ghiso, A. Pedagogía y Conflicto: Pistas para deconstruir mitos y desarrollar propuestas de convivencia escolar. Signo y Pensamiento, 1999; 18 (34): 52-58.

XXXIV SIMPOSIO INTERNACIONAL ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR Y OCLUSIÓN

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

Se realizará los días 29 y 30 de septiembre de 2005
Auditorio de San Diego

Conferencistas:

Doctor JAMES METZ, Ohio EE. UU.
Doctor PABLO RUEDA, Colombia
Doctor CAMILO DURÁN, Colombia



1803



PROGRAMACIÓN ACADÉMICA

Jueves 29 de septiembre

- 8:00 a. m. Instalación del Simposio
8:30 a. m. Decano Dr. Carlos Mario Uribe
- 8:30 a. m. Diagnóstico diferencial de los
10:00 a. m. desórdenes temporomandibulares.
Dr. James E. Metz
- 10:00 a. m. Refrigerio.
10:30 a. m. Visita muestra comercial
- 10:30 a. m. Uso de placas oclusales
12:00 m. Para el dolor miofacial y la cefalea.
Dr. James Metz
- 2:00 p. m. La fabricación de placas:
4:00 p. m. Anterior, pivotante y placa dual.
Dr. James Metz
- 4:00 p. m. Refrigerio.
4:30 p. m. Visita muestra comercial
- 4:30 p. m. Apnea del sueño y su relación con
6:00 p. m. los desórdenes temporomandibulares
Dr. James Metz
- 6:00 p. m. Panel de preguntas
6:30 p.m. Coordina: Dra. Fanny Stella Alvear

Viernes 30 de septiembre

- 8:00 a. m. Relación entre la oclusión y
10:00 a. m. la disfunción de la ATM.
Drs. Pablo Rueda y Camilo Durán
- 10:00 a. m. Refrigerio.
10:30 a. m. Visita muestra comercial.
- 10:30 a. m. Regeneración del tejido dentario
12:00 m. mediante bioingeniería.
Mito o realidad.
Dr. Camilo Durán
- 2:00 p. m.
4:00 p. m. La sobrecarga articular.
Drs. Pablo Rueda y Camilo Durán
- 4:00 p. m. Refrigerio.
4:30 p. m. Visita muestra comercial.
- 4:30 p. m. La compresión del disco articular.
6:00 p. m. Su importancia clínica y la relación
con parafunción.
Drs. Pablo Rueda y Camilo Durán
- 6:00 p. m. Panel de preguntas
6:30 p. m. Coordina: Dr. Federico Latorre

Mayores informes

Coordinación de Educación Permanente Facultad de Odontología Universidad de Antioquia, Tels.: 510 67 60 y 510 67 04, Fax: 211 00 67,
Correo electrónico: extension@chami.udea.edu.co, Página web: <http://chami.udea.edu.co>