



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

ACTITUDES Y COMPORTAMIENTOS SOBRE SALUD
BUCAL EN PROFESORES DE LA F.O. DE LA U.N.A.M.

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

C I R U J A N O D E N T I S T A

P R E S E N T A:

JUAN MANUEL PERALTA SÁNCHEZ

TUTOR: C.D. SERGIO FERNANDO TABLADA LOZANO

ASESORA: Mtra. ARCELIA FELÍCITAS MELÉNDEZ OCAMPO

MÉXICO, D.F.

2009



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Gracias:

A Dios por inmensas bendiciones que me ha brindado durante mi vida, por haberme dado una segunda oportunidad, Te amo Dios mío, tú que eres Supremo y Todopoderoso.

A la Universidad Nacional Autónoma de México y a la Facultad de Odontología por haberme permitido formar parte de ella, haber sido mi segunda casa y sobre todo haberme dado las armas para ser quien soy.

A mis Padres: la Señora Juana Luisa Sánchez Tapia, por su apoyo Total e Incondicional si tu mami que has estado en todo momento de mi vida, se que fue duro el camino, pero ya estaba escrito aquí está la más grande prueba de todo tu esfuerzo, tu tiempo, tu dedicación y sobre todo tu amor Te amo, no hay palabras para agradecerte todo lo que has hecho por mi te adoro mamita querida.

A ti papá Juan Manuel Peralta Ortega, por toda tu ayuda y por todo el cariño que me tienes te amo papi.

A mis hermanos Víctor Manuel Peralta Sánchez 1 y Víctor Manuel Peralta Sánchez 2, les doy las gracias por ser mi sangre, mi fortaleza y mis fuentes de inspiración.

A mi abuelita la Señora Juana Tapia y Valencia por estar a mi lado en todo momento, por compartir conmigo logros y sufrimientos, por aguantarme, por apoyarme en todo momento y sobre todo por su especial cariño. La amo abuelita bonita.

A mi tía Faby por su bondad, su gran generosidad, por su comprensión y por darme aliento para seguir en el camino.

A mi prima lupita por todos los momentos bonitos que hemos compartido y por todas las sonrisas que tu amistad me ha dado.

A mis tíos Enrique Peralta e Irma Fernández por haberme aguantado por casi 3 meses en su hogar, haber sido tan amables conmigo y sobre todo haberme brindado todo su especial apoyo y cariño en momentos muy difíciles de mi vida de verdad gracias y que dios los bendiga.

A Don Melchor por ser mi gran amigo.

A la Familia Sánchez por todo su apoyo.

Agradecimientos especiales:

Al Dr. Javier Portilla Robertson por motivarme a realizar este trabajo, dedicarme su valioso tiempo, ayudarme en todo momento, compartir y transmitirme sus conocimientos y sobre todo su gran experiencia, ya que fue de suma importancia para esta investigación.

A mi tutor C.D Sergio Fernando Tablada Lozano por su gran apoyo, su paciencia y su tiempo, para la realización de esta investigación.

A mi asesora la Mtra. Arcelia Meléndez Ocampo por su atención, su gran cooperación, su valioso tiempo, y sobre todo por compartirme su conocimiento para el análisis y resultado de esta investigación ya que fueron piezas fundamentales de esta.

A la Esp. Gabriela Fuentes Mora. Por todo su apoyo.

*A todos mis maestros y mis grandes amigos de la Facultad de Odontología
GRACIAS!!!*

Juan Manuel Peralta Sánchez

ÍNDICE

1. Introducción.....	6
2. Antecedentes.....	8
3. Planteamiento del problema.....	18
4. Justificación.....	19
5. Objetivos.....	19
5.1. Objetivo General.....	19
5.2. Objetivos específicos.....	19
6. Metodología	
6.1. Materiales y métodos.....	21
6.2 Escalamiento de Likert.....	22
6.3 Índice periodontal comunitario (IPC).....	23
6.3.1 Examen y registro.....	25
6.3.2 Interpretación.....	26
6.4 Índice de Higiene Oral Simplificado (IHO-S).....	26
6.4.1. Interpretación.....	29
6.5 Prevalencia de caries dental: Cariado, Perdido y Obturado	
Por unidad diente (CPO-D).....	30
6.5.1. Estado de la dentición.....	30

6.6 Materiales.....	34
7. Tipo de estudio.....	35
8. Población de estudio.....	35
9. Tamaño de la muestra.....	35
10. Criterios de inclusión.....	35
11. Criterios de exclusión.....	36
12. Variables.....	36
13. Recursos Humanos.....	37
14. Resultados.....	38
14.1. Revisión Bucal.....	38
14.2. Actitudes y Prácticas.....	39
14.3. Exploración intra Bucal.....	47
14.4. Perfil Epidemiológico (índices).....	48
15. Discusión.....	57
16. Conclusiones.....	61
17. Referencias.....	63
18. Anexos.....	66

1. INTRODUCCIÓN.

La salud bucal es netamente individualizada, difiere de una persona a otra y la razón estriba en que la influencia de factores sociales, económicos, educativos y culturales son determinantes en la percepción de salud.

El lenguaje no verbal es, en opinión de psicólogos y comunicadores el vehículo a través del cual se transmite la mayor cantidad y más trascendente información,¹ de manera que los pacientes reciben los mensajes más significativos al observar los hábitos, actitudes y condiciones de salud de quienes los atienden, pasando las palabras a un segundo plano; así, lo que los pacientes perciben en sus médicos y odontólogos es especialmente relevante, porque puede fortalecer o contradecir los mensajes verbales y las recomendaciones que se realizan.

Se ha insistido, a lo largo de los años en el papel fundamental que juega el cirujano dentista en la prevención y terapia de las enfermedades bucodentales y se puede aseverar que lo que es adecuado para los pacientes, debe serlo para el mismo odontólogo.

Por lo tanto, los profesionales de la salud deben ser un claro ejemplo de actitudes positivas y comportamiento para sus familias, pacientes, amistades y para nosotros mismos. Los odontólogos tenemos un rol muy importante en el mejoramiento de la salud bucal en el público en general. Es claro que la congruencia es esa sensación de coherencia, de veracidad, que nos proporciona nuestra fuerza interior; el resultado de la congruencia es el poder personal, el carisma, la energía y es la base sobre la que se apoya el liderazgo; haz lo que predicas, enseña con el ejemplo. Que tus actos sean el reflejo de tus palabras. Que tu vida hable

de ti por sí sola. Y ello requiere de un gran trabajo personal, de un férreo autocontrol donde no se dan más permisos que aquellos que ayuden a configurar nuestra vida como una perfecta obra de arte.

Cabe señalar que la práctica hace al maestro, pero no solo debemos preocuparnos por ejercerla, sino también no debemos olvidar nuestra salud, en especial la salud oral, ya que es sumamente vulnerable a enfermedades.

Por esta razón, investigadores han encontrado que los cirujanos dentistas en su mayoría, tienen una salud bucal deficiente, inaceptable, inadmisible e incomprensible, en contradicción con su formación, ejercicio y las recomendaciones profesionales que pretenden transmitir a sus pacientes, por lo que es imprescindible que exista mayor congruencia entre sus prácticas personales y las palabras que dirigen a sus pacientes para motivarlos hacia la prevención y el tratamiento oportuno por lo tanto, el propósito de este estudio es identificar algunos aspectos acerca de la salud bucodental y autocuidado de la misma en una muestra de profesores de la Facultad de Odontología de la UNAM y ^{1,2}

1. ANTECEDENTES.

En el año de 1983, Speckman y cols. realizaron un estudio sobre “Dientes cariados, no restituidos y restaurados inadecuadamente en el cirujano dentista”, en el que reportan los hallazgos de estas condiciones en 93 profesionistas estudiados, destacando que 46.2% de ellos había perdido uno o más órganos dentarios y de ellos el 82.5% no los había restituido, el 96.8% presentaba lesiones cariosas no tratadas y el 100% restauraciones deficientes, por lo que concluyen: “es difícil entender la prematura con la que el odontólogo insta a sus pacientes para resolver los problemas antes descritos, si el mismo no está convencido o no tiene la disponibilidad para resolver los suyos”.²

Asimismo, Kawamura M comparo las diferencias interculturales de las actitudes y comportamientos sobre salud oral. Realizo un estudio en 376 estudiantes de odontología en Japón y 213 en Australia, mismos que fueron encuestados usando los 20 enunciados del Hiroshima University-Dental Behavior Inventory (HU-DBI) (Anexo 1) en sus versiones en japonés e inglés respectivamente. La media del HU-DBI muestra que en el primer año, los estudiantes australianos fueron significativamente mejor que los japoneses. Solo al 7% de los estudiantes japoneses su dentista les ha dicho que tienen una buena técnica de cepillado, en contraste con el 50% de los estudiantes australianos. Además mientras que solo una pequeña porción de los estudiantes. Los australianos (8%) reportaron creer que eventualmente requerirán dentaduras, el 37% de los estudiantes japoneses mantienen esa creencia ($p < 0.001$). El marcaje del HU-DBI de los estudiantes japoneses fue más bajo que el de los estudiantes australianos hasta el 4to año. Las diferencias entre los géneros no fue una característica importante.³

En España, Cortes, Nevot, Ramón Cuenca, realizaron en el año 2002 un estudio que tenía por objetivo estudiar la evolución de la salud dental de los estudiantes de la Universidad de Barcelona durante su entrenamiento académico y saber si el conocimiento se refleja en su cuidado dental, 107 estudiantes de medicina y odontología fueron sometidos a un examen oral, completado con un cuestionario durante su adiestramiento. El examen se limitó a los dientes, a la interpretación de radiografías de aleta mordible. Se usó el programa SPSS para analizar los datos. Al final los estudiantes de medicina tuvieron más dientes presentes que los de odontología (29.08 vs 28.94 [p=0.002]) y un CPO más bajo de 4.33 vs 5.91 (p=0.038), con un componente obturado de 2.44 y 5.23 (p=0.011), respectivamente. Sin embargo el conocimiento en este aspecto fue mayor en los alumnos de odontología, se concluye que los estudiantes de odontología están más motivados acerca del mantenimiento de su salud dental y sus experiencias en educación dental parecen tener gran influencia en este comportamiento.⁴

También se han estudiado a cirujanos dentistas que ejercen su profesión en la zona metropolitana del valle de México, el estudio "*La salud bucal de los dentistas*", cuyo objetivo era conocer el estado de salud bucal de cirujanos dentistas que ejercen su profesión. Se efectuó una investigación cualitativa, exploratoria, transversal en una muestra propositiva de 60. Se encontró que el 46.7% requería atención odontológica, 40.0% por caries dental, 18.3% de prótesis, 41.7% para sustituir alguna obturación defectuosa, 5.0% por extracción, 13.3% para sustituir una prótesis disfuncional y 5.0% para tratamiento periodontal, por lo que concluyen: "es imprescindible que exista mayor congruencia entre

sus prácticas personales y las palabras que dirigen a sus pacientes para motivar a los últimos hacia la prevención y el tratamiento oportuno.

Por otro lado Levin L y Shenkman A. Desarrollaron un estudio en el año 2004, en el cual el objetivo fue investigar la relación epidemiológica entre la salud bucal, las actitudes y el comportamiento, midiéndolo con el instrumento (HU-DBI), así como el estado de caries dental utilizando el índice CPOD (Dientes cariados, perdidos y obturados), en una muestra de adultos jóvenes israelís. El HU-DBI (en hebreo) fue usado para encuestar a 123 jóvenes israelís reclutas del ejército (de entre dieciocho y diecinueve años). El estado de salud dental fue evaluado usando el criterio de diagnóstico de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para dientes y superficies. Dientes Cariados, Perdidos y Obturados, por unidad diente describiendo por superficies (CPOD) y (CPOS) respectivamente. Los datos fueron analizados estadísticamente. El puntaje CPOD y CPOS midió la enfermedad dental, la cual se extendió desde 0 hasta 24 (con un promedio de 6.77) y desde 0 hasta 48 (con un promedio de 10.95), respectivamente. Había dieciséis (13%) participantes libres de caries (CPO=0). Cuando se relacionaron los diferentes valores del CPO y las respuestas del HU-DBI, una relación estadísticamente significativa, fue encontrada entre 7 enunciados y el CPO. Bajos valores de superficies y dientes cariados correlacionados con un marcaje alto del HU-DBI ($p < 0.05$); esto es, sujetos con bajos niveles de enfermedad dental tuvieron más actitudes y comportamientos positivos. En adultos jóvenes israelís, la enfermedad dental, según lo medido por el CPO o sus componentes, estuvieron relacionados con el HU-DBI, esto demuestra la relación entre el estado de caries dental con el comportamiento en relación a la salud oral.⁵

Al-Omari y Q, Hamasha⁶. En el año 2005 coordinaron un estudio, cuyo objetivo fue determinar las diferencias entre las actitudes y comportamientos sobre salud oral en estudiantes de la Universidad de Ciencia y Tecnología de Jordania. Un cuestionario auto administrado basado en una versión modificada del HU-DBI fue distribuido entre 375 estudiantes de odontología. La tasa de respuesta fue de 83.7% con 48% de hombres y 52% de mujeres respondiendo. Las estudiantes femeninas reportaron cepillar sus dientes más frecuentemente que los estudiantes masculinos ($p < 0.001$). Aproximadamente el 47% de los hombres cepillan sus dientes dos veces menos comparados con el 21% de las estudiantes femeninas. Las mujeres, creen en la necesidad de utilizar pasta durante el cepillado que los hombres (< 0.001). Por otro lado fumar es más frecuente en hombres que en mujeres (31% vs 4%). Esta muestra reflejo que los estudiantes hombres visitan al dentista solo cuando tienen dolor dental. Sin embargo, la investigación no examinó clínicamente a los estudiantes para conocer las condiciones periodontales y de caries.

Komabayashi & cols.⁷ también han adelantado estudios con el objetivo de comparar las actitudes y comportamientos de salud oral, entre estudiantes de odontología británicos y chinos. Una revisión internacional usando el HU-DBI, fue completada por la Universidad de Leeds en el Reino Unido y en la Universidad del Oeste de China de Ciencias Medicas. En el Reino Unido y en China; 192 de 266 y 180 de 303 estudiantes de odontología contestaron las versiones inglesa y china del HU-DBI del cuestionario respectivamente. Los datos fueron analizados estadísticamente por regresión logística y los resultados obtenidos, son los siguientes: 1.- el auto reporte de sangrado gingival fue más prevalente en estudiantes chinos que en estudiantes británicos, aunque el número de

estudiantes que tuvieron una instrucción de higiene oral profesional fue más alta en China; 2.- 29% de los estudiantes chinos creyeron que es inevitable utilizar dentaduras cuando sean viejos, mientras que el 7% de los estudiantes británicos lo creyeron; 3.- los estudiantes chinos estuvieron substancialmente más preocupados acerca de la apariencia de sus dientes, encía y halitosis; y 4.- el 54% de los estudiantes chinos buscan el cuidado dental solo cuando surgen síntomas, mientras un 13% de los estudiantes británicos lo hacen. En conclusión, la comparación bilateral de países utilizando el HU-DBI revelo diferencias interesantes en las actitudes y comportamientos, mientras que el modelo de regresión logística hizo esto posible para diferenciar a los estudiantes británicos y japoneses con una probabilidad cercana al 95%.

Países latinoamericanos como Honduras también han realizado este tipo de estudios, como el elaborado por: Arévalo SJ, Rivera MF, Rivera I, Sánchez F.⁸ El objetivo de este estudio fue describir la situación de salud bucal de los estudiantes universitarios que asistieron a la clínica dental de la Dirección de Servicios Estudiantiles (DIDE- UNAH) de febrero a abril, 2001. Se estudiaron 271 estudiantes, a los cuales se les realizó una historia clínica, evaluación de la dieta y examen bucodental. La media de edad fue de 22.5 años, relación hombre: mujer de 1:1.63. El promedio de dientes con historia de caries dental fue de 14.6%, solo se encontraron 4 estudiantes universitarios libres de caries (1.5%), el 72.1% tenía un índice de higiene oral aceptable y 27.9% no adecuado, 45.0% de los estudiantes tenían periodontopatías.

Se encontró relación significativa entre el índice de caries dental e índice de higiene oral ($p=0.002$; $OR= 2.08$ $IC95\%: 1.10-3.95$)

considerando que teniendo una higiene oral adecuada hay 2 veces más posibilidades de un menor índice de caries dental.

También se detectó asociación entre el índice de higiene oral y periodontopatías, un riesgo de no presentar periodontopatía si se tiene un cuidado bucal adecuado del 17.61 (OR) No se encontraron diferencias significativas entre el índice de caries dental (CPO-D), el sexo, la edad y la dieta. Lo mismo se presentó en relación al índice de higiene oral y estos factores. Los resultados no muestran la necesidad de implementar medidas preventivas en salud oral y la ampliación de la cobertura de los servicios odontológicos públicos en el país.

En Grecia, Polychronopoulou A y Kawamura M,⁹ exploraron las diferencias interculturales del comportamiento en salud oral entre estudiantes de odontología griegos y japoneses. La población muestra incluyó 877 estudiantes de odontología, 539 estudiantes registrados de la Escuela de Odontología de la Universidad de Atenas y 338 registrados de la Escuela Dental de la Universidad de Hiroshima. El comportamiento de salud oral fue asesorado usando las versiones japonesas y griegas de un cuestionario de 20 enunciados del HU-DBI. La media de puntuación del cuestionario de los estudiantes japoneses (7.40) fue significativamente mejor que la de los estudiantes griegos (6.86, $p=0.001$), indicando mejor comportamiento de autocuidado oral entre estudiantes japoneses, aunque, en general las diferencias fueron atribuidas principalmente a su sexto año de estudio adicional. Los estudiantes griegos y japoneses proporcionaron respuestas considerablemente diferentes a 14 de 20 enunciados. Los estudiantes griegos creen que es necesario que el dentista evalúe su

técnica de cepillado (OR= 14.4) estuvieron más preocupados acerca de su aliento (OR= 6.7, $p<0.01$) y creyeron que la enfermedad periodontal es prevenible por el solo hecho de cepillarse los dientes (OR= 2.1), mientras, que los japoneses se sienten más confortables de limpiar sus dientes sin usar pasta dental (OR= 0.3,), creyeron que toman mucho tiempo para cepillar sus dientes (OR=0.03), usaron un cepillo infantil (OR=0.2) y piensan en ir al dentista hasta que tienen dolor dental (OR=0.4).

Diferencias considerables en actitudes y comportamientos de salud oral existente entre los estudiantes de los dos países, reflejando una diferencia cultural y un sistema de educación diferente para los estudiantes; además esto hace posible distinguir a los estudiantes griegos y japoneses con una probabilidad del 89% usando el instrumento HU-DBI.

En el 2006 Solórzano¹⁰ realizó un estudio sobre salud oral en estudiantes de odontología de México, el objetivo fue determinar si la prevención y salud dental de los estudiantes de odontología están asociados con la adquisición de conocimientos preventivos de salud oral aprendidos en el transcurso de su preparación profesional. Se seleccionaron 8 alumnos de cada uno de los cinco diferentes grados de la Escuela de Odontología de la Universidad de La Salle Bajío, a quienes se les aplicó un cuestionario autoadministrado para evaluar hábitos de higiene oral y estilo de vida. Además, se realizó un examen intraoral clínico y radiológico. La prevención y salud oral no se relacionaron con el grado académico. El índice de eventos de cepillado dental al día destaca que los alumnos de primero y quinto grado tienen una mejor higiene dental que los de tercero, quienes mostraron la peor higiene. Este índice se relacionó inversamente con el índice de actividades escolares. Las prácticas preventivas entre los estudiantes deben mejorar, ya que no se

observó una relación entre el nivel educacional y su salud oral. Esto les evitará enfermedades bucales y los hará conscientes de la necesidad de predicar con el ejemplo.

En nuestro país se ha validado la confiabilidad del Inventario de Comportamiento Dental de la Universidad de Hiroshima (HU-DBI), para la traducción en español se evaluó semántica y congruencia, la población de estudio fue 117 adolescentes de la Secundaria Diurna -230, previo consentimiento informado, se realizó una entrevista y un examen clínico. Las variables utilizadas fueron el HU-DBI y el índice de higiene oral simplificado (IHOS), el análisis estadístico se realizó según consistencia interna: Kuder- Richardson 20 y validez discriminativa: comparación de rangos medios del HU-DBI con las categorías de placa y cálculo (Kruskal Wallis). Los resultados fueron los siguientes: 61 sujetos de entre 14 y 16 años de edad, la edad media = 14.3 ± 0.5 años, sin diferenciar por sexo ($t=2.1$, $p=0.154$), el 49.2% mujeres. Todos los sujetos sin cálculo dental.

La consistencia interna de 20 preguntas = 0.493 y consistencia interna de 12 preguntas para calcular los valores HU-DBI = 0.263. Validez discriminativa: sin diferencias en los rangos medios del HU-DBI según categorías de severidad de placa dental ($\chi^2=1.79$, $p=0.407$). Según los resultados obtenidos concluyen que: el análisis preliminar indica baja consistencia interna y sin asociación entre los valores HU-DBI y los valores de placa y cálculo.

Uno de los estudio más recientes que se apoya en el instrumento HU-DBI, lo realizaron Dagli R y cols.¹² En el año 2008 cuyo objetivo fue evaluar las actitudes y comportamiento de salud oral en estudiantes de odontología, no graduados en la India según su edad, sexo y nivel de educación, comparado con otros países con diferentes condiciones socioeconómicas. Un cuestionario auto administrado basado en el HU-

DBI fue distribuido entre 372 alumnos de Odontología del Hospital y Colegio Dental de Darshan (DDCH) por sus siglas en ingles.

La razón de respuesta fue de 75.8% con un 44% de hombres y 56% de mujeres. El HU-DBI muestra una relación muy significativa ($p < 0.05$) con la edad. Los estudiantes estuvieron considerablemente más preocupados acerca de la apariencia de sus dientes, encía y halitosis. Así que el puntaje total no fue marcadamente en los años donde se toma clínica (años 3 y 4) que en los años no clínicos (años 1 y 2), indicando que los estudiantes estaban casi igualmente conscientes. Aunque no hubo diferencias significativas en el género y año académico para el marcaje HU-DBI, el presente estudio mostró que los estudiantes de odontología de la India generalmente tuvieron salud oral deficiente comparada con la de otros diversos países.

Pluma N, Sánchez C²⁰, en el año 2009 realizaron un estudio sobre la evaluación del impacto de los conocimientos adquiridos en salud bucodental de los alumnos de la Facultad de Odontología de la UNAM, donde se estudiaron un total de 100 estudiantes de la FO de la UNAM, el 50% fueron de primer año y el otro 50% fueron de cuarto año. El estudio mostro que los alumnos tienen una buena condición de higiene dental con un promedio de IHOS de 0.69, en el Índice Periodontal Comunitario, se registro un alto porcentaje de alumnos que codificaron 0, reflejando que el estado de sus tejidos periodontales es sano, sin embargo el CPO-D registro 179 dientes cariados, 389 obturados y 14 perdidos de un total de 2800 dientes revisados, lo que nos habla de una alta experiencia presente y pasada de caries en los alumnos. En cuanto a sus actitudes, el análisis estadístico demostró que no existe diferencias estadísticamente

significativas entre los alumnos de 1° y 4° año acerca de ($t=0.292, p>0.05$) por lo tanto, el conocimiento adquirido durante la carrera no influye directamente en las actitudes de comportamiento en salud bucal de los alumnos de 1° y 4° año de la FO de la UNAM.

En este mismo año Castillo S. Portillo R.²¹, realizaron un estudio comparativo del estado de salud bucodental de los alumnos de diferentes facultades de la UNAM, este estudio incluyó 150 alumnos de tres facultades de la UNAM, 50 alumnos de la facultad de Medicina, 50 alumnos de la facultad de Odontología y 50 alumnos de la facultad de Enfermería. El IHO-S mostró un comportamiento similar presentándose entre 0.7 y 0.8, por lo que las tres facultades presentan una buena higiene bucal, respecto al Índice Periodontico Comunitario mostró un comportamiento similar en cuestión de tejidos periodontales sano, sin embargo encontraron respecto a la presencia de cálculo y bolsas periodontales un comportamiento diferente y altamente significativo, presentando el 34.4% de los alumnos de la ENEO bolsas periodontales de 3-4mm y el 11.6% de los alumnos de Odontología presentaron cálculo dental. El índice CPO-D manifestó un comportamiento similar entre las facultades de Odontología y Medicina, ubicándose entre 5.38 y 5.44. Mientras que la ENEO presentó un CPO-D de 7.42 lo cual es un valor alto que indica que los alumnos de esta Facultad requieren mayor educación en cuidado bucodental.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El conocimiento de la salud bucal es considerado un requisito esencial relacionado con el comportamiento y aunque parezca existir solo una débil asociación entre ellos, algunos estudios han demostrado que existe una asociación entre el conocimiento y una mejor salud bucal.¹³

En nuestro país son pocos los estudios sobre el perfil de salud bucal y conocimientos y actitudes respecto a la misma en profesores universitarios y más aún, en muestras de académicos de la UNAM, razón que constituye un limitante para realizar comparaciones con otros estudios y generar información confiable.

México no ha alcanzado los beneficios en salud oral, como de los que gozan países desarrollados. Es decir, la prevalencia de las enfermedades dentales es aún muy elevada.¹⁴ Las enfermedades bucales de mayor prevalencia, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), son la caries dental y la enfermedad periodontal; la frecuencia media son las anomalías cráneo-facio-dentales y maloclusiones; las de frecuencia variable son el cáncer oral, las alteraciones de tejidos bucales, los traumatismos maxilofaciales y la fluorosis dental. Los Estados Unidos Mexicanos, de acuerdo con la clasificación internacional de la OMS, se encuentra entre los países de más alto rango de frecuencia de enfermedades bucales.¹⁵

1. JUSTIFICACIÓN

Realizar un estudio como el presente permitirá. En una muestra de profesores, conocer las condiciones y hábitos de salud bucal, identificar que componente le dá más peso al índice CPO y si tenemos en cuenta que una actitud congruente entre las palabras y los hechos es el mejor medio de comunicación¹, entonces la salud bucal de los profesores de la Facultad de Odontología de la UNAM es una condición imprescindible para que el alumno y pacientes puedan apreciar la importancia del cuidado de salud bucal.

5. OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GENERAL

Conocer el estado de salud bucal de profesores de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Autónoma de México y evaluar las actitudes y conocimientos

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

1. Determinar las diferencias entre las actitudes y comportamientos sobre salud bucal en profesores.

-
-
2. Identificar la prevalencia de patologías bucodentales a través de la exploración intra y extra oral de una muestra de 20 profesores de la FO de la UNAM.

 3. Determinar el índice CPO y analizarlo por componentes en una muestra de 20 profesores de la FO de la UNAM.

 4. Determinar el índice Periodontal Comunitario (IPC) de una muestra de 20 profesores de la FO de la UNAM y el índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS) de una muestra de 20 profesores de la FO de la UNAM.

6. METODOLOGÍA.

6.1 MATERIALES Y MÉTODOS

El presente estudio se realizó en una muestra de profesores la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Autónoma de México, una vez calculada la muestra se procedió a realizar el levantamiento de la información aplicando a cada profesor un cuestionario para medir actitudes (Anexo 2), así como, el índice de Higiene Oral Simplificado, el Índice Periodontal Comunitario y el índice CPO por unidad diente (Anexo 4).

El estudio se realizó respetando los tiempos marcados en un cronograma previamente planeado. (Anexo 5)

La revisión bucal se realizó en las clínicas de la Facultad de Odontología de la UNAM así como en la clínica Periférica Víctor Díaz Pliego y la clínica periférica de Venustiano Carranza.

Para la revisión bucal se utilizó unidad dental con luz artificial, técnicas de barrera personal 20 batas quirúrgicas, 20 gorros quirúrgicos, 10 sondas periodontales tipo Michigan (OMS), 10 espejos dentales del número 5, 10 exploradores, una caja de guantes de látex desechables, 20 cubrebocas, vasos, líquido revelador GUM, gasas, campos, caimanes, 180 formatos de encuesta con odontograma e índices IHOS, IPC Y CPO adjuntos, urna para encuesta, lápices, bolígrafos y bancas.

Y para el levantamiento epidemiológico de los índices IPC, IHOS y CPOD, se siguieron los criterios marcados por la OMS.

A los profesores de la F.O. de la UNAM se les proporciono una encuesta, basado en el cuestionario Hiroshima University-Dental Behavior Inventory (HU-DBI), (anexo 1). Se determinaron los conocimientos, actitudes y prácticas de acuerdo a la escala de Likert que es una escala aditiva y se incluyeron solo tres opciones de respuesta para que cada encuestada seleccionara la que deseara para contestar cada ítem. La selección de los ítems se hizo con base a un análisis factorial para eliminar los ítems que actuaran como vectores en un mismo sentido, las opciones de respuesta fueron:

DE ACUERDO

NI DE ACUERDO. NI EN DESACUERDO

EN DESACUERDO

6.2. ESCALAMIENTO TIPO LIKERT

Este método fue desarrollado por Rensis Likert en 1932; sin embargo, se trata de un enfoque vigente y bastante popularizado. Consiste en un conjunto de ítems presentados en forma de afirmaciones o juicios, ante los cuales se pide la reacción de los participantes. Es decir, se presenta cada afirmación y se solicita al sujeto que externé su reacción eligiendo uno de los cinco puntos o categorías de la escala. A cada punto se le asigna un valor numérico. Así, el participante obtiene una puntuación respecto de la afirmación y al final su puntuación total, sumando las puntuaciones obtenidas en relación con todas las afirmaciones. Las afirmaciones califican al objeto de actitud que se está midiendo. El objeto de actitud puede ser cualquier “cosa física” (un vestido, un automóvil....), un individuo (el presidente, un líder histórico, mi madre, etc.....). Tales frases

o juicios deben expresarse sólo una relación lógica; además, es muy recomendable que no excedan de 20 palabras.¹⁶

6.3. ÍNDICE PERIODONTAL COMUNITARIO. (IPC)

Los tres indicadores del estado periodónico utilizados en esta evaluación son: Hemorragia gingival, cálculo, y bolsas periodónticas.

Se utilizó una sonda metálica con un diámetro calibrado de 0.5mm, una banda blanca situada entre 3.5 y 5.5mm y anillos situados a 8.5 y 11.5 mm de la punta esférica. **(Imagen 1)**

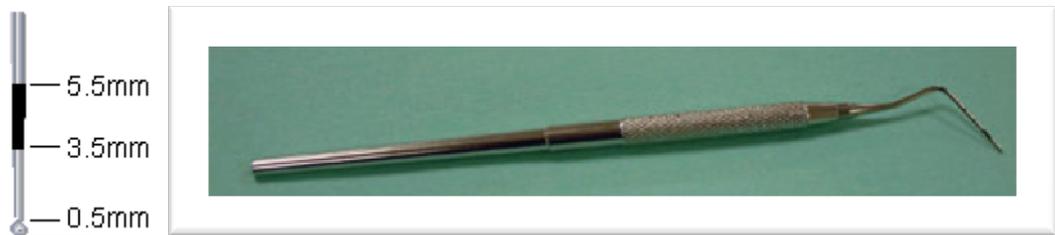


Imagen 1. Fuente: <http://www.sdpt.net/PER/cptin1.htm>

Sextantes: la boca está dividida en sextantes definidos por los números de los dientes: 18-14, 13-23, 24-28, 38-34, 33-43, 44-48. Solo debe examinarse un sextante si contiene dos o más dientes en los que no está indicada la extracción.

17-16	11	26-27
47-46	31	36-37

En el registro se emparejan los dos molares de cada sextante posterior y si falta uno, no se sustituye. Si no hay dientes indicadores en un sextante que reúna las condiciones del examen, se examinan todos los dientes que quedan en ese sextante y se registra el grado máximo como grado del sextante. En tal caso, no se incluyen las superficies distales de los terceros molares.

En los sujetos de menos de 20 años sólo se examinan seis dientes indicadores: 16, 11, 26, 36, 31 y 46. Esta modificación tiene por objeto evitar que se considere como bolsas periodóncicas a los surcos profundos asociados a la erupción, por el mismo motivo a examinar menores de 15 años no deben registrarse las bolsas, sólo deben considerarse la hemorragia y los cálculos.

Exploración de las bolsas y cálculos gingivales. Deben explorarse un diente indicador utilizando la sonda como instrumento “sensor” para determinar la profundidad de la bolsa y detectar los cálculos subgingival y la respuesta en forma de hemorragia. El instrumento no debe utilizarse con una fuerza mayor a 20 gramos.

Para examinar el cálculo subgingival debe utilizarse la mínima fuerza posible que permita el movimiento de la punta esférica de la sonda a lo largo de la superficie dental. Al introducir la sonda, la punta esférica debe seguir la configuración anatómica de la superficie de la raíz dental. Si el paciente siente dolor al realizar la exploración, ello indica que se emplea demasiada fuerza.¹⁷

La punta de la sonda debe introducirse suavemente en el surco o la bolsa gingival y explorar la totalidad de ese surco o bolsa. **Figura 1**

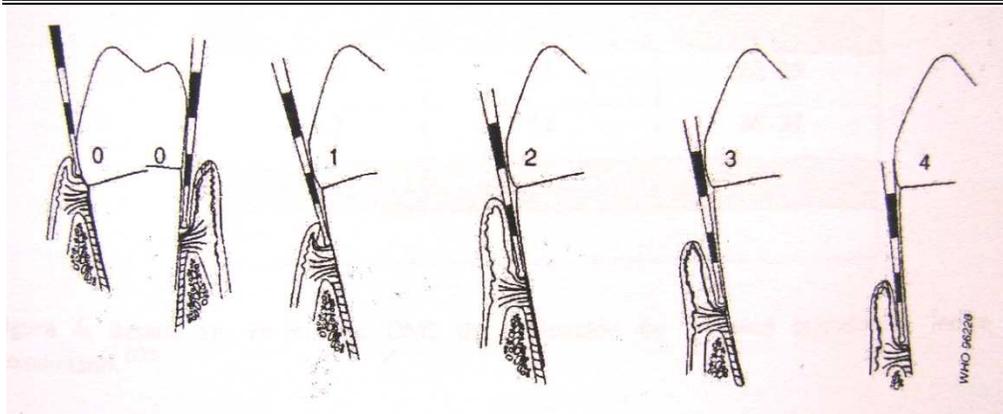


Figura 1. Ejemplo de codificación conforme al IPC, mostrando la posición de la sonda.¹⁷

6.3.1. EXAMEN Y REGISTRO.

Debe explorarse el diente indicador a todos los dientes que queden en un sextante cuando no haya diente indicador, registrando la puntuación máxima. Los códigos que califican la condición diagnosticada son:

- 0. Sano
- 1. Hemorragia observada, directamente o utilizando el espejo bucal, después de la exploración.
- 2. Calculo observado durante la exploración con la sonda, pero es visible toda la banda negra de la sonda.
- 3. Bolsa de 4-5mm (margen gingival dentro de la banda negra de la sonda).
- 4. Bolsa de 6mm o más (banda negra de la sonda invisible).
- X. Sextante excluido (existen menos de dos dientes).
- 9. No registrado¹⁷

Los criterios del IPC se registraron en el recuadro recomendado por la OMS. **Figura 2.**

17-16	11	26-27
16-47	41	36-37
ÍPC=		

Figura 2. Basado en: Formulario OMS de Evaluación de la salud bucodental. Índice Periodónico Comunitario.¹⁷

6.3.2. INTERPRETACIÓN.

Para la interpretación de los valores obtenidos para cada sextante del ÍPC tenemos:

CALIFICACIÓN DEL SEXTANTE	TRATAMIENTO REQUERIDO
0	No hay necesidad de tratamiento.
1	Mejorar la higiene bucal.
2	Tratamiento I (+) (eliminación de cálculo).
3	Tratamiento I + II + raspado y alisado.
4	Tratamiento I + II + cirugía periodontal.

6.4. ÍNDICE de HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO (IHOS)

El Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS) fue diseñado con el objeto de determinar la extensión de la placa dentobacteriana sobre la superficie del esmalte dental de los dientes permanentes. **Figura 3.**

Estrictamente no es un índice que pueda evaluar directamente enfermedad periodontal ni caries dental, solo determina la presencia y extensión de dos factores de riesgo importantes para ambas enfermedades: la placa dentobacteriana y el cálculo dentario, de modo que su levantamiento es obligado cuando se pretende hablar de caries y enfermedad periodontal.

Para su obtención deben ser evaluados seis dientes llamados índices en caso de que uno de ellos no esté presente debe revisarse el diente contiguo y encerrarse en un círculo para identificarlo, para el levantamiento deben estar presentes por lo menos dos dientes de los indicados y en la inspección bucal deben ser observadas seis superficies dentales:

- Superficie vestibular del incisivo central superior derecho.
- Superficie vestibular del incisivo central inferior izquierdo.
- Superficie vestibular del primer molar superior derecho.
- Superficie vestibular del primer molar superior izquierdo
- Superficie lingual del primer molar inferior derecho.
- Superficie lingual del primer molar inferior izquierdo.¹⁸

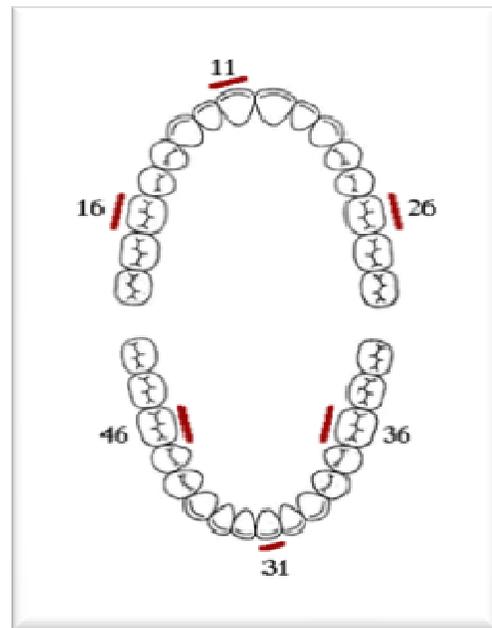


Figura 3 Basada en: Selección de Superficies dentales.¹⁸

Los criterios de placa y cálculo se describen en la siguiente tabla. **Figura 4**

PLACA	CÁLCULO
<p>0 sin placa, sin manchas</p> <p>1 residuos blandos que cubren menos de un tercio de la sup.</p> <p>2 residuos blandos que cubren más de un tercio y menos de dos tercios de la superficie</p> <p>3 residuos blandos que cubren más de dos tercios de la superficie</p>	<p>0 no hay cálculo supragingival</p> <p>1 cálculo supragingival que cubre menos de un tercio de la superficie</p> <p>2 cálculo que cubre entre un tercio y dos tercios de la superficie</p> <p>3 cálculo cubriendo más de dos tercios de la superficie</p>

Figura 4. Basada en: criterios para clasificar placa y cálculo. OHI-S (Simplified - Greene and Vermillion, 1964¹⁸

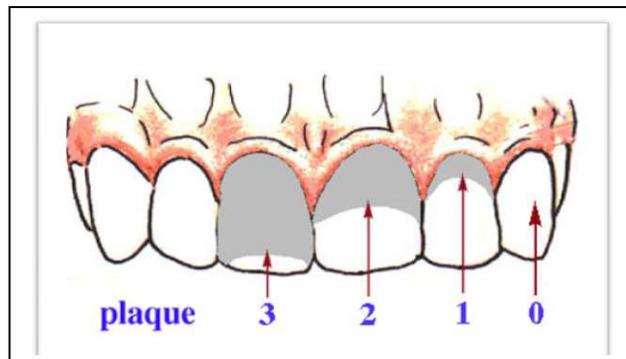


Figura 5. Criterio para clasificar placa.¹⁸

6.4.1. INTERPRETACIÓN.

El índice de cada individuo se obtiene realizando la sumatoria de los códigos asignados a cada diente según la condición observada (figura 4 y 5), esta sumatoria debe ser dividida por el número de dientes presentes. **Figura 6.**

17-16	11-21	26-27
47-46	41-31	36-37
IP =	IC=	IHOS=

Figura 6. Fuente: Historia Clínica de Preventiva y Salud Pública de la F.O. UNAM.

Para determinar el índice basta hacer la sumatoria de los valores de cada diente y dividirla por el número de piezas observadas. **(Figura 7)**

PUNTAJE	INTERPRETACIÓN
0	Condición excelente de higiene oral
0.1- 1.2	Condición buena de higiene oral
1.3 – 3.0	Condición regular de higiene oral
3.1 – 6.0	Condición pobre o deficiente

Figura 7. Basada en: Puntaje e interpretación de placa y cálculo. IHOS. (Greene and Vermillion, 1964)¹⁸

6.5. PREVALENCIA DE CARIES DENTAL (CPO-D)

El CPOD es un índice epidemiológico que mide la experiencia presente y pasada de caries dental en un individuo y en una población determinada, está compuesto por tres componentes: cariado (C), obturado (O) y perdido por caries (P) el odontograma (FDI) incluye a 32 dientes permanentes y si el investigador desea excluir a los terceros molares excluyendo solo se hará el registro de 28 dientes (The Third edition of “Oral Health Surveys – Basic methods”, Geneva 1987,

Así:

1. ¿Cuántos dientes tienen lesiones cariosas? (lesiones incipientes no son incluidas).
2. ¿Cuántos dientes han sido extraídos?
3. ¿Cuántos dientes tienen obturaciones o coronas?

La suma de los valores de los tres componentes del índice CPO-D. Por ejemplo: CPOD de 4-3-9= 16 significa que 4 dientes están cariados, 3 dientes faltan y 9 están obturados. También significa que 12 dientes están intactos. Si un diente tiene una lesión de caries y una restauración se calcula como C solamente. Un índice CPOD de 28 ó 32 significa que todos los dientes se ven afectados.

6.5.1. ESTADO DE LA DENTICIÓN

Según los criterios de la OMS, se utilizan letras y números para registrar el estado de la dentición. Se emplearon casillas para los dientes inferiores y para los dientes superiores, tanto para dientes primarios como para sus sucesores permanentes. En cada casilla debe anotarse la situación de la corona. **Figura 8.**

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

Figura 8. Basada en: Formulario OMS de Evaluación de la salud bucodental. Estado de la dentición.¹⁹

Los criterios para el diagnóstico y codificación (figura 9) son:

0 (A).- Corona sana: una corona se registra como sana sino muestra signos de caries clínica tratada o sin tratar. Se excluyen las fases de la caries que preceden a la formación de cavidades, así como otros trastornos análogos a las fases iniciales de la caries, porque no se pueden diagnosticar de modo fiable. Así una corona que presenta los siguientes defectos, en ausencia de otros criterios positivos, debe codificarse como sana:

- Manchas blancas o yesosas;
- Manchas decoloradas o ásperas, que no resultan blandas al tacto con una sonda IPC metálica;
- Hoyos o fisuras teñidos en el esmalte, que no presentan signos visuales de alteración del esmalte, ablandamiento del suelo o las paredes detectables con una sonda IPC;
- Zonas oscuras, brillantes, duras o punteadas en el esmalte de un diente que presenta signos de fluorosis moderada e intensa;

-
-
- Lesiones que, basándose en su distribución, sus antecedentes o el examen visual/táctil, parecen deberse a la abrasión.

1 (B).- Corona cariada: se registra la presencia de caries cuando una lesión presenta un hoyo o fisura, o en una superficie dental suave, tiene una cavidad inconfundible, un esmalte socavado o un suelo o pared apreciablemente ablandado. También debe incluirse en esta categoría un diente con una obturación temporal un diente que esta obturado pero también cariado. En los casos en los que la corona ha sido destruida por la caries y solo queda la raíz, se considera que la caries ha iniciado en la corona y por ello se clasifica solo como caries de la corona. En caso de duda, la caries no debe registrarse como presente.

2 (C).- Corona obturada con caries: se considera que una corona esta obturada con caries cuando tiene una o más restauraciones permanentes y una o más zonas que estén cariadas. No debe diferenciarse la caries primaria de la secundaria (esto es, se aplica la misma clave con independencia de que las lesiones de caries estén físicamente asociadas a restauraciones.

3 (D).- Corona obturada sin caries: se considera que una corona esta obturada sin caries, cuando se halla una o más restauraciones permanentes y no existe ninguna caries en la corona. Se incluye en esta categoría un diente con una corona colocada debido a una caries anterior. Se aplica la clave 7 a un diente que presenta una corona por cualquier motivo distinto de la caries, ejemplo: soporte de un puente.

4 (E).- Diente perdido, como resultado de caries: Se utiliza esta clave para los dientes permanentes o primarios que han sido extraídos

debido a la presencia de caries, incluyendo el registro en el estado de la corona. Para los dientes perdidos primarios, este grado debe emplearse solo si el sujeto presenta una edad en la que la exfoliación normal no sería explicación suficiente de la ausencia.

5 (-).- Diente permanente perdido, por cualquier otro motivo: Esta clave se utiliza para los dientes permanentes que se consideran ausentes de modo congénito o que se han extraído por motivos ortodónticos o por periodontopatías, traumatismos, etc. Igual que en la clave 4, dos inscripciones de la clave 5 pueden unirse por una línea en los casos de arcos totalmente desdentados.

6 (F).- Obturación de fisura: Se utiliza esta clave para los dientes en los que se ha colocado una oclusión de fisura en la superficie oclusal o para los dientes en los que la fisura oclusal se ha ensanchado con una fresa redondeada o “en forma de llama” colocando un material compuesto. Si el diente obturado tiene caries, debe codificarse como 1 o B.

7 (G).- Soporte de puente, corona especial o funda: Se incluye esta clave en el estado de la corona para indicar que un diente forma parte de un puente fijo, esto es, un soporte de un puente. Esta clave puede también emplearse para coronas colocadas por motivos distintos de la caries y para fundas o laminas que cubren la superficie labial de un diente en el que no hay signos de caries o de restauración.

8 (-).- Corona sin brotar: Esta clasificación está limitada a los dientes permanentes y se utiliza solo para un espacio dental en el que hay un diente permanente sin brotar, pero en ausencia de diente primario. Los dientes clasificados como no erupcionados quedan excluidos de todos los cálculos relativos a la caries dental. Esta categoría no incluye los dientes perdidos congénitamente, por traumatismos, etc.

T (T).- Traumatismo (fractura): Se clasifica una corona como fracturada cuando falta una parte de su superficie como resultado de un traumatismo y no hay signos de caries.

9 (-).- No registrado: Esta clave se utiliza para cualquier diente permanente brotado que por algún motivo no se puede examinar.¹⁷

Código	Criterio
0 (A)	Satisfactorio
1 (B)	Cariado
2 (C)	Obturado con Caries
3 (D)	Obturado sin caries
4 (E)	Perdido por caries
5 (-)	Perdido por otro motivo
6 (F)	Fisura obturada
7 (G)	Soporte de puente o corona especial o funda/implante
8 (-)	Diente sin brotar (corona)/raíz cubierta.
T (T)	Traumatismo
9 (-)	No registrado

Figura 9. Basada en: Claves para el estado de la dentición de los dientes primarios y permanentes.¹⁷

6.6. MATERIALES

- Diez 1X3 (espejo, explorador, sonda periodontal).
- Una caja de guantes de látex desechables.
- Una caja de cubre bocas.
- Lentes de Protección.

-
-
- Una bolsa de gasas.
 - Un paquete de campos.
 - 2 Caimanes.
 - Un liquido revelador (GUM).
 - 20 Batas quirúrgicas.
 - 20 Gorros quirúrgicos.
 - 180 cuestionario de 26 reactivos (ANEXO 2).
 - 25 odontogramas e índices IHOS, IPC Y CPOD (ANEXO 4).
 - Una urna para encuestas.
 - 10 Lápices y bolígrafos.

7. TIPO DE ESTUDIO

Estudio de tipo transversal

8. POBLACIÓN DE ESTUDIO.

Profesores de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Autónoma de México

9. TAMAÑO DE LA MUESTRA.

180 profesores encuestados.

20 profesores que aceptaron una revisión bucal.

10. CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

Profesores de la Facultad de odontología de la UNAM

Masculino – Femenino

Profesores que firmen el consentimiento informado

11. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

Profesores sin disposición de ser voluntarios para el estudio.

12. VARIABLES.

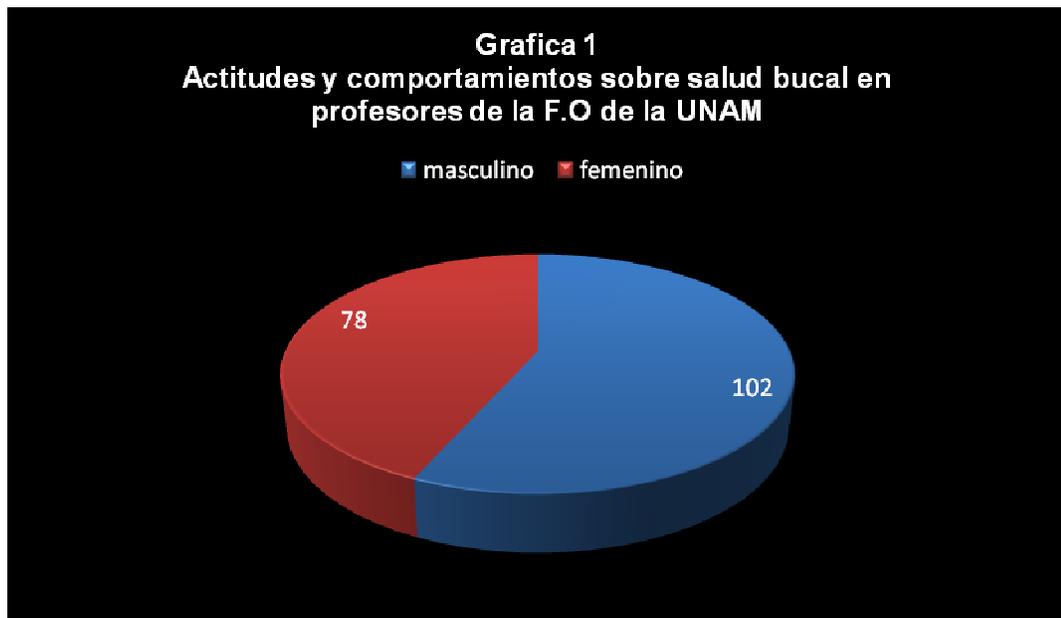
VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL
GÈNERO	Identificación biológica que marca diferencias entre hombre y mujer	Se determinó como femenino o maculino
EDAD	Edad cronológica	Se determinó en años cumplidos
PRESENCIA DE LESIONES	Tejido anormal y lesiones presentes en boca	Se determinó en función de su presencia y clasificación
IHOS	Índice epidemiológico que registra la extensión de placa y cálculo dentario	Se determinó según códigos de registro (OMS)
ÍNDICE PERIODONTICO COMUNITARIO	Índice epidemiológico que registra la presencia de hemorragia gingival, cálculo y bolsas periodónticas encontradas en cada profesor	Se determinó según códigos de registro (OMS)
ÍNDICE CPO	Índice epidemiológico que mide la experiencia de caries presente y pasada	Se determinó según códigos de registro (OMS)

13. RECURSOS HUMANOS.

- Un tutor
- Un asesor
- Un pasante de Odontología

14. RESULTADOS.

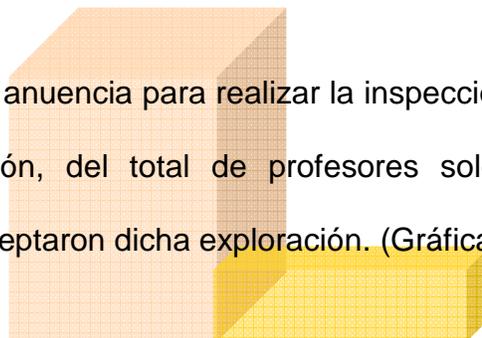
Se encuestaron a 180 profesores de la Facultad de Odontología de la UNAM, de todos los turnos y de diversas áreas, de los cuales el 57%(n=102) corresponden al género masculino y 43%(n=78) al género femenino. (Gráfica 1)



Gráfica 1. Fuente directa

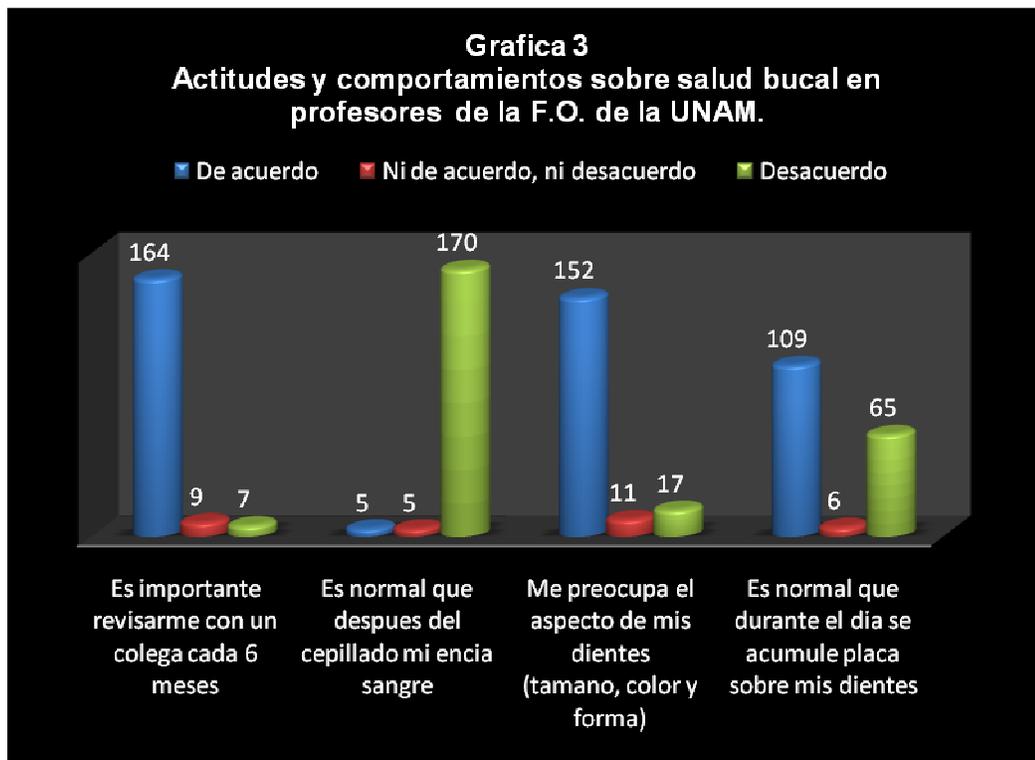
14.1. REVISIÓN BUCAL

Se solicitó su anuencia para realizar la inspección bucal y sentar el estado de la dentición, del total de profesores solo el 11% (n=20) de los profesores aceptaron dicha exploración. (Gráfica 2)



14.2. ACTITUDES Y PRÁCTICAS

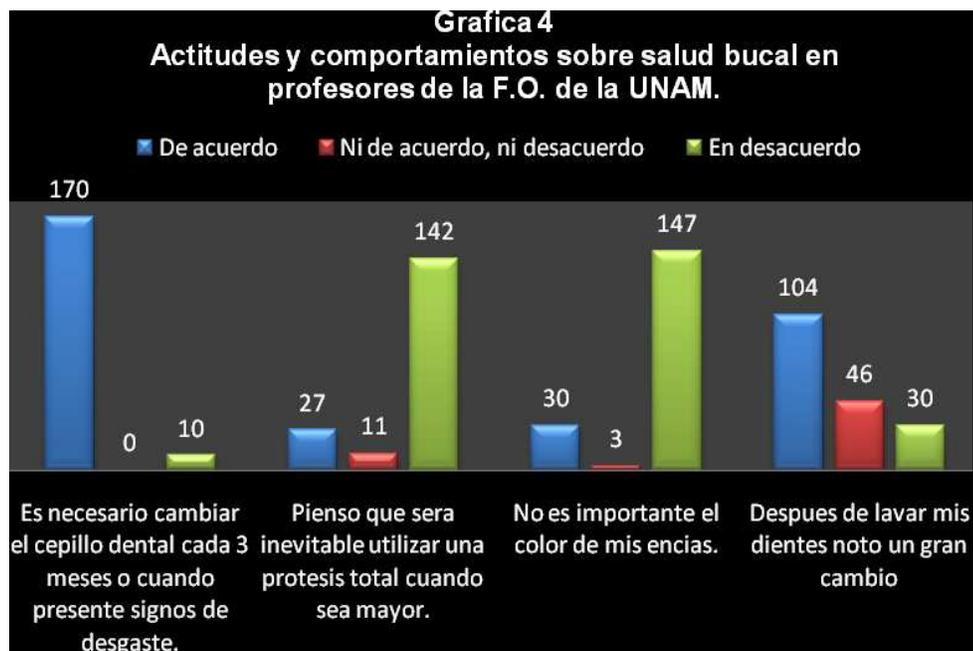
Con cada afirmación del cuestionario administrado (ANEXO 2) se midieron las actitudes de salud bucodental en los profesores de la F.O de la UNAM. En donde se encontró que la actitud máxima fue de 78, con una mínima de 48 y una media de 66. (para revisar valores de actitud ver anexo 3), la distribución de respuestas de opinión de los profesores de la F.O de la UNAM. (Gráficas 3-9)



GRÁFICA 3. FUENTE DIRECTA

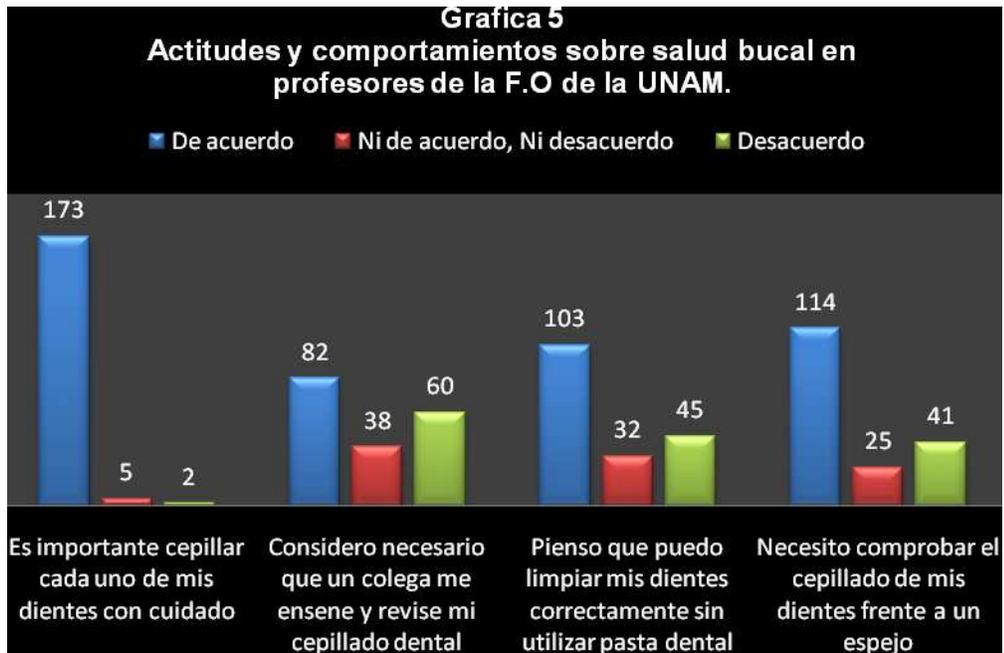
Se observó que el mayor número de los encuestados prefieren que la revisión la haga un colega cada 6 meses, 3%(n=5) piensan que es normal el

sangrado después del cepillado, más de la mitad opina que le es importante el aspecto de sus dientes. (Gráfica 3)



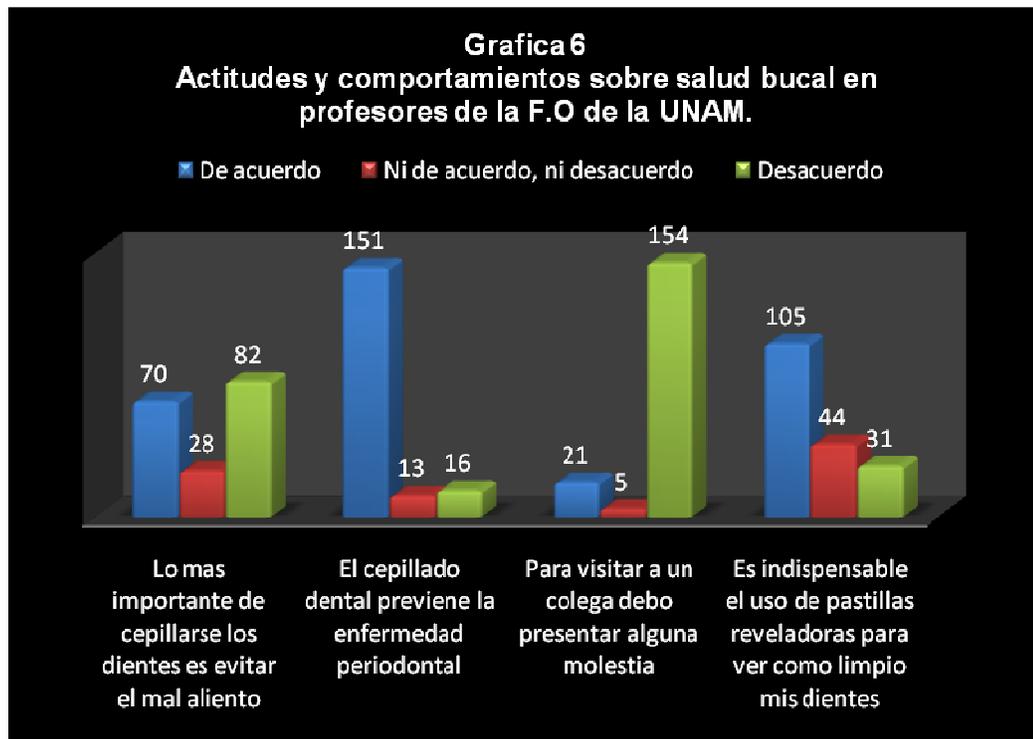
GRAFICA 4. FUENTE DIRECTA

94%(n=170) profesores piensan que es necesario cambiar el cepillo dental cada 3 meses o cuando presente signos de desgaste, en contraparte 78%(n=142) están en desacuerdo en utilizar una prótesis total cuando sean mayores, y 82%(n=147) opinan que es importante el color de sus encías.(Gráfica 4)



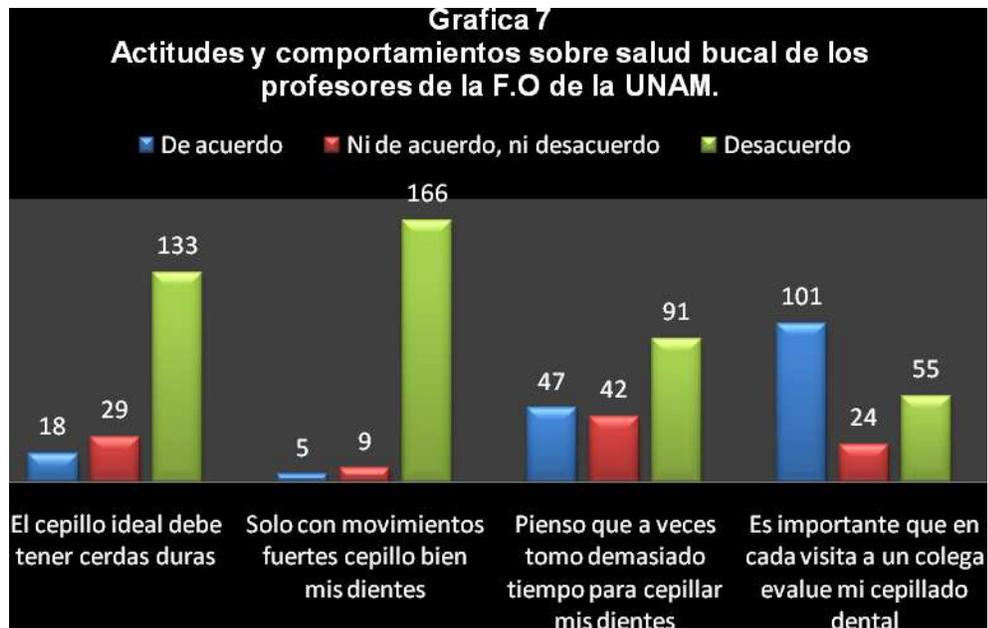
GRÁFICA 5. FUENTE DIRECTA

45%(n=82) profesores opinan que es necesario que un colega les enseñe y revise su cepillado dental, 33%(n=60) opinan lo contrario, 57%(n=103) están de acuerdo en que pueden limpiar sus dientes correctamente sin utilizar pasta dental, y 25%(n=45) dicen lo contrario; 63%(n=114) profesores necesitan comprobar el cepillado de sus dientes frente a un espejo, 23%(n=41) están en desacuerdo.(Gráfica 5)



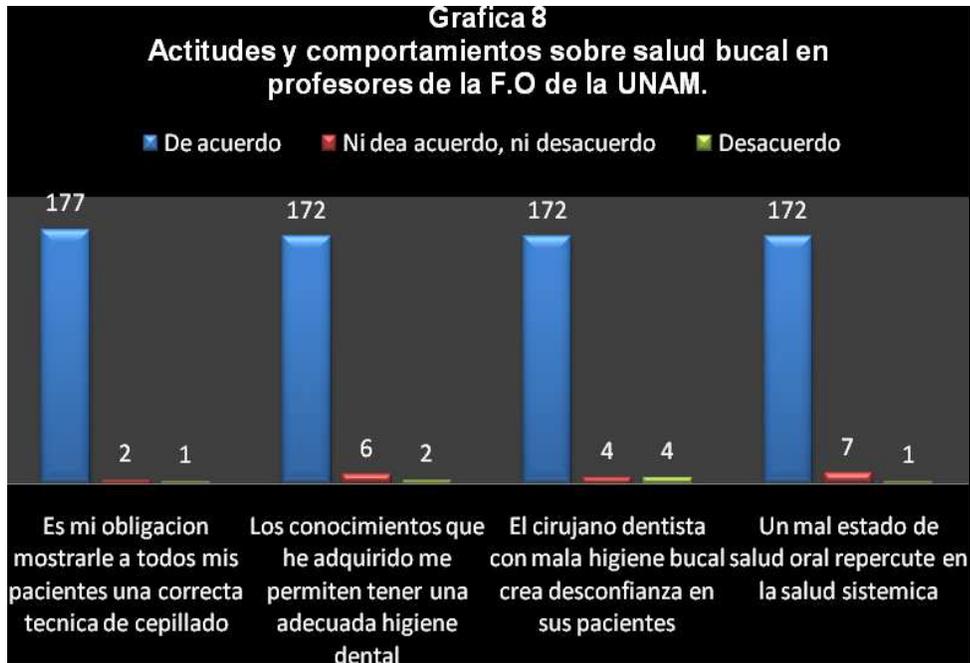
GRÁFICA 6. FUENTE DIRECTA

45%(n=82) profesores están en desacuerdo en que lo mas importante de cepillarse los dientes es evitar el mal aliento, 84%(n=151) están de acuerdo en que el cepillado dental previene la enfermedad periodontal, un gran porcentaje 86%(n=154) están en desacuerdo en que para visitar a un colega deben presentar alguna molestia; y 58%(n=105) piensan que es indispensable el uso de pastillas reveladoras para ver como limpian sus dientes.(Gráfica 6)



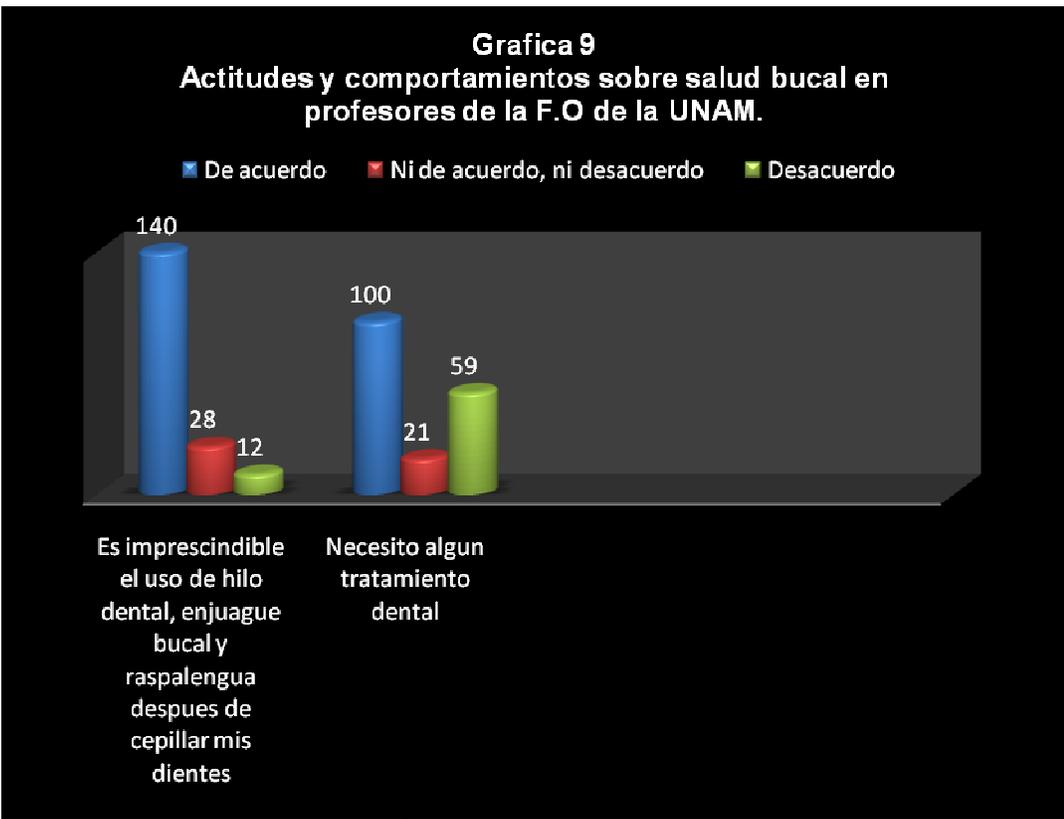
GRÁFICA 7. FUENTE DIRECTA

74%(n=133) están en desacuerdo que el cepillo dental ideal debe tener cerdas duras, solo el 3%(n=5) profesores opinan que solo con movimientos fuertes cepillan bien sus dientes, 56%(n=101) aceptaron que es importante que en cada visita a un colega evalué su cepillado dental.(Gráfica7)



GRÁFICA 8. FUENTE DIRECTA

El 98%(n=177) del profesorado opinan que es su obligación mostrarle a todos sus pacientes una correcta técnica de cepillado y solo 1 profesor opina lo contrario, el 95%(n=172) están de acuerdo que el cirujano dentista con mala higiene bucal crea desconfianza en sus pacientes, y el mismo porcentaje opina que un mal estado de salud oral, repercute en la salud sistémica.(Gráfica 8)



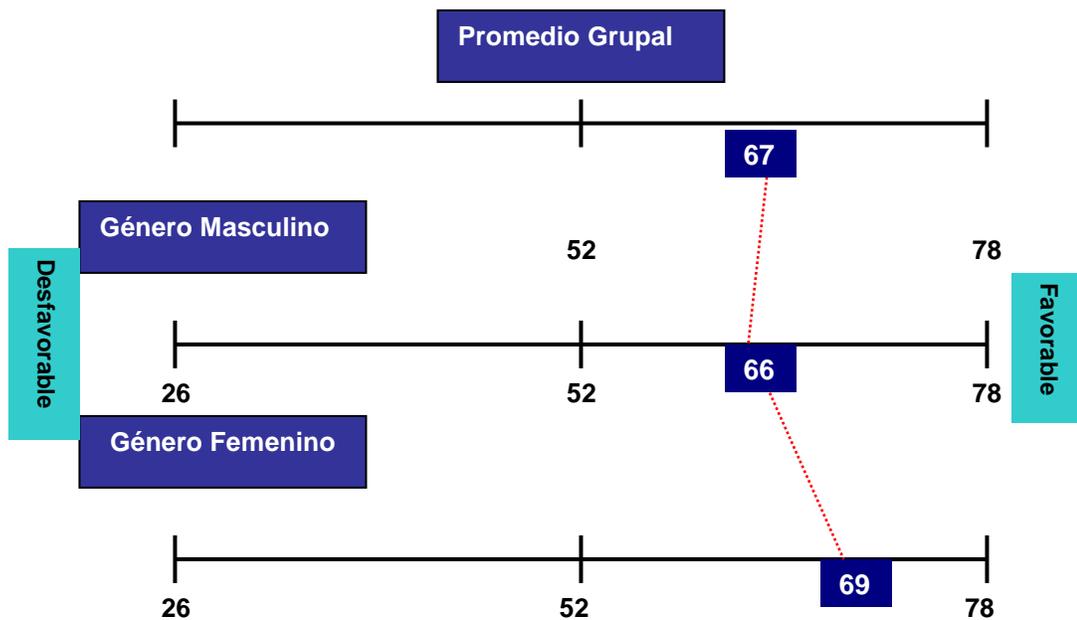
GRÁFICA 9. FUENTE DIRECTA

El 55%(n=100) profesores están de acuerdo en que necesitan algún tratamiento dental, 33%(n=59) opinan lo contrario.

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE AUTOCUIDADO DE LA SALUD BUCAL (ESCALA DE LIKERT)

Los resultados que se muestran se codificaron de las encuestas que midieron las actitudes, los conocimientos, las prácticas sobre salud bucal en los encuestados utilizando la Escala de Likert. La escala sugiere incluir hasta 5 opciones de respuesta para cada ítem, en el presente estudio se utilizaron solo tres tipos de opciones: **de acuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo y en desacuerdo** y la pregunta contestada acertadamente siempre se calificó con 3 puntos, la opción **ni de acuerdo ni en desacuerdo** siempre se calificó con dos puntos, la respuesta errónea se calificó con 1 punto. La gráfica evidencia que las respuestas siempre tendieron a ubicarse en la zona favorable, el promedio grupal es de 67 puntos de un total de 78 pero es el género femenino el que obtiene un mayor puntaje respecto al género masculino y al grupal.

“Actitudes y comportamientos sobre salud bucal de una muestra de 180 profesores de la F.O. de la UNAM.”



14.3. EXPLORACIÓN INTRA BUCAL.

De los 20 profesores revisados, a la exploración intrabucal, se encontró la presencia de anodoncia del órgano dental 41 (imagen 2) y exostosis mandibular bilateral.



Imagen 2. Fuente directa

14.4. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO (ÍNDICES)

El índice de placa (IP) en la muestra total tuvo un promedio de: 0.70 y una desviación estándar de 0.70, la frecuencia de los valores de IP por genero de una muestra de profesores sometidos a la exploración bucodental, se presenta en la tabla 1 y 2.

Tabla de frecuencia de distribución del IP en una muestra de profesores del género masculino de la F.O de la UNAM.

Índice de placa	frecuencia	Porcentaje
0	3	30
.16	1	10
.5	1	10
.83	1	10
1.3	1	10
1.5	1	10
2	1	10
2.5	1	10
total	10	100.00

Tabla 1. Fuente directa

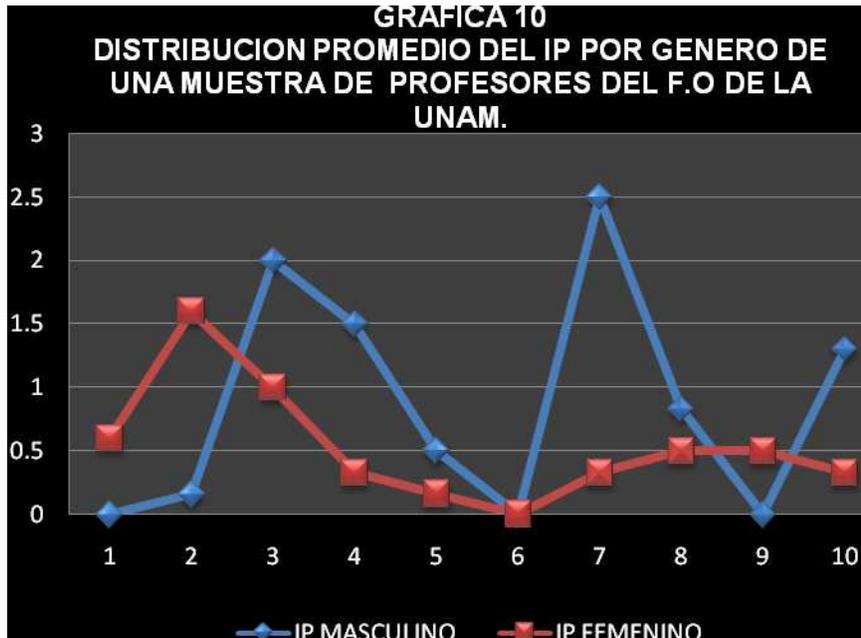
Tabla de frecuencia de distribución del IP en una muestra de profesores del género femenino de la F.O de la UNAM.

Índice de placa	frecuencia	Porcentaje
0	1	10
.16	1	10
.33	3	30
.5	2	20
.6	1	10
1	1	10
1.6	1	10
total	10	100

Tabla 2. Fuente directa

ÍNDICE DE PLACA.

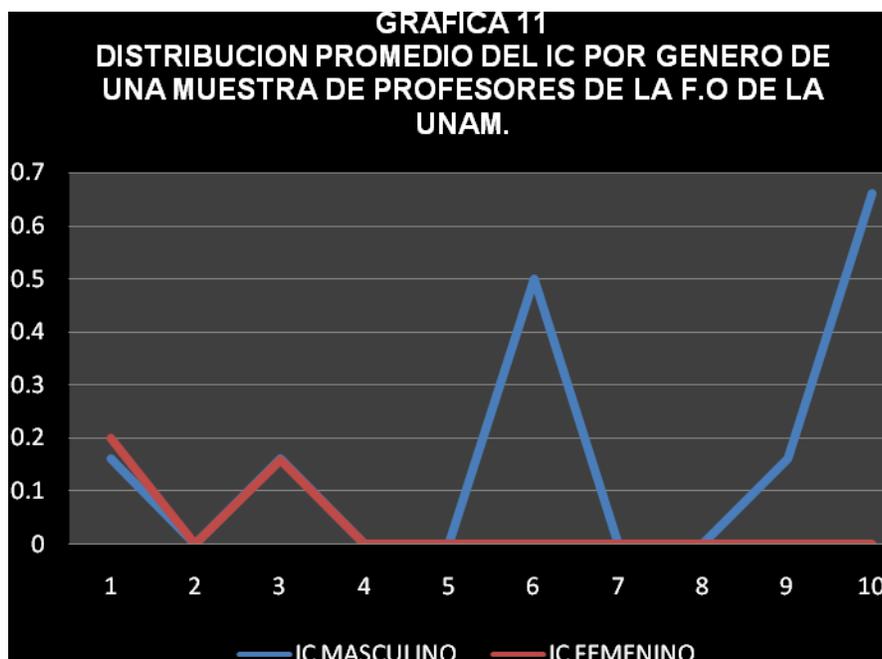
El índice de placa de una muestra de 20 profesores de la F.O de la UNAM, revelo mayor tendencia por el género masculino que del femenino. (Gráfica 10)



Gráfica 10. Fuente directa

ÍNDICE DE CÁLCULO.

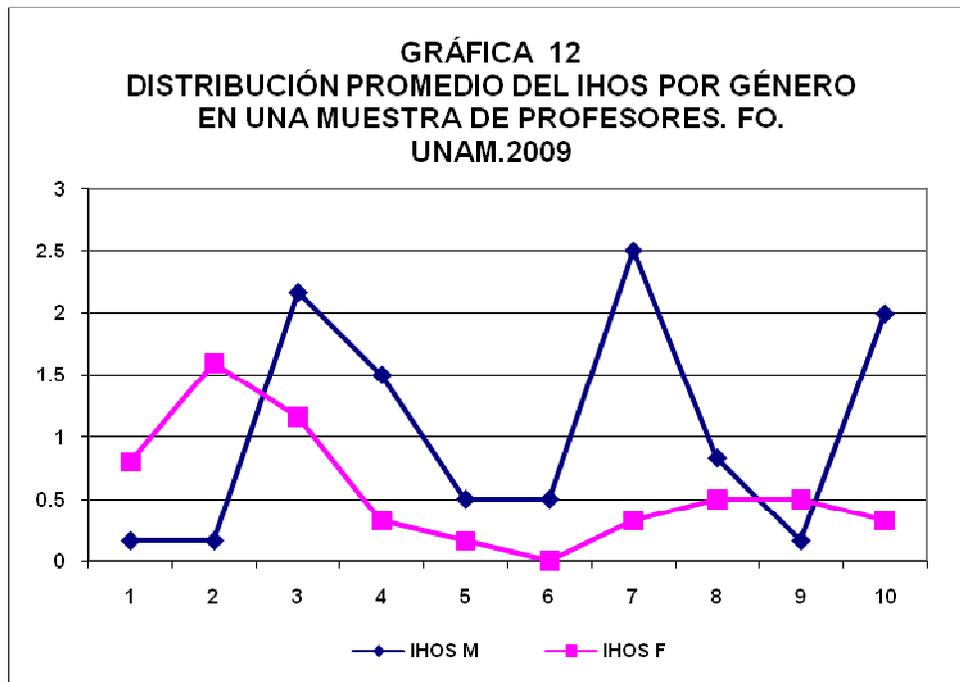
El promedio del índice de cálculo (IC) de la muestra total fue de 0.1, el valor más repetido fue 0, con una desviación estándar de 0.17. Gráfica 11. En el género masculino el promedio del índice de cálculo (IC) fue de 0.16, con una desviación estándar de 0.23 y en el género femenino el promedio fue de 0.03, con una desviación estándar de 0.07. (Gráfica 11)



Gráfica 11. Fuente directa

ÍNDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO.

El índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS) se obtiene de la suma del Índice de placa (IP) y el índice de cálculo (IC), el promedio de IHOS de la muestra total fue de 0.80 (DE= 0.7), el valor mínimo registrado fue de 0 y el máximo fue de 2.5. En el género masculino el promedio de IHOS fue de 1.04 y en el género femenino fue de 0.57. (Gráfica 12)

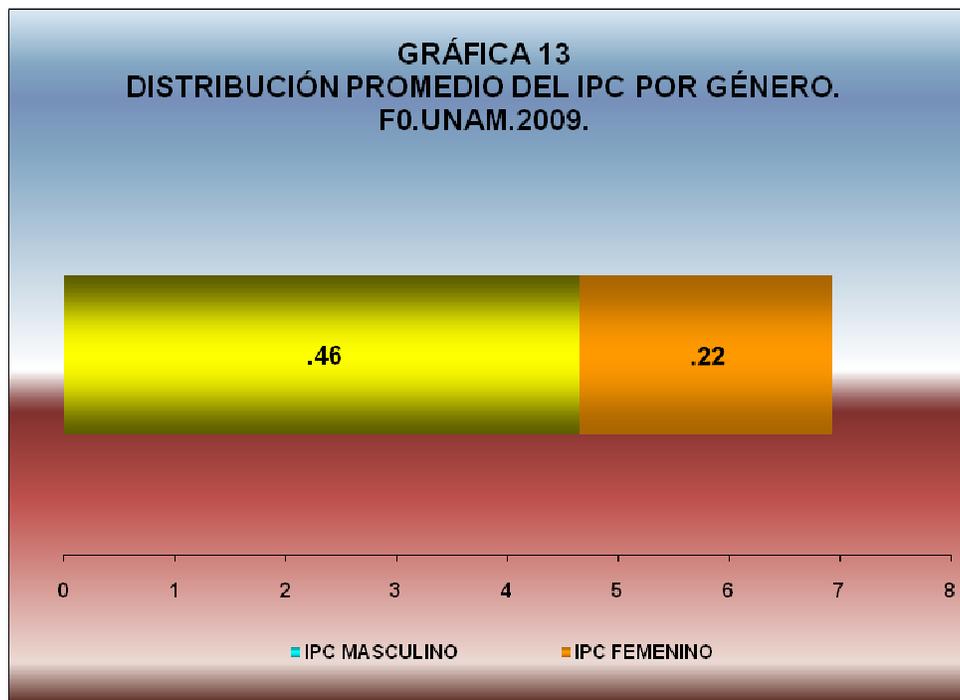


Gráfica 12. Fuente directa

La gráfica demuestra que los promedios de placa (biopelícula) en el género femenino son menores que los promedios del género masculino.

ÍNDICE PERIODONTICO COMUNITARIO.

Los valores obtenidos del índice periodóntico comunitario (IPC) el promedio de la muestra total fue de 0.34 y una desviación estándar de 0.43; indicando que no se necesita tratamiento periodontal. En el género masculino el promedio de (IPC) fue de 0.46 con una desviación estándar de 0.44 y en el género femenino fue de 0.22 (DE=0.41). (Gráfica 13)

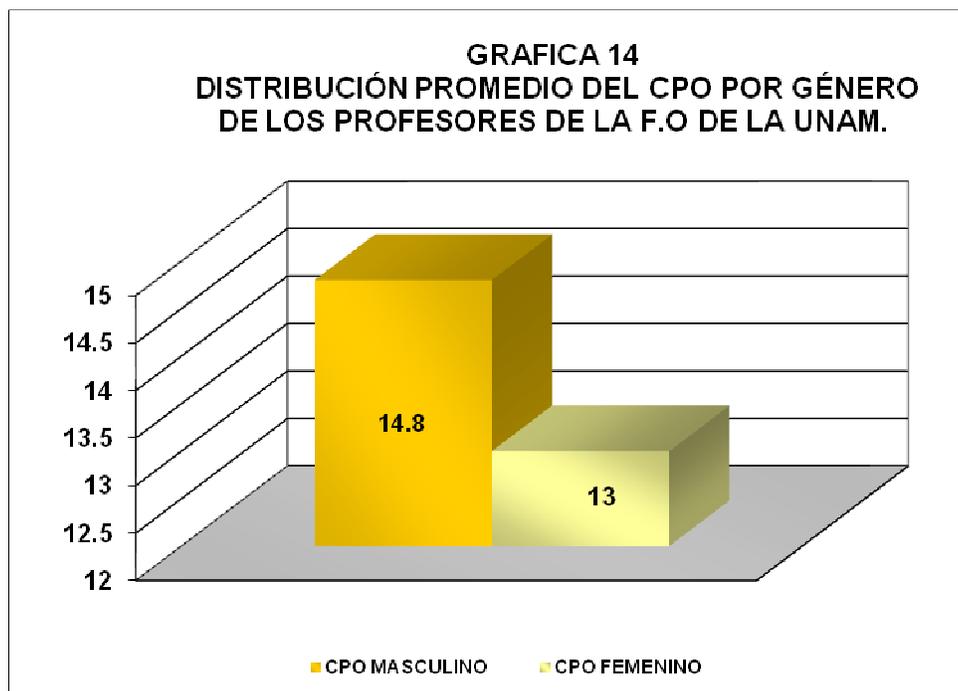


Gráfica 13. Fuente directa

ÍNDICE CARIADO PERDIDO Y OBTURADO POR UNIDAD DIENTE

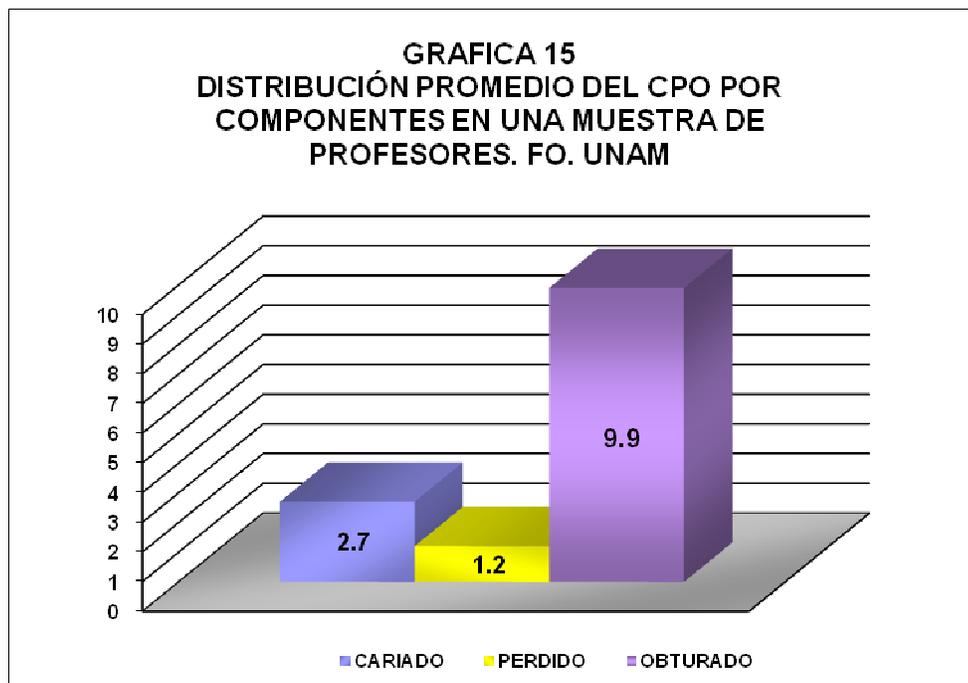
La experiencia presente y pasada de caries dental se obtuvo a través del levantamiento del CPO el promedio de la muestra total fue de 4.6 y una desviación estándar de 4.81, el valor máximo obtenido fue de 23 y el mínimo de 5.

La distribución promedio del CPO por género de los profesores de la F.O de la UNAM fue: género masculino de 14.8 y del género femenino 13. (Gráfica 14)



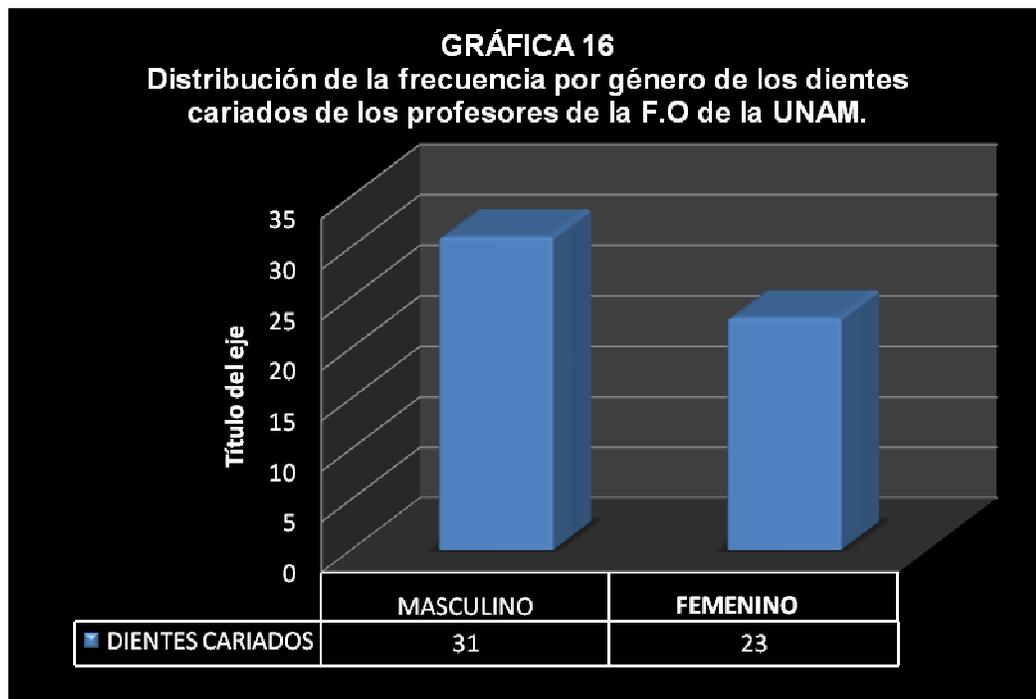
Gráfica 14 fuente directa

Por componentes el CPO-D arroja los siguientes datos: dientes cariados 54, dientes perdidos 24 y obturados 198. (Grafica 15)

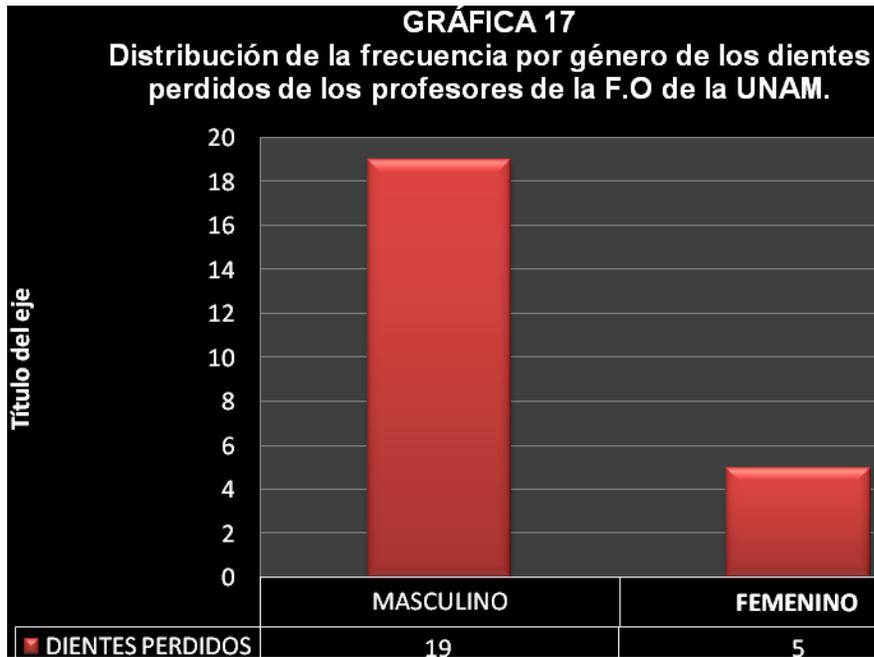


Gráfica 15. Fuente directa

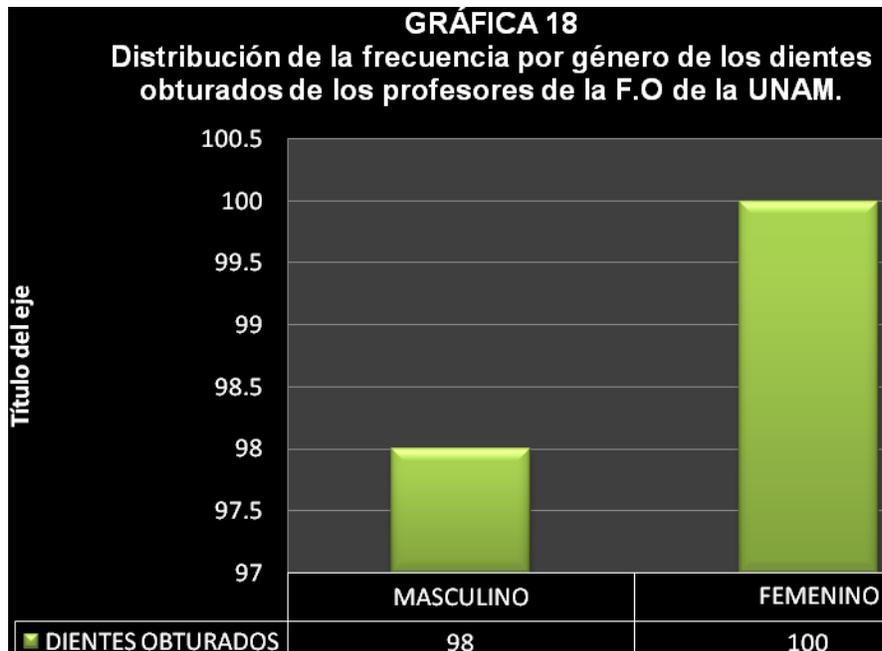
El mayor componente registrado del CPO-D en profesores de la F.O de la UNAM del género masculino fue: obturados con 98 dientes registrados, cariados con 31 y perdidos con 19. En el género femenino los componentes se registraron de la siguiente manera: obturados 100, cariados 23 y perdidos 5. La comparación por género y componente del CPO-D se muestra en las gráficas 16,17 y 18.



Gráfica 16. Fuente directa



Gráfica 17. Fuente directa



Gráfica 18. Fuente directa

15. DISCUSIÓN.

En 1983 Speckman² y colaboradores realizaron un estudio sobre “Dientes cariados, no restituidos y restaurados inadecuadamente en el cirujano dentista”, en el que reportan los hallazgos de estas condiciones en 93 profesionistas estudiados, destacando que 46.2% de ellos había perdido uno o más órganos dentarios y de ellos el 82.5% no los había restituido, el 96.8% presentaba lesiones cariosas no tratadas y el 100% restauraciones deficientes. En nuestro estudio los hallazgos de 20 profesores revisados, presentaron 54 dientes cariados, 24 perdidos y 198 obturados; donde el componente de mayor peso es el de obturados; lo que nos habla de una alta experiencia presente y pasada de caries en los profesores de la Facultad de Odontología de la UNAM.

Tomando en cuenta el reporte de Cortes, et al.⁴, encontraron que el promedio de CPO-D en alumnos de odontología españoles fue de 5.04 y por componentes el promedio de dientes cariados; 0.89, dientes perdidos 0.04 y de dientes obturados 4.11. Con base en nuestro estudio el promedio de CPO-D fue de 4.6 siendo menor que el de los estudiantes españoles, de los profesores mexicanos, el promedio de dientes cariados fue de 2.7, el de dientes perdidos por caries fue de 1.2 y el obturado fue de 9.9.

Pluma N, Sánchez E,²⁰ realizaron un estudio como trabajo de tesina sobre evaluación del impacto de los conocimientos adquiridos en salud bucodental de los alumnos de la FO de la UNAM. 2009 con base en su estudio el promedio CPO-D fue de 5.82, el promedio de dientes cariados fue de 1.79, el de dientes perdidos por caries fue de 0.14 y el obturado de 3.89. Siendo menor el CPO-D de los profesores de la FO de la UNAM con un promedio de 4.6, el promedio de dientes cariados fue de 2.7, el de dientes perdidos por caries fue de 1.2 y el obturado fue de 9.9.

En este mismo año Castillo S. Portillo R.²¹ realizaron un estudio comparativo del estado de salud bucodental de los alumnos de diferentes facultades de la UNAM. Con base en su estudio el índice CPO-D manifestó un comportamiento similar entre las Facultades de Odontología y Medicina, ubicándose entre 5.38 y 5.44. siendo mayor el índice comparado con el CPO-D de los profesores de la FO de la UNAM siendo este de 4.6 y aun mas respecto con alumnos de la Facultad de enfermería que fue de 7.42 su índice promedio de CPO-D, lo cual es un valor alto y nos indica que los alumnos de enfermería requieren mayor educación en cuidado bucodental; en comparación con el IHOS, las 3 facultades mostraron un comportamiento similar presentándose 0.7 y 0.8 de igual manera que en la muestra de los profesores de la FO de la UNAM que fue de 0.8, por lo que demuestra que tanto alumnos como profesores presentan una buena higiene bucal conforme a los rangos de interpretación de este índice.

En el 2003 Gómez García y colaboradores¹, al buscar en la base de datos de Medline y Ovid, se encontraron con una total carencia de trabajos recientes orientados a explorar las condiciones de salud bucal entre los dentistas, por lo que decidieron efectuar una investigación de corte cualitativo, exploratorio y transversal, que permitió conocer el estado de salud bucal de algunos dentistas de la zona norte del valle de México, el levantamiento de la información se realizó entre mayo y septiembre del año 2001, teniendo que acudir a 123 consultorios dentales por el rechazo encontrado en 63 de ellos, la muestra fue de tan solo 60 dentistas en ejercicio profesional. De los cuales 36 (60%) fueron mujeres y 24 (40%) hombres, se encontró que el 46.7% de los examinados requería algún tipo de atención odontológica, profundizando en estas necesidades de atención, se observó que el 40% de estos dentistas presentaban caries dental, 11 habían perdido algún órgano dentario, la totalidad de ellos tenía al menos una obturación funcional y en 25 alguna que debió haber sido substituida, además de siete dentistas que presentaban materia alba al momento de ser examinados. Destaca tres hombres presentaron gingivitis localizada y uno generalizada, una mujer y seis hombres padecían halitosis, tres hombres tenían algún órgano en estado de deterioro que ameritarían extracción, 17 dentistas tenían prótesis en aparente buen estado y ocho en mal estado.

Es evidente que tanto este estudio como el de los profesores tienen solamente un alcance ilustrativo, ya que las muestras de ninguna manera es representativo de los dentistas que ejercen en México y menos de los dentistas en general; sin embargo los resultados son relevantes y dignos de ser analizados.

El primer punto que resalta de estos estudios junto con esta investigación, es la negativa de una importante cantidad de profesores y dentistas para ser examinados por un alumno o en su defecto por otro dentista, lo que sugiere que su salud bucal no era la más adecuada, por lo que los resultados encontrados en este estudio pueden ser subestimaciones de una condición más severa.

Entre los resultados expuestos, resalta la importante proporción de dentistas que requieren atención, especialmente por lesiones cariosas no atendidas, enfermedad gingival y obturaciones defectuosas.

16. CONCLUSIONES.

1. Este estudio demostró que la higiene bucodental en los profesores de la F.O de la UNAM es buena, pues el promedio de IHOS fue de 0.80, esto indica una buena condición de higiene bucal.
2. El promedio de IP para los profesores del género masculino fue mayor que en las mujeres (.87>.53), al igual que en el IC que fue de .16 para los hombres y .03 para las mujeres.
3. El promedio de IHOS para los profesores del género masculino fue mayor que en las mujeres (1.04>0.57).
4. En el índice periodontico comunitario, se registro un alto porcentaje que codificaron 0, reflejando que el estado de sus tejidos periodontales es sano; de igual forma muestra valores ligeramente más altos para los profesores masculinos con un .46 y .22 para las mujeres; sin embargo el CPO-D registro 54 dientes cariados, 24 perdidos y 198 obturados, lo que nos habla de una alta experiencia presente y pasada de caries en los profesores de la F.O de la UNAM.
5. El promedio de CPO-D por genero fue menor en las mujeres que en los hombres (13<14.8).
6. Los componentes cariados y perdidos son mayores en el género masculino presentando 31 cariados, 19 perdidos y 98 obturados, mientras que en el género femenino prevalecen más los dientes obturados 100 mientras que en dientes cariados son 23 y perdidos 5.

-
-
7. Con relación a las actitudes sobre salud bucodental, los profesores de la Facultad de Odontología de la UNAM tienen una actitud favorable, cabe mencionar que existe duda con respecto a la mayoría del profesorado en cuanto a su estado de salud bucal, ya que solo el 11% de 180 profesores aceptaron la revisión clínica.
 8. Se demostró que los profesores del género masculino tuvieron una actitud menos favorable que las mujeres.
 9. Es importante y necesario implementar campañas de salud bucodental tanto para los profesores como para los mismos alumnos, esto con el fin de motivarlos a que tengan mayor congruencia con su profesión, que es básicamente la de ser promotores de la salud, y con esto ser un claro ejemplo para sus pacientes esto es predicar con el ejemplo.

17. REFERENCIAS.

1. M. en I.S.S. Roberto Gómez García, C.D. Obdulia Lozano Peralta, C.D. Ma. Teresa Quiróz Quintanar. La Salud bucal de los dentistas. Vol. LX, No. 4 Julio – Agosto 2003 pp. 127 – 129. Disponible en: www.medigraphic.com/adm
2. Israel Speckman B, Dr. Jorge Cardenas Chagoya, C.D. Adriana Mc Gregor, Dra. Dientes cariados, no restituidos y restaurados inadecuadamente en el cirujano dentista. Adm XL/1-2 Ene, Feb, Mar, Abr. 1983
3. Makoto Kawamura, BS., D.D.S., PD., et al. A comparison of self-reported dental health attitudes and behavior between selected Japanese and Australian students J. Dent. Education. April 1997. Vol: 61;4:354-360.
4. Francisco Javier Cortes, MD./ D.D.S., PhD, et al. The evolution of dental health in Dental students at the University of Barcelona. Journal of Dental Education. October 2002. Vol: 66 No 10, 1203-1208
5. Liran Levin, D.M.D.; Alon Shenkman, D.M.D. The relationship between dental caries status and oral health attitudes and behavior in young Israeli Adults. Journal Dent. Education. 2004; 68: 1185-1191.
6. Al-Omari QD, Hamasha AA. Gender-specific oral health attitudes and behavior among dental students in Jordan. The Journal of Contemporary Dental Practice, February 15, 2005. Vol 6: (1): 1-6. Disponible en: http://www.thejcdp.com/issue021/al_omari/al_omari.pdf.
7. Takashi Komabayashi, et al. A comparative study of oral health attitudes and behavior using the Hiroshima University-Dental Behavioural Inventory (HU-DBI) between dental students in Britain and China, Journal of Oral Science, 2005. Vol. 47, No 1, 1-7.
8. Arévalo Sandra J., Félix R. María, Rivera C. Ivette., Sánchez Francisco. Situación de la salud bucal de la población universitaria hondureña, Revista Médica de Honduras, 2005, 73: 161-165. Disponible en: <http://www.bvs.hn/RMH75/pdf/2005/pdf/vol73-4-2005-3.pdf>

-
-
9. Argy Polychronopoulou, Makoto Kawamura, Oral self-care behaviours: comparing Greek and Japanese dental students. *Eur J Dent Educ*, July 2005. Vol: 9: 164-170.
 10. Solórzano I, Rocha M y Lepe V. Salud oral en estudiantes de odontología de México, *Rev. ADM*, Septiembre-Octubre 2007. Vol. LXIV, 5: 187-191.
 11. Morales HF, Borges Yáñez S.A., Universidad de Hiroshima- Inventario de Comportamiento Dental. Validación en Español. 2008
 12. Rushabh J. Dagli, et al. Self reported dental health attitude and behavior of dental students in India, *Journal of Oral Science*, Vol 50, No. 3, 267-272, June 2008.
 13. Kawamura M. Yip HK, HUD Y, et al. A cross – cultural comparison of oral attitudes and behavior among freshman dental students in Japan, Hong Kong and West China. *In dent J*. 2001;51. 159-163.
 14. Maupomé G, Borges A, Diez de Bonilla J. Knowledge and opinions about dental human health resources planning in México. *Int Dent J*. 1998; 48 (1): 24-31
 15. SECRETARIA DE SALUD, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades, Dirección General de Calidad y Educación en Salud, et al. MODIFICACIÓN A LA NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-013-SSA2-1994, PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES BUCALES, PARA QUEDAR COMO, NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-013-SSA2-2006, PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES BUCALES. [Sede web] publicada en: Octubre del 2008. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5063213&fecha=08/10/2008.
 16. Roberto Hernández Sampieri; Carlos Fernández Collado y Pilar Baptista Lucio. *Metodología de la Investigación*. México Mc-Graw Hill. 2003.
 17. WHO. *Oral Health Surveys: Basic Methods*. Geneva: World Health Organization, 1997. Ed. n⁴.
 18. Country/Area Profile Programme (CAPP) [Sede web]. Malmö, Sweden; [actualizado Dec 2005/Jan 2006] acceso febrero 24. WHO Oral Health Country/Area Profile Programme, *Oral Health Methods and Indices*. Disponible en: <http://www.whocollab.od.mah.se/index.html>.

-
-
19. Asociación Médica Mundial (AMM). DECLARACION DE HELSINKI DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. 59ª Asamblea General, Seúl, Corea, Octubre 2008. 1-6. Disponible en: <http://www.wma.net/s/policy/pdf/17c.pdf>.

 20. Pluma M J N, Sánchez. Evaluación del Impacto de los Conocimientos Adquiridos en Salud Buco Dental de los Alumnos de la F.O. (UNAM) 2009. Tesina Coordinación de Patología Bucal
 21. Castillo S. Portillo R. Estudio Comparativo del estado de salud bucodental de los alumnos de diferentes facultades de la UNAM. Tesina Coordinación de Patología Bucal.

16.1 IMÁGENES TOMADAS DE INTERNET.

1. Imagen 1. Fuente: <http://www.sdpt.net/PER/cptin1.htm>

18. ANEXOS.

18.1. ANEXO 1.

El Hiroshima University – Dental Behavioural Inventory (HU-DBI), se traduce como: Universidad de Hiroshima – Inventario de Comportamiento Dental, el cual sirve para evaluar actitudes, percepciones y comportamiento hacia la higiene bucodental, consta de 20 preguntas con respuestas dicotómicas (de acuerdo y en desacuerdo), de las cuales 12 son validas y la máxima calificación posible es 13, la versión original se realizó en japonés y posteriormente se tradujo al ingles, la cual es una versión con adecuada consistencia interna y confiabilidad prueba-reprueba; este instrumento fue administrado en por lo menos 17 países y traducido a por lo menos 10 idiomas.

INSTRUMENTO HU – DBI ESPAÑOL.

1. No me preocupa mucho ir al dentista.
2. Mis encías sangran cuando cepillo mis dientes.
3. Me preocupa el color de mis dientes.
4. He notado depósitos blancos (placa) pegajosos en mis dientes.
5. Utilizo un cepillo dental de tamaño pequeño (para niños).
6. No creo poder evitar tener dientes postizos cuando sea vieja.
7. Me molesta el color de mis encías.
8. Creo que mis dientes están empeorando a pesar de que los cepillo diario.
9. Cepillo cada uno de mis dientes.
10. Nunca me han enseñado profesionalmente como cepillarme.
11. Creo que puedo limpiar bien mis dientes sin utilizar pasta dental.
12. Reviso frecuentemente mis dientes en un espejo después de cepillarme.
13. Me preocupa tener mal aliento.
14. Es imposible evitar la enfermedad de las encías solamente con el cepillo.
15. Pospongo ir al dentista hasta que tengo dolor dental.
16. He utilizado solución reveladora para ver que tan limpios están mis dientes.
17. Utilizo un cepillo dental de cerdas duras.
18. No siento haberme cepillado bien a menos que me cepille con movimientos fuertes.
19. A veces me toma mucho tiempo cepillar mis dientes.
20. Mi dentista me ha dicho que me cepillo muy bien.

18.2 ANEXO 2.



Facultad de Odontología
Universidad Nacional Autónoma de México
Seminario de Titulación
Patología Bucal



“Actitudes y comportamientos sobre salud bucal en profesores de la F.O de la UNAM”

DISTINGUIDO PROFESOR (A): EL SIGUIENTE CUESTIONARIO TIENE COMO FIN RECABAR INFORMACIÓN ACERCA DE ACTITUDES Y COMPORTAMIENTOS SOBRE SALUD ORAL EN PROFESORES DE LA FO. EL PARTICIPAR NO INVOLUCRA RIESGO ALGUNO, LA INFORMACIÓN QUE PROPORCIONE SERÁ CONFIDENCIAL, ANÓNIMA Y NO SERÁ PERSONALMENTE IDENTIFICADO EN EL REPORTE DE LOS RESULTADOS.

LEE CON ATENCIÓN LOS SIGUIENTES ENUNCIADOS Y COLOCA EN EL RECUADRO CON UNA (X) LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA A TU OPINIÓN.

1.- ES IMPORTANTE REVISARME CON UN COLEGA CADA 6 MESES.

1) De acuerdo	
2) Ni de acuerdo, ni desacuerdo	
3) En desacuerdo	

2.- ES NORMAL QUE DESPUÉS DEL CEPILLADO MI ENCÍA SANGRE.

1) De acuerdo	
2) Ni de acuerdo, ni desacuerdo	
3) En desacuerdo	

3.- ME PREOCUPA EL ASPECTO DE MIS DIENTES (TAMAÑO, COLOR Y FORMA).

1) De acuerdo	
2) Ni de acuerdo, ni desacuerdo	
3) En desacuerdo	

4.- ES NORMAL QUE DURANTE EL DÍA SE ACUMULE PLACA SOBRE MIS DIENTES.

1) De acuerdo	
2) Ni de acuerdo, ni desacuerdo	
3) En desacuerdo	

5.- ES NECESARIO CAMBIAR EL CEPILLO DENTAL CADA TRES MESES O CUANDO PRESENTE SIGNOS DE DESGASTE.

1) De acuerdo	
2) Ni de acuerdo, ni desacuerdo	
3) En desacuerdo	

6.- PIENSO QUE SERÁ INEVITABLE UTILIZAR UNA PRÓTESIS TOTAL CUANDO SEA MAYOR.

1) De acuerdo	
2) Ni de acuerdo, ni desacuerdo	
3) En desacuerdo	

7.- NO ES IMPORTANTE EL COLOR DE MIS ENCÍAS.

1) De acuerdo	
2) Ni de acuerdo, ni desacuerdo	
3) En desacuerdo	

8.- DESPUÉS DE LAVAR MIS DIENTES NOTO UN GRAN CAMBIO.

1) De acuerdo	
2) Ni de acuerdo, ni desacuerdo	
3) En desacuerdo	

9.- ES IMPORTANTE CEPILLAR CADA UNO DE MIS DIENTES CON CUIDADO.

1) De acuerdo	
2) Ni de acuerdo, ni desacuerdo	
3) En desacuerdo	

10.- CONSIDERO NECESARIO QUE UN COLEGA ME ENSEÑE Y REVISE MI CEPILLADO DENTAL.

1) De acuerdo	
2) Ni de acuerdo, ni desacuerdo	
3) En desacuerdo	

11.- PIENSO QUE PUEDO LIMPIAR MIS DIENTES CORRECTAMENTE SIN UTILIZAR PASTA DENTAL.

1) De acuerdo	
2) Ni de acuerdo, ni desacuerdo	
3) En desacuerdo	

12.- NECESITO COMPROBAR EL CEPILLADO DE MIS DIENTES FRENTE A UN ESPEJO.

1) De acuerdo	
2) Ni de acuerdo, ni desacuerdo	
3) En desacuerdo	

13.- LO MÁS IMPORTANTE DE CEPILLARSE LOS DIENTES ES EVITAR EL MAL ALIENTO.

1) De acuerdo	
2) Ni de acuerdo, ni desacuerdo	
3) En desacuerdo	

14.- EL CEPILLADO DENTAL PREVIENE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL.

1) De acuerdo	
2) Ni de acuerdo, ni desacuerdo	
3) En desacuerdo	

15.- PARA VISITAR A UN COLEGA DEBO PRESENTAR ALGUNA MOLESTIA.

1) De acuerdo	
2) Ni de acuerdo, ni desacuerdo	
3) En desacuerdo	

16.- ES INDISPENSABLE EL USO DE PASTILLAS REVELADORAS PARA VER COMO LIMPIO MIS DIENTES.

1) De acuerdo	
2) Ni de acuerdo, ni desacuerdo	
3) En desacuerdo	

17.- EL CEPILLO IDEAL DEBE TENER CERDAS DURAS.

1) De acuerdo	
2) Ni de acuerdo, ni desacuerdo	
3) En desacuerdo	

18.- SOLO CON MOVIMIENTOS FUERTES CEPILLO BIEN MIS DIENTES.

1) De acuerdo	
2) Ni de acuerdo, ni desacuerdo	
3) En desacuerdo	

19.- PIENSO QUE A VECES TOMO DEMASIADO TIEMPO PARA CEPILLAR MIS DIENTES.

1) De acuerdo	
2) Ni de acuerdo, ni desacuerdo	
3) En desacuerdo	

20.- ES IMPORTANTE QUE EN CADA VISITA A UN COLEGA EVALÚE MI CEPILLADO DENTAL.

1) De acuerdo	
2) Ni de acuerdo, ni desacuerdo	
3) En desacuerdo	

21.- ES MI OBLIGACIÓN MOSTRARLE A TODOS MIS PACIENTES UNA CORRECTA TÉCNICA DE CEPILLADO.

1) De acuerdo	
2) Ni de acuerdo, ni desacuerdo	
3) En desacuerdo	

22.- LOS CONOCIMIENTOS QUE HE ADQUIRIDO ME PERMITEN TENER UNA ADECUADA HIGIENE DENTAL.

1) De acuerdo	
2) Ni de acuerdo, ni desacuerdo	
3) En desacuerdo	

23.- EL CIRUJANO DENTISTA CON MALA HIGIENE BUCAL CREA DESCONFIANZA EN SUS PACIENTES.

1) De acuerdo	
2) Ni de acuerdo, ni desacuerdo	
3) En desacuerdo	

24.- UN MAL ESTADO DE SALUD ORAL REPERCUTE EN LA SALUD SISTÉMICA.

1) De acuerdo	
2) Ni de acuerdo, ni desacuerdo	
3) En desacuerdo	

25.- ES IMPRESCINDIBLE EL USO DE HILO DENTAL, ENJUAGUE BUCAL Y RASPALENGUA DESPUÉS DE CEPILLAR MIS DIENTES.

1) De acuerdo	
2) Ni de acuerdo, ni desacuerdo	
3) En desacuerdo	

26.- NECESITO ALGÚN TRATAMIENTO DENTAL

1) De acuerdo	
2) Ni de acuerdo, ni desacuerdo	
3) En desacuerdo	

MUCHO AGRADECERIAMOS SI NOS PERMITIERA REALIZARLE UNA REVISIÓN BUCAL CON LA INTENCIÓN DE RECABAR MAYOR INFORMACIÓN PARA HACER MAS SÓLIDA ESTA INVESTIGACIÓN.

SI ESTA DE ACUERDO: PROPORCIONE SU NOMBRE, PARA POSTERIORMENTE CONTACTARLO

RECORDÁNDOLE QUE DICHA INFORMACIÓN SERÁ ESTRICTAMENTE CONFIDENCIAL Y ANÓNIMA.

Tutor: C.D. Sergio F. Tablada Lozano

Asesor: Dr. Javier Portilla Robertson

Tesista: Juan Manuel Peralta Sánchez

18.3. ANEXO 3. Valor numérico otorgado a cada una de las afirmaciones del cuestionario modificado HU – DBI.

1.- ES IMPORTANTE REVISARME CON UN COLEGA CADA 6 MESES.

1) De acuerdo	3
2) Ni de acuerdo, ni desacuerdo	2
3) En desacuerdo	1

2.- ES NORMAL QUE DESPUÉS DEL CEPILLADO MI ENCÍA SANGRE.

1) De acuerdo	1
2) Ni de acuerdo, ni desacuerdo	2
3) En desacuerdo	3

3.- ME PREOCUPA EL ASPECTO DE MIS DIENTES (TAMAÑO, COLOR Y FORMA).

1) De acuerdo	3
2) Ni de acuerdo, ni desacuerdo	2
3) En desacuerdo	1

4.- ES NORMAL QUE DURANTE EL DÍA SE ACUMULE PLACA SOBRE MIS DIENTES.

1) De acuerdo	1
2) Ni de acuerdo, ni desacuerdo	2
3) En desacuerdo	3

5.- ES NECESARIO CAMBIAR EL CEPILLO DENTAL CADA TRES MESES O CUANDO PRESENTE SIGNOS DE DESGASTE.

1) De acuerdo	3
2) Ni de acuerdo, ni desacuerdo	2
3) En desacuerdo	1

6.- PIENSO QUE SERÁ INEVITABLE UTILIZAR UNA PRÓTESIS TOTAL CUANDO SEA MAYOR.

1) De acuerdo	1
2) Ni de acuerdo, ni desacuerdo	2
3) En desacuerdo	3

7.- NO ES IMPORTANTE EL COLOR DE MIS ENCÍAS.

1) De acuerdo	1
2) Ni de acuerdo, ni desacuerdo	2
3) En desacuerdo	3

8.- DESPUÉS DE LAVAR MIS DIENTES NOTO UN GRAN CAMBIO.

1) De acuerdo	3
2) Ni de acuerdo, ni desacuerdo	2
3) En desacuerdo	1

9.- ES IMPORTANTE CEPILLAR CADA UNO DE MIS DIENTES CON CUIDADO.

1) De acuerdo	3
---------------	---

2) Ni de acuerdo, ni desacuerdo	2
3) En desacuerdo	1

10.- CONSIDERO NECESARIO QUE UN COLEGA ME ENSEÑE Y REVISE MI CEPILLADO DENTAL.

1) De acuerdo	3
2) Ni de acuerdo, ni desacuerdo	2
3) En desacuerdo	1

11.- PIENSO QUE PUEDO LIMPIAR MIS DIENTES CORRECTAMENTE SIN UTILIZAR PASTA DENTAL.

1) De acuerdo	3
2) Ni de acuerdo, ni desacuerdo	2
3) En desacuerdo	1

12.- NECESITO COMPROBAR EL CEPILLADO DE MIS DIENTES FRENTE A UN ESPEJO.

1) De acuerdo	3
2) Ni de acuerdo, ni desacuerdo	2
3) En desacuerdo	1

13.- LO MÁS IMPORTANTE DE CEPILLARSE LOS DIENTES ES EVITAR EL MAL ALIENTO.

1) De acuerdo	1
2) Ni de acuerdo, ni desacuerdo	2
3) En desacuerdo	3

14.- EL CEPILLADO DENTAL PREVIENE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL.

1) De acuerdo	3
2) Ni de acuerdo, ni desacuerdo	2
3) En desacuerdo	1

15.- PARA VISITAR A UN COLEGA DEBO PRESENTAR ALGUNA MOLESTIA.

1) De acuerdo	1
2) Ni de acuerdo, ni desacuerdo	2
3) En desacuerdo	3

16.- ES INDISPENSABLE EL USO DE PASTILLAS REVELADORAS PARA VER COMO LIMPIO MIS DIENTES.

1) De acuerdo	3
2) Ni de acuerdo, ni desacuerdo	2
3) En desacuerdo	1

17.- EL CEPILLO IDEAL DEBE TENER CERDAS DURAS.

1) De acuerdo	1
2) Ni de acuerdo, ni desacuerdo	2
3) En desacuerdo	3

18.- SOLO CON MOVIMIENTOS FUERTES CEPILLO BIEN MIS DIENTES.

1) De acuerdo	1
2) Ni de acuerdo, ni desacuerdo	2
3) En desacuerdo	3

19.- PIENSO QUE A VECES TOMO DEMASIADO TIEMPO PARA CEPILLAR MIS DIENTES.

1) De acuerdo	1
2) Ni de acuerdo, ni desacuerdo	2
3) En desacuerdo	3

20.- ES IMPORTANTE QUE EN CADA VISITA A UN COLEGA EVALÚE MI CEPILLADO DENTAL.

1) De acuerdo	3
2) Ni de acuerdo, ni desacuerdo	2
3) En desacuerdo	1

21.- ES MI OBLIGACIÓN MOSTRARLE A TODOS MIS PACIENTES UNA CORRECTA TÉCNICA DE CEPILLADO.

1) De acuerdo	3
2) Ni de acuerdo, ni desacuerdo	2
3) En desacuerdo	1

22.- LOS CONOCIMIENTOS QUE HE ADQUIRIDO ME PERMITEN TENER UNA ADECUADA HIGIENE DENTAL.

1) De acuerdo	3
2) Ni de acuerdo, ni desacuerdo	2
3) En desacuerdo	1

23.- EL CIRUJANO DENTISTA CON MALA HIGIENE BUCAL CREA DESCONFIANZA EN SUS PACIENTES.

1) De acuerdo	3
2) Ni de acuerdo, ni desacuerdo	2
3) En desacuerdo	1

24.- UN MAL ESTADO DE SALUD ORAL REPERCUTE EN LA SALUD SISTÉMICA.

1) De acuerdo	3
2) Ni de acuerdo, ni desacuerdo	2
3) En desacuerdo	1

25.- ES IMPRESCINDIBLE EL USO DE HILO DENTAL, ENJUAGUE BUCAL Y RASPALENGUA DESPUÉS DE CEPILLAR MIS DIENTES.

1) De acuerdo	3
2) Ni de acuerdo, ni desacuerdo	2
3) En desacuerdo	1

26.- NECESITO ALGÚN TRATAMIENTO DENTAL

1) De acuerdo	3
2) Ni de acuerdo, ni desacuerdo	2
3) En desacuerdo	1

18.4 ANEXO 4.



Facultad de Odontología
Universidad Nacional Autónoma de México
Seminario de Titulación
Patología Bucal



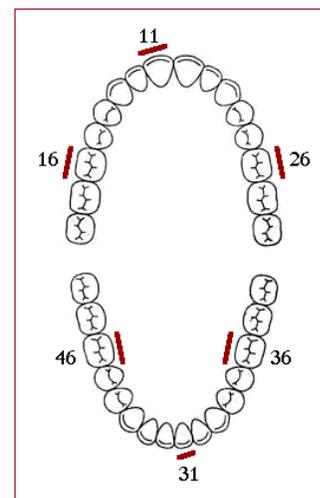
“Actitudes y comportamientos sobre salud bucal en profesores de la F.O de la UNAM”

No de identificación

INDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO (IHOS)

Placa	Código	Cálculo
Sin placa, sin manchas	0	No hay presencia de cálculo.
Residuos blandos que cubren menos de un tercio de la superficie dental examinada.	1	Cálculo supragingival que cubre menos de un tercio de la superficie.
Residuos blandos que cubren más de un tercio de la superficie dental examinada.	2	Cálculo que cubre más de un tercio pero menos de dos terceras partes de la superficie dental expuesta o hay presencia individual de cálculo subgingival alrededor del cuello del diente o ambos.
Residuos blandos que cubren más de dos tercios de la superficie dental examinada.	3	Cálculo supragingival: cubre más de dos tercios de la superficie dental o hay una banda gruesa continua de cálculo subgingival alrededor de la parte cervical del diente o ambos.
no registrado	4	No registrado.

C			
P			
	17-16	11-21	26-27
	47-46	41-31	36-37
P			
C			
	ÍP=	ÍC=	ÍHOS=



INDICE PERIODÓNTICO COMUNITARIO (IPC)

Código	Criterio
0	Sano
1	Hemorragia
2	Cálculo
3	Bolsa 3-4mm (banda negra de la sonda parcialmente visible)
4	Bolsa de 6 o más (banda negra de la sonda invisible)
5	no registrado
*no registrado en menores de 15 años.	

17-16	11	26-27
47-46	31	36-37
ÍPC=		

ESTADO DE LA DENTICIÓN

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

Código	Criterio
0	Satisfactorio
1	Cariado
2	Obturado con Caries
3	Obturado sin caries
4	Perdido por caries
5	Perdido por otro motivo
6	Fisura obturada
7	Soporte de puente o corona
8	Diente no erupcionado
9	No registrado
10	traumatismo

C	
P	
O	
Σ	

**18.5. ANEXO 5.
Cronograma de actividades.**

