



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

ASOCIACIÓN ENTRE AUTOEFICACIA Y ESTADO DE
SALUD BUCODENTAL EN JÓVENES QUE ASISTEN A LA
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DURANTE 2012.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

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

P R E S E N T A:

BIANCA ALTAIR ALVARADO DELFÍN

TUTORA: Dra. MARIA DEL CARMEN VILLANUEVA VILCHIS

ASESORA: Esp. ALEJANDRA CABRERA CORIA



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.

AGRADECIMIENTOS

Papá: Te agradezco por ser una de las personas más importantes en mi vida, te debo todo lo que tengo y lo que soy pues te has encargado de darme lo que he querido y necesitado en la vida, eso es lo que me ha hecho ser Bianca hoy. Gracias por estar siempre apoyándome sea en las buenas o malas y por guiarme siempre por el camino de la rectitud, el esfuerzo, trabajo, dedicación y responsabilidad. Por soportar todos mis momentos difíciles y a tí te dedico éste gran paso en mi vida. Te amo con todo mi corazón.

Mamá: Gracias por formar también parte de las personas más importantes en mi vida. Has estado día y noche pendiente de mi bienestar y mi superación. Por tu ayuda he llegado donde estoy y por tí soy lo que soy, no sé que hubiera sido de mí sin tu apoyo. Eres mi mejor amiga y confidente, estás en las buenas y en las malas. De todo corazón te agradezco todo lo que me has enseñado y estoy muy orgullosa de tí. Te amo mucho y también te dedico ésta etapa en mi vida.

Pecos: También eres de las personas más importantes de mi vida. Eres mi mayor ejemplo a seguir e inspiración. Gracias por siempre mostrarme lo mejor de la vida, motivarme a superarme para llegar a ser como tú y por ser el mejor hermano que alguien pudiera pedir. A pesar de que no estés tan cerca, siempre te llevo en mi corazón y te siento con mayor intensidad que nunca. Te amo mucho y soy tu fan número uno.

Dra. Ale: Gracias por todo su apoyo desde el momento que la conocí, es una persona que me motiva a crecer y a dar lo mejor de mí todos los días. La admiro mucho y siempre será mi ejemplo a seguir, ha llegado a convertirse una gran amiga y espero siempre estemos en contacto. La quiero muchísimo y muchas gracias por la paciencia que ha tenido para todos los días enseñarme algo nuevo. Es la mejor profesora de toda mi vida, la más inteligente, chistosa, comprometida, responsable y capaz que conozco.

Dra. Mari Carmen: Agradezco haberla conocido en éste proceso tan importante en mi vida. Usted me ha guiado y ha tenido la paciencia más grande del mundo, llevándome por éste camino inmenso y siempre con la mejor disposición. Es una persona muy inteligente y gran ser humano, la quiero mucho y éste trabajo es prácticamente suyo. Le agradezco todo lo que ha hecho por mí y la quiero mucho. Espero sigamos manteniendo el contacto.

Estoy muy orgullosa de tener a la familia más maravillosa, tanto mi familia Alvarado como la familia Delfín han marcado gran parte de mi crecimiento. Todos ustedes están en mis momentos más preciados y estoy muy orgullosa de cada una de las personas que las conforman. A mis abuelos, mis segundos padres que son muchos de mis tíos que adoro, a mis hermanitos que son todos mis primos y primas, los amo mucho. Todas las personas que conozco, han formado parte importante en mi vida. Muchos están, muchos no están pero les agradezco por llevarme a ser la persona que soy. Todos en algún momento me han motivado a seguir adelante, a nunca darme por vencida, a ser siempre ambiciosa y perseverante. Gracias a cada uno de ustedes y sobre todo gracias a mí por no dejarme caer en los momentos más difíciles, a mi escuela la Universidad Nacional Autónoma de México y a mi Facultad de Odontología.

Contenido

INTRODUCCIÓN	6
MARCO TEÓRICO	9
Autoeficacia.....	9
ANTECEDENTES.....	14
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	19
JUSTIFICACIÓN.....	21
Objetivo general:	22
Objetivos específicos:	22
HIPÓTESIS.....	23
MATERIALES Y MÉTODO	23
Selección y tamaño de muestra.....	24
Criterios de selección.....	24
Criterios de inclusión	24
Criterios de exclusión	24
Variables.....	25
Métodos de recolección de la información.....	29
Método de registro de la información.....	29
ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	26
CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	30
RECURSOS.....	26
RESULTADOS.....	31
DISCUSIÓN.....	50
CONCLUSIONES.....	54
ANEXOS.....	55
Anexo 1. Cuestionario.....	55

Anexo 2. Cuestionario de autoeficacia	57
Anexo 3. Sintomatología depresiva	59
Anexo 4. Índice CPOD/ceod16.....	58
Estado de la dentición	62
Índice de dientes cariados, perdidos y obturados (cpod).	65
Anexo 5. Índice de Higiene Oral Simplificado17.....	66
Anexo 6. Carta de consentimiento informado.....	68
REFERENCIAS	71

RESUMEN

Introducción: Se entiende como autoeficacia a la creencia que tienen las personas sobre su capacidad para resolver problemas bajo la influencia de estresores de la vida cotidianos en diferentes situaciones. Se ha observado relación entre el nivel de autoeficacia y algunas prácticas de autocuidado. Objetivo: Encontrar la asociación entre la autoeficacia y el estado de salud bucodental en los alumnos de primer ingreso de la Facultad de Odontología del 2012. Materiales y método: Estudio transversal en 200 alumnos de primer ingreso, seleccionados por conveniencia. Se excluyeron aquellos sujetos recursadores o con tratamiento de ortodoncia. Se aplicó un cuestionario para evaluar los datos generales del paciente, además se aplicó la escala de autoeficacia general²² y la de sintomatología depresiva¹⁵. Posteriormente se llevó a cabo un examen bucodental para evaluar la condición de higiene, a través del Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS) siguiendo los criterios de la Organización Mundial de la Salud, en una unidad dental con luz artificial. Resultados: Los entrevistados fueron 73.5% mujeres y 26.5% hombres, con una media de edad de 18.87 ± 1.65 años. En cuanto a la distribución de autoeficacia por sexo, se observó que 42.3% de los hombres presentaron un nivel alto de autoeficacia, mientras que las mujeres el mayor porcentaje se encontró en el nivel bajo con 40.1%. En cuanto a la asociación entre el IHOS y el nivel de autoeficacia, se observó que los alumnos que tienen una autoeficacia alta de 43.8% mostraron una buena higiene oral, observándose una asociación estadísticamente significativa ($X^2=13.886$, $p=.008$). Conclusiones: Se encontró en el estudio asociación entre el IHOS, CPOD y la autoeficacia pero no fue demostrada estadísticamente. Se recomienda aplicar el estudio a poblaciones más amplias, en diferentes ambientes sociales y ampliar el tiempo de su aplicación.

Palabras claves: autoeficacia, salud bucodental, depresión, IHOS, CPOD, ceod, alumnos, Facultad de Odontología.

INTRODUCCIÓN

La autoeficacia es un concepto referente a la creencia de la gente respecto a su capacidad para manejar aquellos estresores relativos a la vida cotidiana; puede definirse también como la confianza en sí mismo para llevar a cabo ciertas prácticas de autocuidado.

La forma de ejercer la autoeficacia es a través primeramente del compromiso con una conducta, de la cual se derivan resultados que posteriormente serán interpretados y analizados para dar lugar a una serie de creencias respecto a la existencia o no de la capacidad para llevar a cabo prácticas subsecuentes en contextos parecidos.

De acuerdo a la teoría del Aprendizaje Social, los cuatro factores que intervienen de forma positiva para incrementar la autoeficacia, son los referentes a: las experiencias de éxito, el éxito vicario (es decir aquel observado a través del comportamiento de otras personas), la persuasión social (o la influencia ejercida por el medio que rodea a un individuo) y la reducción de la ansiedad obtenida a través del aumento del control personal interno.

En el ámbito de la salud, se ha observado, que en la medida que aumenta la autoeficacia general, también aumenta la autoestima y por lo tanto la percepción de bienestar; así mientras más confianza tengan las personas sobre las cosas que puedan hacer y como puedan desempeñarse, mucho mejor se sienten con ellos mismos y esto ayuda en su salud general.

Existen algunos estudios que vinculan el factor de autoeficacia con resultados específicos en salud, por ejemplo, un mejor apego al tratamiento en el caso de enfermedades crónicas, una búsqueda más temprana de servicios preventivos, además de un mayor seguimiento de prácticas de autocuidado. Aunque se sabe que una mayor autoeficacia se asocia en el caso del cuidado bucal a una mejor condición de higiene y control de placa, no existe mucha evidencia respecto a su asociación con indicadores de salud bucal.

El propósito del presente estudio es, determinar la asociación entre el nivel de autoeficacia y el estado de salud bucodental en un grupo de alumnos de primer ingreso en la Facultad de Odontología del periodo escolar 2012-2013.

MARCO TEÓRICO

Autoeficacia

Según Bandura en su teoría cognitiva social, la autoeficacia es la confianza en sí mismo para ser capaz de ejercer el control personal, manejando ciertos factores de estrés de la vida¹. Son los juicios de cada persona sobre sus capacidades, con base en los cuales organizará y ejecutará sus actos de modo que le permitan alcanzar el sentimiento deseado². Es decir, la autoeficacia es un concepto personal e intransferible del grado de conocimiento propio, de las aptitudes, deseos, y miedos para resolver y lograr un objetivo personal.

El proceso cognitivo según Bandura², juega un importante papel en la adquisición y retención de nuevos patrones de comportamiento, los cuales regularmente se desarrollan a través del modelamiento. Esto quiere decir que observando a otras personas, el individuo forma conceptos de comportamiento propios que se pueden aplicar en la vida cotidiana en ocasiones posteriores, este constructo simbólico del modelamiento sirve como guía de las acciones personales. La motivación es parte importante en las actividades cognitivas. A través de la representación cognitiva de futuros resultados individuales se pueden generar motivadores del comportamiento que nos ayuda a modificarlos.

Bandura propone que la eficacia envuelve una capacidad generadora en la que el comportamiento cognitivo, social y las habilidades deben de organizarse para integrar el curso de las acciones y servir en innumerables propósitos, no sólo depende de las prácticas de cada persona sino de los juicios que uno tiene de lo que puede hacer con cualquier destreza que posea.² Los procedimientos psicológicos sirven como medios para fortalecer las expectativas de eficacia personal. Una expectativa es definida como un estimado personal donde un comportamiento llevará a cierto resultado². Una expectativa de eficacia es la convicción que tiene una persona para ejecutar exitosamente el comportamiento requerido para producir cierto resultado. Hay muchas

actividades que las personas pueden hacer con éxito pero no las realizan porque no tienen incentivos para hacerlo. Teniendo las habilidades adecuadas, incentivos y expectativas de eficacia se puede determinar mayormente la decisión de actividades personales. Las expectativas débiles son fácilmente extinguibles por malas prácticas, los individuos que poseen fuertes expectativas perseveran en los esfuerzos al afrontar las situaciones a pesar de experiencias desagradables. Estas expectativas de eficacia personal derivan de cuatro principales fuentes de información:

- Logros de rendimiento: en el modelamiento con guía de rendimiento, los participantes adquieren habilidades generales para lidiar exitosamente con situaciones estresantes, para sobrellevar una variedad de miedos disfuncionales y su inhibición en la vida diaria. Los logros incrementan las expectativas mientras que los fracasos las disminuyen⁸.
- Experiencias indirectas (vicarious²): observar el rendimiento de otros en actividades amenazadoras sin consecuencias adversas, puede generar expectativas en los observadores de que ellos también pueden mejorar si intensifican y persisten en los esfuerzos.².
- Persuasión verbal: la gente es llevada por otras personas a través de sugerencias de experiencias personales a creer que ellos pueden hacerle frente a las situaciones con éxito. Un ejemplo de esto es, entrenar o guiar a las personas mediante comentarios acerca de tareas específicas, sin embargo, es una técnica débil y no provee una base de experiencia auténtica².
- Estados psicológicos o activación emocional: mediante pensamientos que provoquen miedo, acerca de la ineptitud, los individuos pueden despertar en sí mismos niveles elevados de ansiedad que superan por mucho el miedo de las experiencias durante la situación actual amenazadora. Dando a entender que la

ansiedad puede desplazar el miedo en una actividad y éste modificará el resultado de respuesta².

Una expectativa de eficacia es la convicción, es decir aquello que la persona sabe con certeza que siente o piensa; qué tan convencido está, de que puede ejecutar un comportamiento requerido para producir resultados³. Este concepto se desarrolla en interacción con el ambiente social y el proceso de individuación, o sea lo que constituye la naturaleza íntima del individuo; dado que este permite la adquisición de conocimientos acerca de uno mismo y del mundo externo, el desarrollo de competencias y por esta vía la adquisición del sentido de eficacia personal⁴. Las expectativas de eficacia determinan cuánto esfuerzo la gente debe hacer y cuánto tiempo se debe permanecer haciéndole frente a los obstáculos y experiencias; esto mediante los datos brindados por las encuestas.

La autoeficacia tiene como papel central, analizar los cambios alcanzados con base en el miedo y las acciones que deben evitarse, teniendo la habilidad de predecir modificaciones en el comportamiento producidas a través de diferentes métodos de tratamiento⁴. Es una medición personal sujeta a muchos factores individuales como el estrés, que nos llevan a ver la forma de resolver las cuestiones o situaciones cotidianas para poder evaluar actividades específicas o bien, los pasos para alcanzar una mejor solución a tareas o comportamientos, no sólo personales si no también generales pero con éxito.

La autoeficacia general es un constructo global, que hace referencia a la creencia estable de la gente sobre su capacidad para manejar adecuadamente una amplia gama de factores estresantes en la vida cotidiana⁵. La percepción de la autoeficacia no sólo tiene influencia directa en las decisiones de las actividades, sino que puede afectar en la respuesta frente a los esfuerzos una vez iniciados. No existen medidas de autoeficacia estandarizadas que puedan ser aplicadas en todos los individuos y en todas las circunstancias. Por eso se necesita desarrollar

escalas de autoeficacia para campos específicos de funcionamiento y para diferentes poblaciones, porque se desarrollan en diferentes contextos⁶.

En la práctica clínica, la autoeficacia se refiere al grado de confianza que siente un paciente acerca de sus habilidades para tomar acciones necesarias en la mejoría de síntomas y mantenimiento de la salud⁷. La práctica clínica médica, se ha enfocado en la función de la autoeficacia como factor antecedente importante para la modificación de comportamientos y síntomas de enfermedades como diabetes y otras enfermedades crónicas, por lo tanto es relacionada con muchas prácticas de salud como el cese de fumar, una dieta o la simple promoción de una vida saludable⁸. Se deben resaltar las funciones de ésta teoría como la educación y la modificación de comportamientos, que encauzan a mejores prácticas, y por lo tanto a mejores resultados para lograr una vida sana y plena. La autoeficacia percibida se ha relacionado positivamente con optimismo, autoestima, autorregulación, calidad de vida, afectos positivos, competencia percibida, personalidad resistente, afrontamiento centrado en la tarea y satisfacción en el trabajo/empleo⁹.

La autoeficacia en el ámbito de la salud, cobra intención en la prevención de las conductas riesgosas y en la promoción de conductas que van en beneficios de las personas¹⁰. Así con estos datos que los pacientes proporcionan en las encuestas, los profesionales pueden darse la tarea de motivar a las personas y aumentar su grado de eficacia al realizar tareas relacionadas a su salud. El personal dental debe utilizar la autoeficacia para obtener modelos del comportamiento de salud bucal, mediante el uso de persuasión verbal, incluyendo estímulos y retroalimentación positiva a pacientes por medio de intervenciones específicas. La autoeficacia percibida por cada paciente determina el comportamiento de la salud bucal y también se asocia con el nivel de higiene bucal¹⁰.

Los medios para evaluar el nivel de autoeficacia en cada persona son, los instrumentos generales o específicos que existen en la literatura. Para medir la autoeficacia en los diferentes instrumentos se habla de la magnitud y la fuerza⁷. La magnitud se refiere a los juicios que las personas tienen al realizar cierto número de tareas. Las tareas se ordenan de acuerdo al nivel de dificultad⁷. Al evaluar tanto la magnitud como la fuerza de las tareas, se les presentan a las personas una lista de comportamientos específicos y/o tareas con distintos niveles de dificultad, de esta manera se les invita a que indiquen las labores que consideren puedan realizar. Se solicita el nivel de fuerza de la creencia en sus habilidades para realizar cada tarea en una escala que va desde altamente incierto, niveles moderados de certeza y alta certeza⁷.

ANTECEDENTES

La autoeficacia es un constructo de tipo psicológico, de difícil medición. En la literatura, existen diferentes escalas tanto generales como específicas pero sólo mencionaremos algunas, presentando la descripción de ellas en la tabla 1.

Algunos estudios muestran que a medida que aumenta la autoeficacia general de la población o el sector estudiado, también aumenta su autoestima y su estado de salud percibido o percepción de bienestar⁹. Mientras más confianza tengan las personas sobre las cosas que puedan hacer y como puedan desempeñarse, mucho mejor se sienten con ellos mismos y esto ayuda en su salud general.

Muchas teorías de comportamientos hacia la salud han sido establecidas académicamente. Unas de las principales teorías son el modelo de creencia de salud (HBM), la teoría de la autoeficacia y la teoría de la motivación a la protección (PMT)¹¹. El modelo de creencia de salud (Health Belief Model) fue desarrollado originalmente para explicar el mecanismo por el cual las personas pueden o no participar en los comportamientos preventivos de la salud. Igualmente, evalúa las expectativas que tienen las personas sobre sus comportamientos y la percepción hacia los tratamientos.

Tabla 1. Descripción de diversas escalas de autoeficacia.

Autor y año	Nombre de la escala	Dimensiones	Reactivos	Valor de Confiabilidad
Sanjuán, 2000 ¹	Escala de autoeficacia general (GSE-sp): datos psicométricos de la adaptación para la población española	Autoeficacia general, reactancia, competencia percibida, fortaleza, locus de control y afrontamiento.	10 items que van de valores de 10 a 100	0.87
Luszczynska, Scholz y Schwarzer 2005	Escala de autoeficacia general: estudios de validación multiculturales.	Autoeficacia, constructos socio-cognitivos, bienestar, comportamiento de salud y estrategias de copiado.	Las respuestas pueden ir de 10 a 40	0.94 pacientes con enfermedad cardiovascular, 0.89 pacientes con cáncer, 0.90 estudiantes, 0.87 pacientes con enfermedades gastrointestinales, 0.87 nadadores, 0.86 participantes de Corea del Sur.
Fernández 2009 ³	Desarrollo y validación de escala de autoeficacia en mujeres mexicanas de bajo ingreso económico que presentan cáncer cervical.	Demografía, salud general, conocimiento, actitud y preguntas de cáncer.	276 items	Susceptibilidad de cáncer cervical 0.93, experiencias previas 0.50, normas subjetivas del examen de Pap 0.82, falta de cultura 0.90.
Kakudate, 2010 ⁷	Desarrollo de una escala de autoeficacia para el cuidado oral materno (SESMO)	Actividad en el comportamiento, ansiedad acerca de fallar, locus social de la habilidad.	16 items	0.82

En 1988, la autoeficacia fue oficialmente añadida al HBM, haciendo una pequeña contribución a la habilidad de este modelo para predecir los resultados de comportamiento¹², lo que implica el análisis de los factores que intervienen en la adquisición de prácticas de autocuidado en las personas como la susceptibilidad, la severidad, los beneficios y las barreras percibidas. El HBM es una teoría/modelo diseñado para explicar la salud en el comportamiento humano; además, contempla si la gente toma acciones para cambiar su comportamiento; siendo los pacientes los que se perciben como susceptibles ante las enfermedades (susceptibilidad percibida); creen que la enfermedad tiene consecuencias potenciales (severidad percibida); y creen en realizar acciones que mejoren el comportamiento de salud para prevenir enfermedades o mejorar la salud (beneficios percibidos). Una creencia es la convicción de verdad o falsedad de una asociación entre dos conceptos¹². Las creencias se pueden basar en la simple observación, evidencia científica o en suposiciones y son un constructo usado en muchas teorías para explicar el comportamiento humano, por lo que es referido usualmente como un equivalente de resultados de expectativas.

Algunos autores reportan que la autoeficacia resalta como un predominio significativo, indicando que la decisión del cepillado y el uso del hilo dental están influenciados por si las personas consideran que éstos comportamientos los pueden llevar a cabo de manera exitosa^{12, 13}. Syrjälä menciona que mientras más alta frecuencia tiene el cepillado dental es más alta la suma de resultados para la autoeficacia en el cepillado. Mientras más alta frecuencia en la limpieza interproximal, más alta la suma de resultados en la autoeficacia en limpieza interproximal. Mientras haya visitas dentales más frecuentes, más alta será la suma de la autoeficacia en las visitas dentales¹⁴. Las personas que reportaron alta frecuencia en el cepillado dental tuvieron mayores cifras en la autoeficacia de visita dental¹².

Kakudate¹² desarrolló una escala de autoeficacia específica para pacientes con problemas periodontales denominada SESS. Esta escala está dividida en tres subescalas:

-La autoeficacia para consultas dentales que evalúa la autoeficacia en la continuación del tratamiento y chequeos dentales regulares. (SE-DC)

-La autoeficacia para el cepillado dental que evalúa la autoeficacia para cepillar los propios dientes de manera cuidadosa y profunda. (SE-B)

-La autoeficacia para los hábitos en la dieta que evalúa la autoeficacia de llevar a cabo hábitos con comidas saludables y bebidas sanas. (SE-DH)

Se ha observado que en la rama de la Periodoncia, el modelo cognitivo social muestra que ayuda a mejorar el autocuidado mediante estudios de observación e intervención. Mientras más alta es la autoeficacia en pacientes periodontales mucho mejor apego a las instrucciones de higiene, tratamiento y mantenimiento periodontal¹⁴.

La evaluación de la salud bucal mediante autoeficacia tanto en el cuidado específico como en Periodoncia, nos puede servir para predecir pérdidas o falta de apego por parte de los pacientes, en el seguimiento personal del tratamiento periodontal a largo tiempo. Por lo tanto, mejorar o incrementar la autoeficacia en las personas, deberá servir de manera importante en la reducción de abandono al tratamiento y aumento en los pacientes que den seguimiento a la enfermedad. Dirigirse a las conductas de los individuos nos debe ayudar a mejorar el autocuidado y el estado actual de la higiene oral en la población¹².

Cabe mencionar que un método importante en el cambio de estilo de vida es el método de los seis pasos¹², este es un método efectivo para hacer cambios en los pacientes de manera profunda y permanente a través del incremento de la autoeficacia. Consiste en:

- 1) Identificar el problema.
- 2) Crear confianza y compromiso.
- 3) Incrementar la conciencia del comportamiento.
- 4) Desarrollar e implementar un plan de acción.
- 5) Evaluar el plan.
- 6) Mantener el cambio y prevenir la recaída.

Se encontró que este método de seis pasos es mucho más efectivo en mejorar la autoeficacia del cepillado dental que un método convencional. Entonces se dice que la autoeficacia aumenta en las personas de manera primordial y después vienen los cambios de comportamientos¹².

Día a día se hace más popular la manera de mejorar el conocimiento y modelar comportamientos en las personas mediante el texto, como lecturas o instrumentos específicos en cualquier enfermedad o situación en la población. Si nos dedicamos a la promoción y persuasión verbal o escrita, podremos alcanzar buenos modelamientos y mejores resultados en la percepción propia ante cualquier situación relacionada con la salud, en éste caso específicamente a la salud bucal. Según Lee¹⁵, informa que las mujeres, los infantes y los niños con alto uso de literatura de salud bucal son más propensos a tener excelente o muy buen estado de salud bucal. Por lo tanto la autoeficacia modifica o media el impacto de los comportamientos humanos con base en la literatura de salud bucal, mientras más literatura, mas autoeficacia y viceversa¹³.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Como se ha mencionado, existe una vinculación entre el nivel de autoeficacia y el estado de salud general. Tal es el caso de los pacientes que tienen enfermedades sistémicas crónicas y la manera en que ellos se perciben en la vida, o de los pacientes que no tienen enfermedades. Además, se observan las diferentes maneras en que las personas perciben su nivel de autoeficacia y la posible comparación de la salud con la enfermedad. Por lo tanto, también podemos decir que existe evidencia de la vinculación entre la autoeficacia y el estado de salud general como con el estado de salud bucal. Esto es comprobado mediante algunos estudios, donde se toma en cuenta la asociación que tiene la higiene bucal al momento de hacer uso del cepillo e hilo dental y la autoeficacia con la cual se realizan las tareas y como influyen estas prácticas en los resultados personales.

Por el otro lado, se puede hablar de la relación entre la autoeficacia y el apego al tratamiento. Este ha sido observado en estudios donde el modelo cognitivo social mejora el autocuidado, mientras más alta autoeficacia en pacientes mucho mejor apego a las instrucciones de higiene, tratamiento y mantenimiento. Mejorar o incrementar la autoeficacia, servirá de manera importante en la reducción de los pacientes que abandonan el seguimiento de la enfermedad. Dirigirnos a las conductas de las personas mediante la motivación, deberá mejorar el autocuidado y el estado actual de la higiene oral en la población.

La relación entre la autoeficacia y la autoestima es muy estrecha, algunos autores han demostrado que mientras más autoeficaz se perciba una persona, tendrá mucho mejor desempeño, cumplirá metas y su autoestima se elevará, adquiriendo nuevos retos que ayudarán a formar un ciclo donde siempre se lleve a la persona a dar más y a exigir más. Una vez adquirida la autoeficacia en una tarea, disminuyen de manera significativa las complicaciones, las represiones personales y llega la confianza, siempre conduciendo a las personas a resultados positivos.

Los modelos educativos más relevantes toman la autoeficacia como un factor psicológico fundamental, pues potencializan otros factores psicológicos como los mencionados anteriormente (apego y autoestima), haciendo que el crecimiento de las personas sea en muchos aspectos relativo a su comportamiento. Esto se ha comprobado mediante estudios que nos dicen que al disminuir la autoeficacia, disminuye su desempeño al ejecutar ciertas tareas.

Por todo lo anteriormente expuesto, surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Existe asociación entre el factor de eficacia y el estado de salud bucal de alumnos de primer ingreso que asisten a la Facultad de Odontología durante el ciclo escolar 2012-2013?

JUSTIFICACIÓN

El estudio de la autoeficacia y el estado de salud, permitirán en un futuro la planificación de intervenciones de tipo educativo que conduzcan a mejorar las prácticas de autocuidado tanto a nivel personal como a nivel institucional, y por lo tanto a modificar de manera eficaz el estado de salud bucodental no sólo de los alumnos, sino también de sus familiares, amigos y pacientes.

Asimismo, estos programas basados en la autoeficacia pueden contribuir a la mejora del apego a los tratamientos. Cabe mencionar que no sólo es importante que las personas tengan conciencia respecto a las conductas que se desarrollan al no seguir prácticas eficaces de autocuidado, sino también es necesario que conozcan el grado de confianza que tienen en sí mismas y sepan cuál es su capacidad para cuidar la salud. De ésta manera se podrán comprometer a no faltar a las citas, a realizar ciertas actividades con las indicaciones tal cual el profesional se las pide, usar el medicamento adecuado sin suspender por falta de compromiso, seguir una dieta, evitar hábitos nocivos, etc.

El estudio del impacto de las variables psicológicas sobre las prácticas de autocuidado es prioritario, puesto que cada día la práctica odontológica debe dirigirse más a la prevención. La evaluación de los servicios odontológicos que demanda la población, se utiliza para conocer los cuidados y necesidades de salud bucal individual. De ésta manera entonces no sólo se requieren datos e indicadores acerca del estado de salud personal, sino de los factores que determinan las prácticas de cuidado e higiene. Con estos datos nosotros como profesionales y alumnos podremos incrementar los conocimientos y modificar comportamientos para beneficio colectivo y personal.

OBJETIVOS

General:

- ✓ Determinar la asociación entre el nivel de autoeficacia y el estado de salud bucodental en alumnos de primer ingreso que asisten a la Facultad de Odontología durante el 2012.

Específicos:

- ✓ Identificar si existe diferencia entre el nivel de autoeficacia por sexo en un grupo de alumnos de primer ingreso que asisten a la Facultad de Odontología durante el 2012.
- ✓ Identificar si existe asociación entre el nivel de autoeficacia y la condición de higiene bucal evaluada a través del índice de Higiene Oral Simplificado, en un grupo de alumnos de primer ingreso que asisten a la Facultad de Odontología durante el 2012.
- ✓ Identificar si existe asociación entre el nivel de autoeficacia y la presencia de caries en un grupo de alumnos de primer ingreso que asisten a la Facultad de Odontología durante el 2012.

HIPÓTESIS

- H1: Existe asociación entre el nivel de autoeficacia y la condición de higiene bucal en un grupo de alumnos de primer ingreso que asisten a la Facultad de Odontología durante 2012.
- H01: No existe asociación entre el nivel de autoeficacia y la condición de higiene bucal en un grupo de alumnos de primer ingreso que asisten a la Facultad de Odontología durante 2012.
- H2: Existe asociación entre el nivel de autoeficacia y la presencia de caries en un grupo de alumnos de primer ingreso que asisten a la Facultad de Odontología durante 2012.
- H02: No existe asociación entre el nivel de autoeficacia y la presencia de caries en un grupo de alumnos de primer ingreso que asisten a la Facultad de Odontología durante 2012.

MATERIALES Y MÉTODO:

Tipo de estudio: Transversal.

Universo de estudio: Aproximadamente 600 alumnos de primer ingreso que asisten a la Facultad de Odontología de la UNAM durante 2012.

Selección y tamaño de muestra:

El tamaño de muestra calculado fue de 185 estudiantes utilizando la fórmula de las proporciones bajo los siguientes supuestos:

Nivel de confianza: 95%.

Nivel de significancia: 95%

Z= 1.96

Proporción esperada de autoeficacia: 50%.

Varianza: 0.25

Precisión: 6%.

N=600

Sin embargo, se aumentó a 200 considerando una tasa de no respuesta del 2%.

La selección se llevó a cabo por conveniencia.

Criterios de selección

Criterios de inclusión:

- Alumnos que se encontraron inscritos en primer año en la Facultad de Odontología en el periodo 2012-2013.
- Alumnos que desearon participar en el estudio.

Criterios de exclusión:

- Alumnos portadores de aparatología ortodóncica.

Variables:

Nombre: Se registró el nombre completo de cada persona empezando por el apellido paterno, materno y nombre (s), de acuerdo a lo reportado por el entrevistado.

Edad: Se registró el número de años y meses cumplidos que reportó el sujeto al momento del interrogatorio.

Fecha de nacimiento: Se registró el día, mes y año de nacimiento de acuerdo a lo reportado por cada entrevistado al momento de ser interrogado.

Sexo: Se registró como Masculino o Femenino según lo observado por el examinador durante el interrogatorio.

Ingreso actual familiar: Cualquier tipo de ingreso monetario recibido (pensiones, rentas, seguros, gasto, sueldo, etc.) durante un mes, expresado en pesos. La información se obtuvo por interrogatorio directo registrándose como: menos de \$1000, de \$1000 a \$3000 y más de \$3000.

Derechohabiencia: Derecho a recibir atención por parte de alguna institución de salud del sector público. La información obtenida por interrogatorio directo se registró como: ISSSTE, IMSS, PEMEX, DIF, Servicio de bancos, otros, no sabe.

Utilización de servicios dentales: Esto es el uso de cualquier tipo de servicio dental durante los últimos doce meses. Esta información se obtuvo por interrogatorio directo y se registró como Si o No.

Tipo de servicio dental: Es el carácter del servicio que recibió. Esta información se obtuvo por interrogatorio directo y se registró como 1) Público 2) Privado

Motivo de atención dental: Es la causa por la que se hizo uso de cualquier tipo de servicio dental durante los últimos doce meses. La información se obtuvo por interrogatorio directo a través de la siguiente pregunta abierta:

¿Por qué motivo?

Motivo para no recibir atención dental: Es la causa por la cual no se hizo uso de cualquier tipo de servicio dental durante los últimos doce meses. La información se obtuvo por interrogatorio directo a través de la siguiente pregunta:

Si no has acudido a recibir atención dental en el último año ¿Por qué motivo no lo has hecho?

Conocimientos sobre frecuencia y métodos de higiene bucal: Es el nivel de discernimiento y diferenciación con respecto a aspectos de frecuencia y método de higiene bucodental. La información se obtuvo de forma directa a través de las siguientes preguntas abiertas:

¿Cuántas veces en un día debe una persona limpiar sus dientes?

¿Qué auxiliares de higiene bucal conoces?

Prácticas de autocuidado respecto a la frecuencia y métodos de higiene:

Son las actividades que se realizan con los métodos y frecuencia de limpieza dental. La información se obtuvo por interrogatorio directo mediante las siguientes preguntas, algunas de las cuales serán abiertas:

¿Cuántas veces al día te cepillas los dientes?

¿Con qué los limpias?

¿En qué momento del día los cepillas?

Actitud respecto a la higiene:

Se entiende como actitud, a aquella disposición para actuar selectivamente en una forma determinada, es una forma de motivación social que predispone la acción de un individuo hacia determinados objetivos o metas, en éste caso respecto a la adquisición de acciones y hábitos encaminados al mantenimiento de la salud bucal. Se obtuvo la información por medio de la siguiente pregunta:

¿Por qué crees que es importante cuidar los dientes?

Actitud respecto a las visitas al dentista:

Se entiende como actitud, aquella disposición para actuar selectivamente en una forma determinada; es una forma de motivación social que predispone la acción de un individuo hacia determinados objetivos o metas, en éste caso respecto a la asistencia al dentista. La información se obtuvo a través de la siguiente pregunta:

¿Cuáles son los obstáculos principales a los que se enfrenta una persona para acudir al dentista?

Autoeficacia: La autoeficacia es la autopercepción respecto a la capacidad de desempeñar acciones de una cierta forma y de poder alcanzar metas. Es la creencia personal de las habilidades que se tienen para ejecutar tareas requeridas para manejar situaciones previstas. Se

registró de acuerdo a los criterios utilizados por Judith Bäßler, Ralf Schwarzer y Matthias Jerusalem en 1993 los cuales se encuentran descritos en el anexo 2.

Sintomatología depresiva: Es un síndrome caracterizado por una tristeza profunda y por la inhibición de las funciones psíquicas, a veces con trastornos neurovegetativos¹⁴. La depresión no es un constructo universal ni estático, sino que tiene influencia sociocultural en su expresión e interacción con la edad y el sexo de los individuos. Se registró de acuerdo a los criterios utilizados por Radloff¹⁵ los cuales se encuentran descritos en el anexo 3.

Caries dental: Es una enfermedad multifactorial que se caracteriza por la destrucción de los tejidos del diente como consecuencia de la desmineralización provocada por los ácidos que genera la placa dentobacteriana¹⁶. Se registró de acuerdo a los criterios utilizados por la OMS para el CPOD y ceod¹⁷ los cuales se encuentran descritos en el anexo 3.

Placa dentobacteriana: Es la acumulación heterogénea de una comunidad microbiana variada, aerobia y anaerobia, rodeada por una matriz intercelular de polímeros de origen salival y microbiano¹⁸. Se registró de acuerdo a los criterios utilizados por la OMS para el índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS)¹⁹ que se encuentra descrito en el anexo 4.

Métodos de recolección de la información:

Se seleccionó a los grupos de primer año que participaron, posteriormente se trató con el profesor titular para que otorgara el permiso de trabajar con sus alumnos.

Se visitó a los grupos para explicarles el motivo de la encuesta y la importancia de su colaboración, posteriormente se solicitó firmar la carta de consentimiento informado para corroborar su deseo de participar de manera voluntaria, y dos entrevistadoras previamente estandarizadas aplicaron un cuestionario acerca de la autoeficacia general, así como de conocimientos y prácticas de higiene bucodental.

El cuestionario constó de dos fases: la primera fue una serie de preguntas relacionadas a los datos personales y generales de cada individuo, las prácticas de autocuidado referentes a la frecuencia y método de higiene, asistencia al dentista, motivos de asistencia al consultorio dental, motivos de falta de atención en el consultorio dental, la actitud ante la higiene personal y la actitud ante las visitas al consultorio dental. La segunda fase fue la de exploración clínica en donde se evaluó el índice de higiene oral y caries dental.

Durante ésta fase, dos examinadores previamente estandarizados realizaron los apartados clínicos de CPOD e IHOS mediante el uso de una sonda tipo OMS, un espejo de número 5 y unidades dentales con luz artificial.

Método de registro de la información:

La información se recolectó en formatos especiales, que posteriormente fueron capturados en una base de datos elaborada en Epidata vs 3.5 y finalmente se analizaron en el paquete estadístico SPSS vs 20.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se llevó a cabo un análisis descriptivo para las variables sociodemográficas.

Para verificar la asociación entre conocimientos, actitudes y prácticas con autoeficacia, se utilizó un análisis de X^2 , así como para evaluar la asociación entre las categorías de autoeficacia por ítem con las categorías de higiene (IHOS).

Además se llevó a cabo un análisis de ANOVA para identificar diferencias entre la media de CPOD por categoría de autoeficacia.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

De acuerdo con el artículo 17 de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, esta investigación se clasifica dentro de las de riesgo mínimo, sin embargo se presentó un consentimiento informado (Anexo 6), dando a cada participante, la libertad de negarse a responder a cualquier pregunta o a continuar su participación. Todas las respuestas fueron confidenciales.

RECURSOS.

Humanos	Materiales
Dos examinadores previamente estandarizados.	1 computadora con software como SPSS, y Epidata. 260 formatos de encuesta. 260 lápices. 120 sondas tipo OMS. 120 espejos de numero 5. Dos unidades dentales con luz artificial.

RESULTADOS

Se entrevistaron 200 alumnos, la media de edad general fue de 18.87 ± 1.65 años, para el sexo masculino de 19.21 ± 2.26 años y para el femenino de 18.75 ± 1.35 años.

En cuanto al ingreso mensual, 50.9% de los hombres reportó percibir de \$1000 a \$3000 pesos, mientras que en las mujeres el 55.8% perciben más de \$3000 pesos. Respecto a la atención médica, el 62.3% de hombres y el 53.7% de mujeres reportaron recibirla, sin especificar si es una atención pública o privada. Respecto a la evaluación de si los alumnos han asistido a atención dental por cualquier situación por lo menos con 12 meses de antigüedad, el 61.5% de los hombres y el 74.1% de las mujeres mencionaron haber acudido.

Asimismo, se valoró también el tipo de servicio al cual los alumnos asisten con mayor frecuencia, ya sea del sector público o privado. En los hombres el 67.5% y en las mujeres el 77.8% acudieron al tipo de atención privada. No se observó diferencia estadística significativa en cuanto al ingreso mensual percibido ($X^2=1.439$, $p=.487$), la atención médica recibida ($X^2=1.148$, $p=.284$), atención dental en los últimos doce meses ($X^2= 2.958$, $p=.085$) y el tipo de servicio dental recibido por sexo ($X^2= 1.724$, $p=.189$). Tabla 1

Tabla 1. Distribución de ingresos y servicios con sexo, FO, 2012.

	Masculino		Femenino		Total	
Ingreso						
	n	%	n	%	n	%
Menos de \$1000	1	1.9	4	2.7	5	2.5
de \$1000 a \$3000	27	50.9	61	41.5	88	44.0
Más de \$3000	25	47.2	82	55.8	107	53.5
Total	53	100	147	100	200	100
$X^2=1.439$ $p=.487$						
Atención médica						
Sí	33	62.3	79	53.7	112	56.0
No	20	37.7	68	46.3	88	44.0
Total	53	100	147	100	200	100
$X^2=1.148$ $p=.284$						
Servicio dental en los últimos 12 meses						
Si	32	61.5	109	74.1	141	70.9
No	20	38.5	38	25.9	58	29.1
Total	52	100	147	100	199	100
$X^2=2.958$ $p=.085$						
Tipo de servicio						
Público	13	32.5	28	22.2	41	24.7
Privado	27	67.5	98	77.8	125	75.3
Total	40	100	126	100	166	100
$X^2=1.724$ $p=.189$						

Dentro de las instituciones que se mencionaron como prestadoras de servicio dental, se encontraron algunas que pueden ser tanto del sector público como privado. Se observó que la mayor cantidad de alumnos asistieron al ISSSTE (56.6%), en segundo lugar tuvimos al IMSS (24.0%) y en tercer lugar a otras instituciones no especificadas (10.9%). Tabla 2

Tabla 2. Instituciones que prestan los servicios dentales, FO, 2012.

Institución	Frecuencia	Porcentaje
IMSS	31	24.0
ISSSTE	73	56.6
PEMEX	1	0.8
DIF	1	0.8
Servicio de Bancos	1	0.8
Otro	14	10.9
No sabe	8	6.2
Total	129	100
$\chi^2=226.58$ $p<.001$		

Respecto a la utilización de los servicios dentales se observó que los principales motivos para asistir a la atención dental en los alumnos encuestados fueron el tratamiento de ortodoncia con 26.5%, la limpieza dental con un 21.8% y la presencia de lesiones cariosas en las piezas dentarias con un 19.0%. Se observó diferencia estadística significativa por motivos de asistencia a la atención dental ($X^2=31.000$ $p<.001$).Tabla 3

Tabla 3. Motivos de asistencia a la atención dental, FO, 2012.

Motivo	n	%
Caries	28	19.0
Revisión	13	8.8
Ortodoncia	39	26.5
Limpieza	32	21.8
Dolor	11	7.5
Otros	24	16.3
Total	147	100
$X^2=31.000$ $p<.001$		

Por el otro lado los motivos más frecuentes que los alumnos mencionaron para no asistir a recibir atención dental fueron porque estos no lo consideraron necesario en un 10.5% o por falta de tiempo en un 7.5%. Se reportaron datos estadísticamente significativos por parte de la no asistencia a la atención dental ($\chi^2=35.81$ $p<.001$) Tabla 4.

Tabla 4. Motivos de no asistencia a la atención dental, FO, 2012.

Motivo de inasistencia	n	%
No era necesario	21	10.5
Falta de tiempo	15	7.5
Falta de dinero	5	2.5
Falta de interés	5	2.5
Otros	9	4.5
Total	145	100
$\chi^2=35.81$ $p<.001$		

En cuánto a los conocimientos de frecuencia y los métodos de higiene bucal pudimos observar que los alumnos mencionaron que el número de veces los cuáles una persona debe cepillar sus dientes fue de 3 veces al día con 77.0%. Se observaron datos estadísticamente significativos en cuánto a la frecuencia en el cepillado dental por día ($\chi^2=901.15$ $p<.001$)
 Tabla 5.

Tabla 5. Frecuencia de cepillado dental en un día, FO, 2012.

Veces al día de cepillado	n	%
Tres veces	154	77.0
Menos de tres veces	17	8.5
Otros (después de cada alimento)	29	14.5
Total	200	100
$\chi^2=901.15$ $p<.001$		

Los auxiliares de higiene que los alumnos reportaron conocer con mayor frecuencia fueron el hilo dental con 47.5% y el enjuague bucal con 36.0%. Se reportaron datos estadísticamente significativos en cuanto a los auxiliares de higiene dental conocidos ($\chi^2=377.32$ $p<.001$).Tabla 6

Tabla 6. Auxiliares de higiene dental conocidos, FO, 2012.

Auxiliares de higiene	n	%
Hilo	95	47.5
Enjuague	72	36.0
Cepillo	8	4.0
Pasta	11	5.5
Otros	14	7.0
Total	200	100
$\chi^2=377.32$ $p<.001$		

Refiriéndonos al número de veces al día que las personas se cepillan los dientes se observó que lo hacen con mayor frecuencia dos veces en un 48.0% y tres veces en un 40.0%. Se encontraron datos estadísticamente significativos ($\chi^2=309.94$ $p<.001$) Tabla 7.

Tabla 7. Número de veces que realizan el cepillado dental, FO, 2012.

Veces al día	n	%
Otros	12	6
Dos	96	48
Tres	80	40
Cuatro	12	6
Total	200	100
$\chi^2=309.94$ $p<.001$		

Hablando de los instrumentos, auxiliares o aditamentos de la higiene bucal los alumnos reportaron utilizar para realizar la limpieza dental con mayor frecuencia el cepillo y la pasta en un 53.5% y con la menor frecuencia el cepillo y el enjuague bucal con un 9.0%. Se reportaron datos estadísticamente significativos ($\chi^2=179.60$ $p<.001$) Tabla 8.

Tabla 8. Aditamentos utilizados para realizar el cepillado dental, FO, 2012.

Con que los limpian	n	%
Cepillo y pasta	107	53.5
Cepillo e hilo	29	14.5
Cepillo y enjuague	18	9.0
Cepillo	46	23.0
Total	200	100
$\chi^2=179.60$ $p<.001$		

Los momentos del día con mayor predilección para realizar el cepillado dental reportados por los alumnos fueron después de los alimentos por el 50% de los entrevistados y con menor predilección fue sólo en la noche con el 2.5%. Se encontraron datos estadísticamente significativos ($X^2=80.10$ $p<.001$) Tabla 9.

Tabla 9. Momento del día en el que realizan el cepillado dental, FO, 2012.

Momento del día	n	%
Antes de bañarme, desayuno, comida y cena	22	11.0
Después de los alimentos	100	50.0
Mañana y noche	73	36.5
Solo en la noche	5	2.5
Total	200	100
$X^2=80.10$ $p<.001$		

La importancia de cuidar los dientes según los alumnos que se presentó con mayor frecuencia fue por salud con 51.0% ya que mencionan que es un conjunto para mantener una buena salud general en el cuerpo, la importancia con menos frecuencia fue sólo por mantener una buena higiene con 8.0%. Se reportaron datos estadísticamente significativos ($\chi^2=395.20$ $p<.001$).Tabla 10

Tabla 10. Importancia que se cree tiene el cuidado de los dientes, FO, 2012.

Importancia	n	%
Caries	5	2.5
Higiene	16	8.0
Salud	102	51.0
Alimentación	21	10.5
Estética	20	10.0
Otros	36	18.0
Total	200	100
$\chi^2=395.20$ $p<.001$		

Respecto a los obstáculos que fueron los principales a los que se enfrentó una persona para acudir al dentista según los entrevistados fueron el dinero con 53.0% y miedo 24.5%, el obstáculo que se presentó con menor frecuencia fue la cultura o educación con un 8.0%. Se reportaron datos estadísticamente significativos ($X^2=640.00$ $p<.001$). Tabla 11

Tabla 11. Obstáculos a los que se enfrenta una persona para acudir al dentista, FO, 2012.

Obstáculos	n	%
Miedo	49	24.5
Dinero	106	53.0
Tiempo	13	6.5
Cultura/educación	6	3.0
Dolor	11	5.5
Otros	15	7.5
Total	200	100
$X^2=640.00$ $p<.001$		

Resultados descriptivos sobre autoeficacia y depresión.

Los resultados de la escala muestran que el puntaje mínimo obtenido fue de 22 y el máximo fue de 40 con una media de 34.4 ± 3.9 puntos.

En cuanto a la distribución de autoeficacia por sexo, se observó que 42.3% de los hombres presentaron un nivel alto de autoeficacia, mientras que en las mujeres el mayor porcentaje se encontró en el nivel bajo 40.1%. Sin embargo, aunque en los hombres se observó una mayor autoeficacia, no se observó diferencia estadística significativa en cuanto a la distribución de autoeficacia por sexo ($\chi^2=5.177$, $p=.075$). Tabla 12

Tabla 12. Distribución de autoeficacia por sexo, FO, 2012.

Calificación de autoeficacia	Masculino		Femenino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Autoeficacia baja	12	23.1	59	40.1	71	35.7
Autoeficacia media	18	34.6	44	29.9	62	31.2
Autoeficacia alta	22	42.3	44	29.9	66	33.2
Total	52	100	147	100	199	100
$\chi^2=5.177$ $p=.075$						

En cuanto a la escala de sintomatología depresiva, se observó que el mayor porcentaje de datos depresivos en nivel bajo se presentó en los hombres con un porcentaje de 39.6%, mientras que en las mujeres, éste porcentaje correspondió a 38.8%. El porcentaje de sintomatología depresiva en nivel alto en los hombres correspondió a 34.0% mientras que en las mujeres fue de 27.2%. No se observó diferencia estadística significativa con respecto a la sintomatología depresiva por sexo ($X^2=1.322$, $p=.516$). Tabla 13

Tabla 13. Distribución de depresión con sexo, FO, 2012.

Sintomatología de depresión	Masculino		Femenino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Baja	21	39.6	57	38.8	78	39.0
Media	14	26.4	50	34.0	64	32.0
Alta	18	34.0	40	27.2	58	29.0
Total	53	100	147	100	200	100
$X^2=1.322$ $p=.516$						

Apartado de variables clínicas por autoeficacia y depresión.

Al revisar la relación existente entre la autoeficacia y los síntomas depresivos, se observó que 42.4% de las personas con un nivel alto de autoeficacia presentaron sintomatología depresiva baja, mientras que 35.5% de las personas que reportaron una autoeficacia media, presentaron sintomatología de depresión baja. Por último, el 38.0% de las personas que presentaron una baja autoeficacia, coincidieron con una sintomatología depresiva baja. No se observó diferencia estadística significativa con respecto a la relación entre autoeficacia y depresión ($X^2=3.843$, $p=.428$). Tabla 14

Tabla 14. Relación entre autoeficacia y depresión, FO, 2012.

Depresión	Autoeficacia baja		Autoeficacia media		Autoeficacia alta		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Baja sintomatología	27	38.0	22	35.5	28	42.4	77	38.7
Media sintomatología	19	26.8	21	33.9	24	36.4	64	32.2
Alta sintomatología	25	35.2	19	30.6	14	21.2	58	29.1
Total	71	100	62	100	56	100	199	100
$X^2=3.843$ $p=.428$								

Respecto a los resultados del índice de dientes cariados, perdidos y obturados, debemos aclarar que se estableció una división en dos grupos, de acuerdo a lo recomendado por la OMS para identificar grupos con un bajo nivel de caries (de cero a tres dientes) y el grupo con alto nivel de caries (mayor a tres dientes); por lo tanto, la distribución del CPOD por nivel de autoeficacia mostró que 36.2% de las personas que tuvieron un CPOD mayor a 3 reportaron una baja autoeficacia, mientras que 36.1% para los que tuvieron 3 o menos dientes cariados, perdidos u obturados se encontraron en un nivel alto de autoeficacia. No se encontró diferencia estadística significativa con respecto a la relación entre el CPOD y el nivel de autoeficacia de los alumnos ($X^2=.467$, $p=.792$). Tabla 15

Tabla 15. Relación de autoeficacia con CPOD, FO, 2012.

Calificación de autoeficacia	Codificación CPOD				Total	
	3 o menos		Mas de 3			
	n	%	n	%	n	%
Autoeficacia baja	25	34.7	46	36.2	71	35.7
Autoeficacia media	21	29.2	41	32.3	62	31.2
Autoeficacia alta	26	36.1	40	31.5	66	33.2
Total	72	100	127	100	199	100
$X^2=.467$ $p=.792$						

En cuanto a la relación entre el IHOS y el nivel de autoeficacia en los alumnos pudimos apreciar que al presentar los alumnos una autoeficacia alta de 43.8% mostraron una buena higiene oral. Para el grupo que reportó una autoeficacia media 55.6% también mostraron un IHOS pobre, mientras que en la autoeficacia baja el 44.9% de los alumnos reportaron un IHOS regular. En la tabla se encontró diferencia estadística significativa con respecto a la relación entre el IHOS y el nivel de autoeficacia que reportaron los alumnos de la FO ($X^2=13.886$, $p=.008$).

Tabla 16

Tabla 16. Relación entre autoeficacia e IHOS, FO, 2012.

Autoeficacia	IHOS						Total	
	Buena		Regular		Pobre		n	%
	n	%	n	%	n	%		
Baja	29	30.2	31	44.9	2	22.2	62	35.6
Media	25	26.0	25	36.2	5	55.6	55	31.6
Alta	42	43.8	13	18.8	2	22.2	57	32.8
Total	96	100	69	100	9	100	174	100
$X^2=13.886$ $p=.008$								

Con respecto a la relación entre la sintomatología de depresión y el IHOS, se pudo observar que el 42.7% de los alumnos que reportaron un buen IHOS, reportaron una baja sintomatología de depresión. En un IHOS regular se reportó 40.0% de alumnos con una baja sintomatología de depresión, mientras que en el IHOS bajo el 44.4% de los alumnos presentaron tanto media y alta sintomatología de depresión. No se encontró diferencia estadística significativa con respecto a la relación entre la sintomatología de depresión y el IHOS ($\chi^2=6.199$, $p=.185$). Tabla 17

Tabla 17. Relación entre depresión e IHOS, FO, 2012.

Sintomatología de Depresión	IHOS						Total	
	Bueno		Regular		Pobre		n	%
	n	%	n	%	n	%		
Baja	41	42.7	28	40.0	1	11.1	70	40.0
Media	33	34.4	18	25.7	4	44.4	55	31.4
Alta	22	22.9	24	34.3	4	44.4	50	28.6
Total	96	100	70	100	9	100	175	100
$\chi^2=6.199$ $p=.185$								

Referente a la distribución del CPOD por sintomatología de depresión en los alumnos de la FO, se observó que 127 personas tienen un CPOD mayor a 3, de los cuales el 38.6% presentaron sintomatología baja de depresión. Para los 73 alumnos que tuvieron 3 o menos dientes cariados perdidos u obturados el 39.9% se encontró en una sintomatología de depresión baja. No se encontró diferencia estadística significativa con respecto a la relación entre el CPOD y la sintomatología de depresión en los alumnos de la FO ($\chi^2=1.233$, $p=.540$). Tabla 18

Tabla 18. Relación entre depresión y CPOD, alumnos de la FO, 2012.

Sintomatología de depresión	CPOD				Total	
	3 o menos		Mas de 3		n	%
	n	%	n	%		
Baja	29	39.7	49	38.6	78	39
Media	26	35.6	38	29.9	64	32
Alta	18	24.7	40	31.5	58	29
Total	73	100	127	100	200	100
$\chi^2=1.233$ $p=.540$						

DISCUSIÓN.

El estudio de los factores psicológicos y actitudinales, en cuanto a su impacto en la salud general y oral de los individuos, ha cobrado una gran importancia en los últimos tiempos. Sin embargo, son pocos los estudios que existen al respecto, de ahí que sea necesario ahondar en la investigación que vincule ambos elementos. El presente estudio fue un intento por aportar evidencias, que permitan el conocimiento en cuanto a la asociación de la autoeficacia con el estado de salud bucal específicamente, utilizando algunos indicadores que se relacionaran respectivamente con el autocuidado como aquellos referentes a la higiene oral.

Como sabemos, los procedimientos psicológicos sirven como medios para fortalecer las expectativas de eficacia personal, por lo que el presente estudio se basó en tratar de medir la autoestima, la autoeficacia general, el grado de conocimiento de los temas relacionados a la higiene bucal, la atención que las personas ponen al cuidado personal en cuanto a la salud dental, el grado de higiene bucal y nivel de depresión. El problema para medir estos factores o indicadores es que en ellos se encuentra ambigüedad en la medición, y su operatividad no es aplicable a todas las personas ni en todos los ambientes, de ahí la dificultad para encontrar escalas referentes a la salud bucal que sean aplicables a todo tipo de personas y a diferentes situaciones particulares.

Los resultados del presente estudio parten de una muestra limitada para reportar datos con resultados significativos, por lo tanto no pueden ser inferidos a la población general. Algunos autores^{1,8} lo mencionan también por lo que se recomienda aumentar el número de sujetos para futuras investigaciones. Podemos decir que incluso el tiempo para aplicar el estudio podría ser más largo y ésto se podría aplicar a otras poblaciones. Existe una gran diferencia en cuánto a la población general y la población encuestada puesto que el ambiente en el que se desenvuelven no es lo mismo para cada persona^{1,14,20}, esto es lo que modifica las actitudes y las

acciones personales, por lo que recomendamos para futuras investigaciones que se apliquen a poblaciones diferentes, tanto en rango de edades, nivel educativo, nivel socioeconómico y tipo de población en la que se desenvuelven.

Como podemos observar, los resultados de la escala de autoeficacia general en el estudio mostraron que la media fue de 34.4 ± 3.9 puntos. Mientras que en otro estudio según Schwarzer²⁰ en la versión alemana la media es de 27.8 ± 4.5 , la media en la versión costarricense es de 33.2 ± 4.43 , y para la versión china la media es de 24.56 ± 5.31 . Esto podría deberse al hecho de que son diferentes ambientes y poblaciones; por ejemplo, las poblaciones estudiadas en los países de América Latina responden a una mayor autoeficacia, a diferencia de la de los países Europeos y Asiáticos, que muestran una menor autoeficacia que la de los antes mencionados.

En cuanto a la distribución de autoeficacia por sexo, en los hombres se observó una mayor autoeficacia que las mujeres en la cual mostró una diferencia estadísticamente significativa. De la misma manera²⁰ las mujeres en Hong Kong y Alemania mostraron un porcentaje menor de autoeficacia que los hombres.

La correlación obtenida entre los constructos depresión y autoeficacia en nuestro estudio reportaron, que los alumnos que alcanzaron una alta autoeficacia se presentaron con una baja sintomatología depresiva, cuando la autoeficacia es baja la sintomatología depresiva es alta. Concluyendo que mientras más deprimida se sienta una persona menos autoeficacia general presentará y viceversa. Según Schwarzer²⁰ la depresión y la ansiedad son rasgos emocionales negativos que se asocian negativamente con la autoeficacia. Según Luszczynska (2005)²¹ encontró una correlación negativa entre la escala general de autoeficacia con sentimientos negativos. Una alta creencia de eficacia general está relacionada con bajos niveles de depresión en pacientes con enfermedades cardiovasculares y también a niveles bajos de ansiedad en

pacientes con enfermedades gastrointestinales. En pacientes con cáncer, los individuos eficaces se mostraron menos deprimidos y menos cansados.

Respecto a la relación entre autoeficacia y el IHOS, pudimos observar que los alumnos que presentaron una alta autoeficacia reportaron un bajo índice de higiene oral simplificado dando como resultado una buena higiene bucal, mientras más alto sea el IHOS, menos autoeficacia presentarán las personas y su higiene será deficiente. Comparando con otros estudios, encontramos que existe relación entre los constructos puesto que los alumnos reportaron una alta higiene bucal con un bajo IHOS presentaron una baja sintomatología depresiva, al ir aumentando la suma del IHOS los síntomas aumentaron, sin haber supuesto y encontrado significancia estadística.

En el ámbito de la salud, se ha observado, que en la medida que aumenta la autoeficacia general, también aumenta la autoestima y por lo tanto la percepción de bienestar; así mientras más confianza tengan las personas sobre las cosas que puedan hacer y como puedan desempeñarse, mucho mejor se sienten con ellos mismos y ésto ayuda en su salud general. Cid (2010) habla de las correlaciones positivas de autoeficacia percibida con autoestima y estado de salud percibido, argumentando que a medida que aumenta la autoeficacia general de la población estudiada, sea el ambiente que sea, también aumenta su autoestima y su estado de salud percibido o percepción de bienestar.

En cuanto a la asociación entre el CPOD y la autoeficacia, podemos observar que a mayor número de CPOD en los sujetos se tiene una autoeficacia baja, al momento en que el CPOD disminuye la autoeficacia aumenta, a pesar de no tener significancia estadística se observa una tendencia en cuanto menos dientes cariados, perdidos u obturados las personas deben tener una alta autoeficacia y viceversa, por lo tanto una mayor autoestima o percepción de salud.

La autoeficacia en el ámbito de la salud, cobra intención en la prevención de las conductas riesgosas y en la promoción de conductas que van en beneficio de las personas. Día a día se hace más popular la manera de mejorar el conocimiento y modelar comportamientos en las personas mediante el texto, como lecturas o instrumentos específicos en cualquier enfermedad o situación en la población. Si nos dedicamos a la promoción y persuasión verbal o escrita, podremos alcanzar buenos modelamientos y mejores resultados en la percepción propia ante cualquier situación relacionada con la salud, en este caso específicamente a la salud bucal. El personal dental, según Sýrlaya¹⁴ y Kakudate⁸, puede promover la autoeficacia dental proporcionando modelos de comportamiento de salud bucal mediante la persuasión verbal, incluyendo estímulos y dando retroalimentación positiva a los pacientes mediante intervenciones específicas. Concluyendo que la percepción de autoeficacia determina el comportamiento de salud bucal y también se asocia con el nivel de higiene bucal. Al comprobar ésta asociación, podemos decir que cumplimos el propósito principal de éste estudio.

Esperamos que éstos nuevos conocimientos obtenidos en la investigación nos ayuden a modificar de manera eficaz el estado de salud bucodental no sólo de los alumnos, sino también de sus familiares, amigos y pacientes. Primero como profesionales en la consulta privada y después aplicarlo como instituciones para un mejor servicio a la comunidad.

CONCLUSIONES

- Aunque se encontró relación entre el índice de Higiene Oral y CPOD con la escala de autoeficacia general, esta no pudo ser demostrada estadísticamente.
- Existe asociación entre el nivel de autoeficacia general por sexo, ya que la evidencia mostró que en esta población fue mayor en las mujeres que en los hombres.
- No se corroboró estadísticamente una relación directa entre la escala de autoeficacia general y la escala de síntomas depresivos.
- Se observó cierta tendencia en la relación entre síntomas depresivos y nivel de higiene oral, sin embargo los datos no mostraron una asociación estadísticamente significativa.
- Se recomienda continuar el estudio de estas variables en poblaciones jóvenes de distintos ámbitos sociales y económicos. Así como en muestras de poblaciones más amplias.

ANEXOS

Anexo 1. Cuestionario

El presente cuestionario tiene como finalidad evaluar algunos aspectos que intervienen en la conservación de una buena salud bucal. Los resultados se utilizarán sólo con fines de estudio y es totalmente de carácter confidencial. No hay respuestas buenas o malas, por lo que siéntete en la confianza de responder verazmente y tomar el tiempo que consideres necesario. Se agradece de antemano tu participación.

1 ¿Cuál es tu nombre?: _____

2 ¿Cuántos años tienes? _____ años.

3 ¿Cuál es tu fecha de nacimiento? /_/_/_/_/

4 Sexo: 1) Masculino 2) Femenino /_/_/

5 ¿Cuál es el ingreso económico mensual aproximado que tiene tu familia? /_/_/

1) Menos de \$1000 2) de \$1000 a \$3000 3) más de \$3000.

6 ¿Recibes atención médica por parte de alguna institución de salud del sector público? /_/_/

1) Si 2) No

7 Si la recibes ¿Es alguna de estas? /_/_/

1) ISSSTE 2) IMSS 3) PEMEX 4) DIF /_/_/

5) Servicio de bancos 6) otros 7) no sabe

8 ¿Has utilizado algún servicio dental en los últimos 12 meses? /_/_/

1) Si 2) No

9 ¿Qué tipo de servicio?

/___/

- 1) Público 2) Privado

10 ¿Por qué motivo?

11. Si no has acudido a recibir atención dental en el último año ¿Por qué motivo no lo has hecho?

Higiene bucal.

De acuerdo a lo que conoces:

12 ¿Cuántas veces al día debe una persona limpiar sus dientes?

13 ¿Qué auxiliares de higiene bucal conoces?

14 ¿Cuántas veces al día te cepillas los dientes?

15 ¿Con qué los limpias?

16 ¿En qué momento del día los cepillas?

17 ¿Por qué crees que es importante cuidar los dientes?

18 ¿Cuáles son los obstáculos principales a los que se enfrenta una persona para acudir al dentista?

Anexo 2. Cuestionario de autoeficacia²²

La escala general de autoeficacia es el instrumento utilizado para esta investigación, se hizo la adaptación al español por Bäßler, J. y Schwarzer, R. en 1993 para la evaluación de características psicométricas de las personas de habla hispana. Esta escala se conforma de 10 reactivos con un puntaje mínimo de 10 puntos y un máximo de 40 puntos¹⁸. Las respuestas son tipo Likert donde la persona responde a cada reactivo de acuerdo a lo que esta percibe de su capacidad en ese preciso momento. Las posibles respuestas son: Incorrecto (1 punto); apenas cierto (2 puntos); más bien cierto (3 puntos) o cierto (4 puntos)¹⁸. En esta escala a mayor puntaje mayor autoeficacia general percibida.

Respuestas:

1=Incorrecto	2=Apenas cierto	3=Más bien cierto	4=Cierto
--------------	-----------------	-------------------	----------

1	Puedo encontrar la manera de obtener lo que quiero aunque alguien se me oponga.
2	Puedo resolver problemas difíciles si me esfuerzo lo suficiente.
3	Me es fácil persistir en lo que me he propuesto hasta llegar a alcanzar mis metas.
4	Tengo confianza en que podría manejar eficazmente acontecimientos inesperados.
5	Gracias a mis cualidades y recursos puedo superar situaciones imprevistas.
6	Cuando me encuentro en dificultades puedo permanecer tranquilo/a porque cuento con las habilidades necesarias para manejar situaciones difíciles.
7	Venga lo que venga, por lo general soy capaz de manejarlo.
8	Puedo resolver la mayoría de los problemas si me esfuerzo lo necesario.
9	Si me encuentro en una situación difícil, generalmente se me ocurre qué debo hacer.
10	Al tener que hacer frente a un problema, generalmente se me ocurren varias alternativas para resolverlo.

Parte II. Autoeficacia:

19 Puedo encontrar la manera de obtener lo que quiero aunque /__/
alguien se me oponga

1) Incorrecto 2) Apenas cierto 3) Mas bien cierto 4) Cierto

20 Puedo resolver problemas difíciles si me esfuerzo lo suficiente /__/

1) Incorrecto 2) Apenas cierto 3) Mas bien cierto 4) Cierto

21 Me es fácil persistir en lo que me he propuesto hasta llegar a alcanza mis metas. /__/

1) Incorrecto 2) Apenas cierto 3) Mas bien cierto 4) Cierto

22 Tengo confianza en que podría manejar eficazmente acontecimientos inesperados. /__/

1) Incorrecto 2) Apenas cierto 3) Mas bien cierto 4) Cierto

23 Gracias a mis cualidades y recursos puedo superar situaciones imprevistas. /__/

1) Incorrecto 2) Apenas cierto 3) Mas bien cierto 4) Cierto

24 Cuando me encuentro en dificultades puedo permanecer tranquilo/a porque cuento con las habilidades necesarias para manejar situaciones difíciles. /__/

1) Incorrecto 2) Apenas cierto 3) Mas bien cierto 4) Cierto

25 Venga lo que venga, por lo general soy capaz de manejarlo. /__/

1) Incorrecto 2) Apenas cierto 3) Mas bien cierto 4) Cierto

26 Puedo resolver la mayoría de los problemas si me esfuerzo lo necesario. /__/

1) Incorrecto 2) Apenas cierto 3) Mas bien cierto 4) Cierto

27 Si me encuentro en una situación difícil, generalmente se me ocurre qué debo hacer. /__/

1) Incorrecto 2) Apenas cierto 3) Mas bien cierto 4) Cierto

28 Al tener que hacer frente a un problema, generalmente se me ocurren varias alternativas de cómo resolverlo. /__/

1) Incorrecto 2) Apenas cierto 3) Mas bien cierto 4) Cierto

Anexo 3 Sintomatología depresiva

La Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) se creó en el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos (NIMH) en 1997 por Radloff¹⁵ con el propósito de identificar los factores de riesgo asociados con la depresión mediante un instrumento, que a su vez, pudiera ser aplicado por entrevistadores no especializados a poblaciones no institucionalizadas¹⁶. Es importante mencionar que esta escala no se enfoca al diagnóstico clínico, sino que solo proporciona indicadores de riesgo de esta enfermedad. La escala cuenta con 20 reactivos representativos de los componentes más importantes de la sintomatología depresiva. Los reactivos quedan agrupados en cuatro apartados:

- 1) Afecto deprimido
- 2) Síntomas somáticos
- 3) Retardo psicomotor
- 4) Problemas en las relaciones interpersonales¹⁷.

Su aplicación implica inquirir al entrevistado acerca de la cantidad de días durante la semana previa a la aplicación del instrumento, en que se sintió como lo indica cada uno de los 20 reactivos de la escala¹⁶. Las categorías de respuesta son: 1= ningún día; 2= de uno a dos días; 3= de tres a cuatro días; y 4= de cinco a siete días. Las categorías de respuesta para los reactivos de afecto positivo, se recodifican en el orden inverso. El puntaje total de la escala es la sumatoria de los puntos de los 20 reactivos, que tiene un rango de 0 a 60¹⁶.

PARTE III. DEPRESIÓN:

Las siguientes afirmaciones describen formas en que la gente actúa o se siente. Por favor lee cada una y circula el número de días que te sentiste así en la última semana. Marca una sola respuesta por inciso, si estás inseguro has tu mejor estimación.

	Número de días			
	0	1-2	3-4	5-7
Durante la semana pasada:				
Me molestaron muchas cosas que generalmente no me molestan	1	2	3	4
No tenía hambre, no tenía apetito	1	2	3	4
Sentía que no podía quitarme la tristeza ni con la ayuda de mi familia o amigos/as	1	2	3	4
Sentía que era tan bueno/a como los demás	1	2	3	4
Tenía dificultad para concentrarme en lo que estaba haciendo	1	2	3	4
Me sentí deprimido/a	1	2	3	4
Sentí que todo lo que hacía me costaba mucho esfuerzo	1	2	3	4
Veía el futuro con esperanza	1	2	3	4
Pensé que mi vida era un fracaso	1	2	3	4
Tenía miedo	1	2	3	4
Dormí sin descansar	1	2	3	4
Estaba feliz	1	2	3	4
Platiqué menos de lo normal	1	2	3	4
Me sentía solo/a	1	2	3	4
Sentí que la gente era poco amigable	1	2	3	4
Disfruté de la vida	1	2	3	4
Lloraba a ratos	1	2	3	4
Me sentía triste	1	2	3	4
Sentía que no les caía bien a otros/as	1	2	3	4

Anexo 4. Índice CPOD/ceod¹⁶

Estado de la dentición

Los criterios para el diagnóstico y codificación son:

Diente sano: Un diente es considerado sano (código 0) si no muestra evidencia de caries clínica tratada o sin tratar. Las etapas de la caries que preceden a la cavitación, así como otras condiciones similares a las primeras etapas de la caries, se excluyen, porque no pueden diagnosticarse con precisión. Así los dientes con los siguientes defectos, en ausencia de otros criterios positivos, deben ser codificados como sano:

- Manchas blancas o blanquecinas.
- Decoloración o manchas rugosas.
- Cavidades pigmentados o surcos y fisuras del esmalte, pero no presentan una base reblandecida perceptible, esmalte socavado, o reblandecimiento de las paredes.
- Áreas oscuras, brillantes, duras y fisuras del esmalte de un diente con fluorosis de moderada a severa.
- En caso de lesiones dudosas se registrará el diente como sano.

Diente cariado: Se considera que la caries (código 1) está presente cuando una lesión en un surco, o fisura o sobre una superficie lisa (vestibular, lingual) presenta tejido reblandecido perceptible en la base, esmalte socavado o una pared reblandecida. También deben ser incluidos en esta categoría los dientes con restauración temporal. En las caries proximales el examinador debe asegurarse de que la sonda penetre en la lesión. Cuando exista alguna duda, no debe registrarse la caries como presente.

Diente obturado con caries: Un diente es catalogado como obturado con caries (código 2) cuando contiene una o más restauraciones permanentes y una o más áreas cariadas. No se hace distinción alguna entre caries primaria y secundaria, esto es, aunque una lesión esté o no asociada físicamente con la(s) restauración(es).

Diente obturado sin caries: Los dientes son considerados como obturados sin caries (código 3) cuando están presentes una o más restauraciones definitivas y cuando no hay caries secundarias (recurrentes) y otras áreas del diente con caries primaria. Se consideran también en esta categoría los dientes con corona colocada debido a caries previa. Un diente al cual se le ha colocado una corona por otras razones, no relacionadas a caries, por ejemplo, por trauma o por soporte de prótesis, se codifica como soporte de prótesis o corona especial con el número 7.

Diente perdido debido a caries: Esta categoría es usada tanto para dientes temporales como permanentes, extraídos por caries (código 4). Para la dentición temporal este código debe ser aplicado sólo en sujetos que están en una edad en la que la exfoliación normal no explica su ausencia. En algunos grupos de edad, puede ser difícil distinguir entre dientes no erupcionados (código 8) y dientes extraídos. El conocimiento básico de la cronología de la erupción dentaria, el estado del diente contralateral correspondiente, la apariencia de la cresta alveolar en el área del espacio dentario en cuestión, y el estado de caries de otros dientes en relación a la caries dental, pueden proporcionar pistas útiles para hacer un diagnóstico diferencial entre los dientes no erupcionados y los extraídos. Se debe enfatizar que el código 4 no debe ser usado para los dientes considerados ausentes por cualquier otra razón que no sea caries.

Diente permanente perdido por otras razones: Este código se usa para dientes permanentes considerados como ausentes por razones congénitas o extraídos por razones ortodóncicas, o debido a un trauma, etc. (código 5). Esta clasificación también se usa para dientes permanentes considerados como extraídos debido a enfermedad periodontal.

Fisura obturada: Se usa este código para dientes en los que un sellador de fisura ha sido colocado en la superficie oclusal, o para dientes en los que la fisura oclusal ha sido preparada para resina (código 6). Si un diente con sellador está cariado, debe ser codificado con el código 1 (cariado).

Soporte de puente o corona especial: Se usa este código para indicar que un diente forma parte de una prótesis fija, es decir es un soporte de prótesis. Este código también puede usarse para coronas colocadas por otras razones que no sean caries. Los dientes faltantes sustituidos por un puente se codifican con los códigos 4 ó 5, como otros dientes perdidos.

Diente no erupcionado: Esta clasificación se restringe a dientes permanentes y se usa sólo para un espacio dental con un diente permanente no erupcionado pero sin presencia del diente temporal. Desde luego, los dientes clasificados como no erupcionados se excluyen de todas las estadísticas relacionadas con caries.

Dientes excluidos: Se usa este código para cualquier diente que no pueda ser examinado.

CÓDIGO	SITUACIÓN
0	Satisfactoria, diente sano
1	Diente cariado
2	Diente obturado con caries
3	Diente obturado sin caries
4	Diente perdido debido a caries
5	Diente perdido por otras razones
6	Fisura obturada
7	Soporte de puente, corona especial
8	Diente sin erupcionar
9	No registrado o excluido
10	Traumatismo (fractura)

Índice de dientes cariados, perdidos y obturados (cpod).

El índice CPOD describe la cantidad-prevalencia- de la caries dental en un individuo. El índice CPOD es un medio para expresar numéricamente la prevalencia de caries y se obtiene al calcular el número de dientes (D) cariados (C), perdidos (P) y obturados (O). Se usa para obtener una estimación ilustrada de cuanto de la dentición, hasta el día del examen, se ha afectado por la caries dental.

Se calcula para 28 dientes permanentes si se excluyen los terceros molares o para 32 dientes si se usa la recomendación de la OMS. Se contabilizan: el número de dientes con lesiones cariosas (no se incluye la lesión incipiente), el número de dientes que han sido extraídos, y los dientes con obturaciones o coronas. Para la dentición primaria, que consiste de un máximo de 20 dientes, la designación correcta es ceod en la que la "e" indica diente extraído.

Componente cariado: incluye todos los dientes clasificados con el código 1 y 2.

Componente perdido: comprende los dientes con el código 4 en individuos menores de 30 años de edad y los dientes codificados 4 y 5 para individuos de 30 años y mayores.

Componente obturado: contiene sólo los dientes con código 3.

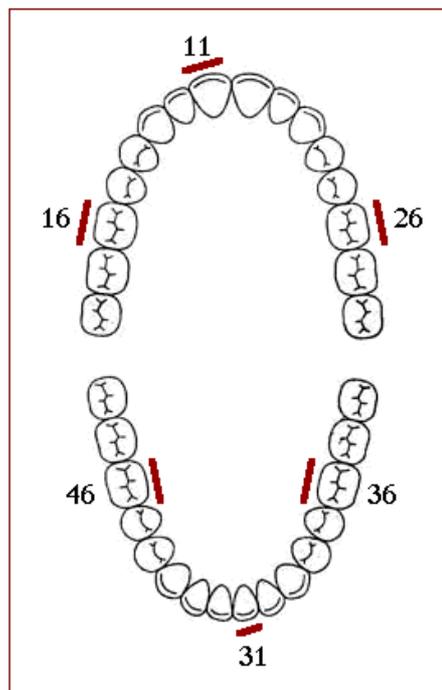
Anexo 5. Índice de Higiene Oral Simplificado¹⁷

Greene y Vermillion²³ (1960) crearon el índice de higiene oral simplificado. Este permite valorar de manera cuantitativa los diferentes grados de higiene bucal. Para ello se miden dos aspectos:

- La extensión coronaria de placa dentobacteriana (PBD)
- La extensión coronaria de cálculo supragingival.

Se examinan seis superficies: en la porción anterior, la superficie labial del incisivo central superior derecho (11) y del incisivo central inferior izquierdo (31); en caso de faltar alguno de estos, se tomará en cuenta los dientes centrales del lado opuesto (21 ó 41). En la porción posterior, se examinan las superficies vestibulares de los primeros molares superiores (16 y 26) y las superficies linguales de los primeros molares inferiores (46 y 36).

IHOS

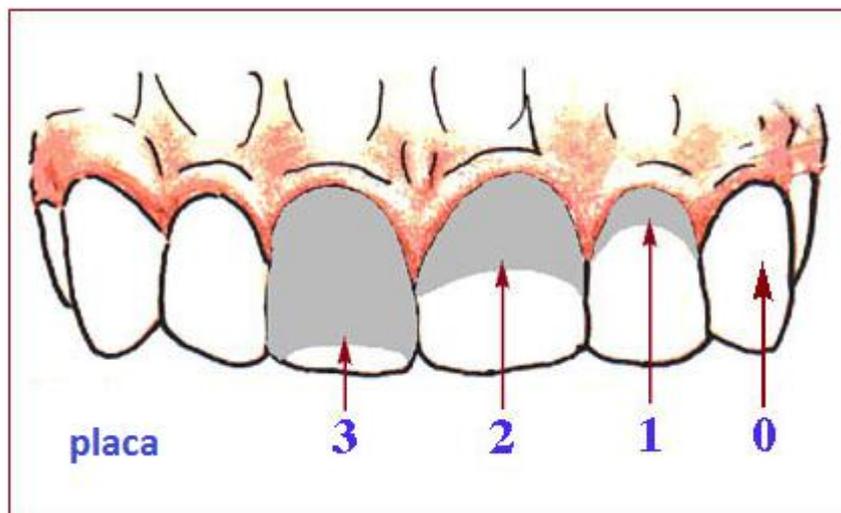


Diente	16V	11L	26V	36L	31V	46L	Total	Promedio
Placa								
Cálculo								

Se asignan valores de acuerdo con los puntajes de los residuos y cálculo.

Los datos de cada persona o de una comunidad pueden obtenerse al calcular las medias del índice y los resultados se valoran según la siguiente escala:

- 0.0-1.2 Buena higiene bucal.
- 1.3-3.0 Regular higiene bucal.
- 3.1-6.0 Mala higiene bucal.



VALOR	CRITERIOS PARA PLACA
0	No hay presencia de PDB o manchas.
1	Restos blandos que cubren no más de un tercio de la superficie dental expuesta o presencia de manchas extrínsecas sin restos blandos a pesar del área cubierta.
2	Restos blandos que cubren más de un tercio pero menos de dos tercios de la superficie dental expuesta.
3	Restos blandos que cubren más de dos tercios de la superficie dental expuesta.

VALOR	CRITERIOS PARA CÁLCULO
0	No hay presencia de cálculo.
1	Presencia de cálculo supragingival que cubre no más de un tercio de la superficie dental expuesta.
2	Presencia de cálculo supragingival que cubre más de un tercio pero menos de dos tercios de la superficie dental expuesta o la presencia de puntos individuales de cálculo subgingival alrededor de la porción cervical del diente o ambos.
3	Cálculo supragingival que cubre más de dos tercios de la superficie dental expuesta o la presencia de una banda continua de cálculo subgingival alrededor de la porción cervical del diente o ambos.

Anexo 6 Carta de consentimiento informado

El presente cuestionario tiene como finalidad evaluar algunos aspectos que intervienen en la conservación de una buena salud bucal y las características psicométricas de las personas en relación a la autoeficacia.

En el estudio participarán alumnos de primer ingreso de la Facultad de Odontología en el periodo escolar 2012-2013, que estén dispuestos y acepten participar en la encuesta.

La participación en la encuesta es contestar los cuestionarios y permitir una exploración bucal. El tiempo total de la encuesta dependerá de la velocidad para responder 32 preguntas hechas por el entrevistador. La revisión bucal se llevará a cabo con una sonda periodontal y un espejo bucal estériles.

Los resultados se utilizarán sólo con fines de estudio y es totalmente de carácter confidencial; por lo tanto no hay costo de este ni se recibirá ningún beneficio.

Es un ejercicio de carácter voluntario por lo que negarse a presentarlo es totalmente su derecho. Si hay dudas favor de preguntar al encuestador.

Acepto participar en el estudio

Fecha:

Nombre y firma de autorización

REFERENCIAS

-
- ¹ Sanjuán P, Pérez A, Moreno J. Escala de autoeficacia general: datos psicométricos de la adaptación para población española. *Psicothema*, 2000; 2 (12): 509-13.
- ² Bandura A. Self-efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. *Psychological Review*, 1977; 2 (84): 191-15.
- ³ Fernández M, Diamond P, Rakowski W. Developmente and validation of a Cervical Cancer Screening Self-Efficacy Scale for Low-Income Mexican American Women. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*, 2009; 18: 866-75.
- ⁴ Cushing A, Sheiham A, Maizels J. Developing Socio-dental indicators. The social impact of dental disease. *Community Dental health*, 1986; 3: 3-17.
- ⁵ Skaret E, Astrom A, Haugejorden O. Oral Health- Related Quality of Life (OHRQoL) Review of existing instruments and suggestions for use in oral health outcome research in Europe. *Quintessence International*, 2004: 99-110.
- ⁶ Dolan T, Gooch B. Dental Health questions from the rand health insurance study. *Measuring oral health and quality of life*. Slade GD. Chapel Hill, 1997: 65-70.
- ⁷ Kakudate N, Morita M, Fukuhara S, Sugai M, Nagayama M, Kawanami M, Chiba I. Development of the Self-efficacy Scale for Maternal Oral Care. *Pediatric Dentistry*, 2010; 4(32): 310- 15.
- ⁸ Kakudate N, Morita M, Sugai M, Kawanami M. Systematic cognitive behavioral approach for oral hygiene instruction: A short- term study. *Patient Education and Counseling*, 2009; 74: 191-96.
- ⁹ Cid P, Orellana A, Barriga O. Validación de la escala de autoeficacia general en Chile. *Rev Med Chile*, 2010; 138: 551-57.
- ¹⁰ Locker D. Measuring Oral Health: A Conceptual Framework. *Community Dental Health*.1988; 5: 3-18.
- ¹¹ Kakudate N. Application of self-efficacy theory in dental clinical practice. *Oral diseases*, 2010; 16:747-52.
- ¹² Syrjälä A, Knecht M, Knuuttila M. Dental self-efficacy as a determinant to oral health behavior, oral hygiene and HbA1_c level among diabetic patients. *J ClinPeriodontol*. 1999; 26: 616-21.

¹³ Lee J, Divaris K, Baker D, Rozier G, Vann W. The Relationship of Oral Health Literacy and Self-Efficacy with Oral Health Status and Dental Neglect. *Am J PublicHealth*. 2012; 102(5): 923-29.

¹⁴ Real Academia Española Diccionario de la lengua española, 2001, 22a ed. Madrid, España. Disponible en: <http://www.rae.es/rae.html> consultada en: 14 Noviembre 2012.

¹⁵ González C, Solís C. Confiabilidad y validez de la escala de depresión CES-D en un censo de estudiantes de nivel medio superior y superior, en la Ciudad de México. *Salud Mental*, 2011; 34: 53-9.

¹⁶Wikipedia, enciclopedia libre. Disponible en: <http://es.wikipedia.org/wiki/Caries> consultada en: Noviembre 2012.

¹⁷ Caries Prevalence: DMFT and DMFS. CAPP Copyright Policy and Disclaimer as for WHO. Site maintained by the Collaborating Centre for Education, Training & Research in Oral Health, Malmö, Sweden. Disponible en: <http://www.whocollab.od.mah.se/expl/orhdmft.html>

¹⁸Wikipedia, enciclopedia libre. Disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/Placa_bacteriana consultada en: Noviembre 2012.

¹⁹ Oral Hygiene Indice. CAPP Copyright Policy and Disclaimer as for WHO. Site maintained by the Collaborating Centre for Education, Training & Research in Oral Health, Malmö, Sweden. Disponible en: <http://www.whocollab.od.mah.se/expl/ohiintrod.html>.

²⁰ Schwarzer R, Baßler J, Kwiatek P, Schroder K, Zhang J. The assessment of Optimistic Self-beliefs; comparison of the German, Spanish, and Chinese Versions of the General Self-efficacy Scale. *Applied psychology: an international review*, 1997, 46(1): 69-88.

²¹ Luszczynska A, Scholz U, Schwarzer R. The General Self-Efficacy Scale: Multicultural validation Studies. *The Journal of Psychology*, 2005, 139 (5) : 439-57.

²² Baessler J, Schwarzer R. Evaluación de la autoeficacia: Adaptación española de la escala de autoeficacia general. *Ansiedad y estrés*, 1996 ; 2 (1) : 1-8.

²³ Greene J, Vermillion J. The simplified oral hygiene index. *J Am Dent Assoc*. 1964; 68:7-13.