



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE  
MÉXICO**

---

---



**FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

PROMOCIÓN DE LA SALUD: UNA EXPERIENCIA EN LA  
CFE. MÉXICO, DF. 2013.

**T E S I N A**

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:

CLAUDIA ERÉNDIRA ACOSTA BRAVO

TUTORA: C.D. MARTHA CONCEPCIÓN CHIMAL SÁNCHEZ  
ASESORA: C.D. MARÍA CONCEPCIÓN RAMÍREZ SOBERÓN

MÉXICO, D.F.

2013



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.



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***

A la UNAM que me dio la oportunidad de ser parte de su historia, formar parte sus filas, por dejarme vivir la mejor etapa de mi vida en sus aulas.

*Al principal motor de mi vida, Sofía, que llegó para ser el impulso que motiva todas mis metas. Gracias hija.*

*A mi padre que aportó el capital financiero para recorrer este prolongado camino.*

*A mi madre que fue siempre la tabla de salvación que me sacó a flote en el último momento.*

*A mi hermano Gerardo que fue todo lo que necesité en el momento que lo necesité, fue niño, banco, chofer, remolque...él, me impulsó más que nadie con la confianza que siempre tuvo en mí, no dudó ni por un segundo que sería capaz de lograr mis metas, el miedo irracional a defraudarlo fue lo que me levantó del suelo cada vez que tenía un tropiezo desastroso.*

*A mi abuela María que recorrió junto conmigo todos los pasillos y clínicas de mi Alma Mater, nadie conoce como ella el lugar que me dio cobijo durante tanto tiempo, fue mi paciente más paciente, estuvo siempre dispuesta a continuar o emprender a mi lado un nuevo proyecto de salud, me alimento con desayunos que además de ser deliciosos contuvieron siempre el ingrediente indispensable que necesita un estudiante cuando las cosas parecen no ir tan bien, una pisca de aliento y unas gotas de amor, gracias Abue.*

*A mi esposo, Omar, que tal vez sin saber o reconocer que era un impulso grande para mí, escuchó cada desventura, vio cada tropiezo y alimento cada nueva esperanza para continuar en tan largo camino que a veces pareció tan tortuoso e interminable.*

*A mi hermano Pollo que solo fue él, fue el complemento a todo lo que me hacía falta, a veces poco, a veces mucho, a veces tarde, a veces oportunamente, su humor, su inteligencia y su irreverencia han hecho que al menos un poco reconsidere mis propios estados de ánimo y en consecuencia mis acciones tan frecuentemente equivocadas.*

*A todas las personas que estuvieron cerca de mí, a todos los que voluntaria o involuntariamente fueron parte de este camino, ninguna palabra de aliento fue muda, todas influyeron en mí lo necesario para poder punto final a esta*

historia que en muchas ocasiones pareció una novela, de terror algunas veces de amor otras.

*A la Doctora Arcelia*, porque sin su apoyo este trabajo no se hubiera concretado nunca, hizo más de lo que estuvo en sus manos para llevar a cabo esta tesina, su experiencia inspiradora fue un importante aliciente para concluir esta etapa.

*A la Doctora Martha*, por toda su paciencia, su tiempo, sus ganas, su experiencia, su apoyo es invaluable. Doctora, gracias por darme el último voto de confianza que necesitaba para concluir este trabajo.

*A la Doctora Conchita*, porque sin sus interminables conocimientos y vasta experiencia puso punto final a este trabajo, gracias por su valiosísimo tiempo.

## ÍNDICE

1. Introducción.....	5
2. Antecedentes.....	8
3. Planteamiento del problema.....	36
4. Justificación.....	38
5. Objetivos.....	39
5.1 General.....	39
5.2 Específicos.....	39
6. Propósito.....	40
7. Metodología.....	41
7.1 Material y método.....	41
7.2 Tipo de estudio.....	42
7.3 Población de estudio.....	42
7.4 Muestra.....	43
7.5 Criterios de inclusión.....	43
7.6 Criterios de exclusión.....	43
7.7 Variables de estudio.....	43
7.8 Variable dependiente y variable independiente.....	44
7.9 Operacionalización de las variables.....	44
7.10 Recursos humanos.....	48
7.11 Recursos materiales.....	48
7.12 Recursos financieros.....	48
8. Resultados.....	49
9. Conclusiones.....	56
10. Referencias bibliográficas.....	59

Anexos

## **INTRODUCCIÓN**

La salud es un estado óptimo anhelado por todas las personas y no solo la ausencia de enfermedad, ya que posibilita el funcionamiento óptimo del organismo, al ser este el recurso fundamental para llevar a cabo las actividades diarias.

Debido a la necesidad indiscutible de prolongar el buen estado de salud, se pretende que cualquier política pública en materia de salud se encamine en el quehacer de mantener o recuperar la salud, al mismo tiempo que incluya y resguarde el derecho a esta de todos los miembros de la sociedad.

La atención a la salud proporcionada en los sistemas de salud pública es uno de los factores determinantes del bienestar de la población, y junto con los estilos de vida, el medio ambiente, la biología humana y la genética, se ven afectados por los determinantes sociales.

Desde una perspectiva amplia, la utilización de los servicios de salud se ve influenciada por las experiencias personales, familiares y comunitarias.

La boca y sus estructuras adyacentes participan activamente en funciones de protección, biológicas y son esenciales en las actividades sociales.

Se habla de autopercepción de la salud oral cuando nos referimos a la opinión que cada individuo tiene de su propia salud, evaluando sus propias fortalezas y debilidades a este respecto.

Las enfermedades de la cavidad oral generan un deterioro en la calidad de vida, causado por malestar, dolor y limitaciones funcionales que impactan a corto y largo plazo en la salud general de las personas.

Para los sistemas de salud pública de los países en desarrollo, es prácticamente imposible satisfacer completamente las necesidades de tratamiento de toda la población, pues la demanda es elevada y el tratamiento costoso.

En este contexto, el Programa Sectorial de Salud 2007-2012 de la Secretaría de Salud, plantea “mejorar las condiciones de la población y reducir las brechas e inequidades en salud mediante la prestación de servicios con calidad y seguridad, así como evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud y garantizar que esta contribuya al combate de la pobreza y al desarrollo social del país.”

Algunos países desarrollados han experimentado una reducción constante de caries dental, sin embargo, los resultados en los lugares de medianos y bajos ingresos no son igualmente alentadores.

Según los datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en México, en 2007 la Subsecretaría de Servicios de Salud Pública reportó más de 10 millones de visitas al dentista en los servicios públicos, adicionales se encuentran las visitas no contabilizadas a los servicios dentales privados; actualmente se cuenta en México con un dentista por cada 8911 personas, mientras que la Secretaría de Salud cuenta sólo con 3772 instalaciones en las que se proporciona el servicio dental, evidentemente esto se traduce en una deficiente atención frente a las necesidades de tratamiento odontológico.

Encuestas sobre la autopercepción de la salud bucodental podría proporcionar información útil sobre la evolución de los padecimientos bucales para ofrecer una evaluación de las estrategias preventivas y servicios dentales. De la misma manera, el análisis de esta información puede ser útil en el diseño de políticas de salud pública basada en la evidencia científica.

## **ANTECEDENTES**

La presencia de enfermedades de la cavidad bucal suponen un impacto en la salud en general, estudios previos han encontrado una relación estrecha entre calidad de vida y experiencia de caries.

Las enfermedades bucales están distribuidas globalmente, sin embargo, éstas no se presentan con la misma severidad y con la misma frecuencia en todos los sectores de todas las regiones de los países alrededor del mundo. Las enfermedades bucales pueden prevenirse y controlarse en un trabajo continuo y conjunto entre individuo, profesional y comunidad.

Un examen oral exhaustivo y cuidadoso es capaz de detectar estados de salud comprometidos como deficiencias alimenticias, infecciones microbianas o lesiones, por lo que la intervención profesional oportuna y anticipada puede proporcionar hallazgos importantes sobre la salud y enfermedad bucodental y general.

Contar con información confiable y oportuna sobre la salud de la población es un requisito indispensable para la evaluación del sistema de salud.

Generalmente los indicadores de este rubro se basan en tasas de morbilidad y mortalidad o en la demanda de atención de determinados servicios que las propias instituciones reportan, sin embargo, las nuevas necesidades de atención reclaman la medición de la salud a partir de la percepción positiva o negativa que tienen los propios individuos a cerca de sí mismos.

Tradicionalmente la salud está definida dentro de un contexto negativo, pues supone la ausencia de enfermedad, regularmente se determina el nivel de

salud a partir de las desviaciones que puedan darse a partir de un nivel basal.

Hoy en día, una alternativa útil para la evaluación del nivel de salud en la población es la aplicación de encuestas en las que se pregunta directamente a la población sobre su percepción del propio estado de salud en que se encuentran.

Estas nuevas estrategias han demostrado tener un grado alto de confiabilidad y consistencia, adicionalmente a esto, los resultados que se obtienen pueden suponer representatividad en distintos grupos sociales.

Una ventaja adicional de este tipo de mediciones es que refleja el estado de salud en un estado integral y no se limita a las afectaciones clínicas o fisiológicas.

La Encuesta Nacional de Evaluación del Desempeño 2002 (ENED) muestran resultados similares comparativamente con resultados de encuestas aplicadas en otras partes del mundo y en estudios realizados anteriormente en México. Éstos reflejan que los hombres tienen una mejor percepción de su salud que las mujeres, la percepción de buena salud disminuye directamente conforme la edad avanza, lo mismo para hombres que para mujeres; para el caso de la escolaridad ésta se asocia negativamente con la buena salud.<sup>10</sup>

En México se ha implementado el Programa de Acción Específico 2007-2012 que busca desarrollar estrategias que disminuyan los factores de riesgo para enfermedades bucales y éstas a su vez dejen de ser factores de riesgo en la incidencia o severidad de enfermedades crónico degenerativas.<sup>3</sup>

El Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales (SIVEPAB) fue creado hace relativamente poco tiempo con la finalidad de tener un sistema de información del estado de salud bucal de la población, éste, además de frenar la carencia de información, ha permitido diseñar estrategias de prevención y atención para dar respuesta a las necesidades de servicios de prevención y atención de todos los grupos poblacionales.<sup>3</sup>

En la mayoría de los países industrializados la caries dental es la enfermedad bucal más común que afecta a países asiáticos y latinoamericanos, mientras que en los países africanos se presenta con menor frecuencia y severidad.<sup>3,8</sup> José Antonio Iglesias, en su artículo *Evolución de los conocimientos y hábitos de higiene bucodental en escolares de educación primaria*, afirma que la caries dental es la enfermedad más frecuente en la edad pediátrica en España, pero debido entre otros factores a la mejora en los hábitos de higiene bucodental como el control de la placa bacteriana mediante el cepillado, su prevalencia está descendiendo. La Junta de Castilla y León en este país instauró desde 1987 un Programa de Salud Bucodental dirigido a niños de entre 6 y 12 años, los objetivos del programa son reducir la incidencia de caries y la enfermedad periodontal.<sup>4</sup>

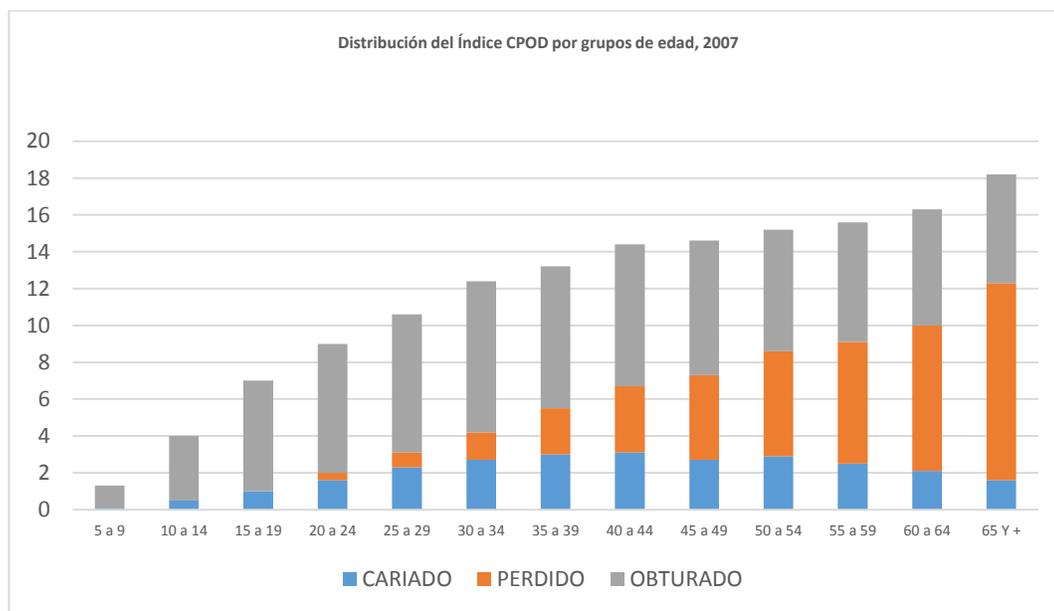
Entre los padecimientos bucodentales de mayor prevalencia en la población en general se encuentran las enfermedades periodontales y la caries dental por lo que se hace indispensable crear, aplicar y analizar programas de promoción de la salud encaminados hacia la prevención y que generen la modificación de hábitos para obtener como resultado la disminución de factores de riesgo para la incidencia y prevalencia de enfermedades bucales.<sup>3</sup>

El sistema de resultados del SIVEPAB 2007, basado en la información de usuarios que sí han acudido a los servicios de salud odontológicos, nos

muestra que el 100% de las personas padece caries y 53% presenta enfermedad periodontal en algún grado.<sup>3</sup>

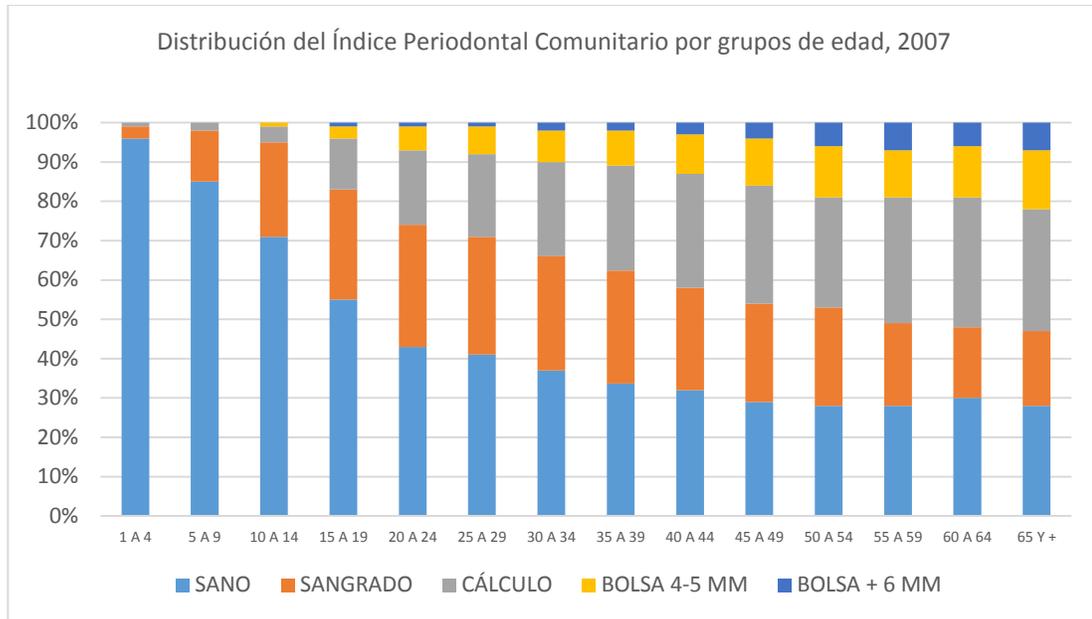
La evaluación de este programa se basa en indicadores de proceso y resultado, de esta forma, se miden actividades preventivas que pueden realizarse dentro del consultorio dental de manera individual y fuera de este de forma masiva o grupal, además de promover la disminución de tratamientos restaurativos como obturaciones generalizadas o invasivos como extracciones dentales.<sup>3</sup>

Como lo muestra la Tabla 1, la caries dental se presenta en índices altos en todos los grupos de edad, que desencadenan en la pérdida paulatina de órganos dentarios, haciéndose más frecuente conforme avanza la edad, llegando a tener una pérdida de hasta 10 dientes y sólo tres con algún tipo de tratamiento, lo anterior evidencia la necesidad de tratamiento de hasta o más 70%.<sup>3</sup>



**Tabla 1: Distribución del Índice CPOD por Grupos de Edad<sup>1</sup>**

En cuanto a los usuarios que presentan enfermedades periodontales, el SIVEPAB muestra que las padecen aproximadamente el 70% de las personas entre 30 y 50 años con alguna enfermedad crónico-degenerativa y el 60% de las mujeres en edad reproductiva básicamente por falta y/o deficiencia en sus hábitos de higiene.



**Tabla 2: Distribución del Índice Periodontal Comunitario por Grupos de Edad<sup>2</sup>**

“La falta de aplicación continua de las estrategias enfocadas a grupos de riesgo específicos, como son escolares, mujeres embarazadas, adultos mayores, pacientes con enfermedades crónico degenerativas, personas que viven con VIH/SIDA y con capacidades diferentes, se traduce en mayor incidencia de enfermedades bucales, lo que implica una menor calidad de vida. Además se ha detectado insuficiente promoción de la salud, irregularidad en la aplicación del esquema básico de prevención, así como escasa atención curativa por la limitación de recursos humanos, materiales y financieros.”<sup>3</sup>

Otro padecimiento que no es tan común como la caries o las enfermedades periodontales pero no por eso menos importante es el cáncer bucal que cuenta con una tasa alta de morbilidad y mortalidad anual, siendo el cáncer de labio, cavidad bucal y faringe los más comunes.

### **Programas de Salud Pública, recuento histórico.**

Encuestas acerca de la caries dental han demostrado ser un buen instrumento para identificar tendencias de caries, así por ejemplo, en dos estudios realizados en México en dos intervalos distintos (1988-1989 y 1998-2001), mostraron una amplia variación en la reducción de caries que van del 40% al 89% en los estados estudiados. Sin embargo, en ambas encuestas solo fueron considerados siete estados del territorio nacional, información que podría aportar datos útiles sobre la evolución de la caries en México y que podría ser concluyente para realizar una evaluación, diseño e implementación de estrategias preventivas y políticas de salud pública basadas en evidencia científica.<sup>2</sup>

Además, estos resultados podrían aportar información útil para los países en la planificación de estrategias de prevención de la caries o la implementación de modificaciones a los programas de prevención existentes.<sup>2</sup>

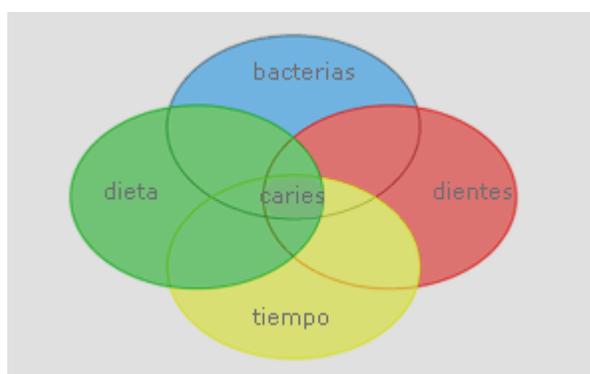
Los resultados de la encuesta de 1998-2001, hace hincapié en la naturaleza multifactorial de la caries dental, como la susceptibilidad individual, la dieta, la higiene oral, el acceso a servicios de salud y aspectos socioculturales, aspectos que en su mayoría pueden modificarse directamente con el diseño e implementación precoz y oportuna de programas de prevención y nuevas políticas de salud pública.

Ambas encuestas fueron apoyadas por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) de la que un grupo de expertos instruyó a los inspectores sobre la evaluación de las encuestas sobre caries dental en las que se utilizaron criterios de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

### **Factores de riesgo para las enfermedades bucales.**

Los factores de riesgo pueden ser de dos tipos, los que pueden ser modificados y los que no, entre los que no se pueden modificar se encuentran el sexo, la edad y las condiciones familiares, entre las que sí se pueden modificar encontramos, por ejemplo, la percepción que las personas tienen acerca de su propia salud, cuando estos dos tipos de factores de riesgo se conjuntan es muy probable que la enfermedad se presente.

La caries dental es el mayor problema de salud oral prevalente en la mayoría de los países industrializados, afectando entre el 60 y 90% de la población escolar y a la mayoría de los adultos.



**Imagen 1: Factores de riesgo de caries<sup>1</sup>**

La OMS espera que la incidencia de caries dental aumente en muchos países en vías de desarrollo y en África, como resultado del aumento en el consumo de azúcares y la utilización inadecuada de los fluoruros.<sup>3</sup>

Los factores de riesgo dependen directamente del grupo de riesgo en el que se presentan y éstos varían casi siempre en relación a la edad, por ejemplo, en los adultos mayores los problemas dentales están asociados con cambios en la selección de alimentos, deficiencias en la ingesta de nutrientes, presencia de enfermedades crónica degenerativas como diabetes o enfermedades cardiovasculares.<sup>6</sup>



*Imagen 2. Factores de riesgo de caries, mala alimentación<sup>2</sup>*

### **Grupos de riesgo.**

La organización Panamericana de la Salud señala que las familias de bajos recursos, los grupos con menor desarrollo social y aislados geográficamente, además de los migrantes y los individuos con capacidades diferentes, son los que menor cuidado reciben y se encuentran con mayor riesgo de enfermedades bucales.<sup>3</sup>

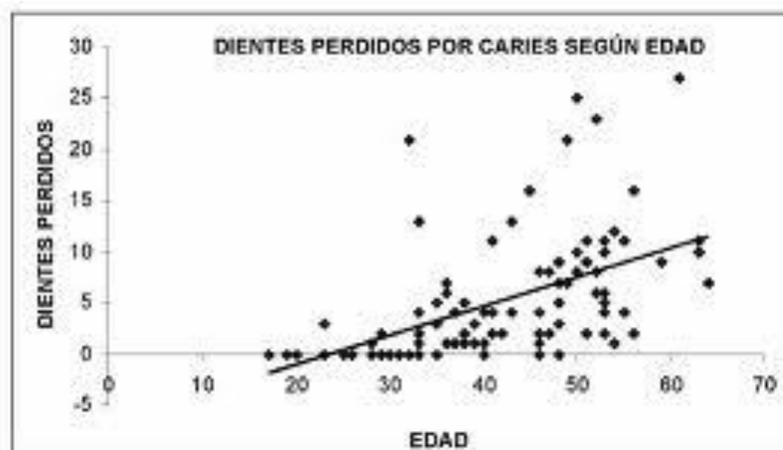


**Imagen 3: Programas de Salud en Zonas Rurales<sup>3</sup>**

Los menores de edad, por estar en una etapa de crecimiento, adquisición de funciones, instauración de hábitos y desarrollo de habilidades, representan tanto un grupo de riesgo como una oportunidad de inducción hacia hábitos favorables para la salud bucodental. La promoción de la salud bucodental infantil mejora la salud bucodental y la calidad de vida del adulto. La utilización insuficiente de los servicios dentales durante los primeros años de vida complica la atención oportuna.<sup>8</sup>

En la transformación demográfica de las últimas décadas se ha observado que va en aumento la proporción de personas de edad avanzada, lo que implica grandes retos para los sistemas de salud y las políticas públicas en dicha materia.

A medida que la edad de las personas aumenta lo hace también la necesidad de atención médica y bucal, ya que los ancianos viven más tiempo con los dientes naturales en boca y sus habilidades para efectuar una higiene bucal efectiva disminuye paulatinamente, el uso de aparatos protésicos representa una problemática adicional, de esta forma, se impone una mayor demanda para el cuidado de la salud en general y la salud bucal en particular.



**Tabla 3: Índice de Dientes Perdidos por Caries por Grupo de Edad<sup>3</sup>**

Existe una estrecha relación entre una mala salud bucal y el desarrollo de enfermedades sistémicas que pueden prevenirse para evitar el debilitamiento y la mala calidad de vida y evitar así amenazar la propia vida.

La necesidad de prestar atención dental a los ancianos consiste en evitar condiciones que pueden reducir riesgos con medidas altamente efectivas como programas de salud dirigidos a los adultos mayores y a las personas que los asisten o los atienden cuando ellos ya no logran ser autosuficientes. Adicionalmente a la necesidad de alentar y capacitar a las personas mayores a realizar su propia higiene oral para ejercitar su coordinación se presenta la necesidad de aumentar su autoestima.<sup>5</sup>

Las variables presentes en este grupo de riesgo son entre otras: autopercepción de la salud bucal, utilización de servicios odontológicos en el último año, estado dental, utilización y funcionalidad de prótesis removibles y dentaduras completas, periodontitis severa, problemas de masticación y xerostomía, algunas de estas variables pueden encontrarse en otros grupos de riesgo.<sup>6</sup>

## Condiciones de salud bucal en el sector laboral.

La salud bucodental de los trabajadores no recibe atención e interés en estudios sobre salud laboral, esto hace que sus padecimientos se agraven o que aparezcan nuevas patologías cuando la atención odontológica no es pronta y oportuna.

Lara N. y cols., realizaron un estudio acerca de las condiciones de salud de los trabajadores de la industria maquiladora en México, el objetivo del estudio fue determinar la prevalencia de caries, higiene bucal y pérdida de dientes asociando estos estados con las condiciones sociales, económicas, laborales, de acceso a servicios dentales y autopercepción de la salud bucal.



*Imagen 4: Trabajadores de la CFE <sup>4</sup>*

El estudio se realizó en 93 trabajadores, a los cuales previa revisión odontológica se aplicó cuestionario de autopercepción de la salud bucal. El examen oral se realizó utilizando criterios de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en cuanto al índice CPOD para medir el promedio de dientes con caries, perdidos y obturados.

Los resultados que arrojó dicho estudio fueron los siguientes: el 85% de los encuestas fueron mujeres, la edad fue de 14 a 64 años, teniendo como media 41.56, el índice CPOD alcanzó 13.7%, siendo el más alto 17.56 para los trabajadores de entre 55 y 64 años. Se detectó una clara asociación entre dientes perdidos, edad avanzada, ser mujer y el número de hijos. La visita al dentista en el último año fue mayoritariamente por dolor (38.7%), la visita al dentista privado fue de 62% en asociación con mayor escolaridad y mejores ingresos.

La autopercepción de la salud fue mala y muy mala en 48.5% y esta estuvo relacionada con experiencias de caries.

La conclusión del estudio fue que el índice de dientes perdidos está relacionado directamente con la edad y junto con caries son los problemas bucales más recurrentes. También se detectaron necesidades de salud no atendidas y que las peores condiciones de salud son para las mujeres.<sup>11</sup>

### **Características de los métodos preventivos en México.**

El término prevención en salud implica la aplicación de medidas o métodos para impedir que una nueva enfermedad se presente en un individuo. Éstas medidas deben aplicarse cuando no ha existido ninguna interacción entre un huésped y un agente, sin embargo, existen algunos métodos preventivos que se emplean cuando la enfermedad se ha instaurado en el individuo, estos métodos preventivos entonces se ocupan de evitar que el padecimiento se agrave y de ser posible eliminar el agente que lo está causando.

El fin último de la prevención es, entonces, conservar la salud y evitar a toda costa la enfermedad.

Para entender el quehacer y la razón de ser de la odontología preventiva, es necesario mencionar que existen tres niveles de prevención, primario, secundario y terciario. El nivel primario tiene como propósito reducir al mínimo la posibilidad de que un sujeto enferme, interceptando los factores que pueden influir o determinar la aparición de una nueva enfermedad, por lo tanto, las acciones que pueden emprenderse en este nivel deben aplicarse antes de que el sujeto enferme; el nivel secundario de prevención se aplica cuando el nivel primario ha fracasado en su tarea de evitar la enfermedad o definitivamente no se aplicó, en este nivel se opta por dar un tratamiento precoz para interrumpir la enfermedad o evitar secuelas; el nivel de prevención terciario se emplea cuando los dos anteriores eficaces o no los hubo, en este caso se emplean métodos para detener la enfermedad y evitar que ésta provoque un mal mayor en el individuo.<sup>12</sup>

	A QUIÉN SE DIRIGE	OBJETIVO	EJEMPLO
<b>PRIMARIA</b>	A grandes grupos de población, incluso a la totalidad. 	Actúa sobre la causa del problema, disminuyendo el factor de riesgo o aumentando el factor de protección. Actúa sobre personas sanas, para mantener ese nivel de salud 	Vacunación 
<b>SECUNDARIA</b>	Grupos de riesgo. 	Se centra en la detección del problema de salud y la detención del proceso. Busca disminuir la prevalencia 	Mamografía en mujeres mayores de 50 años 
<b>TERCIARIA</b>	Grupos en los que la patología ha sido detectada. 	Ya está instaurada la enfermedad. Buscamos enlentecer el avance de la enfermedad y prevenir las complicaciones 	Prevenir la aparición del "pie diabético" en un paciente con diabetes 

Imagen 5: Niveles de prevención <sup>5</sup>

El nuevo paradigma en materia de salud radica en comprender que el beneficio de prevenir una enfermedad o sus complicaciones, es mayor que el que se obtiene atenderlo de manera oportuna y adecuada.<sup>3</sup>

El fin último de cualquier política pública de salud y/o cualquier estrategia emprendida en favor de ésta, es reducir la carga de enfermedad y el costo social y económico causado por las enfermedades bucales en México.

### **Fluoruro**

El elemento principal que se utiliza para la prevención de la caries es el fluoruro, agente que se ha sido añadido a varios productos tales como dentífricos, enjuagues, geles, agua y sal, por ejemplo, en México se ha aplicado el programa de fluoración de sal desde 1993 y los dentífricos fluorados son ampliamente utilizados.<sup>2</sup>

La fluoración de la sal es una estrategia preventiva de tipo masivo para disminuir la caries dental, en la actualidad cubre a más de 75 millones de personas, aporta grandes beneficios y es en términos económicos poco costosa.<sup>3</sup>

Cabe destacar que esta medida preventiva no puede ser aplicada en todos los estados de la República, pues en estados como Aguascalientes, Baja California, Durango, Guanajuato y Zacatecas no está permitida la fluoración salina.

### **Semanas Nacionales de Salud**

La estrategia de Semanas Nacionales de Salud Bucal pretende lograr cambios favorables significativos en la salud bucal en personas de edades tempranas, el Esquema Básico de Prevención en Salud Bucal tiene como objetivo primordial brindar acciones de prevención por grupo de edad.<sup>3</sup>



*Imagen 6: Semana Nacional de Salud Bucal<sup>6</sup>*

### **✚ Tratamientos Restaurativos Atraumáticos (TRA)**

Al ser prácticamente imposible hacer llegar los servicios odontológicos de calidad a zonas aisladas se han implementado otras opciones de atención como el Tratamiento Restaurativo Atraumático, que no es propiamente un método preventivo pero que permite limitar el daño, mantener bajo control la incidencia de nuevas enfermedades y evitar que las presentes se agraven; el TRA consiste en dar atención restaurativa con instrumentos manuales y material de bajo costo, siendo esta una aplicación sencilla y segura.



*Imagen 7: Empleo de Tratamiento Restaurativo Atraumático (TRA)<sup>7</sup>*

### **Promoción y educación para la salud**

La inclusión de la salud bucal a las estrategias de promoción de la salud, va encaminada a promover un cambio de actitud hacia la prevención, lo que ha generado la adopción y modificación de hábitos, reduciendo así los factores de riesgo para las enfermedades bucales más comunes.<sup>3</sup>



**Imagen 8: Programas de salud bucal<sup>8</sup>**

Las acciones educativo preventivas como la aplicación del esquema básico de prevención dirigido a grupos de riesgo promueve la creación de hábitos higiénicos para lograr el autocuidado bucal.

En el Programa de Salud Bucodental instaurado en España por la Junta de Castilla y León, estableció actividades que contemplan la educación para la salud y enjuagues con solución de fluoruro sódico, el resultado ha sido alentador. Para este caso el descenso de los casos de caries se atribuye a la mejora en los hábitos de higiene bucodental pues se ha visto que los programas de educación para la salud aumentan los conocimientos, aunque resulta más difícil instaurar hábitos.<sup>4</sup>

Es indispensable la participación de la sociedad en conjunto para crear conciencia acerca de las ventajas de conservar la salud oral, de esta forma se ven involucrados tanto el Sector Salud como los sectores público, social y privado.

Es difícil establecer la contribución exacta de los diferentes factores de prevención que podrían llevar la tendencia a la disminución de las enfermedades bucodentales. La vigilancia de los programas de prevención debe llevarse a cabo para evaluar los beneficios y limitaciones de éstos y de la misma forma detectar los grupos con mayores necesidades e identificar los factores de riesgo.<sup>2</sup>

“La salud es un derecho de los mexicanos y representa un bien estratégico para el desarrollo del país, por eso se requieren programas preventivos que reconozcan los logros y avances del Sistema de Salud, que identifique las nuevas y cada vez más complejas necesidades de la población y aprovechen las oportunidades para ampliar su cobertura, calidad y eficiencia”.<sup>3</sup>

### **Limitaciones de los servicios de salud públicos.**

A pesar de que los servicios de salud odontológicos públicos o institucionales han logrado grandes avances en esta materia, el esfuerzo no ha sido el esperado, ya que las instalaciones son insuficientes y muchas veces inadecuadas u obsoletas, el personal profesional no posee actualización o ésta es insuficiente y adicionalmente el equipo y/o instrumental es escaso y antiguo.



**Imagen 9: Servicios Públicos de Salud bucal<sup>9</sup>**

En el tema de los recursos humanos para la salud (RHS), el Sector Salud no cuenta con personal auxiliar para llevar a cabo actividades propias de higiene y promoción de la salud oral, agregando a esto el rezago salarial que sufren los profesionistas expertos en salud bucal y las condiciones de trabajo poco favorables tanto para ellos como para los pacientes desencadenan en una inadecuada atención.<sup>3</sup>

Los RHS representan un componente indispensable en la generación de servicios en cualquier sistema de salud.<sup>9</sup>

Finalmente, las estrategias de salud pública establecidas no logran los avances establecidos por la carencia de una estructura administrativa eficiente y suficiente en los niveles federal, estatal y municipal para llevar a cabo los compromisos de evaluación, supervisión, investigación y desarrollo de nuevas tecnologías para el buen funcionamiento de éstas.

## Avances en México en materia de prevención.

La OMS estableció como meta para el año 2000 lograr que el 50% de los escolares de 6 años de edad se encuentren libres de caries, para los niños de 12 años la meta fue reducir el índice de caries a un máximo de 3 dientes afectados por niño, para el 2001 se reportó para la primera meta que el 59% de los niños de 6 años se encontraron libres de caries, mientras que en los de 12 años el índice fue de 1.91 dientes afectados. Estos logros se vieron cumplidos gracias a la implementación de más de 818 millones de acciones preventivas, lo que equivale a 8 intervenciones preventivas por habitante.<sup>3,8</sup>



**Imagen 10: Distribución geográfica del Índice CPOD a los 12 años de edad de la Encuesta Nacional de Caries, 2007<sup>10</sup>**

Dos metas más dictadas por la OMS señalan que al menos el 85% de las personas de 18 años deberían contar con todos los dientes presentes, mientras que las personas de 60 o más años deberían presentar al menos 20 dientes, la primera de éstas metas no se cumplió pues sólo se alcanzó el 29%, la segunda fue superada en 40% ya que se logró que el 69% de avance para este grupo de edad, el reporte para ambas metas fue elaborado en 2007.<sup>3</sup>

Para lograr las metas antes descritas, se elaboraron y difundieron contenidos educativos dirigidos a la población general con énfasis en grupos de riesgo como escolares menores de 15 años, mujeres en estado de gestación, personas con enfermedades crónico degenerativas como diabetes y adultos mayores.<sup>3</sup>

Como valor agregado a los sistemas de salud se busca que éstos tengan un trato adecuado a los usuarios de los servicios enmarcados por el respeto a la dignidad de las personas, su autonomía y la confidencialidad de la información, esta actitud aplica para servicios de salud tanto correctivos (curativos) como preventivos como campañas de salud o programas de promoción para la salud.<sup>10</sup>

### **Características de la boca sana.**

La boca lleva a cabo funciones fundamentales para mantener la salud y lograr así el bienestar general. Las funciones que una boca sana pueden llevar a cabo son: respiración, digestión, protección, comunicación y sensorial o sensitiva.

#### ➤ ***Dientes sanos***

Un diente sano presenta una adecuada mineralización de sus superficies, la cual puede verse disminuida por la acción de los ácidos producidos por bacterias que destruyen gradualmente el esmalte y posteriormente la dentina hasta provocar una cavidad que llega a afectar incluso a la pulpa dental. La presencia de manchas en los dientes supone una condición dental anormal.

Para que podamos considerar un diente como sano también debe estar libre de cálculo producido por placa dentobacteriana calcificada a través del tiempo.

Los signos tempranos de deterioro dental incluyen la evidente aparición de caries dental y dolor o sensibilidad.



**Imagen 11. Dientes sanos<sup>11</sup>**

➤ **Encías**

Las encías sanas tienen una apariencia rosada brillante de textura firme con un puntilleo evidente (como cáscara de naranja), éstas en estado de salud no se inflaman y no sangran, una encía saludable cubre toda la raíz dental y una pequeña parte de la corona, ésta cubren los tejidos que soportan los dientes por lo que protegerlos del medio ambiente es parte de su función.

La salud de las encías se pierde cuando el cepillado es deficiente o cuando éste no existe, por lo que el cepillado dental es indispensable para mantenerla en óptimas condiciones.



**Imagen 12: Encías sanas<sup>12</sup>**

➤ **Lengua**

La lengua es un órgano compuesto por músculos, ubicado en la parte interior de la boca. La lengua desempeña un papel muy importante a nivel orgánico pues es indispensable en el proceso de digestión, ya que es ella quien impulsa el bolo alimenticio al interior.

Cuando nuestra lengua se encuentra saludable es suave, flexible y ligeramente húmeda, de color rojo pálido, en ella se encuentran las papilas gustativas que nos permiten identificar los sabores.

El cuidado de la lengua se realiza a través de un suave cepillado, además de que se debe evitar a toda costa la colocación de objetos de tipo ornamental.



*Imagen 13. La lengua*<sup>13</sup>

➤ **Paladar**

Forma parte de la cavidad bucal, formado por el paladar duro y blando, nace en la encía de los dientes anteriores, el paladar es una zona de roce que junto con la lengua permiten la articulación de sonidos y el paso del bolo alimenticio hacia el esófago. El paladar es rugoso debido a las características

específicas de su tejido epitelial, si éste se torna liso puede ser una señal de enfermedad.

Las medidas de cuidado para el paladar consisten en un suave cepillado a fin de liberar bacterias y evitar el daño de sus tejidos, vómito o sangrado.



**Imagen 14. Paladar** <sup>14</sup>

➤ **Labios**

Son la puerta de entrada del aparato digestivo y la apertura anterior de la boca, están cubiertos por fuera por piel y por dentro por mucosa, el labio superior se encuentra por debajo de las fosas nasales y está excavado en la línea media por el filtrum. Para mantener su salud debe evitarse el hábito de fumar, tenerlos libres de ornamentos también llamados “*piercing*” y eliminar la ingesta de alimentos ácidos o cítricos que pueden irritarlos. Deben mantenerse suaves y humectados, la pérdida de la continuidad de sus tejidos indican la posible presencia de una alteración o enfermedad.



**Imagen 15. Labios<sup>15</sup>**

### **Hábitos de higiene oral en adultos.**

Para mantener la salud oral es indispensable la instauración de hábitos que nos ayuden a desarrollar habilidades de limpieza sobre todo para remover microorganismos tales como bacterias que puedan provocar la instauración de una nueva enfermedad.

Para tal propósito es necesario valernos de instrumentos auxiliares tales como:

- Cepillo dental: la higiene bucal consiste principalmente en el uso del cepillo dental que tiene como propósito remover de las superficies dentales los residuos alimenticios y las bacterias que pueden ocasionar caries dental.



**Imagen 16. Cepillo dental y técnica de cepillado<sup>16</sup>**

El uso del cepillado dental viene acompañado de una técnica de cepillado específica para cada paciente que considere las características propias del individuo, esta técnica deberá consultarse con el odontólogo.

- Hilo dental: el uso del hilo dental complementa al cepillado dental y la técnica de cepillado, existen diferentes tipos de hilo que también deberán adaptarse a las necesidades del paciente. La técnica para el uso del hilo dental también puede consultarse con el dentista, de esta forma se obtendrán mejores resultados en su utilización.



**Imagen 17. Uso del hilo dental<sup>17</sup>**

- Pastas dentífricas: el objetivo principal de las pastas dentífricas es aportar protección anticaries a través de sus ingredientes como el fluoruro, el uso de pastas dentales no es indispensable pero sí necesaria para la higiene dental pues junto con el cepillado dental constituyen el elemento principal de la higiene oral.



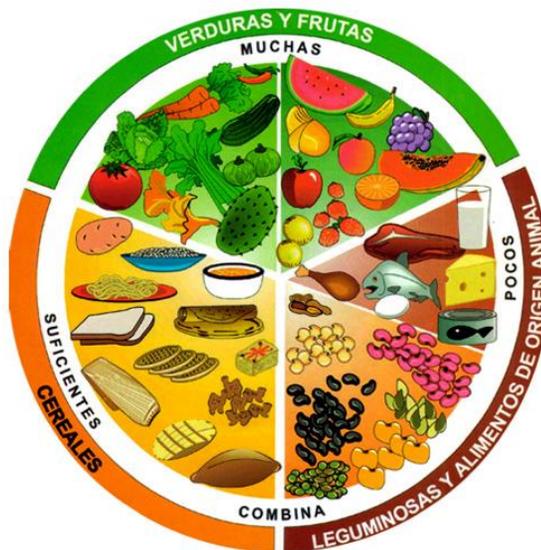
**Imagen 18. Auxiliares de la higiene oral, pastas dentífricas<sup>18</sup>**

- Enjuagues bucales: el enjuague bucal es un auxiliar en la higiene bucal, generalmente se usa para evitar gérmenes y bacterias de la boca después del cepillado o cuando no se puede llevar a cabo el cepillado. Existen enjuagues bucales de uso específico de acuerdo a su composición, los podemos encontrar con flúor para la prevención de caries o con antibacterianos para uso en presencia de enfermedades periodontales, entre otros.



**Imagen 19. Enjuague bucal<sup>19</sup>**

- Buena alimentación: llevar a cabo una alimentación sana y balanceada es determinante para la prevención de enfermedades de la cavidad bucal, ya que la alta ingesta de azúcares y carbohidratos favorece el desarrollo de procesos cariosos, por esto se sugiere tomar como guía el Plato del Bien Comer.



*Imagen20. El Plato del Bien Comer<sup>20</sup>*

### **Visitas al odontólogo.**

Las visitas periódicas al dentista son recomendadas al menos una vez al año, esto con la finalidad de prevenir enfermedades bucales y/o tratar precozmente la posible incidencia de algún padecimiento odontológico. Durante éstas visitas se recomienda llevar a cabo algún procedimiento de limpieza y mantenimiento oral.

Asistir oportunamente con el odontólogo puede evitar el desarrollo de incipientes alteraciones dentales lo que se pretende con esta medida preventiva es disminuir considerablemente el riesgo de enfermedades graves, un gasto mayor y la conservación de la calidad de vida.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

El escaso o nulo conocimiento de las enfermedades bucodentales y su impacto en las enfermedades crónicas, limita la toma de medidas encaminadas a la prevención de la salud, este problema se presenta en todos los sectores de todas las regiones del país, aunque su severidad no es idéntica en todos los casos.

El sector laboral no queda exento de esta problemática que indiscutiblemente impacta también en el costo social y económico que las enfermedades bucales generan sin dejar de mencionar que la calidad de vida de las personas que las padecen se ve mermada significativamente.

En México las condiciones laborales poco favorables aunadas a las deficiencias en los servicios de salud y/o carente seguridad social, desencadenan en la poca y muchas veces nula atención de la salud, sobre todo odontológica pues esta supone un gasto económico mayor. De esta forma, si sumamos los problemas de salud derivados de sus circunstancias laborales como jornadas excesivamente largas de trabajo a los padecimientos presentes, obtenemos como resultado bajo rendimiento laboral y sobre todo baja calidad de vida.

En nuestro país, en el mejor de los casos, las personas que cuentan con alguna prestación de seguridad social reciben una precaria atención odontológica, debido a que los servicios de salud en este ámbito son costosos y requieren de instalaciones y herramientas actuales que los sistemas públicos son incapaces de procurar por la limitación de sus recursos económicos y la amplia demanda de servicios.

Los programas de salud pública odontológica generalmente están enfocados en sectores de la población preescolar y escolar, por lo que los grupos sociales conformados por adolescentes y adultos son poco tomados en cuenta para la prestación de estos servicios y consecuentemente deben consultar con un dentista privado.

Lo que se pretende es que de acuerdo a las necesidades de la población se diseñen programas de promoción de la salud que pasen luego a una etapa de crecimiento y posteriormente a la de consolidación para fortalecer los mecanismos de procuración de salud.

Debido a la carencia de estudios de ámbito nacional que analicen la situación de la salud bucodental en adultos se considera la posibilidad de iniciar con el diagnóstico de salud bucodental en el ámbito laboral pues determinar las necesidades de la población es el punto de partida para el diseño de nuevas estrategias de salud pública.

Lo que se pretende con este estudio es realizar una encuesta que permita evaluar la autopercepción de los empleados residentes de Tenayuca 211-A con el fin de formular con los resultados un análisis dirigido a la instauración de programas de salud en toda la empresa.

## **JUSTIFICACIÓN**

Ante la necesidad de disminuir la incidencia de enfermedades bucodentales y los medios y métodos con que se cuenta para lograr tal objetivo, se ha pensado en evaluar las fortalezas y las deficiencias con que cuenta el personal residente en el inmueble Tenayuca 211-A perteneciente a Oficinas Nacionales de la Comisión Federal de Electricidad.

Al contar con una evaluación de la percepción que este grupo de la población tiene respecto a su salud bucal, se pueden diseñar nuevas estrategias que refuercen los conocimientos previos y que aporten nuevas enseñanzas, así como intentar instaurar hábitos, medidas todas encaminadas al cuidado individual de la salud para lograr una mejor calidad de vida.

Es necesidad primordial llevar a cabo el diagnóstico de la autopercepción de la salud bucal de los trabajadores de la C.F.E. en Tenayuca 211-A que sirva como muestra para llevarla a cabo posteriormente en otros centros de trabajo de la misma empresa, de esta forma determinar fortalezas y debilidades en los conocimientos sobre autocuidado y hábitos de salud para reforzar los conocimientos previos e instruirlos sobre los carentes para lograr a corto y mediano plazo el mejoramiento en su calidad de vida.

## **OBJETIVOS**

### **5.1 GENERAL**

Encuestar a los residentes del inmueble de Tenayuca 211-A perteneciente a Oficinas Nacionales de la Comisión Federal de Electricidad en el Distrito Federal acerca de la autopercepción de la salud bucodental.

### **5.2 ESPECÍFICOS**

- I. Determinar la autopercepción de la salud oral que tienen las personas que trabajan en el inmueble de Tenayuca 211 A.
- II. Evaluar los hábitos de higiene y conocimientos generales de la salud bucodental como actividad preventiva de enfermedades relativas al sistema estomatognático.
- III. Determinar la calidad de vida relacionada con la salud oral para poder establecer una línea base en el diseño de futuros programas de salud bucal para este grupo de estudio.

## **PROPÓSITO**

El propósito del presente estudio es obtener evidencia de la autopercepción de la salud bucodental en instalaciones de Oficinas Nacionales de la Comisión Federal de Electricidad, inmueble Tenayuca 211-A que sirva como plataforma para el diseño y la implementación de estrategias de prevención y promoción de la salud bucal que eviten la demanda de servicios de salud que requieran una atención compleja, de larga duración y costosa, ante tales retos se requiere de estrategias integrales, diferenciadas, que fortalezcan la cultura de la salud y el desarrollo de oportunidades para elegir estilos de vida saludables, promoviendo altos niveles de calidad, seguridad y eficiencia.

## **METODOLOGÍA**

Se inició comunicación formal con la Administración del inmueble Tenayuca 211-A para gestionar el permiso de ingreso a las instalaciones y la aplicación de encuestas en todas las áreas que lo conforman, adicionalmente se concretó comunicación con los encargados del Archivo de Concentración, y Gerencia ASARE para el mismo propósito. Se obtuvieron los permisos.

Se explicó a todos los participantes los objetivos y alcances del estudio así como el método para contestar el cuestionario.

### **6.1 MATERIAL Y MÉTODO**

Se aplicó un cuestionario de conocimientos y prácticas de los hábitos de salud bucodental elaborado con la técnica de Likert (anexo 1) que corresponde a una escala psicométrica de tipo sumativa, el cuestionario fue previamente validado por académicos de la Facultad de Odontología, UNAM. Al responder preguntas elaboradas con esta técnica se especifica el nivel de acuerdo o desacuerdo con una declaración.

El cuestionario cuenta con 15 preguntas para las cuales se presentan tres opciones de respuesta (de acuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo, en desacuerdo), a las que se les otorga un determinado valor numérico.

La población es de 70 empleados residentes de Tenayuca 211-A, no se realizó muestreo y se ofreció la participación a todos los trabajadores residentes del inmueble.

Las 15 preguntas están relacionadas con los conocimientos y hábitos bucodentales. Se recodificaron en las siguientes variables:

- Conoce los alimentos y malas prácticas que producen caries.
- Sabe cuándo hay que cepillarse los dientes y con qué frecuencia.
- Asiste al dentista: una, dos veces al año o sólo cuando presentan dolor.
- Conoce algunas alteraciones bucales por cambios fisiológicos o adicciones.

Los datos fueron vertidos y filtrados en una hoja de cálculo Excel de Windows 8® creada al efecto.

Entre las limitaciones del estudio se presenta la tendencia a dar respuestas mejor aceptadas socialmente, el cuestionario carece de variables que revelen hábitos personales, las preguntas sólo muestran una tendencia de conocimientos y hábitos.

El cuestionario cuenta con variables como edad, sexo, escolaridad, lugar de nacimiento y estado civil. La encuesta es totalmente anónima por lo que en ningún momento se requirió del nombre del encuestado.

## **6.2 TIPO DE ESTUDIO**

Estudio transversal descriptivo.

## **6.3 POBLACIÓN DE ESTUDIO**

Personal residente del inmueble ubicado en Tenayuca 211-A perteneciente a Oficinas Nacionales de la Comisión Federal de Electricidad en el Distrito Federal.

#### **6.4 MUESTRA**

70 personas empleadas de la CFE residentes del inmueble ubicado en Tenayuca 211-A.

#### **6.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

Todas las personas que voluntariamente decidieran participar.

#### **6.6. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

Todas las personas que decidieran no participar.

#### **6.7 VARIABLES DE ESTUDIO**

- Autopercepción de la salud
- Edad
- Sexo (género)
- Escolaridad
- Estado civil
- Lugar de nacimiento
- Visitas anuales al dentista

## **6.8 VARIABLE INDEPENDIENTE Y VARIABLE DEPENDIENTE**

**Variable dependiente:** como indicador para la autopercepción de la salud bucodental se empleó la variable “salud bucodental autoreferida”.

Esta variable se obtuvo de la pregunta “¿cómo considera su salud bucodental?”, que permite cinco posibles respuestas del estado general de la salud bucal; las respuestas posibles fueron: muy buena, buena, regular, mala y muy mala, reforzando esta información con la pregunta “¿cada cuánto visita al dentista?”, en donde las posibles respuestas fueron: cada seis meses, una vez al año y solo cuando hay dolor.

**Variables independientes:** del cuestionario se recogieron variables sociodemográficas, de conocimientos generales acerca de los padecimientos bucales y de hábitos preventivos.

Las variables sociodemográficas investigadas fueron edad, sexo y procedencia del encuestado, a partir de preguntas directas para estos rubros.

## **6.9 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES**

- Edad: se considerará en años cumplidos.
- Género: se determinará en masculino y femenino.
- Escolaridad: se determinará en grados concluidos.
- Estado civil: se considerarán solo soltero y casado.
- Lugar de nacimiento: se determinará de acuerdo a la entidad de nacimiento.
- Visitas anuales al dentista: se tomará en cuenta de una a dos veces al año o sólo cuando hay dolor.

- Autopercepción de la salud: se determinará en base a cualquiera de las cinco posibilidades (muy buena, buena, regular, mala y muy mala).
- Conocimientos sobre salud bucal: se determinará mediante la encuesta basada en la escala de Likert con tres opciones de respuesta: de acuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo, en desacuerdo.

## VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

**Tabla 1: Distribución de la población por género.**

SEXO	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL
	26	42	68

**Tabla 2: Distribución de la población por grupo de edad.**

EDAD (AÑOS)	22-38	39-55	56-71	TOTAL
	35	25	8	68

**Tabla 3: Distribución de la población por grado escolar concluido.**

NIVEL ESCOLAR	NIVEL BÁSICO (SEC.)	CARRERA TÉCNICA	BACHILLERATO	LIC. / ING.	MAESTRÍA	TOTAL
	16	6	11	29	6	68

**Tabla 4: Distribución de la población por estado civil.**

ESTADO CIVIL	SOLTERO	CASADO	TOTAL
	19	49	68

**Tabla 5: Distribución de la población por lugar de origen.**

LUGAR DE NACIMIENTO	NO. PERSONAS
DISTRITO FEDERAL	47
ESTADO DE MÉXICO	10
GUERRERO	2
HIDALGO	1
NAYARIT	1
TAMAULIPAS	1
VERACRUZ	4
NO SE PUDO ESTABLECER	2
TOTAL	68

## Variables de salud autoreferida

**Tabla 6: Referencia de visitas al dentista**

VISITAS ANUALES AL DENTISTA	CADA 6 MESES	UNA VEZ AL AÑO	CUANDO HAY DOLOR	TOTAL
	20	31	17	68

**Tabla 7: Percepción de la salud autoreferida.**

AUTOPERCEPCIÓN DE LA SALUD BUCODENTAL	MUY BUENA	BUENA	REGULAR	MAL A	MUY MALA	TOTAL
	4	43	19	2	0	48

## VARIABLES DE CONOCIMIENTOS Y HÁBITOS DE SALUD BUCODENTAL

RESPUESTAS	DE ACUERDO	NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	TOTAL %
1. El cepillado diario es importante para la salud de las encías y los dientes	66	2	0	100
2. Se deben cepillar los dientes tres veces al día después de la cada alimento	66	1	1	100
3. Para la limpieza de los dientes es necesario usar cepillo de dientes, pasta e hilo dental	62	6	0	100
4. No es necesario cepillar la lengua y el paladar ya que pueden provocar vómito y sangrado	13	5	50	100
5. Consumir dulces y refrescos no afecta los dientes	13	4	51	100
6. La placa dental es una macilla blanca compuesta por bacterias que dañan el esmalte de los dientes	46	14	8	100
7. La caries se desarrolla por la placa bacteriana	51	14	3	100
8. La placa dentobacteriana se forma por consumir comida fibrosa	9	40	19	100
9. El cepillado de los dientes en la noche es el más importante porque se acumula más placa	44	15	9	100
10. La aplicación de fluoruro hace más gruesos a los dientes	17	29	22	100
11. Es bueno comer dulces antes de cada comida y no lavarse los dientes	5	7	56	100
12. Es normal que aparezcan lesiones en la boca de las personas cuando consumen drogas o fuman	36	24	8	100
13. Nunca deben lavarse las prótesis bucales removibles	3	10	55	100
14. Es normal que con la edad se caigan los dientes	23	17	28	100
15. Es normal que la boca de las personas tenga mal olor	7	6	55	100

### **6.10 RECURSOS HUMANOS**

Para el presente trabajo se requirió de:

- ✓ Una tutora de tesina.
- ✓ Una asesora de tesina.
- ✓ Una tesista.

### **6.11 RECURSOS MATERIALES**

Los materiales requeridos para la aplicación del cuestionario fueron:

- ✓ 100 encuestas impresas en hojas recicladas.
- ✓ 20 plumas

### **6.12. RECURSOS FINANCIEROS**

Corrieron a cargo de la tesista.

## RESULTADOS

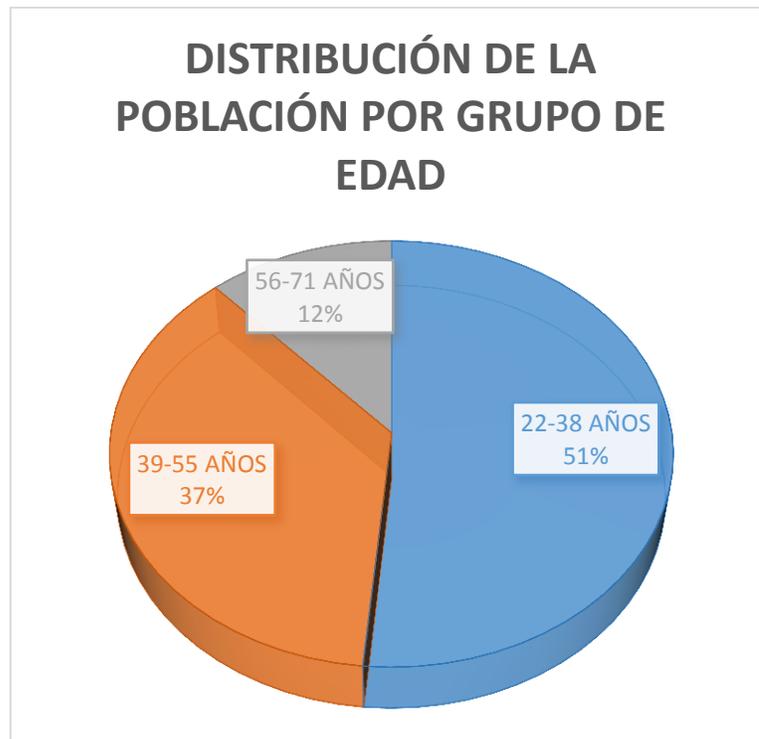
Se repartieron 70 personas, 2 de ellas fueron desechadas debido a que no se llenaron la totalidad de los campos.

### Variables sociodemográficas

La caracterización demográfica de este estudio indica que 38.2% de personas encuestadas pertenecen al género femenino y el 62.8% al masculino. La distribución por edad varió entre 22 y 71 años siendo la media 46.5 años.

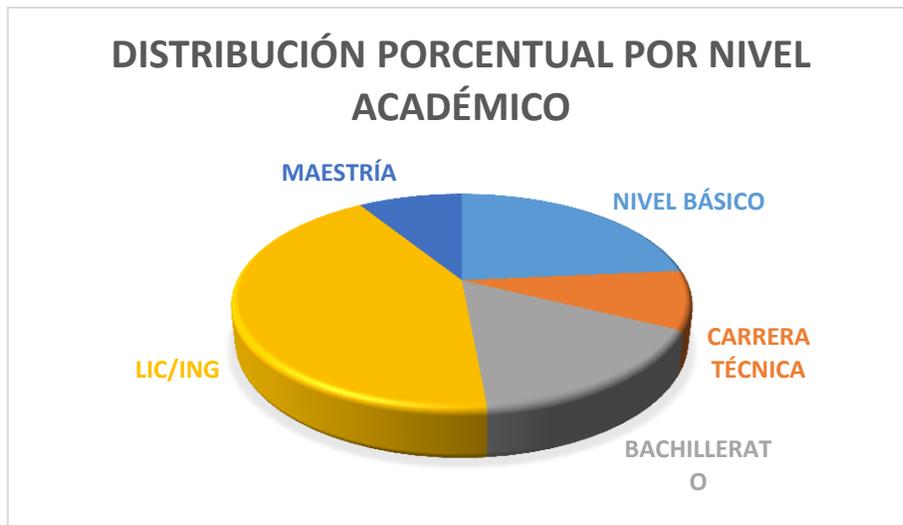


*Gráfica 1: Distribución de la población por género. Fuente directa.*



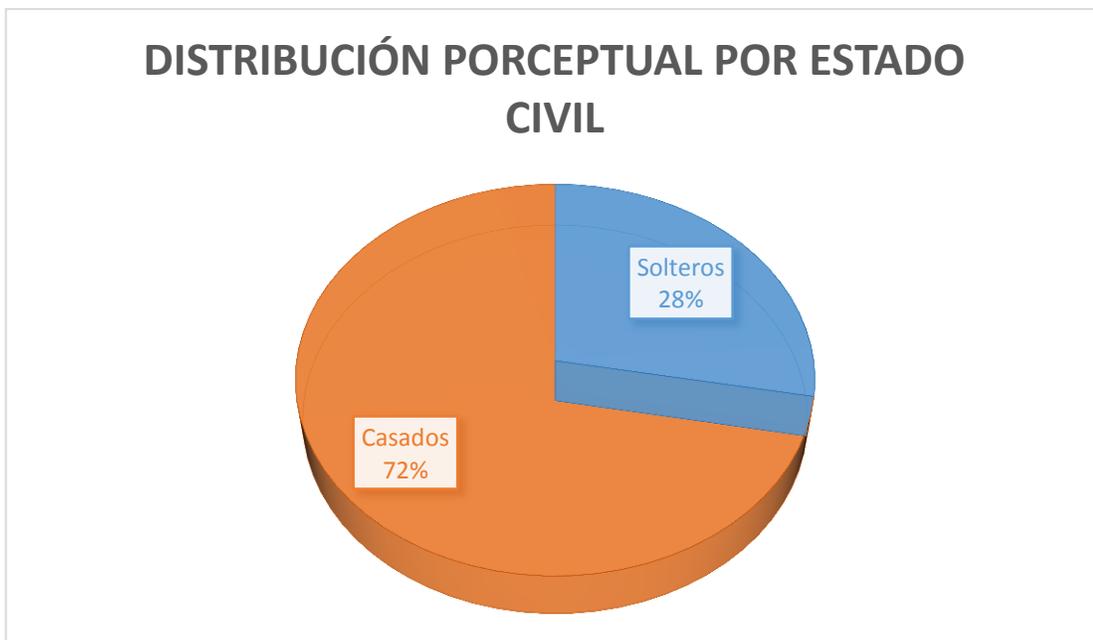
**Gráfica 2. Distribución porcentual por grupo etario. Fuente directa.**

Respecto al nivel escolar de las personas encuestadas 16 personas cuentan sólo con el nivel básico (secundaria terminada), es decir, conforman el 23.5%, 6 personas cursaron una carrera técnica (8.86%), 11 concluyeron el bachillerato (16.17%), 29 cuentan con licenciatura o ingeniería como grado máximo de escolaridad (42.6%) y 6 terminaron una maestría (8.86%)



**Gráfica 3: Distribución porcentual por nivel académico concluido. Fuente directa.**

En cuanto al estado civil, el estudio reveló que 19 personas son solteras y 49 son casadas.

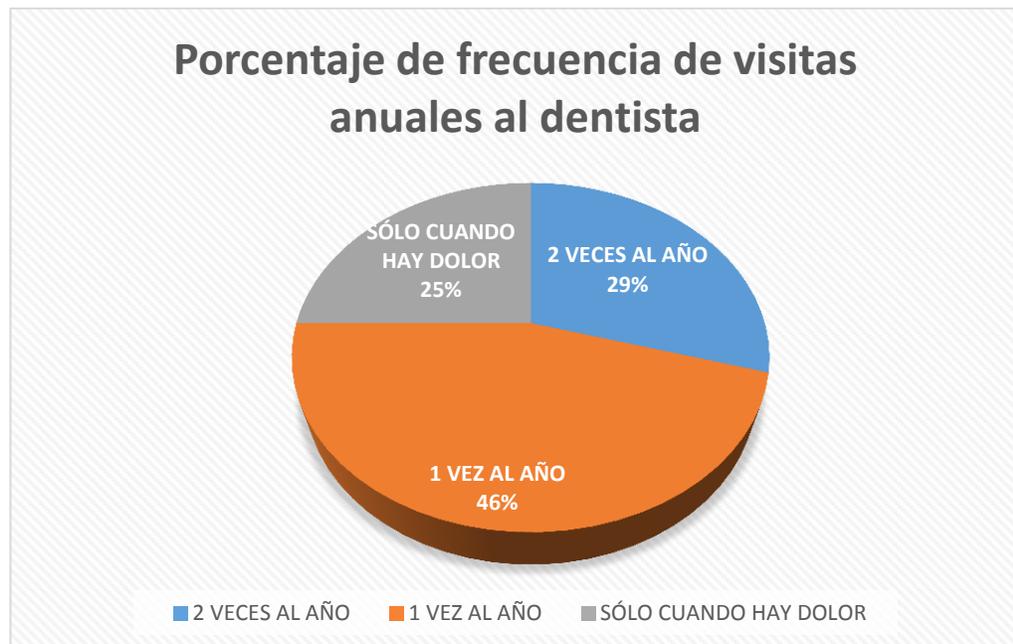


**Gráfica 4: Distribución porcentual por estado civil. Fuente directa.**

## Variables de salud autoreferida

Se le preguntó a las personas la frecuencia de visitas al dentista, las respuestas podían variar entre cada seis meses, una vez al año o sólo cuando hay dolor, los resultados fueron que:

- 20 personas asisten al dentista cada 6 meses (29.5%),
- 31 personas van sólo una vez al año (45.5%), y
- 17 asisten a la consulta dental únicamente cuando tienen dolor (25%)

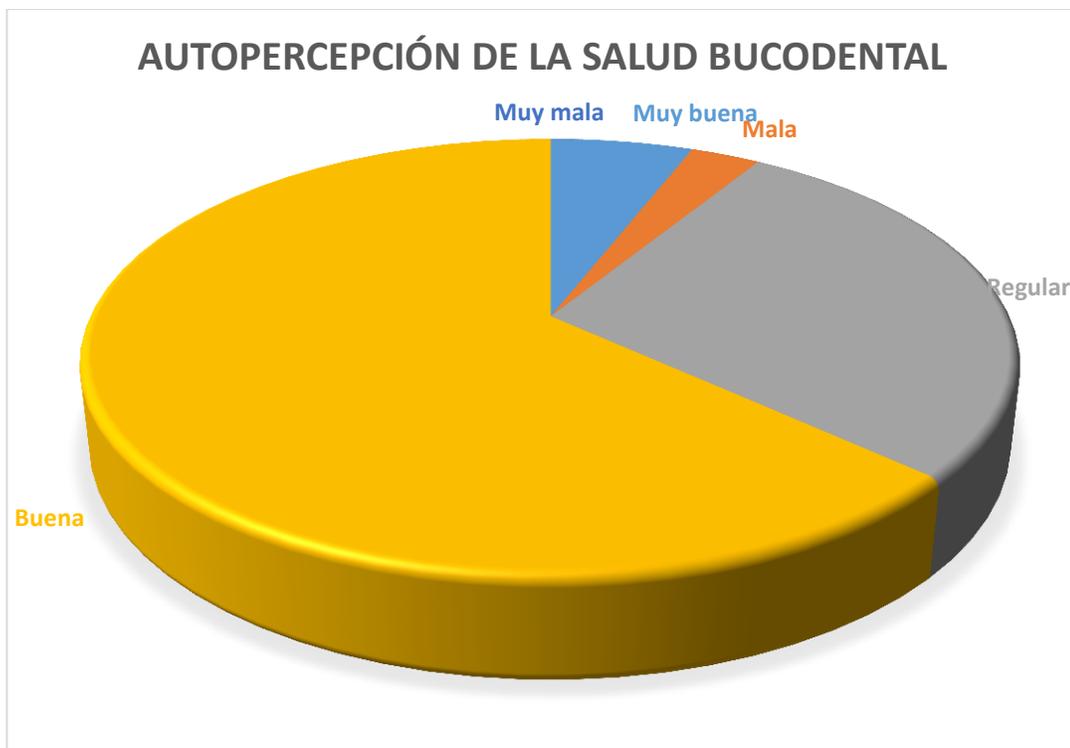


**Gráfica 5 . Porcentaje de frecuencia de visitas anuales al dentista. Fuente directa.**

El porcentaje de trabajadores que califican como bueno su estado de salud se obtuvo al sumar las personas que respondieron que su salud bucal es buena o muy buena y dividirlo entre el número de personas. El porcentaje de personas que califican como malo su estado de salud es resultado del mismo procedimiento, sumando, en este caso los individuos que califican como mala o muy mala su situación actual de salud bucal.

El 69.1% de los trabajadores consideran que la situación actual de su salud bucal es buena, mientras que el 2.9% consideran que es mala. El restante 28% considera su salud bucal como regular, es decir, no lo suficientemente mala o suficientemente buena para categorizarla en el siguiente rango superior o inferior.

- Muy buena: 4 personas, 5.9%
- Buena: 43 personas, 63.2%
- Regular: 19 personas, 28%
- Mala: 2 personas, 2.9%
- Muy mala: nadie considera su salud bucodental como muy mala.

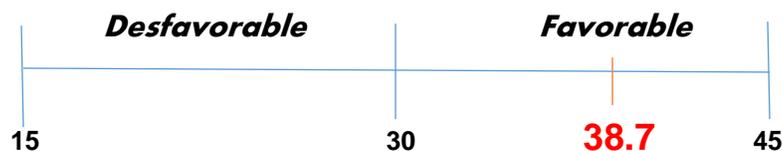


**Gráfica 6. Autopercepción de la salud bucodental. Fuente directa.**

### **Variables de conocimientos y hábitos de salud bucodental**

Estas variables fueron enteramente interpretadas a partir de la escala de Likert y así obtuvimos que:

1. El promedio general del grupo estudiado acerca de conocimientos sobre hábitos de salud bucal y autocuidados fue de 38.76 puntos (2636), ubicado en la escala de Likert lo podemos ver así:



2. Los promedios sobre los mismos conocimientos entre hombres y mujeres fueron de 38.3 para hombres y 39.5 para mujeres.
3. Para los niveles escolares tenemos que el promedio más bajo con 36.69 puntos (587) fue para el nivel básico, es decir, secundaria, el promedio fue aumentando gradualmente conforme aumentó el nivel escolar, así el nivel maestría sumó 240 puntos que promediado nos dio 40. Por lo tanto para nivel técnico tenemos 38 puntos promedio, preparatoria 38.7 puntos promedio y licenciatura/ingeniería 39.8 puntos promedio, es decir, 228, 426 y 1155 puntos, respectivamente.
4. Tomando en consideración los grupos etarios, los resultados se distribuyeron de la siguiente manera.

El grupo conformado por personas de 22 a 38 años obtuvo 1389 que les otorga un promedio de 39.6; el grupo de 39 a 55 años obtuvo 962

puntos equivalente a 38.48 puntos de promedio y por último el grupo compuesto por personas de 56 a 71 años obtuvo 285 puntos y 35.6 de promedio.

Se aplicaron 70 cuestionarios de autopercepción de la salud bucodental, de los cuales sólo se analizaron 68 pues los dos restantes no fueron complementados totalmente, por lo tanto 68 cuestionarios analizados conformaron el 100% de este estudio.

Al realizar el análisis de la información los resultados muestran que la proporción de personas que consideran su salud bucal como buena es drásticamente mayor a la que la considera mala, y menos drástica sin dejar de ser considerable es la diferencia entre buena y regular.

## **CONCLUSIONES**

Al realizar el diagnóstico tanto de autopercepción de salud como de los conocimientos sobre hábitos y conductas para el autocuidado de la salud, se observó que el grupo estudiado cuenta con conocimientos acerca de las actividades que puede llevar a cabo tanto para preservar su salud como para no perderla, por lo tanto, debe diseñarse un programa de salud que refuerce los conocimientos previos y que enseñe los que faltan para reducir al mínimo la posibilidad de contraer o desarrollar una enfermedad de la cavidad bucal.

El promedio grupal obtenido en la encuesta de hábitos y conocimientos es bastante alentador pues al ser este favorable nos revela que en general cuentan con los conocimientos mínimamente necesarios de hábitos y autocuidado de la salud, sin embargo, esto no quiere decir que estén aplicando dichos conocimientos, tendrían que realizarse a futuro nuevos estudios que determinen objetivamente su estado de salud mediante la observación directa.

Esto tampoco quiere decir que no sea necesario aplicar programas de salud bucal que refuercen las debilidades para así poder puntualizar en éstas y consecuentemente fortalecer conocimientos, crear e instaurar nuevos hábitos que garanticen la mejora y mantenimiento del estado de salud y calidad de vida de los trabajadores.

Durante la evaluación de las encuestas se observó que las preguntas relacionadas con hábitos de higiene fueron las más digeribles y por consecuencia más acertadas que las preguntas que contienen términos un poco más técnicos como placa dentobacteriana, esmalte dental o fluoruro. Esto podría servir de guía hacia el diseño de un programa de salud que aluda a éstos términos y aclare las dudas que existen en la población.

Si relacionamos la autopercepción con la frecuencia con que los individuos encuestados afirman asistir a la consulta dental se puede concluir que ambas respuestas son consistentes pues asistir periódicamente al dentista puede traducirse en la conservación de la salud bucal, los pocos casos en los que las personas refieren sólo acudir al dentista en caso de dolor pueden coincidir con quienes en el cuestionario de hábitos y conocimientos obtuvieron los promedios más bajos.

El resultado es bastante alentador pues todos los promedios muestran que la tendencia hacia el autocuidado de la salud bucal es positiva.

La encuesta permitió observar que los promedios de las personas con mayor escolaridad son mayores a los de los niveles inferiores, esto hace suponer que entre mejor preparadas estén las personas, mejor será el estado de salud tanto general como bucal.

Las mujeres obtuvieron un promedio mayor en relación a los hombres, esto podría ser debido a que el sexo femenino procura la salud bucal por cuestiones estéticas, además de como medio para lograr una buena calidad de vida, conducta que no es muy recurrente en los hombres, sin embargo, la diferencia de promedio entre ambos sexos no es tan considerable.

La diferencia de promedios entre grupos etarios concuerda con los resultados obtenidos en otros estudios donde se concluyó que las personas de mayor edad son las que peor salud bucal tienen y por consecuencia menor calidad de vida, tal vez la disminución en sus capacidades motrices, tal vez por la preservación de paradigmas adoptados a lo largo de su vida que los alejan de conocimientos actuales sobre autocuidado de la salud.

El presente trabajo puede servir como modelo para realizar el diagnóstico sobre salud bucal en otros centros de trabajo de la C.F.E. y así desarrollar un programa de salud pública que impacté de la misma manera en los trabajadores de toda la empresa, y que a su vez, los conocimientos reforzados y adquiridos puedan pasar de padres a hijos a fin de provocar un efecto dominó que influya en todos los grupos de edad de todos los sectores de la población para de esta forma reducir gradualmente la incidencia y prevalencia de enfermedades bucales.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

### **Libros y artículos**

1. Núñez L, Icaza G, Contreras V, Correa G, Canales T, Mejía G, Oxman-Martínez J, Moreau J. Factores asociados a la consulta odontológica en niños/as y jóvenes de Talca (Chile) e inmigrantes chilenos de Montreal (Canadá). Disponible en: <http://zi.elsevier.es>
2. Irigoyen M, Mejía-González A, Zepeda-Zepeda M, Betancourt-Linares A, Lezana-Fernández M, Álvarez-Lucas, C. Dental caries in Mexican schoolchildren: A comparison of 1988-1989 and 1998-2001 surveys. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. Disponible en: <http://dx.doi.org/doi:10.4317/medoral.18008>
3. Secretaría de Salud. Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. Programa de acción específico 2007-2012. *Salud Bucal*. México, 2008. Disponible en: <http://www.cenavece.salud.gob.mx/descargas/pdf/saludbucal.pdf>
4. Iglesias J, Fernández M, Barrón J, Bartolomé M. Evolución de los conocimientos y hábitos de higiene bucodental en escolares de educación primaria. Disponible en: <http://zi.elsevier.es>
5. Cornejo-Ovalle M, Costa de Lima, K, Pérez G, Borrel C, Casals-Peidro E. Oral health care activities performed by caregivers for institutionalized elderly in Barcelona-Spain. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2013. Disponible en: <http://www.medicinaoral.com/medoralfree01/v18i4/Medoralv18i4p641.pdf>
6. Pérez R, Borges A, Gutiérrez L, Ávila j. Oral health conditions and frailty in Mexican community-dwelling elderly: a cross sectional analysis. *BMC Public Health*. México, 2012. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/773>

7. Spolsky V, Marcus M, Der-Martirosian C, Coulter I, Maida C. Oral health status and the epidemiologic paradox within latino immigrant groups. BMC Oral Health. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1472-6831/12/39>
8. Barriuso L, Sanz-Barbero B. Variables asociadas al uso de los servicios de salud bucodental por la población preescolar en España: un análisis de la encuesta nacional de salud. Revista Española Salud Pública. España, 2012.
9. Nigenda G, Magaña-Valladares L, Ortega-Altamirano D. Recursos humanos para la salud en el contexto de la reforma sanitaria en México: formación profesional y mercado laboral. Gaceta Médica de México.
10. <http://www.salud.gob.mx/unidades/evaluacion/evaluacion/presentacion.pdf>
11. Lara N, Delgadillo H, Morales S, Garduño M, Pulido M. Unmet needs for dental care in garment workers in Mexico City. México, 2011.
12. Cuenca E, Baca P. Odontología preventiva y comunitaria. Principios, métodos y aplicaciones. 3ª edición, España, Editorial Masson, 2005. Pp. 1-11.

### **Tablas**

- **Tabla 1.** Secretaría de salud, Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales. Dirección General Adjunta de Epidemiología. México, septiembre 2007.
- **Tabla 2.** Secretaría de Salud, Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales. Dirección General Adjunta de Epidemiología. México, septiembre 2007.
- **Tabla 3.** Encuesta de caries en trabajadores de cooperativas la costura en México, D.F.

## Imágenes

- **Imagen 1.** <http://www.uba.ar/extension/salud/Difusion/nota20.pdf>
- **Imagen 2.** <http://www.esmas.com/salud/saludfamiliar/v5/421021.html>
- **Imagen 3.** Secretaría de Salud. Programa de Acción Específico 2007-2012. Salud Bucal.
- **Imagen 4.** <http://www.google.com.mx/url?sa=i&rct>
- **Imagen 5.** <http://atpfioterapia.blogspot.com/2013/03/fioterapia-y-prevencion.html>
- **Imagen 6.** <http://www.saludacapulco.blogspot.mx/2011/07>
- **Imagen 7.** <http://web.ssaver.gob.mx/saludpublica/files/2011/10/Manual-para-la-aplicación-del-TRA.pdf>
- **Imagen 8.** <http://sanluispalenquecasanave.gov.co/noticias.Shtml?apc=Cnxx-1-&x=2737286>
- **Imagen 9.** [http://www.uv.mx/universo/474/campus/campus\\_06.html](http://www.uv.mx/universo/474/campus/campus_06.html)
- **Imagen 10.** Secretaría de Salud. Programa de Salud Bucal. Encuesta Nacional de Caries Dental 2001. Centro Nacional de Vigilancia de Epidemiológica y Control de Enfermedades. México, 2006.
- **Imagen 11.** <http://remediosnaturales101.com/balanquear/>
- **Imagen 12:** [http://www.iqb.es/odonto/atlas/cap1/c1\\_001sm.htm](http://www.iqb.es/odonto/atlas/cap1/c1_001sm.htm)
- **Imagen 13:** <http://buenasalud.net/2002/02/09/las-papilas-de-la-lengua-medicina-china-tradicional.html>
- **Imagen 14.** <http://unabocaparatodalavida.blogspot.com/2012/04/respiracion-nasal-desarrollo-de-la.html>
- **Imagen 15.** <http://farmatodo.wordpress.com/2012/07/03/1215/>
- **Imagen 16.** <http://www.odontologiaestetica.com>
- **Imagen 17.** <http://enfermedadperiodontalydiabetes.blogspot.com/>

2012\_06\_01\_archive.html

- **Imagen 18.** <http://www.acatlan.unam.mx/medico/dental/>
- **Imagen 19.** <http://www.starmedia.com/temas/enjuague-bucal/>
- **Imagen 20.** <http://www.nutreymuevetuvida.uady.mx/articulos/plato.php>

### **Gráficas**

- **Gráfica 1:** Distribución de la población por género.
- **Gráfica 2:** Distribución de la población por grupo de edad.
- **Gráfica 3:** Distribución porcentual por nivel académico concluido.
- **Gráfica 4:** Distribución porcentual por estado civil.
- **Gráfica 5:** Porcentaje de frecuencia de visitas anuales al dentista.
- **Gráfica 6:** Autopercepción de la salud bucodental.

# ANEXOS

EDAD: \_\_\_\_\_ GÉNERO:  F  M ESCOLARIDAD: \_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL:  SOLTERO  CASADO LUGAR DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

USTED VISITA AL DENTISTA CUANDO:  CADA 6 MESES  UNA VEZ AL AÑO  CUANDO TENGO DOLOR

SU SALUB BUCODENTAL ES:  MUY BUENA  BUENA  REGULAR  MALA  MUY MALA

**Señale la opción que concuerda con lo que usted piensa acerca de cada situación:**

1. El cepillado diario es importante para la salud de las encías y los dientes.

DE ACUERDO

NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO

EN DESACUERDO

2. Se deben cepillar los dientes tres veces al día, después de cada alimento.

DE ACUERDO

NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO

EN DESACUERDO

3. Para la limpieza de los dientes es necesario usar cepillo de dientes, pasta e hilo dental.

DE ACUERDO

NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO

EN DESACUERDO

4. No es necesario cepillar la lengua ni el paladar ya que pueden provocar vómito y sangrado.

DE ACUERDO

NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO

EN DESACUERDO

5. Consumir dulces y refrescos no afecta los dientes.

DE ACUERDO

NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO

EN DESACUERDO

6. La placa dental es una macilla blanda compuesta por bacterias que dañan el esmalte de los dientes.

DE ACUERDO

NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO

EN DESACUERDO

7. La caries se desarrolla por la placa bacteriana.

DE ACUERDO

NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO

EN DESACUERDO

8. La placa dentobacteriana se forma por consumir comida fibrosa.

DE ACUERDO

NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO

EN DESACUERDO

9. El cepillado de los dientes en la noche es el más importante porque se acumula más placa.

DE ACUERDO

NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO

EN DESACUERDO

10. La aplicación de fluoruro hace más gruesos a los dientes.

DE ACUERDO

NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO

EN DESACUERDO

11. Es bueno comer dulces antes de cada comida y no lavarse los dientes.

DE ACUERDO

NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO

EN DESACUERDO

12. Es normal que aparezcan lesiones en la boca de las personas cuando consumen drogas o fuman.

DE ACUERDO

NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO

EN DESACUERDO

13. Nunca deben lavarse las prótesis bucales removibles.

DE ACUERDO

NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO

EN DESACUERDO

14. Es normal que con la edad se caigan los dientes.

DE ACUERDO

NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO

EN DESACUERDO

15. Es normal que la boca de las personas tenga mal olor.

DE ACUERDO

NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO

EN DESACUERDO