



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

CONOCIMIENTOS EN HIGIENE Y SALUD
BUCODENTAL DE LOS ESTUDIANTES DE PRIMER
INGRESO A LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA.

TESINA

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANA DENTISTA

P R E S E N T A:

PAULINA CRUZ RAMÍREZ

TUTORA: Mtra. MARÍA CRISTINA SIFUENTES VALENZUELA

ASESORA: Mtra. MIRIAM ORTEGA MALDONADO

MÉXICO, D.F.

2015



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.



CRUZ RAMÍREZ PAULINA



AGRADEZCO...a Dios por todas y cada una de las bendiciones que me ha dado a lo largo de mi vida.

A mis padres María de Lourdes Ramírez Bravo y Guillermo Cruz Viveros por darme la vida y por ser los pilares fundamentales en mi crecimiento amándome, cuidándome y apoyándome en cada momento. Por el gran esfuerzo que han hecho para que yo terminara mi carrera, no solo económico, sino de tiempo y dedicación.

Por alentarme a salir a delante y darme las armas para enfrentarme a la vida enseñándome a ser perseverante para conseguir mis sueños y lograr mis metas. Por todo eso y más....GRACIAS, sin ustedes no hubiera sido posible llegar hasta aquí.

A mi hermana Rebeca Cruz por su alegría y optimismo, siendo una gran amiga y cómplice, brindándome el tiempo para escucharme y darme los mejores consejos, porque a pesar de la distancia física que nos separa me ha demostrado estar presente en todos los momentos de mi vida. Y a Carlos Estrada por ser un excelente cuñado, por apoyarme y brindarme su amistad y cariño.

A mi abuelita María Luisa por ser mi segunda madre, por sus cuidados y atenciones desde que nací, por consentirme y brindarme todo su cariño y experiencia.

No me olvido de mis abuelos Mario, Juan y Elena que se que desde el cielo me cuidan.

A mi tía María del Carmen Ramírez por apoyo moral, por su tiempo, disposición y cariño de manera incondicional; siendo parte de esta gran familia a la que acogió y ha protegido en todo momento.

A mi novio Antonio Hernández Ventura por ser único e incondicional, porque hemos crecido juntos siempre brindándome su apoyo y cuidado, por sus palabras de aliento, regalándome felices momentos y grandes experiencias durante todos estos años, por ser la persona que más me hace reír y sobre todo por amarme.



CRUZ RAMÍREZ PAULINA



A Verónica Flores y Karen Sevilla por ser más que mis amigas de toda la vida, por estar presentes en todo momento dándome su apoyo y cariño. A Carla Muciño por ser mi compañera y amiga durante toda la carrera y estar presente en los momentos difíciles. Y Sherlyn Sánchez por su apoyo y amistad en esta última etapa, alegrando mis días en la Periférica.

A todos mis pacientes, incluyendo a mis familiares, por su disposición y paciencia, por otorgarme su confianza, por permitirme aprender de ellos y desarrollar mis habilidades para terminar mi carrera. Los llevo presentes a cada uno de ellos con gran cariño y agradecimiento.

A mi Tutora la Mtra. María Cristina Sifuentes Valenzuela a quien le agradezco su dedicación, ya que teniendo múltiples ocupaciones siempre me dedicó tiempo para orientarme, apoyarme y facilitarme los medios para hacer posible la elaboración de este trabajo.

A mi Asesora la Mtra. Miriam Ortega Maldonado a quien le agradezco su tiempo, apoyo, orientación, disposición y dedicación que me brindó durante el proceso de realización de este proyecto.

Al Dr. Ricardo Ortiz quien me ayudó y facilitó los medios para la elaboración del cuestionario aplicado como parte de la Tesina.

A mí querida Facultad de Odontología y a mi hermosa Universidad Nacional Autónoma de México, por ser mí segundo hogar, porque dentro de sus aulas, clínicas y laboratorios viví grandes experiencias, que llevare presentes toda mi existencia. Agradezco a todos los profesores que fueron parte de mi formación profesional ya que me compartieron sus conocimientos y experiencias.

Por esto y más....**Gracias.**



CRUZ RAMÍREZ PAULINA



***"LA VERDADERA IGNORANCIA NO ES LA AUSENCIA
DE CONOCIMIENTOS, SINO EL HECHO DE NEGARSE
A ADQUIRIRLOS"***

Karl Popper



ÍNDICE

I.INTRODUCCIÓN	7
II.MARCO TEÓRICO	9
1. SALUD Y ENFERMEDAD BUCAL EN LA ADOLESCENCIA.....	9
1.1 Necesidades de los adolescentes en salud bucal.....	13
2. MEDIDAS PREVENTIVAS Y SALUD BUCODENTAL.....	15
3. EDUCACIÓN PARA LA SALUD.....	18
3.1 Educación para la salud como proceso de comunicación.....	22
3.2 Educación para la salud como proceso educativo.....	24
3.2.1 Niveles de intervención en educación para la salud como proceso educativo.....	25
3.3 Niveles de prevención en salud pública.....	26
3.3.1 Atención primaria en salud bucal.....	28
3.4 La educación como determinante de la salud bucal.....	30
III.PLANTEAMINETO DEL PROBLEMA	33
IV.JUSTIFICACIÓN	35
V. OBJETIVOS	36
5.1 Objetivo general.....	36
5.2 Objetivos específicos.....	36
VI. MATERIAL Y MÉTODO	37



6.1 Tipo de estudio.....	37
6.2 Población de estudio.....	37
6.3 Criterios de selección.....	37
6.3.1 Criterios de inclusión.....	37
6.3.2 Criterios de exclusión.....	37
6.3.3 Criterios de eliminación.....	37
6.4 Tamaño de muestra.....	37
6.5 Procedimiento operativo.....	38
6.6 Recursos.....	39
6.6.1 Recursos Humanos.....	39
6.6.2 Recursos Materiales.....	39
6.6.3 Recursos Financieros.....	39
6.7 Análisis estadístico.....	39
6.8 Consideraciones éticas.....	40
VII.RESULTADOS.....	41
VIII. DISCUSIÓN.....	54
IX. CONCLUSIONES.....	56
X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	59
ANEXO	
• Cuestionario aplicado.....	65



I. INTRODUCCIÓN

Una de las principales problemáticas en odontología, es la falta de difusión de acciones preventivas para conseguir y/o mantener la salud bucodental en la población en general, dando como resultado una alta prevalencia de enfermedades bucales. Esta situación requiere del compromiso de los cirujanos dentistas para elevar el nivel educativo y generar conductas de autocuidado en beneficio de la salud oral a toda la población, así como generar la adopción de manera consciente y responsable de las mismas, que perduren durante toda su existencia, esto a través de la educación para la salud. Para ello, los profesionales de la salud deben contar con los conocimientos y destrezas necesarios para poder llevar a cabo idóneamente la promoción de la salud.

En este contexto, se consideró pertinente identificar las necesidades educativas de los alumnos de primer ingreso a la Facultad de Odontología, ya que se encuentran en el momento oportuno, dado el acercamiento con su profesión, de adquirir o corregir sus conocimientos y conductas en beneficio de su salud bucal y por la función que desempeñarán como promotores de la salud. Además que por su rango de edad, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) pertenecen a la población adolescente, la cual se considera vulnerable y de alto riesgo, ya que no obstante a que son considerados un subgrupo poblacional sano, no tienen los cuidados necesarios para el mantenimiento de su salud bucal ni le prestan la atención debida; lo que propicia que se vuelvan favorables los factores para desarrollar padecimientos, como la enfermedad periodontal y la caries dental reconocidas como las más frecuentes.



Por tal motivo se desarrolla el presente trabajo, el cual comprende dos partes: la primera parte contiene tres capítulos; en el primero se describe que es la adolescencia, las características propias de la etapa, así como las condiciones y necesidades bucales de salud y enfermedad en los adolescentes; en el segundo capítulo se mencionan las medidas preventivas que todos los individuos deben implementar en su vida diaria con el fin de alcanzar y mantener la salud oral; y en el tercero se plasma la educación para la salud, estrategia básica y fundamental de la promoción de la salud; y como parte de la atención primaria de intervención en salud pública; la cual requiere del proceso de comunicación interpersonal para ser efectuada.

En la segunda parte, se desarrolla el planteamiento del problema; la justificación; el objetivo principal; la metodología empleada, así como el cuestionario diseñado y estructurado, para identificar las necesidades educativas en acciones preventivas y en salud bucodental de los alumnos. También se presenta el análisis de los resultados obtenidos; y finalmente la discusión y la presentación de las conclusiones.

Es importante destacar que la información obtenida permitirá diseñar e implementar programas educativos dirigidos a los alumnos de nuevo ingreso a la Facultad de Odontología, para fortalecer los conocimientos, habilidades y conductas en beneficio de la salud oral, así como la adopción de las mismas en su vida personal y profesional; dado el importante papel social como promotores de la salud que deben desempeñar durante su formación en las clínicas de enseñanza y su posterior aplicación en el ejercicio profesional, como parte de sus responsabilidades en el fomento de una cultura de prevención y protección de la salud bucodental.



II. MARCO TEÓRICO

1. Salud y enfermedad bucal en la adolescencia

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la adolescencia es definida como la segunda década de la vida, es decir, la ubica como la etapa comprendida entre los 10 y 19 años de vida.¹

Casas (2010), menciona que la adolescencia se puede definir como el periodo de crecimiento y maduración físicos, psicológico y sexual de un individuo que inicia a los 10 años y finaliza a los 19, a través de un proceso complejo y continuo de adaptación o equilibrio entre sus vivencias personales y el medio que lo rodea; que le permite ir adquiriendo capacidades y aptitudes para satisfacer sus necesidades y alcanzar un estado de completo bienestar.²

Por su parte Myers (2005) menciona que “la adolescencia es la etapa de la vida entre la niñez y la edad adulta. Comienza cuando aparecen las primeras manifestaciones de maduración sexual y concluye con el logro social de estatus de adulto independiente”.³

Los adolescentes son un sector de la población con características sociales y culturales muy diversas, presentando por lo tanto una muy amplia variedad de comportamientos y percepciones. En este sentido, debido a los cambios físicos y psicológicos en los que se ve envuelto, así como en la búsqueda de su identidad y autonomía, son muy susceptibles a desafiar patrones y reglas establecidas, por lo que se puede convertir en un blanco perfecto para desencadenar hábitos y conductas que pueden afectar su estado de salud-enfermedad.



En materia de salud, los adolescentes no le dan la importancia al cuidado de su salud general y bucal, ni le prestan la atención debida, actitud que probablemente se derive del concepto que tienen de su estado de salud, como lo muestran los reportes de la Encuesta Nacional de Juventud 2005, en donde se identifica que los adolescentes evalúan su estado de salud positivamente, afirmando que se encuentran saludables en términos generales. ⁴

En esta población, adquieren relevancia como elementos determinantes que pueden influir en el estado de salud-enfermedad, el estilo de vida, los factores socio-demográficos y psicosociales como el sentirse incomprendidos, inadaptados o no aceptados en grupos sociales. Así como los hábitos de higiene en los problemas de salud bucodental, la cual en la mayoría de los casos es deficiente. ⁵ Debido a estos factores, las condiciones bucales se vuelven propicias para el inicio del proceso de la enfermedad, que de acuerdo con la información reportada, las más frecuentes en los adolescentes son la caries dental y la enfermedad periodontal.

La caries es una enfermedad infecciosa multifactorial, que de acuerdo con la triada de Keyes modificada por Newbrum dependen de un huésped susceptible (diente), una flora microbiana cariogénica (*S. mutans*, *Lactobacillus*, *Actinomyces*, *Bifidobacterium*, *Prevotella* y *Veillonella*), sustrato (dieta cariogénica), y tiempo de interacción presente durante un periodo determinado y; para que se forme esta enfermedad es necesario que las condiciones de cada factor sean favorables. Por lo tanto, para que se de este proceso es imprescindible la formación previa de la película adquirida (fina capa de proteínas salivales sobre todas las superficies dentales) la cual propicia la adhesión inicial de la bacteria a las estructuras dentarias por la interacción entre una proteína del microorganismo (adhesinas) que se unen a las proteínas salivales que son absorbidas por el esmalte dental, mismas que



actúan como receptores facilitando la adherencia bacteriana. El proceso continúa con la fermentación de los azúcares de la dieta originando principalmente ácido láctico logrando que disminuya el pH bucal y desmineralice el esmalte, y con el tiempo, propicie la pérdida de mineral y se forme una cavidad .^{6, 7,8}

En cuanto a la enfermedad periodontal, circunscrita a los tejidos circundantes al diente, su agresión puede variar iniciando con un proceso inflamatorio de la encía (Gingivitis) acompañada de sensibilidad y sangrado, problema que puede desencadenarse por diversos factores como lo son: una deficiente higiene bucodental, los cambios hormonales propios de la adolescencia, por consumo de algunos medicamentos, o manifestación de algunas enfermedades sistémicas; que si se mantienen pueden progresar hasta formar una Periodontitis, caracterizada por la inflamación de los tejidos de soporte de los dientes, cuya progresión puede producir la destrucción progresiva del ligamento periodontal y la pérdida del hueso alveolar con la formación de bolsas periodontales y recesiones gingivales.^{9, 10, 11}

En este contexto, dentro de los factores que pueden vincularse en el desarrollo de la caries y la enfermedad periodontal se encuentran los malos hábitos alimenticios, actividades de higiene bucal deficientes, cambios hormonales y comportamientos o conductas propios de los adolescentes.^{12, 13, 14, 15}

De acuerdo con el estudio “Determinación de los Índices CPO-D e IHOS en estudiantes de la Universidad Veracruzana, México” efectuado en 2012 a alumnos de nuevo ingreso, el 46.6% con 18 años de edad; reportaron un índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS) de 81.5% en escala aceptable. Sin embargo, el índice obtenido de dientes cariados, perdidos y obturados (CPOD) fue muy alto, sobrepasando 13.1 sobre la escala establecida por la OMS, mostrando prevalencia de caries en los estudiantes en un 80.9%.¹²



Por su parte en el estudio “Dientes sanos, cariados, perdidos y obturados en los estudiantes de la Unidad Académica de Odontología de la Universidad Autónoma de Nayarit” (2009) realizado a 434 individuos, se identificó que el 68.9% presentaban caries dental, mostrando con ello la necesidad de rehabilitación como producto del desarrollo natural de este padecimiento y la falta de medidas preventivas aplicadas.¹³

En cuanto a la enfermedad periodontal, en el estudio efectuado: “Gingivitis y su relación con la higiene bucal en estudiantes del Colegio de Ciencias y Humanidades Oriente, Ciudad de México” para identificar la prevalencia de gingivitis, placa dentobacteriana y cálculo dental, así como su relación con la higiene bucal presente en una población escolar de 160 alumnos de entre 15 y 25 años de edad, mostró que el 75% presentó alta prevalencia de gingivitis, siendo más frecuente en el sexo masculino. Con respecto a la presencia de placa dentobacteriana y cálculo dental se identificó con mayor frecuencia en la población de entre 19 y 25 años de edad.¹⁴ Estos datos son indicativos de la relación existente entre la higiene bucal y los problemas bucodentales, evidenciando la influencia de la higiene oral deficiente en el desarrollo de los padecimientos.

Por su parte en el estudio “Estado de Salud Bucal en Adolescentes de la Ciudad de México” en el cual se evaluaron a 590 adolescentes comprendidos entre los 12 a 16 años de edad, se mostró una prevalencia de gingivitis de 13.9% presentando mayor riesgo en los adolescentes varones de 14 años.¹⁵

Además de las enfermedades bucales antes descritas existen otros estados de salud bucal presentes en los adolescentes como son los traumatismos dentales y las maloclusiones.

Los traumatismos dentales en los adolescentes se originan generalmente por el tipo de actividades deportivas que realizan y la falta de uso de protectores bucales; caídas; accidentes de tránsito por no emplear el cinturón



de seguridad; peleas y violencia. Siendo la fractura y la avulsión dental los traumatismos más frecuentes. ¹⁶

La maloclusión se pueden definir “cuando la máxima intercuspidad entre los órganos dentarios se encuentra alterada por lo que no cumplen con las relaciones y leyes establecidas de relación correcta y normal de los dientes superiores con los inferiores; tanto en sentido transversal, anteroposterior y vertical”, es muy común encontrar esta condición bucal en los adolescentes ya que se encuentran en la etapa final del proceso eruptivo.¹⁷

1.1 Necesidades de los adolescentes en salud bucal

Los adolescentes gozan de una buena salud en general, a pesar de ello, en esta etapa se adquieren hábitos y comportamientos que repercuten y alteran su equilibrio provocando problemas en su estado de salud.

Vega Jiménez ¹⁸ en el artículo “Estimación de necesidades en salud bucal de adolescentes” publicado en 2010, a partir del análisis de la atención dental en correspondencia a los tres niveles de atención, otorgada a los adolescentes (10 a 19 años) que acudieron a la Clínica Periférica Oriente en el periodo de 2004-2006; de los 2031 tratamientos efectuados en el primer nivel, el 20% correspondió a la promoción de la salud bucal, instruyéndolos respecto a las medidas preventivas y conductas higiénicas como la técnica de cepillado que frecuentemente no la realizan de manera adecuada, en este sentido el estudio “Relación entre la higiene bucal y la gingivitis en jóvenes” en el cual examinaron a jóvenes de 18 a 20 años de edad para medir la eficacia de su técnica de cepillado dental, mostró que un 81.6% de adolescentes realizan una mala técnica, reflejando su impacto en una alta prevalencia de gingivitis.^{9, 18}



Con relación al segundo nivel de atención, de los 2690 tratamientos realizados, un alto porcentaje lo ocuparon los procedimientos curativos (96.2%), de los cuales el primer lugar (71.19%) correspondió al área de operatoria dental, el segundo a exodoncia (10.59%), y en tercero a endodoncia (7.53%); siendo evidente la afectación de las estructuras dentarias por el avance de caries dental en los individuos y la presencia de factores para su desarrollo, como el no asistir a consulta preventiva para una atención dental oportuna y continua, reflejo de deficiente alfabetización sanitaria en salud bucodental, por lo que solo se acude a servicio odontológico al presentar sintomatología y no de manera preventiva, de tal manera que se propician las condiciones favorables para el desarrollo de esta enfermedad, la cual para la limitación de la lesión requiere de estos procedimientos curativos.¹⁸

Por su parte en el tercer nivel correspondiente a tratamientos rehabilitadores, el 85% recibieron atención en la especialidad de prótesis parcial fija y removible, esto por la ausencia dental presente en la cavidad bucal de los adolescentes, producto también de la escasa cultura en salud favoreciendo el avance progresivo de caries dental y enfermedad periodontal, como principales causas de la pérdida dental.¹⁸

En este mismo estudio, se identificó por edades las necesidades de tratamiento, mostrando que, los adolescentes de 10 a 11 años son los únicos que solicitan atención bucal a nivel preventivo y curativo; entre los 13 a 16 años tienden a acudir a tratamiento odontológico por iniciativa de sus padres; y entre 17 a 19 años asisten para tratamientos curativos y restaurativos. Dentro de estos tratamientos, los adolescentes solicitan con mayor frecuencia restauraciones con resina, lo que muestra el grado de importancia que le dan a la estética dental.¹⁸



Por su parte los resultados del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales 2011, muestran que el 70% de los adolescentes solicita atención odontológica, mostrando un porcentaje importante de necesidades en salud bucodental, de los cuales el 77% se vincula con problemas de caries y el 27.8% por padecimientos asociados con la enfermedad periodontal.¹⁸

2. Medidas preventivas y salud bucodental

La salud bucodental se logra mediante el cuidado y la higiene de todas las estructuras anatómicas de la boca (dientes, encía, carrillos y lengua), mediante acciones preventivas como una técnica de cepillado adecuada con el apoyo de los auxiliares de higiene bucal como el hilo o seda dental, colutorios y cepillo interproximal; la ingesta de alimentos saludables (fibrosos) y solicitar atención bucal profesional periódicamente.

Hablar de salud bucal no solo incluye el componente dental, sino todo el complejo estomatognático, así como el reconocimiento de ésta en la salud general del paciente, por lo que adquiere una mayor significancia en la labor que realiza el cirujano dentista de promover la salud de las personas, con el propósito de incidir en la adquisición de conductas y hábitos higiénicos y alimenticios dada la repercusión en la salud integral del individuo. La salud bucal influye en la salud del cuerpo en general, ya que está íntimamente relacionado con todo el organismo siendo la puerta de entrada del mismo y es en esta cavidad el principio del sistema digestivo.^{19, 20}

No es sencillo concientizar a todos los individuos de la población sobre la importancia de tener hábitos adecuados para gozar de buena salud bucal y evitar la aparición de enfermedades. No obstante, el cirujano dentista debe promover en todo momento una educación de autocuidado en cada paciente,



propiciando la adopción responsable de medidas preventivas y de mantenimiento de la salud bucodental, esto mediante la intervención de los programas educativos de prevención en salud bucodental. ^{19, 20}

De acuerdo con las referencias revisadas para conseguir o mantener la salud bucal, se deben adoptar conductas en higiene y salud, además de realizar actividades preventivas como son: ^{21, 22, 23}

1.- Visitar al odontólogo por lo menos dos veces al año para una revisión del estado de salud bucodental, así como para la realización de procedimientos preventivos y de promoción a la salud: como profilaxis, eliminación de cálculo dental, e instrucciones de medidas de protección personal en correspondencia con las necesidades de alfabetización sanitaria identificadas.

2.- Utilizar el hilo dental, con una técnica adecuada orientada por un profesional, para retirar la placa dentobacteriana acumulada en el espacio que existe entre diente y diente, y de esta manera evitar caries interproximal.

3.- Emplear colutorio o enjuague bucal, ya que no solo proporciona un buen aliento, sino que tiene acción remineralizante y es un antiséptico tópico que ayuda a eliminar microorganismos causantes de enfermedad periodontal presentes en la placa bacteriana.

4.- Realizar una técnica de cepillado correcta (indicada por un profesional de la salud bucal) con pasta fluorada después de cada alimento o al menos tres veces al día, haciendo énfasis en el cepillado nocturno (antes de dormir) ya que durante las siete horas de sueño se desarrolla y crece la flora bacteriana (productora de caries dental) propiciando un medio ácido bucal que no puede modificarse en las horas de reposo, lo que favorece la evolución de este padecimiento. De la misma manera, hay que recordar que las cerdas son las responsables de eliminar los restos alimenticios, por lo que no es



conveniente humedecerlas antes de realizar el cepillado, así como colocar la cantidad apropiada de pasta para proveer de los elementos de remineralización que requiere las estructuras dentales para propiciar su protección por lo que se debe recomendar como cantidad suficiente la del tamaño de un chícharo. ^{21, 22,23}

El cepillo dental ideal de acuerdo con el “Estudio de diseño de cepillos dentales” efectuado en Facultad de Odontología de la Universidad Latinoamericana de Ciencia y Tecnología, Costa Rica; debe tener la cabeza pequeña y compacta; las cerdas deben ser de nylon de punta redonda y de la misma altura siendo la superficie activa de forma plana, el extremo plástico de la cabeza debe ser redondeado, el cuello debe ser más angosto que la cabeza y el mango para darle flexibilidad al cepillo. El mango debe ser recto y lo suficientemente cómodo para tomarlo con la palma de la mano. Así mismo para conseguir la eficacia del cepillo, este debe ser cambiado por uno nuevo cada tres meses o cuando las cerdas se observen dobladas o muy abiertas. ^{22, 23}

Con respecto al tiempo de cepillado, la Sociedad Española de Periodoncia y Osteointegración recomienda dos minutos aproximadamente para una correcta técnica de cepillado y, para asegurar la limpieza íntegra, sugieren llevar un orden dividiendo la boca en cuatro segmentos. ²³

5.- Suprimir las costumbres alimenticias nocivas, como lo es la alta ingesta de comidas ricas en carbohidratos y azúcares, además de evitar sustancias pegajosas y con colorantes ya que favorece la formación de placa bacteriana y con ello se genera el ambiente propicio para que exista la posibilidad de que se presente enfermedad periodontal o caries. La dieta ocupa un papel primordial no solo en la prevención de enfermedades sino también en la calidad de vida. El profesional de la salud debe fomentar hábitos alimenticios favorables para los pacientes. ^{24,25}



Cabe mencionar que la consistencia de la dieta y la masticación es esencial para el crecimiento, desarrollo y mantenimiento del esqueleto orofacial, ya que la masticación ejercita a los tejidos orales. Los patrones inadecuados de crecimiento óseo pueden deberse a estados de malnutrición y pueden influir en la maloclusión dental. ²⁵

De acuerdo con las diferentes condiciones de salud bucal presentes en los adolescentes, los métodos preventivos existentes y las necesidades bucodentales de este grupo etario, es fundamental la intervención del cirujano dentista como educador para la salud bucal, dado que es la única estrategia que puede generar conocimientos y conductas benéficas, así como desarrollar habilidades en salud bucodental que coadyuven a alcanzar un estilo de vida más saludable en los adolescentes.

3. Educación para la salud

Existen diversas definiciones para este concepto, sin embargo, de acuerdo a la revisión documental realizada, podemos identificar que todas convergen en un mismo objetivo: proveer de la información necesaria para desarrollar prácticas saludables en el individuo, que lo empoderen en la toma de decisiones responsables para el cuidado y mantenimiento de su salud.

Como concepto compuesto, consideramos pertinente analizar los dos elementos que lo constituyen: educación y salud.

La Real Academia Española define educación como la instrucción por medio de acción docente, conjunto de disciplinas y ejercicios encaminados a lograr el desarrollo y perfección de una persona.²⁶

Dueñas, citado por Inocente Díaz, define educación como un proceso dinámico de conocimientos y aprendizaje durante la vida del ser humano,



como tal es interactivo entre el que emite la enseñanza y el aprendiz, generando en este último la capacidad crítica para poder discernir entre las opciones que se le presenten en la vida. ²⁷

Cabe mencionar que un individuo a lo largo de su vida entra en contacto con los tres tipos de conocimiento existentes de acuerdo con La Belle (1982): el formal, informal y no formal.^{28, 29}

-El conocimiento formal es el que se imparte en un sistema educacional institucionalizado basado en el conocimiento científico que es metódico, sistemático y objetivo.

-El conocimiento informal es el que adquiere una persona mediante las experiencias diarias y su relación con el ambiente a lo largo de la vida, es sensitivo (percibido por los sentidos) y asistemático porque carece de métodos y técnicas.

-El conocimiento no formal es una actividad educacional organizada y sistemática pero fuera del sistema formal.^{28, 29}

Por su parte, el concepto de salud a través de la historia ha adquirido diversas definiciones. La Organización Mundial de la Salud (OMS) desde el año de 1946, la define como un “estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente como la ausencia de afecciones o enfermedades”. ²⁷

Dentro de las aportaciones de este organismo a la definición, se destaca la incorporación del aspecto psíquico y social, es decir, que un hombre sano es aquel que puede mantener “un estado de completo bienestar” no solo físicamente, sino también con su mente y en su vida de relación. Sin embargo, también se han identificado diversas limitaciones, como lo es el equiparar la salud con el bienestar, dado que este último puede variar de una persona a otra. La definición de salud no es estática, ya que se ve



influenciado por factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, geográficos, entre otros.²⁷

San Martín citado por Gavidia (1982), menciona que “La salud y la enfermedad, en sí mismas, son sucesos que les acontecen a los individuos y a las comunidades, son también sucesos ecológicos, y por ello, las definiciones de salud no pueden obviar esta independencia” refiriéndose a que la salud y la enfermedad no deben concebirse como dos conceptos totalmente separados. En este contexto, el concepto dinámico de salud establece que la salud y la enfermedad son un continuo (no hay una separación absoluta entre ellos, ya que en ocasiones no es posible distinguir lo normal de lo patológico) cuyos extremos son por un lado el óptimo de la salud (bienestar en términos de la percepción personal en relación con su funcionamiento), y en el otro lado la muerte, siendo influenciadas por factores sociales.^{30, 31}

Por su parte la educación para la salud, también ha sido conceptualizada de diferentes maneras. Inocente Díaz define a la educación para la salud como un proceso de aprendizaje continuo que se inicia desde la infancia, continuando a lo largo de la vida, promoviendo el desarrollo de prácticas saludables.²⁷

Para Redondo (2004), la educación para la salud, es un proceso de comunicación interpersonal dirigido a propiciar la información necesaria para un análisis crítico de los problemas de la salud y así responsabilizar a los individuos y a los grupos sociales en las decisiones en comportamiento que tiene efectos directos o indirectos sobre la salud física y psíquica individual o colectiva.³²



Por su parte para la OMS (1998), la educación para la salud comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente que suponen una forma de comunicación destinada a mejorar la alfabetización sanitaria, incluida la mejora del conocimiento y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la salud individual y de la comunidad.³²

En la actualidad la educación para la salud es considerada como una de las estrategias más prometedora, básica y fundamental de la promoción de la salud.³³

De acuerdo a los anteriores conceptos, podemos destacar la importancia de los métodos educativos. Desde la planificación, las técnicas y recursos didácticos empleados dirigidos a alcanzar los objetivos de la educación para la salud y así conseguir cambios voluntarios de comportamiento a un estilo de vida más saludable y desarrollar la capacidades preventivas en cada persona, generando cambios tanto en sus actitudes, valores y conocimientos, lo que nos muestra que existe un aprendizaje verdadero. Para ello es necesario dotar a las personas de recursos que les permitan comprender y reconocer sus necesidades dentro de su propio proceso de salud-enfermedad, así como para que valoren y mantengan un interés permanente para que puedan, de manera responsable asumir acciones de protección personal, reconociéndola como una estrategia fundamental de la promoción de la salud.³³

El proceso de educación para la salud, siempre ha estado presente en la vida de todos los individuos, desde el núcleo primario que es la familia donde se dan pautas y valores de comportamiento relacionados con la salud; en la escuela donde se da información de salud-enfermedad; y en los medios de comunicación social donde muestran estilos de vida y patrones estéticos.³⁴ La influencia de estos entornos y la experiencia del individuo van a influir en los cambios voluntarios de conducta y sus determinantes.



Las determinantes de la conducta corresponden a los distintos factores del entorno y personales que influyen en la conducta de todo individuo dentro de sus fases de aprendizaje, de acuerdo a esto los factores se clasifican en: ^{32, 33}

-Factores personales: Corresponde a todos aquello que puede influenciar la conducta y es propio al individuo. Son los que llevan la intencionalidad de realizar un comportamiento.

-Factor ambiental: Aquellos elementos del entorno que pueden modificar la conducta del individuo y que es externa a él, permiten que se realice el comportamiento al decidir hacerlo, o bien continuarlo o modificarlo. ^{33,34}

3.1 Educación para la salud como proceso de comunicación

Siendo la educación para la salud un proceso interpersonal o grupal, la comunicación es un elemento impredecible. Según DeFleur (2005), la comunicación humana es un proceso por el cual una fuente o emisor (individuo) inicia un mensaje utilizando símbolos verbales y no verbales, o bien señales contextuales para expresar significados y los transmite, de tal manera que los entendimientos similares o paralelos sean construidos por el (los) potencial (es) receptor (es). En tal contexto, lo que determina la comunicación es la emisión de un mensaje y la respuesta que el receptor o receptores tienen de este, que puede ser de aceptación o de rechazo, ya sea total o parcial.³³

Dentro de los procesos comunicativos existe la información, la cual es un conjunto de datos y señales que son transmitidas y su función es ordenar, dar forma y organizar el equilibrio en la naturaleza. ³³

En el ámbito odontológico, en el proceso educativo, la transmisión de la información se da por medio de la comunicación entre el cirujano dentista y



el individuo o la población a la que se dirige, la cual es fundamental para conseguir el objetivo principal de cambiar, fortalecer o mantener conductas benéficas para la salud. Con base en la tipología elaborada por Maletzke (1976), los dos tipos de comunicación en el proceso educativo más convenientes son la comunicación directa (presencia física del emisor y del receptor); y la comunicación recíproca siendo esta última la más recomendada, dado que permite el intercambio de ideas enriqueciendo con ello la información, propiciando la reflexión y la retroalimentación, permitiendo dar respuesta inmediata a posibles dudas que surjan y, así, mediante este proceso se produzcan los cambios deseados para lograr una vida sana. ³³

De acuerdo con lo anterior, la educación para la salud como un proceso de comunicación, implica la transmisión de un mensaje de un emisor a un receptor, y por lo tanto demanda la presencia de tres elementos: ^{32, 33}

a) Educador en salud.- Persona que contribuye a que los individuos adopten una conducta en beneficio de su salud, puede ser la familia, profesionales de la salud y los docentes de centros educativos.

b) Mensaje.- Es la información que se quiere transmitir al receptor, ya sea de manera verbal o no verbal a través del ejemplo que se deriva de las conductas y actitudes del educador en salud. Si el mensaje es dado por un profesional de la salud debe estar basado en el conocimiento de la evidencia científica, y ser adecuada a la capacidad de aprendizaje del que lo recibe.

c) Receptor.- Es el individuo o grupo de personas a los que se dirige la Educación para la Salud. ^{32, 33}

Estos elementos son fundamentales para la transmisión de conocimientos en el proceso de educación para la salud, siendo la estrategia fundamental para



generar nuevas habilidades y conductas en beneficio de la salud de los receptores del programa educativo.

Cabe resaltar que para cumplir con este propósito, el educador en salud más apto y capacitado para tal fin es el profesional de la salud. En el ámbito odontológico es el cirujano dentista, ya que posee los conocimientos y habilidades pertinentes para actuar de manera efectiva de acuerdo a las necesidades de la población, y podrá crear de manera más objetiva y adecuada un programa educativo de intervención.

3.2 Educación para la salud como proceso educativo

La educación para la salud es considerada como un fenómeno pedagógico que implica la existencia de un proceso de enseñanza-aprendizaje, en donde “confluyen la educación, como posibilidad para construir un nuevo conocimiento, y la salud, como posibilidad para el autocuidado y mejoramiento del estilo de vida”.³³

Las actividades de enseñanza buscan desarrollar las facultades individuales para conseguir los objetivos de la acción de la capacitación. Para lograrlo se deben considerar las características de las personas, así como la disposición de recursos educativos.^{32, 33}

El aprendizaje es un proceso que se construye de las experiencias personales, y que cuando ya es significativo va a producir cambios duraderos en las personas. El conocimiento se propicia cuando por medio del aprendizaje se incrementa e interpreta la información, es decir, cuando la información se procesa y adquiere significado o sentido a la misma.^{32, 33}



La educación para la salud es reconocida como una estrategia básica por parte de los sistemas de salud para promover la salud en todos los individuos.

El proceso educativo debe adaptarse a las características particulares de las personas a las que va dirigido (receptores), con el propósito de poder coadyuvar a reconstruir conocimientos y conductas que adquirieron a través de valores, experiencias y costumbre durante su vida; o bien construir conductas y habilidades para la adopción de estilos de vida en salud. En este contexto, siendo los adolescentes la población receptora, se debe tomar en cuenta la crisis psicosocial normal por la que cursan; las características propias de la etapa como la egolatría, el rechazo de las normas, disciplinas e ideas establecidas; la presencia de inconformidad con la sociedad; aumenta su preocupación por la imagen física; la necesidad sexual; y la búsqueda de identidad. Por lo anterior, el cirujano dentista durante la atención dental, debe evitar tratarlo con autoridad, propiciando un ambiente de confianza, y de apertura, en el que lo induzca a la toma de decisiones, así como para que asuma actitudes positivas y comprometidas para mantener su salud bucal.

32, 33

3.2.1 Niveles de intervención en educación para la salud como proceso educativo

El proceso educativo en salud tiene la función de proporcionar información y conocimientos a la población a la que va dirigido, relacionado con los padecimientos más frecuentes, los factores que intervienen para su desarrollo y las medidas preventivas para evitarlos.

De acuerdo a las necesidades de alfabetización que se quieren abordar, se han desarrollado niveles de intervención para proporcionar información a la



población, motivándolos para cambiar prácticas y hábitos que favorezcan a su salud, mediante la transmisión de conocimientos para desarrollar sus habilidades. Los niveles de intervención en educación para la salud más comunes son la educación masiva, grupal e individual: ³²⁻³⁶

-La educación masiva va dirigida a fomentar salud a la población en general en una región o país. Mediante folletos, carteles, trípticos, y medios de comunicación.

-La educación grupal intercambia conocimientos y modifica conductas a un determinado grupo poblacional, por ejemplo en centros educativos o grupos organizados. Mediante talleres, y cursos, entre otros.

-La educación individual, informa, motiva e induce conductas a favor de la salud de las personas en servicios de salud, este proceso lo efectúa el profesional de la salud directo en consulta con sus pacientes. ³²⁻³⁶

3.3 Niveles de prevención en salud pública

En salud pública, las grandes organizaciones de la salud como la OMS, establecieron tres niveles de prevención de acuerdo a la acción que se realizan en ciertas etapas de la historia natural de la enfermedad. ^{34, 35}

1) Prevención primaria.- El objetivo principal es el disminuir la probabilidad de que ocurra una enfermedad, disminuyendo los factores de riesgo o aumentando los factores de protección como la educación para la salud.

Comprende dos subniveles:

-Prevención inespecífica: A través de la educación y promoción para la salud, con el propósito de desarrollar conocimientos y habilidades para generar una conducta benéfica en salud en un individuo. En el ámbito



odontológico el objetivo es mantener la salud bucal y evitar la aparición de enfermedad bucodental. Esto se consigue con el empleo de diversas estrategias para la difusión de conocimientos en salud bucal y pueda elevar el nivel educativo de la población receptora. No obstante que se encuentra en el nivel de prevención primaria por su trascendencia, sus alcances pueden extenderse a los otros dos niveles de prevención, para el mantenimiento de su salud. ^{34, 35}

-Prevención específica: Acciones que van dirigidas a la prevención de una enfermedad determinada. En el ámbito odontológico, por ejemplo, se logra mediante la aplicación de selladores de fisuras y fosetas en dentición infantil y permanente joven, en dientes indicados para ello, como medida preventiva para evitar la formación de caries dental.

También en el nivel de intervención primario, de acuerdo a la población a la que es dirigido, la educación para la salud bucal se puede dar en dos niveles:

a) Para personas que no tienen los conocimientos adecuados. Como por ejemplo los pacientes que realizan malas técnicas de cepillado porque nadie les ha instruido, o poblaciones alejadas en la que existe total ignorancia de cuidado y prevención bucodental, y

b) Para personas que tienen los conocimientos pero no los aplican. Como por ejemplo jóvenes universitarios que no realizan actividades de higiene bucal. ³⁹

2) Prevención secundaria: Se aplica sólo cuando la primaria no ha existido o ha fracasado. Esto cuando ya se produjo una enfermedad y se actúa de manera oportuna por medio de un tratamiento precoz y oportuno para evitar la aparición de secuelas. No obstante, en este nivel la intervención del cirujano dentista como educador para la salud, implicaría fomentar el autocuidado, con la información y aseguramiento de la realización de



habilidades y conductas favorables para mantener la salud de acuerdo al estado de cada individuo, lo cual asegurará que la rehabilitación o intervención tendrá el efecto duradero en correspondencia con su calidad de vida y limitaciones económicas y sociales para evitar su deterioro por falta de recursos o disponibilidad de tiempo.

3) Prevención terciaria: Cuando la enfermedad está presente y establecida, limitación o rehabilitación del daño. En odontología se logra por ejemplo mediante la rehabilitación dental con prótesis parciales o totales fijas y removibles, o bien mediante implantología.^{34, 35}

3.3.1 Atención primaria en salud bucal

En la reunión internacional en Helsinki (1978) organizada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización Panamericana de la Salud (OPS) y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef), en la que participaron 134 países y 67 organizaciones internacionales; la Atención Primaria de la Salud (APS) es definida en la declaración de Alma Ata como “la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, fundados científicamente y siendo socialmente aceptados, puesta al alcance de todos los individuos mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo”.³³⁻³⁶

Esta concepción requirió de transformaciones estructurales en la sociedad, así como de la reorganización de los servicios de salud, ya que la atención primaria es una estrategia para fomentar el cuidado de la salud a partir de acciones participativas y comprometidas con el desarrollo social, basadas en el conocimiento científico y reconocimiento de las características socioculturales de cada población.



En la Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud (1986) celebrada en Ottawa, Canadá; se discutieron los primeros acercamientos a la promoción de la salud, y de esto surgió la conocida Carta de Ottawa donde se señaló y reconoció a “la promoción de la salud como la estrategia más prometedora para proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar la salud y tener un mayor control sobre la misma, para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social en un individuo, así mismo para satisfacer sus necesidades cambiando y adaptándose al medio ambiente”. Pero además, en esta carta se reconoció que se requería de las acciones conscientes de los individuos para la mejora y el mantenimiento de su salud, para poder así alcanzar su meta de “Salud para todos en el año 2000”.³³⁻³⁶

Once años más tarde (1997) la OMS realizó un análisis de la situación mundial de salud según lo establecido en la Carta de Ottawa. El resultado de la reunión fue la declaración de Yakarta en la que se reconocieron los factores determinantes de la salud y las estrategias necesarias para resolver las dificultades en la promoción para la salud, señalando que “la salud es un derecho humano básico e indispensable para el desarrollo social y económico”.³³⁻³⁶

En materia de atención primaria en el ámbito odontológico, la meta establecida de “Salud para todos en el año 2000”, dio lugar a la reunión internacional en Costa Rica (1983), auspiciada por la OMS, en la que los países participantes asumieron el compromiso de mejorar significativamente la salud bucodental de sus habitantes en un periodo de 25 años, definieron a la atención primaria en salud bucal como el conjunto de acciones orientadas a identificar, prevenir y solucionar los principales problemas que afectan a la población. Encaminada a conseguir y mantener la salud bucodental de la población total y lograr que sea libre de enfermedad.^{33, 36}



Con tal propósito, es responsabilidad del cirujano dentista, identificar los problemas de salud bucal de la población y proceder con vocación de servicio, además de tener el conocimiento para desarrollar y aplicar programas educativos, así como regirse por las normas existentes con el objetivo de mantener las condiciones bucodentales en un estado saludable.³⁶

No obstante, para obtener los resultados de cualquier programa de higiene y salud bucal esperados, es fundamental que los participantes estén dispuestos y comprometidos para realizar ciertas acciones que en este proceso se inculcan. A partir de ello, será más fácil que se pueda originar un cambio de actitud y actividades a favor de la salud, cumpliendo así el objetivo inicial.³⁶

3.4 La educación como determinante de la salud bucal

La alfabetización en salud mediante la educación para la salud es esencial para poseer una vida sana, ya que promueve en los individuos una cultura en salud, y fomenta su capacidad crítica en la toma de decisiones favorables para la conservación de la salud.³⁷

La odontología es una ciencia que tiene carácter social, ya que su objetivo principal es preservar la salud y bienestar bucodental de las personas durante todo el ciclo de su vida. Por esta razón, se ha necesitado de la creación de programas de intervención para modificar los comportamientos a beneficio de la salud, disminuyendo los posibles riesgos a enfermedad, constituyéndose por lo tanto en uno de los puntos primordiales como profesionales de la salud, para poder difundir la información necesaria en beneficio de las personas a las que se dirige cada programa educativo.³⁷



La Organización Mundial de la Salud (OMS) es la primera institución que promueve el diseño de programas y principios educativos en salud dirigidos para la población en general, haciendo énfasis en las poblaciones vulnerables o de riesgo (como los adolescentes), tomando la promoción de la salud como elemento preventivo para todos los individuos de la población con el objeto de generar un cambio de modo de vida y en sus hábitos para mejorar su estado de salud.^{38, 39}

Todos los cirujanos dentistas, deben ejecutar la promoción de la salud bucal generando dinámicas apropiadas, tomando en cuenta que el estado de salud bucal de los individuos es resultado de diversos determinantes o factores del medio ambiente, biológico, social, económico, político, familiar, al acceso limitado a servicios de atención de salud bucal, y a la falta de información y conocimientos que se tengan sobre el cuidado y mantenimiento de la misma. Todos estos factores forman parte del proceso educativo en salud bucodental ya que influyen en el nivel de conocimientos de la población acerca del cuidado y mantenimiento de la salud de su boca.^{40, 41}

El estudio “Determinants of Oral Health: Does Oral Health Literacy Matter?” (2013) revela que el nivel de conocimientos acerca de la salud bucal que el individuo tiene, influye y se asocia con el estado de salud bucal del mismo. Por lo tanto, es necesario primeramente proporcionarle a la población la información necesaria acerca de salud bucodental implementando programas educativos de acuerdo con sus necesidades de alfabetización sanitaria, para desarrollar habilidades y cambios de conducta en las personas, que finalmente se reflejará en una condición bucal más saludable.⁴¹

Cabe mencionar, que el sector familiar es parte del proceso educativo, como un elemento activo y componente estructural de vital significancia en la sociedad, ya que es la primer fuente de transmisión de normas morales,



valores, tradiciones y costumbres en el proceso de formación de cada individuo, por lo cual es un determinante de suma importancia como reflejo del estado de salud bucal de una persona.

Por lo anterior, los profesionales de la salud deben conocer la situación de salud familiar en su población, para poder analizar los valores, costumbres, tradiciones y situaciones que atraviesa, y medir el funcionamiento de estas características con el objeto de orientar a los sujetos y encaminarlos a obtener un estado de bienestar en salud. La prevención de las enfermedades bucodentales es efectiva con el apoyo de la familia ya que al ser transmisores de los elementos antes mencionados, pueden ser factores de riesgo en la aparición de enfermedades bucodentales como el influenciar en la ingesta de alimentos ricos en carbohidratos, los hábitos de higiene bucal y hábitos tóxicos como el consumo de alcohol y tabaco. ⁴²

La labor educativa del profesional de la salud para formar o modificar el estilo de vida del sujeto, se nutre del análisis de todos esos factores que influyen en el estado de salud bucal, así como del diagnóstico de las necesidades de las personas, para generar estrategias correctas de promoción de la salud, ya que educar en salud significa participar en un proyecto cuyo objetivo fundamental es fomentar el autocuidado de la salud bucal.⁴²



III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Una de los pilares primordiales dentro de la odontología es la educación para la salud, la cual permite a los profesionales de la salud crear conciencia sobre el cuidado y mantenimiento de la salud bucodental, así como el formar, reforzar o cambiar conductas en salud en cada uno de los individuos.

Ante este compromiso social es indispensable que los profesionales de la salud tengan los conocimientos y habilidades necesarios en higiene y salud bucal, pero también es necesario que puedan aplicarlos en su vida diaria tanto profesional como personal, para poder ser un referente reforzador en el cambio de conductas que debe propiciar en los pacientes.

Cabe mencionar que los estudiantes de la Facultad de Odontología, al encontrarse en periodo de formación profesional, se encuentran en el momento oportuno para corregir o adquirir los conocimientos y las acciones de prevención en salud oral, que respalde una actitud congruente con la función que deben desempeñar como promotores de la salud.

Por su parte, las evidencias reportadas muestran que la población adolescente es un grupo etario altamente vulnerable, debido a que existe evidencia de que no presentan mucho interés por cuidar su salud, sus propias medidas preventivas en salud bucal son deficientes, realizan una mala técnica de cepillado, desconocen la función de los auxiliares de higiene bucal y no tienen el hábito de solicitar servicio odontológico continuamente.

Por lo que consideramos importante obtener un diagnóstico respecto al conocimiento y medidas de protección en salud que realizan los alumnos que ingresaron a la Facultad de Odontología en el ciclo escolar 2015-2016, para poder en una segunda fase aplicar un programa educativo focalizado a las necesidades identificadas y de esta manera fortalecer las funciones que debe desarrollar como promotores de la salud en las clínicas de enseñanza.



Por lo anterior, el presente trabajo tiene como propósito hacer un estudio exploratorio respecto a los conocimientos y prácticas cotidianas que realizan los estudiantes que ingresaron en el ciclo escolar 2015-2016 a la Facultad de Odontología, dada la importante función social que realizarán como educadores para la salud oral y que deberá asumir durante su formación profesional, con el propósito de contar con información objetiva que permita en una siguiente fase diseñar e instrumentar un programa educativo orientado a la adquisición de estas competencias para que las apliquen de manera sistemática en la vinculación que establecerá con cada uno de los pacientes.

Por tal motivo, en este estudio se plantean las siguientes preguntas ¿Cuáles son los conocimientos que tienen los alumnos de primer ingreso de la Facultad de Odontología sobre higiene y salud bucodental? ¿Cuáles son las actividades de higiene bucal que realizan diariamente? ¿Qué importancia y cuidado le dan al mantenimiento de su boca?.



IV. JUSTIFICACIÓN

En México aproximadamente el 9.79% de su población total corresponde a los adolescentes, los cuales son considerados como un subconjunto saludable de la población, sin embargo es en ésta etapa en la que se pueden dar inicio a diversos padecimientos ya que por las condiciones de salud percibida, no le prestan la atención debida. En nuestro país, la falta de una cultura preventiva, los estilos de vida, las limitaciones de alfabetización sanitaria, y la influencia de factores socioeconómicos, entre otros impactan en el desarrollo de las enfermedades bucodentales, que aquejan no solo a los adolescentes sino a la población en general, como la caries y enfermedad periodontal, que aunada a la escasa promoción de la salud por parte de los profesionistas, pueden influir en un alto porcentaje de enfermedad bucodental en las personas.

Por lo anterior, consideramos pertinente tener un diagnóstico de necesidades educativas en salud bucodental de los estudiantes que ingresan a la carrera de Cirujano Dentista a la Facultad de Odontología, para conocer las acciones que realizan de higiene bucal y lo que saben de la salud bucodental. La información obtenida, permitirá identificar las necesidades educativas en salud bucodental que tienen, como medida diagnóstica de intervención que permita diseñar e implementar programas focalizados para reforzar sus conocimientos, habilidades y actitudes en salud bucal, para que de manera consciente adopten en su vida cotidiana conductas pertinentes en salud bucal, y puedan actuar comprometidamente reconociendo los beneficios en la aplicación de esta estrategia dada la significativa responsabilidad que asumirán en la transmisión de conocimientos y destrezas en la población en general, como referente importante para los pacientes.



V. OBJETIVOS

5.1 Objetivo general

Identificar los conocimientos, las actividades y la importancia que le otorgan los estudiantes de primer ingreso a la Facultad de Odontología (2015-2016) a la higiene y salud bucodental.

5.2 Objetivos específicos

- Identificar los conocimientos de los alumnos de ingreso a la Facultad de Odontología sobre higiene y salud bucodental.
- Identificar las actividades de higiene bucal que realizan los alumnos.
- Determinar la importancia y el cuidado que tienen los alumnos respecto a su boca.



VI. MATERIAL Y MÉTODO

6.1 Tipo de estudio

Transversal analítico.

6.2 Población de estudio

Alumnos de primer ingreso a la Facultad de Odontología del ciclo escolar 2015-2016.

6.3 Criterios de selección

6.3.1 Criterios de inclusión

- Alumnos de ingreso a la Facultad de Odontología en el ciclo escolar 2015-2016.
- Sin distinción de sexo.
- Que asistieron al Curso de Inducción.

6.3.2 Criterios de exclusión

- Alumnos que no asistieron al Curso de Inducción.

6.3.3 Criterios de eliminación.

- Alumnos que no contestaron por completo el cuestionario.

6.4 Tamaño de muestra

Con base en los criterios de selección, se obtuvo una muestra de 400 alumnos.



6.5 Procedimiento operativo

Se diseñó y estructuró un cuestionario con 26 preguntas orientadas a identificar las actividades de higiene diarias que realizan, y los conocimientos que tienen en salud bucodental los estudiantes de nuevo ingreso a la carrera de Cirujano Dentista.

Del total de reactivos, se pueden dividir en dos grandes rubros: el primero encaminado a identificar los conocimientos que tienen sobre salud bucodental, las características y funciones de los auxiliares de higiene bucal que existen, los tipos y particularidades del cepillo dental que utilizan; el motivo y periodicidad de sus visitas con el odontólogo; la percepción que tiene de su boca; así como los factores causales de caries dental, malposición dental, sangrado de encías y fractura dental. En el segundo rubro se plantearon preguntas para identificar las acciones de higiene que llevan a cabo diariamente: técnica de cepillado, tiempo que invierten y los auxiliares de higiene que utilizan, así como la cantidad de pasta dental que colocan en el cepillo dental.

Cada pregunta se construyó para obtener información específica, utilizando términos claros y precisos, en la mayoría de los reactivos se colocaron imágenes, previamente tomadas con cámara fotográfica, para facilitar su comprensión y obtener de manera más objetiva la información que se requería.

El cuestionario fue aplicado el jueves 13 de agosto de 2015 en las aulas digitales de la Facultad de Odontología como parte del Curso de Inducción que se ofrece a los alumnos de nuevo ingreso.



6.6 Recursos

6.6.1 Recursos Humanos

- Tutora de Tesina
- Asesora de Tesina.
- Pasante de la carrera de Cirujano Dentista.
- Alumnos de nuevo ingreso a la Facultad de Odontología.

6.6.2 Recursos Materiales

- Computadora personal.
- Libros.
- Artículos.
- Cámara fotográfica.
- Centro de Cómputo de la Facultad de Odontología.

6.6.3 Recursos Financieros

A cargo de la pasante de Cirujano Dentista y de la Facultad de Odontología.

6.7 Análisis estadístico

La información recolectada fue capturada y procesada mediante el paquete estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences). El análisis descriptivo consistió en la obtención de frecuencias y proporciones.



6.8 Consideraciones éticas

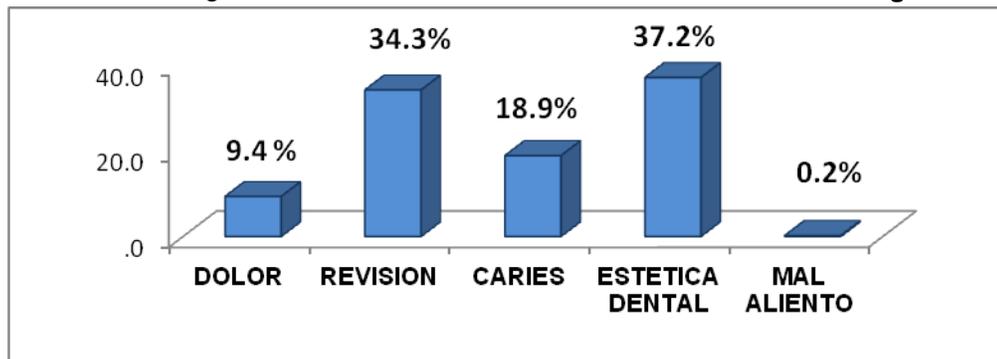
El presente estudio no implica ninguna intervención, sin embargo, se solicitó el consentimiento de cada alumno y no se obtuvieron datos personales para la construcción de la base de datos. La información se maneja de forma confidencial y sólo se utilizó para el propósito de este trabajo.



VII. RESULTADOS

En la gráfica 1, se muestra el motivo de la última visita al odontólogo, en donde se identifica que del total de los alumnos (400) el 37.2% lo hizo por estética dental, el 34.3% por revisión para prevenir enfermedades bucales, y en un porcentaje menor (0.2%) por mal aliento.

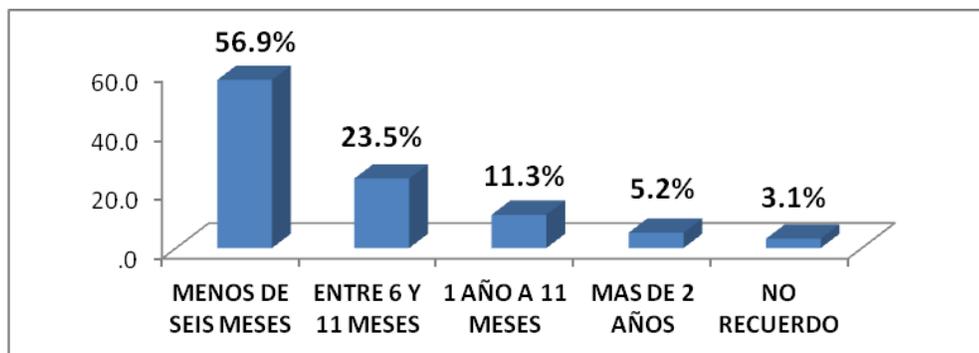
Gráfica 1. ¿Cuál fue el motivo de tu última visita con el Odontólogo?



Fuente Directa

Con respecto al tiempo que ha transcurrido desde su última visita con el odontólogo, el mayor porcentaje de los estudiantes manifiesta haberlo hecho en los últimos seis meses (56.9%), y en menor porcentaje (5.2%) hace más de dos años.

Gráfica 2. ¿Cuánto tiempo hace que visitaste al Odontólogo?

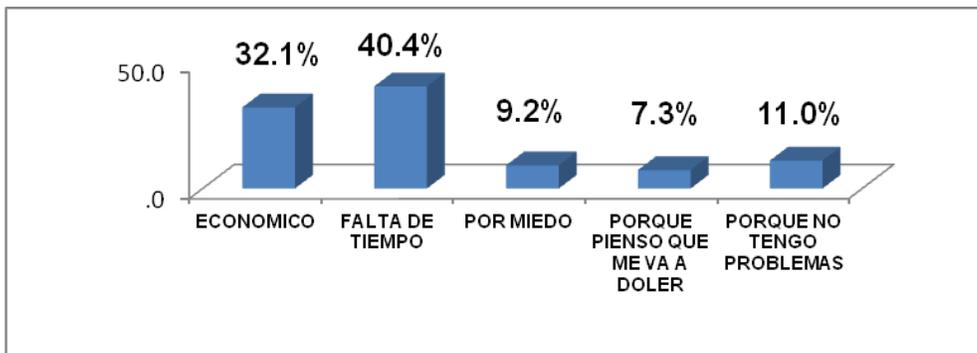


Fuente Directa



Con relación a los factores que han influido para no acudir al servicio odontológico, el principal factor identificado por los alumnos fue la falta de tiempo (40.4%), seguido del aspecto económico (32.1%), y en menor porcentaje (7.3%) lo atribuyen al dolor.

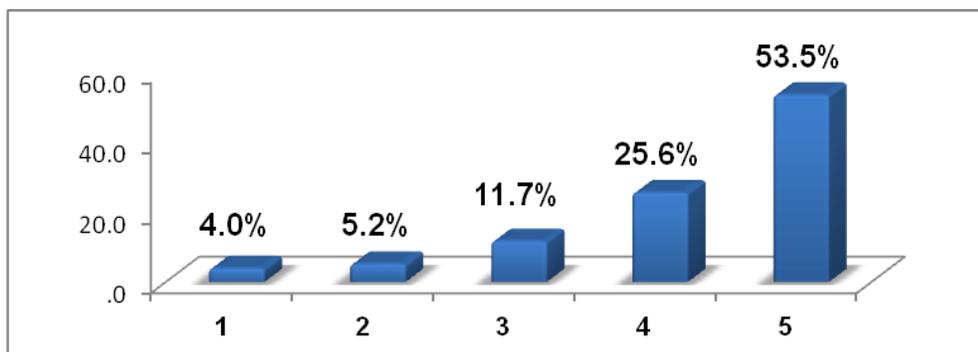
Gráfica 3. De los siguientes factores señala ¿Cuáles consideras que han influido para no acudir al Odontólogo?



Fuente Directa

En cuanto al lugar de importancia que ocupa la atención de la salud bucal, el 53.5% de los estudiantes reportó darle mucha importancia.

Gráfica 4. Del 1 al 5 qué lugar de importancia ocupa la atención de tu salud bucal. Siendo el 1 el valor más bajo y el 5 el valor más alto.

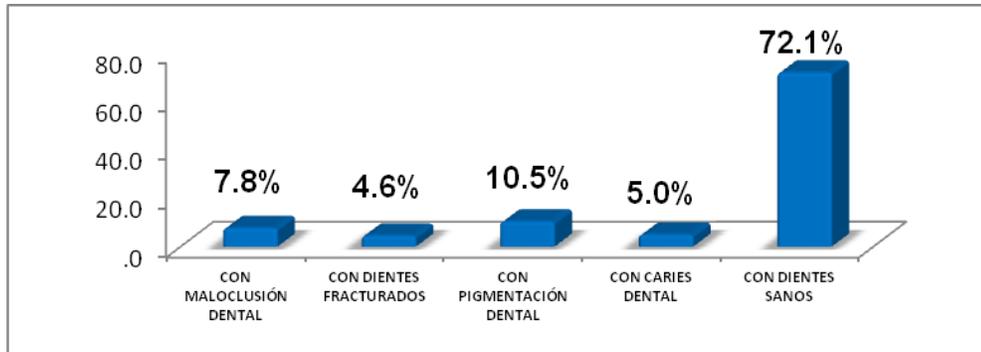


Fuente Directa



Con respecto a la percepción que tienen los estudiantes de su estado de salud bucal, el 72.1% de los estudiantes refieren tener una boca sana, 10.5% que presentan pigmentación dental, y sólo 5.0% contestó tener caries dental.

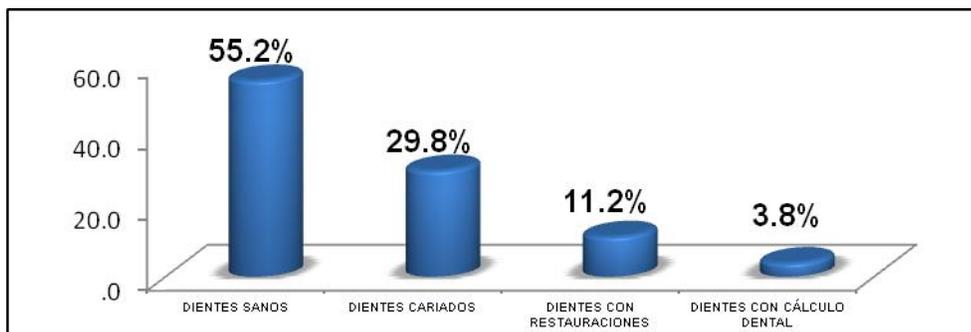
Gráfica 5. ¿Cuál es la que más se aproxima a la imagen que tienes de tu boca?



Fuente Directa

Al preguntar sobre la percepción sobre sus dientes, el 55.2% de los alumnos los considera sanos; 11.2% refieren tener restauraciones; y 3.8% cálculo dental.

Gráfica 6. ¿Cómo percibes tus dientes?

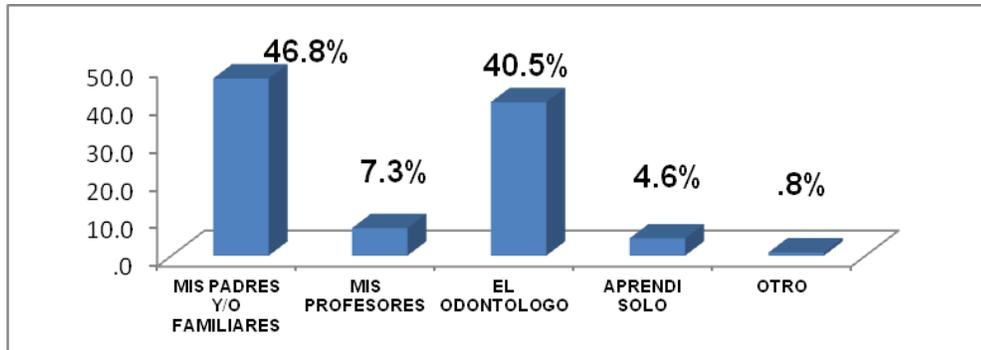


Fuente Directa



Con base en los datos recabados respecto a quién les enseñó a cepillarse los dientes, en la siguiente gráfica se muestra que los padres de familia son los principales educadores y en segundo lugar (40.5%) la enseñanza la recibieron por parte del odontólogo.

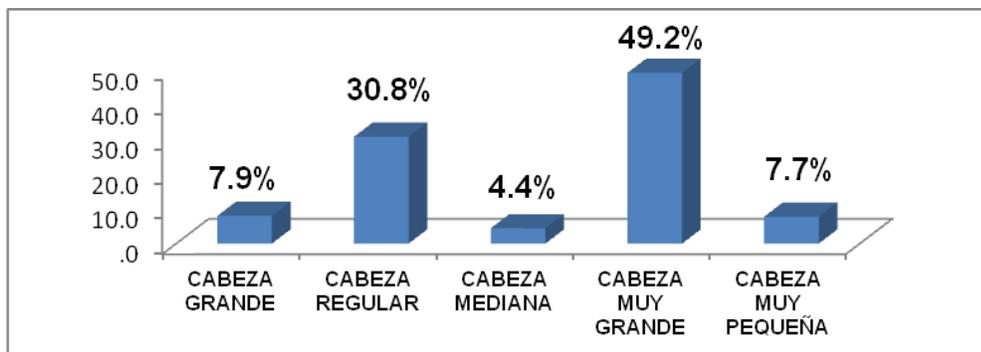
Gráfica 7. ¿Quién te enseñó a cepillarte los dientes?



Fuente Directa

Con respecto a las características del cepillo dental que emplean, se les colocó una imagen significativa representando diferentes cabezas de cepillo; los resultados reflejan que la mayoría (49.2%) utilizan un cepillo dental con cabeza muy grande.

Gráfica 8. ¿Cuál de los siguientes ejemplos de cepillo es el más parecido a tu cepillo dental?

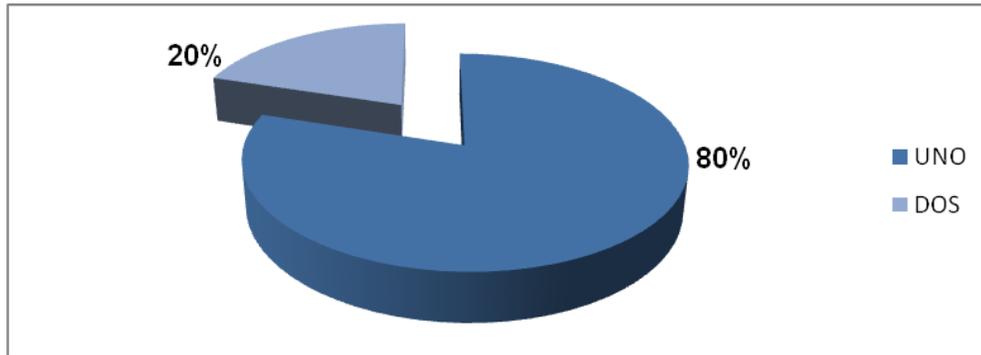


Fuente Directa



Con respecto a la cantidad de cepillos que utilizan para realizar su higiene oral, el 80% (373 estudiantes) respondió utilizar solo uno.

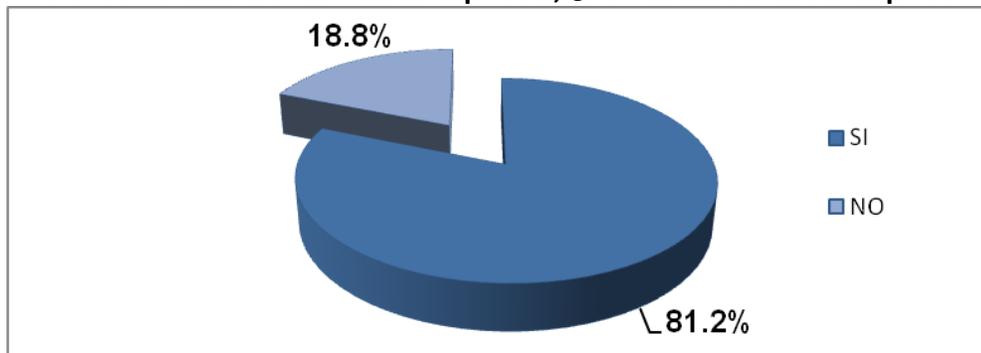
Gráfica 9. ¿Cuántos cepillos dentales al día utilizas normalmente?



Fuente Directa

Con relación a la pregunta ¿Humedeces el cepillo?, los resultados obtenidos reportan que, 81.2% (388 alumnos) refieren si humedecerlo.

Gráfica 10. Cuando realizas tu cepillado, ¿Humedeces antes el cepillo?

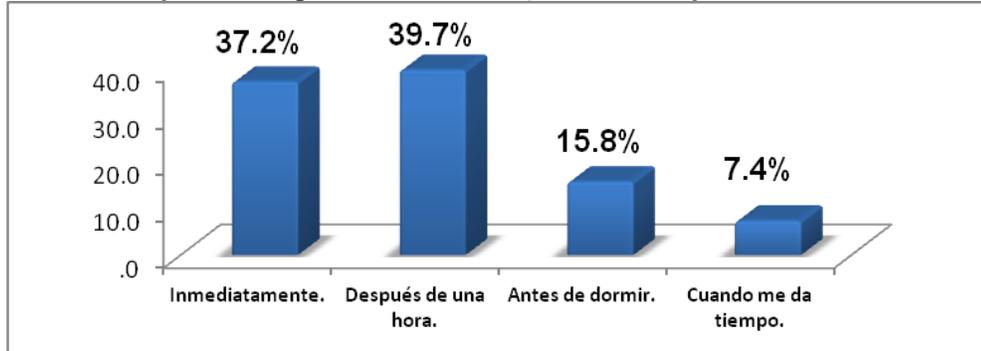


Fuente Directa



En cuanto a la técnica de cepillado, en la siguiente gráfica se muestra el periodo de tiempo en el que después de ingerir alimentos realizan su cepillado dental, identificando que el 39.7% de los estudiantes lo efectúan después de una hora, mientras que, 37.2% lo realizan inmediatamente.

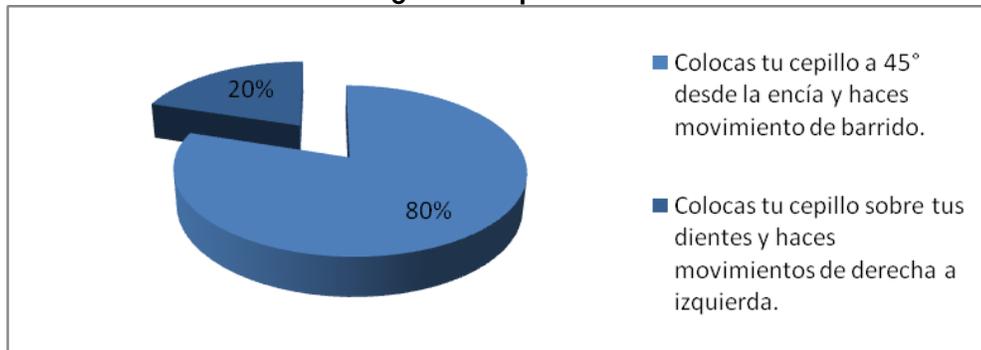
Gráfica 11. Después de ingerir un alimento, ¿Cuánto tiempo tardas en lavar tu boca?



Fuente Directa

Con respecto a la técnica de cepillado, 383 alumnos (80%) refieren colocar el cepillo dental a 45° a nivel de la encía y realizan movimiento de barrido; el restante 20% realizan movimientos de izquierda a derecha que comúnmente le conocemos como técnica de violín.

Gráfica 12. ¿Cómo cepillas tus dientes?

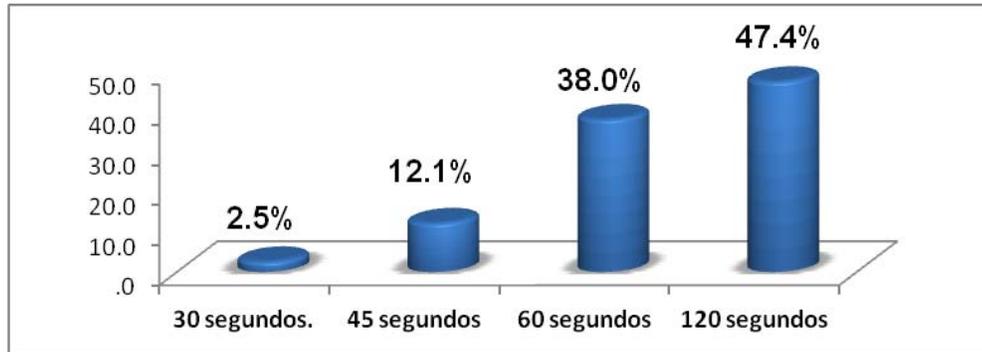


Fuente Directa



Con relación al tiempo que invierten en el cepillado, el 47.4% de los estudiantes lo realiza en dos minutos y tan solo el 2.5% en treinta segundos.

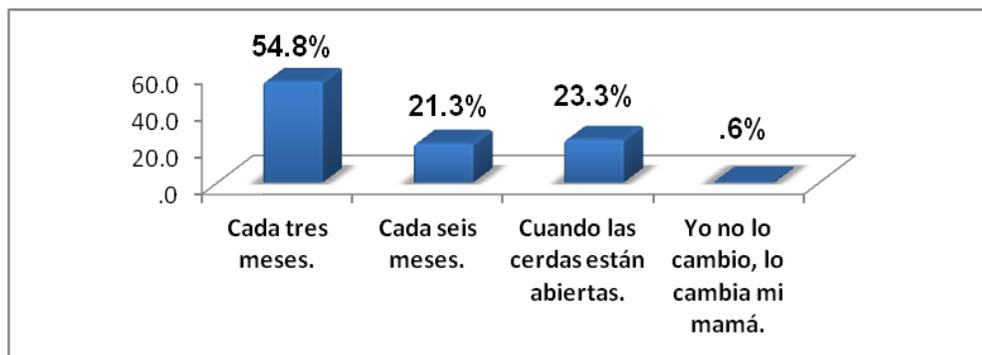
Gráfica13. ¿Cuánto tiempo dura tu cepillado?



Fuente Directa

Respecto al momento en el que cambian su cepillo dental, 54.8% de los alumnos refiere que cada tres meses; 23.3% que cuando las cerdas del cepillo están abiertas; y en menor porcentaje (0.6%) el cambio de cepillo lo realiza su mamá.

Gráfica 14. ¿En qué momento decides cambiar tu cepillo dental?

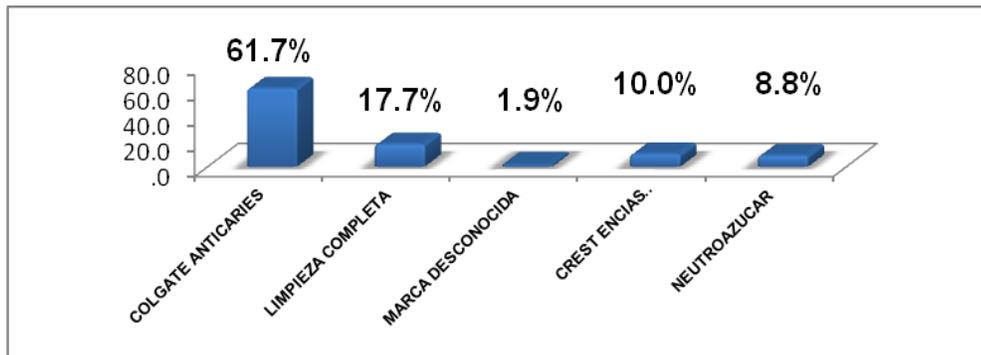


Fuente Directa



En cuanto al tipo de pasta dental que manejan, se les presentó una imagen con diferentes marcas mostrando sus beneficios. Los resultados refieren que la mayoría busca una protección anticaries (61.7%) y de mayor mercadotecnia, ya que una de las opciones de respuesta era una marca desconocida y solo el 1.9% la eligió.

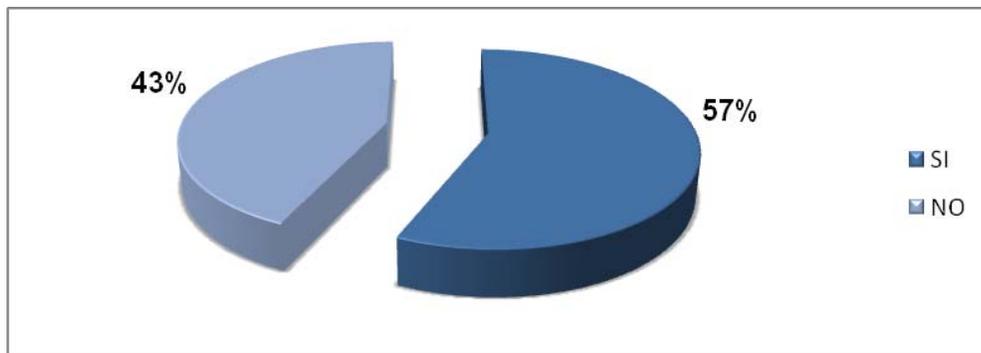
Gráfica 15. ¿Cuál de los siguientes ejemplos es la más parecida a la pasta dental que utilizas?



Fuente Directa

Con respecto al conocimiento de los beneficios que aportan las pastas dentales de acuerdo a su composición química, del total de 400 alumnos, el 57% refieren conocer las aportaciones a su salud.

Gráfica 16. ¿Has tenido la curiosidad de identificar los beneficios que las pastas dentales (composición química) aportan para tu salud bucodental?

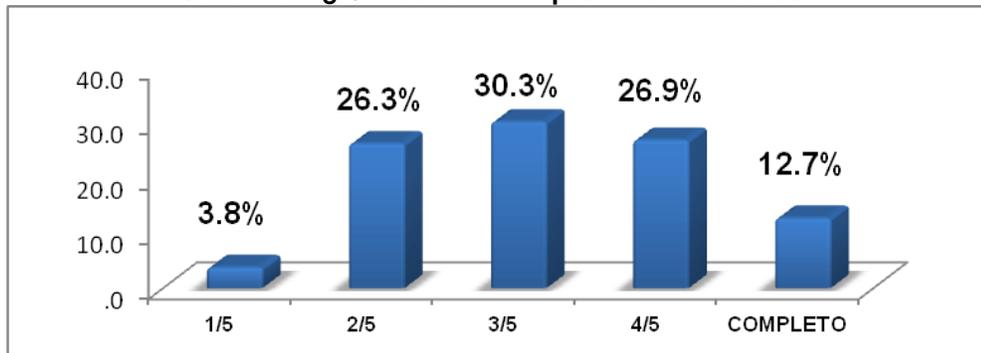


Fuente Directa



En la gráfica 17 se muestran los resultados obtenidos respecto a la cantidad de pasta dental empleada en el cepillado, identificando que 30.3% de los estudiantes utilizan una porción de 3/5 partes de las cerdas del cepillo; un 26.9% coloca 4/5 partes y el 3.8% colocan solo una quinta parte.

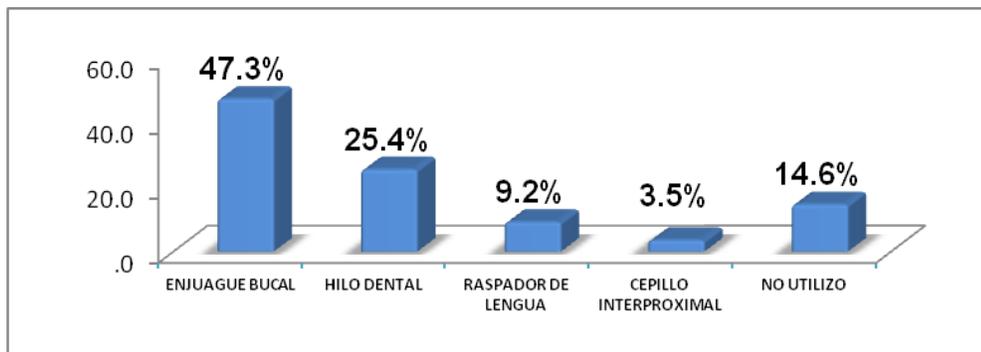
Gráfica 17. ¿Qué cantidad de pasta dental utilizas?



Fuente Directa

Con respecto a los auxiliares de higiene bucal que utilizan, se puede observar que el mayor porcentaje (47.3%) usa enjuague bucal, seguido por el hilo dental con un 25.4%; sin embargo se puede identificar que 14.6% de alumnos no utilizan ningún tipo de auxiliar.

Gráfica 18. ¿Además de tu cepillo dental, qué otros auxiliares de higiene bucal utilizas?

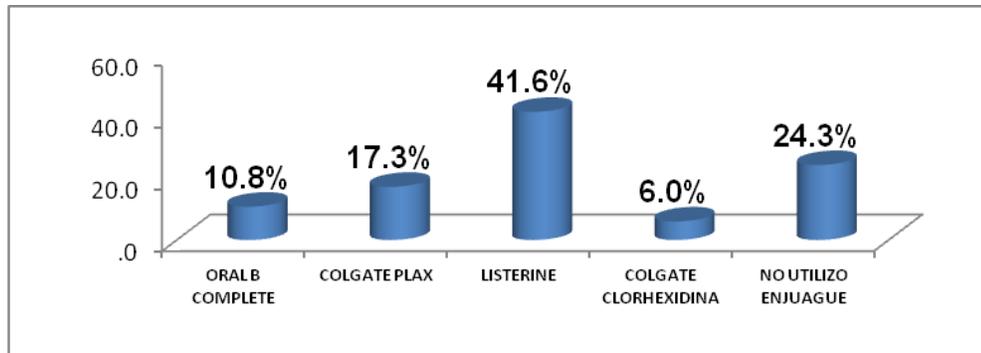


Fuente Directa



Con relación al enjuague bucal utilizado por los estudiantes, el Listerine ocupó el primer lugar con un 41.6%, sin embargo, 117 alumnos (24.3%) refieren no emplear este auxiliar en su higiene oral.

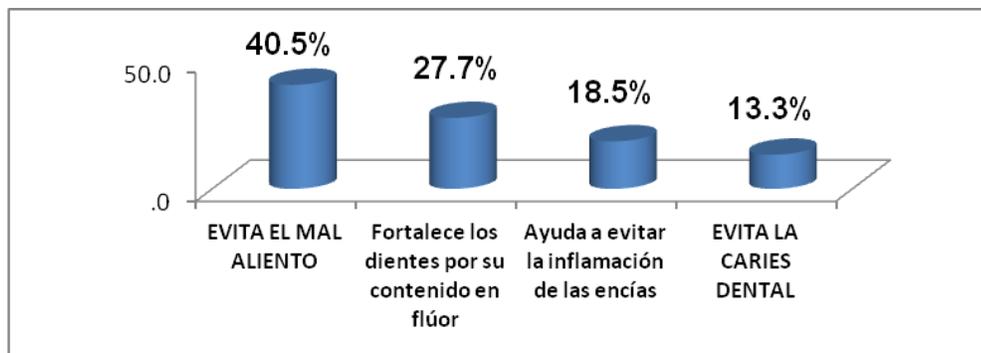
Gráfica 19. ¿Cuál de los siguientes ejemplos es el más parecido al enjuague bucal que utilizas?



Fuente Directa

Respecto a las ventajas que proporciona el enjuague bucal en la siguiente gráfica se puede observar que un 40.5% de los estudiantes lo identifican como un recurso para evitar el mal aliento; y en menor frecuencia (13.3%) para evitar caries dental.

Gráfica 20. De acuerdo a tus conocimientos, ¿Cuáles son las ventajas para tu salud bucodental si empleas del enjuague bucal de acuerdo a las características que posee?

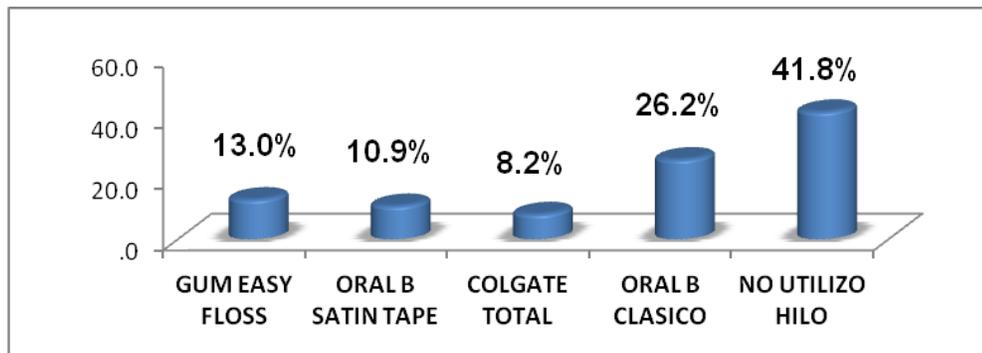


Fuente Directa



Con relación al hilo dental empleado, en la siguiente gráfica se muestra que el mayor porcentaje (41.8%) de los estudiantes no lo utiliza; el 26.2% refirieron emplear el Oral B clásico; y en menor porcentaje (8.2%) utilizan Colgate total.

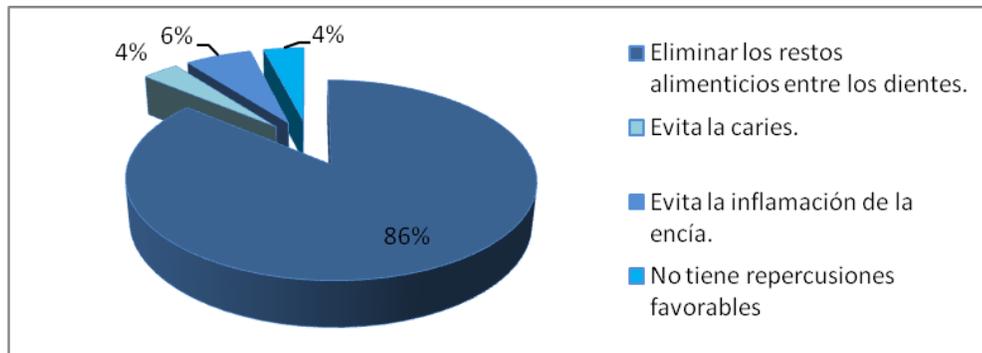
Gráfica 21. ¿Cuál de los siguientes ejemplos es el más parecido al hilo dental que utilizas?



Fuente Directa

Con relación al conocimiento principal acerca de la función del hilo dental, el 86% de los estudiantes refiere saber que es para la eliminación de restos alimentarios entre los dientes.

Gráfica 22. De acuerdo con tus conocimientos, el empleo del hilo dental nos ayuda a:

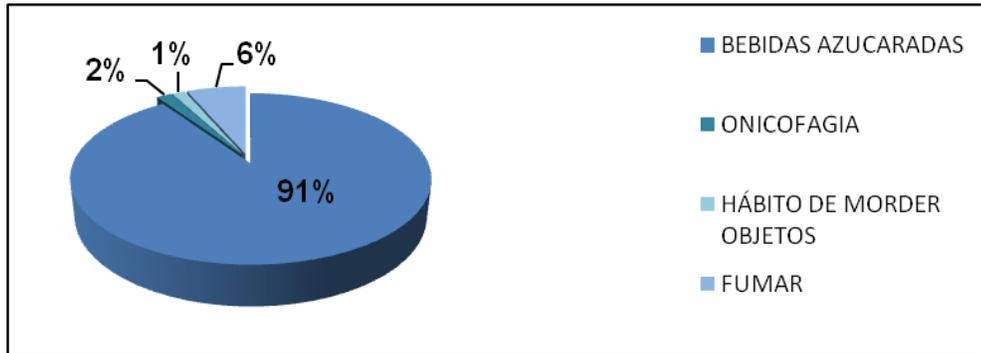


Fuente Directa



En cuanto al conocimiento de factores causales de caries dental el 91% de los estudiantes respondió que las bebidas azucaradas es la causa principal, en contraposición al 6% que considera que es por morder objetos.

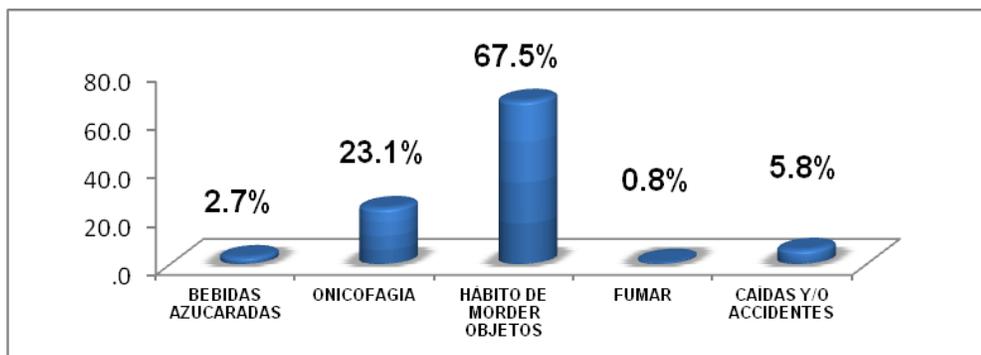
Gráfica 23. Señala las causas de Caries.



Fuente Directa

Con respecto a los factores causales de malposición dental, los estudiantes identifican como el principal factor con un 67.5% el morder objetos; el 23.1% por onicofagia; y 0.8% por el hábito de fumar.

Gráfica 24. Señala las causas de Malposición dental.

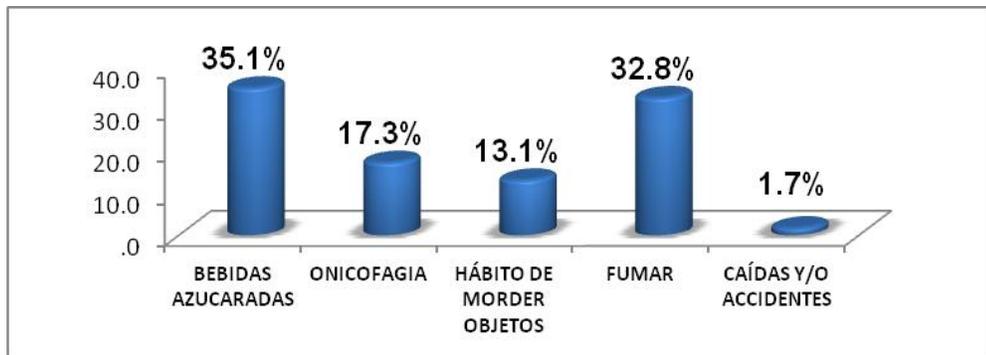


Fuente Directa



En cuanto al conocimiento respecto al sangrado de las encías, 35.1% de los estudiantes identificó como causa asociada el consumo de bebidas azucaradas; 32.8% al tabaco; y solo 1.7% por caídas y/o accidentes.

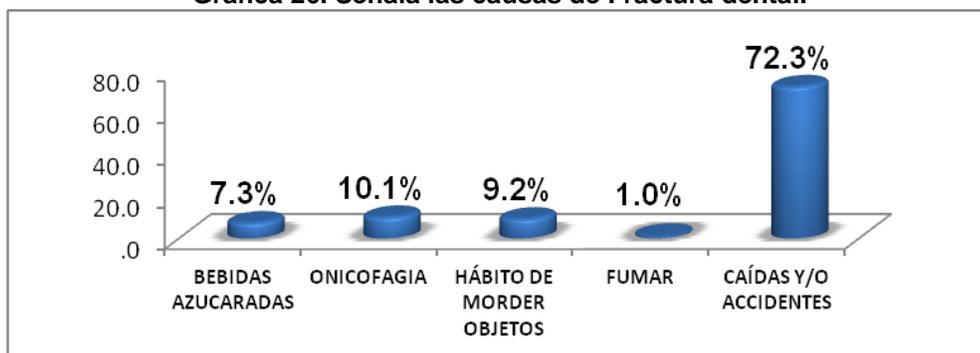
Gráfica 25. Señala las causas de sangrado de encías.



Fuente Directa

Con relación a los factores asociados con las fracturas dentales, el 72.3% de los alumnos identificó como principal factor los accidentes o caídas.

Gráfica 26. Señala las causas de Fractura dental.



Fuente Directa



VIII. DISCUSIÓN

De acuerdo con los resultados alcanzados, podemos identificar que el 72.1% de los alumnos que ingresaron a la Facultad de Odontología, perciben una buena salud bucal, lo cual concuerda con la Encuesta Nacional de la Juventud (2005) donde los reportes indican que los adolescentes evalúan su estado de salud positivamente. Al respecto el Instituto Mexicano de la Juventud ⁴, menciona que dicha percepción, se refleja de manera significativa en el ausentismo a la consulta dental. ⁴ No obstante a ello, los datos confirman que existen necesidades en salud bucal en esta población. Como lo muestran los resultados obtenidos donde el 29.8% de los alumnos refieren tener caries dental, 7.8% maloclusión dental, y 3.8% cálculo dental.

Un aspecto también identificado, que refiere la importancia que le dan los estudiantes al cuidado de su apariencia física, se muestra con la asistencia al dentista del 37.2% con fines estéticos, lo que coincide con el estudio “Estimación de necesidades en salud bucal de adolescentes” en que se destaca en mayor porcentaje (55.24%) la restauración con resina, lo cual puede explicarse dado el impacto que tiene la estética dentro de la concepción de su imagen.¹⁸

Con respecto a los conocimientos que tienen, como marco de referencia que respaldan las medidas preventivas en salud bucal efectuadas, los datos muestran que casi el 50% de los alumnos refieren utilizar un cepillo dental con cabeza muy grande, lo que constata la falta de conocimiento en cuanto a la elección del cepillo recomendado, el cual debe tener una cabeza pequeña y compacta.^{22, 23}



De la misma manera, según las referencias consultadas^{21, 22,23}, para realizar una completa y adecuada técnica de aseo bucal, el cepillo no debe humedecerse previo a la colocación de pasta dental, la cual debe ser en porción del tamaño de un chícharo y se debe emplear auxiliares de higiene bucal como el hilo dental y colutorios; no obstante, los resultados obtenidos, muestran al respecto deficiencias en estas acciones, ya que el 81.2% de los estudiantes humedece las cerdas del cepillo dental, el 30.3% emplea mayor cantidad de pasta a la recomendada, el 41.8% refiere no utilizar hilo dental, y 47.3% prefiere utilizar solo enjuague bucal.

Con respecto al tiempo asignado al cepillado, cabe destacar que el 47% refirió un tiempo de cepillado dental de dos minutos, el cual coincide con el tiempo recomendado por la Sociedad Española de Periodoncia y Osteointegración.²³

De acuerdo con la literatura, las enfermedades más frecuentes son la caries dental y la enfermedad periodontal. Uno de los factores que pueden vincularse en el desarrollo de estas enfermedades son las actividades de higiene bucal deficientes.^{12, 13, 14,15} Factor que se encuentra presente en los estudiantes de odontología, ya que el 39.7% de ellos manifestó tarda más de una hora en lavar su boca después de ingerir alimentos, 81.2% humedece las cerdas del cepillo en su técnica de cepillado, 24.3% no utiliza colutorio, y el 41.8% no utiliza hilo dental.

El estudio “Relación entre la higiene bucal y la gingivitis en jóvenes” mostró que 81.6% de adolescentes realizan una mala técnica de cepillado.⁹ Con relación a esto, 46.8% de los alumnos en este estudio refirieron que la instrucción de la técnica la recibieron por parte de sus padres, y no de un profesional de salud, lo cual puede ser uno de los posibles factores para favorecer la adopción de malos hábitos higiénicos.



IX. CONCLUSIONES

1. Se puede destacar la percepción positiva que los adolescentes tienen acerca de su estado de salud general y bucal, ya que a través del cuestionario aplicado se obtuvieron resultados que revelan que un alto porcentaje de ellos manifestaron tener una boca y dientes sanos, lo cual es significativo ya que tiende a influir en el poco interés que tienen por acudir a servicio odontológico para el cuidado y mantenimiento de la misma.
2. En este subgrupo de la población se presenta la inquietud e importancia que tienen por su aspecto físico, ya que casi el 40%, manifestó su interés por la estética dental.
3. La falta de tiempo es el principal factor que influye para que los adolescentes no acudan al consultorio dental.
- 4.- Se identificaron deficiencias en las medidas preventivas efectuadas, lo que muestra la necesidad de impulsar un programa educativo orientado a fortalecer las prácticas preventivas personales de autocontrol, como lo es:
 - a) Aplicar una técnica de cepillado correcta, dado que un alto porcentaje recibió esta instrucción por parte de la familia y no por un profesional de la salud;
 - b) No humectar las cerdas del cepillo, ya que minimiza la eliminación de los restos alimenticios que propicia la rigidez de las cerdas.
 - c) Colocar la cantidad de pasta dental necesaria para la protección del diente, debido al importante porcentaje que mencionó emplear más del recomendado.
 - d) Emplear enjuague e hilo dental para una completa limpieza oral, ya que un alto porcentaje refiere no utilizar ningún tipo de auxiliar de higiene oral, lo cual es un indicativo de una técnica incompleta de aseo bucal.



e) Instruirlos sobre los beneficios y funciones que tienen los instrumentos de higiene bucal, debido a que se identificó el poco conocimiento que tiene los alumnos respecto a las principales funciones de estos elementos.

5. Reforzar su aprendizaje sobre higiene y salud bucodental, ya que las actividades de higiene ejecutadas, están vinculadas con el conocimiento de las medidas preventivas, viéndose reflejadas de manera significativa en las condiciones bucales que presenten.

Por lo anterior, se evidencia la poca educación en medidas preventivas en salud bucal que han recibido, y que necesita ser reforzada y orientada a través de la intervención de los profesionales en salud bucal. De tal manera, consideramos pertinente impulsar la creación de programas en salud bucodental dirigido a la población estudiantil de nuevo ingreso a la Facultad de Odontología, que les permita adquirir los correctos conocimientos en medidas preventivas y en salud oral para lograr de manera consciente la adopción de hábitos y actitudes en beneficio de su salud oral; para que de manera responsable y comprometida puedan cumplir con su labor social de difundir estos conocimientos y destrezas a las personas que atienden en las clínicas de enseñanza durante su formación profesional, y de esta manera se pueda contribuir en la disminución de los principales padecimientos: enfermedad periodontal y caries dental en las personas que solicitan la atención dental.

Consideramos que el presente trabajo es de gran valor Institucional, ya que no existen antecedentes de estudios similares. El contar con un diagnóstico de necesidades educativas para el cuidado y mantenimiento de la salud, que presentan los estudiantes de nuevo ingreso a la Facultad de Odontología, contribuye de manera favorable en la planeación e implementación de un programa dirigido a atender tales necesidades, y servirá como referente para



que se promuevan futuras investigaciones que aporten más información a la institución.

En este contexto, es importante señalar la necesidad de revisar e incorporar datos personales como número de cuenta, edad y género de los alumnos, como una limitación presentada en el instrumento empleado, para poder focalizar el programa de acuerdo a las necesidades educativas individuales, así como para llevar a cabo el análisis de las diferentes variables involucradas en su estado de salud enfermedad, de modo que se continúe con este proyecto y se puedan implementar sistemáticamente y de manera oportuna programas educativos.



X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Salud de los adolescentes. (Sitio en Internet). Consultado el 23-septiembre-2015. Disponible en: http://www.who.int/topics/adolescent_health/es/
2. Casas López MJ. Calidad de vida del adolescente. Revista Cubana de Pediatría (Revista en Internet) 2010; 82(4): 112-116. Consultado 18-agosto-2015. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003475312010000400012&lng=es.
3. Myers. Psicología. 7ª edición. Madrid: Ed. Médica Panamericana, 2005. Pp. 159.
4. Instituto Mexicano de la Juventud, Encuesta Nacional de Juventud 2005. Consultado el 21-agosto-2015. Disponible en: http://sic.conaculta.gob.mx/centrodoc_documentos/292.pdf
5. Adame Guerrero JC. Actitud y tipo de conocimientos sobre salud e higiene oral en los adolescentes de Monterrey, N.L., México. (Tesis). México: 2012. Consultado el 21-agosto-2015. Disponible en: <http://eprints.uanl.mx/2497/1/1080224578.pdf>
6. Barrancos Mooney J. Barrancos P. Operatoria Dental Integración Clínica. 4ta edición, Buenos Aires: Ed. Médica Panamericana, 2006. Pp. 297-300.
7. de la Fuente Hernández J. González de Cossío M, Ortega Maldonado M, Sifuentes Valenzuela MC. Caries y pérdida dental en estudiantes preuniversitarios mexicanos. Revista Salud Pública de México. (Revista en Internet) 2008; 50(3):235-240. Consultado el 1-septiembre-2015. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342008000300007&lng=es.
8. Núñez Daniel P. García Bacallao. Bioquímica de la caries dental. Revista Habanera de Ciencias Médicas. (Revista en Internet) 2010; 9(2): 156-166. Consultado el 03-Septiembre-2015 Disponible en:



http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729519X2010000200004&lng=es.

9. Doncel Pérez C. Vidal Lima M, Valle portilla MC. Relación entre la higiene bucal y la gingivitis en jóvenes. Revista Cubana de Medicina Militar. (Revista en Internet) 2011; 40(1):40-47. Consultado el 3-septiembre-2015. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mil/vol40_1_11/mil06111.htm

10. Arrieta Vergara KM. Díaz Caballero A. González Martínez F. Prevalencia de caries y enfermedad periodontal en estudiantes de odontología. Revista Cubana de Estomatología. (Revista en Internet) 2011; 48(1): 6-13. Consultado el 4-septiembre-2015. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S003475072011000100003&script=sci_arttext

11. Carranza. Periodontología Clínica. Decima edición. México: Ed. Mc Graw Hill, 2010, Pp. 69-74.

12. Gómez Ríos N.I. Morales García M.H. Determinación de los Índices CPO-D e IHOS en estudiantes de la Universidad Veracruzana, México. Revista Chilena de Salud Pública (Revista en Internet) 2012; 16 (1): 26-31. Consultado el 21-agosto-2015. Disponible en: <http://www.revistasaludpublica.uchile.cl/index.php/RCSP/article/viewFile/18609/19665>

13. Aguilar Orozco N. Navarrete Ayón K. et al. Dientes sanos, cariados, perdidos y obturados en los estudiantes de la Unidad Académica de Odontología de la Universidad Autónoma de Nayarit. Revista Odontológica Latinoamericana (Revista en Internet) 2009; 1(2): 27–32. Consultado el 31-Agosto-2015. Disponible en:

<http://www.odontologia.uady.mx/revistas/rol/pdf/V01N2p27.pdf>

14. Navarrete González B.G. Romo Pinales M.R. et al. Gingivitis y su relación con la higiene bucal en estudiantes del Colegio de Ciencias y Humanidades Oriente, Ciudad de México. Revista Especializada en Ciencias de la Salud.



(Revista en Internet) 2012; 15(2):93-99. Consultado el 31-agosto-2015.
Disponible en:

<http://www.revistas.unam.mx/index.php/vertientes/article/view/38903>

15. Ortega Maldonado M. Mota Sanhua V. López Vivanco J. Estado de salud bucal en adolescentes de la Ciudad de México. Revista de Salud Pública (Revista en Internet) 2007; 9 (3):380-387. Consultado el 31-agosto-2015.
Disponible en:

http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S012400642007000300006&script=sci_arttext

16. García Ballesta C. Pérez Lajarín L. Castejón Navas I. Prevalencia y etiología de los traumatismos dentales. RCOE (Revista en la Internet). 2003; 8(2): 131-141. Consultado 24-Agosto-2015. Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1138-123X2003000200002&lng=es.

17. Murrieta Pruneda JF: Arrieta Ortega CL. Juarez López LA. et al. Prevalencia de maloclusiones en un grupo de estudiantes universitarios mexicanos y su posible asociación con la edad, el sexo y el nivel socioeconómico. Revista Facultad de Odontología Universidad de Antioquia. (Revista en Internet) 2012; 24 (1): 121-132. Consultado el 23-agosto-2015.
Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfoua/v24n1/v24n1a10>

18. Vega Jiménez AL, Sifuentes Valenzuela MC, De la Fuente Hernández J. Estimación de necesidades en salud bucal de adolescentes. Revista Odontológica Mexicana. (Revista en Internet) 2010. 14(4): 237-243. Consultado el 24-agosto-2015. Disponible en:

<http://www.medigraphic.com/pdfs/odon/uo-2010/uo104g.pdf>

19. Secretaría de Salud. Salud bucal en la adolescencia. (Sitio en Internet) México, 2012. Consultado el 24-agosto-2015. Disponible en:

<http://salud.edomexico.gob.mx/html/doctos/sbucal/Manuales/MANUAL%20SALUD%20BUCAL%20ADOLSESCENCIA.pdf>



20. Medina Solís CE. Maupome G. Ávila Burgos L. et al. Políticas de salud bucal en México: Disminuir las principales enfermedades. Una descripción. *Revista Biomédica (Revista en Internet)* 2006; 17: 269-286. Consultado el 25-agosto-2015. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revbio/bio-2006/bio064e.pdf>
21. Soria Hernández MA. Molina N. Rodríguez R. Hábitos de higiene bucal y su influencia sobre la frecuencia de caries dental. *Acta Pediátrica de México. (Revista en Internet)* 2008; 29(1): 21-24. Consultado el 24-agosto-2015. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/actpedmex/apm-2008/apm081e.pdf>
22. Roldán Pavón P. Estudio de diseño de los cepillos dentales. Universidad latinoamericana de Ciencia y Tecnología, Facultad de Odontología. (Tesis) Costa Rica: 2010. Consultado el 24-Agosto-2015. Disponible en: <http://bb9.ulacit.ac.cr/tesinas/Publicaciones/040255.pdf>
23. Sociedad Española de Periodoncia y Osteointegración. Manual de higiene bucal. Madrid: Ed. Médica Panamericana, 2009. Pp. 72-93.
24. Sarabia M. Gómez Meriño M. García Roco-Pérez O. La dieta y su relevancia en la caries dental y la enfermedad periodontal. Instituto Superior de Ciencias Médicas. Facultad de Estomatología. Cuba: 2005; 9(1): 132-141. Consultado el 25-agosto-2015. Disponible en: <http://www.revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/2993/1291>
25. Bascones A. Tratado de Odontología. Capítulo 7 Dieta y nutrición en Odontología. Tercera edición. Tomo II. Madrid: Ed. Avances, 2000. Pp. 2259-2276.
26. Real Academia Española. Educación. (Sitio en Internet) 2015. Disponible en: <http://lema.rae.es/drae/?val=educacion>
27. Inocente Díaz ME, Pachas-Barrionuevo F. Educación para la salud en Odontología. *Revista Estomatológica Herediana. (Revista en Internet)* 2012;



22(4): 232-241. Consultado el 27-agosto-2015. Disponible en: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/REH/article/view/91>

28. Ramírez A. La teoría del conocimiento en investigación científica: una visión actual. *Anales de la Facultad de medicina*. (Revista en Internet) 2009; 70(3):217-224. Consultado el 26-agosto-2015. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S102555832009000300011&script=sci_arttext

29. Paredes-Chi A.A. Castillo Burguete M.T. Entre la educación no formal. Transitando por ámbitos comunitarios participativos del área rural. *Revista Interamericana de Educación de Adultos-RIEDA*. (Revista en Internet) 2006: 41-57. Consultado el 28-Agosto-2015. Disponible en: <http://tumbi.crefal.edu.mx/rieda/images/rieda-2006-1/exploraciones1.pdf>

30. Gavidia V. Talavera M. La construcción del concepto de salud. *Didáctica de las ciencias experimentales y sociales*. (Revista en Internet) 2012; 26: Pp. 161-175. Consultado el 27-agosto-2015. Disponible en: <http://cefd.uv.es/index.php/dces/article/view/1935/1449>

31. Piédrola G. et al. *Medicina Preventiva y Salud Pública*. 11ª ed. Barcelona: Elsevier-Masson; 2008 Pp. 3-9

32. Redondo Escalante P. *Curso de Gestión local de Salud para técnicos del Primer Nivel de atención, Introducción a la educación para la salud, Quinta Unidad Modular*, 2004.

33. De la fuente Hernández J. Sifuentes Valenzuela M.C. Nieto Cruz M.E. *Promoción y Educación para la salud en Odontología*. México: Ed. Manual Moderno, 2014. Pp.59-63; 88-98.

34. Rochon A. *Educación para la Salud, Guía práctica para realizar un proyecto*. Barcelona: Ed. Masson, 1996.Pp.5-11



35. Romera Jiménez MA. Odontopediatria en Atención Primaria. Editorial Vértice; 2009. Pp. 217-223.
36. González R. Castro J. Moreno L. Promoción de la salud en el Ciclo de Vida. México: Ed. Mc Graw-Hill Interamericana, 2012. Pp. 23-28, 93-112.
37. Lugo Angulo E. García Cabrera L. Gross Fernández C. et al. La cultura en salud bucal como problema actual de la sociedad. MEDISAN (Revista en Internet) 2013; 17(4): 677-685. Consultado el 28-agosto-2015. Disponible en:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102930192013000400015&lng=es
38. Montenegro G, Sarralde AL, Lamby CP. La educación como determinante de la Salud Oral. Universidad Odontológica. (Revista en Internet) 2013; 32(69): 115-121. Consultado el 28-agosto-2015. Disponible en: <http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/3619/1/3.pdf>
39. Higashida. Educación para la Salud. México: Ed. Mc Graw-Hill Interamericana, 1995. Pp. 13,20-21.
40. Aristimuño R Corina C. Educación para la Salud: Reflexiones. Acta Odontológica Venezolana [revista en Internet] 2000; 38(3):21-23. Consultado el 20-agosto-2015 Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S000163652000003000005&lng=es.
41. Mohammad Mehdi N.S. Reza Yazdani. Jorma Virtanen. Afsaneh Pakdaman. Heikki Murtomaa. Determinants of Oral Health: Does Oral Health Literacy Matter? (PubMed) ISRN Dent. 2013. Consultado el 29-agosto-2015. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23577262>
42. Capota Fernández MM. Campello Trujillo LE. Importancia de la familia en la salud bucal. Revista Cubana de Estomatología. (Revista en Internet) 2012; 49(1):47-54. Consultado el 4-septiembre-2015. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072012000100007&lng=es.



CRUZ RAMÍREZ PAULINA



ANEXO



CRUZ RAMÍREZ PAULINA



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA.
SEMINARIO DE TITULACIÓN EDUCACIÓN PARA LA SALUD**



Como parte del trabajo descriptivo del proyecto de titulación “Conocimientos en higiene y salud bucodental de los estudiantes de Primer Ingreso a la Facultad de Odontología”, nos permitimos solicitar su apoyo, atendiendo las preguntas formuladas al respecto.

INSTRUCCIONES: Lee cuidadosamente cada una de las siguientes preguntas y elija la opción de respuesta que considere más adecuada de acuerdo con las actividades que realiza para mantener su salud bucodental.

1. ¿Cuál fue el motivo de tu última visita con el Odontólogo?



a) Dolor



b) Revisión para prevenir posibles problemas



c) Caries



d) Estética dental



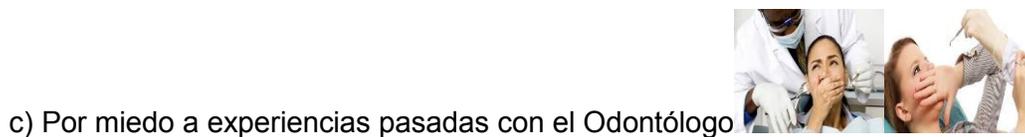
e) Mal aliento

2.- ¿Cuánto tiempo hace que visitaste al Odontólogo?

- a) Menos de 6 meses b) Entre 6 y 11 meses c) 1 año 11 meses d) Más de 2 años e) No recuerdo



3.- De los siguientes factores señala ¿Cuáles consideras que han influido para NO acudir al Odontólogo? Por Favor de elegir los dos principales.



e) Porque no necesito atención, no tengo problemas!

4.- ¿Quién te enseñó a cepillarte los dientes?



e) Otro _____



5.-Del 1 al 5 qué lugar de importancia ocupa la atención de tu salud bucal. Siendo el 1 el valor más bajo y el 5 el valor más alto.

1 2 3 4 5

6.- ¿Cuál de los siguientes ejemplos de cepillo es el más parecido a tu cepillo dental?



a) b) c) d) e)

7.-¿Cuántos cepillos dentales al día utilizas normalmente?

- a) UNO
- b) DOS

8.- ¿Cuál de los siguientes ejemplos es la más parecida a la pasta dental que utilizas?



a) b) c) d) e)



9.- ¿Has tenido la curiosidad de identificar los beneficios que las pastas dentales (composición química) aportan para tu salud bucodental?

- a) SI
- b) NO

10.- ¿Qué cantidad de pasta dental utilizas?



- a)
- b)
- c)
- d)
- e)

11.- Cuando realizas tu cepillado, ¿Humedeces antes el cepillo?

- a) SI
- b) NO

12.- ¿Además de tu cepillo dental, qué otros auxiliares de higiene bucal utilizas?



a) Enjuague bucal



b) Hilo o seda dental.



c) Limpiador o raspador de lengua.



d) Cepillo interproximal.

e) No utilizo ninguno.



13.- ¿Cuál de los siguientes ejemplos es el más parecido al enjuague bucal que utilizas?



a)

b)

c)

d)

No utilizo enjuague.

e)

14.- De acuerdo a tus conocimientos, ¿Cuáles son las ventajas para tu salud bucodental si empleas del enjuague bucal de acuerdo a las características que posee?

- a) Evita el mal aliento
- b) Fortalece los dientes por su contenido en flúor
- c) Ayuda a evitar la inflamación de las encías
- d) Evita la caries dental

15.- ¿Cuál de los siguientes ejemplos es el más parecido al hilo dental que utilizas?



a)

b)

c)

d)

No utilizo hilo.

e)



16.- De acuerdo con tus conocimientos, el empleo del hilo dental nos ayuda a:

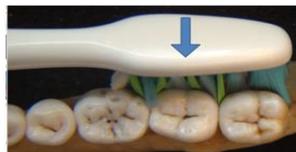
- a) Eliminar los restos alimenticios entre los dientes.
- b) Evita la caries.
- c) Evita la inflamación de la encía.
- d) No tiene repercusiones favorables.

17.- Después de ingerir un alimento, ¿Cuánto tiempo tardas en lavar tu boca?

- a) Inmediatamente.
- b) Después de una hora.
- c) Antes de dormir.
- d) Cuando me da tiempo.

18.- ¿Cómo cepillas tus dientes?

- a) Colocas tu cepillo a 45° desde la encía y haces movimiento de barrido.



- b) Colocas tu cepillo sobre tus dientes y haces movimientos de derecha a izquierda.



19.- ¿Cuánto tiempo dura tu cepillado?

- a) 30 segundos.
- b) 45 segundos.
- c) 60 segundos.
- d) 120 segundos.

20.- ¿En qué momento decides cambiar tu cepillo dental?

- a) Cada tres meses.
- b) Cada seis meses.
- c) Cuando las cerdas están abiertas.
- d) Cuando sangran mis encías al cepillarme.
- e) Yo no lo cambio, lo cambia mi mamá.



21.- De las siguientes imágenes ¿Cuál es la que más se aproxima a la imagen que tienes de tu boca?



a)



b)



c)



d)



e)

22.- ¿Cómo percibes tus dientes?



a)

b)

c)

d)

De la pregunta 23 a la 26, señala las causas de acuerdo a la imagen.



23.- Caries



a)



b)



c)



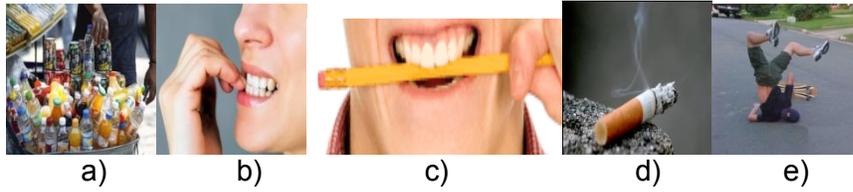
d)



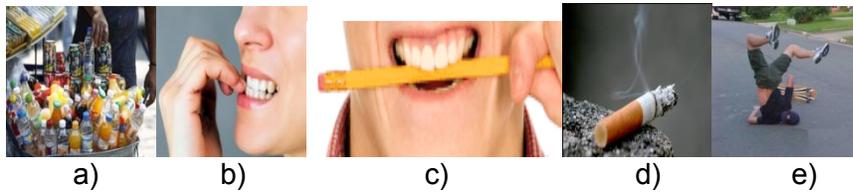
e)



24.- **Malposición dental.**



25.- **Sangrado de encías.**



26.- **Fractura dental.**

