



# UNIVERSIDAD DE IXTLAHUACA CUI

INCORPORACIÓN CLAVE 8968-22 A LA  
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

## **CIRUJANO DENTISTA**

**FACTORES QUE PROVOCAN LA AUSENCIA DE INTERÉS POR LA  
PREVENCIÓN BUCAL EN PACIENTES DE 30 – 60 AÑOS  
PERTENECIENTES AL ISEM MUNICIPIO DE ACAMBAY, MEXICO**

## **TESIS**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

## **CIRUJANO DENTISTA**

PRESENTA:

Oscar Jesús Alanís López

ASESOR DE TESIS:

E. en OP. Juana Gabriela Espinoza Suárez

ESTADO DE  
IXTLAHUACA, MÉXICO, AGOSTO DE 2021





Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## **AGRADECIMIENTOS**

### **A Dios**

*“Por qué no me cabe duda que este logro lo eh obtenido por él y para él”.*

### **A mi Abuela**

*“Por todo lo que me ha dado, y esperando con este pequeño logro remunerar un poco de la deuda que tendré de por vida con usted”.*

### **A mis padres**

*“Con una sincera disculpa por que se merecen tener al mejor hijo, pero esperando demostrar con este pequeño logro que no obtuvieron al peor”.*

### **A mí**

*“Con amor por ultimo pero no menos importante, por ser el único que conoció la dificultad y supo afrontar las barreras de este camino que hoy concluye”.*

## Índice

<b>1. Antecedentes .....</b>	<b>1</b>
<b>1.1 Salud Bucal .....</b>	<b>1</b>
<b>1.2 Estadística de salud bucal en México .....</b>	<b>4</b>
<b>1.3 Educación y promoción para la salud bucal.....</b>	<b>6</b>
<b>1.3.1 Prevención de enfermedades bucales .....</b>	<b>7</b>
<b>1.4 Principales enfermedades bucales por falta de prevención .....</b>	<b>9</b>
<b>1.4.1 Caries.....</b>	<b>11</b>
<b>1.4.2 Enfermedad periodontal.....</b>	<b>14</b>
<b>2. Planteamiento del problema.....</b>	<b>17</b>
<b>3. Justificación .....</b>	<b>18</b>
<b>4. Hipótesis.....</b>	<b>19</b>
<b>5. Materiales y métodos.....</b>	<b>21</b>
<b>6. Consideraciones bioéticas .....</b>	<b>30</b>
<b>7. Resultados.....</b>	<b>31</b>
<b>8. Discusión.....</b>	<b>41</b>
<b>9. Conclusiones .....</b>	<b>43</b>
<b>10. Referencias.....</b>	<b>45</b>
<b>11. Anexos .....</b>	<b>48</b>
<b>12. Oficios.....</b>	<b>54</b>

## **1. Antecedentes**

### **1.1 Salud Bucal**

La definición con la que cuenta la organización mundial de la salud OMS conforme a la salud bucodental es la ausencia de dolor orofacial, cáncer de boca o de garganta, infecciones y llagas bucales, enfermedades periodontales (de las encías), caries, pérdida de dientes y otras enfermedades y trastornos que limitan en la persona afectada la capacidad de morder, masticar, sonreír y hablar, al tiempo que repercuten en su bienestar psicosocial. En 1948, la Salud, fue definida como un estado de completo bienestar físico, mental y social y en 1986, surge otro concepto de salud como “recurso para la vida y no como objetivo de vida”. (1)

En México la salud bucal ha atravesado por distintas etapas en su historia y continúa actualmente su desarrollo. Desde la época prehispánica los pobladores de diversas culturas asentadas en el territorio nacional ya realizaban distintos tratamientos, como desgastes selectivos e incrustaciones sobre sus dientes. Se empleaban diversas plantas en la terapéutica dental, principalmente para mitigar los dolores que provocaban la caries dental y las parodontopatías. (2)

Hay determinantes presentes de la salud los cuales son un conjunto de factores personales, sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o poblaciones. (1)

En cuanto hablamos de calidad de vida y su relación con la salud bucal, se combinarían dos aspectos fundamentales. El primero involucra una percepción subjetiva con relación a un sistema de valores y un contexto sociocultural, que daría como resultado el grado de satisfacción con su boca y su funcionalidad. En este sentido, y a manera de ejemplo, existen varios estudios que evalúan el impacto de la salud bucal en la calidad de vida, principalmente a través de indicadores que miden aspectos relacionados con la limitación funcional, el dolor, la incomodidad o

incapacidad psicológica, física o social y prejuicios generales. Un segundo componente hace referencia a una situación de salud enmarcada dentro de un contexto social e histórico que tiene en cuenta la capacidad de las personas para acceder a oportunidades para el desarrollo, así como acceso a programas y estrategias en atención primaria, entre otras. (3)

Por su parte, se hace necesario mencionar los determinantes de la salud, lo cual puede representarse en un modelo multinivel. Para la salud colectiva, el modelo se reflexiona como un eje dinámico, donde se habla de la salud como un producto social, relacionado con las condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales; condiciones de vida y trabajo; influencias comunitarias y soporte social; factores individuales y estilo de vida y no se puede desconocer, factores biológicos y genéticos. El análisis de la situación de salud debe reconocer la influencia de estos factores dependiendo del contexto social, las características propias de los grupos sociales y el sistema sociopolítico en relación con el sistema sanitario. Para la salud colectiva, un objetivo por desarrollar como lo expone Castellanos, es reconocer la situación de salud en los propios grupos sociales, y desde esta perspectiva rescatar lo local como sujeto importante en la construcción del bienestar, traducido en mejores indicadores de salud. (3)

En gran relación con la calidad de vida y los determinantes de la salud está el concepto de equidad. La equidad en salud significa que las necesidades de las personas guían la distribución de las oportunidades para el bienestar. Krieger, citando a Whitehead, habla de la expresión equidad social en materia de salud, refiriéndose a la presencia de disparidades sanitarias injustas entre los grupos sociales, tanto dentro de un país como entre distintos países. De esta manera, la salud bucal guarda relación con los determinantes sociales y se considera un componente del proceso salud enfermedad. Por ello, las condiciones epidemiológicas varían entre diferentes comunidades. La equidad en salud desempeña un papel importante en el desarrollo de los indicadores de salud bucal, dependiente de factores de desigualdad social como la clase socioeconómica y el acceso a los servicios de salud. (3)

En definitiva la salud bucal es un derecho humano básico y pese a que los problemas bucales no representan causas de muerte inmediata para los individuos, sí menoscaban su calidad de vida porque prolongan estados de dolor y sufrimiento, limitaciones y desventajas sociales y funcionales, hasta el componente estético y el psicológico. (3)

## 1.2 Estadística de salud bucal en México

En todo el territorio nacional, la Secretaría de Salud es la responsable directa de los servicios de salud y de la educación en salud en todas sus áreas. Sin embargo, hay varios factores que quedan fuera de su alcance; como ejemplo tenemos las decisiones a nivel individual. (2)

En el año de 1980, la Secretaría de Salud (SS), realizó una encuesta de morbilidad bucal en escolares del Distrito Federal, cuyos datos indicaron que el nivel de caries había aumentado con respecto a la meta establecida por la Organización Mundial de la Salud. Asimismo, Irigoyen en 1988 realizó un estudio en los estados de Baja California, Tabasco, Yucatán y el Estado de México, el cual se utilizó como línea basal para determinar la prevalencia de caries en los escolares del país cuyo promedio de edad oscilaba entre los 12 años. En este reporte, el índice CPOD se estimó entre 4.5% y 6,5%. (4)

Los resultados obtenidos de estudios realizados en escolares en 1997 acerca de la demanda de atención odontológica en los servicios de salud en México indicaron que la caries se trata de un padecimiento que afecta alrededor del 70 % en escolares de secundaria y que ocasiona ausentismo escolar, dolor y pérdida prematura de dientes. Lo cual ocasiona después de los 15 años el 38% de la pérdida dental. (4)

Jensen y Hermosillo reportaron una prevalencia de caries en niños de 12 años casi de 100% (97.3%). Sánchez reportó en niños de 12 años un promedio de casi 8 dientes afectados por caries y una prevalencia de 100%. Entre 1987-1989, la Secretaría de Salud realizó el levantamiento de índices de caries en diversos Estados de la Republica, integrando la línea basal de caries para el Programa de Fluoración de la Sal de Mesa, observando que el índice de caries fue mayor a 3 en la mayoría de los estados. Maupomé y colaboradores encontraron una alta prevalencia de caries en zonas rurales y periurbanas marginadas de varios estados de México. Irigoyen en 1988 observó una prevalencia de caries de 90% en niños de



6 a 12 años de edad, con un promedio de 4.4 dientes afectados a los 12 años. Irigoyen y colaboradores en 1984 y 1992, observaron índices de caries de 5.6 y 4.8, respectivamente, en dentición temporal de niños de 6 y 7 años de edad. Irigoyen y Szpunar mostraron que la prevalencia de caries se encontraba alrededor del 90% en niños de 12 años. (2)

Múltiples estudios epidemiológicos realizados recientemente indican que la prevalencia de caries en niños de México se encuentra entre 70% y 85% en la dentición permanente a los 12 años, y de 50% en la dentición temporal de los niños de 6 años, dependiendo de la población de que se trate (42-60). Según resultados parciales de la Primera Encuesta Nacional de Caries y Fluorosis Dental 1996-2000, la prevalencia de caries en niños de 6 años es 61.8% y el promedio de CPOD a los doce años es 2.23. En ambos casos se observa un alto porcentaje de lesiones cariosas no tratadas. (2)

En relación a las enfermedades periodontales, el conocimiento existente en México es aún más limitado. Sin embargo, diversos estudios las sitúan como una enfermedad de alta prevalencia, y que si bien se puede observar en sus etapas iniciales en los niños, se encuentran concentradas sobre todo en la población de adolescentes y adultos. (2)

Además, tanto la caries como las enfermedades periodontales presentan un carácter acumulativo que se incrementa con la edad, hecho que justifica la importancia de prevenir estas enfermedades y evitar sus consecuencias. (2)

### **1.3 Educación y Promoción para la salud bucal**

Los tutores o padres de familia son los responsables de la Educación para la Salud Bucal en los hogares, pero no todos están preparados para poder realizarla correctamente, ya que muchos transmiten a sus hijos la cultura que ellos recibieron, con conceptos y hábitos equivocados, muchas veces perjudiciales para el niño. (5)

Restaurar a las personas el estado de salud fisiológico es un reto y requiere del clínico no solo su agudeza en el diagnóstico, maestría en una amplia variedad de modalidades y tratamientos, sino también una gran sistematicidad en la labor educativa del paciente antes, durante y después del tratamiento. (6)

En la actualidad la promoción y prevención de salud ocupan un lugar cimero en el mundo de la Odontología, por lo que se impone evaluar y renovar nuestros programas de forma tal que sea cada vez más preventiva y educacional, con el objetivo de mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes. La población geriátrica ha mostrado un crecimiento intenso a escala nacional e internacional. Esto hace reflexionar que cada día más personas sobre pasan las barreras cronológicas que el hombre ha situado como etapa de vejez, lo que ha convertido al envejecimiento poblacional en un reto para las sociedades modernas, ya que aunque se considera como uno de los logros más importantes de la humanidad, al mismo tiempo se transforma en un problema, si no es capaz de brindar soluciones adecuadas a las consecuencias que dé el mismo se derivan. (6)

La motivación por la educación para la salud como estrategia en la promoción de salud es ya una realidad entre estomatólogos y técnicos en atención estomatológica. Medios de enseñanza, muchos creados por este personal de salud, contribuyen con el educador en esta bella tarea de enviar mensajes que refuercen actitudes. (6)

### **1.3.1 Prevención de enfermedades bucales**

Un punto importante para lograr la prevención y control de las enfermedades bucales ha sido la instauración de políticas en salud bucal. México, como país miembro de organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), se propone cumplir las metas establecidas por estos organismos. (2)

En los programas preventivos de salud bucal hacen énfasis en evitar la aparición de caries dental (1). Y surgen para mejorar las condiciones de salud de aquellos problemas catalogados de impacto en salud pública. Están dirigidos generalmente a determinados grupos poblacionales y se miden por la eficacia o eficiencia, respecto al logro de sus objetivos planteados y empleo de los recursos al menor costo posible. En salud bucal, se organizan y ejecutan diversos programas, algunos con componentes promocionales y otros preventivos, u ambos desarrollados a la vez. Se miden por la variación de los índices de salud bucal e incremento de conocimientos o actitudes hacia la salud entre otros. Generalmente, el componente promocional está compuesto por acciones de fomento, educación para la salud y de empleo de estrategias de la promoción de la salud, mientras el componente preventivo emplea generalmente el uso de flúor por distintas vías o colocación de sellantes de fosas y fisuras. Los principales responsables de estos programas son los gobiernos y en algunos casos empresas o entidades privadas u organismos no gubernamentales quienes colaboran en esta noble intención. (1)

Caplan, en 1980, clasifica los niveles de acción preventiva en: prevención primaria (evita la enfermedad), prevención secundaria (diagnóstico y tratamiento o curación) y prevención terciaria (rehabilitación). Asimismo, Gordon en 1987, contempla otros tipos de prevención: prevención universal (dirigida a la población), selectiva (dirigida a un segmento concreto de la población) e indicada (dirigida a personas que padecen los problemas objeto de la prevención). También, existen otros tipos de prevención en función del ámbito de intervención: la escuela, la familia, la comunidad, el trabajo, entre otros. (1)

En el año de 1986, la Carta de Ottawa, establece cinco campos centrales de acción: la elaboración de políticas públicas saludables, la creación de ambientes favorables para la salud, el empoderamiento comunitario, el desarrollo de habilidades personales y la reorientación del sistema de salud, que alude a una concepción global e intersectorial de salud. (1)

## 1.4 Principales enfermedades bucales por falta de prevención

Se sabe muy bien que las enfermedades bucales como la caries dental y las enfermedades periodontales son de las mayor incidencia y prevalencia alrededor del mundo y se encuentran concentradas principalmente en los grupos menos favorecidos, lo que las constituye como problemas de salud pública bucal. Una de las principales tareas de los planeadores en salud es encontrar estrategias para prevenir o controlar estos problemas. (2)

Las investigaciones reportan que durante las últimas décadas la prevalencia y experiencia de caries han declinado en algunos segmentos de la población de la mayoría de los países desarrollados y que esta tendencia se ha visto parcialmente reflejada en algunos países de América Latina y el Caribe. (2)

A su vez, que la causa más probable de la disminución en la prevalencia de caries en el mundo es la instauración de programas de educación, prevención y tratamiento de esta enfermedad, cambios en los criterios diagnósticos y la introducción de fluoruros en sus diversas presentaciones. Sin embargo, otros estudios reconocen que no sólo el fluoruro tiene influencia en la disminución de caries y que otros factores se deben considerar. (2)

Esta diversidad de factores es fundamental para entender la relación entre las características del perfil de salud en una población, y las políticas de salud imperantes en ese ambiente. (2)

En nuestro país solamente contamos con información limitada sobre la magnitud de los principales problemas bucales. Esfuerzos aislados han permitido esbozar los rasgos generales de los problemas más importantes. En 1978, de La Rosa realizó un estudio en niños de 6 a 15 años de edad en el que observó altos índices de caries, con promedios de 3.78 a 6.05 dientes afectados por caries a los 12 años de edad, según nivel socioeconómico. En una encuesta realizada por la Secretaría de Salud en 1980 en el DF se pudo observar que 95.5% de los niños entre 6 a 14 años de edad padecía de caries dental. (2)

Otro factor, considerado de importancia para la salud bucal, son las enfermedades tales como la gingivitis y la periodontitis. Actualmente se conoce que se presentan con mayor prevalencia y severidad en hombres antes de los 20 años. Esto hace relevante conocer la magnitud del problema en etapas tempranas de la vida, con la finalidad de evitar pérdidas dentales en el futuro. (4)

### 1.4.1 Caries

Esta enfermedad constituye una de las enfermedades crónicas y transmisibles que con mayor frecuencia afecta a los seres humanos, por lo que es objeto de estudio de numerosos investigadores con el propósito de lograr su prevención y tratamiento. (7)

A su vez es un proceso patológico complejo de origen infeccioso y transmisible que afecta a las estructuras dentarias y se caracteriza por un desequilibrio bioquímico; que puede conducir a cavitación y alteraciones del complejo dentino-pulpar. Es una enfermedad de origen multifactorial en la que existe interacción durante un período de tiempo de tres factores principales: un huésped susceptible, una flora oral cariogénica y un sustrato apropiado. (7)

Los componentes que integran la saliva previenen la desmineralización del esmalte, tienen un importante papel en la remineralización y son esenciales en el balance ácido-base de la placa. Las macromoléculas salivales están comprometidas con la funciones de formación de la película adquirida. Así también se han aislado en la saliva, péptidos y proteínas con actividad antimicrobiana, Los microorganismos involucrados en la producción de las caries dentales sintetizan enzimas, las cuales catalizan la formación de glucanos extracelulares bacterianos los que además de facilitar la adhesión de las bacterias pueden ser utilizados por éstas, como fuente de energía. (7)

Existen varias teorías que tratan de explicar la formación de la caries dental, entre ellas se encuentran: la Acidófila de Miller y la Teoría de la proteólisis- quelación de Schatz y Martín. Los fluoruros disminuyen la solubilidad del esmalte a los ácidos, participan en la remineralización de lesiones incipientes, además en concentraciones reducidas actúan inhibiendo la formación de polisacáridos extracelulares, y en concentraciones elevadas tienen efecto bactericida. Los edulcorantes inhiben la desmineralización, median en la remineralización, y estimulan el flujo gingival. Los antibacterianos de amplio espectro previenen la transmisión de microorganismos cariogénicos. (7)

La utilización del ozono en el tratamiento de la caries está hoy bien documentada, dada sus propiedades bactericidas, antiinflamatorias y de remineralización de los tejidos dentarios, constituye una opción para el tratamiento no invasivo. (7)

A diferencia de la mayoría de las enfermedades infecciosas, la caries dental es transmitida verticalmente de la madre al hijo. El genotipo del *Estreptococo mutans* de los niños se equipara al de sus madres en el 70 % de las veces. Cuando los dientes emergen, la cavidad bucal se hace receptiva a la colonización. Se cree que la ventana de la infectividad para adquirir el *Estreptococo mutans* está limitada al período de los nuevos dientes erupcionados. Sin embargo, en un estudio reciente en niños entre 6 y 36 meses en la isla de Saipan, el *Estreptococo mutans* fue detectado en la mayoría de los niños antes de los 12 meses, y sorpresivamente en el 25 % de los niños pre dentados, atribuyéndole un papel fundamental a la madre. Las ventajas nutricionales, psicológicas, inmunológicas e incluso económicas del amamantamiento, la hacen la alimentación más apropiada para los lactantes. Sin embargo, ha sido discutido su potencial cariogénico, la leche humana como solución azucarada es capaz de promover la desmineralización del esmalte, siempre que se mantenga como sustrato disponible durante 8 horas seguidas. De ahí la importancia de la promoción de salud y de tratar a las madres antes del parto o durante el tiempo que transcurre desde el parto hasta que el niño tiene el primer diente aproximadamente a los 6 meses de edad, en lo cual influyen además factores ambientales como el flúor en la prevención de esta enfermedad. (13)

Numerosos han sido los estudios realizados sobre el flujo salival; se plantea que este disminuye notablemente durante el sueño y aumenta durante el día, especialmente con la ingestión de alimentos. Algunos textos citan que la secreción salival es aproximadamente 1 500 ml/24 horas y que muchos factores pueden afectar la composición de la saliva, entre ellos: hormonas, embarazo, tipo de flujo, duración del estímulo, naturaleza del estímulo, ejercicios, drogas, enfermedades, etc. Investigaciones en biología molecular han descubierto el mecanismo que controla la proliferación celular de los acinos glandulares y su expresión genética. (13)



Este método es una posibilidad real que puede estar disponible para incrementar el número específico y la actividad de las células glandulares. La saliva debe ser considerada como un sistema, con factores múltiples que actúan conjuntamente e influyen sobre el desarrollo de la caries dental. (13)

La odontología moderna se orienta a la prevención de esta patología en sectores vulnerables como el infantil, donde cobra gran relevancia la supervisión, asistencia y ejemplo de los padres durante la práctica de los hábitos de higiene bucal. Entre los métodos preventivos más importantes está una técnica correcta de cepillado con pasta dental complementada con flúor. (15)

Los niños deben aprender que el cepillado dental debe efectuarse tres veces al día haciendo énfasis en el cepillado antes de dormir, ya que durante siete horas de sueño se desarrolla y crece la flora bacteriana productora de caries en el medio ácido bucal que no puede modificarse en las horas de reposo. Otro método es el uso del hilo dental para remover la placa bacteriana alojada en los espacios interdentes; esto evita el riesgo de la caries. (15)

El uso de enjuague bucal con flúor también es un método de prevención de caries. Se requiere supervisión adecuada de los niños, en quienes hay que evitar efectos adversos, principalmente la irritación de los tejidos blandos, ya que entonces el niño rechaza este método cuya función es remineralizar las superficies dentales para reducir o evitar las caries de las superficies lisas en etapa inicial. (15)

### **1.4.2 Enfermedad periodontal**

Las enfermedades periodontales son condiciones inflamatorias crónicas que afectan a los tejidos de soporte y protección del diente. En términos generales, y de mayor importancia para la comunidad global, estas incluyen la gingivitis inducida por placa bacteriana y la periodontitis crónica. Claramente la periodontitis es más significativa debido a que puede causar la pérdida de dientes; sin embargo, toda periodontitis se inicia con la presencia inicial de una gingivitis, y esta puede ser reversible con las medidas de prevención y tratamiento adecuadas. (8)

Esta enfermedad es la enfermedad crónica inflamatoria más común que se observa en humanos, y afecta a casi la mitad de los adultos en el Reino Unido y en Estados Unidos y al 60% de los mayores de 65 años. Es un importante problema de salud pública, causando pérdida de dientes, discapacidad, disfunción masticatoria y estado nutricional deficiente. Asimismo, las manifestaciones de la periodontitis son sangrado, halitosis, recesión gingival y pérdida de dientes. La periodontitis también compromete el habla, reduce la calidad de la vida y es una carga creciente para la economía. (8)

Además, algunos estudios han asociado las enfermedades periodontales con varias condiciones y enfermedades sistémicas, tales como diabetes, VIH, aterosclerosis, enfermedad cardiovascular, artritis reumatoide, efectos adversos en el embarazo, obesidad y síndrome metabólico. Dado el estado actual del conocimiento de los factores de riesgo implicados en la etiopatogénesis de la enfermedad (tabaquismo, alcohol, dieta insuficiente, falta de ejercicio, estrés), existe información suficiente para permitir el control con métodos eficaces de las formas más comunes de la enfermedad. (8)

En resumen, en base a los criterios previamente definidos, podemos decir que las enfermedades periodontales son muy prevalentes, tienden a afectar considerablemente a los individuos y a la sociedad, su tratamiento es costoso y son, en su gran mayoría, prevenibles, existiendo métodos eficaces para controlarlas. (8)

El actual patrón de la enfermedad periodontal refleja distintos perfiles de riesgo relacionados con las condiciones de vida, factores ambientales, del comportamiento y sistemas de salud y la implementación de programas preventivos. (8)

Por lo tanto, es urgente que se refuercen los programas existentes o se diseñen programas de salud pública para enfrentar el cuidado periodontal, con énfasis en los determinantes sociales tendientes a promover y prevenir el inicio y la progresión de esta enfermedad, considerando la alta carga de la enfermedad en nuestra población, siendo una estrategia el control de los factores de riesgo que son comunes a las enfermedades crónicas, como el tabaco, la dieta, el estrés, el consumo de alcohol y los estilos de vida, entre otros, y reforzar las medidas tendientes a fortalecer los hábitos de higiene oral para disminuir el alto componente inflamatorio de la expresión clínica presente en ellos que los mantiene en un estado de riesgo de progresión de la enfermedad y, por ende, riesgo de pérdida de dientes y de calidad de vida. El sueño debiera ser hacer una transición hacia una meta de población sana, con fortalecimiento de la entrega del componente promocional preventivo dentro de otros agentes de salud. (8)

Durante el último tiempo existe consenso en que el abordaje de las enfermedades periodontales debe ir acompañado de un enfoque en la salud pública, dado que se reconoce que tanto la gingivitis como la periodontitis son un importante problema de salud pública a nivel global por su alta prevalencia, por ocasionar daños evidentes en las personas, por el alto costo de tratamiento y por ser susceptibles de ser prevenidas. (14)

Sin embargo, en base a los reportes existentes, sí podemos establecer que los niños presentan una alta frecuencia de gingivitis que aumenta con la edad, y la población en general presenta un alto componente inflamatorio en las encías. En los adolescentes ya existe evidencia de destrucción de tejidos periodontales, medida mediante la pérdida del nivel de inserción clínico, y esta destrucción aumenta de forma considerable en la población adulta y adulta mayor, siendo responsable en gran medida de la pérdida de dientes. Sus principales indicadores de riesgo son la

edad, el género, el nivel de escolaridad, el nivel socioeconómico, el acceso a la salud y el tabaquismo. (14)

Por la relación existente con enfermedades crónicas no transmisibles y por compartir factores de riesgo comunes con ellas, y dado que a pesar de los esfuerzos del abordaje individual existe aún una alta prevalencia de estas enfermedades, el abordaje debería enfocarse hacia el fortalecimiento del nivel primario de salud, trabajo interdisciplinario e intersectorial, promoviendo estilos de vida saludables, hábitos de higiene oral, consejería antitabáquica y dietética, y detección precoz de la enfermedad. (14)

## 2. Planteamiento del problema

La salud bucal en México a través del tiempo ha presentado una incidencia en la falta de prevención bucal, ya que la caries y enfermedad periodontal se sitúan como las principales enfermedades bucales en el país, por lo cual es necesario mejorar los programas preventivos para fomentar en los pacientes la importancia de los correctos hábitos de higiene bucal y a su vez preparar y concientizar al odontólogo para que el explicar la importancia de la prevención bucal sea una tarea común en la práctica pública o privada.

Durante mucho tiempo las personas consideraban que la pérdida de sus dientes era algo natural y que era una característica más del avance de la edad. Con el desarrollo de la sociedad y el incremento del nivel educacional, las poblaciones se sensibilizaron con la necesidad de mantener sus dientes e incluso mantenerlos sanos, pero esta filosofía no ha llegado a todos por igual, pues se ha convertido en un reto de la Odontología.

Identificar factores que atribuyan la falta de interés por la salud bucal es de suma importancia tanto para pacientes, odontólogos e instituciones de salud ya que en base a ellos se mejoraran los programas de prevención, cambiara la visión y mentalidad de la población y se instruirá el habido de enseñanza por la prevención bucal en el odontólogo.

Por lo que surge la siguiente pregunta de investigación:

**¿Cuáles son los factores que provocan la falta de interés por la prevención bucal en pacientes de 30-60 años pertenecientes al ISEM municipio de Acambay, México?**

### 3. Justificación

Esta investigación se realizara con la finalidad de saber los principales factores que provocan la falta de interés por la prevención bucal, así mismo dar a conocer al paciente la importancia de la prevención bucal para evitar futuras enfermedades bucales como la caries y la enfermedad periodontal, ya que estas constituyen los índices más altos de porcentaje en el país, de la misma manera que el odontólogo implemente como prioridad en su labor la prevención, explicando las consecuencias de una mala higiene bucal, enseñando los diferentes tipos de técnicas de cepillado dependiendo sea el caso.

Los responsables de la Educación para la Salud Bucal son los hogares, pero no todos los padres están preparados para poder realizarlo correctamente, ya que muchos transmiten a sus hijos la cultura que ellos recibieron, con conceptos y hábitos equivocados y muchas veces perjudiciales para el niño, lo ideal es comenzar con las acciones preventivas desde la gestación.

La atención preventiva es la mejor manera de combatir futuros problemas dentales, entre estos encontramos la aplicación de fluoruros y selladores así como la instrucción a los padres y niños sobre salud dental.

Así como el odontólogo una vez que detectara cual es el factor causal de la falta de interés en su salud bucal tome decisiones favorables para la mejor calidad de vida del paciente.

## **4. Hipótesis**

### **Hipótesis de trabajo**

- La falta de educación para la salud bucal es uno de los factores que provocan la ausencia de interés por la prevención bucal en pacientes de 30-60 años pertenecientes al ISEM municipio de Acambay, Mexico.

### **Hipótesis nula**

- La falta de educación para la salud bucal no es uno de los factores que provocan la ausencia de interés por la prevención bucal en pacientes de 30-60 años pertenecientes al ISEM municipio de Acambay, Mexico.

## **5. Objetivos**

### **Objetivo general**

Determinar los factores que provocan la ausencia de interés por la prevención bucal en pacientes de 30-60 años pertenecientes al ISEM municipio de Acambay, México.

### **Objetivos específicos**

- Medir el nivel socioeconómico de los pacientes.
- Conocer si se aplican programas de salud y prevención bucal.
- Conocer el número de veces que acuden los pacientes al odontólogo.
- Medir el grado de conocimiento sobre prevención bucal.
- Conocer el grado máximo de estudios.



## **6. Materiales y métodos**

### **Diseño del estudio**

- Observacional

### **Población y universo del estudio**

- 50 Mujeres
- 50 Hombres

### **Muestreo**

No probabilístico por cuota y conveniencia

### **Criterios de:**

#### **Inclusión**

Pacientes adultos entre 30 y 60 años

Pacientes que deseen participar en el estudio

Pacientes que acudan a la clínica

#### **Exclusión**

- Pacientes pediátricos
- Pacientes mayores de 60 años
- Pacientes menos de 30 años
- Pacientes que no deseen participar en el estudio
- Pacientes con impedimentos motrices o mentales

#### **Eliminación**

- Cuestionarios mal contestados

## Variables de estudio

### Dependientes

Variable	Descripción conceptual	Definición operacional	Escala de medición	Unidad de medición	Etiqueta
<b>Factor económico</b>	Son actividades que tienden a incrementar la capacidad productiva de bienes y servicios de una economía, para satisfacer las necesidades socialmente humanas.	1. Nivel bajo 2. Nivel medio 3. Nivel alto	<b>Cualitativa</b>	<b>Político ordinal</b>	<b>Nivel económico</b>
<b>Factor social</b>	Son aquellas cosas que afectan a los seres humanos en su conjunto sea en el lugar y en el espacio en el que se encuentren.	1.Si 2.No	<b>Cualitativa</b>	<b>Político ordinal</b>	<b>Nivel social</b>
<b>Factor Político</b>	Son los referentes a todo lo que implica la posición del poder en nuestra sociedad que	1. Si 2. No	<b>Cualitativa</b>	<b>Político ordinal</b>	<b>Nivel político</b>

---

tendrá una  
repercusión  
económica

<b>Factor cultural</b>	Conjunto de condiciones o aspectos culturales presentes en el proceso de desarrollo cultural de los individuos, grupos, colectivos, comunidades, naciones, países, que influyen positiva o negativamente en el desarrollo cultural.	1. Muy importante 2. Importante 3. Poco o nada importante	<b>Cualitativa</b>	<b>Político ordinal</b>	<b>Nivel cultural</b>
------------------------	---	---	--------------------	-------------------------	-----------------------

<b>Visitas al odontólogo</b>	Número de veces que acude al odontólogo	1. Una vez al año 2. Dos veces al año 3. Tres veces al año o más	<b>Cualitativa</b>	<b>Político ordinal</b>	<b>Conocimiento visitas</b>
------------------------------	---	--	--------------------	-------------------------	-----------------------------

---

---

		4. Solo cuando tengo dolor o infección				
		5. Nunca				
<b>Conocimiento de caries</b>	Nivel de conocimiento acerca de la caries dental	1.Si 2.No	<b>Cualitativa</b>	<b>Político ordinal</b>	<b>Conocimiento Caries</b>	
<b>Conocimiento de Cepillado dental</b>	Nivel de conocimiento sobre la prevención que da el cepillado dental	1. Verdadero 2. Falso 3. No se	<b>Cualitativa</b>	<b>Político ordinal</b>	<b>Conocimiento cepillado</b>	
<b>Motivo del cepillado</b>	Causas que realizan el cepillado dental	1. Para tener buen aliento y dientes blancos 2. Para eliminar bacterias de la boca y evitar enfermedades 3. Por costumbre 4. No creo que sea útil	<b>Cualitativa</b>	<b>Político ordinal</b>	<b>Motivo cepillarse</b>	
<b>Importancia del cepillado</b>	Nivel de importancia que ocupa el cepillado dental	1. Muy importante 2. Importante	<b>Cualitativa</b>	<b>Político ordinal</b>	<b>Importancia</b>	

---

---

		3. Poco o nada importante			<b>cepillarse</b>
<b>Conocimiento en la dieta</b>	Nivel de conocimiento acerca de los resultados en una dieta alta en azúcares	1. Verdadero 2. Falso 3. No se	<b>Cualitativa</b>	<b>Político ordinal</b>	<b>Conocimiento dieta</b>
<b>Conocimiento del Hilo dental</b>	Nivel de conocimiento en la prevención que provoca el uso del hilo dental	1. Verdadero 2. Falso 3. No se	<b>Cualitativa</b>	<b>Político ordinal</b>	<b>Conocimiento Hilo</b>
<b>Cambio de cepillo dental</b>	Periodo que transcurre para realizar el cambio de un cepillo dental.	1. 1-3 meses 2. 4-6 meses 3. 7-12 meses 4. Después de un año 5. No lo sé no me acuerdo	<b>Cualitativa</b>	<b>Político ordinal</b>	<b>Cambio o cepillo</b>
<b>Veces del cepillado dental</b>	Número de veces que se realiza el cepillado dental	1. Nunca 2. Una vez a la semana 3. Una vez al día 4. Una o dos veces al día	<b>Cualitativa</b>	<b>Político ordinal</b>	<b>Veces cepillarse</b>

---

---

		5. Dos o más veces al día			
<b>Importancia de visitar al odontólogo</b>	Nivel de importancia que se le asigna a la visita odontológica	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Muy importante</li> <li>2. Importante</li> <li>3. Poco o nada importante</li> </ol>	<b>Cualitativa</b>	<b>Político ordinal</b>	<b>Importancia visita</b>
<b>Conocimiento de la higiene dental</b>	Nivel de conocimiento acerca de la relación entre el estado dental y la salud	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Si</li> <li>2. No</li> <li>3. No se</li> </ol>	<b>Cualitativa</b>	<b>Político ordinal</b>	<b>Conocimiento salud</b>

---

## Procedimiento

Se comenzó el proyecto de esta investigación eligiendo el tema ya que la prevención oral hoy en día es el principal factor para combatir las enfermedades bucodentales más comunes como lo es la caries y la enfermedad periodontal, posteriormente se realizó una recolección de información (15 artículos relacionados con el tema) los cuales se estudiaron y analizaron previo a la autorización.

Para formular el cuestionario se buscó uno relacionado al tema y que estuviera validado previamente, el artículo encontrado lleva por nombre: diseño y validación de un cuestionario para medir conocimientos, actitudes y prácticas en adolescentes frente al cuidado de la salud bucal, elaborado por Lilibeth Alvarez Hernandez y Zully Rosalba Clavijo Rojas.

En este explican que el cuestionario fue diseñado por las investigadoras y sus asesores, basado en estudios científicos, seguidamente se realizó la validación de contenido por parte de un grupo de expertos en cuestionarios psicotécnicos (3 psicólogos), quienes analizaron que las preguntas fueran acordes a cada uno de los dominios (conocimientos, actitudes y prácticas). Posteriormente el cuestionario fue evaluado por cuatro odontólogos con más de 10 años de experiencia en el área clínica, quienes hicieron algunas recomendaciones frente a la redacción de las preguntas.

Después de esto se realizó una aplicación de un cuestionario a 25 estudiantes del colegio Eduardo Carranza, con características iguales a las de la población en la que se aplicó el cuestionario para ser validado. Esta fue una prueba cualitativa, para observar si los estudiantes comprendían las preguntas y cuánto tiempo gastaban en responder el cuestionario.

Gracias a la realización de esta prueba se pudo ver que los adolescentes demoraron en promedio 15 minutos en contestar el cuestionario, pero no todos lo hacían con la suficiente seriedad y a conciencia, por lo cual se recomienda que el instrumento no sea auto aplicado sino que se realice por encuestadores o entrevistadores.

Al ser validado y autorizado el cuestionario, se aplicaron 100 cuestionarios en formato de entrevista los cuales serán dirigidos a 50 hombres y 50 mujeres en el

ISEM perteneciente al municipio de Acambay, Estado de México, previo a ello se aplicó una prueba piloto la cual estuvo basada en aplicar 15 cuestionarios sin condición de edad ni genero para poder así crear una base de datos la cual nos ayudó a identificar el tipo de retroalimentación que se obtuvo, saber si al cuestionario le era necesario agregar o quitar preguntas y por ultimo saber si este mide correctamente los objetivos que se buscaron.





## **7. Consideraciones bioéticas**

El presente proyecto de investigación cumple con los lineamientos establecidos en la ley general de salud en materia de investigación y anonimato, siguiendo las pautas que dicta la declaración Helsinki “Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos”, la Norma Oficial Mexicana NOM-013-SSA2-2014 para la prevención y el control de enfermedades bucales y la Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012 que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos y el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de investigación para la Salud. Cabe mencionar que guardar la confidencialidad de los sujetos de estudio fue indispensable en el desarrollo de este proyecto.

## 8. Resultados

El cuestionario quedo conformado por 15 preguntas y el cual fue aplicado a 100 pacientes del ISEM Acambay, el primer resultado que obtuvimos fue el grado de estudios como se presenta en la tabla 1 que se muestra a continuación, en el observamos que la población presenta un bajo grado de estudios puesto que la mayoría se agrupa en el nivel básico (primaria y secundaria) conformando el 42%, seguido del 33% con nivel medio superior (preparatoria) y por último el nivel superior (licenciatura) con solo el 25%, posterior a esto. En la tabla 2 referente a la primera pregunta del cuestionario observamos que la mayoría de la población considera que su nivel económico es “medio-bajo”, como dato adicional una gran parte de los encuestados refería que su nivel económico tenía relación con su grado escolar y con los índices de empleo en el país.

Al preguntar acerca de los programas de prevención bucal que implementa el gobierno en el municipio como se muestra en la tabla 3, el 86% (más de  $\frac{3}{4}$  del total) contestó no conocer ningún programa de prevención bucal que este implementando el gobierno y solo el 14% contestó si haber conocido.

En la tabla 4 se muestra el objetivo de saber a detalle cuanto es el número de visitas que la población acude al odontólogo anualmente, la pregunta número 5 del cuestionario fue precisa y teniendo como opción de respuesta 1 (una vez al año), respuesta 2 (dos veces al año), respuesta 3 ( tres veces al año o más), respuesta 4 ( solo cuando tengo dolor o infección), respuesta 5 (nunca), el resultado arrojado fue que el 67% (la gran mayoría) solo acude con su odontólogo cuando presenta dolor, alguna infección o complicación.

Para indagar sobre el objetivo de medir el grado de conocimiento que tienen los pacientes sobre la prevención bucal el resto de preguntas en el cuestionario arrojaron este resultado, anexando por ultimo el resultado más referentes en cuanto a este objetivo observamos que en la pregunta número 7, tabla 5 el 58% considera que el cepillar sus dientes si previene a la caries dental, el 3% considera que no y el 39% contesto que no sabe, otra pregunta referente fue la número 10, tabla 6 en

ella se preguntó si comer y beber alimentos duces provocaba caries, como primer respuesta el 85% respondió si, como segunda el 8% respondió no y con el 7% la tercer respuesta que fue no sé.

Acerca del hilo dental la pregunta número 11, tabla 7 nos indicó que porcentaje de población considera que el hilo dental puede prevenir la caries resultando que el 22% si lo considera, el 12% no lo considera y el 66% no lo sabe.

Por último la pregunta número 13, tabla 8 indica cada cuanto el paciente cepilla sus dientes resultando con el mayor porcentaje la respuesta numero 3 (una sola vez al día) seguido con el 40% la respuesta numero 4 (una o dos veces al día), con un empate el 8% ambas la respuesta 2 (una vez a la semana) y la respuesta 5 (dos o más veces al día) con el menor porcentaje 2% se encontró la respuesta numero 1(nunca).

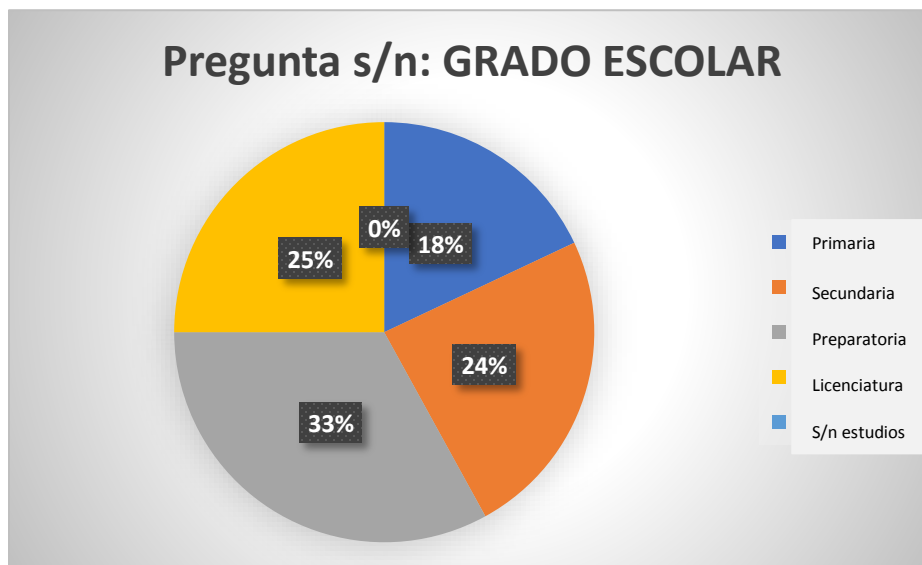
**Tabla 1**

**Nivel de estudios que presenta la población a la cual fue aplicado el trabajo de campo.**

Grado Escolar	Numero de Personas
<b>Primaria</b>	18
<b>Secundaria</b>	24
<b>Preparatoria</b>	33
<b>Licenciatura o mas</b>	25
<b>Sin estudios</b>	0

Fuente: Tabla de registro de datos obtenidos del cuestionario para identificar los factores que provocan la ausencia de interés por la prevención bucal.

**Gráfica 1**



Fuente: Tabla 1.

**Tabla 2**

**Consideraciones que tiene la población a la cual fue aplicado el trabajo de campo referente a su nivel económico.**

Nivel económico	Numero de Personas
<b>Bajo</b>	16
<b>Medio</b>	83
<b>Alto</b>	1

Fuente: Tabla de registro de datos obtenidos del cuestionario para identificar los factores que provocan la ausencia de interés por la prevención bucal.

**Gráfica 2**



Fuente: Tabla 2.

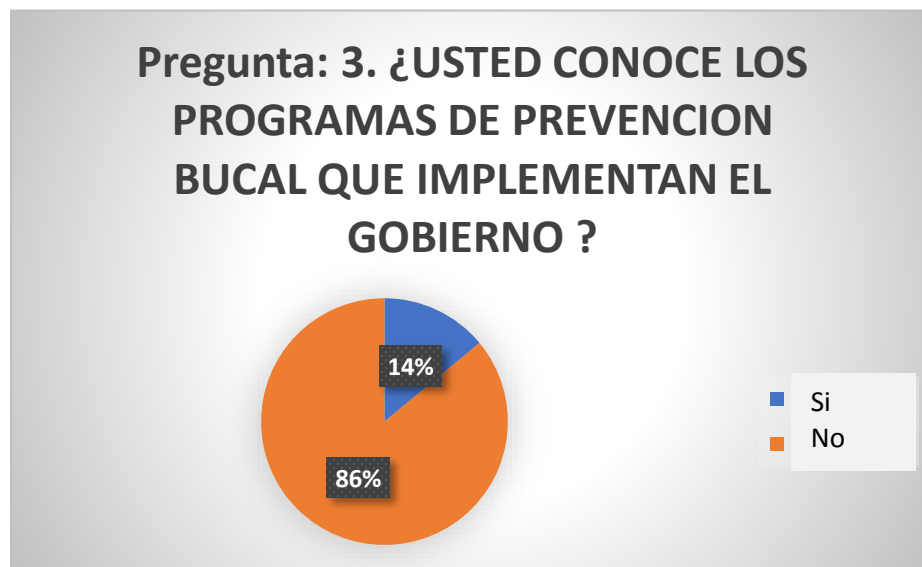
**Tabla 3**

**Conocimiento que tiene la población a la cual fue aplicado el trabajo de campo referente a los programas de prevención bucal que implementa el gobierno.**

Conocimiento	Numero de Personas
Si	14
No	86

Fuente: Tabla de registro de datos obtenidos del cuestionario para identificar los factores que provocan la ausencia de interés por la prevención bucal.

**Gráfica 3**



Fuente: Tabla 3.

**Tabla 4**

**Número de visitas al odontólogo que acude la población a la cual fue aplicado el trabajo de campo.**

Visitas	Numero de Personas
Una vez al año	17
Dos veces al año	11
Tres veces al año o mas	5
Solo cuando tengo dolor o infección	67
Nunca	0

Fuente: Tabla de registro de datos obtenidos del cuestionario para identificar los factores que provocan la ausencia de interés por la prevención bucal.

**Gráfica 4**



Fuente: Tabla 4.



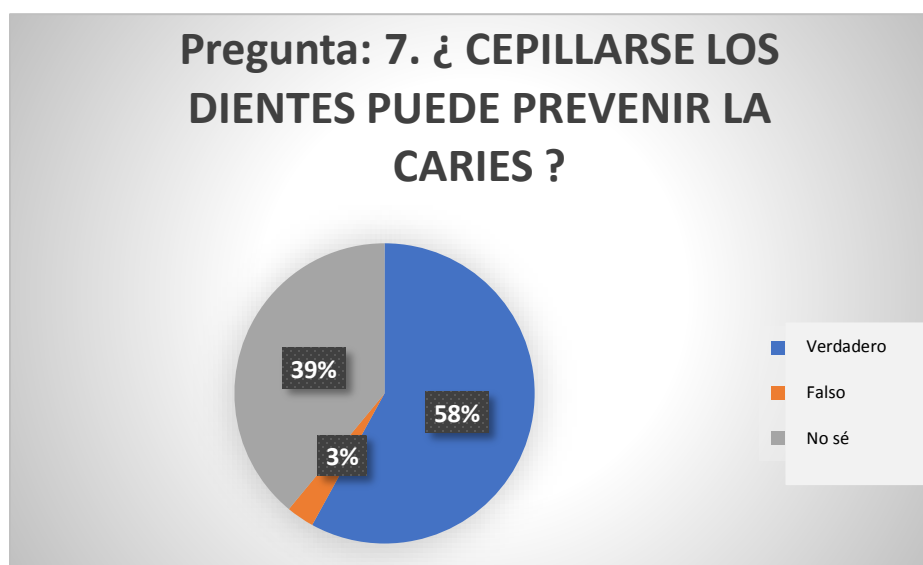
**Tabla 5**

**Conocimiento que presenta la población a la cual fue aplicado el trabajo de campo si cepillar los dientes puede prevenir la caries.**

Conocimiento	Numero de Personas
<b>Verdadero</b>	58
<b>Falso</b>	3
<b>No sé</b>	39

Fuente: Tabla de registro de datos obtenidos del cuestionario para identificar los factores que provocan la ausencia de interés por la prevención bucal.

**Gráfica 5**



Fuente: Tabla 5.

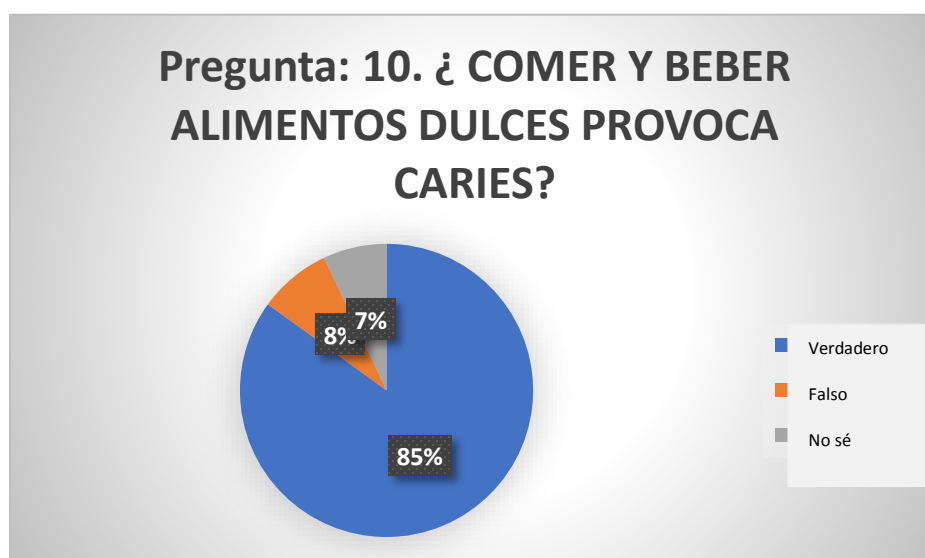
**Tabla 6**

**Conocimiento que presenta la población a la cual fue aplicado el trabajo de campo si comer y beber alimentos dulces provoca caries.**

Conocimiento	Numero de Personas
<b>Verdadero</b>	85
<b>Falso</b>	8
<b>No sé</b>	7

Fuente: Tabla de registro de datos obtenidos del cuestionario para identificar los factores que provocan la ausencia de interés por la prevención bucal.

**Gráfica 6**



Fuente: Tabla 6.

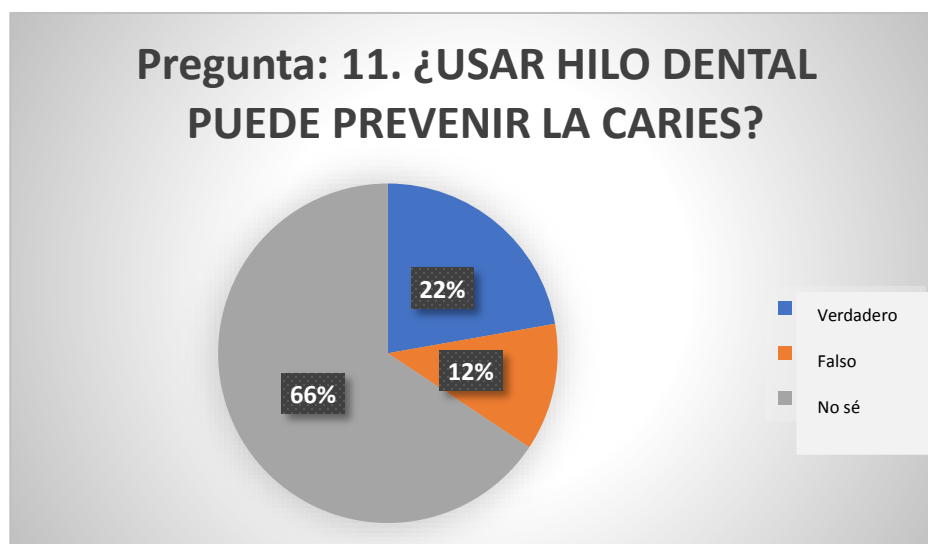
**Tabla 7**

**Conocimiento que presenta la población a la cual fue aplicado el trabajo de campo si usar hilo dental puede prevenir la caries.**

Conocimiento	Numero de Personas
<b>Verdadero</b>	22
<b>Falso</b>	12
<b>No sé</b>	66

Fuente: Tabla de registro de datos obtenidos del cuestionario para identificar los factores que provocan la ausencia de interés por la prevención bucal.

**Gráfica 7**



Fuente: Tabla 7.

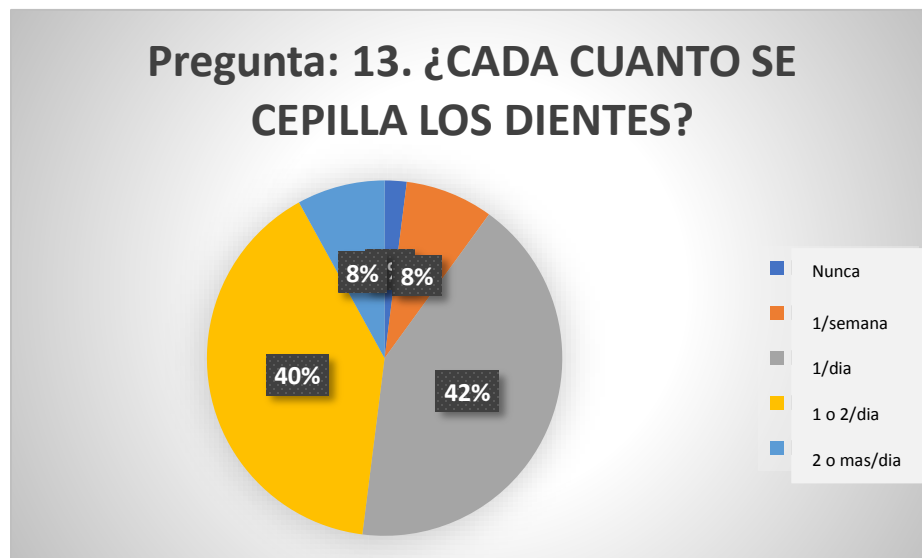
**Tabla 8**

**Número de veces que la población a la cual fue aplicado el trabajo de campo cepilla sus dientes.**

Número de veces	Numero de Personas
<b>Nunca</b>	2
<b>Una vez a la semana</b>	8
<b>Una vez al día</b>	42
<b>Una o dos veces al día</b>	40
<b>Dos o más veces al día</b>	8

Fuente: Tabla de registro de datos obtenidos del cuestionario para identificar los factores que provocan la ausencia de interés por la prevención bucal.

**Gráfica 8**



Fuente: Tabla 8.

## 9. Discusión

El cuestionario aplicado a 100 pacientes del ISEM Acambay tenía objetivos de resultado muy claros, los cuales estaban explícitos en las preguntas que conformaban dichas preguntas las cuales fueron previamente validadas y derivadas del proyecto de investigación de las doctoras Lilibeth Alvarez Hernandez y Zully Rosalba Clavijo Rojas.

A diferencia de este proyecto que lleva por nombre (diseño y validación de un cuestionario para medir conocimientos, actitudes y prácticas en adolescentes frente al cuidado de la salud bucal), en este caso se aplicó el cuestionario a adultos y adultos mayores con un rango de edad de 30 a 60 años, variando considerablemente algunos resultados ya que los objetivos de estudio también eran diferentes.

En cuanto a las pocas similitudes que presentan ambos proyectos, se puede mencionar como principal que la falta de interés por la prevención o el cuidado bucal no precisa de edades, ya que en el proyecto de las doctoras Lilibeth Alvarez Hernandez y Zully Rosalba Clavijo Rojas podemos observar que también el adolescente presenta una gran ausencia de conocimiento y prácticas enfocadas a su higiene bucal independientemente del grado de estudios que esté presente.

Por su parte los resultados arrojados de esta investigación se presentan en la siguiente tabla mostrando el conteo a cada respuesta de las 15 preguntas que conformaban el cuestionario.

Cabe resaltar que el cuestionario base para extraer dichas preguntas fue evaluado por tres psicólogos expertos los cuales analizaron que el lenguaje fuera el adecuado para la población objeto de estudio. Posteriormente fue evaluado el contenido por cuatro odontólogos expertos en el área clínica, con más de diez años de experiencia profesional, quienes hicieron algunas recomendaciones frente a la redacción de las preguntas y se realizaron las correcciones indicadas.

Posteriormente, se realizó una prueba piloto con 25 personas, con características similares a las de la población objeto de estudio, para hacer una valoración cualitativa de la comprensión de las preguntas por parte de ellos.

De este ejercicio se concluyó que las preguntas están claras, son comprensibles y lo más adecuado es no realizar el cuestionario auto aplicada porque no responden con seriedad y honestidad las preguntas.

La tabla se explica de manera precisa agrupando el número de la pregunta en la parte superior de izquierda a derecha, la primera fila se designó sin número a la pregunta correspondiente al grado escolar. De superior a inferior tenemos agrupadas en la primera fila, el número que corresponde a cada respuesta.

Los colores designados a cada resultado se designaron en base a la distinción de cada tabla porcentual de la pregunta, se observa claramente en la tabla la respuesta con el índice más alto, la media y la respuesta con el índice más bajo.

### 9.1 Tabla conteo de resultados total

Conteo	#	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Respuesta 1	18	16	38	14	26	17	97	58	28	42	85	22	19	2	30	68
Respuesta 2	24	83	62	86	71	11	1	3	69	58	8	12	69	8	67	1
Respuesta 3	33	1	0	0	1	5		39	3	0	7	65	10	42	3	31
Respuesta 4	25					67			0				2	40		
Respuesta 5	0					0							0	8		

## 10. Conclusiones

La prevención es la principal cualidad es un individuo para llevar una vida en armonía y así poder evitar alguna enfermedad, complicación o problema a futuro en cualquier ámbito, en base a esta investigación se concluye que actualmente la prevención por la salud bucal presenta un considerable declive a través de los años incluyendo como principales factores que lo atribuyen, el factor social, político, económico, cultural e intelectual.

Con base en los resultados del cuestionario aplicado a la población perteneciente al ISEM Acambay, México, consideró una población de nivel educativo bajo, agrupándose el mayor porcentaje en el nivel básico de educación lo que no permite conocer a las personas los riesgos y complicaciones que conllevan las principales enfermedades bucodentales como lo son la caries y la enfermedad periodontal, agravando y siendo a su vez estas dos (enfermedades asintomáticas) así también los factores de riesgo en su dieta como lo es la alta ingesta de alimentos y bebidas ricas en azúcares.

Aunado a esto el nivel económico considerado por la misma población hace que la falta de interés por la prevención vaya en aumento dando poca importancia al cepillado dental y al uso de hilo y enjuague bucal, sin tomar en cuenta una cita periódica al odontólogo.

Como factor político el hecho de que la población tenga muy poco o nulo conocimiento de las campañas de salud bucal que implementa el gobierno, no favorece al resultado de las mismas, y dándole a este mismo factor un incremento más a la falta de interés.

Independientemente de todos estos factores considero como opinión propia al “factor personal” como el primer factor que influye en la falta de interés por la prevención bucal, conformado este factor por la ausencia de ímpetu por llevar consigo una vida de armonía y bienestar del propio individuo, sus deficientes hábitos higiénicos que se han vuelto costumbre a través de los años así como la ignorancia, falta de interés y aprecio que este mismo tiene hacia su persona.



## 11. Referencias

1. Espinoza Usaqui, Erika Marisol  
Pachas-Barrionuevo, Flor de María  
Programas preventivos promocionales de salud bucal en el Perú.  
Revista Estomatológica Herediana, vol. 23, núm. 2, abril-junio, 2013, pp. 101-108  
Universidad Peruana Cayetano Heredia Lima, Perú
  
2. Carlo E. Medina Solís,  
Gerardo Maupomé,  
Leticia Avila-Burgos,  
Ricardo Pérez Núñez 2,  
Blanca Pelcastre Villafuerte,  
América P. Pontigo Loyola  
Políticas de salud bucal en México: Disminuir las principales enfermedades. Una descripción.
  
3. Andrés Alonso Agudelo Suárez  
Eliana Martínez Herrera  
La salud bucal colectiva y el contexto colombiano: un análisis crítico  
Fecha de recepción: 11-11-08 Fecha de aceptación: 28-02-09
  
4. Miriam Ortega Maldonado,  
Vanesa Mota Sanhua,  
Juan C. López-Vivanco  
Estado de Salud Bucal en Adolescentes de la Ciudad de México  
Clínica ABC Amistad. Centro Médico ABC, Santa Fe. México.
  
5. Córdova Hernández Juan Antonio,  
Bulnes López, Rosa María  
Nivel de conocimiento sobre prevención de salud bucal en gestantes, hospital de la mujer, Villahermosa, Tabasco 2007

Horizonte Sanitario, vol. 6, núm. 2, mayo-agosto, 2007, pp. 18-25  
Universidad Juárez Autónoma de Tabasco Villahermosa, México

6. Dr. Julio César Rangel Rivera

Dra. Gema Lauzardo García del Prado.

Dra. Maritzabel Quintana Castillo

Dra. C. María Elena Gutiérrez Hernández

Dra. Norlistaymi Gutiérrez Hernández

Necesidad de crear programas de promoción y prevención en el adulto mayor

7. Daniel Pedro Núñez

Lic. Lourdes García Bacallao

Bioquímica de la caries dental

Universidad de Ciencias Médicas de La Habana

Instituto de Ciencias Básicas y preclínicas Victoria de Girón

8. Paola Carvajal

Especialista en Periodoncia, Magíster en Salud Pública,

Enfermedades periodontales como un problema de salud pública: el desafío del nivel primario de atención en salud Departamento de Odontología Conservadora,

Facultad de Odontología,

Universidad de Chile, Santiago de Chile, Chile.

9. Marta María Capote Fernández,

Learsys Ernesto Campello Trujillo

Importancia de la familia en la salud bucal

Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, Cuba.

10. Mirna Mendoza Fernández,

Ana Margarita Ordaz González,

Alina del Carmen Abreu Noroña,

Odelkis Romero Pérez,

Marycel García Mena

## Intervención educativa para la prevención del cáncer bucal en adultos Mayores

11. Lilibeth Álvarez Hernández,

Zully Rosalba Clavijo Rojas

Diseño y validación de un cuestionario para medir conocimientos, actitudes y prácticas en adolescentes frente al cuidado de la salud bucal

Universidad Cooperativa de Colombia

Facultad de Odontología Villavicencio/Meta 2016

12. Martha Cecilia Rodríguez Vargas

Nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal en gestantes del Hospital Nacional A. Carrión en el año 2002

Lima-Perú 2002

13. Dra. Johany Duque de Estrada Riverón,

Dr. José Alberto Pérez Quiñonez,

Dra. Iliana Hidalgo-Gato Fuentes

Caries dental y ecología bucal, aspectos importantes a considerar

Facultad de Ciencias Médicas de Matanzas “Juan Guiteras Gener”

14. Paola Carvajal

Enfermedades periodontales como un problema de salud pública: el desafío del nivel primario de atención en salud

Especialista en Periodoncia, Magíster en Salud Pública, Departamento de Odontología Conservadora, Facultad de Odontología, Universidad de Chile, Santiago de Chile, Chile

15. Soria Hernández, Ma. Alejandra,

Hábitos de higiene bucal y su influencia sobre la frecuencia de caries dental

Acta Pediátrica de México

## 12. ANEXOS

### 12.1: Cuestionario para identificar los factores que provocan la ausencia de interés por la prevención bucal

Nombre:

Edad:

Genero:

Estado Civil:

Grado escolar:

1. Primaria
2. Secundaria
3. Preparatoria
4. Licenciatura o mas
5. Sin estudios

1.- ¿Usted considera que su nivel económico es?

1. Bajo                                      2. Medio                                      3. Alto

2.- ¿Usted considera a su municipio con buenos índices de salud bucal?

1. Si    2. No

3.- ¿Usted conoce los programas de prevención bucal que implementa el gobierno?

1. Si    2.No

4.- ¿Qué tan importante es para usted tener una boca sana?

1. Muy importante                      2.Importante                              3. Poco o nada importante

5.- ¿Cada cuánto va al odontólogo?

1. Una vez al año
2. Dos veces al año
3. Tres veces al año o mas
4. Solo cuando tengo dolor o infección
5. Nunca

6.- ¿Sabe usted que es la caries dental?

1. Si    2. No

7.- ¿Cepillarse los dientes puede prevenir la caries?

1. Verdadero                              2. Falso                              3. No se

8.- ¿Por qué se cepilla los dientes?

1. Para tener buen aliento y dientes blancos
2. Para eliminar bacterias de la boca y evitar enfermedades
3. Por costumbre
4. No creo que sea útil

9.- ¿Qué tan importante es para usted limpiar sus dientes?

- 1.-Muy importante              2.-Importante                      3.-Poco o nada importante

10.- ¿Comer y beber alimentos dulces provoca caries?

1. Verdadero                              2. Falso                              3. No se

11.- ¿Usar hilo dental puede prevenir la caries?

1. Verdadero                              2. Falso                              3. No se

12.- ¿Cada cuánto cambia su cepillo de dientes?

1. 1-3 meses
2. 4-6 meses
3. 7-12 meses
4. Después de un año
5. No lo sé no me acuerdo

13.- ¿Cada cuánto se cepilla los dientes?

1. Nunca
2. Una vez a la semana
3. Una vez al día
4. Una o dos veces al día
5. Dos o más veces al día

14.- ¿Es importante para usted visitar al odontólogo al menos una vez al año, incluso si no tiene problemas o dolor en los dientes?

1. Muy importante
2. Importante
3. Poco o nada importante

15.- ¿Considera que el estado de sus dientes puede afectar su salud?

1. Si    2. No    3. No se

## 12.2: Hoja de consentimiento informado

Yo,

\_\_\_\_\_

He leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de forma satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Acepto participar en el presente estudio.

Nombre Completo del Participante: \_\_\_\_\_

Firma del participante: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Esta parte debe ser completada por el investigador:

He explicado al sr(a) \_\_\_\_\_ la naturaleza y los propósitos de la investigación, le he explicado a cerca de los riesgos y beneficios que implica su participación. He contestado las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tiene alguna duda. Acepto que he leído y conozco la normatividad correspondiente para realizar investigación con seres humanos y me acojo a ella.

Una vez aclaradas todas las inquietudes por parte del participante se firma el presente documento.

Nombre Completo del Investigador: \_\_\_\_\_

Firma del investigador: \_\_\_\_\_

12.3: Fotografías trabajo de campo









### 13. OFICIOS



Universidad de Ixtlahuaca, UICUI  
Agosto, 2020, Ixtlahuaca Edo. Mex.

**Presente:**

Por medio del presente me dirijo a usted **M.E.G.O Yareli Garrido Espinosa** brindándole un cordial saludo y pidiendo su apoyo y autorización para que el pasante de la licenciatura de Cirujano Dentista **Oscar Jesús Alanís López** se le permita aplicar 100 cuestionarios el día martes 18 de agosto del presente año a los pacientes del Hospital Municipal de Acambay (Isem) en un horario matutino, esto con la finalidad de concluir su proyecto de tesis que lleva por título: "FACTORES QUE PROVOCAN LA AUSENCIA DE INTERÉS POR LA PREVENCIÓN BUCAL EN PACIENTES PERTENECIENTES AL ISEM MUNICIPIO ACAMBAY, MÉXICO"

Sin más por el momento me despido de usted sin antes agradecer su atención, apoyo y respuesta a esta solicitud.

SOLICITA

M. en C. Elizabeth Sánchez Gutiérrez  
Directora de la Licenciatura

AUTORIZA

M.E.G.O Yareli Garrido Espinosa  
Directora del Hospital



# UNIVERSIDAD DE IXTLAHUACA CUI

Incorporada la Universidad Nacional Autónoma de México

IXTLAHUACA, MÉXICO A 18 DE SEPTIEMBRE DE 2020

**ASUNTO: ASIGNACIÓN DE REVISORES DE PROTOCOLO DE TESIS**

**A QUIEN CORRESPONDA:**

DOCENTE DE LA LICENCIATURA DE CIRUJANO DENTISTA  
UNIVERSIDAD DE IXTLAHUACA CUI

**PRESENTE**

Por medio de la presente me dirijo a usted de la manera más atenta para informarle que se asigna como revisor (a) para dar continuidad a las observaciones, metodológicas, gramaticales o de estilo al protocolo de tesis **FACTORES QUE PROVOCAN LA AUSENCIA DE INTERES POR LA PREVENCIÓN BUCAL EN PACIENTES DE 30 – 60 AÑOS PERTENECIENTES AL ISEM MUNICIPIO DE ACAMBAY, MEXICO.** que realiza **OSCAR JESUS ALANIS LOPEZ** de la Licenciatura de Cirujano Dentista de la Universidad de Ixtlahuaca CUI, A.C.

Me permito solicitar su apoyo importante para la realización de este proyecto para mejora y enriquecimiento de la tesis, quedo en espera de comentarios. así mismo, nos emita el visto bueno y aprobación del proyecto con las correcciones pertinentes realizadas.

En espera de autorización, sin más por el momento le agradezco a usted el apoyo brindado siempre para la institución.

Anexo nombre de docentes asignado para revisión

**ASESOR: E. EN OP JUANA GABRIELA ESPINOZA SUAREZ**

**ASESOR METODOLOGICO: MCO. PIERRE GONZALEZ DIAZ**

1	CD. RUTH ROMERO MARTINEZ	
2	CD. EMMANUEL MEJIA RODRIGUEZ	
3	CD. ILSE SUAREZ SUAREZ	
4	E. EN OP SERGIO ARRIGA GUILLEN	

**ATENTAMENTE  
"TRABAJO, EDUCACIÓN Y SUPERACIÓN"**

**C.D MARY CARMEN SUAREZ BENITEZ  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE EVALUACION PROFESIONAL  
LICENCIATURA DE CIRUJANO DENTISTA**