

3
2ij



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

F.E.S. ZARAGOZA

**"ASOCIACION ENTRE HABITOS DE HIGIENE ORAL,
PERSONALIDAD Y EXPECTATIVAS DE LA
PRACTICA PROFESIONAL EN ALUMNOS DE LA
CARRERA DE CIRUJANO DENTISTA"**

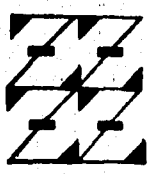
T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A N :

**GARCIA MORALES SARA
HERNANDEZ ALBA GABRIELA**

DIRECTOR: C.D. BEATRIZ GURROLA MARTINEZ

**U.N.A.M.
FEB
ZARAGOZA**



**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**
MEXICO, D. F.

1996

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



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.

A DIOS

Por qué sin él nada podemos hacer.

A MIS PADRES

Por todo el apoyo que desde siempre he recibido de ustedes; y por hacerme con su enseñanza un ser capaz de amar, después de haber recibido su amor. Por ser mi guía y ejemplo para luchar y salir triunfante. Gracias Madre por que pusiste en mí la semilla más importante que puede recibir un ser humano, el respeto y amor a Dios, dándome así la mejor arma en la vida.

A MIS HERMANOS

Por qué con sus huellas por este camino me enseñaron el sendero del bien y me evitaron tropezar en los abismos de la vida por su cariño y comprensión, y por darme unos lazos que jamás se podrán romper. A ustedes y sus respectivas familias. Gracias.

A MIS HERMANAS

Gracias por su cariño, su apoyo moral y económico que siempre me brindaron, gracias por rebasar lo sanguíneo y convertirse en verdaderas amigas, por qué con su ejemplo, no sólo crecí físicamente si no que me enseñaron a ser una mujer con convicciones y decisiones firmes para enfrentar la vida.

BERE, MARY Y LAURA

Gracias por existir.

A MI UNIVERSIDAD

Por ser la máxima casa de estudio y abrirme sus puertas para mi superación, especialmente a la F.E.S. Zaragoza donde tantas horas viví, convirtiéndose en una gran parte de mí, llena de recuerdos y vivencias que me hicieron profesional y mujer.

A LA DRA. BEATRIZ GURROLA

Por su capacidad para compartir el mucho conocimiento que tiene como profesional y por su ejemplo como persona, convirtiéndola en un ser digno de admiración y respeto. Gracias.

A TODOS LOS PROFESORES

Por ser compartidos para conmigo en el plan profesional, transmitiendome su conocimiento incrementando con su experiencia mi nivel del saber.

A MIS AMIGOS

Lili (casi mi hermana), Armando, Luis A., Sofia, Miriam, Perla, Lalo, Ricardo, Omar, Jorge, Ruth, Norma y Monica pues al crecer conmigo se convirtieron no sólo en parte de mis recuerdos, sino también de mi corazón.

Norma M., Noemi V. y Luz Melgarejo, por su cariño, por compartir conmigo sus experiencias de la vida y por las horas de oración dedicadas a mi, por su ejemplo con admiración y respeto: Gracias.

Mario, Edgar, Esteban, Bere y Guadalupe por ser no solo mis compañeros de escuela, si no mis grandes amigos con quien comparti muchas cosas y a quienes ni el tiempo me hará olvidar; y con especial cariño a Adrian Cruz Lara por su ayuda invaluable en mi formación profesional cuando sin ningún interés me brindo su apoyo y se esforzo a la par, siendo un gran compañero de trabajo pero además uno de mis mejores amigos.

A GABY

Indiscutiblemente una gran mujer, pero mejor amiga aún, habria tantas y tantas cosas que agradecer que podria no terminar de escribir, por tu compañerismo, tu capacidad para dar antes de recibir, por todos los momentos de alegría, por soportarme, por ayudarme, en fin, por ser como eres. GRACIAS AMIGA.

A todas aquellas personas que nos ayudaron a hacer posible esta tesis Gracias.

ÍNDICE

	Pag.
- Resumen	3
- Justificación	4
- Introducción	5
- Marco Teórico	6
- Capítulo I	14
- Capítulo II	26
- Capítulo III	29
- Planteamiento del problema	36
- Hipótesis	37
- Objetivos	38
- Variables	39
- Diseño	40
- Procedimiento	41
- Anexos	43
- Análisis de resultados	78
- Conclusiones	80
- Bibliografía	82

ASOCIACIÓN ENTRE HÁBITOS DE HIGIENE ORAL, PERSONALIDAD Y EXPECTATIVAS DE LA PRACTICA PROFESIONAL EN ALUMNOS DE LA CARRERA DE CIRUJANO DENTISTA.

RESUMEN.

Lo realizado es la comparación de los hábitos de higiene oral de los alumnos de la carrera de cirujano dentista, para determinar si se despierta la conciencia de las ventajas de la aplicación de una práctica preventiva para el mantenimiento de la salud oral mediante el índice de higiene oral simplificado, y la asociación del locus de control como una característica de personalidad y las expectativas de la práctica profesional, llevándose a cabo en estudiantes de la carrera de cirujano dentista realizando el levantamiento de índices y aplicación de encuestas.

JUSTIFICACIÓN.

Es interesante observar que en el movimiento de prevención dental, iniciado en las postrimerías del siglo IX e inicios del XX, se dirigía específicamente a evitar las enfermedades orales y eliminar factores etiológicos como causa de enfermedades incipientes.

Con la aceptación general de la necesidad del valor de la higiene oral, gran interés y estudio se está presentando ahora a los deberes cada vez mayores del odontólogo como prestador de servicio a la comunidad quien debe asumir un papel muy importante en la conservación de la salud oral y al cual en la FES ZARAGOZA se capacita al alumno para enseñar promoción y prevención en el primer semestre de la carrera. Se sabe que al cepillar los dientes se mantendrán limpios y libres de depósitos dañinos, como la materia alba y la placa dentobacteriana, se ha comprobado que la falta de higiene permite la acumulación de irritantes bacterianos que inician la inflamación gingival.

En México no existen estudios referentes al perfil epidemiológico de la prevalencia de enfermedad periodontal.

La finalidad de este trabajo es demostrar si el alumno de la carrera de Cirujano Dentista realmente lleva a cabo, en el mismo, las actividades referentes a la higiene bucal personal, ya que se identificará una asociación, en el cual se observará el promedio del Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS) que se realiza el alumno en el primer semestre y posteriormente en el séptimo semestre, asociándolo con el locus de control como característica de personalidad y las expectativas de la práctica profesional.

La propuesta que se pretende dar con esta investigación es incrementar la motivación en los alumnos respecto a una Odontología Preventiva y lograr un cambio en la actitud del alumno una vez que este egresa y comienza su práctica profesional. Esta investigación es multidisciplinaria ya que se cuenta con la co-asesoría de un psicólogo para el manejo del Locus de Control.

INTRODUCCIÓN.

Dentro de las tendencias futuras de la odontología que propone la Organización Mundial de la Salud, el plan de estudios de la FES "Zaragoza" señala la orientación hacia dos aspectos importantes que son los relacionados con problemas en la comunidad de salud oral y la educación y promoción de la salud en el marco de atención primaria. La formación de los alumnos del primer año de la carrera de cirujano dentista se centra en las funciones profesionales de prevención y participación en los sistemas de atención de servicio odontológico, estas funciones son mediante la aplicación de métodos preventivos que deberán ser aplicados durante toda su práctica profesional.

Se hace necesario conocer las características psicológicas del estudiante de odontología para observar si este aprendizaje causa impacto y de esta manera crear las expectativas hacia la práctica profesional, pues dentro del campo de acción que abarcarán los odontólogos para contrarrestar las enfermedades bucodentales tendrán la importante tarea de ser educadores en salud.

MARCO TEÓRICO.

TENDENCIAS ACTUALES DE LA PROFESIÓN ODONTOLÓGICA.

A pesar que la Odontología tiende a ser practicada como profesión independiente, parece que experimenta también las tendencias de las demás profesiones de la salud. Estas tendencias han sido producidas por los cambios operados en el sistema social, en el cual estas profesiones actúan.

Las siguientes tendencias se identificaron durante el Simposio sobre el campo de acción futuro de la práctica odontológica ISLA CONTADORA 1973, son:

- * La racionalización de la utilización de los recursos humanos por medio del desarrollo del trabajo en equipo de salud.
- * Capacitación de los odontólogos para ampliar el campo de la prestación de servicios.
- * Utilización de auxiliares y de profesionales de carreras intermedias.
- * Aumento de los recursos humanos en salud para aumento de la efectividad de los servicios.
- * Uso de todas las instituciones de salud y demás servicios existentes en una área determinada, para fines docentes, además de los centros de salud, hospitales y clínicas dentales universitarias.
- * Orientación hacia los problemas de la comunidad más que a los del paciente en forma individual.
- * Institucionalización de los servicios de salud, bajo los auspicios de entidades públicas o privadas.
- * Desarrollo de programas para eliminar las barreras financieras.
- * Mayor convencimiento de la necesidad de una cooperación interdisciplinaria efectiva debido al mayor desarrollo biotecnológico.
- * Mayor uso de los recursos tecnológicos más actualizados y simplificación del equipo odontológico.

Las tendencias actuales de la profesión odontológica debido a la gran demanda de cierto tipo de servicio de atención en el cual se requieren tratamientos de tipo restaurativo, rutinarios y de tipo repetitivo, son en donde el odontólogo utiliza la mayoría de su tiempo, lo que propicia la no participación con otros profesionales de la salud.

La educación del odontólogo basada principalmente en modelos de práctica individual y acciones de tipo curativo refuerzan también su aislamiento en relación con los demás profesionales.

IMPORTANCIA DE LA ATENCIÓN PRIMARIA.

Dentro del marco de las políticas y estrategias de "Salud para todos en el año 2000", que apunta hacia la búsqueda de alternativas transformadoras de los procesos de formación de recursos humanos y personal relacionado con el cambio que debe operarse en las instituciones de atención a la salud; los países latinoamericanos tienen la urgente necesidad de responder a las crecientes demandas del sector salud. En las últimas décadas las instituciones formadoras de recursos humanos en los países de América latina han desarrollado planes de estudio orientados a la introducción de cambios en los procesos formativos y en la metodología de la enseñanza (O P S 1987).

Algunos cambios se han intentado en el ámbito educativo, al tratar de vincular la medicina preventiva, la medicina comunitaria, programas de integración docente asistencial y la odontología integral, apareciendo las propuestas interdisciplinarias como un elemento de fundamental importancia. La interdisciplina en el contexto de salud es un concepto que tiene definida ubicación cuando se trata de la interacción entre los niveles básico y aplicativo, individual y colectivo entre las dimensiones biológica y social, intentando seguir la organización cooperación, monitoreo, evaluación y coordinación entre las diferentes disciplinas especializadas, con el propósito de recolectar datos fidedignos que sean relevantes para llevarse a cabo el estudio epidemiológico.

La adopción unánime de la declaración de ALMA ATA en cuanto al concepto de la atención primaria en salud "permitir a el individuo tener una vida social y económicamente productiva" no se puede interpretar como único requerimiento de que el individuo tenga 32 dientes libres de caries, con un soporte periodontal óptimo y perfecta oclusión. Un aceptable nivel de salud oral se podría interpretar de modo diferente en cada ciudad a la luz de características económico, políticas y sociales. Dentro de las bases de los datos epidemiológicos existentes y la proyección de las tendencias de la enfermedad oral, la Organización Mundial de la Salud, en colaboración con la Federación Dental Internacional, adoptó los siguientes objetivos globales para la salud oral en el año 2000.

- 1) 50% de niños de 5 a 6 años libres de caries.
- 2) 85% de la población de 18 años conservar todos los dientes.
- 3) Reducir el nivel edéntulo en la población de 35 a 44 años a un 50%.
- 4) Lograr reducir los niveles presentes de edéntulos en la población de 65 años en adelante.
- 5) base de datos del sistema de monitoreo para el cambio en la salud oral que se establecerá.

(Vargas Tentori, 1981)

La atención primaria establece dentro de sus objetivos la conservación de la salud mediante técnicas y procedimientos preventivos dirigidos al mantenimiento de los tejidos duros y blandos como el periodonto.

El periodonto (peri, alrededor; odontos, diente) está constituido por encía, ligamento periodontal, cemento radicular y hueso alveolar (Lindhe, 1992). Este constituye una unidad de desarrollo biológica y funcional que sufre modificaciones, con la influencia del medio ambiente, la edad, alteraciones funcionales y morfológicas.

El examen incluye los siguientes aspectos: observación de la materia alba, valoración de la presencia de placa dentobacteriana, identificación de las condiciones locales que favorecen la colonización de la placa en las superficies dentarias.

Estudios recientes indican que menos del 20% de pacientes que reciben atención oral se les proporciona instrucción sobre temas de higiene oral. Y de pacientes observados periódicamente 18 de 100 reciben anualmente una profilaxis cuidadosa y sistemática. (Stone 1978).

Actualmente se conoce que la placa dentobacteriana está involucrada en la patogénesis de la enfermedad periodontal ya que se asocia a la presencia de bacterias sobre las superficies dentales y los tejidos blandos.

A menos que se lleve a cabo un régimen impecable de hábitos de higiene oral, se forman depósitos en los dientes a menudo masas bacterianas de firme adhesión que poseen una arquitectura histológica reconocible, un depósito amorfo, de coloración blanquecina (Torquil 1989).

La formación de la placa dentobacteriana no tiene lugar en forma casual sino de manera razonablemente ordenada, una película derivada de la saliva o líquido gingival se forma primero sobre los dientes, es una cutícula delgada compuesta principalmente de glucoproteínas. La formación de placa se inicia con bacterias tipo cocos primordialmente estreptococos (*s. mutans*, *s. sanguis*, *s. salivarius*) son atraídos a la película que es una superficie pegajosa la cual permite el anclaje de las colonias de microorganismos, la adherencia es acrecentada aún más por la producción de dextranas. La placa dentaria es la causa más importante de la enfermedad bucal, es el principal factor etiológico de las enfermedades orales de mayor prevalencia, los productos de las bacterias penetran en la encía y generan diversos tipos de gingivitis si no son tratadas pueden ser la causa de la pérdida dentaria.

El control de la placa dentaria es la prevención de la acumulación de depósitos, materia alba y otros sobre la superficie dentaria y los tejidos gingivales

adyacente al prevenir la acumulación de placa se previene la enfermedad periodontal.

La prevención comienza con la historia clínica, examen minucioso de las superficies dentarias, tejidos blandos y estructuras adyacentes, visitas periódicas al dentista, profilaxia bucal, examen de trauma de oclusión, medidas generales para prevenir o contrarrestar el efecto nocivo de la placa, restaurar contornos incorrectos, mantener una buena higiene bucal, explicar el daño infligido por la enfermedad periodontal en adultos pero destacar que puede iniciarse en la niñez, cabe explicar que las medidas de prevención de la enfermedad periodontal deberá ser el núcleo de todos los planes de salud oral de grupos y de comunidades (Glickman 1979).

CAMPO DE ACCIÓN DE LAS NUEVAS TENDENCIAS ODONTOLÓGICAS

Para fortalecer el proceso de integración con otros profesionales de la salud y al mismo tiempo mejorar la calidad del servicio que se presta a los pacientes, la odontología debe estar comprometida o ligada a la medicina en general y a la medicina oral en particular. De esta manera el odontólogo deberá ser capaz de identificar las condiciones de salud de una paciente a través de una historia clínica, un examen físico, y los resultados de las pruebas de laboratorio indicadas.

Además deberá estar en condiciones de reconocer y tratar toda la patología oral de origen local o sistémico a evaluar las posibles repercusiones generales de las enfermedades orales y referir para tratamiento aquellos problemas sistémicos para los cuales no están entrenados.

De esta manera, las acciones del odontólogo deberán ser comparadas a aquellas realizadas por la mayor parte de los especialistas quirúrgicos en la práctica médica. En el cumplimiento de sus funciones el odontólogo deberá ser capaz de identificar los problemas ambientales que intervienen en el proceso de salud-enfermedad principalmente los relacionados con la salud oral y estar preparados para actuar como miembros del equipo multiprofesional e interdisciplinario que ha sido organizado para mejorar los problemas de salud (O P S, O M S 1973).

Ciertas funciones deberán extenderse de la siguiente forma:

- * Orientar a los pacientes y a la comunidad en los problemas relacionados con su salud haciendo especial énfasis en la salud oral.
- * Educar a sus pacientes en relación con la salud oral.
- * Evaluar las condiciones de salud oral de los pacientes y referidos a otros miembros de las profesiones de la salud y al personal auxiliar cuando sea necesario.
- * Solicitar información general relativa a la salud oral de sus pacientes o de la comunidad y participar en la evaluación interpersonal de los problemas.

- * Prevenir las enfermedades bucales directa o indirectamente por medio de procedimientos y/o específicos. (O P S, O M S 1973).

Lo anterior significa que los programas de estudio de la carrera de cirujano dentista deberán tener una visión hacia la estrategia de atención primaria. Sin embargo en el plan de estudios de la carrera de cirujano dentista de la FES "Zaragoza" (1977) aunque aparece en los objetivos terminales como: Programación de la atención odontológica, Prevención y Participación en Sistemas de Atención, sólo se aborda en el primer año de la carrera sin brindarle mayor importancia, en los tres años restantes de formación profesional.

Otro aspecto a considerar es que el alumno para proporcionar un servicio de atención preventivo primero debe ser concientizado de las ventajas del mantenimiento de la salud e higiene oral, por lo que el debe llevar a cabo hábitos de higiene; ésto significa que el estudiante maneja las técnicas y procedimientos preventivos en él mismo, antes de tratar de enseñar o capacitar a individuos o grupos. Estas actividades representan un cambio de actitud en el estudiante y ésto puede ser relacionado con factores de personalidad, razón por lo cual la odontología no puede permanecer al margen de otras disciplinas y en este caso es necesario la interacción de la psicología.

LOCUS DE CONTROL COMO CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDAD.

La manera de afrontar diversas situaciones puede diferir de persona a persona. Por lo que podemos encontrar personas que ante iguales circunstancias parecen sucumbir y otras desplegar un gran valor (Lefcourt 1982). Las explicaciones que abordan estas formas diferenciales de actuar de las personas lo han hecho desde diversos puntos de vista. En la psicología social la orientación cognoscitiva ha proporcionado algunas perspectivas que quizá permitan el aclarar algunos puntos al respecto. Por ejemplo Heider (1958) utilizaba el término "caness" para esta creencia sobre la habilidad de enfrentar eventos de la vida, en la teoría del aprendizaje social (Rotter, Chance y Phares 1972), utiliza en el constructo locus de control que se refiere a las formas en que la causalidad es atribuida. Un locus de control interno se refiere a que los resultados de las interacciones entre personas y los eventos que suceden, cuando menos en parte, son determinados por las propias personas. Un locus de control externo se refiere a la creencia de que los eventos ocurren por razones que son irrelevantes a las acciones de las personas. De cualquier forma estas posibles explicaciones sostienen un énfasis común en mediaciones cognoscitivas entre la presencia de estímulos y las acciones subsecuentes, siendo congruentes con las contribuciones teóricas de Kurt Lewin 1935 en el área de la personalidad, donde sostenía que los eventos internos y las fuerzas del campo o eventos externos, tenían igual importancia en la explicación de ésta.

Más recientemente los estudios de Irving Janis (1958) y de Richard Lazarus (1966) han explorado el papel que las cogniciones pueden jugar como mediadores ante la presencia de estímulos estresores. Más pertinentes para el desarrollo de este trabajo son los estudios realizados por Lazarus (1966), pues guardan estrecha relación primaria y evaluación secundaria. La primera se refiere al proceso en el cual el individuo hace un juicio al observar la presencia o ausencia de estímulos productores de estrés. La segunda pertenece a la consideración de respuestas posibles si hay una amenaza anticipada. La evaluación secundaria consta de un conjunto de respuestas alternativas útiles para afrontar la aparición de estresores. En este punto donde puede existir una estrecha relación entre el locus de control y el afrontamiento en el sentido de que dependiendo del tipo atribución como proceso cognoscitivo que realice el sujeto acerca de la causalidad de los eventos aversivos y por lo tanto estresores que el sujeto eligirá, emitirá un comportamiento diferencial con respecto a estos estímulos.

La investigación sobre este tema demuestra la estrecha relación que existe entre la evaluación que se realice y el tipo de comportamiento que se genere. Glass y Singer (1972) reportan resultados consistentes en el sentido en que los eventos aversivos percibidos son experimentados de acuerdo con el grado de control que los sujetos creen poder ejercer sobre ellos.

Después de los trabajos realizados por Julian Rotter (1966), sobre el locus de control y el desarrollo de la escala para medir internalidad-externalidad del locus de control, desarrollaron investigaciones que demostraban que los diabéticos con locus de control interno mantenían mejor sus dietas que los externos Weaver (1972) similarmente Williams (1972) encontró que los individuos con internalidad mantenían un mejor cuidado dental que los externos estas investigaciones muestran que las personas que tienen un locus de control interno son más activas que las externas aunque esto no significa un aspecto siempre positivo como lo demuestra Lazarus (1973), al encontrar que las personas que habían sufrido un infarto al miocardio requerían una respuesta de descanso y pasividad y esto representaba mayor dificultad para los internos que para los externos, la revisión de esta aproximación del locus de control permite suponer que los estudiantes que han elevado sus hábitos de higiene oral producto del aprendizaje, lo han conseguido debido a un locus de control interno con respecto a la higiene oral y de acuerdo con los datos de Williams (1972) que aquellos alumnos que presenten un promedio de disminución en la placa dentobacteriana como producto de una higiene oral adecuada es por que esto se encuentra asociado a un locus de control internos como característica de personalidad.

EXPECTATIVAS HACIA LA PRACTICA PROFESIONAL Y HACIA LA CARRERA.

Las expectativas son creencias hacia el futuro (Perlman y Cozby, 1985). Estas pueden desarrollarse con base al aprendizaje obtenido de experiencias pasadas a evaluaciones de las condiciones actuales, atribuciones formadas por el sujeto en función del rol asignado, o a rasgos de personalidad.

De esta forma el estudiante de la carrera de cirujano dentista (C.D.) debido a los planes y programas de estudio de la FES- ZARAGOZA puede orientar sus expectativas de desarrollo profesional prefiriendo la prevención a la curación u orientada a las dos pero dependiendo de los aspectos antes señalados pueden encontrarse una variación de las expectativas, en este sentido la presente investigación pretende encontrar la existencia de asociación de la higiene oral, locus de control y las expectativas de desarrollo profesional. De encontrarse esta asociación podrían incorporarse aspectos tendientes al cambio gradual de rasgos de personalidad entre otros aspectos psicológicos en los planes y programas de estudio con el fin de lograr los objetivos establecidos en ellos.

RELACIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA CON EL ACTUAL PLAN DE ESTUDIOS Y EL PAPEL DE LOS PRIMEROS SEMESTRES EN LA FORMACIÓN PROFESIONAL

Dentro de la descripción del plan de estudios de la carrera de cirujano dentista (1977) se incorporan elementos básicos que permiten el desempeño de acciones profesionales de asistencia y de investigación lo que incluye la realización de acciones en individuos o grupos, concretizados en servicios de atención odontológica en instituciones educativas o de la comunidad y que contribuyen al mantenimiento o establecimiento de la salud oral, la estrategia de atención primaria se fundamenta en la interacción de la odontología con otras disciplinas tales como la psicología, la epidemiología, la patología, la terapéutica, la sociología entre otros.

En el primer año de la carrera de cirujano dentista se imparten los siguientes módulos: Introductorio, Salud bucal, Aparato Estomatognatico, Placa Dentobacteriana, Estudio Clínico y Rx, Crecimiento y Desarrollo, odontología Preventiva y Restauradora y es mediante el contenido de estos módulos que se pone al estudiante con los aspectos básicos de las ciencias de la salud y de la odontología, en particular se le enseña a relacionar la salud general de la salud oral y a desarrollar las destrezas básicas del examen bucal, la obtención de Indices epidemiológicos y la aplicación de métodos y técnicas preventivas para las enfermedades orales de mayor frecuencia, como la caries y periodontopatías (Plan de estudios 1977).

Los alumnos de primer año son asignados a la unidad multidisciplinaria de atención integral (U.M.A.I. "ZARAGOZA") a realizar sus prácticas, orientadas a la promoción y prevención de la salud oral; y como asistentes de los alumnos del último año de la carrera.

Las actividades que hacen los alumnos en la práctica clínica son el levantamiento de índices epidemiológicos, profilaxis, pláticas educativas de promoción a la salud y protección específica para la caries y enfermedad periodontal dentro de la estrategia de la atención primaria a la salud.

CAPITULO I

ODONTOLOGÍA PREVENTIVA

Al hablar de prevención debemos estar conscientes que la necesidad de prevenir las enfermedades bucales es universal. La caries dental y la enfermedad periodontal, que son los estados bucales más prevalentes afectan a más del 95% de los habitantes de los países civilizados. La caries dental comienza su ataque muy temprano a la vida. Muchos autores creen que algunas formas terminales de enfermedad periodontal en los adultos son el resultado final de estados crónicos de larga data iniciados durante la niñez. Debido a la falta de tratamiento adecuado estas lesiones tempranas, que son en su mayor parte asintomáticas o producen sólo una leve molestia pueden progresar hasta que se alcanzan estadios avanzados. De ahí en más, las enfermedades periodontales no sólo provocan molestias y aún dolor, sino que traen como resultado, una considerable pérdida de dientes. (Katz 1993)

Por todo esto Forrest (1983) indica los diferentes grados de prevención y como relacionarlos para el control de las enfermedades bucales:

- * Prevención Primaria. Tomar las medidas adecuadas para asegurarse de que no aparezca alguna enfermedad.
- * Prevención Secundaria. Detectar una enfermedad incipiente y detener su progreso con la simple restauración o mediante medidas reparadoras. Algunas veces en este período puede haber reversión a lo normal como en el caso de la gingivitis.
- * Prevención Terciaria. Tratar una enfermedad ya bien establecida con el fin de reducir o eliminar los efectos macroscópicos de la destrucción, para restaurar la función saludable y resistir los ataques ulteriores del proceso de la enfermedad.

Antes de aventurarse en cualquier tratamiento restaurativo, nuestra primera finalidad debe ser el mantenimiento o conservación de la salud bucal del paciente. Al mismo tiempo debemos estar interesados en la sensación de bienestar general del paciente.

En su texto sobre medicina preventiva, Leavell y Clark (1958) consideran el concepto de prevención con respecto al individuo y no simplemente a la enfermedad o al órgano involucrado. De acuerdo a estos autores se considera gráficamente a la enfermedad como una flecha que comienza con el primer alejamiento de la salud y que finaliza con la muerte la discapacidad o la *restitutio add integrum*. Por el mismo razonamiento, la prevención puede considerarse como una flecha que apunta en dirección opuesta a la enfermedad y consiste en todos los esfuerzos por poner barrera al avance de la enfermedad en todos y cada uno de sus estadios. La prevención, puede dividirse en distintos períodos. La prevención primaria o prevención en términos absolutos, actúa durante el estadio

preclínico de la enfermedad; la prevención secundaria durante la primera parte del estudio clínico de la enfermedad y la prevención terciaria durante el estadio final.

NIVELES DE PREVENCIÓN

Prevención Primaria

- * **Primer Nivel:** Promoción de la salud. No está dirigido hacia la prevención de alguna enfermedad dada e incluye todas las medidas que tienen por objeto mejorar la salud general del individuo. Una nutrición balanceada, una buena vivienda, condiciones de trabajo educadas, descanso y recreación son ejemplos de medidas que actúan a este nivel.
- * **Segundo nivel:** Protección específica. Consta de medidas para prevenir la aparición o la recurrencia de medidas específicas. Constituyen un ejemplo las distintas vacunas para las diferentes enfermedades, la fluoración de las aguas y la aplicación tópicos de fluoruros para el control de la caries dental, el control de placa para prevenir la caries dental y la enfermedad periodontal, etc.

Prevención Secundaria

- * **Tercer nivel:** Diagnóstico y tratamientos tempranos. La radiografía dental particularmente las de aleta mordible y la odontología restauradora temprana son ejemplos de este nivel. El diagnóstico y tratamiento de las enfermedades malignas bucales, este es en la actualidad el nivel más apropiado para iniciar el tratamiento.

Prevención Terciaria

- * **Cuarto nivel:** Limitación del daño. Incluye medidas que tienen por objeto limitar el grado de daño producido por la enfermedad. Los recubrimientos pulpares y las maniobras endodónticas en general, así como la extracción de dientes infectados, son medidas preventivas dentales de cuarto nivel.
- * **Quinto nivel:** Rehabilitación tanto física, psicológica y social. Las medidas tales como la colocación de prótesis de coronas y puentes, prostodoncia parcial o completa y rehabilitación bucal son medidas dentales de quinto nivel.

La odontología Preventiva puede definirse como la suma total de esfuerzos por promover, mantener y/o restaurar la salud del individuo a través de la promoción, el mantenimiento y/o la restitución de su salud bucal. El ideal de la Odontología Preventiva como parte de la prevención en general es actuar tan precozmente como sea posible para eliminar la enfermedad. La prevención a niveles más altos se justifica solamente cuando no se conocen recursos de los niveles precedentes o cuando estos recursos se hayan agotado. (Mc Donald 1983)

Una medida más a largo plazo para la prevención de la enfermedad es la evaluación del patrón de salud de cada paciente cuando ha recibido tratamiento. Si los esfuerzos de prevención tienen éxito, la prevalencia de enfermedad debe disminuir en la población de pacientes del clínico. Si los factores etiológicos primarios de la enfermedad son limitados o controlados por el paciente, debe disminuir la incidencia de caries dental, enfermedad periodontal y cáncer oral. Independientemente de si los procedimientos clínicos diarios están orientados hacia la prevención o hacia el tratamiento de la enfermedad activa para restaurar la salud, el profesional de la salud puede encontrar especialmente útil comparar sus métodos de ejercicio y procedimientos específicos con los publicados como niveles nacionales. Los niveles en lo que se refiere a tratamientos aceptables son: 1) publicados ocasionalmente por asociaciones profesionales, 2) descritos en revistas periódicas y otra literatura profesional y 3) presentados en reuniones profesionales y sesiones de educación continuada. (Woodall 1992)

Woodall (1992) dice que en la mayor parte de literatura que discute los méritos relativos de la prevención del tratamiento en la erradicación de la enfermedad apoya la prevención como un área lógica a destacar. Los profesionales de la salud estarán siempre intentando alcanzar siempre la enfermedad a menos de que puedan impedir que aparezcan. La salud pública subraya la prevención a gran escala, la práctica clínica insiste en ella a una escala mucho menor. Si el clínico establece que la prevención de la enfermedad dental es un objetivo para la práctica profesional, tal vez desee documentar y evaluar el grado en que esta orientación es aparente en la práctica diaria. Algunas medidas relativamente simples son el registro y la evaluación del porcentaje de tiempo dedicado a ayudar a los pacientes a que tengan una higiene oral adecuada de eliminación de placa, autoexploración sistemática del cáncer oral y adopción de patrones nutricionales que favorezcan la salud. Es esencial que el odontólogo preventivo pueda reconocer y evaluar los depósitos blandos y duros que se acumulan sobre las superficies de los dientes. Por ello es de gran importancia hacer hincapié en las definiciones de Placa Dentobacteriana (PDB) así como en sus índices, ya que es por de más sabido que el control de PDB es primordial para la prevención de caries y enfermedad periodontal en la Odontología Preventiva. Con el efecto de comprender el significado patológico de la placa y la necesidad de su completa remoción o control definamos primero la placa.

PLACA DENTOBACTERIANA

La placa dental es una masa blanda tenaz y adherente de colonias bacterianas que se colecciona sobre la superficie de los dientes, la encía y otras superficies bucales, cuando no se practican métodos de higiene bucal adecuados. (McDonald 1983) Los depósitos blandos o depósitos no mineralizados pueden aparecer sobre todas las superficies supragingivales y subgingivales de los dientes y en ocasiones sobre los tejidos gingivales. Causan alteraciones de color en los dientes, halitosis e inflamación de los tejidos gingivales y periodontales.

(Woodall 1992) Loe y cols. (1965) describe a la placa como una masa estructurada de un color amarillo grisáceo casi transparente de bacterias colonizadas que adhieren firmemente a los dientes. Los microorganismos del entorno oral se adhieren firmemente a las glucoproteínas salivales y a los polisacáridos extracelulares para formar una matriz. Esta matriz intermicrobiana o placa consta de componentes inorgánicos y orgánicos. inicialmente la placa esta compuesta por cocos Gram +. Conforme la placa madura, aparece un número creciente de bacterias y bacilos filamentosos Gram -.

Woodall (1992) da las características de los depósitos dentales no mineralizados de la siguiente manera:

DEPÓSITO DENTAL	CARACTERÍSTICAS
Película Adquirida	Película traslúcida compuesta por glucoproteínas salivales. La película no puede eliminarse con el aclarado o cepillado. Puede eliminarse con la profilaxis profesional; sin embargo, estos depósitos acelulares volverán a formarse entre minutos y horas después. Una agente revelador teñirá la película parece mucho más ligera que la placa o el calculo revelado. La película adquirida es la localización inicial de la lesión de las bacterias que eventualmente formarán la matriz organizada definida como placa.
Placa	Masa coherente densa de bacterias en una matriz intermicrobiana organizada que se adhiere a las superficies de los dientes o a las restauraciones y que continua adherida a pesar de la acción muscular, aclarando con agua o irrigación. Las fuentes primarias de placa microbiana son los microorganismos orales y los componentes de la saliva.
Materia Alba	Complejo adherido laxamente de bacterias y detritos celulares que cubren los depósitos de placa. Tienen un color blanco o gris sin estructura uniforme. La materia alba puede eliminarse con una irrigación o aclarado de agua vigorosos.
Detritos alimentarios	Materia particulada adherida laxamente que puede desalojarse con movimientos musculares, aclarado con agua y un cuidado domestico adecuado. Los detritos alimentarios pueden quedar impactados en la placa, entre los dientes o subgingivalmente y ser metabolizados por las enzimas de la placa o la saliva.

Driessens y cols. (1985) mencionan que la placa se mineraliza por sales de la saliva que forman calculo. lo cual favorece la inserción de la placa. Los factores anatómicos, fisiológicos y iatrogenos que favorecen la retención de la placa son: el cálculo supragingival y subgingival. La irregularidad de su superficie proporciona un fundamento ideal para la retención de la placa; la mala alineación dental, como dientes parcialmente erupcionados, apiñados o rotos, contribuyen a la acumulación de placa; la respiración bucal produce sequedad gingival y dental ello hace que la placa sea adherente; la forma dental, como superposición de cemento sobre el esmalte, estructura dental modificada, abrasión y erosión, dificulta la eliminación de la placa; la odontología restauradora afecta la retención de la placa si las obturaciones, coronas y retenedores no son contorneados adecuadamente; la retracción gingival y las encías inflamadas o aumentadas de tamaño favorecen la acumulación de placa.

COMPOSICIÓN DE LA PLACA

La placa está compuesta por bacterias y por una matriz intracelular que consta en gran medida de hidratos de carbono y proteínas que yacen no sólo entre las distintas colonias bacterianas, sino también entre las células individuales, y entre las células y la superficie de los dientes. De una manera muy parecida a la que el material intercelular de tejido conectivo funciona manteniendo unidos las células de este tejido, lo hace la matriz interbacteriana de la placa dental, para mantener a las células dentro de la placa. La cantidad de material extracelular presente en la placa puede variar considerablemente. La microscopía electrónica ha demostrado que en algunas porciones de la placa existe una densidad de microorganismos extremadamente alta, mientras que en otras zonas hay una densidad más baja y una mayor proporción de matriz extracelular. (Schroeder 1970)

COMPOSICIÓN MICROBIANA DE LA PLACA

En cualquier paciente, pueden encontrarse unas 40 especies distintas sin embargo, los estreptococos y las bacterias filamentosas Gram + parecen estar entre los microorganismos más prominentes de la placa que se encuentran en la superficie coronaria de los dientes. Al alcanzar el surco gingival y la superficie radicular, la composición bacteriana de la placa cambia, con predominio de formas filamentosas particularmente especies de *Actinomyces*. Estas formas son principalmente responsables de las caries radiculares y la enfermedad periodontal. (Miller 1991)

En la placa temprana, la flora bacteriana es relativamente simple, constando predominantemente de cocos Gram +, en particular estreptococos, neisserias y unos pocos bacilos y filamentos Gram +. Cuando la placa permanece en la boca por períodos más prolongados, se va haciendo gradualmente más compleja. (Jensen y Ritz 1968) Así, al cabo de 7 días aumenta la cantidad de

anaerobios y tienden a disminuir las especies aeróbicas y hay una reducción en la producción total de estreptococos. Las placas que han podido desarrollarse durante 14 días o más tienen un aspecto generalmente más filamentososo que la temprana, que pueden producirse una alta cuenta de vibriones y espiroquetas, además de otros microorganismos anaerobios. (Hardie 1974)

A medida que la placa se va haciendo más gruesa, se hace menos probable que el oxígeno pueda difundir desde su superficie a las capas más profundas así, los microorganismos aeróbicos residen en las capas externas de la placa, los anaerobios en las más profundas y los facultativos en todo su espesor. (Katz 1993)

BACTERIAS DE LA PLACA Y ENFERMEDADES PERIODONTALES

Las enfermedades periodontales se refieren a varias entidades nosológicas que traen como resultado la destrucción de las estructuras de soporte de los dientes. Estas enfermedades incluyen: gingivitis, gingivitis ulceronecrotizante aguda (GUNA), periodontitis y periodontosis. La gingivitis se refiere a un estado en el que aparecen zonas de inflamación gingival en ausencia de pérdida ósea demostrable. La GUNA, como su nombre lo indica, es un estado más agudo caracterizado por la presencia de úlceras que con mayor frecuencia involucran las papilas gingivales y los espacios interdentarios. La periodontitis comprende la inflamación gingival asociada con un surco gingival patológicamente profundizado (formación de bolsa) y la pérdida de hueso alveolar alrededor del diente afectado. En contraste, la periodontosis se ve más frecuentemente en adolescentes o adultos jóvenes, y comúnmente entraña una mínima inflamación gingival pero una pérdida rápida y localizada del hueso alveolar. (McDonald 1983)

La prueba más espectacular la suministraron las demostraciones de Løe y col. con respecto a que la remoción de la placa dental por una escrupulosa técnica de higiene bucal (Løe 1965) (Theilade 1966), o por el uso de agentes antisépticos, podía prevenir o revertir la gingivitis clínica en los seres humanos. (Løe 1970 y 1976) Si se estudia la flora de la placa presente en humanos con tejidos periodontales sanos, parece estar dispersa y ubicada casi exclusivamente en las superficies dentarias supragingivales. Esta flora consta principalmente de cocos Gram +. El hecho de que la placa produce enfermedades periodontales y que, en la actualidad, el control de la placa es el único método conocido para la prevención de tales enfermedades. (Katz 1993)

MATRIZ DE LA PLACA

La matriz interbacteriana de la placa dental consta principalmente de proteínas, cuya fuente es la saliva, y polisacáridos extracelulares sintetizados por diferentes bacterias de la placa. Estos polisacáridos pueden incluir polímeros de glucosa (conocidos como glucano), polímeros de la fructuosa (conocidos como fructanos), y los más complejos heteroglucanos. Newbrun (1976) cree que los polisacáridos extracelulares de la placa son importantes para la salud dental y periodontal desde tres puntos de vista principales:

- * Su carácter pegajoso y retentivo puede promover la adherencia y el agregado de microorganismos en la placa.
- * Algunos componentes sirven como sitios de almacenamiento extracelular de reservas de energía para las bacterias.
- * Contienen numerosas toxinas y otras sustancias que inducen la inflamación.

Los glucanos, que son polisacáridos formados por unidades de glucosa, son sintetizados por el *S. sanguis*, *S. mutans*, *S. salivarius*, *L. acidophilus* y especies de *Neisseria*. (Hardie 1974)

ESTADIOS DE LA FORMACIÓN DE PLACA

En el primer estadio, las glucoproteínas de la saliva son absorbidas en la superficie externa del esmalte dentario produciendo una película orgánica, delgada, acelular y carente de estructura, conocida como película adquirida. El proceso inicial parece ser altamente selectivo absorbiéndose sólo algunas proteínas celulares específicas sobre la hidroxiapatita de la superficie dentaria. (Lie 1975) (Mayhall 1977) Cole (1977) explica que el segundo estadio de formación de la placa comprende la colonización selectiva de la película por bacterias adherentes específicas. Aunque las bacterias pueden en algunos casos iniciar la formación de placa en ausencia de la película adquirida, con mayor frecuencia, una capa de película separa la superficie del diente de la capa más profunda de microorganismos de la placa. La microscopía electrónica muestra que inicialmente las bacterias que colonizan descansan sobre la película, pero rápidamente pasan a ocupar depresiones lenticulares que sugieren que la película está siendo metabolizada activamente. El estadio final de formación de la placa, a veces conocido como maduración de la placa, comprende la multiplicación y el crecimiento de más bacterias sobre las iniciales. El cuerpo de la placa en expansión que contiene numerosas capas de bacterias es mantenido unido por adherencias interbacterianas provistas en gran medida por los glucanos extracelulares insolubles mencionados anteriormente. (Katz 1993)

METABOLISMO DE LA PLACA

Para Kleinberg (1964) las bacterias de la placa, la principal fuente de energía son los alimentos de alto contenido de hidratos de carbono que caracterizan las dietas de la mayoría de los humanos. Así, la placa metaboliza hidratos de carbono fermentables (sacarosa) con la resultante formación de varios ácidos orgánicos como subproductos y una consiguiente caída en el pH. Es, en efecto, el ataque de estos ácidos sobre los componentes minerales de los dientes lo que inicia la caries dental. Sin embargo, no todas las bacterias de la placa metabolizan hidratos de carbono. Algunas tienen capacidades proteolíticas y utilizan las proteínas como fuentes de energía con la formación final de bases. La formación de estos materiales básicos y los valores de pH más altos resultantes pueden favorecer la enfermedad periodontal y promover la precipitación de calcio y fosfato en la placa como tártaro dental.

Algunos microorganismos (p.e. *Streptococcus mutans*) en presencia de la sacarosa de la dieta, son capaces de formar varios polisacáridos extracelulares. Además, se sabe que varias cepas bacterianas sintetizan polisacáridos extracelulares. Estos polisacáridos se denominan polisacáridos intracelulares en oposición a los previamente mencionados, extracelulares, que son sintetizados fuera de las células. Estos polisacáridos intracelulares no funcionan como componentes de la matriz de la placa, sino que pueden servir como fuente de energía para las bacterias durante los periodos en los que no se ingieren azúcares en la dieta. Así, los pacientes cuya placa contiene estos microorganismos formarán ácidos aun cuando estén ayunando. La producción de ácidos en la placa durante las horas de sueño, cuando los mecanismos de defensa de la boca (salivación, movimientos de los labios, lengua y carrillos, etc.) están en reposo, es particularmente peligrosa desde el punto de vista de la formación de las caries. (Katz 1993)

PATOGENICIDAD DE LA PLACA

En su texto sobre patogenicidad de la placa Katz (1993) menciona que la placa dental es reconocida universalmente como el agente causal, tanto de la caries dental como de las enfermedades periodontales. La causa directa de estas enfermedades no es simplemente la presencia de placa, sino la producción dentro de ella de varios metabolitos dañinos por parte de su flora. Estos metabolitos pueden producir cambios patológicos en la dentadura o en el periodonto. En los primeros casos, los agentes atacantes son distintos ácidos orgánicos producidos como subproductos de distintas vías utilizadas por las bacterias de la placa para metabolizar sus fuentes de energía carbohidratadas. En el caso de la enfermedad periodontal, los agentes agresores pueden incluir distintos metabolitos de bajo peso molecular, tales como el amoníaco, el sulfuro de hidrógeno, aminas tóxicas, etc., que existen en la placa. Hay numerosos factores que determinan si una zona dada de la placa produce caries dental o enfermedad periodontal, o se mantiene

relativamente inocua. Algunos de los factores importantes inherentes a la placa en sí son: su espesor (cuanto más gruesa más alto el contenido ácido), la concentración de calcio y fósforo (los niveles altos favorecen la formación de sarro y los bajos la caries dental) y la cantidad y calidad de la microflora residente. Otros factores importantes son la proximidad de la placa a las aberturas de las glándulas salivales y las variaciones en las velocidades del flujo salival tanto en reposo como en actividad. (Katz 1993)

ÍNDICES

El crecimiento y el desarrollo de la placa microbiana, la gingivitis y la periodontitis se pueden medir de varias formas (Barnes y cols., 1986) Estas determinaciones se suelen utilizar en investigación y se describen en la literatura. También se pueden aplicar en la práctica clínica para evaluar la presencia de placa, gingivitis y periodontitis, así como valorar la prevalencia de la enfermedad en la comunidad. La puntuación de la placa se utiliza para cuantificar la presencia de la placa supragingival sobre los dientes.

ÍNDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO (IHOS)

El I:H:O:S fue ideado para servir como un recurso epidemiológico y ha sido considerado como un método razonablemente sensible para evaluar el estado de higiene oral de grupos de población. Recientemente, por evidencias adicionales obtenidas de varias partes del mundo, se ha revelado una asociación altamente positiva entre una pobre higiene oral y parodontopatías. Debido a esa alta asociación se vuelve difícil evaluar la influencia de otros factores constantes de la enfermedad parodontal sin darse la debida consideración a la cantidad de placa dentobacteriana y cálculos presentes en la cavidad bucal. No es suficiente por tanto, registrar la presencia de P:D:B: o cálculos en la cavidad bucal o bien clasificar las condiciones de higiene bucal de los individuos en buena, regular, o mala.

Para que el índice sea usado como evaluador de las condiciones de higiene bucal de una población, debiera permitir una medición cuantitativa de los diferentes grados de higiene bucal y establecer criterios específicos para el diagnóstico cuantitativo. El I:H:O:S original, exigía el examen de todos los dientes, si bien solamente doce superficies recibían puntuación. Greene y Vermellon demostraron que relativamente poca información se perdía con el examen de solamente de seis superficies representativas, en vez de todas.

CRITERIOS

- 0 Ausencia de placa bacteriana o mancha extrínseca en la superficie examinada.
- 1 Presencia de placa bacteriana cubriendo no más de un tercio de la superficie del diente, o ausencia de la placa bacteriana, más presencia de la mancha extrínseca.
- 2 Presencia de materia alba cubriendo más de un tercio pero no más de dos tercios de la superficie examinada; podrá o no haber presencia de la mancha extrínseca.
- 3 Presencia de materia alba cubriendo más de dos tercios de la superficie examinada; podrá o no haber la presencia de mancha extrínseca

SUPERFICIES Y DIENTES A SER EXAMINADOS

Dientes	Superficie
16	Vestibular
11	Labial
26	Vestibular
36	Lingual
31	Labial
46	Lingual

ÍNDICE DE PLACA DE SILNESS Y LOE (IPL).

Se mide el grosor de la placa en el margen gingival, asumiendo que la placa que contacta con el margen gingival es la acumulación más relevante desde el punto de vista clínico. Para examinar la placa, los dientes se secan cuidadosamente con aire. Los índices utilizados son:

0 = Ausencia de placa.

1 = Pellicula de placa adherida al margen gingival libre y a las áreas adyacentes de los dientes; la placa puede visualizarse empleando una sonda sobre la superficie dental o revelándola.

2 = Acumulación moderada de depósitos blandos en la bolsa gingival o en el diente en el margen gingival que puede visualizarse a simple vista.

3 = Abundancia de materia blanda en la bolsa gingival y/o en el diente y margen gingival.

MODIFICACIÓN DE TURESKY DEL QUIGLEY HEIN.

El área de la placa que cubre la corona del diente se mide sin prestar atención al grosor de la placa. Para explorar la placa, se tiñen los dientes con revelador y se secan con aire. El explorador observa el área cubierta y puntúa de 0 a 5 de la siguiente manera:

0 = Sin placa.

1 = Flecos separados o banda discontinua de placa en el margen gingival.

2 = Banda continua delgada (hasta de 1 mm.) de placa en el margen gingival.

3 = Banda de placa de más de 1mm, pero que cubre menos de un tercio del tercio gingival de la superficie dental.

4 = Placa que cubre más de un tercio pero menos de dos tercios de la superficie dental.

5 = Placa que cubre dos tercios o más de la superficie dental.

Otros dos Índices de puntuación de área que han insistido no sólo en el margen gingival, sino también en las áreas interproximales, son el índice de placa de la Armada modificado (Elliot y cols., 1972) y la adaptación de Martens y Meskin (1972) del índice de Podshadley y Haley. En estos índices modificados se divide el diente en nueve o cinco segmentos, respectivamente, y a cada segmento se le asigna una letra y una puntuación de 0 a 1. Quedando así:

Área de la corona cubierta de placa.

A,B,C = Banda continua de 1mm.

D,E,F 0 >1mm y <1/3

G,H = >1/3 y <2/3

I = >2/3.

Es de suma importancia el hecho de que en el Plan de Estudios de la carrera de Cirujano Dentista se maneja el Índice de Higiene Oral Simplificado como único, sin hacer mención de otros índices que son más actuales y confiables en la medición de P.D.B. Si tomamos como referencia los índices anteriormente citados podemos concluir que las mediciones que realizamos en la Facultad está brindando una formación un tanto deficiente en lo que respecta al control de P.D.B., ya que la utilización de este en la clínica es general tanto en dentición permanente como en dentición temporal, siendo relevante decir que se basa su medición en dientes permanentes (16, 11, 26, 36, 31 y 46). Por ello se sugiere actualizar los índices para la detección y medición de P.D.B.

A través de los años, la prevención ha sido el foco de atención para los educadores dentales. En realidad, podría decirse que la atención odontológica ha conducido a los profesionales de la salud en la filosofía de la atención preventiva. Ha resultado aparente, sin embargo, que aunque se ha puesto un mayor énfasis en los procedimientos preventivos en el ambiente de la educación odontológica, la información que se ha filtrado al profesional no ha tenido una respuesta abrumadora. La alharaca que acompañó al movimiento preventivo sedujo a

muchos profesionales a intentar procedimientos preventivos como parte de la práctica de consultorio. No obstante, esos esfuerzos a menudo resultaron fútiles. Quizá los fracasos se debieron en gran parte al hecho de que los profesionales no reconocieron que los beneficios de la odontología preventiva no son a corto plazo, sino que solamente pueden ser comprobados y evaluados a largo plazo. (DePaola 1981)

CAPITULO II

PERSONALIDAD Y PREVENCIÓN

McDonald (1983) menciona que los enfoques preventivos deben basarse en sólidos fundamentos de investigación y no constan principalmente de pensamientos deseosos y simplificaciones exageradas; nos habla de una filosofía preventiva como la manera en que un odontólogo enfoca su práctica y lo que trata de lograr con ella. Describe también los componentes de la filosofía de la odontología preventiva numerándolos de la siguiente manera:

- * Considerar al paciente como unidad y no sólo simplemente como un juego de dientes con cierto grado de enfermedad.
- * Si el paciente tienen una boca sana, tratar de mantenerlo libre de enfermedad durante tanto tiempo como sea posible.
- * Si existen signos de enfermedad dental activa, tratar de restaurar la salud tan rápida y perfectamente como sea posible.
- * Proveer al paciente la educación y la motivación necesaria para mantener su propia salud, así como la de su familia y la de los miembros de su comunidad.

Así mismo da las razones más frecuentemente utilizadas por los odontólogos para justificar su falta de interés en la odontología preventiva y que son:

1. La odontología preventiva no es área desafiante del ejercicio profesional.
2. La odontología preventiva no es lucrativa.
3. La odontología preventiva no es apreciada ni pedida por el público.
4. La odontología preventiva práctica, aplicada al ejercicio diario, rara vez se enseña.

Con lo anterior podemos entender que el recién graduado después de varios años de ser un estudiante contempla la oportunidad de encontrar empleo como una forma de ganar dinero, de desarrollar una base profesional sólida y de llevar a cabo muchos de los sueños durante tanto tiempo asociados con la edad adulta y el trabajo. El graduado probablemente siente la nueva libertad de adquirir posesiones personales, viajar, crear una familia y ser autosuficientes, y es entonces cuando el ejercer una odontología preventiva que supuestamente era parte de nuestra formación se pierde debido a la falta de convicción y ética profesional aunadas al lucro que los procedimientos restaurativos y rehabilitatorios que la práctica odontológica nos ofrece.

Es importante mencionar lo que Katz refiere acerca de que la odontología preventiva es, para algunos dentistas, menos remunerativa que las operaciones restauradoras, por que los pacientes no tienen conciencia de la importancia y el valor de los servicios preventivos que los dentistas pueden realizar. Los odontólogos pueden verse forzados por tradición, a cobrar menos por los servicios preventivos por que los pacientes no reconocen aún que los honorarios

odontológicos se basan en los servicios profesionales y no en el costo de un producto. Por tradición y educación, entonces, el odontólogo se siente más cómodo cuando propone a sus pacientes la colocación o la realización de diez restauraciones (algo que puede ser visto, que puede ser tocado y que puede ser sentido), que cuando esta proponiendo la aplicación de una medida preventiva que, aunque puede prevenir nueve de diez caries nuevas no deja un signo perceptible. El honorario propuesto por los servicios dentales refleja, por supuesto, estos sentimientos. El dentista sabe definitivamente qué cobrar por un servicio restaurador y se siente seguro acerca de ello pero frecuentemente no cree o no esta convencido de que sea posible fijar un honorario razonable por una técnica preventiva que, aun que requiera su tiempo y conocimiento, no produce un resultado tangible como no esta convencido, duda. Además, mucha gente ignora que el dentista puede prevenir o reducir la enfermedad dental. Sólo cuando el público esta educado para apreciar el servicio que le proporciona la odontología, en lugar de los artificios que produce, descartará la antigua idea de que la odontología es un arte y sólo entonces comenzarán apreciar la importancia de la buena odontología como parte integral de su salud total.

Forrest (1983) nos da a conocer las actitudes que el dentista debe tener ante la Odontología Preventiva siendo estas:

- * El dentista debe estar seguro de que los métodos preventivos realmente funcionan y de ahí que deban resistir la constante tentación de seguir con sus primitivas enseñanzas básicas, las cuales lo condicionan a taladrar la fisura que se atora como la llamada medida preventiva.
- * Así como el factor esencial en la prevención de caries es resistir a la perforación del diente a menos de que esto sea inevitable. La investigación de fosas y fisuras con un explorador muy puntiagudo, seguido por el fresado donde se detiene no es un buena odontología preventiva. A menudo resulta que el paciente tiene dientes que se pudieron salpicar con pequeñas obturaciones de amalgama y como demostró Phillips en 1965 todas las obturaciones son susceptibles a la filtración. La caries incipiente en fisuras y fosetas usualmente responderá en forma favorable a las repetidas aplicaciones tópicas de soluciones de fluoruros y esto es tan cierto en las lesiones incipientes en la cara oclusal como en la cara proximal.
- * La prevención conviene hacerla en equipo. No puede ser llevada a cabo por un sólo miembro de ese equipo. Todo aquel relacionado con el cuidado del paciente debe estar enterado de la necesidad de trabajar dentro de un marco de promoción a la salud primero en todos los procedimientos ejecutados.
- * El dentista debe crear y mostrar que cree que la prevención realmente funciona si revela incertidumbre y falta de confianza estará incapacitado de influir sobre sus pacientes lo suficiente como para que adopten la nueva actitud hacia la salud dental.
- * Todo el personal, auxiliares, secretaria, recepcionistas y técnicos deben sentir la misma confianza irradiada del dentista. Debemos también considerar al paciente como un miembro del equipo a causa de su cooperación.

DePaola en 1981 nos dice que una cantidad de condiciones son muy útiles en el desarrollo del paciente, Carl Rogers, destacado psicólogo y autor en el tema de desarrollar relaciones, ha especificado varias que se aplican al ambiente odontológico: Empatía, calidez y atención, apertura, respeto, precisión, y especificidad, Larry Hornesby, un especialista en desarrollo humano en atención sanitaria, enfoca tres cuando dice: La capacidad del odontólogo para proyectar empatía, calidez y respeto, facilita los esfuerzos del paciente por conocerse y entenderse en relación con la higiene dental.

Woodall en 1992 refiere que íntimamente unido con éxito monetario está el avance profesional muchas personas consideran su profesión como una escalera durante los años que siguen a la graduación adquieren experiencia y educación avanzada, de forma que puedan asumir nuevas responsabilidades y enfrentarse a nuevos retos bien en el mismo enclave o en diferentes trabajos. Los objetivos se establecen o se miden a lo largo de una trayectoria de avances y oportunidades 5 o 10 años después de la graduación la profesión puede tener un aspecto muy diferente a lo que se refiere a la seguridad que proporciona su atractivo para nuevos candidatos y su capacidad para proporcionar un nuevo tratamiento de calidad. Un odontólogo preventivo responsable a de poder indicar las contribuciones específicas que ha hecho para poder guiar y sostener la salud bucal de sus pacientes.

CAPITULO III

RASGOS DE PERSONALIDAD Y LOCUS DE CONTROL

DEFINICIÓN DE PERSONALIDAD

El término personalidad se usa en muchas formas. Puede referirse a todo lo que se sabe acerca de una persona o a lo que es único en alguien o lo típico de una persona el significado popular incluye rasgos como el atractivo social y la atracción de los demás. Pero, desde un punto de vista científico, todos tenemos una personalidad. Simplemente es nuestra naturaleza psicológica individual. Para simplificar, podemos pensar en la personalidad como una identidad personal del individuo. La identidad tiene diversos componentes, algunos de los cuales son más centrales que otros: los componentes centrales definen a la persona, mientras que los componentes periféricos son limitados y están sujetos a cambios.(Dicaprio 1987).

Garfield, 1979 define la personalidad como aquel comportamiento integrado y organizado del individuo que lo caracteriza como tal, es decir, como una persona única distinta de los demás.

Dicaprio,1987 nos dice que una teoría de la personalidad es una caracterización de la personalidad que se basa en la observación, corazonadas intuitivas, consideraciones racionales y los descubrimientos de la investigación experimental. Por naturaleza, deseamos colocar nuestro conocimiento dentro de algún tipo de sistema ordenado. Nuestras caracterizaciones o teorías de la personalidad son más como retratos. Un retrato es la interpretación de una persona sobre lo que describe. Lo que denominamos personalidad no puede observarse directamente. Desde luego podemos enterarnos de ella a partir de nuestra propia experiencia. Siendo puede ser influenciada por estímulos externos y podemos conocerla a través de sus efectos, la conducta observable por tanto, podemos intentar formar una teoría de estructura y principios de funcionamiento. También podemos estudiar la naturaleza de su desarrollo y la forma en que se provoca un cambio, por ciertos fines deseables. Muchas de las teorías de la personalidad fueron formuladas por psicoterapeutas profesionales con el propósito de ayudarse a representar los componentes y principios funcionales de la personalidad, que esperaban restablecerían la salud. La teoría puede especificar lo que debe ser el desarrollo y el funcionamiento ideales del ser humano.

TEORÍAS DE LA PERSONALIDAD

En la actualidad existen muchas teorías de la personalidad y todas se proponen describir y explicar el comportamiento humano. A excepción de unas cuantas, todas se derivan de ciertos ambientes y contextos muy determinados, es decir, del trabajo realizado con poblaciones de diversos tipos y por consiguiente suelen poner un especial énfasis en características algo circunscritas de la actividad humana. Los antecedentes y carreras científicas de los individuos que han elaborado estas teorías también son muy variadas y como era de esperarse también varían mucho sus conceptos y terminologías. (Garfield 1979)

TEORÍA PSICOANALÍTICA

Tal vez la teoría más influyente sobre la personalidad de entre todas las que se han propuesto hasta ahora, es el sistema psicoanalítico elaborado por Sigmund Freud (1856-1939). Freud, nació en 1856 y murió en 1939, fue médico de profesión se interesó mucho por la neurología y de ahí su interés por el tratamiento de los desordenes nerviosos. Entre todos los pacientes con quienes trató durante la práctica de su profesión en Viena los que más cautivaron su atención fueron los individuos neuróticos que manifestaban síntomas espectaculares para los cuales no se podía descubrir ninguna base orgánica. Fue principalmente como resultado de esta experiencia que Freud desarrollo su teoría de la motivación inconsciente y sus ideas acerca del desarrollo de la personalidad. En otras palabras, fue precisamente como clínico en funciones, y trabajando con una muestra concreta de personas perturbadas, como Freud llegó anotar sus observaciones, a derivar sus hipótesis y con el tiempo a formular sus principios teóricos.

Según Freud la estructura básica de la personalidad consiste en tres componentes o sistemas principales. A estos componentes se les concibe como dinámicos interactuantes y se les designa como el id, el ego y el superego. Según esta estructura, al id se le concibe como el sistema primario y original del que proceden y se distinguen el ego y el superego mediante una evaluación posterior. El id es la fuente de la energía psicológica y de los impulsos instintivos. Por consiguiente, es la fuente de los motivos e impulso, de la fuerza amortiguadora o impulsiva de la personalidad, siendo el id el depósito o almacén de toda clase de impulsos instintivos. Así, al id se le concibe como la fuente primaria de la actividad psíquica y como una fuente de tensión que busca liberarse o desahogarse.

El ego esta íntimamente relacionado con el id y se deriva de él, se hace referencia a él como al componente que desempeña la función de ejecución o de integración dentro de la personalidad. Se desarrolla en parte como un medio o como un mecanismo para satisfacer los impulsos y las necesidades del id. Mientras que el id parece operar principalmente conforme al principio del placer procurando la disminución de la atención y la satisfacción de las necesidades, el

ego opera conforme de acuerdo a las exigencias de la realidad o conforme al principio de la realidad, el ego tiene como tarea propia el tratar de satisfacer los impulsos instintivos que emanan del id, de acuerdo con las realidades de la situación que afronta el individuo. El otro componente de la personalidad, el superego, es el último en aparecer. Comúnmente equiparado con el termino conciencia, el superego representa, según la teoría de Freud, la interiorización o asimilación de los sistemas moral y ético propios de la cultura del individuo y según se lo interpretan los padres o los que hacen sus veces. El superego se desarrolla como resultado de las prohibiciones y premios parentales relacionado con modelos específicos de conducta. Dentro de esta concepción dinámica de la personalidad, se consideran que los síntomas neuróticos o comportamiento perturbado son el resultado de los conflictos interiores o reprimidos. Teóricamente, si la terapia tiene éxito, sus síntomas deberán disminuir o desaparecer, ya que ha ensanchado el conocimiento que tiene de sus dificultades y en cierto sentido a superado la fuente del problema.

LAS TEORÍAS DEL YO DE CARL ROGERS

Los puntos de vista teóricos de Carl Rogers tienen su raíz en el trabajo clínico que ha realizado con clientes; es el caso de un psicólogo clínico que llegó a ser un profesor universitario muy influyente después de haber trabajado muchos años en una clínica comunitaria. Como resultado de escuchar la grabación de sesiones de terapia, tanto de sus propios clientes como las de sus discípulos y colegas, y del análisis que hizo de ellas en un gran número de estudios, Rogers llegó a desarrollar y formular sus ciertos puntos de vista teóricos sobre cómo procede la psicoterapia y sobre las condiciones que facilitan el cambio de terapia. Durante este mismo proceso creativo, también procuró elaborar una teoría de la personalidad o del yo. Por consiguiente, la disposición de Rogers con respecto a la psicoterapia, que primero se llamó "No directiva" y más tarde "Terapia con el cliente como centro", proporcionó el antecedente y la orientación para sus teorías sobre la personalidad. Tal vez debido en parte al foco particular de interés de Rogers, su teoría de la personalidad se preocupa principalmente por el yo y presta relativamente poca atención a temas tales como etapas de desarrollo, análisis detallados sobre la estructura de la personalidad, motivación, etc. (Rogers, 1959).

TEORÍAS SOBRE EL APRENDIZAJE Y COMPORTAMIENTO

Estas teorías se derivan casi directamente de la psicología experimental más que del mundo de la clínica y de la psicopatología, y tienden a acentuar la importancia de los procedimientos de aprendizaje. Además que del aprendizaje parece jugar un papel muy central en la mayoría de las teorías psicológicas o teorías sobre el comportamiento (Hilgard 1956), hay otras razones para ser hincapié en la importancia del aprendizaje en relación con las teorías de la personalidad. Una muy obvia es en gran parte del comportamiento del hombre se aprende. Aunque la herencia y la maduración establecen ciertos límites a las

potencialidades para el desarrollo de la conducta de un individuo, la mayor parte de lo que observamos del individuo, en especial en sus interacciones sociales con los demás, parece estar incluido por un aprendizaje previo. Esto es especialmente verdadero cuando consideramos ciertos aspectos de la persona, tales como sus objetivos, valores, actitudes, lenguaje y características semejantes. Es evidente que el aprendizaje juega un papel muy importante en el modo como la persona se desarrolla y con el tiempo llega a ser el tipo particular de individuo que es. Es fácil entender que la personalidad está notablemente influida por el aprendizaje y aceptar que no solamente el comportamiento normal es un producto del aprendizaje, sino también el comportamiento mal adaptado. Además, si aceptamos que el comportamiento mal adaptado o mal ajustado es un producto del aprendizaje, también es comprensible que se quiera hechar mano de los principios y teorías de aprendizaje para modificar dicho comportamiento y reemplazarlo con patrones más adecuados de respuestas (Garfield 1979).

TÉRMINOS DE LA PERSONALIDAD DESCRIPTIVA

Cofer 1970 menciona los términos más comúnmente usados, en el estudio de la personalidad, y a los que se ha prestado atención sistemática, son rasgo, actitud, valor y preferencia. La palabra rasgo indica por lo general un patrón consistente de conducta manifestado por el individuo en un espectro muy amplio de situaciones. Así, al caracterizar a alguien como sociable se quiere decir que tiene un rasgo: la persona tiende a buscar gente para estar con ella gran parte de tiempo y, tal vez, para sentirse insatisfecha sin ella. Es indudable que los rasgos implican algo habitual más bien que motivacional, por lo común se miden el interés y el valor haciendo que el sujeto escoja entre descripciones de actividades, metas y creencias. Los intereses, valores y las preferencias medidos tienen cierto valor de predicción en relación a otras conductas y, por consiguiente, poseen cierta utilidad práctica, como las mediciones de rasgos.

El término actitud es esencial a gran parte de la psicología social y se refiere, característicamente, a evaluaciones que la gente hace de objetos o representaciones. Así, se puede evaluar favorable o desfavorablemente una ley, un determinado color de piel y cosas parecidas. Para algunos teóricos las actitudes no son motivacionales por su carácter, para otros sí.

RELACIÓN DE LAS NECESIDADES DENTALES CON LAS NECESIDADES PSICOLÓGICAS.

Para tener éxito en ayudar al paciente a que reconozca sus necesidades, es necesario ubicar el problema dentro de su propio marco de referencia y escala de valores. Siempre que sea posible deben hacerse intentos de relacionar las necesidades dentales del paciente con sus requerimientos psicológicos internos. No es necesario hacerlo de forma abierta y explícita, por el contrario, es mejor que el paciente descubra por sí mismo el significado implícito de nuestro mensaje.

Por ejemplo: Un problema de caries y placa en un vicepresidente de 35 años de edad a cargo de las ventas de una gran corporación que viene impecablemente vestido y tiene exagerada conciencia de su nivel social puede ser manejado exitosamente diciéndole: Señor Nelson, un hombre de su posición y con sus contactos debe tener mucho cuidado de las consecuencias potenciales del olor del aliento, etc. Usted puede apostar que al llamarlo un hombre de su posición el paciente está pensando ESE SOY YO , el llamado estuvo dirigido evidentemente a sus necesidades de estima . Ahora, si el paciente, a través de su conversación inicial había expresado preocupación por las enfermedades, infecciones y gérmenes, éste será el momento de presentarle una fotografía de las bacterias de la placa y lo que éstas pueden hacer . Así, podríamos citar muchos ejemplos como pauta, entendiéndose que han sido simplificados para extraer conclusiones pertinentes sin demasiada dificultad. El punto importante es que en cada caso los problemas odontológicos se enfoquen en términos que atraigan las necesidades psicológicas de cada paciente individual. Con la práctica y el ingenio es posible hallar atractivos adecuados para la mayoría de los pacientes, si no para todos.

LOCUS DE CONTROL

El locus de control es un constructo psicológico que involucra el sentimiento que tiene un individuo de qué es lo que gobierna su propio comportamiento (Girardi y Díaz - Loving 1988). El grado de control sobre los eventos de la propia vida parece ser un determinante importante en los seres humanos (Seligman, Maier y Geer 1968).

Rotter 1966 considera al locus de control como unidimensional, donde los polos del continuo representan la máxima internalidad y la máxima externalidad. Así, denomina locus de control externo a la expectativa generalizada de que el resultado de las situaciones se determina por fuerzas externas a uno mismo, como lo son personas poderosas, la suerte o el azar. La creencia en un locus de control interno, de manera opuesta, es la expectativa generalizada de que los resultados son consecuencia de la conducta propia. Por tanto, los sujetos con un control externo, son aquellos que atribuyen su éxito a condiciones del medio ambiente; mientras que los sujetos con un control interno consideran su éxito

como resultado de su propio esfuerzo o habilidades y por tanto su comportamiento es reforzado por su yo (Díaz - Guerrero 1982)

Generalmente las personas con un locus de control interno están más alertas ante aspectos del medio ambiente que proveen información útil para su conducta futura y también realizan más esfuerzos para mejorar su situación dentro de este medio. La internalidad se ha relacionado con mayores índices de adaptación, satisfacción e involucración en las actividades que la externalidad. Se ha encontrado que las personas internas tienen más motivación al logro que las externas (Sánchez 1990), y reportan menor grado de tensión en el trabajo (Halpin, Harris y Halpin 1986). Mientras que la externalidad se ha encontrado relacionada con aspectos negativos como mayor consumo de alcohol (Natera, Herrejón y Casco 1988) y con una sensación de mayor indefensión ante fenómenos como los terremotos, así como de incapacidad para disminuir el daño y perjuicios individuales resultantes (Ingold 1989). Wheaton (1980) menciona que el tener un control externo frecuentemente representa una toma de conciencia de condiciones objetivas. Al experimentar continuamente fracasos ante sus esfuerzos, una persona aprende que éstos son infructuosos para afectar los resultados de las situaciones. Por tanto, ciertas condiciones sociales objetivas principalmente de desigualdad, llevan a tener una conciencia o visión del mundo que provee una continua corriente de experiencia de la cual inferir control externo. Aún así, existen resultados en dirección contraria donde, ante ciertos aspectos, la internalidad no es necesariamente más positiva. En este sentido, las atribuciones de responsabilidad investigadas en relación a las consecuencias de eventos traumáticos como los desastres naturales o tecnológicos (Ingold, Solomon, Regier y Burke 1989), accidentes (Bulman y Wortman 1977) o violaciones (Hill y Zatura 1989) arrojan datos de interés. Al respecto, se ha encontrado en víctimas expuestas a una inundación, que las que se culpaban a sí mismas presentaban más somatización, y buscaron menos ayuda de organizaciones de apoyo que las que no lo hicieron (Solomon et al. 1989); asimismo las víctimas de violación que se culpaban por rasgos caracterológicos ("Soy atractiva", "Soy débil y vulnerable", "Soy pasiva") presentaron más desmoralización que las que atribuyeron la culpa a aspectos conductuales.

Ahora bien, el locus de control fue descrito como una dimensión dicotómica (Internalidad-Externalidad) por Rotter (1966), al probarse en una población estadounidense; pero en México muestra un patrón diferente. Las escalas de locus de control construidas, una para niños (Díaz-Loving y Andrade 1984) y otra para adultos (La Rosa 1986), mostraron ser multidimensionales.

La escala de La Rosa apunta a cinco factores específicamente: Fatalismo/Suerte, Poderosos del Macro-cosmos, Afectividad, Internalidad-Instrumental y Poderosos del Micro-cosmos. Quedando definidas de la siguiente manera:

Fatalismo/Suerte.- Se refiere a las creencias en un mundo no ordenado donde el sufrir cosas negativas, depende de factores azarosos como la suerte o el destino.

Poderosos del macrocosmos.- Describe a personas o entidades que tienen el control sobre la violencia y delincuencia porque tienen el poder, están lejos del individuo, pero su acción repercute en su vida.

Afectividad.- Describe situaciones en que el individuo consigue evitar situaciones delictivas o violentas a través de sus relaciones afectivas con las personas que le rodean.

Poderosos del microcosmos.- Se refiere a personas que el individuo percibe más cercanas a él y como las que tienen el poder de controlar actos violentos.

Internalidad/Instrumental.- Describe situaciones en que el individuo controla por su propio esfuerzo o capacidad la posibilidad de sufrir algún acto que afecte su integridad.

Las respuestas a los reactivos en esta escala se dan en un continuo de cinco opciones, desde completamente en desacuerdo (1) hasta completamente de acuerdo (5).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

¿Existen diferencias estadísticas significativas en el promedio de higiene oral entre los estudiantes de la carrera de Cirujano Dentista de la FES "ZARAGOZA" que cursaron el primer año en el periodo escolar 92-1 y los mismos alumnos, que ya hayan terminado el cuarto año en el periodo escolar 95-1?

¿Existe asociación estadísticamente significativa entre el aumento o disminución del promedio de higiene oral, el locus de control y las expectativas de la práctica profesional en los alumnos de la carrera de cirujano dentista de la FES "ZARAGOZA"?

HIPÓTESIS CONCEPTUAL

Si los alumnos de la carrera de cirujano dentista manifiestan una disminución en su promedio de placa dentobacteriana entonces es probable que esto pueda estar asociado a un locus de control interno y por lo tanto sus expectativas profesionales tenderán a la aplicación de medidas preventivas para la conservación de la salud oral.

HIPÓTESIS ALTERNA. Existen diferencias estadísticamente significativas en el promedio de higiene oral entre los estudiantes de la carrera de cirujano dentista de la FES "ZARAGOZA" que cursaron el primer año en el período escolar 92-1 y cursaron el cuarto año en el período escolar 95-1

HIPÓTESIS ALTERNA. Si existe asociación estadísticamente significativa entre el aumento o disminución del promedio de higiene oral y el locus de control y las expectativas en la práctica profesional en los alumnos en la carrera de cirujano dentista de la FES "ZARAGOZA".

OBJETIVOS

Determinar la posibilidad de la existencia de asociación entre el locus de control y la higiene oral y las expectativas de desarrollo profesional.

-Determinar el promedio del IHOS (Índice de Higiene Oral Simplificado) de los alumnos de primer año por medio del Índice de Green y Vermellon.

-Compararlo con los mismos cursando séptimo semestre

-Identificar el promedio de placa dentobacteriana según por diente y extensión.

-Identificar el promedio de placa dentobacteriana según la frecuencia por diente.

-Evaluar el locus de control como característica de personalidad.

-Conocer las expectativas profesionales de los alumnos que cursan el 7o. semestre de la carrera de CD.

VARIABLES

INDEPENDIENTE para el primer problema, semestre académico con dos niveles
1er. semestre 7o. semestre

DEPENDIENTE presencia de placa dentobacteriana.

Para el problema 2.- V1 Locus de control interno externo medidas por escala de actitudes diseñado por Jorge La Rosa V2. Resultado de la comparación previa del Y H O S entre el primero y séptimo semestre con dos niveles 1.- aumento 2.- disminución

V3 Expectativas de desarrollo profesional con dos niveles 1.- preventivo 2.- curativo obtenida mediante instrumentos diseñados expreso para la investigación .

MUESTRA

Muestra aleatoria, el número de alumnos dependerá del número de alumnos que cursen el séptimo semestre de los grupos 1701,1703,1706 y que hayan estado cursando el primer semestre 92-1.

DISEÑO.

Para el problema 1.- se utiliza el diseño de comparación intra grupo pre-experimental sin manipulación por ser la variable independiente atributiva parecido al diseño de pretest-postest.

G1 O1 X O2

Para el problema 2.- se utiliza un diseño factorial 2 X 2

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Alumnos que hayan cursado el período 92-1, en los grupos 1101, 1103 y 1106.

Alumnos que se les haya realizado el índice IHOS.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Alumnos que tengan tratamientos de ortodoncia, brackets.

Alumnos que hayan faltado a alguna medición de IHOS.

Alumnos que presenten algún tipo de prótesis.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

Alumnos que durante el período de la investigación les falte alguna medición del IHOS.

PROCEDIMIENTO

Actualmente se cuenta con una medición de la placa dentobacteriana de los alumnos de la carrera de cirujano dentista correspondiente al periodo escolar 92-1 de los grupos 1101, 1103 y 1106 con lo cual se puede realizar una segunda medición en los mismos grupos y por lo tanto a los mismos sujetos en el periodo 95-1 al mismo tiempo que se evaluó el locus de control y las expectativas de desarrollo profesional. Para la medición de la placa dentobacteriana se utilizó el índice IHOS de GREEN Y VERMELLON, para el locus de control se utilizará la escala de Jorge La Rosa la cual cuenta con validez y confiabilidad en México, para evaluar las expectativas se construirá una escala de actitudes utilizando la técnica de Likert.

Sin previo aviso se aplicó el IHOS a los alumnos de 7o semestre en la UMAI "Zaragoza" se realizarán 3 mediciones con intervalos de un mes. El instrumento de Locus de control y el de expectativas de desarrollo profesional se aplicará al inicio del 8o semestre del periodo lectivo 95-2 (Anexos)

MÉTODO ESTADÍSTICO

Los resultados se presentaron en gráficas y tablas.

Para el problema 1.- Se utilizará la prueba estadística de "T de STUDENT" para muestras correlacionadas con un alfa de .05.

Para el problema 2.- Se utilizará la prueba estadística de χ^2 de tres rutas con un alfa de .05.

MUESTRA DE ESTUDIO

1.- Alumnos de primer semestre de los grupos 1101, 1103 y 1106 siendo un total de 90 alumnos representando el 24.86% de un total de 362 para esa generación de ingreso 1992-1.

2.- En un primer momento se levantaron a los alumnos de primer semestre los índices de higiene oral simplificado y a los mismos alumnos pero cursando el séptimo semestre en el año de 1995-1.

INFORMACIÓN NECESARIA

Se realizaron 3 mediciones en los alumnos de 1er. año de la carrera de cirujano dentista a través de IHOS en el año de 1992-1 y se volverá hacer la medición cuando los alumnos estén en el séptimo semestre otras 3 veces en 1995-1 con un intervalo de un mes de tal forma que se tendrán un total de seis mediciones.

Se levantaron los registros de los índices en las hojas utilizadas en los laboratorios del módulo Salud Bucal, utilizando a los alumnos uno como anotador, otro como paciente y otro como examinador; hojas anexas 1, 2,3,4,5,6,7, serán utilizadas como instrumentos.

Se revisarán los siguientes dientes por la siguiente superficie (GREEN Y VERMELLON)

16	Primer molar superior derecho	vestibular
11	Incisivo central superior izquierdo	vestibular
26	Primer molar superior izquierdo	vestibular
36	primer molar inferior izquierdo	lingual
31	Incisivo central inferior derecho	labial
46	Primer molar inferior derecho	lingual

Se obtendrá el promedio según el índice de GREEN Y VERMELLON.

ANEXOS

ODONTOLOGÍA

FICHA DE DIAGNÓSTICO

EPIDEMIOLOGICO IHOS

Paciente _____ Edad _____
 Ocupación _____ Fecha _____

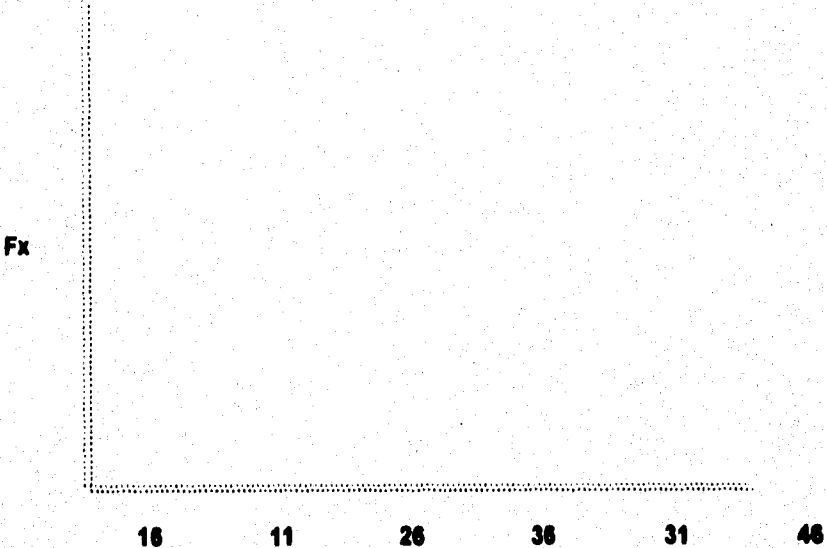
IHOS	16	11	26	36	31	46	Cuenta
P.D.B.							

Promedio _____

Presencia de P.D.B. según diente y extensión (Tabla de Porcentajes)

Diente	Libre		1/3		- 2/3		+ 2/3		Total
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	
16									
11									
26									
36									
31									
46									

Presencia de P.D.B. según diente y extensión (Gráfica de Porcentajes)



Presencia de P.D.B. según edad (Tabla)

EDAD	No. DE CASOS	PROMEDIO

Presencia de P.D.B. según sexo (Tabla)

Masculino		Femenino	
No. de casos	Promedio	No. de casos	Promedio

Presencia de P.D.B. según edad y sexo (Tabla)

Edad	Masculino		Femenino	
	No. de casos	Promedio	No. de casos	Promedio

T DE STUDENT

Paso 1

$$X1 = \frac{18.3}{53} = 0.345283$$

$$X2 = \frac{23.1}{53} = 0.435849$$

Paso 2

$$S = \frac{11.78}{53} - (18.3 - 23.1)$$

$$= .22222641 - (-4.8)$$

$$= .2222641 - 23.04$$

$$= 22.817736$$

$$= 4.7767914$$

Paso 3

$$\circ \text{ Dif.} = \frac{4.7767914}{53 - 1}$$

$$= \frac{4.7767914}{52}$$

$$= \frac{4.7767914}{7.2111026}$$

$$= .6624217$$

Paso 4

$$T = \frac{18.3 - 23.1}{.6624217}$$

$$= \frac{-4.8}{.6624217}$$

$$= -7.24$$

Paso 5

$$G = 53 - 1$$
$$= 52$$

X2

N	Libres	No libres
Fatalismo	4.8	10.86
Internalidad	10.86	24.45

$$X2 = \frac{E (f_o - f_e)}{f_e}$$

Fatalismo Libre

$$\begin{aligned} X2 &= \frac{E (4 - 4.8)}{4.8} \\ &= \frac{E .64}{4.8} \\ &= 0.13 \end{aligned}$$

Fatalismo No Libre

$$\begin{aligned} X2 &= \frac{E (12 - 10.86)}{10.86} \\ &= \frac{1.2996}{10.86} \\ &= 0.1196 \end{aligned}$$

Internalidad Libre

$$\begin{aligned} X2 &= \frac{E (12 - 10.86)}{10.86} \\ &= \frac{1.2996}{10.86} \\ &= 0.1196 \end{aligned}$$

Internalidad No Libre

$$\begin{aligned} X2 &= \frac{E (24 - 24.45)}{24.45} \\ &= \frac{0.5}{24.45} \\ &= 0.0102249 \end{aligned}$$

TABLAS

**TABLA DE PORCENTAJE
PRESENCIA DE P.D.B. SEGÚN DIENTE Y EXTENSIÓN DEL
GRUPO 1101**

Diente	Libre		Hasta 1/3		No mas 2/3		Más de 2/3		Total
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	
16	14	45.2	14	45.2	3	9.7	0	0	100
11	17	54.8	12	38.7	2	6.4	0	0	99.9
26	14	45.2	14	45.2	2	6.4	1	3.2	100
36	7	22.6	18	58.1	5	16.1	1	3.2	100
31	21	67.7	7	22.6	3	9.7	0	0	100
46	2	6.4	21	67.7	7	22.6	1	3.2	99.9

Fuente: Cuadro de concentración de datos del grupo 1101. (1992).

**TABLA 1 DE PROMEDIO
PRESENCIA DE P.D.B. SEGÚN EDAD Y SEXO DEL GRUPO 1101**

Edad	Masculino		Femenino	
	No. de casos	Promedio	No. de casos	Promedio
16	0	0	1	.3
17	1	.8	3	.7
18	1	1	8	.67
19	2	.45	2	.75
20	3	.86	5	.82
21	3	.86	0	0
23	1	.5	0	0
24	1	.5	0	0

Fuente. Cuadro de concentración de datos del grupo 1101. (1992).

**TABLA 2 DE PORCENTAJE
PRESENCIA DE P.D.B. SEGÚN DIENTE Y EXTENSIÓN DEL
GRUPO 1103**

Diente	Libre		Hasta 1/3		No mas 2/3		Más de 2/3		Total
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	
16	11	42.3	13	50	1	.26	1	3.8	99.9
11	10	38.4	15	57.6	0	0	1	3.8	99.8
26	15	57.6	10	38.4	1	3.8	0	0	99.8
36	8	30.7	18	69.2	0	0	0	0	99.9
31	13	50	13	50	0	0	0	0	100
46	8	30.7	17	85.3	0	0	1	3.8	99.8

Fuente: Cuadro de concentración de datos del grupo 1103. (1992).

**TABLA 2 DE PROMEDIO
PRESENCIA DE P.D.B. SEGÚN EDAD Y SEXO DEL GRUPO 1103**

Edad	Masculino		Femenino	
	No. de casos	Promedio	No. de casos	Promedio
18	3	.46	11	.72
19	2	.95	4	.7
20	3	.2	3	.46

Fuente: Cuadro de concentración de datos del grupo 1103. (1992).

**TABLA 3 DE PORCENTAJE
PRESENCIA DE P.D.B. SEGÚN DIENTE Y EXTENSIÓN DEL
GRUPO 1106**

Diente	Libre	Hasta 1/3	No mas 2/3	Más de2/3	Total				
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	
16	26	83.9	3	9.7	2	6.4	0	0	100
11	29	93.5	2	6.4	0	0	0	0	99.9
26	27	87.1	2	6.4	1	3.2	1	3.2	99.9
36	27	87.1	3	9.7	1	3.2	0	0	100
31	26	83.9	4	12.9	1	3.2	0	0	100
46	27	87.1	3	9.7	1	3.2	0	0	100

Fuente: Cuadro de concentración de datos del grupo 1106. (1992).

**TABLA 3 DE PROMEDIO
PRESENCIA DE P.D.B. SEGÚN EDAD Y SEXO DEL GRUPO 1106**

Edad	Masculino		Femenino	
	No. de casos	Promedio	No. de casos	Promedio
16	0	0	1	.1
17	1	0	3	0
18	1	1.8	8	.03
19	2	0	2	0
20	3	.16	5	.16
21	3	.43	0	0
23	1	0	0	0
24	1	0	0	0

Fuente: Cuadro de concentración de datos del grupo 1106. (1992).

**TABLA 4 DE PORCENTAJE
PRESENCIA DE P.D.B. SEGÚN DIENTE Y EXTENSIÓN DE LOS
GRUPOS 1101, 1103 Y 1106**

Diente	Libre		Hasta 1/3		No mas 2/3		Más de2/3		Total
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	
16	51	57.9	30	34.1	6	6.8	1	1.1	99.9
11	56	63.6	29	32.9	2	2.3	1	1.1	99.9
26	56	63.6	26	29.5	4	4.5	2	2.3	99.9
36	42	47.7	39	44.3	6	6.8	1	1.1	99.9
31	60	68.2	24	27.3	4	4.5	0	0	100
46	37	42	41	46.6	8	9.1	2	2.3	100

Fuente: Cuadros de presencia de P.D.B. según diente y extensión de los grupos 1101, 1103 y 1106. (1992).

**TABLA 4 DE PROMEDIO
PRESENCIA DE P.D.B. SEGÚN EDAD Y SEXO DE LOS GRUPOS
1101, 1103 Y 1106**

Edad	Masculino		Femenino	
	No. de casos	Promedio	No. de casos	Promedio
16	0	0	2	.13
17	2	.26	6	.23
18	5	1.08	27	.47
19	6	.46	8	.48
20	9	.40	13	.48
21	6	.43	0	0
23	2	.16	0	0
24	2	.16	0	0

Fuente: Cuadro de presencia de P.D.B. según edad y sexo de los grupos 1101, 1103 y 1106. (1992).

**TABLA 5 DE PORCENTAJE
PRESENCIA DE P.D.B. SEGÚN DIENTE Y EXTENSIÓN DEL
GRUPO 1701**

Diente	Libre		Hasta 1/3		No mas 2/3		Más de2/3		Total
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	
16	10	45.5	8	36.4	3	13.6	1	4.5	100
11	12	54.5	9	40.9	1	4.5	0	0	99.9
26	10	45.5	10	45.5	1	4.5	1	4.5	100
36	5	22.7	9	40.9	7	31.8	1	4.5	99.9
31	17	77.3	4	18.2	1	4.5	0	0	100
46	4	18.2	10	45.5	7	31.8	1	4.5	100

Fuente: Cuadro de concentración de datos del grupo 1701. (1995).

**TABLA 5 DE PROMEDIO
PRESENCIA DE P.D.B. SEGÚN EDAD Y SEXO DEL GRUPO 1701**

Edad	Masculino		Femenino	
	No. de casos	Promedio	No. de casos	Promedio
20	2	.05	1	.8
21	0	0	3	.5
22	1	.6	1	.5
23	3	.4	6	.4
24	5	.14	0	0

Fuente: Cuadro de concentración de datos del grupo 1701. (1995).

**TABLA 6 DE PORCENTAJE
PRESENCIA DE P.D.B. SEGÚN DIENTE Y EXTENSIÓN DEL
GRUPO 1703**

Diente	Libre	Hasta 1/3	No mas 2/3	Más de2/3	Total				
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	
16	9	81.8	1	9.1	1	9.1	0	0	100
11	10	90.9	1	9.1	0	0	0	0	100
26	10	90.9	0	0	1	9.1	0	0	100
36	9	81.8	1	9.1	1	9.1	0	0	100
31	10	90.9	1	9.1	0	0	0	0	100
46	10	90.9	1	9.1	0	0	0	0	100

Fuente: Cuadro de concentración de datos del grupo 1703. (1995).

**TABLA 6 DE PROMEDIO
PRESENCIA DE P.D.B. SEGÚN EDAD Y SEXO DEL GRUPO 1703**

Edad	Masculino	Femenino		
	No. de casos	Promedio	No. de casos	Promedio
22	0	0	3	0
23	2	0	4	.9
24	1	0	1	0

Fuente: Cuadro de concentración de datos del grupo 1703. (1995).

**TABLA 7 DE PORCENTAJE
PRESENCIA DE P.D.B. SEGÚN DIENTE Y EXTENSIÓN DEL
GRUPO 1706**

Diente	Libre	Hasta 1/3	No mas 2/3	Más de 2/3	Total				
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	
16	14	63.6	6	27.3	1	4.5	1	4.5	99.9
11	20	90.9	2	9.1	0	0	0	0	100
26	17	77.3	4	18.2	1	4.5	0	0	100
36	17	77.3	3	13.6	1	4.5	1	4.5	99.9
31	18	81.8	3	13.6	0	0	0	0	95.4
46	14	63.6	6	27.3	1	4.5	1	4.5	99.9

Fuente: Cuadro de concentración de datos del grupo 1706. (1995).

**TABLA 7 DE PROMEDIO
PRESENCIA DE P.D.B. SEGÚN EDAD Y SEXO DEL GRUPO 1706**

Edad	Masculino		Femenino	
	No. de casos	Promedio	No. de casos	Promedio
19	0	0	3	.03
21	2	.75	9	.15
22	1	0	0	0
23	1	.5	3	.36
24	3	.43	0	0

Fuente: Cuadro de concentración de datos del grupo 1706. (1995).

**TABLA 8 DE PORCENTAJE
PRESENCIA DE P.D.B. SEGÚN DIENTE Y EXTENSIÓN DE LOS
GRUPOS 1701, 1703 Y 1706**

Diente	Libre		Hasta 1/3		No mas 2/3		Más de 2/3		Total
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	
16	33	60	15	27.3	5	9.1	2	3.6	100
11	42	76.4	12	21.8	1	1.8	0	0	100
26	37	67.3	14	25.45	3	5.45	1	1.8	100
36	31	56.4	13	23.6	9	16.4	2	3.6	100
31	45	81.8	8	14.5	1	1.8	0	0	98.1
46	28	50.9	17	30.9	8	14.5	2	3.6	99.9

Fuente: Cuadro de presencia de P.D.B. según diente y extensión de los grupos 1701, 1703 y 1706. (1995).

**TABLA 8 DE PROMEDIO
PRESENCIA DE P.D.B. SEGÚN EDAD Y SEXO DE LOS GRUPOS
1701, 1703 Y 1706**

Edad	Masculino		Femenino	
	No. de casos	Promedio	No. de casos	Promedio
19	0	0	3	.01
20	2	.018	1	.26
21	2	.25	12	.21
22	2	.2	4	.16
23	6	.3	13	.55
24	9	.19	1	0

Fuente: Cuadros de presencia de P.D.B. según edad y sexo de los grupos 1701, 1703 y 1706. (1995).

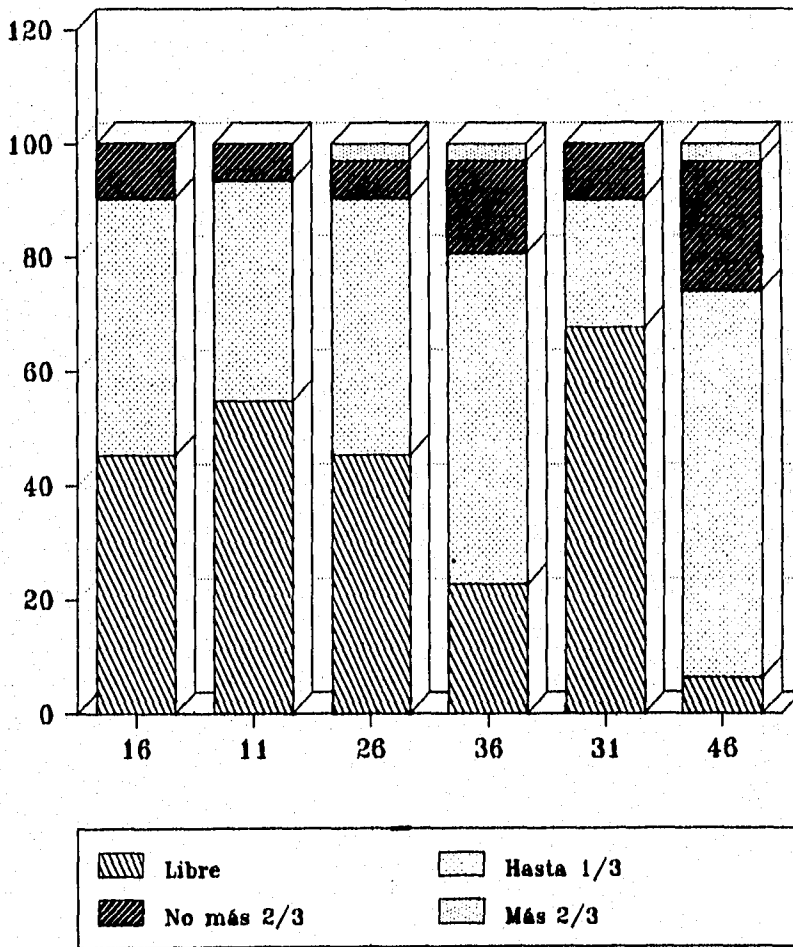
LOCUS DE CONTROL

Subescalas	1701	1703	1706
Fatalismo/Suerte	595	391	465
Poderosos del macrocosmos	534	349	422
Afectividad	478	301	399
Internalidad Instrumental	760	447	541
Poderosos del Microcosmos	453	265	321

Fuente: Cuadro de concentración de datos de locus de control de los grupos 1701, 1703 y 1706. (1995).

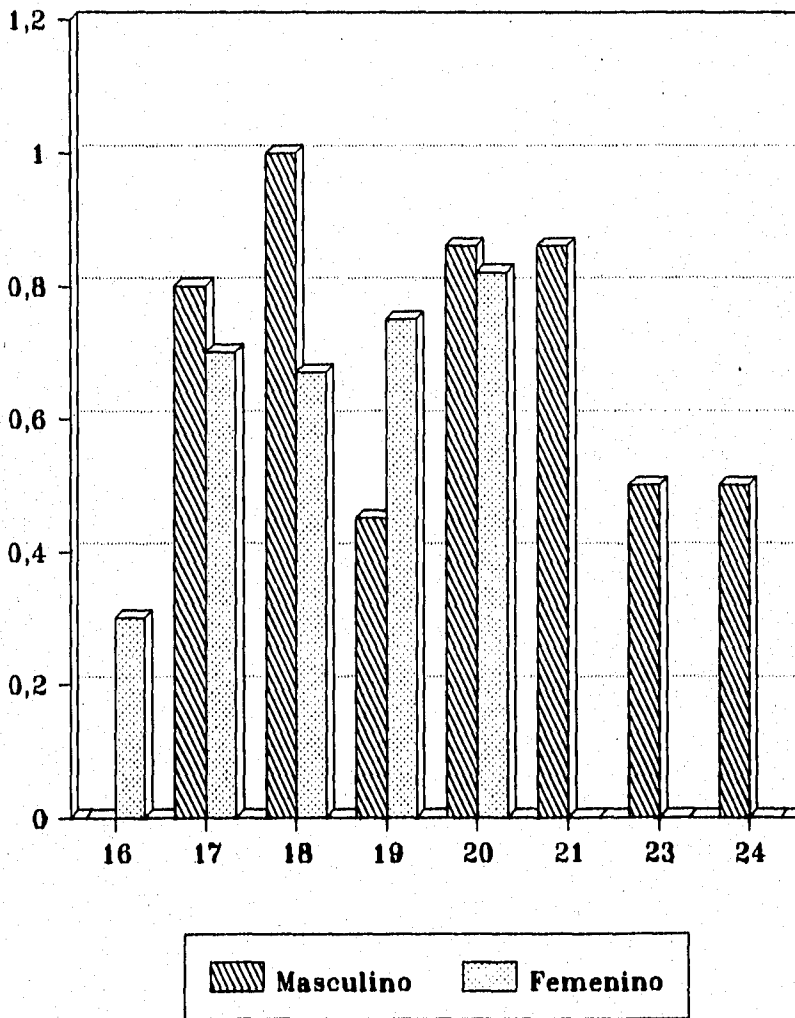
GRÁFICAS

PRESENCIA DE P.D.B. SEGUN DIENTE Y EXTENSION.
GRUPO 1101. PORCENTAJE



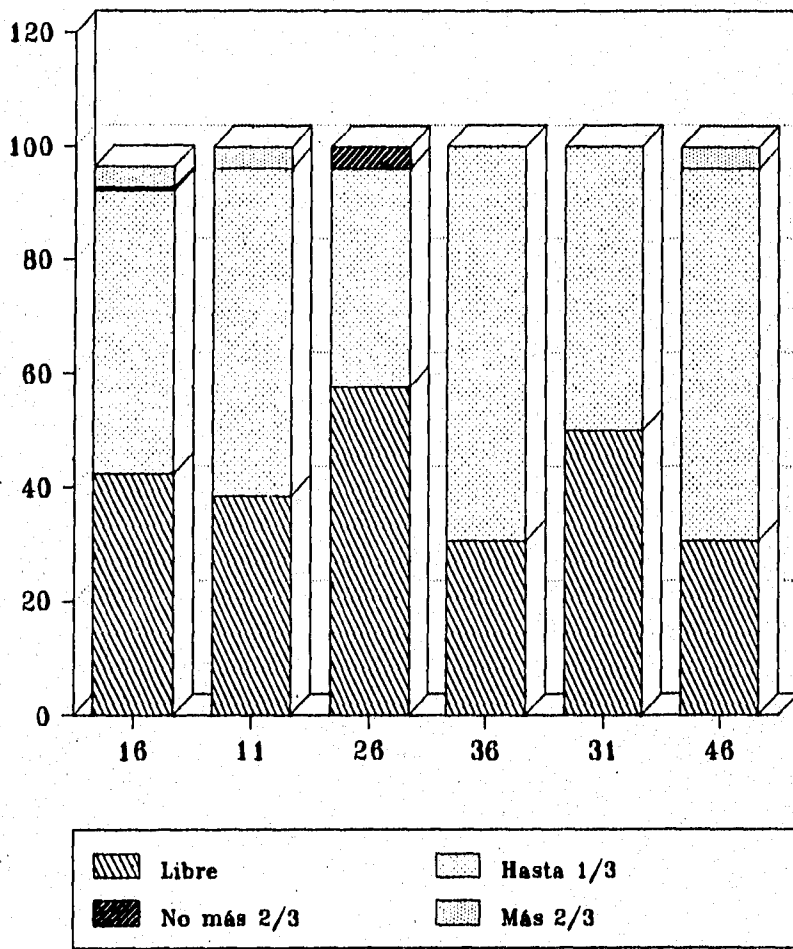
GRAFICA 1

PRESENCIA DE P.D.B. SEGUN EDAD Y SEXO GRUPO 1101. PROMEDIO



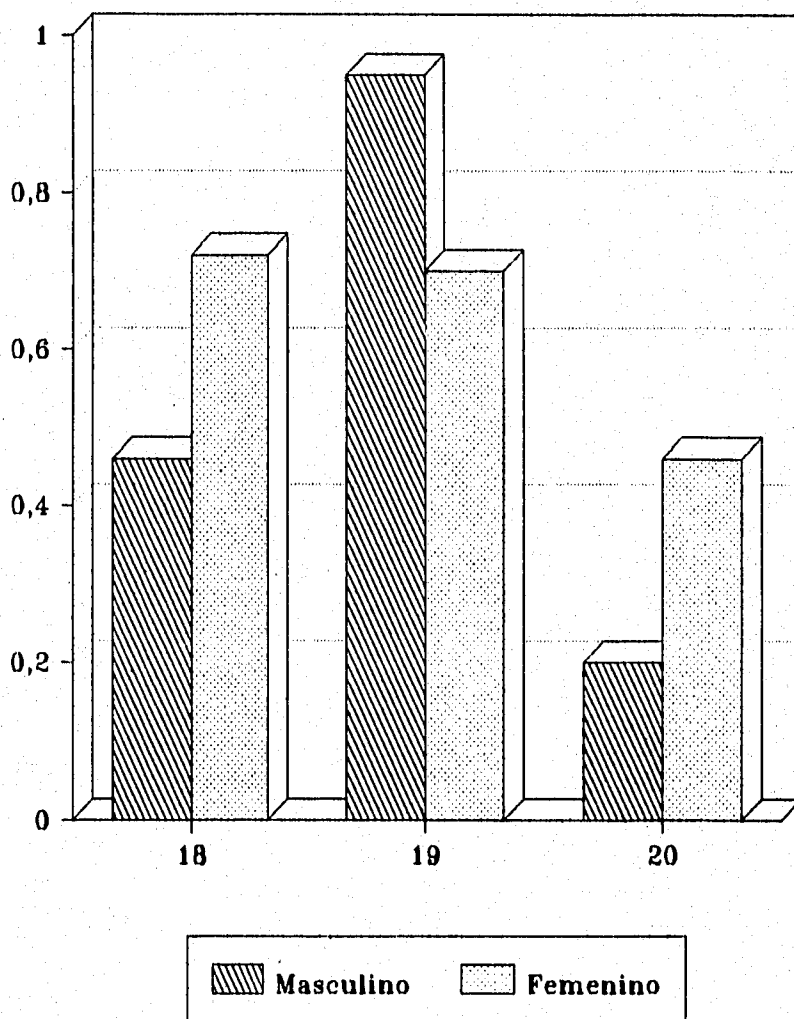
GRAFICA 1

**PRESENCIA DE P.D.B. SEGUN DIENTE Y
EXTENSION.
GRUPO 1103. PORCENTAJE**



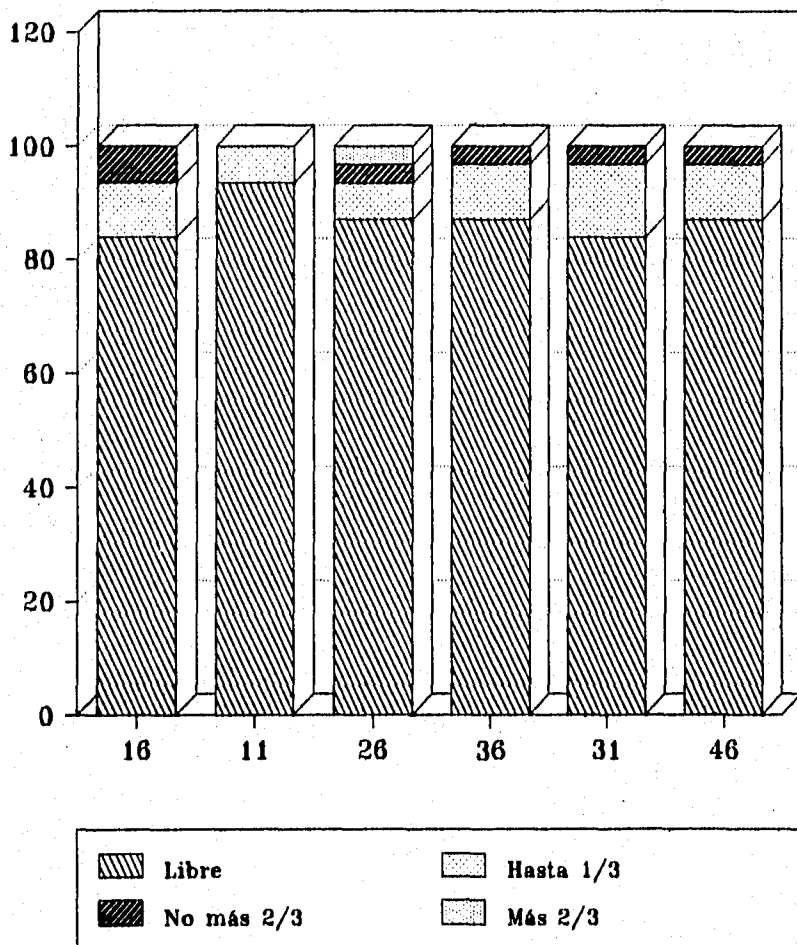
GRAFICA 2

PRESENCIA DE P.D.B. SEGUN EDAD Y SEXO GRUPO 1103. PROMEDIO



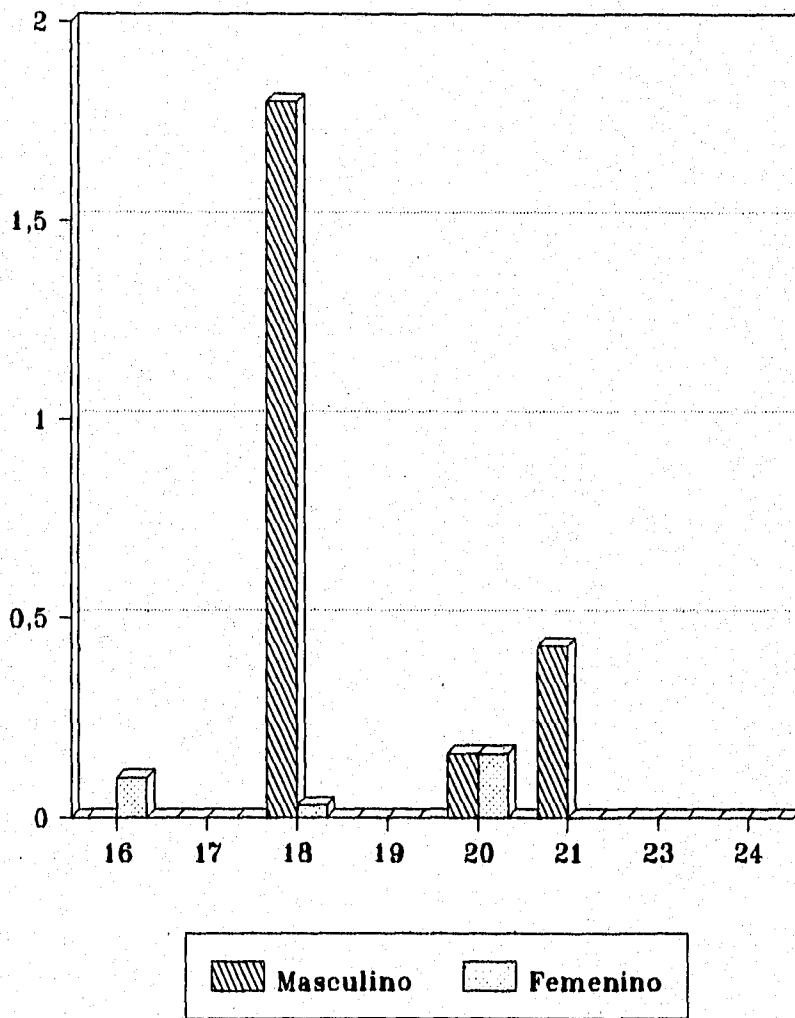
GRAFICA 2

PRESENCIA DE P.D.B. SEGUN DIENTE Y EXTENSION.
GRUPO 1106. PORCENTAJE



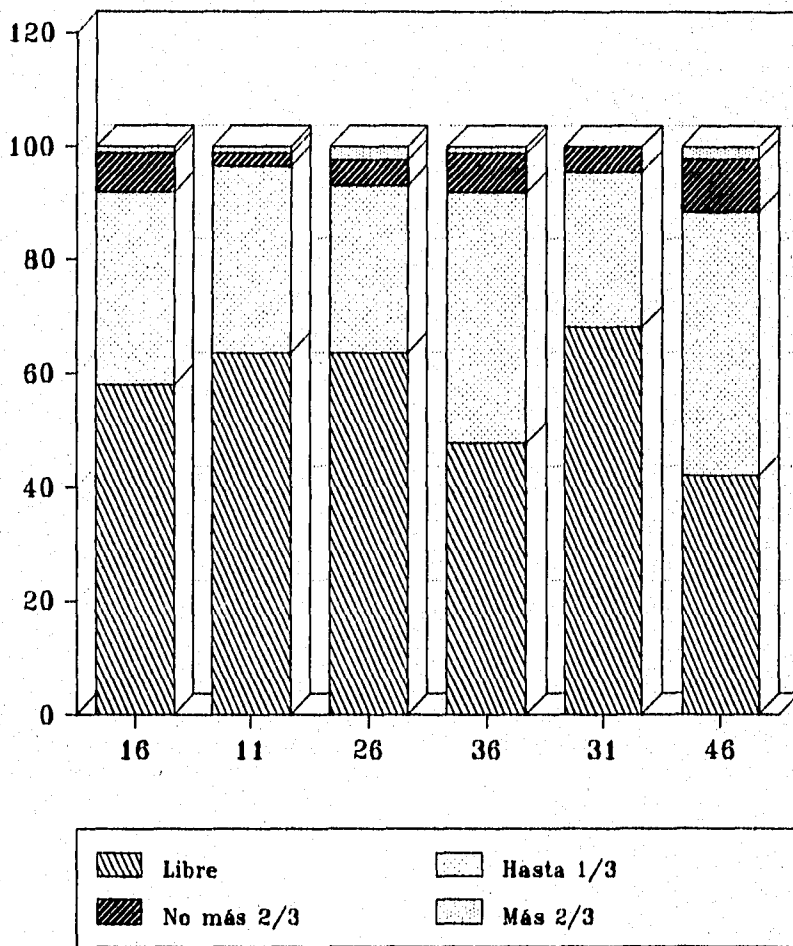
GRAFICA 3

PRESENCIA DE P.D.B. SEGUN EDAD Y SEXO GRUPO 1106. PROMEDIO



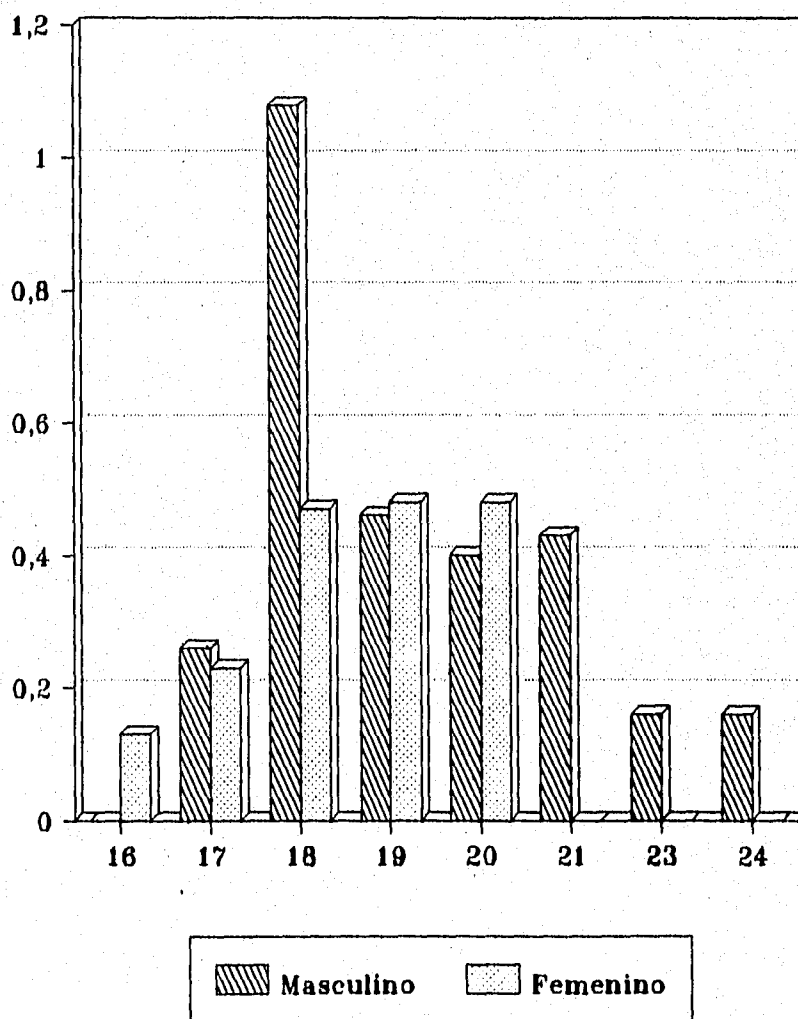
GRAFICA 3

**PRESENCIA DE P.D.B. SEGUN DIENTE Y EXTENSION.
GRUPO 1101, 1103 Y 1106. PORCENTAJE**



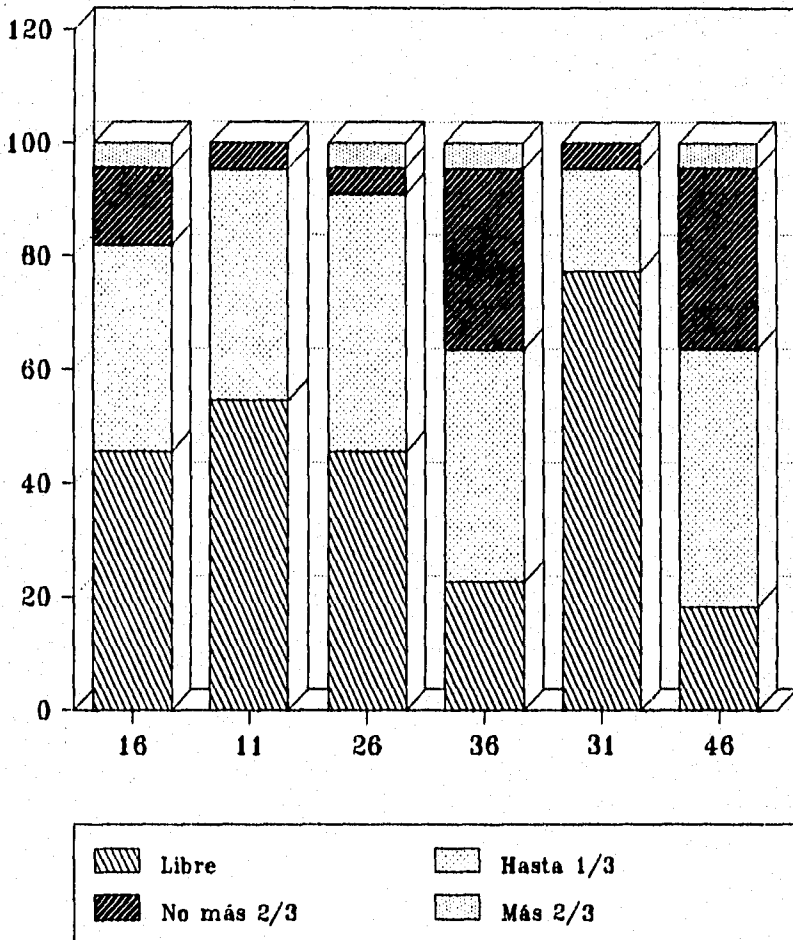
GRAFICA 4

PRESENCIA DE P.D.B. SEGUN EDAD Y SEXO GRUPO 1101, 1103 Y 1106. PROMEDIO



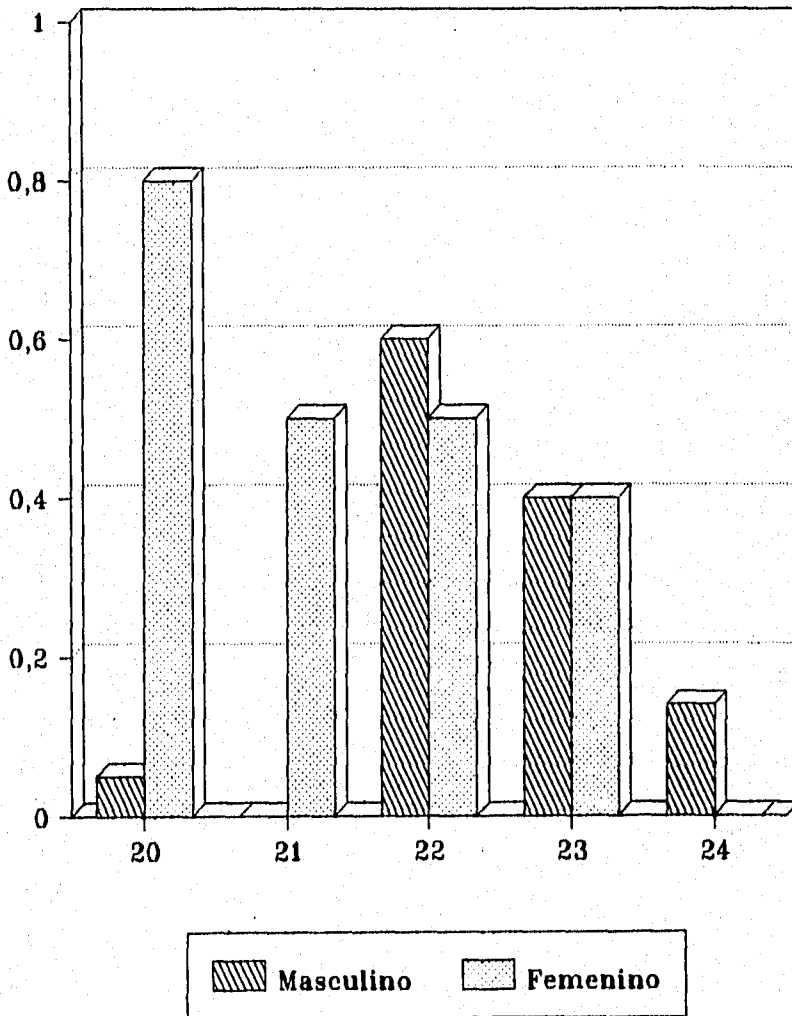
GRAFICA 4

PRESENCIA DE P.D.B. SEGUN DIENTE Y EXTENSION.
GRUPO 1701. PORCENTAJE



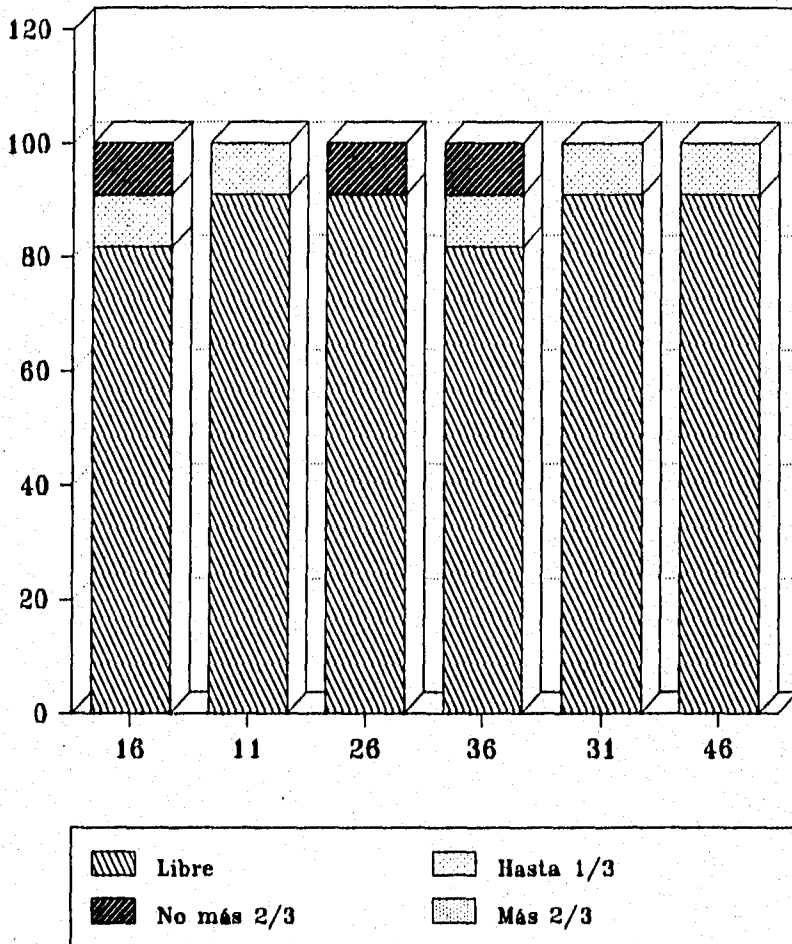
GRAFICA 5

PRESENCIA DE P.D.B. SEGUN EDAD Y SEXO
GRUPO 1701. PROMEDIO



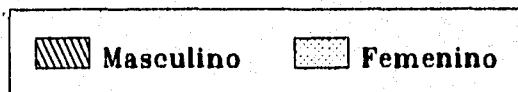
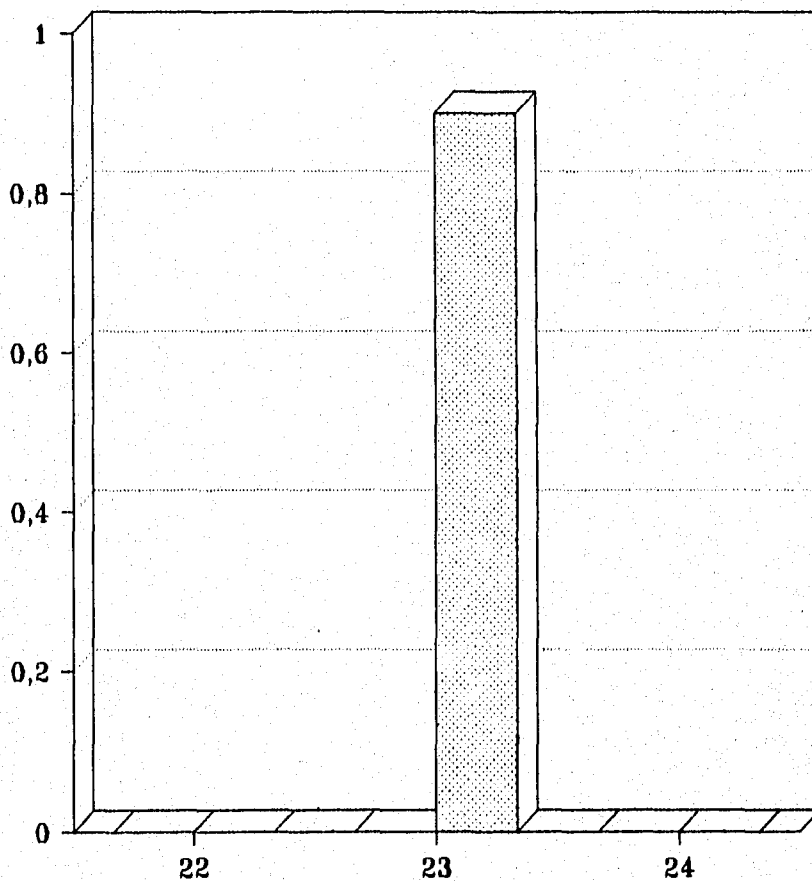
GRAFICA 5

PRESENCIA DE P.D.B. SEGUN DIENTE Y EXTENSION.
GRUPO 1703. PORCENTAJE



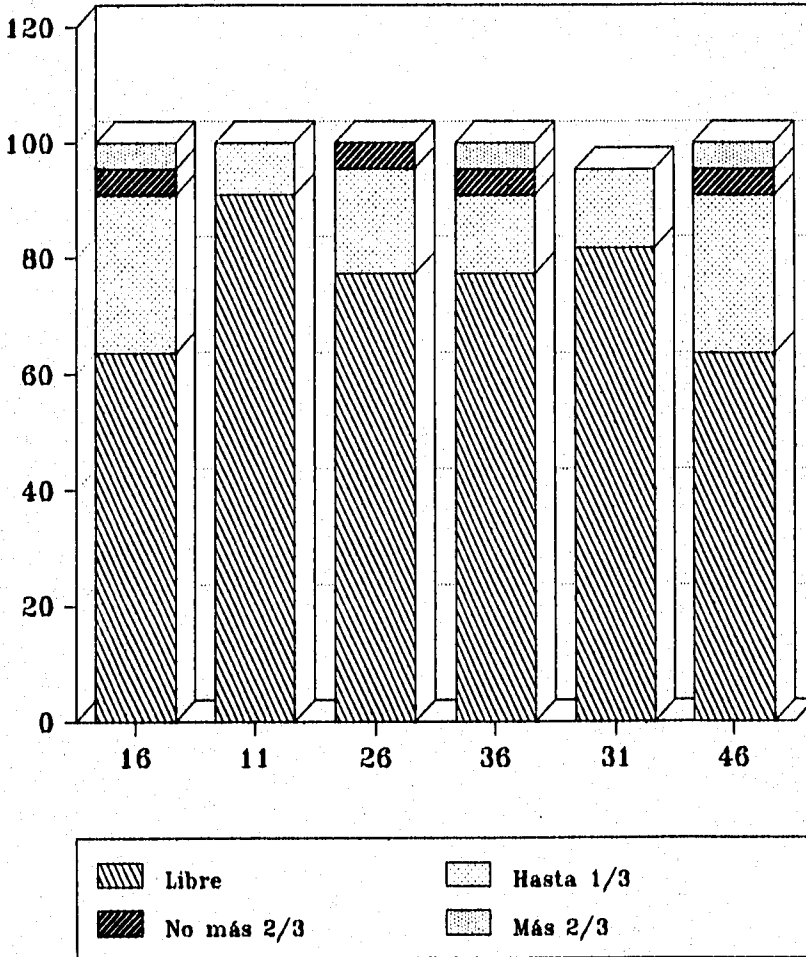
GRAFICA 8

PRESENCIA DE P.D.B. SEGUN EDAD Y SEXO GRUPO 1703. PROMEDIO



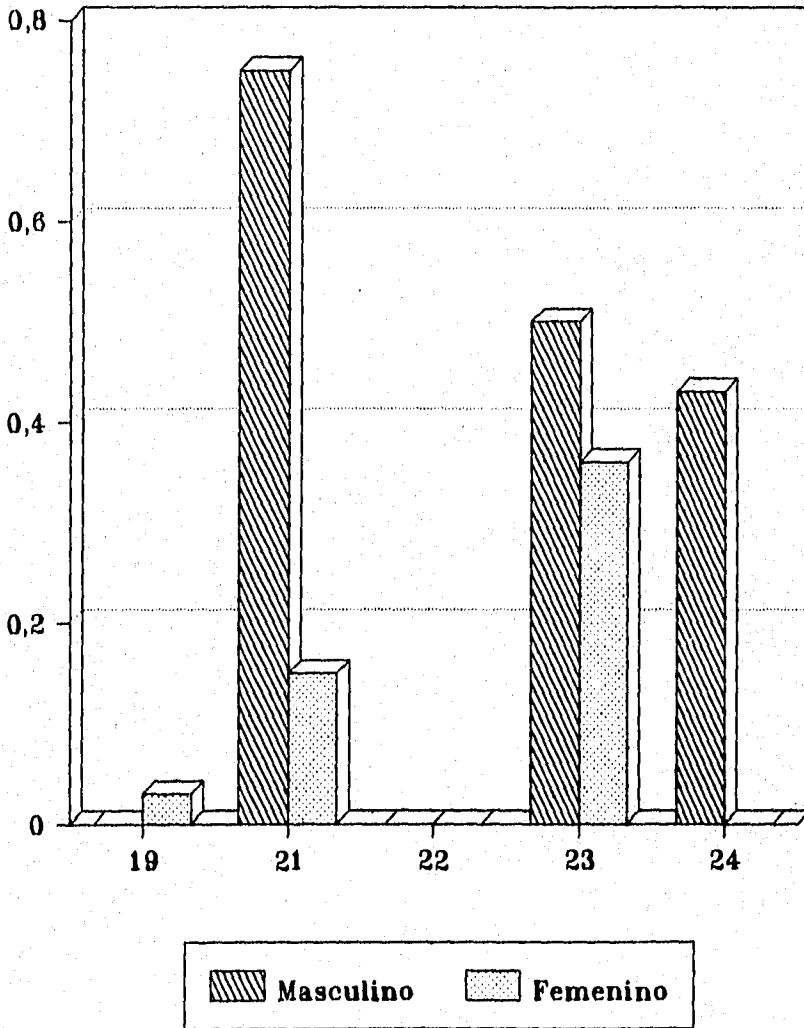
GRAFICA 6

PRESENCIA DE P.D.B. SEGUN DIENTE Y EXTENSION.
GRUPO 1706. PORCENTAJE



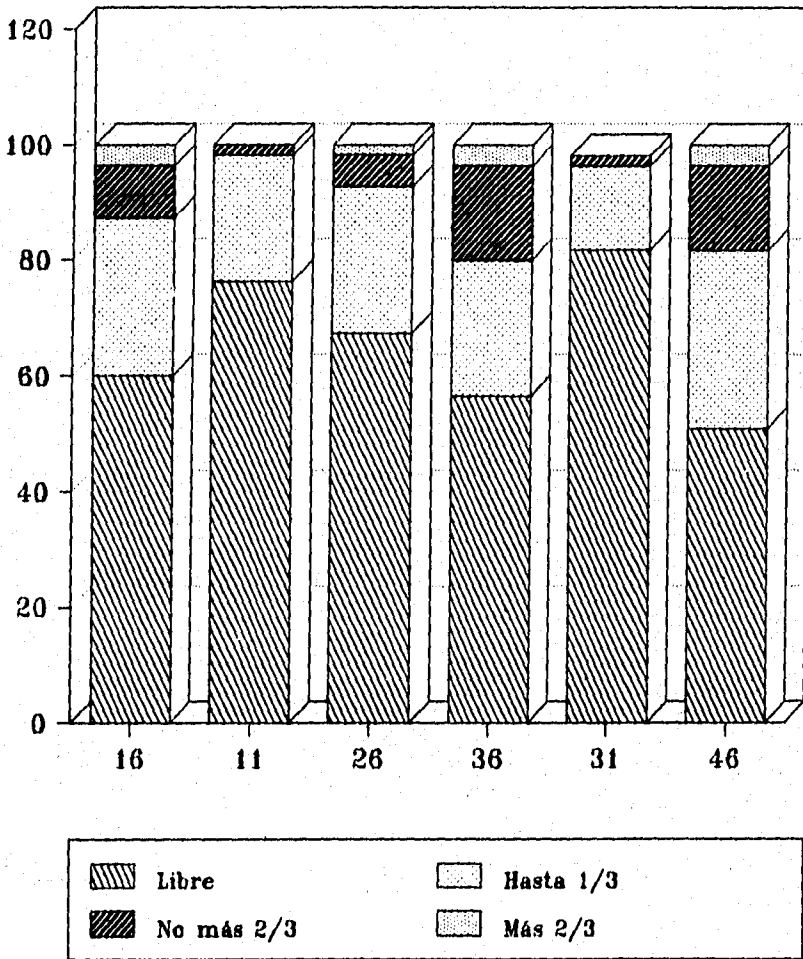
GRAFICA 7

PRESENCIA DE P.D.B. SEGUN EDAD Y SEXO GRUPO 1706. PROMEDIO



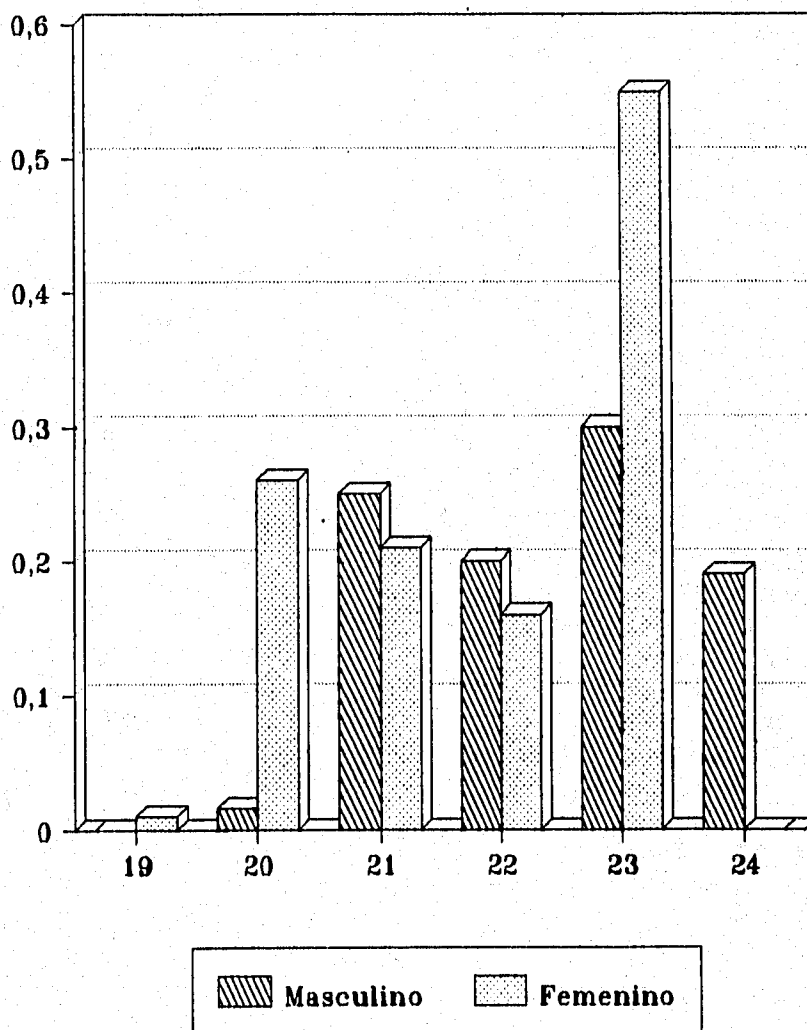
GRAFICA 7

PRESENCIA DE P.D.B. SEGUN DIENTE Y EXTENSION.
GRUPO 1701, 1703 Y 1708. PORCENTAJE



GRAFICA 8

PRESENCIA DE P.D.B. SEGUN EDAD Y SEXO GRUPO 1701, 1703 Y 1706. PROMEDIO



GRAFICA 8

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Haciendo una comparación entre los índices levantados de P.D.B. a los alumnos de los grupos que cursaron el primer año de la carrera de Cirujano Dentista en el año de 1992 (1101, 1103 y 1106), y estos mismos grupos cursando ya el séptimo semestre en 1995, los resultados fueron los siguientes:

1101 - 1701. Se pudo observar en el porcentaje del índice I.H.O.S., los dientes con mayor porcentaje el 36 y 46 con hasta un tercio (58.1% y 67.7% respectivamente) en el primer año de la carrera, estos mismos dientes presentaron el mayor porcentaje en el séptimo semestre con una mínima reducción (40.9% y 45.5%). De acuerdo al promedio mayor según edad y sexo en el 1101 las edades con mayor presencia de P.D.B. fueron entre 20 y 21 años con predominio en el sexo masculino.

1103 - 1703. En este grupo se encontró una gran baja en el porcentaje de presencia de P.D.B. siendo los porcentajes mayores en los dientes 36 y 46 con un 69.2% y 65.3% respectivamente en el primer semestre; y en el último año estos mismos tuvieron un 9.1% ambos. Respecto al promedio más grande en el grupo 1103 según edad y sexo los masculinos de 19 años tuvieron .95 y femeninos de 18 años .72 y al estar cursando el séptimo semestre este promedio fue de 0 excepto en femeninos de 23 años con un .9 de promedio.

1106 - 1706. Los resultados obtenidos fueron que en el primer año de la carrera el diente 31 con hasta un tercio de P.D.B. fue el que obtuvo mayor porcentaje (12.9%), este mismo grupo ya en el último año mostró que los dientes 16 y 46 tenían un 27.3% ambos siendo el más elevado cayendo en la misma categoría de hasta un tercio. En los promedios más elevados según edad y sexo del grupo en el 1106 en la edad de 18 años fue de 1.8 en masculino y de .16 en femeninos de 20 años, siendo mucho mayor el promedio en los hombres, en el 1706 los masculinos de 21 años obtuvieron un .75 y las femeninos de .36 en la edad de 23 años.

Primer semestre - Séptimo semestre. El diente con un mayor porcentaje fue el 46 (46.6) con un tercio de presencia de Placa Dentobacteriana en lo que respecta al primer semestre, y en séptimo también fue el mismo diente con un 30.9% observando una reducción, en esta categoría pero un aumento en los porcentajes que caen en los rangos no más de dos tercios y más de un tercio. En lo que se refiere a promedios en el primer año fue el más alto en masculino con 18 años (1.08) y en femeninos de 20 y 21 años (.48); ya en el último año ambos sexos en 23 años (3 y 55 respectivamente)

Por lo que podemos decir que estadísticamente hay una gran diferencia entre los alumnos cuando cursaron el primer semestre y el séptimo, habiendo un aumento en los índices de Placa Dentobacteriana.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

Locus de Control. Para llevar a cabo el ejercicio de análisis factorial se utilizó la escala de locus de control. Esta compuesta de las siguientes subescalas:

Fatalismo/Suerte

Poderosos del macrocosmos

Afectividad

Internalidad Instrumental

Poderosos del microcosmos

De acuerdo a las subescalas anteriores los tres grupo que integraron la investigación cayeron en la subescala de Internalidad Instrumental que nos da como referencia un cambio en la actitud de las personas respecto a la higiene oral. Haciendo una comparación entre los resultados del I.H.O.S. y el locus de control coinciden con la respuesta de cada individuo. Cabe mencionar que el grupo 1706 presenta una tendencia a caer en la subescala de Fatalismo/Suerte y esto se ve reflejado también en sus resultados del Índice de Higiene Oral Simplificado.

CONCLUSIONES

Los odontólogos debemos tomar conciencia de que la prevención es un proceso continuo no termina con el entrenamiento del paciente en las primeras visitas, pues debe continuar a lo largo de su vida en forma de una reevaluación cuidadosa de su salud bucal y lo más importante, la prevención no consiste en poner indiscriminadamente al paciente en un programa rígido de control de placa, no consiste llevar al paciente a un cuarto audiovisual para mirar carteles y películas. La conciencia del dentista no debe estar satisfecha con presentarle al paciente una bolsa de auxiliares preventivos, conteniendo un cepillo dental, dentrífico, seda limpiadora, tabletas reveladoras, puntas de madera, cepillo intersticial y un folleto de instrucciones. Si no que debemos considerar la participación del odontólogo en el equipo como un ser consciente de una personalidad preventiva que primeramente la viva en él para poder expresar con firme convicción que la Odontología Preventiva lo hace a él un ser que ofrece una salud bucal integral para todos sus pacientes.

Lo que se necesita para que la odontología preventiva se transforme en el centro básico en torno del cuál se estructure la práctica odontológica es un cambio de actitud por parte de la profesión dental incluyendo a los educadores dentales. En sus términos más simples esta nueva actitud comprenderá el desarrollo de una nueva escala de valores dentales en los que el valor más alto se dará al mantenimiento de la salud bucal y las restauraciones se consideran sólo una parte de la práctica odontológica. Esta actitud no sólo contribuirá a crear un ejercicio y traer éxito a la carrera profesional, si no que también proveerá significación y logro a nuestra vida profesional.

Es evidente que la falta de interés de la profesión dental en la odontología preventiva es el resultado de una diversidad de factores distintos y complejos. Los estudios del estado dental de la población del mundo indican que la necesidad de un cambio es ya de larga data. Si la profesión va a aceptar el desafío impuesto por las crecientes necesidades odontológicas y la responsabilidad social de la población y si su primera preocupación es la conservación de los dientes naturales en una boca sana, su filosofía actual deberá ser cambiada de predominantemente restauradora a predominantemente preventiva. Entre otras cosas esto requeriría:

- * La institución de una filosofía de odontología preventiva en la educación dental y particularmente en las clínicas de las facultades de Odontología.
- * La adopción de una nueva escala de valores normales basados en el concepto del servicio de salud total.
- * Para el odontólogo en ejercicio la preparación de material educativo relativamente simple, bien diseñado, teóricamente firme y, lo que es más importante, práctico, sobre como usar la Odontología Preventiva en la práctica diaria. La incorporación de esta filosofía en la práctica ha demostrado ser una importante contribución al éxito profesional tanto en término de recompensa

personal como económica. Estudios han separado que los odontólogos preventivos tienen mejores clientelas, mayores ingresos y proveen una calidad de odontología más alta que sus colegas no preventivos. (Katz 1993)

BIBLIOGRAFÍA

- * Articulación del conocimiento básico en la formación de los profesionales de la salud. O.P.S. Washington D.C. 1987. Taller Programa de Salud Internacional O.M.S.
- * BROWN, L. Y COL. Evaluating Periodontal Status of us employed adults. J.M. ADA 121:226-232. 1990.
- * BURNETT, G. Y SCEHRP, H. Oral Microbiology and Infectious Disease. Williams and Wilkins, Baltimore. 1968.
- * Clinical Preventive Dentistry 1991. PRACTICAL STRATEGIES FOR A PLAQUE-CONTROL PROGRAM. Vol. 13 #3 pag. 8-11.
- * COFER, C. Y APPLEBY, M. Psicología de la Motivación. Ed. Trillas. México 1970.
- * COLE, A. Y EASTOE, J. Biochemistry and Oral Biology. J. Wrigth and Sons, Ltd. Bristol, England. 1977.
- * DEPAOLA, D. Odontología Preventiva. México D.F. 1981.
- * DICARPIO, N. Teorías de la Personalidad. Ed. Interamericana. México, D.F. 1987.
- * FORREST, J. Odontología Preventiva. Manual Moderno. México 1983.
- * FREUD, A. El ego y los mecanismos de defensa. New York International Universities Press, 1946.
- * FREUD, S. Los escritos básicos de Sigmund Freud. New York: Modern Library, Random House 1938.
- * FREUD, S. Psicología y la vida cotidiana. New York. Modern Library, Random House, 1938.
- * FREUD, S. An Outline of Psychoanalysis. New York: Norton, 1949.
- * GARFIELD, S. Psicología Clínica. Manual Moderno. México 1979.
- * GIBBONS, R.J. Y VANLTOUTE J. Biología Oral. Sanders, Philadelphia. 1978
- * GLIKMAN CARRANZA 1979 Periodontología Clínica. 4ta. Edición. México pag. 446-480.
- * GENCO GOLDMAN COHEN 1993. Periodoncia. Edit. Interamericana, McGRAW-HILL.
- * HARDIE, J. Y BOWDEN, G. Flora microbiana normal del hombre. Academic Press. London and New York. 1974.
- * HEIDER S.P. 1958 Psychology os interpersonal relations New York. Wiley.
- * HILGARD, E. Theories of Learning. New York. Appleton- Century-Crofts, 1956.
- * Informe del taller "Atención Odontológica Comunitaria" 1974 La Habana, Cuba. OPS pag. 6-12.
- * ISMALL AL. MORRISON EC. BURT BA. CAFFESSE R.G. 1990 NATURAL HISTORY OF PERIODONTAL DISEPSE sTUDY j. oent rest 69. 2, 430-s
- * JANIS IRVING 1958 PSICOLOGYCAL stress New York.
- * JENKINS, G. Current concepts concerning the development of dental caries. Int. Dent. J. 22:350-362 1972.

- * JENSEN, S., LÖE, H. Y COL. Vanomycen induced, changes in isoacterial plaque composition as related to development of gingival inflamtion. J. Perio. 3:284, 1968.
- * Journal of dental education 1993. MEETING CHALLENGES INDENTAL HIGIENE TROUGH COMPARATIVE EDUCATION vol. 57 #9 pag. 696-699.
- * KATS, S. Y COL. Odontología Preventiva en Acción. De. Medica Pnamericana. México, D.F. 1993.
- * KLEINBERG, I. Y JENKINS, G. The pH of dental plaques in the different areas of the mouth before and after meals and their relationship to the pH and rate of flow of resting saliva. Arch. Oral Biol. 1964.
- * KURT LEWIN 1935 Adinamic theory of personality. New York Mc Graw Hill.
- * LEAVELL, H. Y CLARK, E. Medicina Preventiva para el doctor en su comunidad. Blackiston, New York. 1958.
- * LAZARUS, R. Psychological stress and the coping process. New York McGraw Hill. 1966
- * LEFCOURT H.M. 1982 Locus of control, current trend in theory and research. L. Erblaquim, Hisdale.
- * LIE, T. Pellide formation on hidroxyapatite splints attached to the human dentition: morphologic confirmation of the concept of adsorption. Arch. Oral Biol. 20:739, 1975.
- * LÖE, H. Y COL. Experimental gingivitis in man. J. Periodontal. 36:177-187. 1965.
- * LÖE, H. Y SCHIOTT, C. The effect of mouth rinses and topical application of chlorhexidine on the development of dental plaque and gingivitis in man. J. Periodont. Res. 5:79, 1970.
- * LÖE, H., SCHIOTT Y COL. Two years oral use of clorhexidine in man I. General design and clinical effects. J. Periodont. Res 11:135, 1976.
- * MACDONALD, J. Microbiology of Caries. Ed. Chemistry and the Prevention of Dental Caries. C.C. Thomas, Springfield, Ill. 1962.
- * MAYHALL, C. Amino and composition of experimental salivary pellides. J. Periodont. 48:78, 1977.
- * MILLER, C. Comunicación Personal. 1979.
- * NEWBRUN, E. Polysaccharide synthesis in plaque. Microbiology Abstracts Suppl. Microbial Aspects of Dental Caries, 111:649, 1976.
- * Plan de estudios de la carrera de Cirujano Dentista 1977 ENEP ZARAGOZA pag. 4-17.
- * Plan Nacional de Desarrollo 1989 SRIA DE PROGRAMACIÓN Y PRESUPUESTO pag. 17-25
- * RITZ, H. Microbial shifts in developing human dental plaque. Arch. Oral Biol. 12:1561. 1967.
- * RODRIGUEZ M.I., VILLAREAL R. 1986 La administración del Conocimeinto Biológico y Social en la formación del personal de salud en America Latina. Educación médica y Salud O.P.S. O.M.S. WASHINGTON D.C. pag. 4-20
- * ROGERS, C. Atheory of therapy, personality, and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework. In S. Koch (ed) Psychology: A study of a Science Vol. 3 New York. MacGraw Hill 1959.

- * ROTTER J.B. CHANCE J.E. PHARES E.J. 1972 Aplicaciones del aprendizaje teórico social en nuestra personalidad New York, H-O-L-P, Rinehart and Winston.
- * ROTTER JULIAN B. 1966 Expectativas generalizadas del interior contra el control de refuerzos. New York. Reinhart and Winston.
- * RUIZ DE CHAVEZ, M. Bases para la evaluación de la calidad de la atención de las unidades médicas del sector salud. Salud Pública de México. Vol. 32 No. 2 p.p. 157.
- * THEILADE, E., WRIGHT. W., JENSEN, S. Y LÖE, H. Experimental gingivitis in man II. A longitudinal, clinical and bacteriology investigation. J. Periodont. Res 1:1, 1968.
- * SCHOEDER. H. Y DEBOEVER, J. Placa Dental. Ed. W. D. McHugh. Edinburg 1970.
- * Simposio sobre el Campo de Acción Futura de la Práctica odontológica 1973 ISLA CONTADORA Panama O.P.S. O.M.S. Washington D.C. pag. 3-14.
- * TORQUIL MAC PHEE GEOFFREY COWLWY 1989 Fundamentos de Parodoncia 1 de. Interamericana México pag. 61-91.
- * VARGAS, F. Atención Primaria de Salud. Estrategia para extender los servicios de la población marginada. O.P.S. 1981 p.p. 37
- * W.H. GREENE B.G. SIMONS, MORTON 1988 Educación para la Salud 1 de. Interamericana México pag. 3-107.
- * WEAWE R. 1972 Internality, externality and compliance resarelated, tochronic home dialis patiens Emory University.
- * WILLIAMS A.F. 1972 Factores asociados con la seguridad de nuestra familia. Journal of Safety Reasearch.
- * WOODALL Y COL. Tratado de Higiene dental. Salvat editores.Barcelona, España. 1992.