



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**ACTITUD HACIA LA SALUD BUCAL EN
ESTUDIANTES DE ODONTOLOGÍA**

T E S I S

**Que para obtener el Título de:
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

Presenta:

NORMA MAGDALENA PALACIOS TORREGROSA

DIRECTORA: LIC. PATRICIA DE BUEN RODRIGUEZ

REVISORA: LIC. MARGARITA MOLINA AVILÉS

Asesora Metodológica: Lic. Ma. Lourdes Monroy Tello

MÉXICO, D. F.

2005

m. 347241

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico o impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Nayma Magdalena Salacios Tarudaca

FECHA: 28 - Agosto - 2005

FIRMA: Nayma M. Salacios

ÍNDICE

RESUMEN.....	2
1. INTRODUCCIÓN	3
2. MARCO TEÓRICO	8
PERFIL DEL ESTUDIANTE.....	8
LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA	11
<i>Plan Institucional de Desarrollo 1993-1997 (Planeación; UNAM; 1992)</i>	11
<i>Vinculación con la sociedad</i>	12
<i>Plan de Desarrollo 1997-2001 (Estadística; UNAM; 1996)</i>	13
Misión Institucional.....	13
Análisis Externo	13
Entorno Nacional	13
Estudiantes.....	14
Personal Académico.....	15
Vinculación con la Sociedad.....	15
PROGRAMA VINCULACIÓN.....	15
<i>Subprograma de Servicios Odontológicos a la Comunidad</i>	15
Objetivo	15
Acciones.....	16
LA FAMILIA Y LA SALUD BUCAL.....	18
ACTITUD	22
Definiciones de actitud	22
Elementos de Actitud	25
3. MÉTODO	28
3.1 PLANTEAMIENTO Y JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA	28
3.2. OBJETIVOS.....	28
3.3 CATEGORÍAS DE ANÁLISIS Y SUS INDICADORES	29
3.4. HIPÓTESIS.....	30
3.5. MUESTRA	30

3.7 TIPO DE ESTUDIO	31
3.8 DISEÑO	31
3.9 INSTRUMENTO.....	31
3.10 PROCEDIMIENTO.....	34
3.11 ANÁLISIS DE DATOS.....	39
4. RESULTADOS	40
5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	56
6. REFERENCIAS	60

LISTA DE SIGLAS

FO	Facultad de Odontología
UNAM	Universidad Nacional Autónoma de México
INEGI	Instituto Nacional de Estadísticas, Geografía e Informática
NOM	Norma Oficial Mexicana
OMS	Organización Mundial de la Salud
HNE	Historia Natural de la enfermedad
AP	Atención Primaria
DIF	Desarrollo Integral de la Familia
SSA	Secretaría de Salubridad y Asistencia

RESUMEN

El presente trabajo tiene como propósitos: identificar la actitud hacia la salud bucal y analizar las diferencias que tienen los estudiantes de Odontología según el año escolar que forman la población de la carrera de Cirujano Dentista en la Facultad de Odontología UNAM.

La licenciatura de Odontología tiene en su Plan de Estudios cinco años escolares de los cuales cuatro se desarrollan en las instalaciones de la facultad en el circuito escolar universitario y un año escolar en clínicas ubicadas en la periferia de la Ciudad de México denominadas "Clínicas periféricas".

Nos apoyamos en el modelo diseñado por Kiyak del artículo "Edad y cultura: Influencias en el comportamiento de salud bucal", este concluyó que el comportamiento dental es una función de características del *paciente* tales como edad, sexo, cultura y creencias de salud bucal. Partiendo de esto aplicamos preguntas al estudio piloto formado de 19 estudiantes, valoramos los reactivos no discriminativos y eligiendo otros, se aplicaron las preguntas reestructuradas. Presentamos ante jueces en elaboración de instrumentos, ellos señalaron cambios importantes en el cuestionario piloto diseñado para medir actitudes hacia la salud bucal, conformado de 9 categorías en cada componente: cognitivo, afectivo y conductual. Nuevamente aplicamos el cuestionario en el estudio piloto obteniendo confiabilidad con puntaje de alpha de Cronbach igual a 0.7806.

En la muestra del estudio final participaron 100 estudiantes de 1°, 2°, 3°, 4° año escolar y 17 estudiantes del Seminario de Titulación del Área de Epidemiología y Salud Pública. De forma similar al estudio piloto con el cuestionario final para obtener resultados y conclusiones. "Todos los estudiantes de Odontología tienen una actitud positiva y favorable hacia la salud bucal".

1. INTRODUCCIÓN

La República Mexicana, por su situación geográfica, su forma, clima, orografía y geología, presenta una gran diversidad de condiciones ecológica.

Un aspecto importante que caracteriza a la población es la esperanza de vida y el índice de supervivencia en el XII Censo General de Población y vivienda del 2000 señala aumento de 69.6 años (66.4 para varones y 73.0 para mujeres) con una tasa de crecimiento natural el que ha descendido de 3.4 a 2.8 en los últimos 30 años, mientras que la natalidad ha disminuido a 2.5 como consecuencia del uso creciente de métodos anticonceptivos, sobre todo en las zonas urbanas. La estructura de edades muestra una población donde predominan los niños y los jóvenes esto significa niños entre 5-9 con una población de 11,215, 323 y de jóvenes entre 10-19 años es población de 20,626, 723. Al mismo tiempo se observa un crecimiento explosivo de la población urbana en comparación con la rural, debido a la migración rural en zonas urbanas. Con índice de crecimiento de la población de 2.8% implica que la población se duplica aproximadamente en 20 años.

Otro aspecto es relacionado a la salud en el Distrito Federal existen: 3 143 Centros de salud rural disperso de unidades médicas, 1 066 Centros de salud, 857 Unidades médicas, 498 Unidades dentales. Recursos Humanos: 391 pasantes, Odontólogos en adiestramiento 115. Un total de unidades médicas 33 354 y de Odontología 2 142.

En 1995, México contaba con 113.4 médicos por cada 100,000 habitantes; 187.2 enfermeras por cada 100,000 habitantes y 85.3 camas hospitalarias por cada 100,000. Los datos indicados en los párrafos anteriores se obtuvieron de Microsoft Internet Explorer Población Derechohabiente de las Instituciones.

La población concede una gran importancia a la salud, pero tiene, a menudo, punto de vista parcial respecto a la misma que comporta diversos riesgos, sobre todo en lo que concierne a la prevención de la enfermedad.

La promoción de la salud es la instalación y mantenimiento de las capacidades funcionales, físicas, psicológicas y sociales de la persona. Está sé realiza en grupos mediante acciones ejercidas sobre los individuos que les lleven a modificar sus comportamientos, para que adquieran y conserven hábitos de salud.

Uno de los aspectos de mayor trascendencia que es necesario reconocer al hablar de hábitos de salud, es el relacionado al vínculo que ésta guarda con la calidad de vida del hombre.

Cuando reconocemos que el problema más grave y urgente que enfrenta la sociedad actual es el deterioro de la calidad de vida, como consecuencia del deterioro de hábitos de salud y calidad de vida.

La sensibilidad hacia hábitos de salud es el acercamiento o interés hacia los problemas de salud, como punto de partido para buscar las soluciones que se requieren.

En la NOM- 013-SSA2-1994 "las enfermedades bucales de mayor prevalencia de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud son la caries dental y la enfermedad periodontal, las de frecuencia media son las anomalías dento-faciales y maloclusiones, las de frecuencia variable son el cáncer bucal, los defectos de los tejidos dentales, los traumatismos maxilofaciales y la fluorosis dental".

Los Estados Unidos Mexicanos, de acuerdo con la clasificación internacional de la Organización Mundial de la Salud, se encuentra entre los países de alto rango de frecuencia de enfermedades bucales, dentro de ellos la caries dental que afecta a mas del 90% de la población mexicana.

Las enfermedades bucales por su alta morbilidad se encuentran entre las tres de mayor demanda de atención en los servicios de salud del país, situación que condiciona el incremento en el ausentismo escolar y laboral, así como la necesidad de grandes erogaciones económicas que rebasan la capacidad económica del sistema de salud y de la misma población.

Desde la Psicología Social se han desarrollado conocimientos con el fin de comprender los problemas de salud, y al diseño y puesta en práctica de programas de intervención en ese marco. Barriga (1988: 36) "La esencia de su aportación es el análisis de las posibles interacciones implicadas en el proceso del mantenimiento de la salud y de la enfermedad". El campo de la salud significa el estudio de la conducta de salud-enfermedad en interacción con otras personas o con productos de la conducta humana, técnicas diagnósticas y de intervenciones, organizaciones de cuidado de salud, etc. Actividades como la promoción de salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, la mejora del sistema de cuidado de salud y la formación de políticas de salud son el resultado de las interacciones entre los profesionales y los usuarios del sistema de salud, y se desarrollan en dicha interacción.

La conducta relacionada con la salud y la enfermedad se aprende y se realiza en un contexto social, por lo que Barriga y Martínez (1990:92) dicen: "un abordaje psicológico puramente individual probablemente sólo ofrecería una perspectiva muy limitada de las relaciones entre conducta y enfermedad".

La circunstancia socio-cultural determina, entre otras muchas cosas, las actitudes y comportamientos del individuo con relación a la salud y a la enfermedad, puesto que da contenido a los propios conceptos de salud y de enfermedad.

La actitud hacia la participación en salud es una predisposición del hombre, mantenida en el tiempo, asistir a reuniones donde se traten temas que tienen que ver con la salud, o a tener hábitos saludables, no es una conducta, es simplemente el sentimiento favorable o desfavorable con predisponerse a actuar en ese sentido y que la persona ha ido aprendiendo por la experiencia a lo largo de su vida.

Mucho influye la actitud o sea la importancia que le da el hombre por medio de cualquier pensamiento, sentimiento, creencia u opinión en el campo de la salud, debido a que existen influencias sociales y culturales fortaleciéndose los factores psicosociales.

La conducta del hombre sano y la conducta del hombre enfermo no pueden comprenderse si se las separa de su circunstancia social-cultural. Vivimos formando parte de grupo y definimos nuestra realidad personal por referencias a nuestra circunstancia.

La Psicología Social ha contribuido a la investigación de las distintas variables que intervienen en la instalación y mantenimiento de conductas saludables, o en el abandono de hábitos perjudiciales.

La aplicación de la Psicología Social a los problemas del campo de la Salud se ha ido ampliando crecientemente al mismo tiempo que se iba produciendo un cambio en el propio concepto de salud. Tradicionalmente se ha definido la salud como: ausencia de enfermedad, también ha ido cambiando y ha añadido al marco de referencia biológico, el psicológico y el social. En 1948 en el Congreso de Constitución de la OMS, en San Martín (1983: 12) se definió: "El estado de absoluto bienestar físico, mental y social, y no la ausencia de enfermedad." Salleras (1985:210) define a la salud: "Como un continuo, cuyos extremos son el óptimo estado de salud por un lado y la muerte por el otro. En este continuo existe una zona neutra no bien definida, ello significa que la separación de la salud y la enfermedad no es absoluta, y que a menudo no es posible distinguir lo normal de lo patológico."

El papel de los factores psicosociales en la salud no se reduce a su implicación en la etiología de las enfermedades físicas, sino que se extiende a su tratamiento, rehabilitación, y consecuencia sintomática (siendo muchas veces los responsables de la mejoría o empeoramiento de una situación aguda o crónica) a la prevención de la enfermedad y a la promoción de conductas saludables.

El presente trabajo sus objetivos son: identificar la actitud hacia la salud bucal y analizar si existen diferencias según el año escolar de los estudiantes en Odontología de la carrera de Cirujano Dentista en la FO UNAM.

La estructura del trabajo se describe a continuación: La introducción proporciona un panorama sobre salud de los Estados Unidos Mexicanos, apoyándonos en la psicología social para relacionar la salud bucal y la actitud; en marco teórico plantearemos las características del estudiante de la FO UNAM, la formación en la atención clínica de los pacientes, vinculación con la sociedad, la realización de promoción de la salud así como proporcionar educación para la salud bucal al paciente y servicios preventivos, este punto es importante porque conoceremos que los estudiantes tiene una estrecha comunicación con pacientes desde el comienzo de sus estudios y será interesante identificar las actitudes hacia la salud bucal de los estudiantes para cambiar las actitudes de los individuos con los que interacciona en su formación académica así como en el campo profesional; consideramos la familia por la importancia que los padres representan en las conductas hacia salud bucal de ellos y sus hijos, debido a que los estudiantes están en contacto con los integrantes de la familia en la promoción de la salud bucal y medidas preventivas; en método el procedimiento de la investigación, aplicada a la población de estudiantes de odontología para identificar actitudes hacia la salud bucal, esta parte del trabajo es importante porque describiremos cada uno de los pasos ejecutados para estudiar la muestra estudiantil de la FO UNAM; en los resultados se analizaron los datos proporcionados por el cuestionario aplicado a la muestra de estudio, Concluyendo en la discusión y conclusiones

2. MARCO TEÓRICO

PERFIL DEL ESTUDIANTE

Facultad de Odontología UNAM

INTRODUCCIÓN

El objetivo del tema que se describe a continuación es plantear las características del estudiante de la FO UNAM, mostrando la importancia que la Institución tiene para formar profesionistas adecuados a las necesidades del país dentro de la función educativa de ésta. Otro aspecto importante utilizando dos planes Institucionales de desarrollo años 1993-1998 y 1997-2001 para mostrar lo que hace la FO en formar estudiantes dentro de la atención a las comunidades por medio de los profesores con formación académica.

La Universidad como producto de la sociedad a la que refleja debe caracterizarse por una actitud crítica de sus problemas, de las causas que los originan y de las acciones dirigidas a superarlos. Estableciéndose así una identificación plena de su responsabilidad educativa como la realidad del país.

Su mayor compromiso radica en la formación de profesionales sensibles a los requerimientos y necesidades sociales. Extendiéndoles el beneficio de su conocimiento y capacidad y el de conciencia humanística de la realidad.

Dos factores son determinantes para el desarrollo de los pueblos: el nivel cultural y el de salud. El primero es heredado en gran parte pero se enriquece con el aporte de la cultura adquirida a través del estudio de la investigación; el segundo, es producto de la realidad que vive cada país.

En este sentido el papel de la Universidad es preponderante, la función educativa no debe reducirse a la identificación, sino complementarse con la adquisición y el fortalecimiento de un compromiso de servicio a la comunidad, buscando para ella los más altos grados de bienestar

La salud entendida en un sentido más amplio, no es sólo la ausencia de enfermedad, sino un estado de completo bienestar físico, mental y social, que resulta de la interacción de influencias ambientales y del estilo de vida de los grupos humanos, por lo tanto tiene interacciones económicas, sociales y culturales.

En México, la situación de salud tiene un perfil particular, ya que si bien presenta características de un país industrializado, también tiene las de un país subdesarrollado; situación que ha determinado que en los últimos años se presenta en ciertos sectores de la población una reducción de las tasas de mortalidad, el crecimiento en la esperanza de vida al nacer y la modificación de la morbilidad en los adultos, hacia enfermedades crónico-degenerativas propias de países desarrollados, así como la reducción de la natalidad.

Si bien el ritmo de crecimiento demográfico en el país ha disminuido de manera indudable e irreversible, las consecuencias de las elevadas tasas de crecimiento observados en las dos décadas basadas, impondrán retos en materia de empleo, vivienda, alimentación, ambiente, capacitación para el trabajo y seguridad social, para la satisfacción de las necesidades primarias de los habitantes.

La atención institucional de salud se concentra esencialmente en los habitantes que tienen una relación laboral formal, situación que no presentan en general quienes viven en pobreza extrema.

La práctica general de la odontología se ha restringido a la aplicación de un número limitado de procedimientos por lo que, para la atención integral de los pacientes se requiere de la intervención de varios especialistas, lo que incrementa en forma muy importante el costo de los tratamientos odontológicos.

El campo de trabajo actual del cirujano dentista, comprende la atención de los problemas de salud bucal. La patología preponderante, que deberá resolver el Cirujano Dentista, como son la caries y la enfermedad periodontal, Irigoyen (1995:431) "Acerca de los países considerados en vías de desarrollo, se ha sugerido que presentan un dramático incremento en los índices de caries, lo cual, según algunos autores, se asocia al aumento en el consumo de azúcar" sin embargo, es probable que en los próximos años se presenten cambios en la incidencia y prevalencia de estas enfermedades, como consecuencia de las medidas preventivas que han puesto en marcha. Maupomé (1993:358) "Es necesario apelar a todas las fuentes posibles de información para documentar la prevalencia y la incidencia de las enfermedades bucodentales epidemiológicas corrientes importantes en la categoría de la caries y las enfermedades periodontales crónicas destructivas."

Grandes sectores de la población continuarán presentando estos mismos problemas, debido a que una vez iniciado el proceso carioso tiende a evolucionar y complicarse, lo anterior expuesto se menciona porque los individuos que presenten caries de esmalte sin darse cuenta que la enfermedad esta presente, ella continuará su historia natural hasta mostrar síntomas que el individuo pueda interpretar. Mientras que no se vea socavación (orificio de caries) aparentemente no existe esta. Aunado a lo anterior nos refiere Pack (1998:243) "En los países en desarrollo en que se encuentran enormes problemas, deberían diseñarse e implementarse urgentemente programas de intervención enfocadas en la atención primaria y en la prevención monitorizando y analizando científicamente su eficacia".

Por otro lado, dadas las condiciones actuales, es muy probable que el sector salud tratará de buscar la mayor racionalidad posible en el uso y combinación de sus recursos, para evitar duplicaciones y ofrecer una mayor cobertura, tanto en las instituciones de seguridad social, como las de salud pública.

LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

Plan Institucional de Desarrollo 1993-1997 (Planeación UNAM; 1992)

“En 1996 la FO continuó con la promoción constante de la excelencia académica y profesional en la formación de Cirujanos Dentistas, a través del ***desarrollo integral de los alumnos y la atención clínica eficiente de los pacientes***, por medio de un diagnóstico permanente de las actividades tanto académicas, administrativas y de investigación.

El personal académico con que cuenta la Facultad está conformado por 654 académicos, ubicados en un total de 748 nombramientos, distribuidos de la siguiente manera: 60 profesores de carrera de tiempo completo, de los cuales 14 cuentan con estudios de doctorado, 12 de maestría, 18 de especialidad y 16 de licenciatura; 75 profesores de carrera de medio tiempo, cuatro de ellos con doctorado, diez con maestría, 24 con especialidad y 37 con título de licenciatura; 481 profesores de asignatura: 14 con el grado de doctorado, 56 con especialidad, 136 con maestría, 279 con estudios de licenciatura y uno con estudios menores; 119 ayudantes de profesor: 21 con especialidad, 96 licenciatura y uno con estudios menores; cuatro técnicos académicos: uno con estudios de maestría, uno con especialidad, uno con licenciatura y uno con estudios menores. Además de contar con nueve profesores como personal de apoyo académico, uno con doctorado, uno con maestría, cinco con especialidad y dos con licenciatura; y por último, cuatro profesores eméritos: uno con doctorado y tres con estudios de licenciatura. Al Sistema Nacional de Investigadores se encuentran incorporados tres profesores de carrera de tiempo completo.

Vinculación con la sociedad

En el programa de recuperación de equipos dentales, la Facultad realizó donaciones a la Universidad Autónoma de Morelos, Oficialía Mayor del DIF en Cuernavaca, Morelos, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, así como a la Escuela de Odontología de la Universidad Autónoma de Guerrero. De la misma manera se recibió la donación de equipo audiovisual por parte del Depósito Dental Plus. Aunado a lo anterior, la Facultad continuó con el Programa de Salud Bucal para Escolares en la Delegación Coyoacán, donde se realizaron 49 visitas en las cuales se efectuaron actividades de aplicación de flúor y educación para la salud, así como un levantamiento epidemiológico de caries dental.

Como apoyo a las comunidades rurales, se llevaron a cabo 30 brigadas de atención odontológica en 56 comunidades de los estados de Morelos, Guerrero, Veracruz y Michoacán, atendiendo a más de 11,500 pacientes realizando 42,000 tratamientos.

A principios del año 1992, la UNAM, a través de la FO, firmó un convenio con el Departamento del Distrito Federal y la SSA con la finalidad de realizar, de manera conjunta, actividades académicas, científicas y ***de atención dental preventiva*** y curativa que beneficien a nuestra población. Enmarcado en este proyecto, a partir de septiembre, dio inicio la campaña "Bienestar en la boca de tus hijos" en las clínicas periféricas, consistiendo en la aplicación de selladores de fisuras y foseas como tratamiento preventivo de caries dental, dirigido a escolares del Distrito Federal.

El importante papel que realiza la FO con relación a la atención dental a la sociedad, se refleja con el número de pacientes que asciende a 34,000, atendidos en el edificio central de la Facultad (58.8%) y en las clínicas periféricas (41.2%)".

Plan de Desarrollo 1997-2001 (Estadística UNAM; 1996)

“La FO como formadora de profesionistas tiene un compromiso y una obligación frente a las necesidades nacionales en materia de salud, por lo tanto, representará una prioridad el contribuir a reflejar y garantizar el cumplimiento de éstas exigencias.

Los estudiantes titulados en la presente década ejercerán su profesión durante los próximos 30 años. Es de predecir que ellos necesitarán un tipo de destreza adicional o diferente de la que aprendieron durante su formación. La Facultad de Odontología deberá contar con los mecanismos eficientes y suficientes para responder a las demandas y necesidades de sus egresados.

MISIÓN INSTITUCIONAL

Nuestra Facultad tiene un compromiso permanente con la sociedad para coadyuvar a resolver sus problemas de salud oral. Este compromiso implica la necesidad de ir adecuando nuestros modelos de atención e intervención, fortalecer la vinculación entre nuestros estudiantes, egresados, académicos e investigadores con el desarrollo científico y tecnológico, y a través de proyectos que respondan a exigencias de mayor competitividad.

Análisis Externo

ENTORNO NACIONAL

El fundamento de la formación odontológica se deriva de las demandas y necesidades de la sociedad, resulta entonces de vital importancia adecuar el proceso de enseñanza-aprendizaje a un modelo integral que permita crear, transformar, aplicar y difundir el conocimiento, para responder de manera satisfactoria a las diversas problemáticas nacionales en materia de salud. Asimismo es prioritario acceder a los diferentes grupos sociales, con base en sus características y necesidades, de tal manera que, el futuro odontólogo sea capaz de cumplir con pertinencia y eficacia a las expectativas y retos sociales.

En nuestro país la práctica odontológica que predomina se realiza a nivel privado, concentrándose los servicios odontológicos en las grandes urbes y orientándose a aquellos sectores de la población con mayor capacidad económica.

Visión de la facultad de odontología

Al cambio del milenio, la FO debe estar acorde con las nuevas transformaciones en los ámbitos educativo, informático, tecnológico y científico que permitan cumplir las expectativas: a) de los alumnos en su formación profesional, b) de los egresados para la prestación de sus servicios y acceso a su capacitación y especialización continua, c) de sus profesores para la impartición actualizada de la enseñanza y, d) de sus investigadores para la creación, aplicación y divulgación de nuevos conocimientos. Para ello se espera preservar el liderazgo en odontología a nivel nacional, así como la contribución a la prevención y conservación de la salud oral de la población, particularmente del sector menos favorecido. En este sentido la Facultad se plantea:

ESTUDIANTES

Que nuestros estudiantes cuenten con los conocimientos para enfrentar los retos de la problemática nacional en materia de salud oral, y que hayan desarrollado un espectro más amplio de su quehacer profesional que les permita insertarse en ámbitos laborales hasta ahora poco explorados.

Asimismo que nuestros alumnos al término de su formación sean individuos que hayan incorporado una misión de servicio, en particular, con los sectores menos favorecidos de la población.

PERSONAL ACADÉMICO

Que nuestro cuerpo académico cuente con profesionales de la enseñanza con un profundo conocimiento de su disciplina y capacidad pedagógica para transmitirla; por otro lado, que se encuentren comprometidos con sus obligaciones de formación, investigación y actualización, para brindar una enseñanza de calidad a los estudiantes.

Se esperará de nuestro personal académico la apertura para ir incorporando las propuestas pedagógicas de avanzada, y una labor concreta y de conjunto que vincule la docencia, con la investigación y la práctica profesional.

VINCULACIÓN CON LA SOCIEDAD

Que la FO fortalezca su contribución con soluciones a los problemas nacionales en materia de salud oral, mediante esquemas de colaboración con los diferentes ámbitos educativo, social y de salud, y con los sectores productivos en las áreas industrial, comercial y de servicios.

PROGRAMA VINCULACIÓN

Subprograma de Servicios Odontológicos a la Comunidad

OBJETIVO

Complementar la formación integral de los alumnos favoreciendo el vínculo con los sectores desprotegidos de la población y desarrollar entre nuestros estudiantes una mayor conciencia y sensibilidad social.

Por otro lado coadyuvar en la solución de problemas nacionales en materia de salud oral.

METAS

- Orientar a lo largo de los cinco años de formación al 100% de los estudiantes hacia prácticas y servicios comunitarios con los sectores menos favorecidos de la sociedad.

- Incrementar en un 7% anual el número de actividades del Servicio Social en zonas rurales con carencia de servicios odontológicos.
- Incrementar en un 3% anual el número de convenios estatales que permitan actividades permanentes de Servicio Odontológico Comunitario en aquellas zonas del país con mayor demanda de los servicios y menores recursos.
- Incrementar en un 3% anual el número de pacientes atendidos en las cuatro clínicas periféricas de menor demanda de servicios odontológicos.

ESTRATEGIAS

- Establecer un programa permanente de educación para la salud, entre los diversos sectores de la sociedad.
- Fomentar e impulsar entre los profesores y alumnos de la Facultad su participación en programas de educación para la salud y en brigadas en áreas rurales y marginadas.
- Impulsar el programa de Labio y Paladar Hendido e integrar a este equipo a alumnos de Servicio Social.
- Difundir los servicios de las Clínicas Periféricas en el D. F.

ACCIONES

- Llevar a cabo brigadas de Servicio Social en zonas marginadas del país.
- **Realizar una campaña permanente de educación para la salud, fomentando la política de atención primaria.**
- Realizar una campaña de difusión para la comunidad, de los servicios que la Facultad brinda a través de sus múltiples clínicas.

El estudiante de la FO será capaz de realizar promoción de la salud y la protección específica a través de las siguientes acciones:

Recolectar los datos durante el examen clínico para determinar las necesidades de prevención del paciente.

Solucionar e interpretar los datos obtenidos durante el examen para diagnosticar la prevención de padecimientos bucales y evaluar el riesgo de que la enfermedad se desarrolle.

Proporcionar al paciente servicios preventivos:

Educación sobre prácticas preventivas para desarrollar en el paciente habilidades como: Remoción de la placa dento bacteriana, eliminación de hábitos dañinos, control de la dieta, obtención de la atención profesional requerida, autoexamen del estado de salud bucal.

Aplicación de agentes preventivos: Fluoruros tópicos, selladores de fosetas y fisuras, guardas oclusales nocturnas y protectores bucales, aparatos para la corrección de hábitos dañinos, Técnicas de cepillado .”



Fuente: Agenda 2003 facultad de odontología

LA FAMILIA Y LA SALUD BUCAL

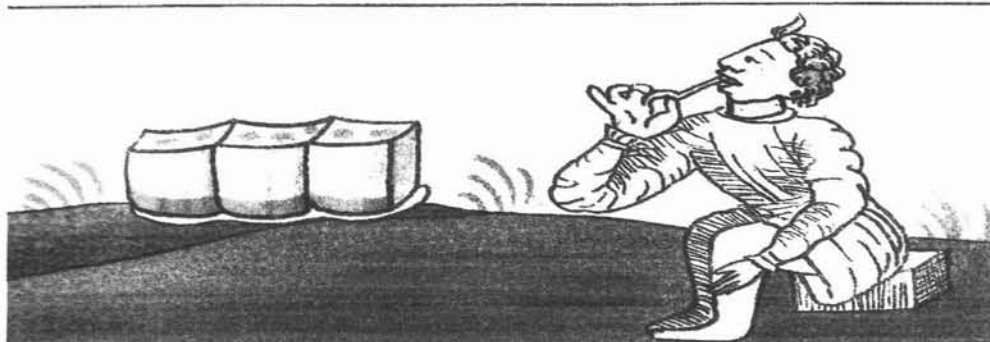
INTRODUCCIÓN

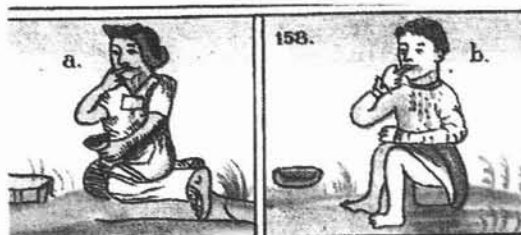
Anteriormente se describió la formación de los estudiantes de odontología, en las instalaciones de la FO sus primeros años escolares y después en clínicas periféricas. Como se indicó realizan en comunidades rurales actividades de Educación para la salud y medidas preventivas, con las familias ó con algunos de sus integrantes, encaminándolos a actitudes ideales hacia la salud bucal.

Considerar en este momento a la familia se sustenta en el hecho de que los padres juegan un papel importante en la educación, de forma similar los conocimientos de higiene personal también se relacionan con éstos. De lo anterior surge la idea de averiguar cómo educaban los padres de familia en el siglo XVI a sus hijos con respecto al cepillado de los dientes.

La educación que daban a sus hijos los mexicanos y el cuidado que velaban sobre sus acciones, puede estar en el tratado de Fray Bernardino de Sahagún que representa la limpieza de los dientes, tiene su origen del texto de Sahagún en Garibay (1989:588) y nos dice:”.... limpiarse los dientes y muelas después de haber comido, y quitarse la carne de entre medias, con un palito, porque suele podrir y dañarse la dentadura.

En Ring (1989:19) los dibujos del tratado de Fray Bernardino de Sahagún, probablemente ilustran cómo los aztecas de México trataban algunas enfermedades orales. Estos se encuentran en Ibero Anakanisches Institut, Preussischer Kulturbesitz, Berlín.





Pues bien, ideas que surgen de la familia y la salud bucal Burton (2000:1) en su estudio observó que: “Los padres de familia necesitan prestar atención al cuidado de la cavidad bucal de los niños de muy corta edad, durante la época de erupción de los dientes de la primera dentición. Las visitas frecuentes al dentista entre las edades de 1 a 3 años son críticas. Además, niños que frecuentemente visitan al dentista para el cuidado de rutina generalmente no desarrollan los problemas que son comunes entre aquellos que sólo son vistos cuando hay un problema dental”.

Los padres de familia y sobre todo la madre, deben estar informados sobre la caries con relación a la lactancia. Ellos también necesitan instrucciones de cómo detener y prevenir hábitos que podrían ser perjudiciales para los dientes de sus hijos así como succión del dedo y presión con la lengua. Watson, Horowitz, García y Canto (1999:14) “En el caso de las madres quienes últimamente han asistido al dentista por causas de dolor o alguna urgencia y tienen más de tres dientes cariados, existe la posibilidad de que sus hijos tengan un alto índice de caries, debido a que sus madres nunca han recibido cuidados dentales”.

Estar informados de los programas de fluoruro para la niñez que realiza la Secretaria de Salud durante sus campañas de salud oral. La dosificación de fluoruro debe personalizarse considerando las variables como: edad, dieta (alimentación natural o artificial); la concentración de fluoruro en el agua local; la cantidad de líquido que el individuo consume. El uso de fluoruro tópico o sistémico o barniz de fluoruro. Estos aspectos deben conocerlos los padres de familia debido a que sus hijos reciben las dosis de fluoruro en las campañas de salud oral. Källestal, Dahlgren y Stenlund (2000:1846) manifiestan: "Si alguno de los padres o un pariente tienen buenas conductas de salud oral, pero si únicamente un u otro adulto es observado en su propio hogar puede tener buenas conductas de salud oral".

En el supermercado se localizan todo tipo de dulces los cuales se emplean como premios para conductas positivas de los niños sin considerar la consecuencia negativa a largo plazo para la salud oral por los surcos y fosetas que presentan los dientes. Considerando lo expuesto nos dicen Glasrud y Frazier (1988: 77) "Es muy importante el estar informado del tipo de abastecimiento de fluoruro en el agua, además de las leyes que establecen las condiciones de la fluoruración".

Para la importancia de uso de los selladores de fosetas y fisuras refieren Lang, Weintraub, Choi y Bagramian (1988:135) lo siguiente: "La presencia de selladores en niños depende del estatus socio económico de la familia y los medios de información que ellos han recibido con relación a los selladores de fosetas y fisuras".

Los padres de familia deben estar conscientes de lo mencionado anteriormente sobre todo si tienen niños con dificultades para masticar y tragar o sí está tomando medicamentos que afecten la calidad y cantidad de saliva.

Las madres de familia al endulzar las comidas deben considerar la cantidad perjudicial para los dientes de sus hijos. Birkhed (1990:27) "La concentración de azúcar y otros carbohidratos fermentables en los componentes de la dieta son de gran importancia para el desarrollo de la caries dental".

Son muchos los cuidados que los padres realizan para mantener sanos los dientes de sus hijos, considerando importantes las conductas que deben emplear para prevenir de enfermedades en los dientes de sus hijos así como la inflamación de la encía.

La calidad de higiene oral diaria debe ser considerada por lo antes descrito, también debe considerarse la habilidad de un individuo para realizar higiene oral diaria en las encías y dientes. La higiene oral inadecuada ocurre a menudo porque un individuo con retraso mental no puede comprender la tarea, mientras que una persona con invalidez física le puede faltar la destreza para cepillar y usar hilo dental. En estos casos, la salud oral del individuo depende de un padre quién ve la higiene oral como una prioridad. Para considerar lo antes descrito nos proporciona información Gluch (1992:1807) "Los cuidados de higiene oral deben estar muy bien demostrados a los pacientes por medio de los educadores de higiene oral, con adecuadas actividades educativas y completa interacción social durante el cuidado de higiene oral".

En la población infantil mexicana los padres de familia deben supervisar como eliminar la placa dental bacteriana que se forma alrededor de sus dientes, factor principal de la caries dental enfermedad de los dientes que afecta a una población importante de la niñez en México, ante este evento debe considerarse el cepillado dental como una medida preventiva de salud oral.

Petersen (1998:211) en Dinamarca realizó entrevistas a madres de familia, identificó que cuando conocen la existencia de un factor causal en la caries dental le dan más importancia al cepillado dental, las conductas de salud en los hijos son cepillar sus dientes dos veces al día y consumir menos azúcar.

En el Centro Internacional de salud en el Departamento de Odontología, en Noruega estudiaron Astrom, Awia y Bjorvatn (1999:272) la influencia de la conducta de la madre para la realización de higiene oral sobre el adolescente, identificó la importancia de incluir a la familia para la realización de campañas preventivas en adolescentes.

ACTITUD

Definiciones de actitud

Una actitud se considera como una asociación entre un objeto dado y una evaluación dada, según Fazio y Williams (1986:507). Tanto el objeto como la evaluación se entienden en sentido amplio en esta definición. Así, por ejemplo, las situaciones sociales, las personas y los problemas sociales constituyen objetos actitudinales. Evaluación significa el afecto que despierta, las emociones que moviliza, el recuerdo emotivo de las experiencias vividas, incluso las creencias acerca de la capacidad del objeto para conseguir metas deseadas.

Cuando la persona carece de experiencia con el objeto de la actitud, o cuando éste no despierta su interés, la fuerza de la asociación objeto-evaluación es inexistente. Más que de actitud, en estos casos es preferible hablar de no actitud, ya que no existe una evaluación previa del objeto en la memoria.

En la fuerza de la asociación influyen tres procesos diferentes, si bien lo normal es que no lo hagan los tres con la misma intensidad. Si la persona asocia el objeto con la evaluación por medio de un conocimiento amplio y detallado de las propiedades y características del objeto, nos encontramos ante un proceso cognitivo. Si la evaluación surge más bien de experiencias intensas, de carácter positivo o negativo, con el objeto de la actitud, el proceso es afectivo. Finalmente, es conductual si la evaluación surge de manera gradual de la implicación conductual de la persona con el objeto.

La consecuencia es que una actitud tiene tres componentes: cognitivo, afectivo y conativo-conductual. El primero consta de las percepciones de la persona sobre el objeto de la actitud y de la información que posee sobre él. El segundo está compuesto por los sentimientos que dicho objeto despierta. El tercero incluye las tendencias, disposiciones e intenciones hacia el objeto, así como las acciones dirigidas hacia él. Los tres componentes coinciden, sin embargo, en un punto: en que todos ellos son evaluaciones del objeto de la actitud. En efecto, las percepciones o la información pueden ser favorables o desfavorables, los sentimientos positivos o negativos y la conducta o intenciones de conducta de apoyo u hostiles.

La actitud, en sí misma, no es directamente observable. En palabras de Ajzen y Maden (1986:310), es una variable latente, que ha de ser inferida de ciertas respuestas mensurables y que refleja, en última instancia, una evaluación global positiva o negativa del objeto de la actitud.

En sentido estricto, conocer una actitud implica conocer con detalle cada uno de sus tres componentes. A su vez, éstos sólo se conocen adecuadamente cuando se han evaluado a través de varios índices diferentes.

El término *actitud* aparece hacia 1710 (o para otros en 1862 por Spencer), vía francesa, así como del vocablo italiano "attitudine", para ser, finalmente, introducido en la Psicología social a través de Thomas y Szaniecke (1918). A las actitudes se les ha concedido, desde entonces, una gran importancia, por A) no ser término exclusivo de ninguna escuela. B) escapar a la polémica herencia-medio. C) por ser flexible y aplicable a individuos aislados y a colectivos y sobre todo. D) por pensarse que las actitudes condicionan la conducta y que conocidas las primeras podrán inferirse las segundas.

Allport (1977:84) se refiere a la actitud como el concepto más distintivo de la Psicología social americana (quienes suponían estar descubriendo leyes generales del comportamiento social).

También señalan que es ambiguo y que existe falta de acuerdo en su definición, atribuida a los distintos planteamientos antropológicos que subyacen (conductismo, cognitivismo) así como la similitud con otros conceptos como creencias, valores, motivos, opiniones etc.)

Allport (1977: 58) quien la describía como un estado mental y neural de preparación para la respuesta, organizado a través de la experiencia y que ejerce una influencia direccional y /o dinámica sobre la conducta del individuo hacia todos los objetos y situaciones con que se relaciona.

De forma similar para Krech (1978: 200) una actitud es un sistema más o menos duradero de valoraciones positivas o negativas, estados emotivos y tendencias a actuar en pro o en contra, con respecto a un objeto social.

Ajzen y Fishbein (1980: 900) la definen como una predisposición aprendida a responder de una manera consistentemente favorable o desfavorable respecto de un objeto dado.

Para Triandis (1986: 45) una actitud es una idea cargada de emoción que predispone a una clase de acciones para una clase concreta de situaciones sociales.

Mientras que Lambert (1982:217) es una respuesta evaluativa, relativamente estable, en relación con un objeto, al tiempo que cree que la mayoría de las definiciones actuales de la actitud consideran la dimensión evaluativo como la única definitoria del término, sin tener en cuenta sus consecuencias comportamentales.

Por último Palmerito, Langer y McGillis (1984), citado por Ortega (1985:210) es la relación existente entre dos entidades donde una entidad es la persona y la otra es el objeto de la actitud, en un contexto específico.

Del conjunto de todas las definiciones se pueden extraer una serie de características comunes: a) es una predisposición a actuar, b) es aprendida, c) dirigida hacia un objeto, persona o situación, d) incluye dimensiones cognitivas, afectivas y eventualmente conductuales, e) todo ello está organizado estructuralmente de forma que el cambio en uno de los componentes cambia los demás.

Elementos de Actitud

En las definiciones de actitud presentadas se pueden diferenciar tres elementos principales: uno de conocimiento o cognitivo (una idea), otro afectivo (cargada de emoción) y otro comportamental o conativo (que predispone a un tipo de acción).

ELEMENTO COGNITIVO

Este elemento, llamado igualmente perceptual, informacional o estereotipo, es la concepción que el individuo tiene de los objetos, la idea que el individuo utiliza para el pensamiento, según Triandis (1986: 32). Abarca el conocimiento del objeto de la actitud y las creencias del individuo acerca de la existencia de uno o varios atributos en éste.

De lo anterior se llega a una primera conclusión: nadie puede tener una actitud sobre algo que no conoce, por ejemplo, una persona que no conoce o nunca ha probado o tenido referencias de un objeto, no podrá tener una actitud frente a éste. Si alguien nunca ha oído hablar de cepillo dental, no podrá tener una actitud respecto a él. De ahí la gran importancia de la publicidad. En efecto, independientemente de su función persuasiva, la labor más importante de la publicidad es quizá la informativa. Por ello, los países no capitalistas aceptan la existencia de la publicidad, no por su valor persuasivo, sino por su valor informativo.

El nivel cognitivo no se limita al conocimiento de la existencia del objeto, si no que incluye también las características que éste posee. El conocimiento y la comprensión adecuada de las características del objeto tiene gran importancia en la orientación de las actitudes respecto al él, por ejemplo, el individuo suele tener ideas distorsionadas respecto a las características del objeto. Estas ideas pueden ser positivas o negativas.

ELEMENTO AFECTIVO

Llamado igualmente sentimiento o elemento motivacional, el elemento afectivo es la emoción que acompaña a la idea y se expresa en el sentido de querer (amar) o no querer el objeto en referencia. Se basa en el hecho de que un conocimiento (experiencia) conlleva siempre cierto vínculo con una situación agradable o desagradable, lo cual hace que los objetos de la actitud impliquen algún grado de afectividad positiva o negativa.

ELEMENTO CONDUCTUAL

Preguntarse si las actitudes determinan el comportamiento, plantea una cuestión básica sobre la naturaleza humana: ¿Cuál es la relación entre lo que somos (interiormente) y lo que hacemos (exteriormente)? Filósofos, teólogos y educadores han especulado por largo tiempo sobre la conexión entre el pensamiento y la acción, el carácter y la conducta, lo dicho en privado y lo hecho en público. La suposición predominante, que es en la que se fundamenta la mayor parte de la enseñanza y la educación infantil, es que nuestras creencias y sentimientos privados cambian la forma en que actúan las personas, necesitamos primero cambiar su corazón y su mente.

En el comienzo, los psicólogos sociales estaban de acuerdo en que conocer la actitud de la persona equivalía a poder predecir sus acciones. Pero Festinger (1957:203), calificado por algunos como el más importante colaborador de la Psicología social, concluyó que la evidencia no demostraba que cambiar las actitudes equivalía a cambiar el comportamiento. Festinger creía que la relación actitud-comportamiento funcionaba de manera opuesta, es decir, el comportamiento es el caballo y las actitudes la carreta. Tal como lo dijo Abelson en Zanna (1982: 51) “estamos muy bien entrenados y somos muy buenos para encontrar razones que expliquen lo que hacemos, pero no somos muy buenos para hacer aquello para lo que encontramos razones”.

Las actitudes expresadas por las personas difícilmente predicen sus variables formas de comportamiento. Por ejemplo, la actitud hacia el dentista tuvo una relación muy modesta con la asistencia al consultorio dental un día dado.

Si las personas no hacen lo que dicen, es natural que fracasen los intentos para modificar el comportamiento cambiando la actitud.

En un momento dado, no son sólo nuestras actitudes internas las que nos guían sino también la situación con la que nos enfrentamos. Se ha visto las condiciones bajo las cuales las actitudes predicen el comportamiento: 1) cuando minimizamos otras influencias sobre nuestro comportamiento y nuestros planteamientos actitudinales y 2) cuando la actitud es específicamente relevante a esa forma de comportamiento observado. Existe una tercera condición: una actitud predice más adecuadamente una forma de comportamiento cuando se trata de una actitud fuerte.

3. MÉTODO

3.1 PLANTEAMIENTO Y JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

Las necesidades de atención bucal han aumentado considerablemente en nuestro país esto ha permitido la formación de profesionales de la salud bucal.

Conocer las actitudes de los estudiantes de Odontología es importante debido a que ellos como futuros odontólogos van a transmitir lo importante que es tener y mantener sanos los elementos que constituyen la boca. Considerando que el estar sano implica la salud general en cada individuo. Sí quién promueve salud bucal es capaz de conocer, sentir y actuar de acuerdo a lo que transmite puede esperarse que quién recibe sugerencias de él, lo hará correctamente.

La actitud hacia la salud bucal de los estudiantes de Odontología al iniciar sus estudios está muy relacionada con la actitud de sus padres los cuales les han educado para tal objetivo, sin embargo esa actitud debe de transformarse de acuerdo al año escolar en el que se encuentran, esto significa que el estudiante que ha concluido sus estudios tiene una actitud cognitiva, afectiva y conductual a los cuidados de salud bucal ideal.

Por lo cuál nos planteamos los siguientes problemas:

¿Cuál es la actitud de los estudiantes de odontología hacia la salud bucal?

¿Es diferente la actitud hacia la salud bucal de los estudiantes de odontología según el año escolar?

3.2 OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Identificar la actitud hacia la salud bucal de los estudiantes de odontología

Analizar las diferencias que tienen los estudiantes de odontología hacia la salud bucal según su año escolar

3.3 CATEGORÍAS DE ANÁLISIS Y SUS INDICADORES

La actitud de acuerdo a Triandis (1986:48) son las creencias del individuo acerca de la existencia de uno o varios atributos a un objeto.

Salud bucal de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana (1994:3) es la resultante de un complejo dinámico juego de factores, conocido como el proceso salud –enfermedad cuyo objetivo lograr la corresponsabilidad social en el cuidado de la salud bucal, mediante acciones que involucren a los individuos y a la sociedad organizada.

Actitud hacia la salud bucal es el conocimiento, los sentimientos y la disposición a realizar los cuidados de salud bucal.

GÉNERO	Masculino y femenino
EDAD	Persona en edad escolar comprendida entre los 17 y 29 años
AÑO ESCOLAR	Carrera odontología de 1º año al 4º año y Seminario de Titulación
CUESTIONARIO ACTITUD HACIA LA SALUD BUCAL	Diseñado con componentes para salud bucal
	COMPONENTES
COMPONENTE COGNITIVO	Se refiere a las creencias y conocimientos que tiene el estudiante respecto a los cuidados de salud bucal.
COMPONENTE AFECTIVO	Se refiere a sentimientos del estudiante a los cuidados de salud bucal, sentirse a gusto.
COMPONENTE CONDUCTUAL	La acción que se manifiesta como la disposición del estudiante para aplicar los cuidados de salud bucal.
	CATEGORIAS
1	Cuidados para su boca
2	Las revisiones bucales
3	Mantener sus dientes naturales
4	Tener sus dientes naturales
5	Cómo se ve
6	Las aplicaciones de fluoruro
7	Tener una buena dieta
8	Cepillar sus dientes
9	Llevar un taller de cuidados de salud bucal

COMPONENTE COGNITIVO	Las respuestas obtenidas del cuestionario para medir con escala Likert de actitud hacia la salud bucal por parte de los estudiantes con valor numérico de 1 a 5
COMPONENTE AFECTIVO	Las respuestas obtenidas del cuestionario para medir con escala Likert de actitud hacia la salud bucal por parte de los estudiantes con valor numérico de 1 a 5
COMPONENTE CONDUCTUAL	Las respuestas obtenidas del cuestionario para medir con escala Likert de actitud hacia la salud bucal por parte de los estudiantes con valor numérico de 1 a 5

3.4 HIPÓTESIS

H1: Existen diferencias estadísticamente significativas en la actitud hacia la salud bucal, dependiendo del año escolar.

HO: No existen diferencias estadísticamente significativas en la actitud hacia la salud bucal, dependiendo del año escolar

3.5 MUESTRA

La muestra del estudio final fue integrada por un total de 117 estudiantes de primero a cuarto año y estudiantes del seminario de titulación, de ambos turnos de la carrera de Cirujano Dentista de la FO, UNAM

100 estudiantes constituidos en cinco grupos de 25 de cada año escolar ,17 de Seminario de Titulación, (área de Epidemiología y Salud Pública Bucal) con un total de 117 que realizan sus estudios en el edificio central de la FO.

Se utilizó un muestreo intencional, por cuota y propositivo debido a que era lo que se encontraba disponible.

3.6 TIPO DE ESTUDIO

Debido a que no existen estudios similares al realizado, el tipo de estudio es descriptivo el cual pretende describir lo importante de la investigación en lo que respecta a su aparición, frecuencia tal como se presenta en la realidad. Además, sirve para obtener más información que será útil para plantear estudios posteriores más estructurados. (Pick, 1992:30). Así mismo es un estudio correlacional porque pretende medir el grado de relación que existe entre dos o más variables, Hernández Sampieri (1999:62)

3.7 DISEÑO

Diseño de una sola muestra para analizar las diferencias en cuanto a la actitud hacia la salud bucal entre los grupos según el año escolar.

3.8 INSTRUMENTO

Cuestionario de Actitud hacia salud bucal tipo Likert, de construcción.

Buenos días estamos haciendo un estudio por medio del cual deseamos conocer la actitud hacia la salud bucal en sus diferentes componentes, suplicamos que conteste lo más sinceramente posible, ya que su información será completamente confidencial:

Sexo

Edad

1. Cuantas veces me cepillo los dientes

- A Nunca B Dos veces por semana C Una vez al día D dos veces al día E tres veces al día

2. Qué tan importante es para Usted aprender cuidados para su boca

- A Totalmente no importante B No importante C Indeciso D Importante E Totalmente importante

3. Me agrada llevar una dieta balanceada

- A Totalmente desacuerdo B Desacuerdo C Indeciso D Acuerdo E Totalmente acuerdo

4. Qué tan importante es para Usted realizarse revisiones bucales

- A Totalmente no importante B No importante C Indeciso D Importante E Totalmente importante

5. Voy al dentista regularmente

- A Nunca B ocasionalmente C Indeciso D Cada año E Dos veces al mes

6. Me agrada cepillar mi dientes

- A Totalmente desacuerdo B Desacuerdo C Indeciso D Acuerdo E Totalmente acuerdo

7. Qué tan importante es para Usted mantener sus dientes naturales

- A Totalmente no importante B No importante C Indeciso D Importante E Totalmente importante

8. Qué tan importante es para Usted tener sus dientes limpios

- A Totalmente no importante B No importante C Indeciso D Importante E Totalmente importante

9. Qué tan importante es para Usted cómo se ve

- A Totalmente no importante B No importante C Indeciso D Importante E Totalmente importante

10. Recibo aplicaciones de fluoruro

- A Nunca B ocasionalmente C Indeciso D Cada visita al dentista E Cada año

11. Me agrada la rutina del cuidado de la boca

- A Totalmente desacuerdo B Desacuerdo C Indeciso D Acuerdo E Totalmente acuerdo

12. Mis dientes son de color blanco

- A Blancos B Blanco-azuloso C Marrón D Amarillo E Nacarados

13. Me agrada la limpieza de los dientes con técnicas profesionales

- A Totalmente desacuerdo B Desacuerdo C Indeciso D Acuerdo E Totalmente acuerdo

14. Me agrada la aplicación de fluoruro en gel

- A Totalmente desacuerdo B Desacuerdo C Indeciso D Acuerdo E Totalmente acuerdo

15. Me agrada ir al dentista

- A Totalmente desacuerdo B Desacuerdo C Indeciso D Acuerdo E Totalmente acuerdo

- 16. He asistido a pláticas sobre cuidados de salud dental en instituciones de salud**
 A Nunca B Ocasionalmente C Una vez D Diario E Continuamente
- 17. Qué tan importante es para Usted las aplicaciones de fluoruro**
 A Totalmente no importante B No importante C Indeciso D Importante E Totalmente importante
- 18. Me agrada la movilidad de la prótesis inferior**
 A Totalmente desacuerdo B Desacuerdo C Indeciso D Acuerdo E Totalmente acuerdo
- 19. Leo artículos sobre cuidados de los dientes**
 A Nunca B Ocasionalmente C Una vez D Diario E Continuamente
- 20. Qué tan importante es para Usted tener una buena dieta**
 A Totalmente no importante B No importante C Indeciso D Importante E Totalmente importante
- 21. Qué tan importante es para Usted cepillar sus dientes**
 A Totalmente no importante B No importante C Indeciso D Importante E Totalmente importante
- 22. Qué tan importante es para Usted llevar un taller de cuidados de salud bucal**
 A Totalmente no importante B No importante C Indeciso D Importante E Totalmente importante
- 23. Me realizan limpieza de los dientes**
 A Nunca B Ocasionalmente C Indeciso D Cada visita al dentista E Cada año
- 24. Mi comida diariamente es rica**
 A Azúcares refinados B Carbohidratos C Lácteos D Verduras y frutas E Verduras, carnes, lácteos y frutas
- 25. Observó ante espejo el estado de salud de mis dientes**
 A Nunca B Ocasionalmente C Una vez D Diario E Continuamente
- 26. Me agradan mis dientes**
 A Totalmente desacuerdo B Desacuerdo C Indeciso D Acuerdo E Totalmente acuerdo
- 27. Me agrada asistir a talleres de cuidados de salud bucal**
 A Totalmente desacuerdo B Desacuerdo C Indeciso D Acuerdo E Totalmente acuerdo

3.9 PROCEDIMIENTO

Para la elaboración del cuestionario anterior se realizó lo siguiente:

1. Iniciamos con varias preguntas pero no cubrían las necesidades de la investigación, se encontró en el artículo de Kiyak (1993:12) un instrumento para medir la importancia de la salud bucal. Retomamos las categorías de medición y se modificaron para elaborar un cuestionario de actitud en sus tres componentes uno el cognitivo, el afectivo y el conductual hacia la salud bucal.

How important it is to you to:

- | | |
|---|---|
| 1. Brush your teeth? | 1. Cepillar tus dientes? |
| 2. get good nutrition? | 2. Una buena nutrición? |
| 3. get dental checkups? | 3. Revisiones dentales? |
| 4. improve you looks? | 4. Cómo te ves? |
| 5. learn about proper care for you mouth? | 5. Aprender acerca de cuidados para tu boca? |
| 6. get regular dental checkups? | 6. Revisiones regulares bucales? |
| 7. Keep your natural teeth? | 7. Mantener tus dientes naturales? |
| 8. Have your teeth cleaned? | 8. Tener tus dientes limpios? |
| 9. that sweet foods might decay your teeth? | 9. alimentos endulzados causan caries en tus dientes? |
| 10. get fluoride treatments? | 10. Tratamiento con fluoruro? |

Response Scale:

1 2 3 4 5

Not at all important

Very Important

Se realizó una revisión bibliográfica sobre las escalas de actitudes existentes, referentes a la salud bucal. La escasez de publicaciones sobre el tema, tanto en México como en el extranjero, aunado además a que la situación de salud bucal es diferente y la población escolar sobre la que quiere incidir nuestro estudio también lo es, se vio la necesidad de elaborar una escala propia, que se ajustara a nuestros objetivos.

Con la información obtenida de la revisión bibliográfica y de nuestra propia experiencia, y una técnica de grupo nominal a un grupo de profesionales de la Odontología Preventiva y Salud Pública Bucal y de Psicología, para obtener datos y opiniones de personas expertas que nos sirvieran para confeccionar los posibles reactivos del cuestionario, se elaboró un número extenso de reactivos, que se agruparon según distintos aspectos de la salud bucal, de acuerdo con la bibliografía consultada.

Los reactivos resultantes se volvieron a revisar (*por el grupo investigador*) para eliminar aquellos reactivos que no cumplieran los criterios, estaban repetitivos sobre algún aspecto de la actitud a medir, o que no fueran pertinentes al propósito del cuestionario que se construía. Algunos de ellos fueron reformulados y corregida su sintaxis, de cara a una mayor claridad y comprensión de los mismos, y otros fueron eliminados. Se procuró que existiera un cierto equilibrio entre reactivos formulados afirmativamente y los formulados negativamente.

También se eliminó un reactivo cuya comprensión fue difícil en muchas ocasiones, en concreto para los estudiantes del 1er año escolar, y se reformuló otro sin alterar su significado por idénticos motivos.

En un inicio se requirió que el experimentador invitará constantemente a participar a los estudiantes, después se procedió a invitar a los profesores para que proporcionaran sus aulas y poder aplicar el cuestionario. En la medida que pasaba el tiempo los estudiantes comprendían la dinámica del cuestionario.

2. Continuamos con la elaboración del cuestionario tipo Likert con dos niveles (totalmente importante; acuerdo) dos niveles (totalmente no importante; desacuerdo) y un nivel de indeciso para convertir los valores numéricos (cinco para el más fuerte y uno para el menos fuerte) con el fin de determinar los reactivos más discriminativos, en el que los estudiantes que calificaron más alto se les otorgo valores altos. Se tomaron todos los reactivos se sumaron los puntajes de cada reactivo y se dividió entre el total. Se realizó un análisis factorial.
3. Integración de cuestionario sociodemográfico para definir las características generales de la población edad y género integrado al cuestionario tipo.
4. El cuestionario del estudio piloto conformado de componentes de las actitudes con frecuencia de 9 reactivos para componente cognitivo, 9 reactivos para componente afectivo, 9 para componente conductual. Categorías para ¿Qué tan importante es para Usted? 1. Cuidados para su boca, 2. Las revisiones bucales, 3. Mantener sus dientes naturales, 4. Tener sus dientes limpios, 5. Cómo se ve, 6. Las aplicaciones de fluoruros, 7. Tener una buena dieta, 8. Cepillar sus dientes, 9. Llevar un taller de cuidados de salud bucal.

El cuestionario del estudio piloto nos permitió ver que existían reactivos prácticamente equivalentes en su significado, procediendo a eliminar el de menor peso factorial y menor correlación reactivo-total para no incurrir en reiteración.

El cuestionario fue sometido para su valoración a un grupo de tres jueces expertos en la elaboración de instrumentos, obteniendo las siguientes observaciones:

TABLA # 1 OBSERVACIONES OBTENIDAS EN EL INTERJUECEO

	JUEZ 1	JUEZ 2	JUEZ 3
Redacción	Alternativas Desacuerdo- Acuerdo	Confusión Quién la hace	Las opciones deben ser iguales
Contenido	Construcción reactivos afirmativos	Componentes cognitivos: Lo que sabe y sabe hacer	Componente cognitivo Repetitivo
Presentación	Cambiar formato	Cambiar formato	Cambiar formato

5. Se realizaron los cambios sugeridos y posteriormente se aplicó el Cuestionario para medir la actitud hacia la salud bucal a los estudiantes de segundo año escolar como una muestra del estudio piloto para poder hacer validación de los 27 reactivos y posteriormente poder aplicarlo en comunidad escolar de años subsecuentes. Se llevo a cabo el estudio piloto con 19 estudiantes de 2do. Año escolar turno vespertino de la FO UNAM.

6. Se aplicó ambos géneros turno vespertino, permitiendo identificar los reactivos no comprendidos por los estudiantes. Se estructuraron nuevos reactivos.

Los cuestionarios se entregaron personalmente en mano a cada uno de los encuestados, en las aulas, explicándoles en qué consistía el estudio y cuál era su objetivo principal.

El cuestionario del estudio piloto se hizo siempre en presencia del investigador principal, para evitar sesgos y mantener una mayor uniformidad de criterios. Durante el transcurso del mismo, se indicó a los grupos encuestados, se aclararan las dudas que pudieron surgir en cada caso, con el fin de evitar invalidaciones posteriores del cuestionario.

Así mismo se insistió en que la participación era voluntaria, anónima y sin tiempo límite para contestarla, solicitando a los sujetos que no dejaran preguntas sin responder. La presentación del cuestionario fue de dos hojas en un porta acetatos y con plumón para tal caso.

Una vez que se aplicó el cuestionario a la muestra piloto se obtuvo su confiabilidad a través del procedimiento de consistencia interna utilizando la prueba de Alpha de Cronbach, obteniendo un puntaje de $\alpha = 0.7806$

Se observó en cuanto a los valores y estos fueron en cognitivo $\bar{x}=41.58$; conductual $\bar{x}=32.08$; afectivo $\bar{x}=32.17$ en el perfil general de los reactivos indicando que los reactivos cognitivos tenían puntajes altos sin embargo los conductuales sus puntajes eran bajos, el puntaje en cada grupo de reactivos era con valor 45.00.

8. En las instalaciones de la FO UNAM se invitó a los estudiantes para participar en el estudio final indicando el objeto de estudio, el tiempo de duración del cuestionario y las instrucciones para realizar el cuestionario.

Al principio de la investigación se consideró la participación única de los estudiantes que se encontraban estudiando en el edificio central de la Facultad sin embargo para realizar comparaciones más complejas se procedió a aumentar los sujetos de estudio con estudiantes del Seminario de Titulación Área de Epidemiología y Salud Pública bucal.

9. El procedimiento siguiente fue la aplicación del cuestionario del estudio final de actitud hacia la salud bucal a la muestra del estudio con 117 alumnos en 4 grupos de 25 muestras cada uno, el 5 grupo formado de 17, correspondiendo a los cuatro años escolares y Seminario de titulación en la carrera de Cirujano Dentista turno matutino y vespertino cuyas edades fueron de 17 a los 29 años de ambos géneros. Incorporado en porta acetato el cuestionario, así, con un marcador cruzará la respuesta y posteriormente borrarla con alcohol y reutilizar el formato del cuestionario, lo señalado se transfería a una hoja de recopilación de datos con el número de cada reactivo y se registraba la letra marcada en el acetato para después capturar los datos en la base de datos del programa Excel y posteriormente enviarlos al programa de SPSS 11.

3.9 ANÁLISIS DE DATOS

Se realizó un análisis de frecuencia tanto para la presentación descriptiva, como para los perfiles por componente, finalmente se utilizó un análisis de varianza de una sola vía (ONEWAY) para determinar las diferencias entre los grupos por año escolar.

El análisis estadístico se llevó a cabo utilizando el programa SPSS (Statistical Program for Social Science) para Windows y se dividió en cuatro partes.

La primera parte estuvo integrada por el análisis descriptivo del estudio piloto, se utilizaron los datos en frecuencias con las variables de género y edad en cada uno de los reactivos además en estadística se pidieron desviaciones estándar, media, moda y suma procediendo a resúmenes de los casos, obteniendo resultado total para cada sujeto con análisis de confiabilidad escala alpha; sus respectivas tablas de frecuencia y gráficas.

Segunda parte estuvo integrada por el análisis descriptivo de la muestra de estudio final, incluyó el análisis de perfiles e inferencial de la actitud hacia la salud bucal; el análisis descriptivo se proceso similar a la muestra piloto con promedio total por género y promedios totales por edad el análisis de confiabilidad escala alpha además aplicación de comparaciones múltiples con el método de scheffé, análisis de varianza para diferencias de los grupos por año escolar en grupo estadístico la prueba T

La tercera parte correspondió al análisis inferencial enfocado a responder a las hipótesis de la presente investigación y la cuarta parte el análisis de correlación entre factores en estas utilizamos correlación y significancia, para la cuarta parte matriz de factores.

4. RESULTADOS

INTRODUCCIÓN

La salud bucal es el equilibrio entre el bienestar y funcionalidad de la cavidad bucal, constituida de tejidos blandos y duros, que se realiza por los siguientes medios.

Considerar la salud como el resultado de la actitud y comportamiento del individuo, ya que ello es una cuestión de responsabilidad personal. El ambiente social, económico y cultural influye en el comportamiento y en las actitudes respecto a la salud, muchas veces mediante cambios en el comportamiento; las instituciones sociales pueden diseñar programas para lograrlo. Dentro de las actitudes se identifican tres componentes: uno cognitivo que se refiere a las creencias y conocimientos que tiene el sujeto respecto del objeto de actitud, otro es emocional o sentimental del individuo hacia ese objeto y uno más el conductual el cual se refiere a la acción que se manifiesta como la disposición de la persona para responder al objeto.

El principal objetivo de la odontología clínica es el paciente individualizado, en odontología comunitaria el principal objetivo es la comunidad, es decir que en odontología comunitaria el paciente es la comunidad.

El fin primordial en odontología es la salud bucal, y la salud a través del bienestar del contenido de la cavidad bucal, parece evidente que el primer paso que conduce a su obtención o mantenimiento debe ser la identificación de los niveles de salud / enfermedad de la comunidad.

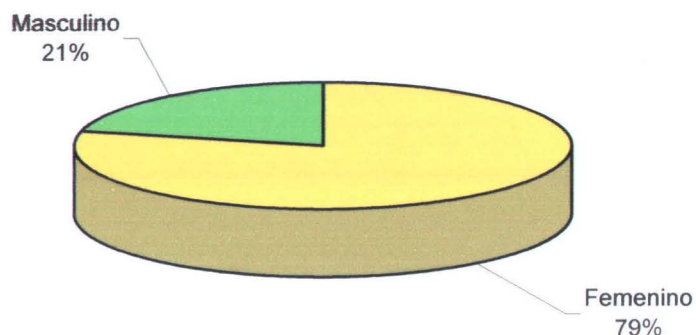
Los estudiantes de la FO tienen en su formación escolar el objetivo de identificar la importancia que tiene la salud bucal aplicando medidas preventivas para establecer o mantener esa salud.

1ª Parte Análisis descriptivo de la prueba piloto

Estudio piloto, se presenta a continuación su descripción general:

Con respecto al género, la mayor proporción correspondió a las mujeres (79%), tal y como se presenta a continuación:

Distribución de la población por género

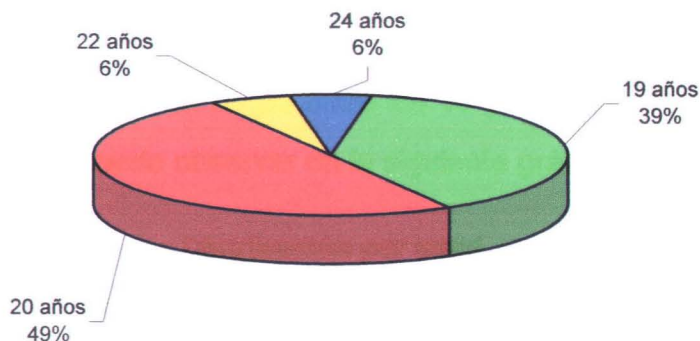


n = 19

Gráfica 1

La edad se distribuyó en un rango entre los 19 y 24 años, con un promedio de $\bar{x}=20$ años, como se puede observar en la siguiente gráfica.

Distribución por edad



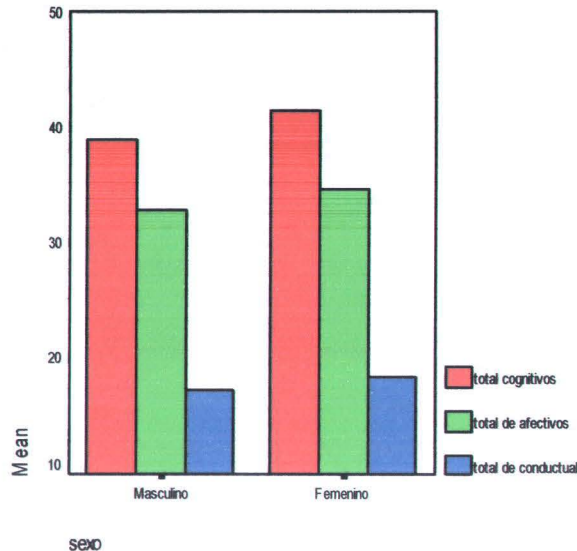
n 19

Gráfica 2

Para género, comparado el masculino con el femenino.

El género femenino se presentó con puntajes altos de 41.57 en reactivos cognitivos y afectivos y en los reactivos conductuales ambos sexos similares.

n = 19



Gráfica 3

La variable edad, el género masculino en los reactivos cognitivos con puntaje de 42.00 y reactivos conductuales de 36.00 correspondió a rango de 23 ó más años

El cuestionario para medir la actitud hacia la salud bucal consta de 27 reactivos, estructurados en 9 Categorías:

1. Cuidados para su boca
2. Las revisiones bucales
3. Mantener sus dientes naturales
4. Tener sus dientes limpios
5. Cómo se ve
6. Las aplicaciones de fluoruros
7. Tener una buena dieta
8. Cepillar sus dientes
9. Llevar un taller de cuidados de salud bucal

Clasificados en tres componentes: cognitivo, afectivo y conductual.

A continuación se presenta la relación de reactivos de acuerdo al componente de pertenencia:

Tabla # 2 Clasificación de reactivos por componente

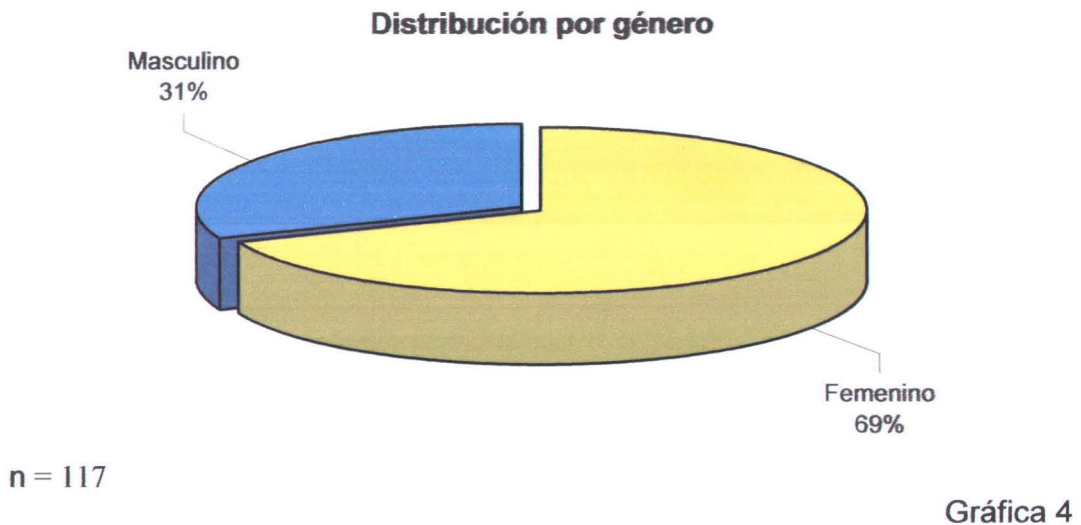
Área	Reactivo
Cognitivo	Qué tan importante es para Usted aprender cuidados para su boca
	Qué tan importante es para Usted realizarse revisiones bucales
	Qué tan importante es para Usted mantener sus dientes naturales
	Qué tan importante es para Usted tener sus dientes limpios
	Qué tan importante es para Usted cómo se ve
	Qué tan importante es para Usted las aplicaciones de fluoruro
	Qué tan importante es para Usted tener una buena dieta
	Qué tan importante es para Usted cepillar sus dientes
	Qué tan importante es para Usted llevar un taller de cuidados de salud bucal
Afectivo	Me agrada la rutina del cuidado de la boca
	Me agrada ir al dentista
	Me agrada la movilidad de la prótesis inferior
	Me agrada la limpieza de mis dientes con técnicas profesionales
	Me agradan mis dientes
	Me agrada la aplicación de fluoruro en gel
	Me agrada llevar una dieta balanceada
	Me agrada cepillar mis dientes
	Me agrada asistir a talleres de cuidado de salud bucal
Conductual	Leo artículos sobre el cuidado de los dientes
	Voy al dentista regularmente
	Mis dientes son de color
	Me realizan limpieza de los dientes
	Observo ante espejo el estado de salud de mis dientes
	Recibo aplicaciones de fluoruro
	Mi comida diariamente es rica
	Cuántas veces me cepillo los dientes
	He asistido a pláticas sobre cuidados de salud bucal en Instituciones de salud

El grado de correspondencia entre las variaciones del cuestionario y las variaciones de los estudiantes fue la aceptada para darle validez al cuestionario, el Alpha de Cronbach, con un puntaje de $\alpha = 0.7806$

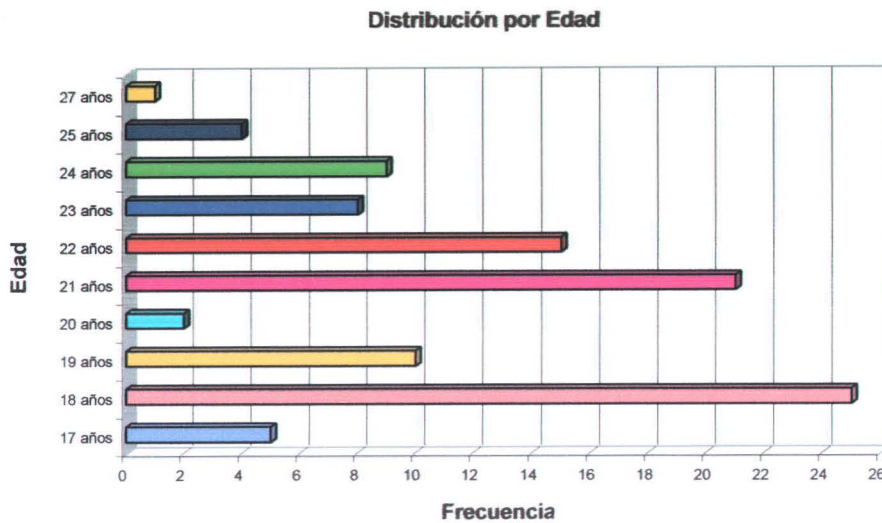
2ª Parte, primera fase Análisis descriptivo muestra de estudio final

Con respecto al análisis descriptivo las características de distribución en la muestra analizada, se obtuvo lo siguiente:

En lo referente al género, la mayor proporción (69%) correspondió a las mujeres, tal y como se puede observar a continuación:



Con respecto a la edad, el grupo se distribuyó dentro del rango comprendido entre los 17 y los 29 años, con una media de $\bar{x} = 20.6$, tal y como se puede observar en la siguiente gráfica.



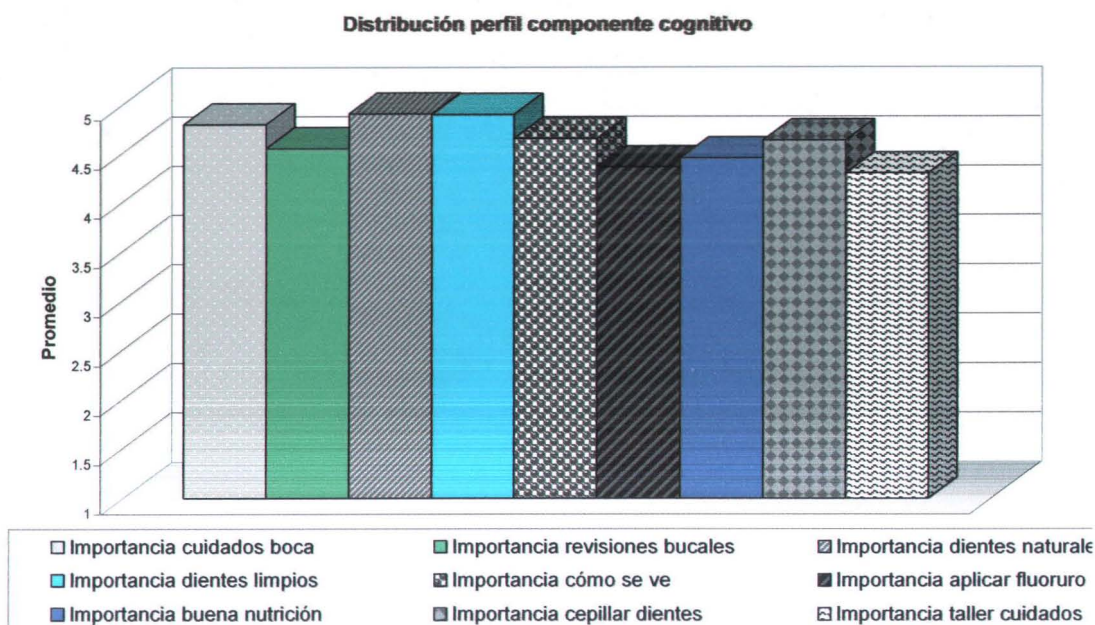
Gráfica 5

Posteriormente se realizó un análisis de reactivos por componente, con la finalidad de presentar un perfil de actitud, en donde debe observarse que los valores más altos corresponden a una actitud positiva (valores de 1 a 5) con Alpha de Cronbach puntaje de $\alpha = 0.7508$

Los primeros reactivos analizados, correspondieron al componente cognitivo (integrada por 9 reactivos).

Tabla # 3. Estadística descriptiva de reactivos cognitivos

Reactivos	Media	Desv. estándar
Qué tan importante es para Usted aprender cuidados para su boca No.2	4.79	0.43
Qué tan importante es para Usted realizarse revisiones bucales No. 4	4.55	0.54
Qué tan importante es para Usted mantener sus dientes naturales No.7	4.90	0.30
Qué tan importante es para Usted tener sus dientes limpios No.8	4.89	0.31
Qué tan importante es para Usted cómo se ve No. 9	4.65	0.77
Qué tan importante es para Usted las aplicaciones de fluoruro No.17	4.36	0.48
Qué tan importante es para Usted tener una buena dieta No. 20	4.45	0.76
Qué tan importante es para Usted cepillar sus dientes No. 21	4.63	0.95
Qué tan importante es para Usted llevar un taller de cuidados de salud bucal No.2 2	4.30	0.75



Gráfica 6

Al analizar los resultados con respecto a componente cognitivo la actitud hacia la salud bucal que los estudiantes otorgan a las diversas categorías relacionadas con la importancia de la salud bucal se pudo observar que en general se obtienen puntaje altos con el nivel *"Muy importante"*, lo que permite percibir que los estudiantes consideran que los cuidados bucales tienen alta prioridad (*lo que conocen que debería ser*).

Obteniendo media alta el reactivo de la importancia de sus dientes naturales su conocimiento esta estructurado para mantener y tener el total de las piezas dentarias en su entorno bucal, las aplicaciones de fluoruro también tienen importancia aunque podría fundamentarse de ser estas a nivel preventivo.

Valores de los niveles:

- | | |
|----------------------------|-------------------------|
| 1 Totalmente no importante | 1 Totalmente desacuerdo |
| 2 No importante | 2 Desacuerdo |
| 3 Indeciso | 3 indeciso |
| 4 Importante | 4 Acuerdo |
| 5 Totalmente importante | 5 Totalmente Acuerdo |

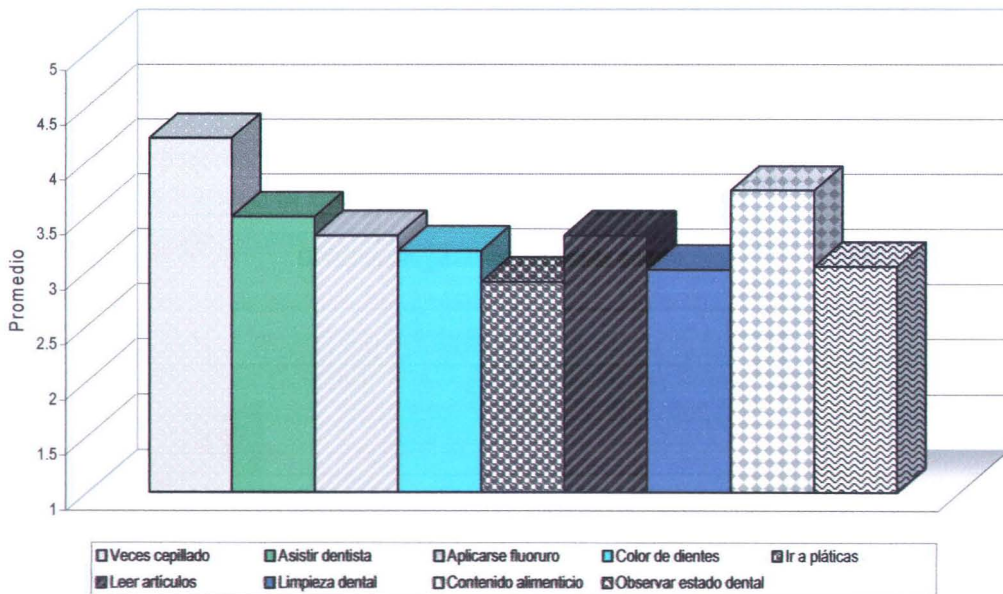
El reactivo me agrada la movilidad de la prótesis inferior la media se encuentra representada por nivel indeciso (valor 3) se representa por la consistencia de no perder los dientes naturales o simplemente carecen del conocimiento al no tener pérdidas dentales.

Finalmente en lo que respecta a los perfiles generales por categoría, se presentan a continuación los resultados obtenidos en el componente conductual.

TABLA # 5 ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA DE REACTIVOS CONDUCTUALES

Reactivos		Media	Desv. estándar
Cuántas veces me cepillo los dientes	No.1	4.22	0.89
Voy al dentista regularmente	No.5	3.50	1.56
Recibo aplicaciones de fluoruro	No.10	3.33	1.78
Mis dientes son de color	No.12	3.19	1.04
He asistido a pláticas sobre cuidados de salud bucal en Instituciones de salud	No.16	2.91	1.60
Leo artículos sobre el cuidado de los dientes	No. 19	3.33	1.29
Me realizan limpieza de los dientes	No.23	3.02	1.52
Mi comida diariamente es rica	No.24	3.74	1.59
Observo ante espejo el estado de salud de mis dientes	No.25	3.05	1.67

Distribución perfil componente conductual



Con respecto al componente conductual (*lo que se hace*) se observa una considerable diferencia que muestra que los estudiantes de Odontología, llevan a cabo pocas de las rutinas relacionadas con la salud bucal, lo cual completa la secuencia entre “*conocer, sentir y hacer*”, que indica que a pesar de saber la importancia de dichos cuidados, pocos de éstos se llevan a cabo como deberían realizarse.

He asistido a pláticas sobre cuidados de salud bucal en Instituciones de salud es un reactivo el cual llama la atención el valor de la media $\bar{x} = 2.91$ que representa un valor de 2 a 3, entre los niveles ocasionalmente ó una vez. La participación constante de actividades relacionadas a los cuidados dentales no significa que todo conocimiento se adquiere en las aulas, también se tiene que asistir a pláticas para estar actualizado a las innovaciones constantes en el campo de la Odontología. Otro aspecto es el Odontólogo tiene como misión el estar en contacto con los demás y esto se debe hacer mediante pláticas sobre cuidados de salud bucal.

Me realizan limpieza de los dientes $\bar{x} = 3.02$ nivel de indeciso, cuando esta conducta debe ser por lo menos cada año.

En el reactivo observo ante espejo el estado de salud de mis dientes debe considerarse continuamente valor 5.

Mis dientes son de color $\bar{x} = 3.19$ niveles de marrón esto indica que existe desconocimiento del color de sus dientes debido a la edad de la muestra (17-29) el color predominante es nacarado.

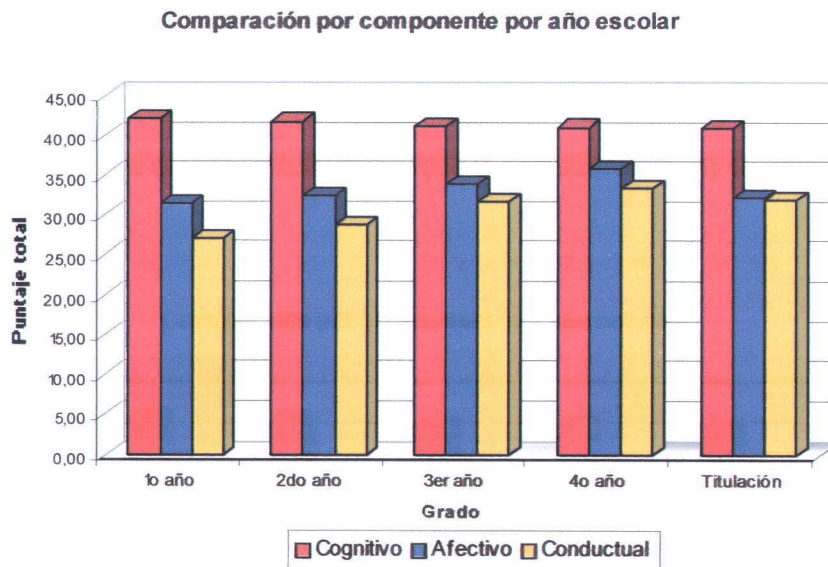
Una actividad importante es la relacionada con las aplicaciones de fluoruro las cuales dentro de las edades de 6-12 años deben aplicarse cada 6 meses como prevención para caries dental, los adolescentes y adultos las aplicaciones de fluoruro deben ser aplicadas en situaciones especiales como: después de tratamientos ortodonticos y eliminación de sarro, mientras, no es cada 6 meses.

2ª. Parte, segunda fase Análisis de perfiles de la actitud hacia la salud bucal

Dado que el otro objetivo de la presente investigación es determinar las posibles diferencias por año escolar, en cada una de los componentes referentes a los cuidados con la salud bucal (*cognitivo, afectivo y conductual*), a continuación se presenta el perfil correspondiente a dichos componentes para cada uno de los siguientes grupos:

1. Estudiantes de 1 año de Odontología
2. Estudiantes de 2 año de Odontología
3. Estudiantes de 3 año de Odontología
4. Estudiantes de 4 año de Odontología
5. Estudiantes del Área de Epidemiología y Salud Pública

Como se observa el **componente cognitivo** no presenta cambios significativos en los estudiantes, independientemente del año en el que se ubiquen, mientras que el **componente afectivo** aumenta levemente entre el primer y el cuarto año, con una ligera disminución en los estudiantes que se encuentran en el seminario de titulación.



En lo que respecta al **componente conductual** (*llevar acabo las tareas de cuidado a favor de salud bucal*) de igual manera que en los otros dos componentes, se observan puntajes ligeramente mayores relacionados con el año escolar, pero una disminución en los alumnos a punto de titularse, sin embargo en el componente conductual se observan puntajes menores en todos los años escolares, mostrando menor ejecución, que el aspecto cognitivo y afectivo.

3ª. Parte Análisis inferencial enfocado a responder hipótesis

Una vez concluido el análisis descriptivo en su segunda fase, que permitió observar los perfiles que presentan los estudiantes de odontología en cada uno de los componentes relacionadas con los cuidados de la salud bucal, se procedió a realizar los análisis estadísticos inferenciales requeridos para dar respuesta a la hipótesis, que dice: "Existen diferencias estadísticamente significativas en la actitud hacia la salud bucal, dependiendo del año escolar".

Para determinar si existían diferencias estadísticamente significativas entre los grupos anteriormente señalados en cada una de los componentes estudiados (*cognitivo, afectivo y conductual*) se utilizó un análisis de varianza de una sola muestra, obteniendo los siguientes resultados.

Tabla # 6 Comparación entre grupos por año escolar en los componentes de cuidados de la salud bucal.

Variable	Grupo	Media	Desv. Est.	F	gl	Sig
Componente Cognitivo	1er. Año	42.12	3.01	1.01	4	0.40
	2do. Año	41.76	2.08			
	3er. Año	41.16	2.65			
	4º. Año	41.04	2.31			
	Titulación	40.88	2.17			

Variable	Grupo	Media	Desv. Est.	F	gl	Sig
Componente Conductual	1er. Año	27.20	8.35	4.92	4	.001
	2do. Año	28.76	5.59			
	3er. Año	31.68	5.28			
	4º. Año	33.41	3.64			
	Titulación	32.00	2.78			
Componente Afectivo	1er. Año	31.44	8.65	2.40	4	.054
	2do. Año	32.36	3.85			
	3er. Año	33.91	4.06			
	4º. Año	35.77	2.77			
	Titulación	32.23	4.33			

Al analizar los resultados presentados en la tabla # 6, destacan los siguientes datos:

- a. Con respecto al **componente cognitivo**, en el cual se evalúa el nivel de conocimiento de los estudiantes con respecto a la importancia de ejecutar las tareas enfocadas a mantener una buena salud bucal; se observó una tendencia a disminuir los puntajes conforme aumentaba el año escolar. No obstante que dichas variaciones fueron mínimas, motivo por el cual los resultados **no fueron estadísticamente significativos**; resulta importante enfatizar en el descenso de los puntajes que apunta hacia el menoscabo de la importancia de dichos cuidados por parte de aquellos que ejercerán una profesión basada en éstos.

- b. El componente conductual, si presenta diferencias estadísticamente significativas entre los diferentes años escolares, un aumento de puntaje con el aumento de año, lo cual señala una práctica más efectiva y constante de autocuidado de la salud bucal, pero es curioso encontrar que aunque aumenta significativamente los cuatro primeros años de formación, decrece al concluir la misma, en los estudiantes de Seminario de Titulación.
- c. El componente afectivo presenta una distribución diferente, la cual a pesar de que no hubo resultados estadísticamente significativos, muestra una tendencia a aumentar el puntaje a través de los años escolares, no llego el valor $\alpha = 0.05$ pero estuvo cercano.

Al observar los análisis estadísticos anteriormente expuestos, además de probar que solo en el caso del componente conductual se obtienen diferencias estadísticamente significativas en los distintos años escolares, se pudo notar una tendencia general a obtener puntajes más altos en los componentes cognitivo y afectivo y más bajos en el componente conductual.

4ª. Parte Análisis de correlación entre factores

Se llevo a cabo un análisis de correlación entre factores con la finalidad de probar si existía relación significativa entre componentes, de tal manera que indique si existe consistencia entre lo que se conoce (cognitivo), lo que se siente (afectivo) y lo que se hace (conductual), al respecto se obtuvieron los siguientes resultados:

Tabla # 7 Correlación entre factores población completa

Factor 1	Factor 2	N	r	Sig
Cognitivo	Conductual	117	-0.023	.080
Cognitivo	Afectivo	117	0.065	.498
Conductual	Afectivo	117	0.642	.000

Tal y como se puede observar en la tabla anterior, existe una relación directamente proporcional y estadísticamente significativa de fuerza media ($r=0.64$) entre los componentes conductual y afectivo, lo que permite considerar que entre lo que se hace (aplicar los cuidados de salud bucal) y lo que se siente (sentirse a gusto), si existe una relación. Sin embargo la correlación entre el factor conductual y el cognitivo, muestra que no hay correlación ya que no fue estadísticamente significativo y de peso bajo.

Dado que el objetivo de la presente investigación se centró en el año escolar, se corrió un análisis de correlación entre componentes, separado por año escolar, con la finalidad de determinar si la relación presentada anteriormente, resultaba afectada por el año en el que el alumno se encuentra, en este sentido se obtuvieron los siguientes resultados.

Tabla # 8 Correlación entre factores por año escolar

Grupo	Factor 1	Factor 2	Promedios		N	r	Sig
1er año	Cognitivo	Conductual	42.12	27.20	25	.353	.084
	Cognitivo	Afectivo	42.12	31.44	25	.218	.295
	Conductual	Afectivo	27.20	31.44	25	.807	.000
2do año	Cognitivo	Conductual	41.76	28.76	25	-.180	.389
	Cognitivo	Afectivo	41.76	32.36	25	.001	.997
	Conductual	Afectivo	28.76	32.36	25	.438	.029
3er año	Cognitivo	Conductual	41.16	31.68	25	-.106	.614
	Cognitivo	Afectivo	41.16	33.91	25	-.134	.541
	Conductual	Afectivo	31.68	33.91	25	.586	.004
4º. año	Cognitivo	Conductual	41.04	33.41	25	-.152	.479
	Cognitivo	Afectivo	41.04	35.77	25	.541	.009
	Conductual	Afectivo	33.41	35.77	25	-.140	.545
Titulación	Cognitivo	Conductual	40.88	32.00	17	-.144	.580
	Cognitivo	Afectivo	40.88	32.23	17	.010	.970
	Conductual	Afectivo	32.00	32.23	17	.569	.017

Al observar los resultados presentados en la tabla anterior, se pudo valorar grupos de 1º y 3º conservan una relación estadísticamente significativa la existente entre los factores conductual y afectivo, variando la intensidad de la correlación entre media y media alta, sin embargo destaca el hecho de que en el grupo de 4º año la única interacción significativa fue entre los factores cognitivo y afectivo con una intensidad promedio. En primera instancia esto permite sostener que existe una relación entre lo que se conoce y lo que se siente, así como entre lo que se hace y lo que se siente, pero no entre lo que se conoce y lo que se hace.

Se observa también una tendencia (ya que estadísticamente las interacciones no son significativas y los puntajes de correlación son muy bajos) a que a partir del segundo año, se presente una relación negativa entre el factor conductual y el resto de los factores.

5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Discusión

En respuesta a la falta de estudios para evaluar la actitud hacia la salud bucal en estudiantes, en esta investigación se consideró este aspecto como punto de inicio para identificar la actitud, usando el principio psicológico de Thurstone (1928, en Summers 1984:157) el cual se basa en la ordenación de una serie de elementos en este caso cognitivos, afectivos y conductuales, de tal forma que se establezca una gradación de intervalos iguales desde el polo negativo del elemento de que se trate.

Utilizando la actitud en grupos el estudio se centró siguiendo el propuesto por Ajzen y Fishbein (1977: 913) quienes señalan la actitud como una disposición aprendida a responder de manera consistente respecto a un objeto.

En lo que respecta a la evaluación de las actitudes hacia la salud bucal seguimos la escala tipo Likert (1978:185) es la escala más utilizado por la mayoría de autores para medir actitudes. Es el método idóneo para su cuantificación, pese a tenerse la convicción plena de que algunos sujetos aislados podrían estar escondiendo conscientemente su actitud verdadera (Wicker 1969:42) o que incluso la presión social o institucional de la situación les hubiera hecho creer realmente lo que estaba expresando (Tiandis 1986:35). Este problema se solucionó mediante el anonimato de la encuesta. También podría ocurrir que se contestase sin saber realmente lo que se contesta, por su incomprensión, lo que podría ser más usual en los más jóvenes (17años 1° año escolar); por ello se procuró redactar los reactivos en un lenguaje claro y directo para que no tuviesen problemas para comprender el significado de las frases.

Este conjunto de resultados merece el que realicemos algunos comentarios. En primer lugar hay que señalar de acuerdo a Olson y Zanna, (1993 en Myers: 130) que cuando las personas cuestionan la actitud de alguien se refiere a las creencias y sentimientos relacionados con esa persona o evento y con el comportamiento resultante. Por ejemplo, Las persona que creen que los odontólogos deben sentir agrado al cepillarse propiamente ellos sus dientes y en consecuencia actuar de manera diferente. Como se nos muestra con los resultados que no fueron estadísticamente significativos.

En segundo lugar nos plantea Allan Wicker (1969 en Myers: 131) las actitudes expresadas por las personas difícilmente predicen sus variables formas de comportamiento. En nuestro estudio, el componente conductual, presenta diferencias estadísticamente significativas entre los diferentes años escolares, aumenta en los cuatro años de formación, decrece en el seminario de Titulación. Esto es, lo que ellos expresan, difícilmente realizan los que dicen. Consideramos muy importante este aspecto debido a que el objetivo de preparación académica de los estudiantes de Odontología es transmitir medidas hacia la salud bucal a las comunidades en donde realizan actividades preventivas, sí es que ellos no hacen los que dicen, por lo tanto fracasen los intentos para modificar a otros.

Lo que hacen (aplicar los cuidados de salud bucal) y lo que se siente (sentirse a gusto), si existe relación. De acuerdo a Myers (1999:133) Las influencias sociales también modifican otras formas de comportamiento. Considerar a los estudiantes bajo la influencia escolar y su responsabilidad como profesional de la salud bucal lo lleve a sentir agrado por lo que estan informando a que los demás realicen. Los grupos de 1º a 3º años escolar conservan una relación estadísticamente significativa entre el componente conductual y afectivo.

Conclusiones

Considerando algunos aspectos de salud en México, pudimos concluir que se encuentra entre los países de alto riesgo de enfermedades bucales, con mayor demanda de atención en servicios de salud.

Tratamos de vincular la psicología social con el estudio de las actitudes hacia la salud –enfermedad en interacción con las personas en virtud de las distintas variables que intervienen en la instalación y mantenimiento de conductas saludables; el estudio de cómo influye la actitud en el campo de la salud es una aplicación dentro de la psicología social.

Es cada vez más necesario el hecho de que la familia y la salud bucal sean una respuesta a la parte conformada por la sociedad, siendo la vinculación de esta con los estudiantes y profesionales formados por la FO UNAM. Valorar los conocimientos, sentimientos y conductas de esos profesionales, podremos describir las conductas de los padres de familia hacia sus hijos en lo relacionado a la salud bucal, de acuerdo a que los estudiantes aportan conocimientos a algunos padres de familia.

Durante la formación de cirujanos dentistas tienen los estudiantes relación con la sociedad por ejemplo en el Programa de salud bucal para escolares en la Delegación Coyoacán (1996) en la cual se efectuaron aplicaciones de fluoruro y educación para la salud bucal, apoyo a comunidades rurales con brigadas de atención y la realización de la campaña bienestar en la boca de tus hijos. Dentro de sus metas durante la formación se estableció incrementar convenios estatales para actividades de servicio odontológico comunitario en zonas del país con necesidades de servicio; una de las estrategias fue establecer un programa permanente de educación para la salud en sectores de sociedad y en términos de acciones establecer una campaña permanente. La preparación académica de los estudiantes de FO UNAM va cambiando de prevención a curación con rumbo a restauradora en el campo clínico. Las asignaturas de Odontología Preventiva y Salud Pública bucal así como Educación para la salud se imparten en los dos primeros años escolares de la carrera de cirujano dentista, en años escolares subsecuentes las áreas restauradora y conservadora son parte de su educación.

Este trabajo dirigido para determinar si todos los estudiantes de odontología tienen una buena actitud hacia la salud bucal en la medida que sienten y dicen querer hacer.

Obtuvimos lo siguiente:

En Medida en que los estudiantes sienten y hacen, no es compatible con lo que en realidad conocen. Como se obtuvo en los resultados ellos consideran que los cuidados bucales tienen alta prioridad (componente cognitivo), mientras que sienten (componente afectivo) cierta indecisión y acuerdo parcial de "llevarlas a cabo", a pesar de la importancia de dichos cuidados, pocos de éstos se realizan adecuadamente (componente conductual); con relación directamente proporcional y estadísticamente significativa de fuerza media $r = 0.64$ entre los componentes conductual y afectivo, si existe relación. Sin embargo la correlación entre el conductual y el cognitivo, muestra que no hay correlación ya que no fue estadísticamente significativo y de peso bajo.

Extrapolar lo antes concluido a la población profesional mostrará que los odontólogos aunque adquieren nuevos conocimientos, hacen lo que aprendieron bajo otras influencias no escolares.

Será interesante identificar que influencias sociales actúan en los estudiantes de odontología de la UNAM hacia los cuidados de salud bucal.

6. REFERENCIAS

- AJZEN, I. y FISHBEIN, M. (1977). Attitude and behavior relations: A theoretical analysis and review of empirical research. Psychological Bulletin. 84, 888-918.
- AJZEN, I. y MADDEN, T.J. (1986). Prediction of goal-directed behavior: The role of intention, perceived control, and prior behaviour. Journal of Experimental Social Psychology. 26, 305-328.
- ALLPORT, G.W. (1977). La naturaleza del prejuicio. Buenos Aires: Editorial Universitaria. 1-130.
- ASTROM, A.N., AWADIA, A.K. y BJORVATN, K. (1999). Perceptions of susceptibility to oral health hazards a study of women in different cultures. Community Dent Oral Epidemiol. 27, 268- 74.
- BARRIGA, S. (1988). Salud y Comunidad. Psicología Social de los problemas sociales. Granada: Universidad de Granada. 36.
- BARRIGA, S. y MARTÍNEZ, M. (1990). Participación comunitaria y políticas sociosanitarias. Granada: Universidad de Granada. 92.
- BIRKHED, D. (1990). Behavioural aspects of dietary habits and dental caries. Caries Res. 24 (suppl), 27-35.
- BURTON, L. (2000). Public Clinical Policy Considerations in Maximizing Children's oral Health. Pediatric Oral Health. Vol. 47, Number 5. October 2000. 1-10.
- XII CENSO GENERAL DE POBLACIÓN Y VIVIENDA MEXICO: INEGI 2000
[http: www.inegi.gob.mx](http://www.inegi.gob.mx)
- FAZIO,R.H. y WILLIAMS, C.J. (1986). Attitude accessibility as a moderator of attitudebehavior relations: A investigation of presidential election. Journal of Personality and Social Psychology. 50, N." 3, 505-514.

FESTINGER, L. (1957). A theory of cognitive dissonance, Evarston, Ill, Row, Peterson. En: FESTINGER, L. y CARLSMITH, J.M. (1959). Cognitive consequences of forced compliance. Journal of Abnormal Social Psychology. 58, 203-210.

GLASRUD, P.H. y FRAZIER, P.J. (1988). Future Elementary School teachers knowledge and opinions about oral health and community Programs. Journal of Public Health Dentistry. 48, No 2, 74-79.

GLUCH-SCRANTON, J. (1992). Collaboration and empowerment in educational activities during dental hygiene care. University of Pennsylvania. Dec, 1807.

HERNANDEZ, R. (1999). Metodología de la investigación. (2a. Ed.). Mc Graw-Hill, 58- 62.

IRIGOYEN, M. E. y MOLINA, F. N. y VILLANUEVA, A. R. y GARCÍA, L. S. (1995). Cambios en los índices de caries dental en escolares de una zona de Xochimilco, México, 1984-1992. Salud Pública en Mex. 37, 430-436.

KÄLLESTAL, C. y DAHLGREN, L. y STENLUND, H. (2000). Oral Health behaviour and self-esteem in Swedish children. Social Science Medicine. 51, 1841-1849.

KIYAK, A.H. (1993). Age and culture: Influences on oral health behaviour. International Dental Journal. 43, 9-16.

KRECH, D. (1978). Actitudes Sociales. Psicología Social. Madrid, Biblioteca Nueva. 151-282.

LAMBERT, J. (1982). Actitudes y cambio de actitudes. Psicología Social. Madrid, Pagmide. 215-259.

- LANG, W.P. y WEINTRAUB, J.A. y CHOI, CH. Y BAGRAMIAN, R.A (1988). Fissure Sealant Knowledge and characteristics of parents as a function of their child's sealant status. Journal of Public Health Dentistry. 48, No3, summer , 133-137.
- LIKERT, R. (1978). Una técnica para medir actitudes (a technique for the measurement of attitudes). Archives of Psychology. n°140. Medición de actitudes. SUMMER, G.F. México, Trillas. 182-193.
- MAUPOMÉ, C. G. y BORGES, Y. S. A. y LEDESMA, M. C. (1993). Prevalencia de Caries en zonas rurales y peri-urbanas marginadas. Salud Pública Méx. 35, 357-367.
- MYERS, D.G. (1999). Psicología Social . Mc Graw-Hill. 128-167.
- NORMA OFICIAL MEXICANA. NOM- 013-SSA-1994 Para la Prevención y el Control de Enfermedades Bucales. 3.
- ORTEGA, P. (1985). Actitudes y educación. Anales de Pedagogía. 203-212.
- PLAN INSTITUCIONAL DE DESARROLLO 1993-1997 (PLANEACIÓN; UNAM; 1992)
<http://www.planeacion.unam.mx/publicaciones/planes/fop.htm>
- PLAN DE DESARROLLO 1997-2001 (ESTADÍSTICA; UNAM; 1996)
<http://dgedi.estadistica.unam.mx/memo96/fo.htm>
- PACK, A.R.C. (1998). Dental services and needs in developing countries. International Dental Journal. 48 (supplement 1) ,239-247.
- PETERSEN, P.E. y ZHOU, E. (1998). Dental caries and oral health behaviour situation of children, mother and schoolteachers in Wuhan, People's Republic of China. International Dental Journal, 48, 210-216.
- PICK, S. (1992). Cómo Investigar en Ciencias Sociales. Editorial Trillas. 30-56.

- SAHAGÚN, Fray B. (1829). En Garibay, K.A.M . Historia General de las cosas de Nueva España. Editorial Porrúa, S. A. (1989). 588.
- SAN MARTÍN, H. (1983). Salud y enfermedad, (4a.1Ed.). México: La Prensa Médica Mexicana, S.A. 12.
- SALLERAS, L. (1985). Educación sanitaria: principios, métodos, aplicaciones. Madrid: Díaz de santos. 210.
- RING, M.E. (1989). Historia Ilustrada de la Odontología. Mosby/doyma libros de Barcelona. 19.
- SZANIECKE, T. (1918). En Triandis, H. Attitude and attitude change. New York: John Willey and Sons. 1977.
- THURSTONE, L. (1928). Las actitudes pueden medirse. American Journal of Sociology, 33, 529,544. En Summers, G.F. Medición de actitudes. México:Trillas. (1978) 157-173.
- TRIANDIS, H .C. (1986). El individualismo y la teoría sociopsicológica. Revista de Psicología Social y Personalidad. . 2, N° 2, 30-53.
- WATSON, M.R y HOROWITZ,A.M. y GARCÍA, I. y CANTO. M.T. (1999). Caries conditions among 2-5 years old inmigrant latino children related to parent´s oral helth knowledge, opinions and practices. Community Dent Oral Epidemiol. 27, 8 – 15.
- WICKER, A. W. (1969). Attitudes versus actions: The relationship of verbal and overt behavioral responses to attitude objects. Journal of Social Issues. 25, 41-78.
- ZANNA, M. P. y FAZIO, R. H. (1982). The attitude-behavior relation: Moving toward a third generation of research. En: Zanna, M.P.; Higgins, E.T. Consistency in social behavior. Lawrence Erlbaum Associates Pub. 51.