



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

PROGRAMA DE TITULACIÓN POR ALTO PROMEDIO (TAP)

DETERMINACIÓN DEL ESTADO DE SALUD
BUCODENTAL Y LA PERCEPCIÓN DEL MISMO EN
ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
DE LA UNAM. AÑO 2015.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

C I R U J A N O D E N T I S T A

P R E S E N T A:

MIKADO ALEJANDRO NIDOME CAMPOS

TUTOR: C.D. ARTURO SARACHO ALARCÓN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

DEDICATORIA

A mis padres, Alberto Nidome y Refugio Campos, por fin se ha cumplido una pequeña meta, la cual, marca el inicio de un camino lleno de cientos más. Mamá, gracias por escucharme siempre, por brindarme tu cariño incondicional y estar siempre conmigo apoyándome. Papá, gracias por los consejos y el apoyo que me proporcionaste en esta etapa de mi vida. Gracias.

A mis hermanos, Mario, Miguel, Marcos y Midori. Este logro es gracias a ustedes, por acompañarme a lo largo de este viaje y por permitir ser mis sujetos de prueba y experimentación a lo largo de la carrera.

Al Dr. Gilberto Nidome Inzunza, por ser mi mentor y guía durante la carrera, por compartir sus conocimientos conmigo, formando así un lazo que fue más allá del sanguíneo.

A Ana, gracias por creer siempre en mí, por tu cariño y por estar a mi lado en todo momento sin importar las adversidades.

A mi familia, gracias por el apoyo incondicional.

A mis amigos que hice durante mi estancia en la Facultad de Odontología, cada uno de ustedes me impulsaron a ser mejor día a día, especialmente a ustedes Yahir e Isabel, su apoyo fue crucial para la finalización de este trabajo. Gracias.

Al Dr. Arturo Saracho Alarcón, por aceptar ser mi tutor, por su paciencia, tiempo y aún más importante, su amistad.

A mis profesores de la Facultad de Odontología, por compartir su saber conmigo y soportar mi temperamento.

A la UNAM, por acogerme en sus brazos por más de 8 años y brindarme las herramientas necesarias para ser lo que soy el día de hoy.

“Por mi raza hablará el espíritu”

ÍNDICE

1. Introducción	1
2. Antecedentes	2
2.1 Caries dental	4
2.2 Enfermedad Periodontal	5
2.2.1 Gingivitis.....	5
2.2.2 Cálculo dental.....	7
2.2.3 Halitosis.....	7
2.3 Maloclusión	8
2.3.1 Trastornos de la articulación temporomandibular	8
2.3.2 Desplazamiento del disco acompañado de reducción articular	9
2.4 Anomalías dentales	10
2.4.1 Alteraciones del desarrollo que afectan a los dientes	10
2.4.1.1 Alteraciones de erupción	10
2.4.1.2 Alteraciones de forma	11
2.4.1.3 Alteraciones de la estructura	11
2.5 Patologías bucales	12
2.5.1 Lesiones elementales	12
2.5.1.1 Lesiones elementales primarias	12
2.5.1.2 Lesiones elementales secundarias	13
2.6 Hábitos nocivos	14
2.6.1 Hábito	14
2.6.1.1 Onicofagia	14
2.6.1.2 Morder objetos extraños	14
2.6.1.3 Succión labial	15
2.7 Factores que influyen en la percepción del estado de salud del estudiante de odontología	15
2.8 Formación del estudiante de odontología	16
3. Planteamiento del problema	18
4. Justificación	19
5. Hipótesis	20

6. Objetivo general	21
7. Metodología	22
8. Resultados	27
9. Discusión	49
10. Conclusiones	52
11. Agradecimientos	54
12. Referencias bibliográficas	55
13. Anexo 1	59
14. Anexo 2	61
15. Anexo 3	62
16. Anexo 4	63
17. Anexo 5	65

1. INTRODUCCIÓN

El término salud es definido por la Organización Mundial de la Salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Dicha definición procedente de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, se adoptó posteriormente en la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados. Esta definición no ha sufrido modificaciones desde 1948¹.

Así misma la salud bucodental, para la OMS puede definirse como la ausencia de dolor orofacial crónico, cáncer de boca o garganta, llagas bucales, defectos congénitos como labio leporino o paladar hendido, enfermedades periodontales (de las encías), caries dental y pérdida de dientes, y otras enfermedades y trastornos que afectan a la boca y la cavidad bucal².

Dentro de las características del estudiante de la carrera de cirujano dentista de la facultad de odontología de la UNAM, las cuales se encuentran descritas en el perfil del estudiante, se encuentra el poseer buenos hábitos de higiene, debido a que sus responsabilidades como futuro profesional incluyen la promoción de la salud, prevención, diagnóstico y el tratamiento oportuno de los padecimientos bucales, así como la detección de los problemas de salud general, la limitación del daño causado por enfermedades, así como la rehabilitación de las funciones del aparato masticatorio, contribuyendo a restablecer al individuo su equilibrio biopsicosocial.

El propósito de este estudio fue conocer el estado de salud bucodental en una muestra de alumnos de la Facultad de Odontología UNAM y conocer si existió una asociación entre la prevalencia de enfermedades en boca y sus conocimientos adquiridos en la carrera acorde a su grado académico.

2. ANTECEDENTES

Para la Organización Mundial de la Salud “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”¹. Aunque esta definición no ha presentado cambios desde hace más de 67 años, podemos encontrar algunos inconvenientes en la interpretación de este concepto, pues en la era actual no se conocen casos de individuos que cumplan con los requisitos necesarios para demostrar la posesión de salud total en su organismo, pues aunque el sujeto tenga ausencia de enfermedades puede ser que el medio social en el que se desenvuelva sea del tipo nocivo, lo cual, inmediatamente haría que se convierte en un individuo que carece de buen estado de salud.

Esta definición es de cierta manera un tanto utópica debido a los elementos conjuntos necesarios para alcanzarla. Salud y enfermedad son conceptos muy amplios, que están sujetos a percepciones históricas, culturales, religiosas, sociales, filosóficas, económicas y políticas concretas^{3,4,5}, por ende, para poder acercarnos a este concepto, tendríamos que ajustarla para lograr, el mayor estado de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

Por esto, es un hecho y una realidad que los seres humanos al no contar con un estado completo de salud, padecen de algún tipo de enfermedad o afección. Al estar expuestos a factores que influyen directa e indirectamente en nuestro estado de salud, como ambientales, en los cuales incluimos a los sociales, son propensos a desarrollar alteraciones en la homeostasis de su organismo, lo cual a corto, mediano y largo plazo provocarán diversos padecimientos o molestias en el individuo.

Si nos enfocamos en los conceptos un tanto utópicos, más no inalcanzables de la OMS, debemos enfocarnos también a la definición de salud bucal que esta organización ha dado. Tenemos entonces que para la OMS la salud bucal puede definirse como “la ausencia de dolor orofacial crónico, cáncer de boca o garganta, llagas bucales, defectos congénitos como labio leporino o paladar hendido, enfermedades periodontales (de las encías), caries dental y pérdida de dientes, y otras enfermedades y trastornos que afectan a la boca y la cavidad bucal”².

Debido a la complejidad de los elementos formales del sistema estomatognático, es sumamente complejo mantener perfecto estado a dicho aparato, pues las molestias bucodentales comparten factores de riesgo con las cuatro enfermedades crónicas más importantes, como son las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas y diabetes, esto es debido a que estas se favorecen por dietas mal balanceadas, consumo excesivo de sustancias nocivas para el organismo como el tabaco y el alcohol, sin olvidar, claro, a la higiene bucal deficiente del individuo, la cual, podemos decir, es, el factor de riesgo más significativo y el principal que puede provocar alteraciones en el estado de salud del aparato estomatognático.

Las enfermedades bucodentales más comunes son la caries dental con una prevalencia del 60% al 90% en escolares de todo el mundo. Las enfermedades periodontales, las cuales en su variante de enfermedad periodontal grave, que puede desembocar en la pérdida de dientes, afectan de un 5% a 20% de los adultos de edad madura; y finalmente las maloclusiones.

2.1 CARIES DENTAL

Según la definición de la OMS, la caries dental se puede definir como proceso patológico, localizado, de origen externo, que se inicia tras la erupción y que determina un reblandecimiento del tejido duro del diente, evolucionando hacia la formación de una cavidad. Es una enfermedad multifactorial que se caracteriza por la destrucción de los tejidos del diente como consecuencia de la desmineralización provocada por los ácidos que genera la placa dentobacteriana⁶. La caries dental es una enfermedad infecciosa que afecta a los tejidos duros del diente (esmalte, dentina y cemento) y, junto con el resfriado común, una de las patologías más prevalentes en la especie humana⁷. En su desarrollo intervienen simultáneamente tres factores que se ejemplifican en el diagrama o tríada de Keyes, los cuales son: las características del huésped (susceptibilidad del diente y composición y cantidad de saliva), el consumo por el paciente de una dieta favorecedora (rica en carbohidratos) y la presencia en la cavidad oral de microorganismos cariogénicos (*Streptococcus mutans*, *Lactobacillus*, *Actinomyces*). Junto a ellos, se necesita la colaboración de un cuarto factor, el tiempo, que es indispensable para que los otros actúen⁸. Los carbohidratos ingeridos en la dieta son metabolizados en un inicio en la cavidad oral por enzimas propias del organismo (amilasa salival) y por las bacterias residentes de la misma. Como resultado de este proceso, se generan ácidos que producen un descenso del pH y causan la disolución del componente orgánico y la desmineralización del componente inorgánico de los tejidos duros del diente.

Si controlamos los factores etiológicos y el pH de la saliva se recupera por la acción amortiguadora de la misma, entonces toda lesión que sólo afecte al esmalte podrá remineralizarse mediante un proceso llamado diadoquismo, en el cual el ion hidroxilo de la hidroxiapatita (OH) es remplazado por un ion flúor (F) para convertirse en fluorapatita. Si este equilibrio se rompe en favor de la

desmineralización (debido a períodos prolongados de acidez) se acabará formando una cavidad en el diente. Un diagnóstico oportuno de esta alteración durante la fase inicial de desmineralización del diente permite la instauración precoz de medidas preventivas y terapéuticas que, en muchas ocasiones, pueden conseguir que el proceso carioso revierta antes de que estén presentes las lesiones macroscópicas⁸.

Las medidas preventivas de la caries dental se traducen, en la práctica, en la realización de un adecuado control de la placa dentobacteriana, control de la dieta mediante la reducción del aporte de azúcares, por la aplicación de fluoruro, por el sellado de fosetas y fisuras, y por un correcto cepillado dental. Cuando la caries dental ya se ha instaurado, será necesario tomar alguna de las dos siguientes medidas terapéuticas: si la caries se limita al esmalte, el tratamiento de elección será la remineralización del diente mediante la aplicación de fluoruro y, si la caries dental afecta a la dentina, ésta deberá ser eliminada⁹. El resultado será una pérdida de tejido dental que deberá recuperarse mediante los diferentes materiales obturadores y restauradores de los que disponemos hoy en día.

2.2 ENFERMEDAD PERIODONTAL

La enfermedad periodontal es una alteración que afecta a la encía, ligamento periodontal, cemento y hueso alveolar. Las bacterias presentes en la placa dentobacteriana causa la enfermedad periodontal. Si no se retira, cuidadosamente, todos los días con el cepillo, el hilo dental u otros elementos auxiliares de limpieza bucodental, la placa dentobacteriana la cual contiene minerales, puede proceder a transformarse en una sustancia dura y porosa llamada cálculo dental.

2.2.1 GINGIVITIS

Se conoce como gingivitis a la inflamación de características patológicas que se produce en las encías debidas, por lo general, a la acción de alguna bacteria que genera una enfermedad. La gingivitis suele tener su origen en la acumulación de microorganismos sobre la encía, producto de una deficiente o nula higiene oral.

Las enfermedades gingivales son una amplia familia de patologías diferentes y complejas, que se encuentran confinadas a la encía y son el resultado de diferentes etiologías. La característica común a todas ellas es que se localizan exclusivamente sobre la encía; no afectan de ningún modo a la inserción ni al resto del periodonto. De ahí que se engloben en un grupo independiente al de las periodontitis.

Las enfermedades gingivales forman un grupo heterogéneo, en el que pueden verse problemas de índole exclusivamente inflamatoria, como las gingivitis propiamente dichas, o que pueden ser modificadas por factores sistémicos, medicamentos o malnutrición; pero también alteraciones de origen bacteriano específico, viral, fúngico, genético, traumático o asociadas a alteraciones sistémicas, que lo único que tienen en común es el desarrollarse sobre la encía.

Clínicamente se aprecia una encía inflamada, con un contorno gingival alargado debido a la existencia de edema o fibrosis, una coloración roja o azulada, una temperatura sulcular elevada, sangrado al sondaje y un incremento del sangrado gingival. Todos estos signos están asociados a periodontos sin pérdidas de inserción, o estables aunque en periodontos reducidos.

Los signos clásicos de inflamación pueden apreciarse en la inspección visual, lo que facilita el diagnóstico con la simple exploración del paciente. Para su detección es necesaria la sonda periodontal, que ayuda a estimular el sangrado y a detectar el componente inflamatorio de las bolsas. Según la localización de los signos en la encía, la gingivitis va a poder clasificarse como

generalizada o localizada, según esté afectando a todos los dientes de la boca, o sólo altere la encía que rodea a un grupo determinado o a un diente exclusivamente¹⁰.

2.2.2 CÁLCULO DENTAL

El cálculo consiste en placa bacteriana mineralizada que se forma sobre las superficies de los dientes naturales y las prótesis dentales. Este junto a otros factores como restauraciones defectuosas, complicaciones por tratamiento de ortodoncia y consumo de tabaco conduce a la gingivitis y otras enfermedades periodontales. Se puede clasificar en supragingival (visible en la cavidad, de color blanco o amarillo blanquecino y posee consistencia dura arcillosa. Se desprende fácilmente de la superficie dentaria) y subgingival (no es visible en el examen clínico sistemático, suele ser duro y denso, de color pardo oscuro, se evalúa mediante el uso de instrumentos como exploradores o sondas).

El cálculo posee en su composición una parte orgánica y una inorgánica. La inorgánica se compone por calcio, fósforo, dióxido de carbono, magnesio y pequeñas cantidades de cinc, cobre, manganeso, entre otros. También presenta cristales de hidroxiapatita. La orgánica presenta proteínas, polisacáridos, células epiteliales descamadas, y varios tipos de microorganismos.

2.2.3 HALITOSIS

La halitosis o mal aliento significa presencia de olor desagradable en el aire aspirado, cualquiera que sea su origen. La halitosis bucal se refiere específicamente al olor originado en la cavidad bucal misma. Los factores predominantes de la halitosis son la gingivitis, la periodontitis y saburra lingual, aunque existen factores asociados con menor incidencia como la insuficiencia renal o hepática y carcinomas bronquiales o de tracto digestivo. En el caso de la halitosis asociada a enfermedades periodontales, se ha observado que es

originada por agentes biológicos tales como *Treponema denticola*, *Porphyromonas gingivalis* y *Prevotella intermedia*, debido a que algunos de sus productos de desecho metabólico son sulfuro de hidrogeno y metilmercaptano a partir de proteínas que se encuentran de forma natural en la cavidad oral¹¹.

Como tratamiento a la halitosis se debe recurrir al control del factor etiológico, en estos casos los tratamientos periodontales para la gingivitis y la periodontitis son de gran ayuda, así como el uso de auxiliares de limpieza bucodental por parte del paciente.

2.3 MALOCLUSIÓN

Se denomina maloclusión a toda aquella situación en que la oclusión no es normal, es decir, cuando la competencia del maxilar y de la mandíbula, o la posición de las piezas dentales no cumple ciertos parámetros que consideramos normales. Esta disposición inadecuada de los dientes y maxilares crean un problema para el individuo, ya sea estético o funcional. La prevalencia de las maloclusiones indica que aproximadamente un tercio de la población mexicana tiene una oclusión que puede considerarse como normal o casi normal, mientras que unos dos tercios tiene algún grado de maloclusión, de estos solo un pequeño grupo tiene una maloclusión atribuible a una causa específica conocida¹².

2.3.1 TRASTORNOS DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR

Los trastornos más frecuentes son los relacionados al complejo cóndilo disco, estos se manifiestan por toda una gama de alteraciones. Los cuales se consideran un espectro continuo de trastornos progresivos. Se producen a causa de que se modifica la relación existente entre el disco articular y el cóndilo en la función de rotación normal. El desplazamiento del disco es una

patología frecuente que padece hasta un 20% de la población pero que en la mayoría de los casos no requiere tratamiento¹³. Cuando la única sintomatología es el ruido articular, la observación, educación y el cuidado de sí mismo es suficiente, sin embargo el dolor, el cierre intermitente, y la dificultad de la utilización de la mandíbula sí que necesitan observación más cercana y posiblemente intervención.

2.3.2 DESPLAZAMIENTO DEL DISCO ACOMPAÑADO DE REDUCCIÓN ARTICULAR

Se caracteriza por el chasquido que produce el movimiento de apertura y cierre mandibular. El disco articular se coloca en el lado opuesto a su situación habitual. Este desplazamiento sólo ocurre con la boca cerrada, cuando la boca se abre y la mandíbula se desliza hacia delante, el disco vuelve a su sitio produciendo un chasquido mientras lo hace. Al cerrarse la boca el disco se desliza nuevamente hacia delante haciendo a menudo otro ruido. La disfunción momentánea del disco puede ser causa de irregularidades en la superficie articular, degradación del líquido sinovial, descoordinación de la unión disco-cóndilo, aumento de la actividad muscular, o la deformación discal. Como el disco se hace cada vez más disfuncional, comienza a interferir con el movimiento normal del cóndilo y puede ser la causa del cierre mandibular permanente. En ocasiones los pacientes tienen excesiva apertura por laxitud en los ligamentos pudiendo originar una subluxación mandibular.

2.4 ANOMALÍAS DENTALES

Las alteraciones del desarrollo de la región oral se exponen agrupándolas en tres categorías amplias 1) alteraciones del desarrollo que afectan a los dientes; 2) alteraciones del desarrollo limitadas a los tejidos blandos, y 3) alteraciones del desarrollo que afectan al hueso¹⁴.

Entre las alteraciones del desarrollo que afectan a los dientes y las cuales son visibles en un examen clínico sin la necesidad de utilizar métodos de diagnóstico adicionales a la observación tenemos:

2.4.1 ALTERACIONES DEL DESARROLLO QUE AFECTAN A LOS DIENTES

2.4.1.1 ALTERACIONES DE ERUPCIÓN

Microdoncia: uno o más dientes cuyo tamaño es inferior al normal.

Macrodoncia: uno o más dientes cuyo tamaño es mayor al normal.

Anodoncia total: ausencia congénita de todos los dientes.

Anodoncia parcial: ausencia congénita de uno o más dientes.

Diente supernumerario: dientes en exceso sobre el número normal.

2.4.1.2 ALTERACIONES DE FORMA

Diente evaginado: anomalía del desarrollo en el cual un área focal de la corona se proyecta hacia afuera y produce lo que parece ser una cúspide adicional o una cúspide de forma anormal respecto a las cúspides existentes (cúspide en garra).

Geminación: corona conformada anormalmente cuya anchura es excesiva debido al desarrollo de dos coronas a partir de un único primordio dental.

Fusión: Diente conformado anormalmente que puede presentar una corona especialmente ancha que resulta de la unión de dos primordios dentales.

2.4.1.3 ALTERACIONES DE LA ESTRUCTURA

Amelogénesis imperfecta: gama de defectos hereditarios de la función de los ameloblastos y de la mineralización de la matriz del esmalte que produce dientes con múltiples anomalías generalizadas que afectan solamente a la capa de esmalte.

Dentinogénesis imperfecta: defecto hereditario que consiste en dientes opalescentes constituidos por dentina formada irregularmente e hipomineralizada que oblitera las cámaras coronal y de la raíz pulpar.

2.5 PATOLOGÍAS BUCALES

2.5.1 LESIONES ELEMENTALES

Son manifestaciones encontradas en piel y mucosas, de tipo objetivas, de constitución simple las cuales pueden observarse o palpase. Se dividen en primarias y secundarias.

2.5.1.1 LESIONES ELEMENTALES PRIMARIAS

Son alteraciones precoces de la piel, que todavía no han sufrido su evolución natural ni se han modificado por manipulación.

Mácula: Es un cambio localizado de la coloración o de la consistencia. Puede originarse por depósito de pigmentos, vasodilatación o déficit de melanina.

Pápula: Es una lesión circunscrita, de menos de 1 cm, de forma variable (redonda, poligonal, oval, umbilicada). Su superficie puede ser suave, erosionada o papilomatosa.

Placa: Es una lesión plana, mayor de 1 cm. Puede ser una lesión fundamental o el resultado de la confluencia de pápulas.

Nódulo. Es una lesión sólida, redondeada, mayor de 1 cm, bien circunscrita. Su superficie puede ser suave, ulcerada o escamosa. Es equivalente a una pápula, pero mayor de 1 cm.

Tumor: Es una lesión circunscrita que se produce por proliferación celular; puede ser benigna o maligna.

Vesícula: Es una lesión de contenido líquido, circunscrita, de menos de 1 cm. El contenido puede ser claro, turbio o hemorrágico. En las mucosas, las vesículas habitualmente se rompen y quedan erosiones.

2.5.1.2 LESIONES ELEMENTALES SECUNDARIAS

Las lesiones secundarias se producen por la evolución natural de las lesiones primarias.

Escama: Es una delgada lámina de estrato córneo formada por células epidérmicas adheridas, que se desprenden de la piel.

Costra: Es una lesión secundaria a la desecación de un fluido, el cual puede ser suero, sangre o pus y dependiendo de ello la costra tendrá un color característico.

Fisura y grietas: Son desgarros lineales de la piel, suelen ser dolorosas; las grietas afectan hasta la epidermis y las fisuras hasta la dermis. Ambas se localizan en una zona de movimiento cutáneo o en el fondo de un pliegue.

Erosión: Es una lesión debida a pérdida de la epidermis, sin comprometer la dermis. Al sanar, no deja cicatriz.

Ulceración: Pérdida de sustancia más profunda que puede afectar hasta la hipodermis dejando ver en ocasiones tejido muscular y óseo, y por lo tanto curará con cicatriz. Si la ulceración es lineal, se llama fisura. Si la ulceración afecta una mucosa, se llama afta.

Escara: Esta lesión se debe a la muerte o necrosis de un tejido, se trata de una membrana de color negro muy adherente que recibe también el nombre de esfacelo.

Cicatriz: Es la reparación por tejido fibroso de un corte o lesión profunda de la piel. Puede ser atrófica o hipertrófica.

2.6 HÁBITOS NOCIVOS

2.6.1 HÁBITO

Se define como la práctica adquirida por repetición frecuente de realizar un mismo acto, el cual hace con cada repetición se hace menos consciente y se repite con frecuencia, puede ser relegado al consciente o simplemente a la compulsión a repetir una acción por acostumbramiento a su ejecución.

Los hábitos pueden ser de dos tipos principalmente, los útiles, que son aquellos que incluyen funciones normales, adquiridas o aprendidas como, posición correcta de la lengua, respiración y deglución adecuada, masticación, fonación, entre otros y los hábitos dañinos que pueden llegar a ser peligrosos a la integridad del sistema estomatognático, dientes, hueso, lengua, labios y ATM¹⁵.

2.6.1.1 ONICOFAGIA

Hace referencia al hecho de morderse las uñas, este a su vez, produce presión en el eje longitudinal de los dientes, creando desgaste en los bordes incisales de los dientes anteriores y observándose clínicamente como erosiones epiteliales en los alrededores de las unas de los dedos involucrados. Este hábito se asocia a algún tipo de alteración emocional¹⁶.

2.6.1.2 MORDER OBJETOS EXTRAÑOS

Es la introducción dentro de la cavidad bucal de objetos extraños como lápices, bolígrafos u otros. Este hábito está asociado al estrés y puede generar desgastes dentales.

2.6.1.3 SUCCIÓN LABIAL

Se caracteriza por la acción de chupar, succionar o presionar el labio. El labio que no participa en la succión se torna cada vez más hipotónico y adquiere un aspecto de labio corto, sin embargo, el labio participante se torna hipertónico, produciendo pérdida del contacto funcional anterior. También provoca agresiones en los tejidos que circundan el labio, creando fricción sobre estos, observándose los rasgos clínicamente¹⁷.

2.7 FACTORES QUE INFLUYEN EN LA PERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD DEL ESTUDIANTE DE ODONTOLOGÍA.

En la actualidad el pensamiento del estudiante de odontología sobre cuidado bucodental está más enfocado a los tratamientos restauradores que a los preventivos, debido a que no se ha hecho énfasis en la importancia que esta tiene como base para evitar futuras alteraciones bucodentales. Partiendo del punto antes mencionado, genera a futuro inmediato y a largo plazo repercusiones en la salud del estudiante de odontología, ya que no acudirá a revisiones periódicas preventivas, dejando como última instancia la atención odontológica por motivos tales como el dolor.

La falta de una cultura de la prevención en la sociedad mexicana producida por los altos niveles de baja escolaridad y analfabetismo, orilla a los pacientes a acudir a consultas odontológicas cuando los únicos tratamientos para sus afecciones son de índole invasivo. Por lo tanto es motivo de análisis el pensar que debido a esta esfera social en la que el alumno se desenvuelve en su vida cotidiana influya directamente en su pensamiento.

Hablando de la forma en la que el estudiante de odontología se desenvuelve en sus actividades cotidianas dentro de las instalaciones en las cuales desarrolla e incrementa sus conocimientos, es importante señalar que el autocuidado de la salud bucodental no es prioridad ya que se antepone la de

los pacientes que atiende, esto es debido a la premisa de que un ciclo escolar puede perderse si no se cumple con el número de trabajos solicitados para aprobar una materia, sumado a esto otra actividad que se hace a un lado por los mismos motivos y que no es particular de los estudiantes de odontología sino de un estudiante de nivel licenciatura es la correcta alimentación, así como el consumo de sustancias nocivas, los cual se ven reflejados en deficiencia de nutrientes y alteraciones sistémicas que afectarán su estado de salud.

La revisión de la literatura afirma que los cambios en el comportamiento hacia la salud oral durante la preparación universitaria de los estudiantes de odontología refleja el efecto de la educación adquirida¹⁸. Sin embargo, existen reportes contradictorios como el de Kolehmainen y Rytömaa en 1977, así como el de Tseveenjav, Vehkalahti y Murtomaa en 2003, que revelan un incremento en la incidencia de caries dental y conductas de autocuidado oral deficientes entre los estudiantes de odontología¹⁹.

Es necesario buscar nuevas estrategias y modelos de salud, para esto se requiere que los sistemas de prestación de servicios, así como escuelas y facultades de odontología encuentren modelos de ejercicio que mejoren la calidad de vida brindando, eficiencia y eficacia a costos accesibles, al igual que buscar estrategias para crear conciencia de la importancia del cuidado oral a la sociedad.

2.8 FORMACIÓN DEL ESTUDIANTE DE ODONTOLOGÍA

Autores como Lara (2001) y Luengas en (2000), han mencionado que la educación que se ofrece en las escuelas de odontología en México debería ser analizada, ya que, el modelo educativo, así como los planes de estudio que predominan en las diversas escuelas y facultades de odontología se encuentran atrasados respecto a las demandas de la situación nacional²¹.

La búsqueda de una constante actualización de planes de estudio, métodos de enseñanza basados en el uso de tecnologías aplicadas a la educación y mejoras de la infraestructura de las escuelas y facultades debería ser una prioridad, ya que debido al fenómeno de globalización, el cual afecta directamente a la educación exige la actualización en todos sus ámbitos a las escuelas y facultades de odontología para proveer de los recursos necesarios a los estudiantes en formación.

Como promotores de la salud tenemos el papel de mejorar el nivel educativo de la salud de la población. Por esta razón, la adquisición de conocimientos y actitudes relativas a la salud bucodental, así como la prevención, control, y tratamiento de problemas dentales durante el período de adiestramiento de los estudiantes de odontología es fundamental.

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Una de las características que debe tener el aspirante y estudiante de la carrera de cirujano dentista, el cual está señalado en el perfil del aspirante de la carrera, es la de poseer buenos hábitos de higiene, esto hace referencia a la higiene general, en la cuales está incluida implícitamente la bucodental. El hecho de formar parte del grupo estudiante de odontología, no excluye de pertenecer al conjunto conformado por adultos jóvenes mexicanos, los cuales son vulnerables a diversas afecciones en la cavidad oral. La diferencia reside en una simple diferencia, el estudiante de odontología está expuesto en mayor cantidad a información relacionada con la salud bucodental, pues es parte de su formación profesional.

Si bien, el hecho de que este expuesto a una cantidad superior de conocimientos sobre salud bucodental, a las alteraciones que se pueden formar, los factores que la ocasionan y como evitarlos o tratarlos, no los excluye de padecerlas pero si de prevenirlas en mayor cantidad.

Teniendo esto dicho, se debe encontrar cambios en el estado de salud bucodental debido a esta exposición constante a la información y un cambio significativo en dicho estado con el paso de los años, pues a mayor conocimiento, mejor salud, mayor prevención, por lo tanto:

¿Cuál es el estado de salud bucodental en los alumnos de la facultad de odontología?

¿Cómo es que este cambia o se modifica a través de los años, tomando en cuenta que el alumno adquiere nuevos conocimientos en la carrera?

¿Cuál es la percepción de su estado de salud y que hacen para mejorarlo, tomando en cuenta su formación como promotores de la salud?

¿Al concluir sus estudios en la carrera de cirujano dentista, hay una mejora significativa en el estado de salud bucodental?

4. JUSTIFICACIÓN

La realización de un estudio epidemiológico que permita conocer el estado de salud bucodental, los cambios de éste a través del estudio de la carrera en los alumnos de la Licenciatura de Cirujano Dentista de la Facultad de Odontología de la UNAM, así como la percepción de la misma por parte de los ya mencionados, permitirá contar con información que ayude a identificar cuáles son los principales problemas de salud bucodental con los que lidian los alumnos, así como proporcionar datos a la Facultad para actuar con programas que permitan a los alumnos mejorar considerablemente su salud bucodental y su percepción de la misma.

5. HIPÓTESIS

H0¹

Existe asociación entre el año cursado y el estado de salud bucodental de los alumnos de los años 1°, 2°, 3°, 4° y 5° de la Facultad de Odontología durante el 2015.

Hi¹

No existe asociación entre el año cursado y el estado de salud bucodental de los alumnos de los años 1°, 2°, 3°, 4° y 5° de la Facultad de Odontología durante el 2015.

H0²

Existe asociación entre el año cursado y la auto percepción del salud bucodental de los alumnos de los años 1°, 2°, 3°, 4° y 5° de la Facultad de Odontología durante el 2015.

Hi²

No existe asociación entre el año cursado y la auto percepción del salud bucodental de los alumnos de los años 1°, 2°, 3°, 4° y 5° de la Facultad de Odontología durante el 2015.

6. OBJETIVO GENERAL

Determinar la prevalencia de patologías y factores de riesgo asociados al estado de salud bucodental de alumnos de ambos géneros y en edades comprendidas entre 18 a 25 años de la Facultad de Odontología de la UNAM campus Ciudad universitaria.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Determinar la prevalencia de patologías y factores de riesgo bucales.
2. Identificar la alteración de salud bucodental con mayor incidencia en los alumnos de la Facultad de Odontología UNAM.
3. Identificar el grupo de alumnos con mayor incidencia de alteraciones de salud bucodental.
4. Verificar si existe una correlación entre el estado de salud bucodental y percepción de la misma, con su conocimiento adquirido sobre los mismos en la facultad con el paso de los años.

7. METODOLOGÍA

MATERIALES Y MÉTODOS

Se elaboró un estudio de tipo transversal en alumnos de la Facultad de Odontología de la UNAM, la población de estudio se conformó por 100 alumnos de los 5 años, 20 participantes por cada uno que se imparten en la facultad, de ambos géneros, 50 hombres y 50 mujeres, 10 de cada género por año y 5 por turno que posee la facultad, de edades comprendidas entre 18 y 25 años, contando con su previo consentimiento para que participaran en el estudio.

Los datos fueron recopilados en una sola fase, la cual constó de dos etapas; la primera de ellas por medio de un cuestionario en forma de interrogatorio directo a los alumnos para identificar su estado de salud general y la percepción de su estado de salud bucal (anexo 1), la segunda etapa se llevó a cabo mediante una revisión clínica extraoral e intraoral con el objetivo de recopilar datos acerca del estado de salud bucodental del participante (anexo 2).

Primero a los participantes se les dio información general sobre las actividades a realizar, posteriormente se les proporcionó un consentimiento válidamente informado, el cual debían firmar si aceptaban ser partícipes del estudio (anexo 3), subsecuentemente se aplicó la encuesta de manera personal y directa, entregándole al alumno un cuestionario, el cual debía de llenar con la información que se le solicitaba de la manera más veraz posible. Finalmente se procedió a realizar la revisión clínica extraoral e intraoral con ayuda de luz artificial y abatelenguas para poder asentar la información del estado de salud bucodental del participante.

La caries dental fue diagnosticada mediante la observación clínica de los órganos dentales, incluyendo al grupo de diente cariado a aquellas elementos

que contaban con caries grado 2, 3 y 4, las cuales podían ser visibles de un mejor modo y excluyendo a las pigmentaciones leves y descalcificaciones.⁽⁶⁾

Las alteraciones gingivales como la gingivitis, se consideraron presentes por la observación clínica, cuando la encía presentaba alteración de color, sangrado, supuración o acúmulo excesivo de cálculo dental¹⁰

Las alteraciones dentales, fueron consideradas presentes mediante la observación clínica, cuando se asemejaban a las descripciones específicas de cada una de ella¹⁴.

En el caso de las patologías o lesiones en tejidos blandos, se determinaron mediante la observación clínica, cuando estas tenían las características específicas del grupo al que estas pertenecían²¹, aquellas que tenían más de 15 días de evolución fueron remitidas a la DEPEl de la Facultad de Odontología UNAM para la realización de exámenes detallados.

Por otra parte las alteraciones de la ATM fueron diagnosticadas por métodos como la auscultación, observación y palpación ²².

Así mismo, métodos correctivos de alteraciones de la ATM, fueron incluidos mediante observación clínica si existían férulas o guardas presentes en boca del participante²³.

El apiñamiento dental anteroinferior, anterosuperior, posteroinferior y posterosuperior, se consideraron presentes por medio de la observación clínica, cuando los órganos dentales pertenecientes a cada sector tuvieron disminución en el espacio de la arcada para su correcto acomodo²⁴.

En relación a los métodos para corregir maloclusiones, se consideraron mediante la observación clínica, cuando el participante presentaba algún tipo de aparatología fija o removible como método correctivo, interceptivo o preventivo en boca al momento de la revisión²⁵.

TIPO DE ESTUDIO

Transversal

POBLACION DE ESTUDIO

Alumnos de la Facultad de Odontología de la UNAM

Nivel de confianza del 95%

MUESTRA

100 alumnos de la Facultad de Odontología UNAM, conformada por integrantes de los 5 años, 20 participantes por cada uno que se imparte en la facultad, de ambos géneros, 50 hombres y 50 mujeres, 10 de cada género por año, 5 del mismo por turno que posee la Facultad, de edades comprendidas entre 18 y 25 años.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Alumnos de la Facultad de Odontología de la UNAM, de ambos géneros, pertenecientes a los años 1°, 2°, 3°, 4° y 5° de la carrera.
- Alumnos pertenecientes a cualquiera de los dos turnos que imparte la Facultad de Odontología de la UNAM, matutino y vespertino.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Alumnos que no quisieran participar en el estudio.
- Alumnos que no estudiaran en la Facultad de Odontología de la UNAM
- Alumnos que cursaran materias en ambos turnos

VARIABLES DE ESTUDIO:

VARIABLES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN
Nombre	Nombre de cada alumno explorado.	Nominal
Genero	El género al que pertenecen (Masculino o Femenino)	Nominal
Edad	La cantidad de años cumplido al día de la entrevista	Razón
Año cursado	Cantidad de años cursados en la Facultad de Odontología.	Razón
Hábitos	Se enlistan los hábitos que presente cada alumno como fumar.	Nominal
Examen Intraoral	Si presenta o no alteración patológica.	Nominal
Atención en la Facultad de Odontología	Si ha recibido o no atención bucodental en la Facultad de Odontología.	Nominal
Motivos de atención bucodental en la Facultad de Odontología	Se enlistan los motivos por los cuales el alumno busca atención como dolor.	Nominal
Autopercepción del estado de salud	Si considera que tiene o no un buen estado de salud bucodental.	Nominal
Frecuencia de visita al dentista	Número de veces que visita el dentista	Razón

MÉTODO DE REGISTRO DE LA INFORMACIÓN:

La información recolectada se plasmó en formatos especiales, los cuales fueron capturados en una base de datos elaborada en hojas de cálculo de Microsoft Excel 2013.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Para comprobar la asociación entre el estado de salud bucodental con el año cursado por los alumnos de la Facultad de Odontología de los 5 años que imparte, y la asociación entre la autopercepción de la salud bucodental del alumno de la Facultad de Odontología, se utilizó un análisis de Chi cuadrado (X^2).

CONSIDERACIONES ÉTICAS

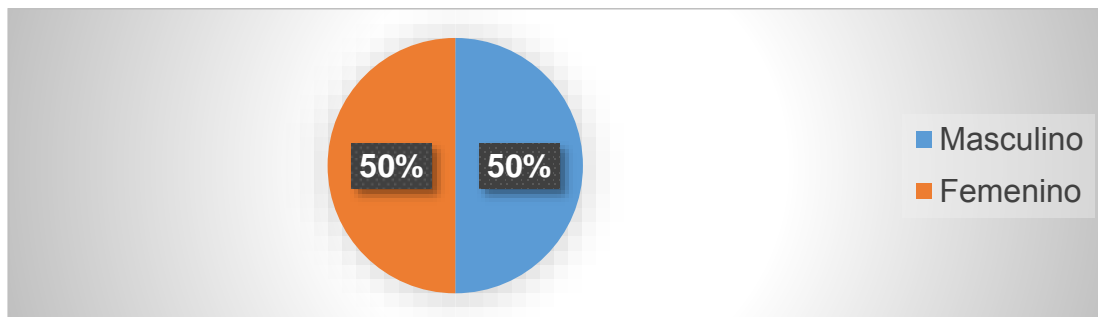
Teniendo como base el artículo 17 de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud²⁶, este estudio es clasificado dentro de las de riesgo mínimo, aun así se mostró un consentimiento válidamente informado (anexo 3), dando de esta forma a cada participante, la libertad de negarse a responder cualquier pregunta o abandonar el estudio en cualquier momento. Toda la información recolectada fue confidencial.

RECURSOS

Humanos	Materiales
Dos examinadores previamente estandarizados	Luz artificial 110 pares de guantes de látex desechables, 150 abatelenguas 20 cubre bocas 20 bolsas rojas para desechos 150 formatos de encuentras 10 bolígrafos 5 lápices

8. RESULTADOS

En el presente estudio participaron 100 alumnos de la Facultad de Odontología de la UNAM de 18 a 25 años de edad, el 50% correspondió al género masculino y otro 50% al femenino. La edad promedio fue de 20.3 años presentándose una edad mínima de 18 y una máxima de 25 (Gráfica 1).



Gráfica 1. Porcentaje Total de Alumnos por Género

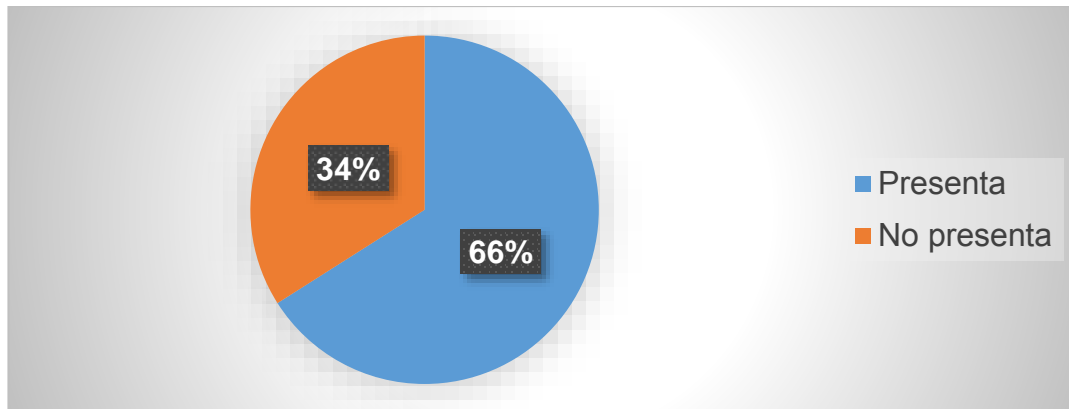
Para determinar si el estado de salud bucodental tenía relación con el año cursado por los alumnos de la facultad de odontología, se tomaron las alteraciones de salud bucodental con mayor incidencia en los alumnos, las cuales fueron, caries (Gráfica 2) y apiñamiento dental (Gráfica 15). No se observó diferencia estadística significativa en cuanto al estado de salud bucodental en relación al año cursado por los alumnos de la Facultad de Odontología ($X^2= 6.485$, $p= 0.883$). Tabla 1

Alteración	Año cursado en la facultad										Total	
	1		2		3		4		5		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Caries	14	70	16	80	12	60	16	80	8	40	66	66
Maloclusión	16	80	19	95	12	60	10	50	13	65	70	70
$X^2= 6.485$												
$p= 0.883$												

Tabla 1. Distribución de alteraciones bucodentales por año. Facultad de Odontología. 2015.

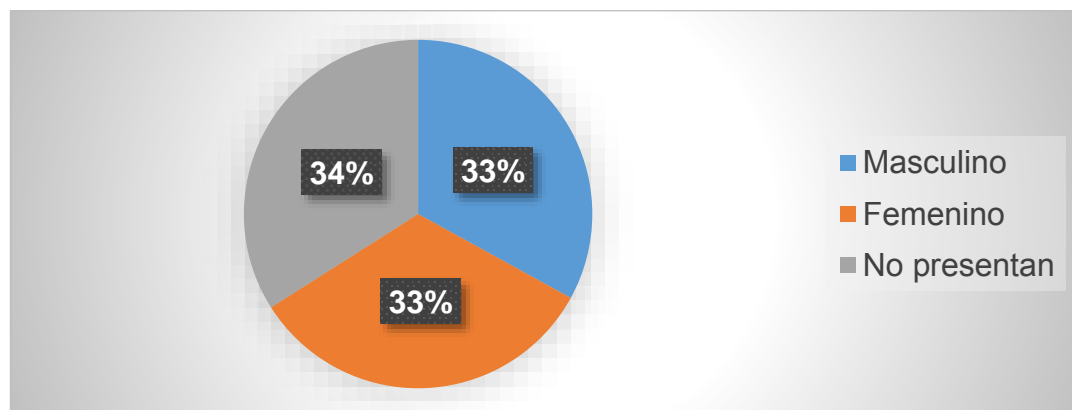
PREVALENCIA DE CARIES

Respecto a la prevalencia de caries, se determinó que esta fue del orden del 66% (Gráfica 2).



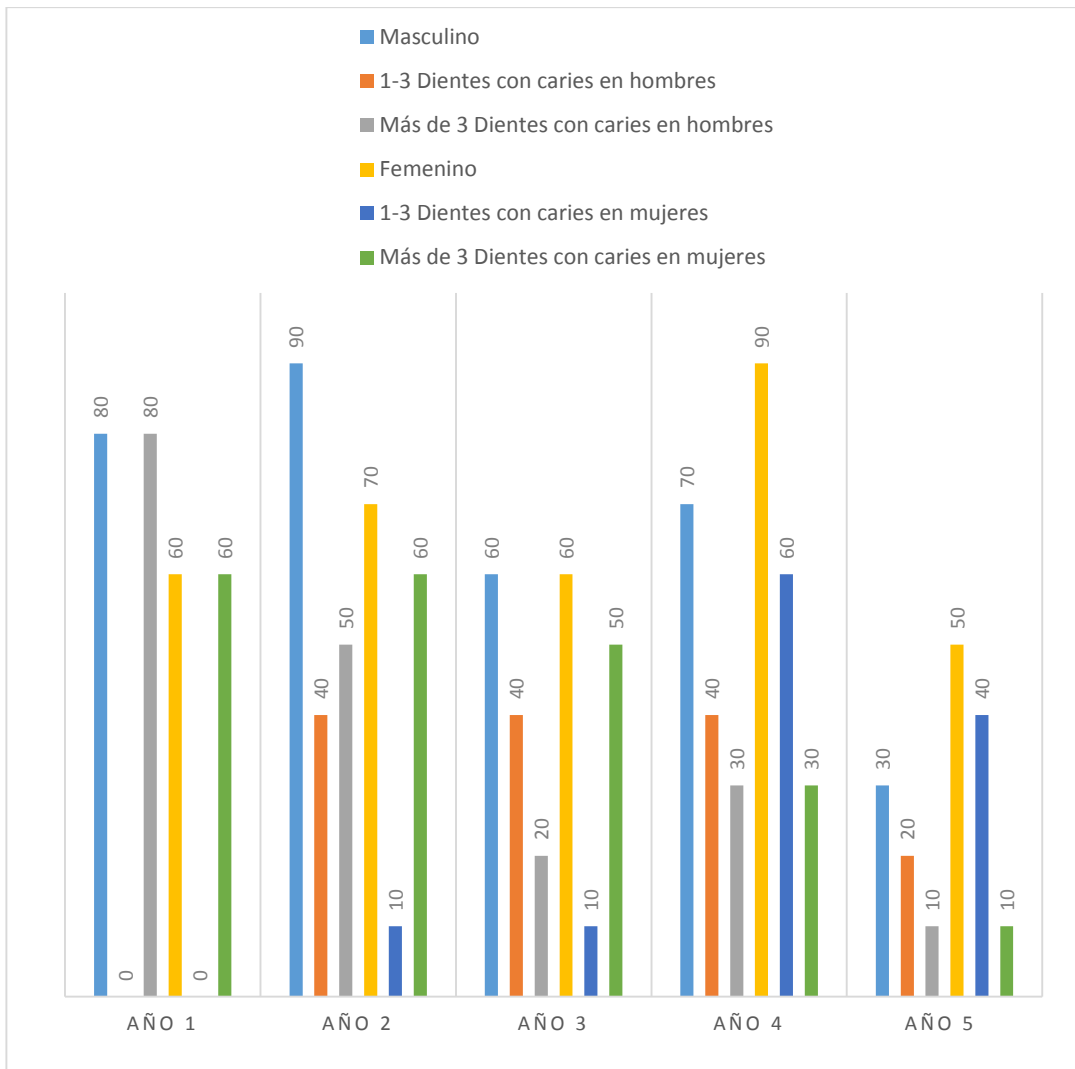
Gráfica 2. Prevalencia de caries.

Al llevar a cabo el análisis de frecuencia por género se observó que es igual el número de casos prevalentes en el género masculino que en el femenino, con un 33% de casos para cada uno (Gráfica 3).



Gráfica 3. Prevalencia de caries por género

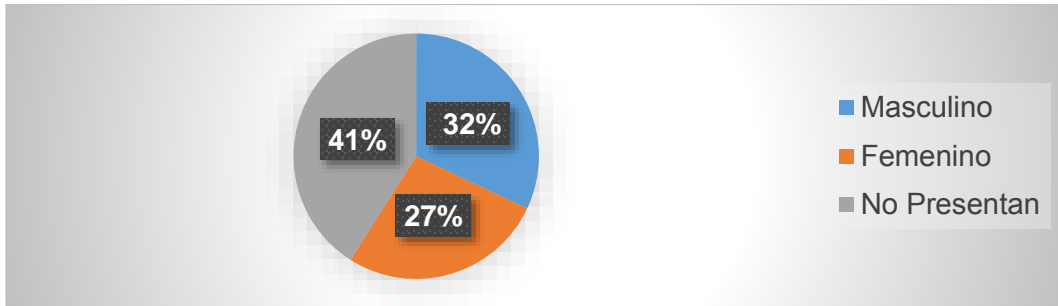
Ahora bien, al determinar cuál es el año de la carrera en el que se encuentran dichas alteraciones con mayor frecuencia, tenemos que la mayor proporción correspondió al segundo año 90% en hombres 70% en mujeres y el cuarto año 90% en hombres 70% en mujeres, seguido del segundo año 80% hombres 60% mujeres, tercer año 60% hombres 60% mujeres y finalmente al quinto año 30% hombres 50% mujeres (Gráfica 4).



Gráfica 4. Prevalencia de caries por año

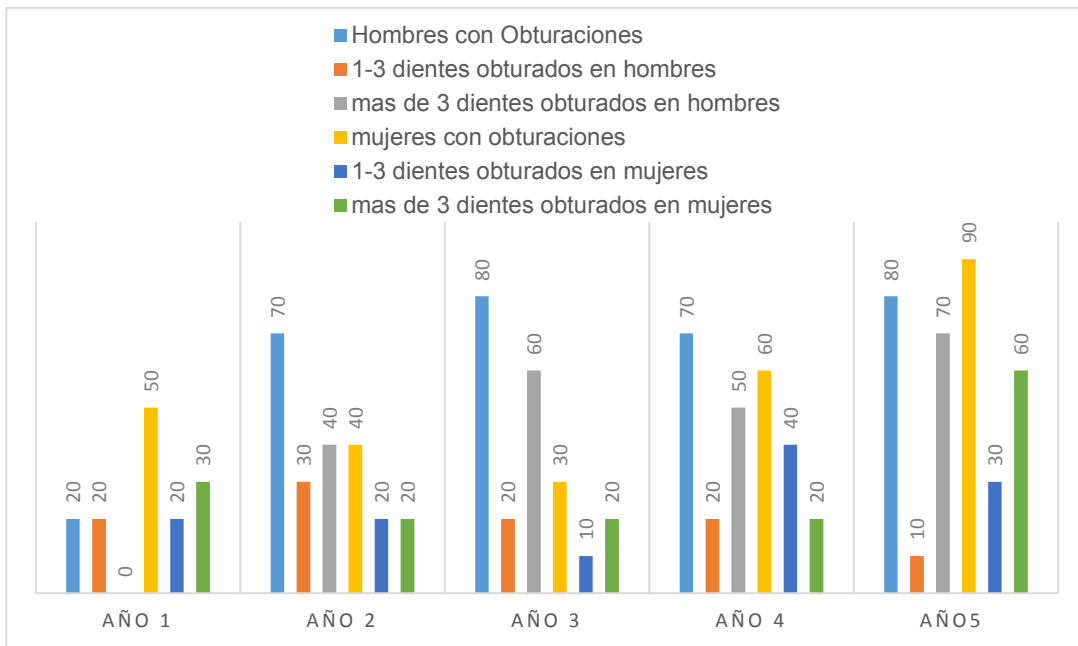
PREVALENCIA DE DIENTES OBTURADOS

En el tema de los órganos dentales obturados, se determinó que estos fueron del orden del 59% (Gráfica 5)



Gráfica 5. Prevalencia de Órganos Dentales Obturados

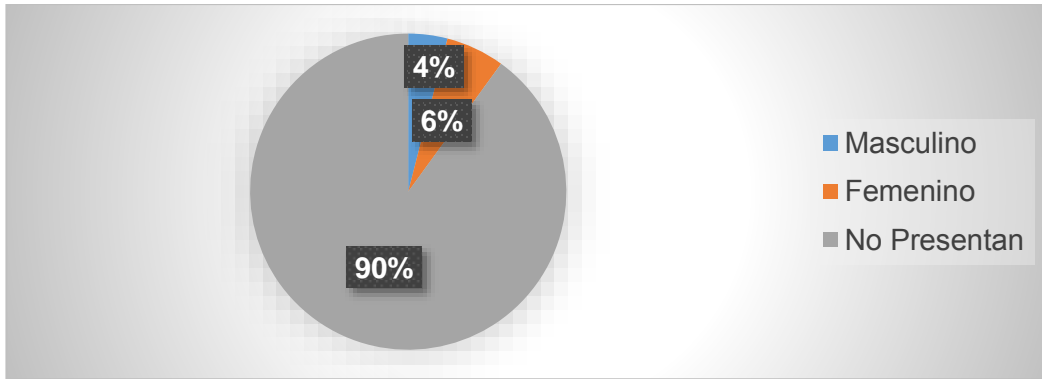
Al determinar cuál es el año en el cual se presentan con mayor frecuencia dientes obturados, tenemos al quinto año 80% hombres 90% mujeres, seguido del cuarto año 70% hombres 60% mujeres, tercero y segundo año, 80% hombres 30% mujeres y 70% hombres 40% mujeres respectivamente, finalizando con el primer año 20% hombres 50% mujeres (Gráfica 6).



Gráfica 6. Prevalencia de Órganos Dentales Obturados

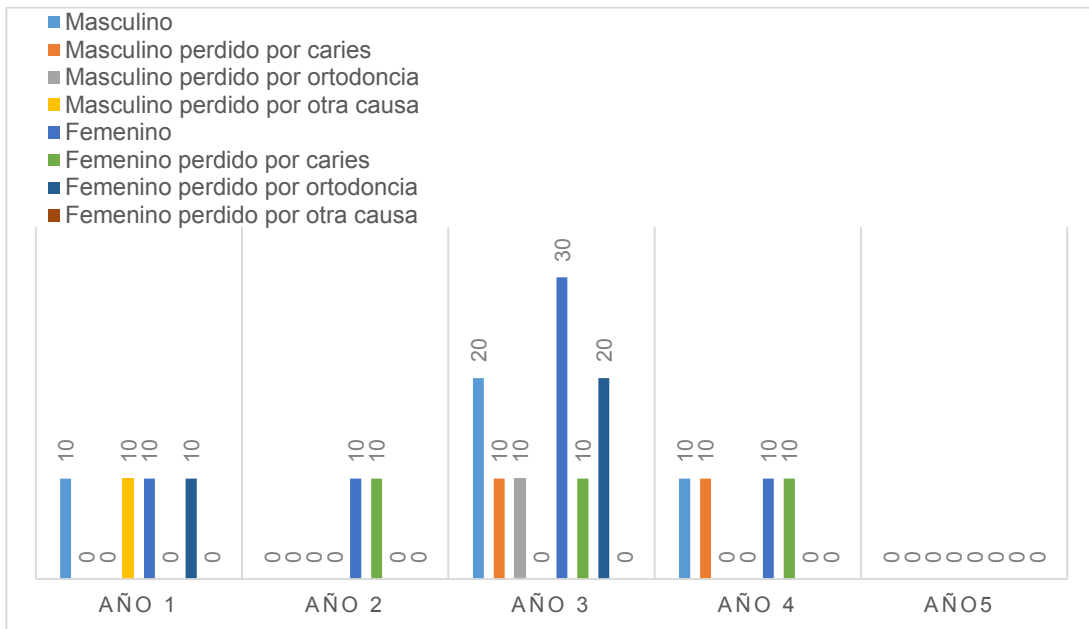
PREVALENCIA DE DIENTES PERDIDOS

Para las prevalencia de dientes perdidos, se determinó que estas fueron del orden del 10% (Gráfica 7).



Gráfica 7. Prevalencia de Pérdidas Dentales por Género

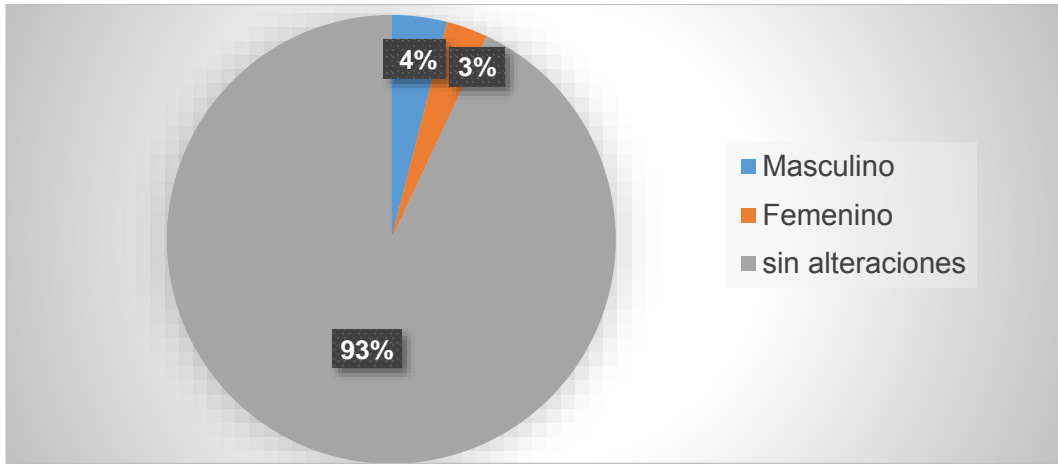
Se observó que el año que presenta mayor frecuencia en la pérdida de órganos dentarios está el tercer año 20% hombres 30% mujeres, el cuarto año 10% hombres 10% mujeres, primer año 10% hombres 10% mujeres y finalmente el segundo año 10% mujeres (Gráfica 8).



Gráfica 8. Prevalencia de Pérdidas Dentales

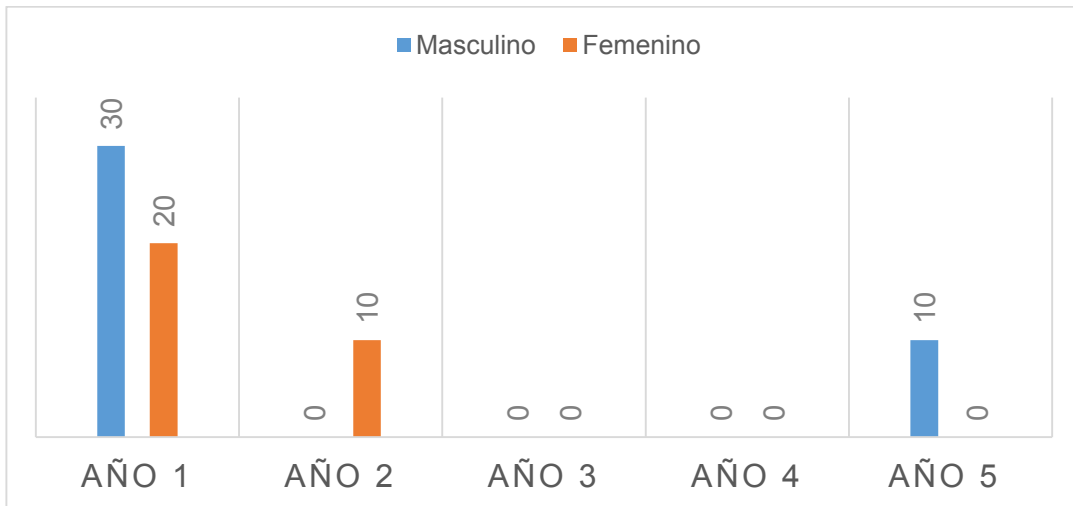
PREVALENCIA DE ALTERACIONES PERIODONTALES

Los resultado relacionados a las alteraciones periodontales, se determinó que estas fueron del orden del 7% (Gráfica 9).



Gráfica 9. Prevalencia de alteraciones Periodontales por Género

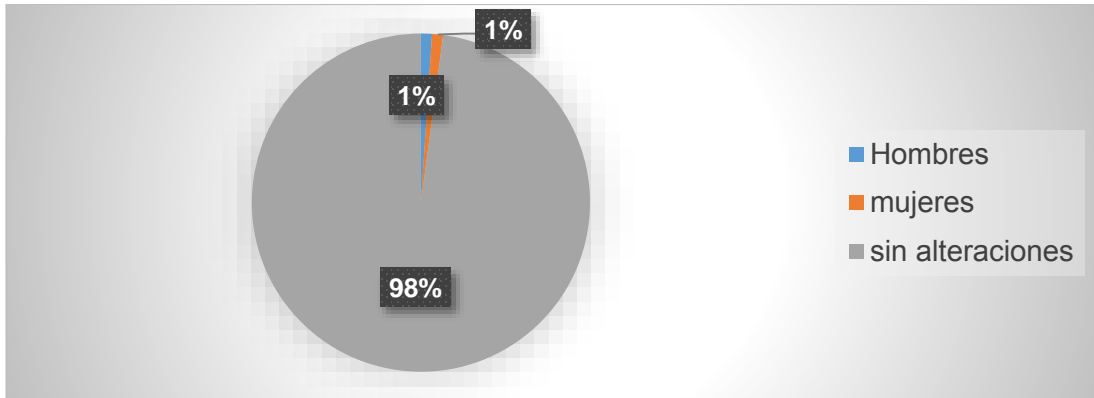
Ahora bien, al determinar cuál es el año de la carrera el que se encuentran dichas alteraciones con mayor frecuencia, la mayor proporción correspondió al primer año 30% en hombres y 20% en mujeres, seguido por el segundo año 10% en mujeres y quinto año 10% en hombres (Gráfica 10).



Gráfica 10. Prevalencia de Alteraciones Periodontales por Año Escolar.

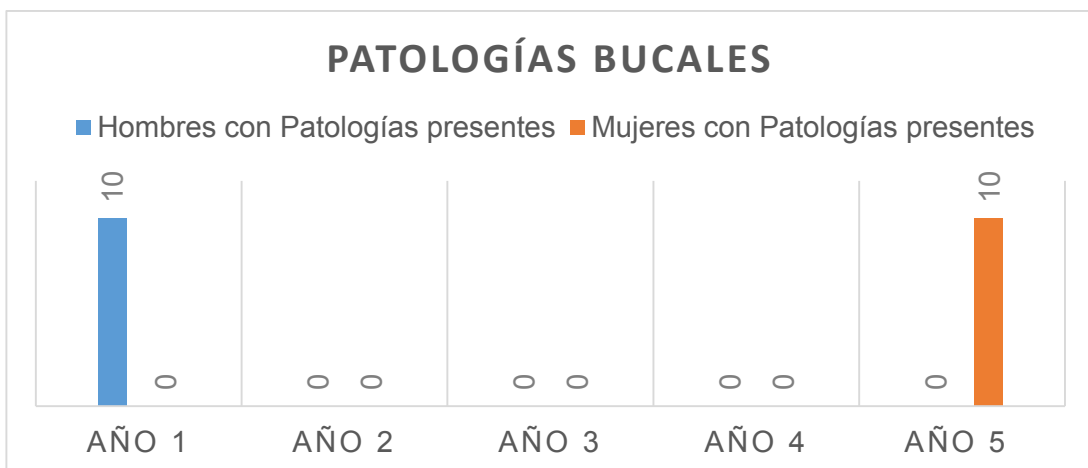
PREVALENCIA DE PATOLOGÍAS BUCALES

En el tema de patologías bucales, se determinó que estas fueron del orden del 2% (Gráfica 11)



Gráfica 11. Prevalencia de Patologías Bucles por Género

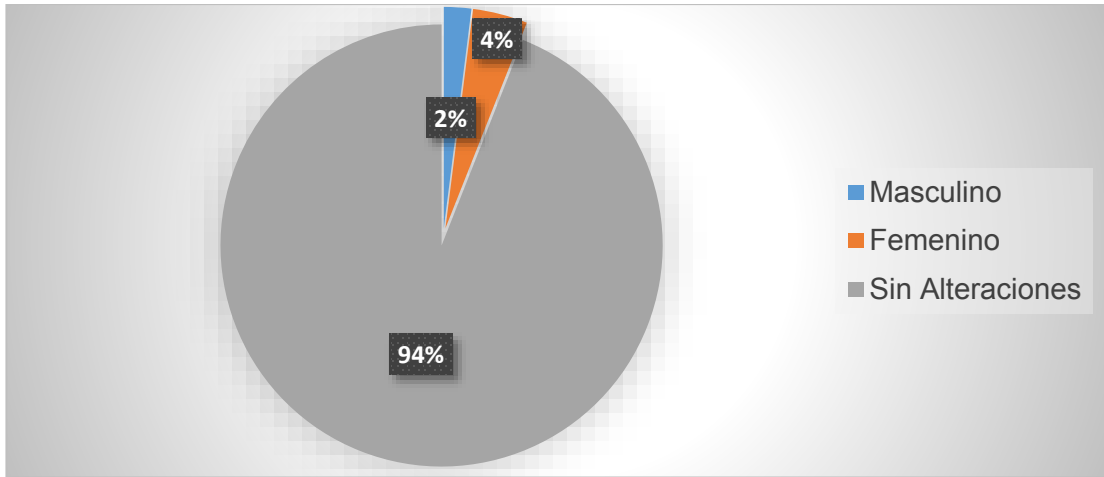
En la determinación del año en el cual se presentan con mayor frecuencia, se tiene al primer año 1% en hombres y al quinto año 1% en mujeres (Gráfica 12). En ambos casos las patologías fueron maculas, de las cuales se indagó a fondo sobre su historia y evolución de las mismas, además se les extendió una invitación a los alumnos para acudir a la DEPel de la Facultad de Odontología para una exhaustiva evaluación de sus casos.



Gráfica 12. Prevalencia de Patologías Bucles por Año Escolar

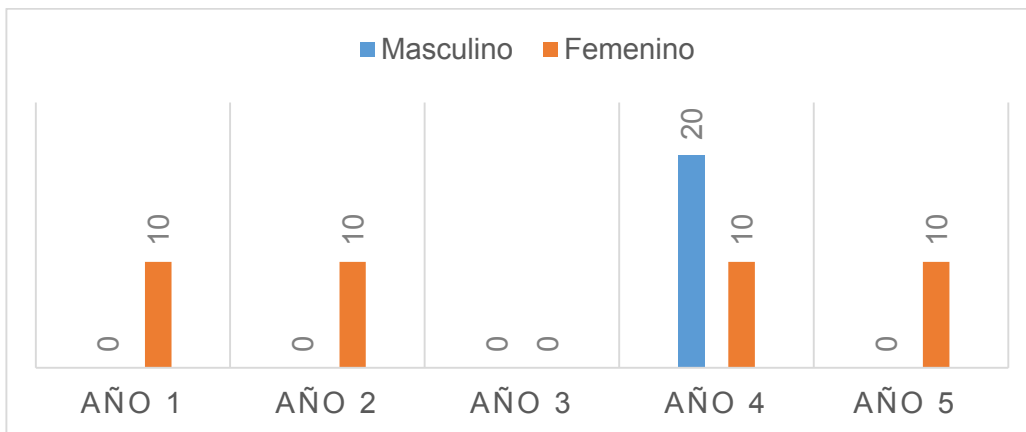
PREVALENCIA DE ALTERACIONES DENTALES

Para las alteraciones dentales, se determinó que estas fueron del orden del 6% (Gráfica 13).



Gráfica 13. Prevalencia de Alteraciones Dentales por Género

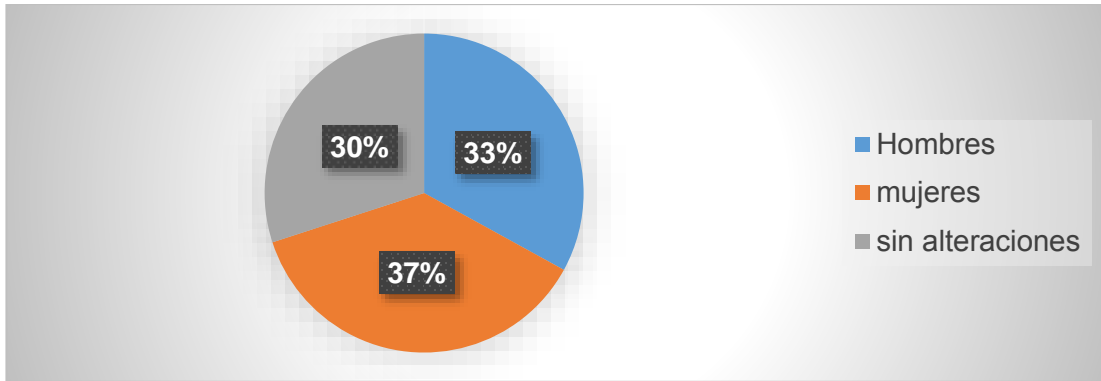
Se detectó que el año en el que se encuentra un mayor número de alteraciones dentales es el cuarto año 20% en hombres y 10% en mujeres, seguido del primer, segundo y quinto año 10% para los tres años en mujeres (Gráfica 14). En estos casos la anomalía dental con mayor frecuencia fueron las de forma 83.4% seguidas de las de numero 16.6%.



Gráfica 14. Prevalencia de Alteraciones Dentales por Año Escolar

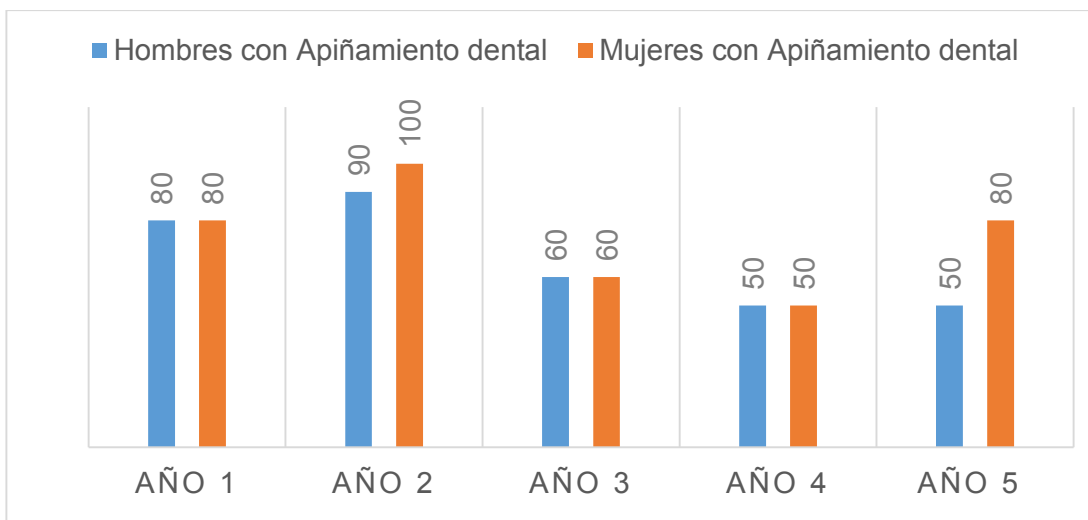
PREVALENCIA DE APIÑAMIENTO DENTAL

Respecto a la prevalencia del apiñamiento dental, se determinó que esta fue del orden del 70% (Gráfica 15)



Gráfica 15. Prevalencia de Apiñamiento Dental por Género

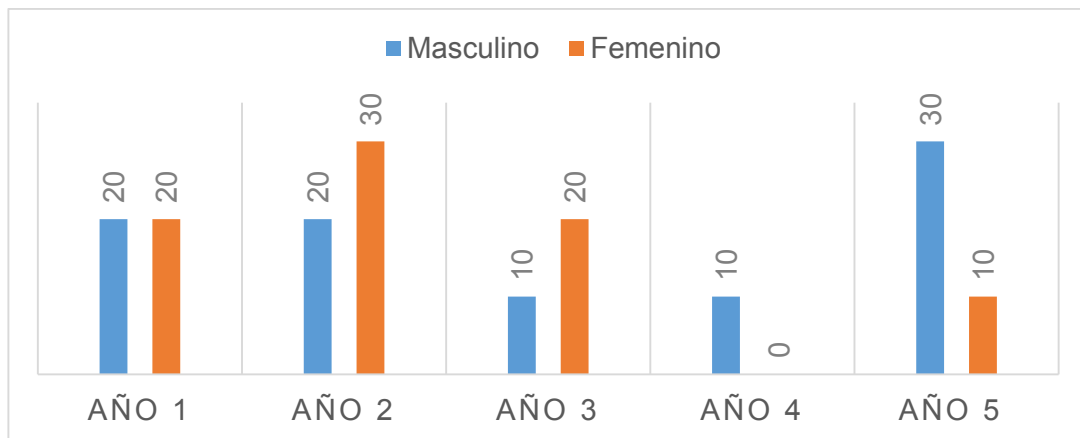
Respecto a la detección del año con mayor frecuencia de apiñamiento dental, se encuentra al segundo año 90% hombres y 100% mujeres, seguido del segundo año 80% hombres y 8% mujeres, quinto año 50% hombres y 80% mujeres, tercer año 60% para ambos géneros y finalmente al cuarto año con 50% para ambos géneros (Gráfica 16).



Gráfica 16. Prevalencia de Apiñamiento Dental por Año Escolar

PRESENCIA DE APARATOLOGÍA ORTODÓNTICA EN BOCA

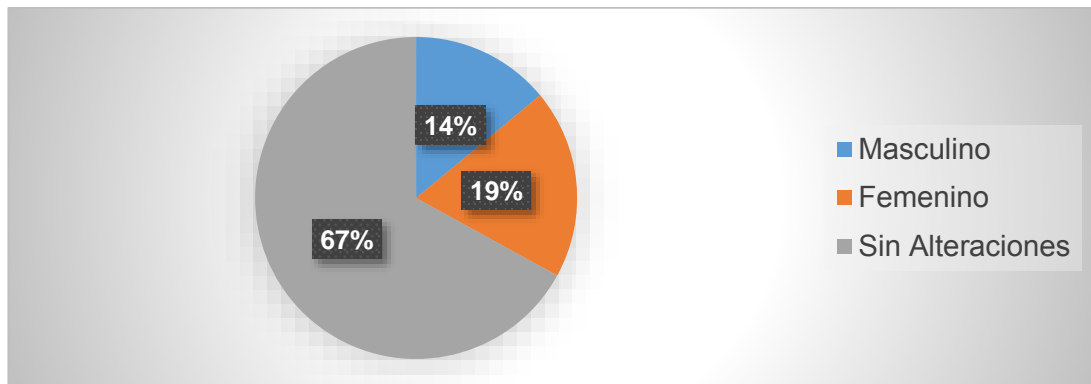
Respecto al año escolar que presenta un mayor número de alumnos con aparatología ortodóntica en boca para corregir maloclusiones tenemos al primer año 20% para ambos géneros, quinto año 30% hombres y 10% mujeres, segundo año 2% hombres y 30% mujeres, tercer año 10% hombres y 20% mujeres, finalmente tenemos al cuarto año 10% hombres (Gráfica 17).



Gráfica 17. Presencia de Aparatología Ortodóntica en Boca por Año Escolar y Género

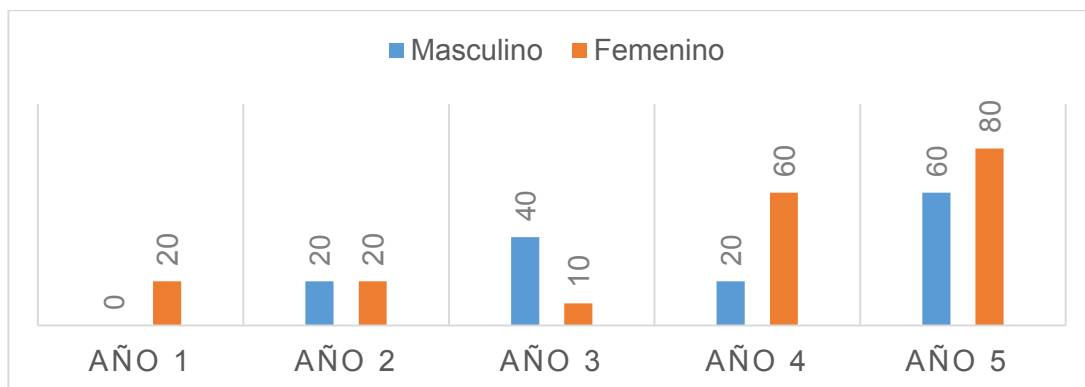
PREVALENCIA DE ALTERACIONES DE LA ARTICULACIÓN TEMPORO MANDIBULAR

Respecto a la prevalencia de alteraciones en la articulación temporomandibular, se determinó que esta fue del orden del 33% (Gráfica 18).



Gráfica 18. Prevalencia de Alteraciones de la Articulación Temporo Mandibular por Género

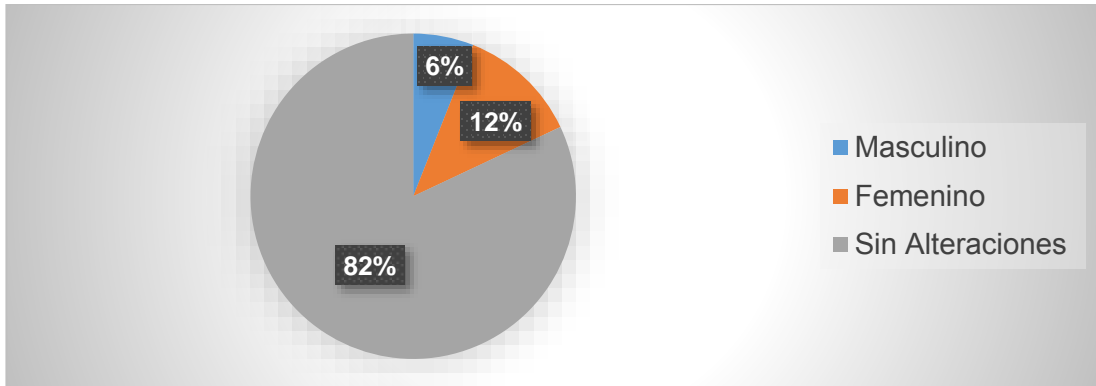
Se detectó que el año escolar con mayor prevalencia de alteraciones de la articulación temporomandibular fue el quinto año 60% hombre 80% mujeres, seguido del cuarto año 20% hombres 40% mujeres, tercer año 40% hombres 10% mujeres, segundo año 2% hombres 20% mujeres y finalmente el primer año 20% mujeres (Gráfica 19).



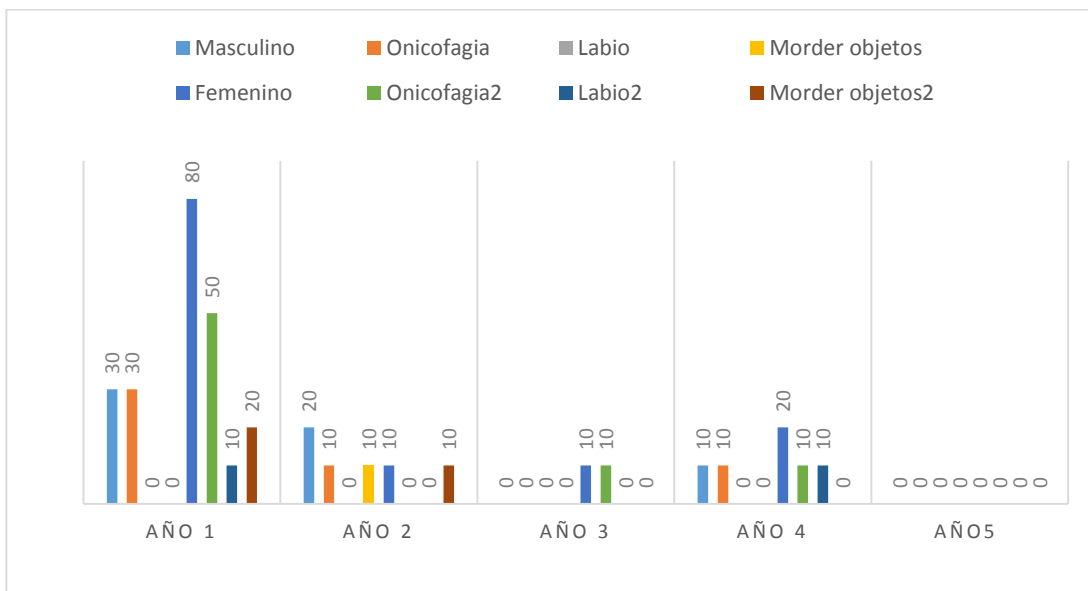
Gráfica 19. Prevalencia de Alteraciones de la Articulación Temporomandibular por Año Escolar

HÁBITOS BUCALES NOCIVOS DE MAYOR PREVALENCIA

Correspondiente a los hábitos bucales nocivos de mayor prevalencia, se determinó que estas fueron del orden del 18% (Gráfica 20).



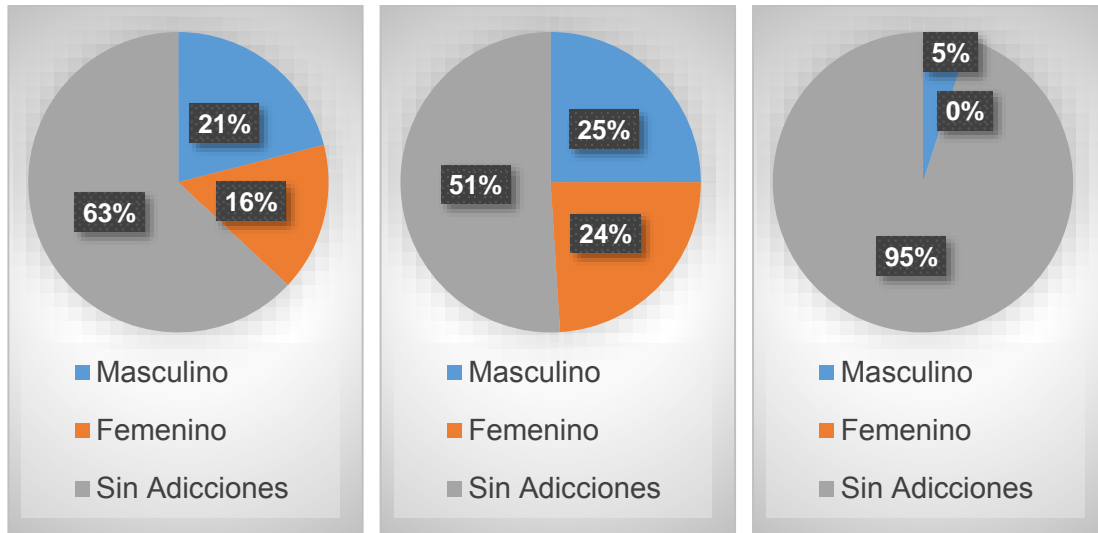
En relación a determinar el año escolar con mayor incidencia de hábitos bucales nocivos observamos al primer año 30% hombres 80% mujeres, seguido del segundo año 20% hombres 10% mujeres, cuarto año 10% hombres 20% mujeres y el tercer año 10% mujeres, teniendo a la onicofagia como el hábito bucal nocivo con mayor prevalencia en los alumnos para ambos géneros (Gráfica 21).



Gráfica 21. Prevalencia de Hábitos Bucales Nocivos por Año Escolar

FACTORES DE RIESGO DE MAYOR PREVALENCIA

Respecto a la prevalencia de hábitos nocivos, se determinó que esta fue del orden del 37% para el consumo de tabaco (Gráfica 22), 29% para la ingesta de bebidas alcohólicas (Gráfica 23) y 5% para el consumo de otras drogas (gráfica 24).



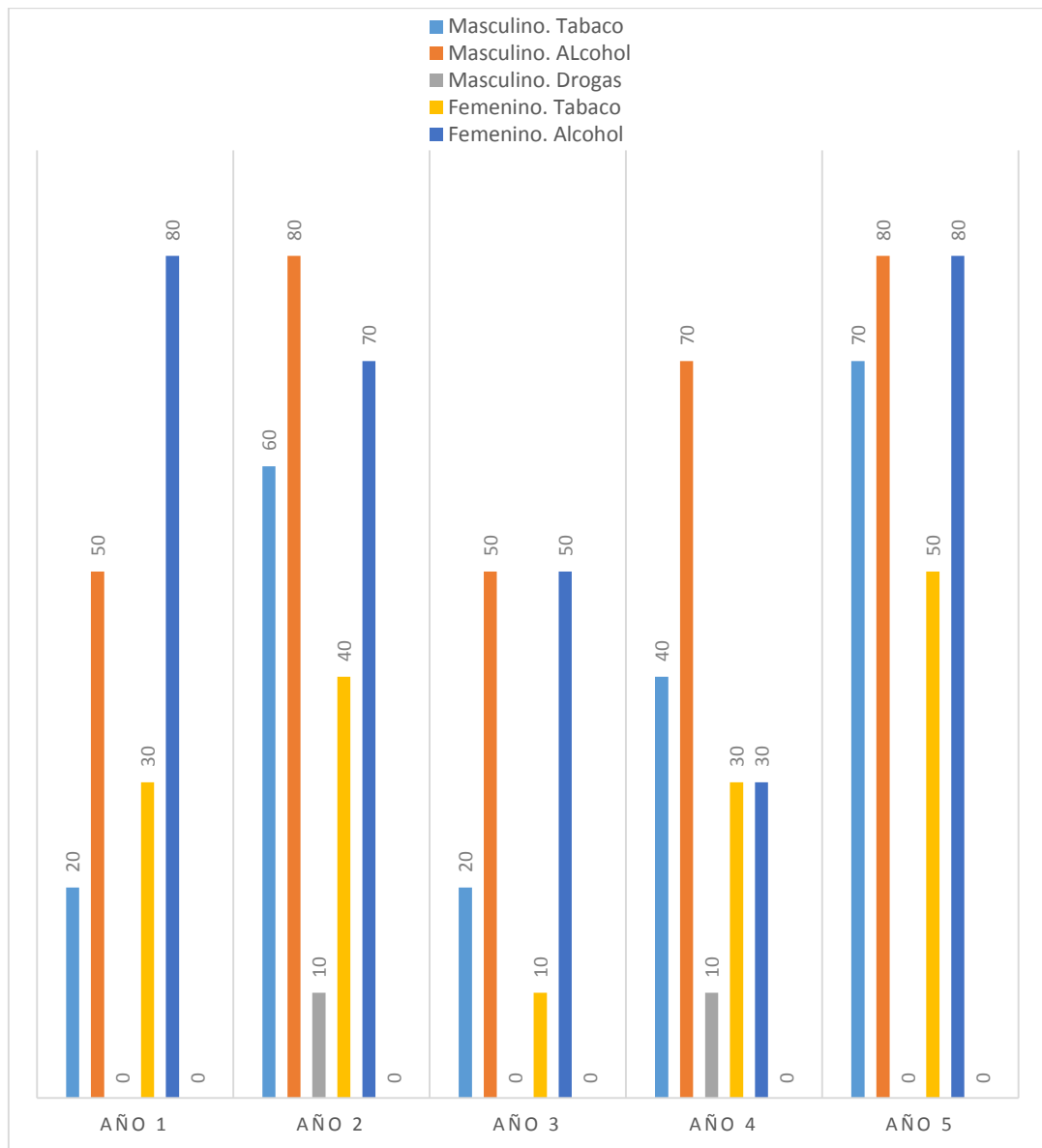
Gráfica 22.
Prevalencia de
Consumo de Tabaco
por Género

Gráfica 23.
Prevalencia de
Consumo de Alcohol
por Género

Gráfica 24.
Prevalencia de
Consumo de Drogas
por Género

Se detectó que el año con mayor prevalencia de hábitos nocivos observamos al quinto año 80% hombres 80% mujeres, seguido del segundo año 80% hombres 70% mujeres, primer año 50% hombres 80% mujeres, cuarto año 70% hombres 30% mujeres y finalmente al tercer año 50% para ambos géneros (Gráfica 25). Para todos los grupos el principal hábito nocivo es el consumo de alcohol, seguido por el tabaco y finalmente el uso de otro tipo de drogas.

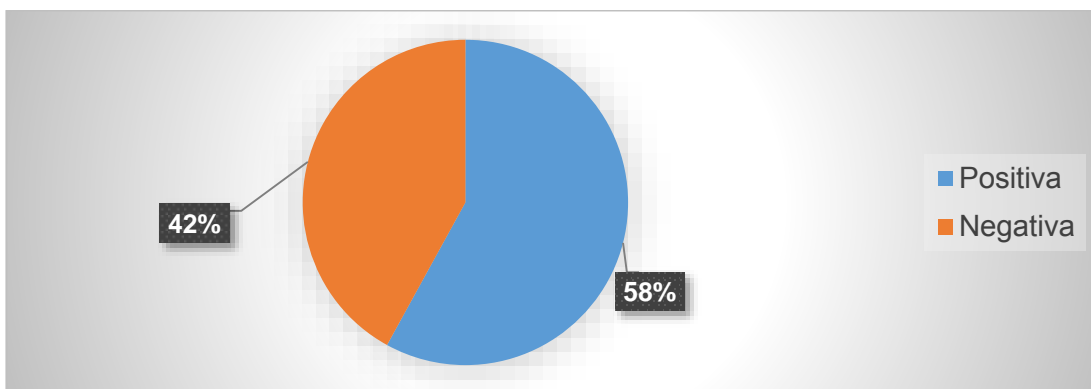
Cabe mencionar que un mismo alumno fue susceptible a presentar más de un hábito nocivo: del total de la muestra de estudio (100 Alumnos), 37 alumnos se encontraron en esta situación, es decir, del 100% constituyeron un 37%.



Gráfica 25. Prevalencia de Hábitos Nocivos por Año, Género y Tipo

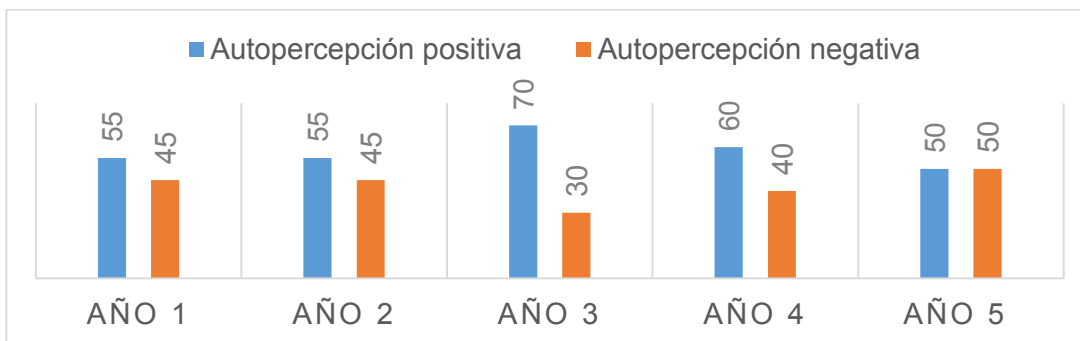
AUTOPERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD BUCODENTAL

Correspondiente a la autopercepción de la salud bucodental, se determinaron que estas fueron del orden del 58% para la positiva y 42% para la negativa. (Gráfica 26).



Gráfica 26. Porcentaje de autopercepción de la Salud Bucodental

Se detectó que el año con mayor autopercepción positiva de salud bucodental es el tercer año 70% seguido del cuarto año 60% primero y segundo año 55% para ambos y el quinto año con 50% (Gráfica 27)



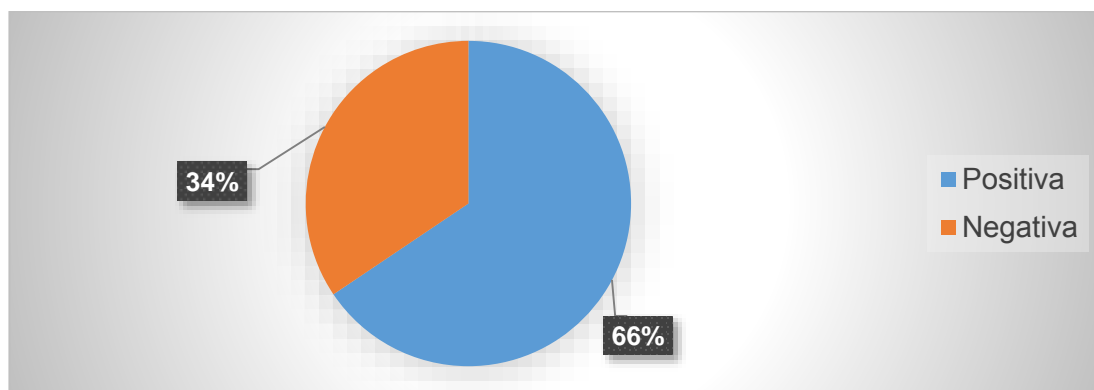
Gráfica 27. Porcentaje de Autopercepción Positiva y Negativa por Año Cursado

En la determinación de la relación entre la autopercepción del estado de salud bucodental con el año cursado por los alumnos de la facultad de odontología. No se observó diferencia estadística significativa en cuanto a la percepción del estado de salud bucodental en relación al año cursado por los alumnos de la Facultad de Odontología ($X^2= 1.888$, $p= 0.993$).Tabla 2

Percepción	Año cursado en la facultad										Total	
	1		2		3		4		5		n	%
Positiva	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
	Negativa	11	55	11	55	14	70	12	60	10	50	58
Negativa	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
	9	45	9	45	6	30	8	40	10	50	42	42
$X^2= 1.888$ $p= 0.993$												

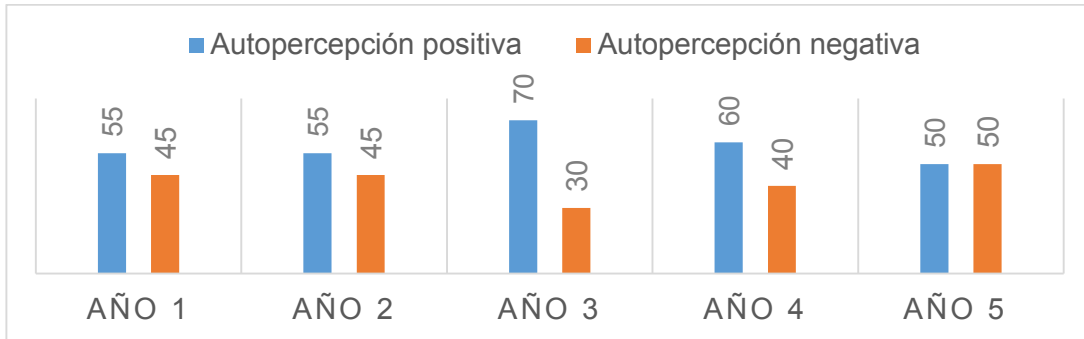
Tabla 2. Distribución de la autopercepción de la salud bucodental por año. Facultad de Odontología. 2015.

En relación al estado de salud bucodental real de los alumnos de la FO, se determinaron que estas fueron del orden del 66% para la positiva y 34% para la negativa. (Gráfica 28).



Gráfica 28. Porcentaje del Estado Real de Salud Bucodental en los Alumnos de la Facultad de Odontología

Se detectó que el año con mejor estado real de salud bucodental es el primer año 90% seguido del tercer año 85% cuarto año 80% quinto año 75% y finalmente el segundo año 70% (Gráfica 29)



Gráfica 29. Porcentaje del Estado Real de Salud Bucodental en los Alumnos de la Facultad de Odontología por Año Cursado

En la determinación de la relación entre el estado real de salud bucodental con el año cursado por los alumnos de la facultad de odontología. No se observó diferencia estadística significativa en cuanto al estado real de salud bucodental en relación al año cursado por los alumnos de la Facultad de Odontología ($X^2= 3.125$, $p= 0.959$).Tabla 3

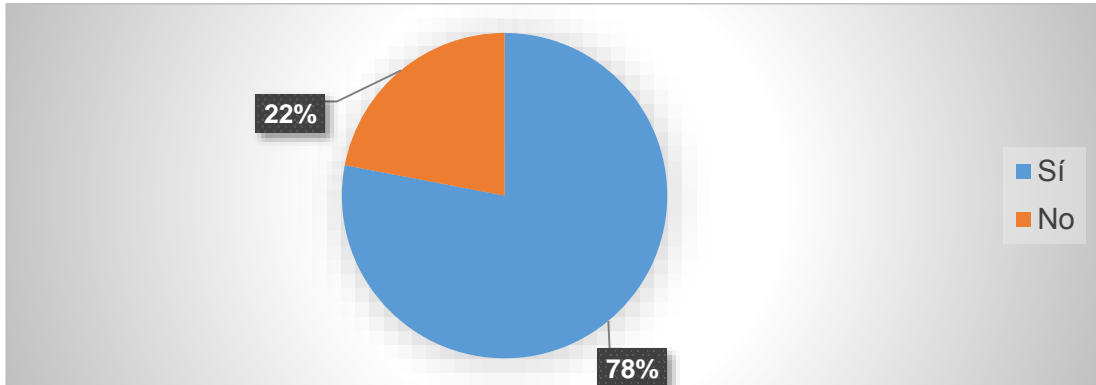
Estado real de salud bucodental	Año cursado en la facultad										Total	
	1		2		3		4		5			
Positivo	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
		18	90	14	70	17	85	16	80	15	75	80
Negativo	n	%	N	%	N	%	N	%	N	%	n	%
	2	10	6	30	3	15	4	20	5	25	20	20
$X^2=$ $p= 0.959$												

Tabla 3. Distribución del estado real de la salud bucodental por año. Facultad de Odontología. 2015.

Cabe mencionar que un mismo alumno pudo responder que percibía un buen estado de salud bucodental, aunque en el examen clínico presentare alguna alteración, esto a su vez podía darse a la inversa. Esto con el fin de comparar si existía evolución en su autoconocimiento, es decir que si el alumno respondía que contaba un buen estado de salud bucodental y el examen clínico lo confirmaba nos llevaba a la conclusión de que su percepción era correcta, lo mismo sucede en el caso contrario, si el alumno contestaba no contar con un buen estado de salud bucodental y se confirmaba con el examen clínico, teníamos como resultado una buena autopercepción por parte del alumno.

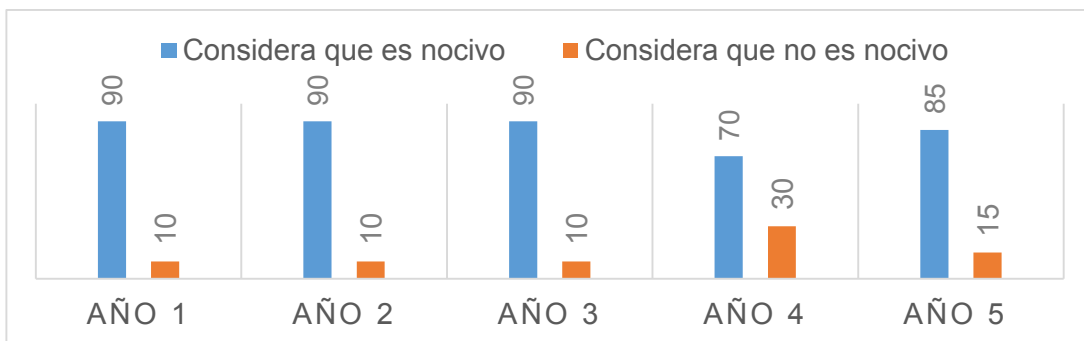
PERCEPCIÓN SOBRE NOCIVIDAD DE ADICCIONES

Respecto a la percepción de si el alcohol, el tabaco o las drogas tenían repercusión en la salud bucodental, se determinó que esta fue del orden del 78% afirmando que tenían repercusión y de un 22% que aseguraban que no tenían repercusión (Gráfica 26).



Gráfica 26. Percepción de Nocividad de Adicciones

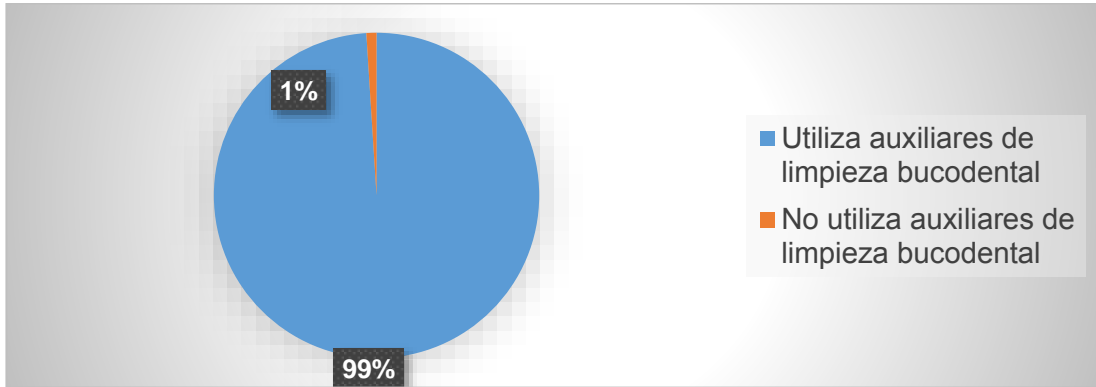
Se detectó que el año con mejor percepción sobre nocividad son el primer, segundo y tercer año 90% de respuesta afirmativa de asociación nociva entre adicciones y salud bucodental, seguido del quinto año cuarto año 85% y el cuarto año 70% (Gráfica 27)



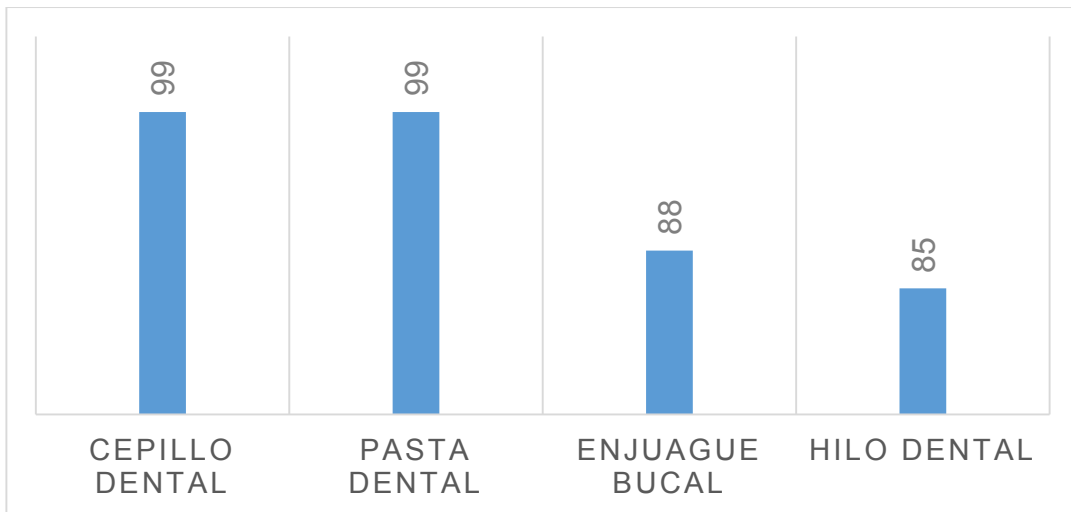
Gráfica 27. Percepción de Nocividad de Adicciones por Año

USO DE AUXILIARES DE LIMPIEZA BUCODENTAL

Respecto al uso de auxiliares de limpieza bucodental por alumnos de la FO, se determinó que esta fue del orden del 99% para el uso de los mismos por parte de los mencionados contra un 1% que no los utiliza (Gráfica 28).



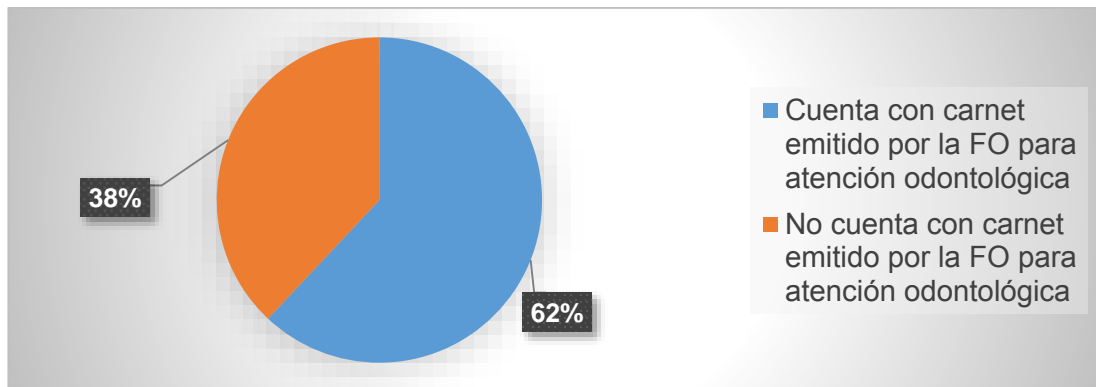
Respecto al auxiliar de limpieza bucodental se tiene al cepillo y pasta dental como el más empleado 99%, seguido del enjuague dental 88% y el hilo dental 85% (Gráfica 29)



Gráfica 29. Auxiliares de Limpieza Bucodental Empleados por Alumnos de la Facultad de Odontología

CARNET PARA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA EMITIDO POR LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

En el caso del número de alumnos de la Facultad de Odontología que cuentan con carnet para atención odontológica en la institución misma, se determinó que fue del orden del 62% para los alumnos que poseen dicho documento y un 38% que no cuenta con él (Gráfica 30).

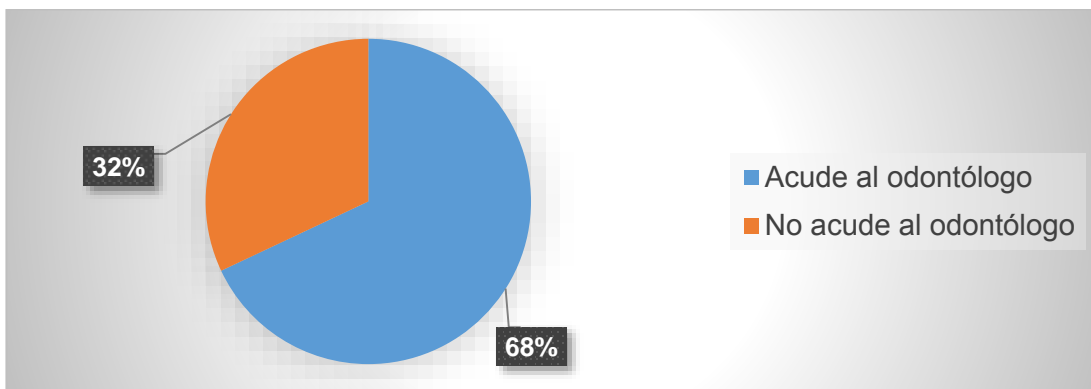


Gráfica 30. Porcentaje de Alumnos que Cuentan con Carnet Emitido por la Facultad de Odontología para Acceder a Atención Odontológica

Entre las principales motivos por los cuales los alumnos tramitan su carnet en la FO está la atención odontológica económica, proporcionar ayuda a compañeros de carrera y finalmente porque este les fue solicitado por algún profesor. Por otro lado los motivos por los cuales no tramitan el carnet se encuentra la falta de tiempo, información sobre los beneficios que pueden obtener al tramitarlo o como solicitarlo y por el hecho de que tienen acceso a una consulta odontológica particular o en alguna dependencia gubernamental del sector salud.

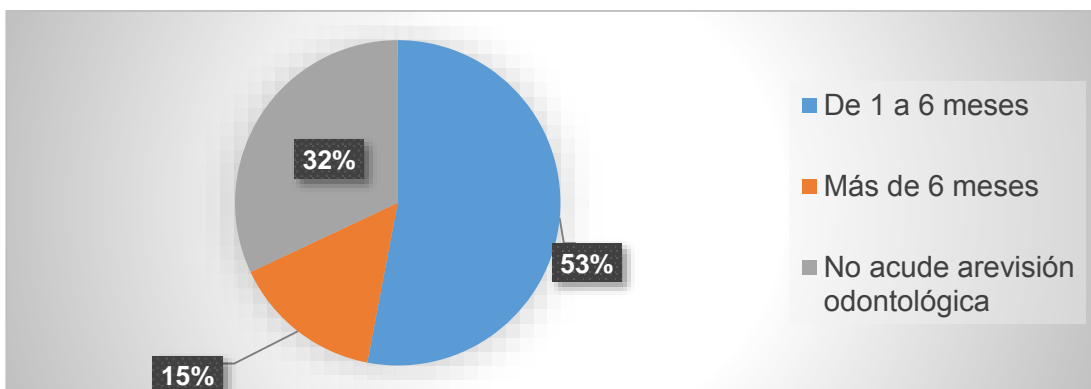
VISITA AL ODONTÓLOGO

Respecto a la visita al odontólogo por parte de los alumnos de la FO, se determinó que esta fue del orden del 68% para el alumnos que lo visitan frecuentemente contra un 32% que no la frecuenta (Gráfica 31).



Gráfica 31. Porcentaje de Alumnos que Frecuentan al Odontólogo

Se detectó que la frecuencia con la que los alumnos acuden a revisión odontológica es de un 53% para las visitas contempladas entre uno a seis meses, 15% para aquellas que se realizan en periodos mayores a seis meses y 32% para la no atención (Gráfica 31).



Gráfica 31. Frecuencia de Visita al Odontólogo

9. DISCUSIÓN

Instituciones como a OMS y la FDI propusieron como objetivo para el inicio de la siguiente década, lograr que en menores de 12 años la prevalencia de caries dental sea como máximo tres dientes^{27, 28}. En el caso de los alumnos de la Facultad de Odontología encontramos que la caries dental es la segunda alteración de salud bucodental, solo detrás de las maloclusiones, con mayor prevalencia en los estudiantes de la carrera con un 66%, de los cuales el número de órganos dentales cariados predomina el grupo que oscila entre una a tres piezas con la enfermedad.

Respecto a la evolución del estado de salud de los estudiantes relacionado a la caries, existe una tendencia a la disminución de la caries dental y aumento del número de restauraciones en boca mientras más años cursa el alumno en la facultad.

Las alteraciones de la Articulación Temporo mandibular tienen una tendencia ascendente en los alumnos, en relación a un su avance en años cursados, teniendo al quinto año de la carrera con el mayor número de casos presentes donde los chasquidos articulares son los más prevalentes, con esto se puede ver que los datos coinciden con los estudios de Agerberg²⁹, donde menciona que el principal grupo con las alteraciones es el comprendido entre los 20 a 40 años de edad, en los cuales las principales alteraciones son los chasquidos y dolor articulares. Cabe mencionar que no se determinó la etiología de estas alteraciones en los alumnos de la Facultad de Odontología.

En el caso particular de las enfermedades periodontales y tomando en cuenta los reportes de Cortés³⁰ y Cavaillon³¹ quienes observaron en estudiantes de odontología una buena calidad, frecuencia y duración del cepillado dental como consecuencia de los conocimientos obtenidos durante su entrenamiento profesional, se esperaba encontrar resultados visibles reflejados en la salud

del periodonto, los cuales fueron confirmado al obtener solamente un 7% de prevalencia de periodontopatías, en comparación a estudios que señalan que un 90% de la población tiene alguna fase presente de la enfermedad periodontal en boca³².

El tema de las maloclusiones es un punto muy importante a tratar, debido a que resulto ser la alteración bucodental en tener el primer lugar de incidencia en los alumnos con un 70% de prevalencia. Estas en general, se encuentran en todos los años por arriba del 50% en la población estudiada, con una ligera tendencia a disminuir su prevalencia en los últimos años de la carrera. Sin embargo el uso de aparatología ortodóntica para corregir las maloclusiones no supera la media del 30% por año cursado en la Facultad.

Respecto a las alteraciones dentales y de la mucosa oral, estas se encuentran en porcentajes relativamente muy bajos, esto debido a que México se encuentra entre los países con una de las tasas más baja de incidencias de lesiones en boca³³. Sin embargo es motivo de mención las medidas preventivas que los alumnos toman para la vigilancia de estas.

En el caso de la percepción de nocividad de los factores de riesgo a los cuales estás presentes los alumnos de la facultad de odontología, un gran porcentaje considera que el uso de sustancias como alcohol, tabaco o drogas es dañino para la salud bucodental, a pesar de esto el consumo de estas por parte de los alumnos es frecuente y tiene una tendencia a ascender con el paso de los años en la facultad.

Hablando del tema de la evolución de la autopercepción, se obtuvieron resultados que reflejan una evolución hacia un conocimiento más realista del estado de salud bucodental del mismo a un mayor número de años cursados en la carrera, pudiendo ser este positivo o negativo pero finalmente más

preciso, sin embargo a pesar de esto, el alumno no toma las medidas preventivas necesarias para poder resolver los problemas que alteran su estado de salud, esto es de esperarse, puesto que un 32% de los alumnos no toman en cuenta las recomendaciones de los especialistas en el cuidado y mantenimiento de la salud bucodental respecto a acudir a una consulta odontológica periódica. Esto asemeja a los resultados hallados en estudios realizados por la Facultad de Salud Pública y Nutrición de la Universidad Autónoma de Nuevo León sobre Higiene Oral en alumnos de Odontología reportado en la Revista de Salud Pública y Nutrición³⁴.

10. CONCLUSIONES

El objetivo de la elaboración de estudios sobre prevalencia de enfermedades y hábitos nocivos que afectan el estado de salud bucodental de un grupo han servido como herramientas para observar cual es el camino que estamos tomando en materia de salud. El monitoreo constante permite tener datos reales que puedan orientar a las diversas instancias encargadas de velar por la salud de la población en general. Por lo tanto es importante tener presente que el ser estudiante de odontología o ser integrante del gremio odontológico no nos exenta de ser susceptibles a padecimientos o hábitos que puedan alterar la salud bucodental.

Si bien no estamos exentos, deberíamos al menos tener un mejor estándar de salud entre estudiantes y profesores de la Facultad de Odontología, pues debido al entorno en el que nos desenvolvemos día a día, se pone a nuestro alcance un mayor número de herramientas para mantener un buen estado de salud en comparación con otros sectores de la población, lo cual implicaría tener mayor cultura de la prevención, el cual debería de aumentar gradualmente con el paso de los años.

Por esto es necesario que en la Facultad de Odontología de la UNAM se desarrollen programas para procurar que los alumnos puedan tener un excelente estado de salud bucodental, mejorar su percepción de este y finalmente, encaminarlos a que su conocimiento adquirido sea aplicado no solo con sus pacientes, sino a ellos mismos, ya que el odontólogo en formación debe enseñar con el ejemplo a la población con la cual tiene contacto en su desempeño diario, producto de su preparación académica y labor diaria como profesionista.

Además tenemos la premisa de que al ser una institución enfocada a la enseñanza de la doctrina odontológica, la provee de la infraestructura necesaria para llevar a cabo programas que permitan a los alumnos,

profesores y administrativos de la Facultad a tener acceso a una atención odontológica de calidad y accesible, con el respaldo de su conocimiento y calidez para con sus pacientes.

Estos programas, de ser implementados en la Facultad de Odontología de la UNAM podrían servir de ejemplo para lograr que el acceso a la atención bucodental llegue a ser universal, iniciando en nuestra Facultad, siguiendo en otras facultades y escuelas de odontología, no solo de nuestra universidad, sino de otras instituciones enfocadas a la enseñanza y formación de universitarios, todos con un fin común, llevar información y educación a mas lugares para obtener mayores beneficios en el ámbito de la salud.

11. AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Nacional Autónoma de México y a la Facultad de Odontología por brindarme su apoyo incondicional. A los profesores Esp. Daniela Carmona Ruiz, C. D Hernández Sánchez Filiberto, C.D David Enrique Sandoval Nava, Esp. Carlos Tinajero Morales, C.D Xóchitl Urrutia Moya C.D José Vicente Nava Santillán, así como a los alumnos de la Facultad de Odontología que participaron en este estudio y brindaron su colaboración.

12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>
2. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/>
3. Hernández, E. *Enfermedad, Diccionario de pensamiento contemporáneo*. San Pablo, Madrid 1997. pp. 406-411
4. Entralgo, P. *Antropología médica*. Salvat, Barcelona 1978. pp. 179-228
5. Elizondo. E. *Salud y enfermedad desde las antropologías actuales*. Labor Hospitalaria, 1991. pp.137-142
6. Barrancos Mooney. J. *Operatoria dental*. Editorial Médica Panamericana; 2006. pp. 238-245
7. American Academy of Periodontology. ¿Qué es la enfermedad periodontal? [sede web]. 8 de mayo 2008. Disponible en: <http://www.perio.org/consumer/mbc.sp.perio.htm>
8. Rubio E., Cueto M., Suárez R.M., Frieyro J. *Técnicas de diagnóstico de la caries dental. Descripción, indicaciones y valoración de su rendimiento* [sede web]. Facultad de Odontología, Universidad de Oviedo. 2006. Disponible en: http://www.sccalp.org/boletin/195/BolIPediatr2006_46_023-031.pdf
9. Seif R. *Cariología: prevención, diagnóstico y tratamiento contemporáneo de la caries dental*. Caracas. Actualidades Médico Odontológicas Latinoamérica, 1997. pp. 88-110
10. Matesanz P, Matos R, Bascones A. *Enfermedades gingivales: una revisión de la literatura*. Av Periodon Implantol. 2008; 20, 1: 11-25. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/peri/v20n1/original1.pdf>
11. Carranza F, Newman M. *Periodontología clínica*. 10ª ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 2007. pp.538-540
12. Montiel M. frecuencia de maloclusiones y su asociación con hábitos perniciosos en una población de niños mexicanos de 6 a 12 años de edad. Rev. Asociación Dental Mexicana 2004; 6; 209-214

13. Aragón, M. Trastornos de la articulación témporo-mandibular. Rev. Soc. Esp. Dolor. 2005, vol.12, n.7, pp. 429-435. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462005000700006
14. Sapp, J. *Patología oral y maxilofacial contemporánea*. Elsevier. Madrid. 2005. pp. 2-23
15. Hernández M. Efectividad de la persuasión como terapia para la eliminación de hábitos bucales incorrectos. Revista Cubana de Ortodoncia 2000; 15: 66-70. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/ord/vol15_2_00/ord04200.htm
16. Boj J. Odontopediatría. La evolución del niño al adulto joven. Madrid, España: Ripano, 2011. pp. 380-390
17. Vellini F. Ortodoncia Diagnóstico y Planificación Clínica. Sao Paulo Brasil: Editorial Artes Médicas, 2002. Pp. 233-301
18. Luengas M, Sáenz M, Sánchez T. Salud bucal, un indicador sensible de las condiciones de salud [sede web]. 2004. Disponible en: <http://www.docstoc.com/docs/3251978/Salud-bucal-unindicador-sensible-de-las-condiciones-de-salud>
19. Ortega M, Mota V, López J. Estado de Salud bucal en Adolescentes de la Ciudad de México [sede web]. Revista de Salud Pública. 2007. Vol. 9 No. 3. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0124-00642007000300006&script=sci_arttext
20. Agramonte M. Influencia de los Niveles Socioeconómicos en los Índices CeO en una Población Infantil [sede web]. 2001. Disponible en: <http://www.iztacala.unam.mx/temas/foropaea/26TCD01la.htm>
21. Regezzi J. *Patología bucal*. 3ª ed. México: Editorial Interamericana; 2000. pp. 110-330
22. Ash M, Ramfjord S. Oclusión. 3ª ed. Editorial McGraw-Hill Interamericana; 1996. pp. 190-191

23. Okeson J. Oclusión y afecciones temporomandibulares. 6° ed. Editorial Elsevier España, S.L.; 2008. pp. 448-449
24. Proffit W. *Contemporary orthodontics*. St. Louis, Missouri. Mosby Elsevier, 2007. pp. 133-135
25. Moyers R. Manual de ortodoncia. 4ª ed. Ed. Panamericana; 1994. pp. 442-484
26. http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf
27. Hobdell M, Petersen PE, Clarkson J. Goals for oral health 2020. *International Dental Journal* 2003; 53:285-288.
28. Informe Conjunto de Trabajo de Salud Oral. Secretaría de Salud de México. [Organización Panamericana de la Salud]. 1998; 2:6.
29. Agerberg G. Functional disorders of the masticatory system: I distribution of symptoms by questionnaire. *Act Odont Scand*. 1972; 30 (6): 597-613
30. Cortés FJ, Nevot C, Ramón J, Cuenca E. The evolution of dental health in dental students at the University of Barcelona. *J Dent Educ* 2002; 66(10): 1203-1208.
31. Cavaillon JP, Conge M, Mirisch D, Nemeth T, Sitbon JM. Longitudinal study on oral health of dental students at Paris VII University. *Community Dent Oral Epidemiol* 1982; 10(3): 137-143.
32. Mazariegos M, Vera H, Velásquez O, Cashat M; Medicina preventiva en pediatría. Intervención de la secretaría de salud bucal; revista ADM Vol LXI, N°2 Marzo-Abril 2005: 70-77.
33. Manual de Procedimientos Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica de las Patologías Bucales. Septiembre, 2012. Secretaría de Salud Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. Dirección General de Epidemiología. Disponible en: http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/vig_epid_manuales/20_2012_Manual_PatBucal_vFinal.pdf

34. Gloria M, Cantú P. Higiene Oral en Alumnos de Odontología [sedeweb]. 2007. Revista de Salud Pública y Nutrición. Disponible en: http://www.respyn.uanl.mx/especiales/2007/ee082007/documentos/salud_bucal.htm

ANEXO 1

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
HISTORIA CLÍNICA

Nombre: _____ Edad: _____
 Fecha de nacimiento: ___/___/___ Nacionalidad: _____ Lugar de Nacimiento: _____
 Sexo: _____ Estado civil: _____ Grado escolar (año): _____ Grupo: _____
 Dirección: _____ Teléfono: _____

FICHA MÉDICA: PADECIMIENTO ACTUAL

1) ¿Enfermedades padecidas en los últimos dos años? _____

¿Recibió tratamiento? _____ ¿Cuál? _____

2) ¿Actualmente padece alguna enfermedad?				Si	No
¿Qué enfermedad?		¿Desde cuándo?		¿Estás bajo tratamiento médico?	

3) Peso: _____ Talla: _____ Grupo sanguíneo: _____

4) ¿Eres alérgico a alguna sustancia o elemento específico?				Si	No
¿Qué agente o sustancia?		¿Desde cuándo?			

5) Enfermedades sistémicas (Hereditarias, Congénitas, Infección-contagiosas, Síndromes): _____

ANTECEDENTE PERSONALES PATOLÓGICOS: ADICCIONES

6) ¿Consumes bebidas alcohólicas?				Si	No
¿Desde cuándo?		¿Con qué frecuencia?			

7) ¿Consumes tabaco?					Si	No
¿Desde cuándo?		¿Con qué frecuencia?		¿Qué presentación?	Cigarrillo Tabaco masticable Pipa	

8) ¿Consumes algún tipo de droga?				Si	No
¿Desde cuándo?		¿Con qué frecuencia?			

9) ¿Tienes algún hábito oral pernicioso?				Si	No
¿Desde cuándo?		¿Con qué frecuencia lo haces?			

AUTOPERCEPCIÓN

	SI	NO
10) ¿Consideras que tienes problemas de salud bucodentales?		
11) ¿Tienes caries?		
12) ¿Tienes obturaciones en algún diente? ¿Cuántos?		
13) ¿Tienes mal aliento?		
14) ¿Has perdido algún diente? ¿Por qué razón?		
15) ¿Te sangran las encías?		
16) ¿Tienes o tuviste los dientes en mala posición? ¿Utilizas o utilizaste aparatos para corregirla? ¿Por qué? ¿Qué tipo de aparato utilizas o utilizaste?		
17) ¿Tienes alguna lesión o alteración en algún parte de tu boca? (mucoas, encías, dientes, Articulación Temporomandibular, etc.) ¿Dónde? (Describir o mencionar el tipo de lesión)		
18) ¿Consideras que el consumo de bebidas alcohólicas afecta a los dientes y la boca? ¿Por qué?		
19) ¿Consideras que el consumo de tabaco afecta a los dientes y la boca? ¿Por qué?		
20) ¿Consideras que el consumo de drogas afecta a los dientes y la boca? ¿Por qué?		

21) ¿Acudes con frecuencia al dentista? 1) SI 2) No (pasar a la pregunta 23)

22) ¿Con que frecuencia? _____

23) ¿Por qué motivos no acudes al dentista? _____

24) ¿Con que frecuencia te cepillas los dientes? _____

25) ¿Cuentas con carnet emitido por la FO UNAM para la atención bucodental en sus instalaciones?

1) SI 2) No A) ¿Por qué? _____

26) ¿Has recibido tratamiento bucodental en las instalaciones de la FO UNAM?

1) SI 2) No A) ¿Por qué? _____

27) ¿Utilizas auxiliares de limpieza bucodental?														SI	NO			
Auxiliar	Pasta dental				Cepillo dental				Enjuague bucal				Hilo dental					
Número de veces que lo utilizas al día	1	2	3	+3	1	2	3	+3	1	2	3	+3	1	2	3	+3		

Otro (especificar tipo y frecuencia) _____

ANEXO 2

REVISIÓN CLÍNICA EXTRAORAL E INTRAORAL

(Apartado a contestar por el encargado)

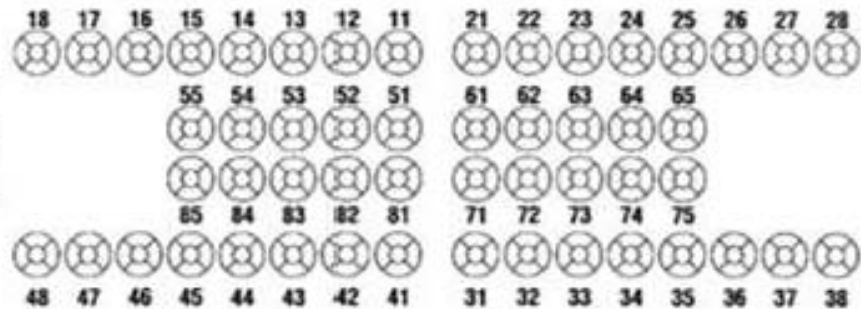
ANÁLISIS DE LA ATM

¿Existen alteraciones presentes? 1) Sí A) Dolor B) Chasquido C) Crepitación 2) No

¿Tratamientos presentes para corregir alteraciones de la ATM? 1) Sí A) Guardas B) Férulas 2) No

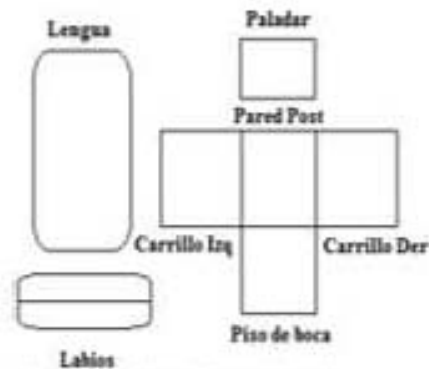
ANÁLISIS DENTAL

Condición	Código
Carliados	C
Perdidos	P
Obturados	O



ANÁLISIS INTRAORAL DE TEJIDOS BLANDOS

*Colocar una "X" en color rojo sobre la zona que presenta alteraciones, sin importar el tipo. Describir en la pregunta



Tipo de patología presente

- 1) Tumorción 2) Mácula 3) Pápula 4) Nódulo 5) Placa 6) Úlcera 7) Vesícula 8) Ampolla 9) Úlcera
10) Erosión 11) Grieta 12) Fisura 13) Otra _____

ANÁLISIS PERIODONTAL

¿Existen alteraciones presentes?

- 1) Sí A) Sangrado B) Supuración C) Calculo dental 2) No

¿Existen anomalías dentales presentes?

- 1) Sí A) Número B) Forma C) Tamaño D) Estructura E) Color 2) No

ANÁLISIS DE LA OCLUSIÓN

Apilamiento dental presente 1) Sí 2) No

Tratamientos presentes para corregir alteraciones

- 1) Sí A) Aparatología fija B) Aparatología removible 2) No

ANEXO 3

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
CARTA DE CONSENTIMIENTO VALIDAMENTE INFORMADO

Fecha: _____

Nombre: _____

Domicilio: _____

Teléfono: _____

1. Se me ha invitado a participar para formar parte del proyecto de investigación "DETERMINACIÓN DEL ESTADO DE SALUD BUCODENTAL Y LA PERCEPCIÓN DEL MISMO EN ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNAM. AÑO 2015.". Así mismo se me ha explicado que al aceptar participar en el estudio procederé a realizar el llenado de un cuestionario, el cual tiene como fin recopilar información sobre mi estado de salud bucodental y mi percepción del mismo, además de una revisión de mi cavidad oral para corroborar la información. Estos procedimientos serán dirigidos por un pasante de la FO UNAM. También se me ha informado que los procedimientos antes informados no representan ningún riesgo para mi persona o estado de salud.
1. Se ha hecho de mi conocimiento que los procedimientos que se me realizaran no tendrán costo alguno
2. Comprendo que no se me pagará por participar en el estudio y que el beneficio de mi contribución es para el progreso de la ciencia
3. Entiendo y autorizo que toda la información reunida sea manejada con discreción y podrá ser utilizada para fines de trabajos de investigación y enseñanza.
4. Reconozco que las encuestas que se me realizara (incluida la revisión bucodental) son propiedad de la Facultad de Odontología UNAM.
5. Declaro que todo lo anterior se me ha explicado en lenguaje claro y sencillo, que he tenido la oportunidad de aclarar todas mis dudas y además haber podido expresar de manera libre todos mis comentarios. Por lo anterior estoy de acuerdo con la información recibida y comprendo el propósito del estudio.
6. Por lo tanto y de acuerdo con la información recibida deseo participar en el estudio y comprendo que me puedo retirar en cualquier momento

Firma del participante

Pasante

Nidome Campos Mikado Alejandro

ANEXO 4

LISTA DE PACIENTES MASCULINOS ANALIZADOS EN EL ESTUDIO

NOMBRE	EDAD	AÑO QUE CURSA
Gutiérrez de la Concha Daniel	18	1
Ruíz Escoto Jesús	18	1
Vázquez Galindo Enrique	18	1
Rivera González Ángel	18	1
Flores Nájera Brian	18	1
Juárez M Raúl	18	1
Acosta Osornio Álvaro Esteban	18	1
Arroyo Peralta Fernando	18	1
Pérez rodríguez Carlos Michael	19	1
Sánchez Escamilla José Luis	18	1
Aceves Molina Carlos Alberto	20	2
Rivera Vilchis Diego	18	2
Vázquez Gómez Diego	22	2
Romero García Mario Jesús	21	2
Meza Ortega Luis Armando	19	2
Peralta Viguera Julián Axel	19	2
Rivera Cabrera Erick Omar	20	2
González Pérez José Daniel	19	2
Rojas Barrón César	19	2
Martínez M Luis Alberto	19	2
Hurbide Romero Carlos Alfredo	21	3
Arellano Soto Karim	20	3
Pereda López Miguel	20	3
Fernández Hernández Rodolfo	21	3
Mejía Téllez Daniel	25	3
De Jesús Díaz Samuel	21	3
Oliva Tapia Carlos	21	3
Sánchez Álvarez Marco	21	3

Romo Díaz Darío Isaac	21	3
Muñoz Ojeda Mauricio	20	3
Hernández Méndez David	23	4
Tizcarreña Velázquez Mauricio Antonio	22	4
Hernández Torres Luis Enrique	21	4
Méndez Rodríguez José Antonio	21	4
Ramírez Valdés José Luis	22	4
Torres Frausto Christian Yael	23	4
Brindis Mendoza Carlos Eduardo	21	4
Nieto Andrade Jorge Alberto	23	4
Zaldívar Díaz Rubén	21	4
López Garrido David	22	4
Martínez Martínez Anastasio	23	5
Velez Niño Daniel	21	5
Villagran Gutierrez Daniel	24	5
González Fernández Rodrigo	25	5
Arciniega Bustos Francisco	23	5
Cruz Romero Carlos	24	5
Caballero Martínez Santos	24	5
García Falcón Alan Emmanuel	24	5
Marines Ramírez Ricardo	22	5
Aramburo Ramírez Carlos	24	5

ANEXO 5

LISTA DE PACIENTES FEMENINOS ANALIZADOS EN EL ESTUDIO

NOMBRE	EDAD	AÑO QUE CURSA
Gallegos Jiménez Laura Daniela	18	1
Ávila Reyes Ana Ximena	18	1
Pimentel Noriega Cintya Noemi	18	1
Lara Rodríguez Mayra	18	1
Sánchez Reyes Elizabeth	18	1
Parada Rodríguez Valery	18	1
Sánchez Segura Katia Montserrat	18	1
Galdámez Velázquez María Fernanda	19	1
Escobar Flores Danae	18	1
Reyes Lira Karen	18	1
Belmont Rubio Stephanie Leonor	19	2
Robledo Gonzáles Mayra	19	2
Fuentes Salas Ambar	19	2
Godinez Moreno Daniela	20	2
Flores González Vanessa	20	2
Leyva Pichardo María Fernanda	19	2
González Sánchez María José	19	2
Bribiesca Pescina Jennyfer	19	2
Calvo Betancourt Montserrat	19	2
Lira Arias Maria Fernanda	19	2
Álvarez Cruz Joselin	20	3
Rodríguez de Jesús Brenda Yanet	19	3
Gallardo Nérez Karen Itzel	21	3
Cruz Montiel Natalia Monserrat	20	3
Scherling Ocampo Astrid Lucero	20	3
Ortíz Sandoval Nancy Paola	19	3
Zavala Arce Deyanira	20	3

González Lúa Tania	19	3
Chaparro Ramos Diana Laura	21	3
Farfán Perea Beatríz Angélica	20	3
Aguilar Carrera Sofía	22	4
Chávez Serrana Dayana	21	4
Licona Muñoz Sandra	23	4
Villegas Arroyo Jazmín	21	4
Aguirre Guzmán Itzel	21	4
Núñez Rodríguez Mariánn Fernanda	21	4
Hernández Ginaldp Maria Fernanda	22	4
Blanco Padilla Diana	21	4
Martínez González Jocelyne	21	4
Obscura Ordáz Pamela	21	4
Flores Ortega Diana Nayely	25	5
Díaz Aguínaga Cristina Verónica	24	5
Jiménez Villalobos Diana	22	5
Escamilla Jaimes Arli	22	5
Molina Monterrubio Katia	24	5
García Zaragoza Margarita	25	5
Valerio Moreno Karina	23	5
González Rivera María Fernanda	22	5
Rodríguez Cabañas Iris Idaly	21	5
Chaparro Meza Isabel	23	5