

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**



**ACTITUD Y TIPO DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD E HIGIENE ORAL
EN LOS ADOLESCENTES DE MONTERREY, N. L., MÉXICO**

Por

Judith del Carmen Adame Guerrero

Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRÍA en Ciencias Odontológicas con Orientación en Odontopediatría

Enero, 2012

**ACTITUD Y TIPO DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD E HIGIENE ORAL
EN LOS ADOLESCENTES DE MONTERREY, N. L., MÉXICO**

Comité de Tesis

MCO. María de los Ángeles Andrea Carvajal Montes de Oca

Director de tesis

PhD. Hilda H.H. Torre Martínez

Co-Director de tesis

ME. Gustavo Martínez González

Asesor Estadístico

**ACTITUD Y TIPO DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD E HIGIENE ORAL
EN LOS ADOLESCENTES DE MONTERREY, N. L., MÉXICO**

Jurado

MCO. Maria de los Ángeles Andrea Carvajal Montes de Oca

Director de tesis

PhD. Hilda H.H. Torre Martínez

Co-Director de tesis

PhD. Martha Elena Martínez Gracia

Vocal

Universidad Autónoma de Nuevo León
Facultad de Odontología
Subdirección de Estudios de Posgrado
Posgrado Odontopediatría

CD. Judith del Carmen Adame Guerrero

Candidato para obtener el grado de Maestría en Ciencias Odontológicas con Orientación
en Odontopediatría 2012

RESÚMEN

Páginas: 54

Área de Estudio:

**Actitud y tipo de conocimiento sobre salud e higiene oral en los adolescentes de
Monterrey, N. L., México**

Propósito: Evaluar si hay una relación entre la actitud y el tipo de conocimiento sobre salud oral e higiene oral entre los adolescentes de Monterrey, N.L., México.

Métodos de estudio: Se eligieron aleatoriamente 3 escuelas secundarias. Se encuestó a 258 alumnos. Los cuestionarios fueron recabados el mismo día de la aplicación.

Resultados: Los adolescentes de entre 13 y 15 años de edad mostraron un moderado conocimiento sobre salud e higiene oral, el 79.1% obtuvo el grado de conocimiento moderado, el 15.5% de los adolescentes mostró un conocimiento bajo y solamente el 5.4% mostró un conocimiento alto. El 79.1% de los adolescentes entre los 13 y 15 años muestran una buena actitud, el 20.2% una actitud regular y sólo el 0.8% tienen una mala actitud hacia la misma. De los adolescentes con buena actitud, el 82.2% mostró un conocimiento moderado. Entre los adolescentes con mala actitud, el 100% mostró un bajo conocimiento. Los adolescentes con buena actitud contaban con conocimiento científico y cotidiano.

Conclusiones: Los adolescentes cuentan con un grado de conocimientos moderado sobre salud e higiene oral. La mayoría de los adolescentes cuentan con un conocimiento científico y cotidiano. Los adolescentes, muestran una buena actitud hacia la higiene y salud oral. La buena actitud está relacionada con el conocimiento científico y el cotidiano. El grado de conocimientos y la actitud están relacionados, sin embargo no lo está con el hecho de haber presentado o presentar aparatología en boca. El género no estuvo relacionado con el conocimiento, ni con la actitud. La edad mostró relación con el grado de conocimiento.

Director de tesis: _____

1. INTRODUCCIÓN

En la actualidad en la ciudad Monterrey, N.L., México, como parte del desarrollo continuo y búsqueda de la mejora del bienestar de la población, se han implementado nuevos programas preventivos tratando de mejorar la salud general de los niños y adolescentes. Sin embargo hasta ahora existía una carencia de información formal sobre cuál es la actitud y los conocimientos que tienen los jóvenes sobre salud e higiene oral, y conscientes de la necesidad de este conocimiento, se propuso realizar un estudio sólido que diera a conocer dicha información, con el fin de que las estrategias para la implementación de los programas preventivos cuenten con una visión certera y así logren un mejor enfoque dirigido al centro del problema para así combatirlo contando con bases sólidas.

Este estudio busca ser de ayuda para que se logre un enfoque dónde no solo se exponga y se busque el bienestar en la salud bucal del adolescente a través de la prevención de la caries sino también a través del conocimiento de la gran cantidad de factores que ponen en riesgo a los adolescentes para todo tipo de enfermedades dentales y periodontales.

A través de la difusión de los resultados de este estudio se permite conocer la actitud y conocimientos de los adolescentes sobre su higiene y salud oral, con el fin de hacer una comparación futura, evaluando los resultados de los diferentes programas preventivos. Así mismo provee de una base para estudios que busquen demostrar si la actitud y la conducta se pueden ver influenciados al modificar los conocimientos.

A través de los resultados de este estudio se sugieren de forma más clara y consciente nuevas formas de motivar y concientizar a los adolescentes sobre la importancia de una buena higiene bucal para lograr una mejor salud, respondiendo a la siguiente interrogante: ¿La actitud de los adolescentes sobre salud e higiene oral dependerá del tipo de conocimientos sobre la misma ?

Se evaluó la relación entre la actitud y el tipo de conocimiento sobre salud e higiene oral entre los adolescentes de Monterrey, N.L., México. Además de la evaluación y

determinación del tipo de conocimiento sobre higiene y salud oral que tienen los adolescentes y de quien lo recibieron. Así mismo se encontró la relación sobre estas actitudes y conocimientos basados en la edad, el género y si es que presentaban aparatología en boca.

Este es un estudio observacional, descriptivo, prospectivo y transversal.

2. HIPÓTESIS

Los adolescentes de Monterrey N.L., que cuentan con conocimientos sobre salud e higiene oral, tienen una mejor actitud sobre la misma.

3. OBJETIVOS

Generales

-Evaluar si hay una relación entre la actitud y el tipo de conocimiento sobre salud oral e higiene oral entre los adolescentes de Monterrey, N.L., México.

Específicos

- Determinar el tipo de conocimiento sobre higiene y salud oral que tienen los adolescentes y de quien lo recibieron.
- Evaluar el conocimiento que tienen los adolescentes sobre higiene u salud oral.
- Evaluar la actitud de los adolescentes hacia su salud e higiene oral.
- Relacionar los objetivos anteriores de acuerdo a si tienen o han tenido aparatología presente en boca.
- Relacionar los objetivos anteriores por edad y género.
- Determinar si el tipo de conocimiento tiene relación con el grado de conocimiento.

4. ANTECEDENTES

4.1 La Adolescencia

La adolescencia es una etapa del desarrollo del ser humano que transcurre entre la infancia y la vida adulta, independiente y autónoma. Esta etapa del desarrollo abarca entre los 10 años hasta los 20 años en mujeres y 21 en varones, siendo dividida según las líneas individuales del desarrollo en : adolescencia temprana que abarca desde los 10 a los 13 años en mujeres y hasta los 14 en varones posteriormente se considera adolescencia intermedia a las edades entre los 10-16 años en mujeres y 14-17 años en varones, y por último la adolescencia tardía que es contemplada entre los 16-20 años en mujeres y entre los 17-21 años en hombres. Es un período de evolución tanto a nivel físico como a nivel cognitivo, emocional y social.

La adolescencia se inicia en la pubertad con los cambios físicos y biológicos que se producen. A nivel cognitivo, pasan del pensamiento concreto al abstracto logrando una capacidad lógica y analítica. Su pensamiento se hace cada vez más multidimensional, relativo y autorreflexivo, con lo que aumenta el sentido crítico ,lo que le provoca enfrentamientos con la realidad cotidiana.

A nivel social y familiar, el adolescente tiende a establecer su independencia respecto a los padres y busca modelos a seguir, que normalmente son modelos extrafamiliares como los amigos. Esto lo puede llevar a querer adoptar nuevos estilos de vida como el adquirir vicios como el alcoholismo, tabaquismo, entre otros.(DE FRUTOS,2009)

4.2 El adolescente y su salud

Los factores socio-demográficos, psicosociales y el estilo de vida adoptada por el adolescente pueden influir en sus hábitos de salud.

Factores psicosociales como el hecho de sentirse incomprendido pueden llevar al adolescente a adquirir malos hábitos de salud y/o falta de cuidados personales, como forma de protesta.

El estrés es otro factor que puede influir en el comportamiento del adolescente en materia de higiene oral y nutrición; así como la depresión puede reducir la energía y autodisciplina lo que provocaría un deterioro en cuanto a su higiene y cuidados.

El adolescente se encuentra en una etapa vulnerable ya que no es favorecido con el cuidado y atención que se les brinda a los niños, ni goza de la protección y madurez de la edad adulta además de que la propia rebeldía de la edad no permite a los padres influir en el mismo grado como lo hacían en la infancia, por lo tanto la adolescencia representa un momento difícil para el cuidado de la salud al cual se le debe dar una atención especial.(DAVOGOLIO, Y COLS.,2009)

La adolescencia se caracteriza por un debilitamiento de la fuerza de voluntad, por lo tanto el entendimiento y la voluntad son dominados por los instintos buscando complacer solo a su instinto en búsqueda de placer y diversión, lo cual hace más complicado el lograr que se comprometan a cumplir con hábitos que les resultan un sacrificio o pérdida de tiempo.(ARTOLA,2002)

4.3 Salud Oral

Es de especial importancia que la salud oral y la salud general no sean interpretadas como entidades separadas ya que la salud bucal se considera una parte integral del complejo craneofacial que se relaciona con el bienestar y la calidad de vida desde los puntos de vista funcional, psicosocial y económico ya que participa en funciones vitales como la alimentación, la comunicación y el afecto. Por lo tanto se debe dar igual atención tanto a la salud general como a la salud oral del adolescente.

4.4 Enfermedades bucales más comunes en la adolescencia

4.4.1 Caries

Los problemas dentales son una situación que afecta a la mayoría de los escolares y adolescentes; y estos pueden comprometer el estado físico del adolescente resultando en la aparición de enfermedades estomacales, bajo rendimiento escolar y hasta problemas de tipo emocional, (TASCÓN, Y COLS.,2005) entre otros, por ejemplo,

el dolor y/o la pérdida de piezas dentales puede tener un efecto negativo en la habilidad del adolescente para entablar relaciones sociales, y puede interferir también en su capacidad para captar conocimientos durante las clases si el niño está sufriendo de dolor o incomodidad. (DAVOGOLIO, Y COLS., 2009) (JURGENSEN, Y COLS.2009)

La caries dental es una de las principales enfermedades que afectan la cavidad bucal. La caries, es definida como una enfermedad infecciosa, y multifactorial caracterizada por el reblandecimiento del tejido duro del diente que evoluciona hasta formar una cavidad (DE LA FUENTE-HERNANDEZ, Y COLS, 2008) en esmalte, que si no es tratada, puede producir daño colateral en la dentina y /o tejidos pulpaes. (GARCÍA- CORTÉS, Y COLS., 2009)

En México, la prevalencia de caries dental se encuentra entre el 70 y 85% en la dentición de los niños a la edad de 12 años.

Según los resultados de la Primera Encuesta Nacional de Caries y Fluorosis dental de 1996-2000, el promedio del índice CPOD a la edad de 12 años fue de 2.23.

Asimismo, la Encuesta Nacional de Caries Dental del año 2001 señaló que la prevalencia de caries para el grupo de edad de 15 años fue de 58% y el índice CPOD fué de 1.91, mientras que para el DF la prevalencia fue de 88.6% con un índice CPOD de 5.31. (DE LA FUENTE-HERNANDEZ, Y COLS., 2008)

Las mujeres presentan mayor prevalencia de caries que los hombres (GARCÍA-CORTÉS, Y COLS. 2009), lo cual es probable que se deba al inicio temprano de la erupción dental en las mujeres lo que origina que se encuentren expuestas a más temprana edad a factores cariogénicos.

Según estudios previos, los molares y los premolares son los dientes más afectados por la caries, seguidos por los caninos y los incisivos. Y La frecuencia de la enfermedad es mayor piezas superiores que en inferiores.

4.4.2 Enfermedad Periodontal

Otro problema, de igual importancia que afecta la cavidad bucal de los adolescentes son las enfermedades periodontales, como la gingivitis y la periodontitis. Las cuales se presentan con mayor prevalencia y severidad en hombres antes de los 20 años. (ORTEGA-MALDONADO, Y COLS., 2007)

Existe el factor hormonal propio de la adolescencia que también puede ocasionar cambios gingivales. En adolescentes varones y mujeres puede existir una respuesta gingival exagerada a la placa, sin embargo esto es más frecuente que suceda en mujeres. Sin embargo este agrandamiento gingival no ocurre de forma universal y puede ser prevenido con una buena higiene bucal.

El agrandamiento gingival puberal se observa como un agrandamiento de la encía vestibular quedando las superficies linguales relativamente intactas.

Lo que distingue el agrandamiento gingival puberal del agrandamiento gingival crónico es el grado de agrandamiento y la tendencia a desarrollar una recurrencia masiva en presencia de depósitos de placa relativamente escasos. Normalmente el agrandamiento se reduce después de la pubertad pero no desaparece hasta que se elimina la placa y los cálculos.

Los casos leves de gingivitis suelen responder al raspado y curetaje en conjunto con frecuente higiene bucal. Los casos graves pueden necesitar de cultivos microbianos y recomendando enjuagues antimicrobianos así como tratamiento antibiótico.

También existen cambios gingivales que están relacionados con el ciclo menstrual, sin embargo estos cambios no son comunes sino que aparecen en escasas ocasiones. En algunas mujeres se observa hemorragia e inflamación gingival durante esta etapa así como sensación de tensión en la encía durante los días previos a la menstruación.

Se ha mencionado que las hormonas ováricas pueden aumentar la inflamación de encía y exagerar la respuesta a los irritantes locales por modificación de las acciones de las células del sistema inmunitario.

Normalmente se deben monitorear estos casos adaptando el tratamiento periodontal según el caso individual, a intervalos de 3 o 4 meses además de enfatizar la higiene bucal y recomendar enjuagues antimicrobianos antes de la aparición inflamación, las cual ocurre antes del ciclo menstrual. (NEWMAN, Y COLS., 2010)

Otra enfermedad que puede afectar a los adolescentes de forma agresiva y que está fuertemente asociada con procesos inmunológicos es la periodontitis agresiva localizada, la cual es una enfermedad periodontal temprana y severa, que se caracteriza por destrucción de tejido conectivo y óseo, que generalmente afecta a más de una pieza dental de la dentición permanente. Esta enfermedad puede ser un indicador de inmunosupresión en los pacientes.

La edad de aparición fluctúa entre los 12 y 26 años, y aunque su etiología no es clara, existen tres factores que son considerados para desencadenarla: El factor genético, el microbiológico (Escasa placa adherida con abundante placa no adherida o flotante y mayor porcentaje de *Actinobacillus actinomycetemcomitans* que en otras periodontitis; también se encuentran *Capnocytophaga*, *Eikenella corrodens* y espiroquetas. Hay invasión bacteriana del tejido conectivo y hasta del tejido óseo) y el factor inmunitario (Los pacientes tienen alteraciones funcionales de los leucocitos polinucleares neutrófilos o los monocitos de sangre periférica, o ambos, además de las alteraciones que los Aa producen en los neutrófilos gingivales).

Tiene dos formas de presentarse: periodontitis agresiva localizada (incisivos superiores e inferiores y molares, especialmente los primeros), y generalizada que abarca otros sectores. Se considera que la pérdida ósea vertical alrededor de los primeros molares e incisivos en personas que no tengan alguna otra enfermedad es un signo diagnóstico clásico de periodontitis agresiva localizada, antes llamada periodontitis juvenil. (LÓPEZ, Y COLS., 2006)

4.5 Actitud

La actitud del adolescente hacia su salud bucal puede depender de diversos factores como lo son sus conocimientos, percepción e interés sobre la misma.

A través de los años se han propuesto múltiples definiciones en lo que se refiere a la actitud. Allport, Dawes señaló que las actitudes se pueden medir mejor de lo que se pueden definir. Según este autor es difícil definir y medir las actitudes, aunque se ha tenido más éxito en medirlas que para definir las. (EISENBERG, 2011)

La real academia española define actitud como disposición de ánimo o voluntad manifestada de algún modo.

Explicado de una forma sencilla, la actitud es la forma de actuar de una persona, el comportamiento que emplea un individuo para hacer las cosas. Es una organización firme y duradera de creencias y cogniciones en general, dotada de una carga afectiva a favor o en contra de un objeto, que predispone a una acción coherente con las cogniciones y afectos relativos a dicho objeto.(RODRÍGUEZ,1991)

Según una descripción de la actitud propuesta por Katz y Stotland, la actitud es un conjunto de tres componentes, uno cognitivo ,otro emocional y otro más conductual. El componente cognitivo de la actitud se enfoca en la creencia que se tiene sobre un objeto. El componente emocional o afectivo es referente a las emociones o sentimientos ligados al objeto de la actitud, el agrado o desagrado. Y el componente conductual es referente al como se actúa hacia el objeto de la actitud, el comportamiento real hacia dicho objeto. (EISENBERG, 2011)

En la literatura no hay una uniformidad de criterios en cuanto a la existencia de un proceso exacto y único para la adquisición de actitudes. Sin embargo, la mayoría de los autores (Whittader, 1987; Newcom, 1964; Baron y Byrne, 1984; Penner, 1978; Lindzey y Aronson, 1969) le conceden un papel importante al aprendizaje y al proceso de socialización. Desde el principio de su vida, el niño está sujeto a prácticas de socialización que, directa o indirectamente, moldean el modo en que verá el mundo. Por

lo tanto el mecanismo de formación de actitudes vendría siendo "la situación social" por la que se atraviesa a lo largo de la vida. (EISENBERG, 2011)

Siendo la actitud un estado de disposición psicológica, adquirida y organizada a través de la propia experiencia que incita al individuo a reaccionar de una manera característica frente a determinadas personas, objetos o situaciones, estas no son susceptibles de observación directa y solo han de ser inferidas de las expresiones verbales; o de la conducta observada. (FERNÁNDEZ DE PINEDO, 2011)

Lindgren en 1972 mencionó que el método escrito para medir la actitud ofrece ciertos inconvenientes, pero debido a que permite reunir mucha información en poco tiempo y a que los instrumentos pueden ser elaborados y perfeccionados, los psicólogos sociales lo utilizan con más frecuencia que otros métodos para conocer las actitudes. Además, los resultados obtenidos con el procedimiento de anotación escrita tienen la ventaja de que se analizan con más facilidad por medio de la estadística.

Según Lindgren, es difícil observar de modo las conductas de un individuo, aunque algunas veces esa sea la única manera de determinar la importancia que una actitud tiene para una persona. Sin embargo es más fácil y más eficaz basar estos juicios en las declaraciones verbales, orales o escritas del individuo. Esto puede llevarse a cabo por medio de entrevistas, pero es más eficaz y preciso cuando se utilizan escalas y cuestionarios escritos. (EISENBERG, 2011)

Por lo tanto, medición de la actitud ha de ser indirecta, por medio de escalas en las que partiendo de una serie de afirmaciones, proposiciones o juicios, sobre los que los individuos manifiestan su opinión, se deducen o infieren las actitudes. (FERNÁNDEZ DE PINEDO, 2011)

La mayoría de las escalas de actitudes están constituídas por frases, afirmaciones o proposiciones frente a las cuales los interrogados indican, su acuerdo o desacuerdo, rechazo o desaprobación. Estas frases o proposiciones son llamadas ítems. (EISENBERG, 2011)

El propósito de una escala de actitudes es el de asignar a un individuo un valor numérico en algún punto entre los dos extremos. (EISENBERG,2011)

La escala de Likert es una escala ordinal muy utilizada para medir la actitudes sociales. Esta escala no mide en cuánto es más favorable o desfavorable una actitud, es decir que

si una persona obtiene una puntuación de 60 puntos en una escala, no significa esto que su actitud sea doble que la de otro individuo que obtenga 30 puntos, sino que nos informa que el que obtiene 60 puntos tiene una actitud más favorable que el que tiene 30.(FERNÁNDEZ DE PINEDO,2011)

Esta escala de basa en la presentación de ítems relacionados con la actitud que queremos medir y se seleccionan, aquellos que expresan una posición claramente favorable o desfavorable. La opciones de resultados van desde un total acuerdo, hasta un total desacuerdo a la afirmación propuesta. Las puntuaciones van desde la más alta a la actitud favorable y la más baja a la actitud menos favorable respecto al objeto medido. El número de ítems en una escala de Likert varía entre los 15 y 30. (FERNÁNDEZ DE PINEDO, 2011)

La desventaja de medir una actitud es, que cuando se usa una opinión como índice de actitud ,existe la posibilidad de que el individuo pueda modificar la expresión de ésta por razones de cortesía, sobre todo si cree que su expresión puede no ser bien recibida. Lo que se puede hacer con una escala de este tipo, es medir la actitud expresada bajo la comprensión plena de que el sujeto puede estar escondiendo conscientemente su verdadera actitud o que la presión social de la situación le ha hecho creer realmente lo que está expresado. (EISENBERG, 2011)

4.6 Conocimientos

A lo largo de la historia han sido planteadas múltiples versiones sobre como se adquiere el conocimiento. Pensadores importantes como Descartes, Locke, Hume, Leibniz o Kant han propuesto diferentes teorías través de teorías describiendo la forma en que el conocimiento llega al ser humano. El empirismo menciona que el conocimiento se adquiere mediante la experiencia, y el racionalismo menciona que el conocimiento forma parte de nosotros de una manera innata. Kant en el siglo XVIII formuló la teoría del conocimiento uniendo la teoría racionalista con la teoría empírica.

Existen diferentes tipos de conocimientos :

Conocimiento cotidiano es también conocido como empírico-espontáneo, y es obtenido por la experiencia de las prácticas diarias que realiza el ser humano. Este conocimiento

permite acumular experiencias a lo largo de la vida y es transmitido de generación en generación

El conocimiento técnico, se origina cuando de muchas nociones experimentadas se obtiene una respuesta universal circunscrita a objetivos semejantes. La experiencia hace el conocimiento técnico.

El conocimiento empírico es también llamado conocimiento vulgar o popular y es obtenido por azar, es ametódico y asistemático. Está basado fundamentalmente en la experiencia, puede ser verdadero, falso o probable. Es asistemático porque carece de métodos y técnicas, es superficial porque se forma con lo aparente, es sensitivo porque es percibido por los sentidos y es asistemático porque carece de métodos y técnicas.

El conocimiento científico es otro tipo de conocimiento y es el más certero. Va más allá de lo empírico. Es cierto porque sabe explicar los motivos de su certeza, es general porque la ciencia partiendo de lo individual, busca en él lo que tiene en común con los demás de la misma especie, y es metódico, sistemático debido a que su objetivo es encontrar y reproducir el encadenamiento de los hechos, lo alcanza por medio del conocimiento de las leyes y principios. (HESSEN, 1993)

4.7 Conocimientos y actitud sobre higiene y salud oral

Por lo anterior el conocimiento y hábitos adquiridos durante la adolescencia, afectarán sus creencias y así mismo su actitud sobre la higiene oral.

Slavkin, afirma que las enfermedades son consecuencia de comportamientos inadecuados. (TASCÓN, Y COLS.,2005)

En la caries dental, los hábitos culturales e higiénicos son decisivos. Varios estudios ha demostrado que el tener educación sobre salud puede reducir la afección de la caries, ya que un mayor conocimiento genera más actitudes positivas.

Un mayor conocimiento se asocia también a una mejor técnica de cepillado y hasta al correcto ajuste de la cantidad de pasta necesaria para cepillarse. La cantidad de

pasta utilizada al cepillarse nos puede dar un aproximado de la calidad del cepillado, ya que los sujetos que utilizan menos cantidad de pasta son aquellos que tienen una técnica de cepillado más adecuada, además la cantidad de pasta utilizada está relacionada con la frecuencia del cepillado, ya que los sujetos que cepillan sus dientes más frecuentemente, usan menos pasta y los sujetos que utilizan grandes cantidades de pasta dental durante el cepillado solo generan una falsa sensación de limpieza, además de que al producir una mayor cantidad de espuma su tiempo de cepillado se reduce. (SMYTH, Y COLS., 2005)

La actitud de la madre, así como sus conocimientos son factores de riesgo a caries determinantes.

En edad escolar el diente permanente más afectado por caries es el primer molar (PM), siendo este el primer diente de la dentición permanente en erupcionar es el más susceptible al ataque de la caries. Según estudios el factor de mayor asociación con la frecuencia de estas lesiones fue la actitud de la madre hacia la salud oral, las cuales consideraban que el diente pertenecía a la dentición decidua, y por lo tanto, sería destituido por un nuevo diente. (PÉREZ, Y COLS., 2002)

En los adolescentes el buscar atención odontológica está directamente relacionado con la participación e interés de sus cuidadores, así como de su propia vanidad.

Las principales motivaciones que llevan al adolescente a realizar buenos hábitos de higiene, son : el mal aliento y/o la vergüenza.

En los jóvenes se observa una resistencia al uso del hilo dental, que mencionan es debido a la dificultad de su uso por la habilidad exigida, y la necesidad de entrenamiento, además de la pereza en adoptarlo como recurso de rutina. Así, el adolescente solo lo utiliza en situaciones especiales, como fiestas. (SALIBA-GARBIN, Y COLS., 2009)

4.8 Promoción de la salud oral en el adolescente

Tomando en cuenta todo lo anterior las asociaciones promotoras de la salud han tomado cartas en el asunto .Para mejorar el estado de salud bucal de la población del estado de México, a mediados de los ochenta se inició con la fluoración de la sal. A principios de noventa, este programa se expandió al resto del país y actualmente tiene una cobertura aproximada de 80 millones de personas.

Según la Norma Oficial Mexicana publicada en 1995 por el Diario Oficial de la Federación ,la sal debe adicionarse con yodo y flúor en concentraciones de 30 ± 10 mg I⁻/kg¹ y 250 ± 50 mg F⁻/kg², respectivamente, pudiéndose utilizar para la fluoración de la sal el fluoruro de sodio (NaF) o el fluoruro de potasio (KF). Según la norma solamente la sal de consumo humano debe ser fluorada. (VELÁZQUEZ, Y COLS., 2003)

La organización Mundial de la salud (OMS) llamó a la vigilancia de la salud de la población escolar a través de la vigilancia del los comportamientos de los factores de riesgo y protección en la edad de 13 a 15 años (DAVOGLIO, Y COLS., 2009)

La OMS y la Federación Dental Internacional, propusieron como meta para el año 2020, que en los niños menores de 12 años la prevalencia de caries se limite a tres dientes como máximo (ORTEGA-MALDONADO, Y COLS., 2007) y la conservación de todos los dientes en 85% de los adolescentes de 18 años. (DE LA FUENTE-HERNANDEZ, Y COLS., 2008)

Tomando en cuenta los efectos psicosociales y el impacto que tiene la caries sobre la morbilidad bucal, entre otras muchas cuestiones presentadas anteriormente, se hace necesario diseñar e implementar estudios y estrategias efectivas de promoción de la salud bucal (TASCON, Y COLS., 2005) .Sin embargo, estas acciones de promoción de salud deben basarse en el conocimiento de características emocionales, conductuales y hormonales del adolescente para lograr su eficacia. (DAVOGLIO, Y COLS., 2009)

Varios autores enfatizan la necesidad de difundir una política de comidas saludables en escuelas, para promover la Salud bucal, ya que la alimentación de los adolescentes en la escuela es altamente cariogénica. (SALIBA-GARBIN, Y COLS., 2009)

En la actualidad en Monterrey, Nuevo León se han implementado programas preventivos para mejorar la salud de los niños y adolescentes ,entre ellos el programa de alimentación sana en las escuelas por lo que se requiere recolectar información sobre la actitud, percepción y conocimiento de los adolescentes con el fin de hacer poder lograr una comparación en el futuro y así comprobar la eficacia de los programas educacionales y preventivos en cuanto a la salud oral.

5. MARCO DE REFERENCIA

Sobre la prevalencia de caries y conocimientos sobre salud-enfermedad bucal de niños, en el 2006, Laura E Rodríguez Vilchis et. al., realizó un estudio con niños de 3 a 12 años de edad del Estado de México, encontrando una prevalencia de caries del 74% con un índice cpos de 7.5 y CPOS de 0.6, aún y cuando el 58% de la población se ubicó en el nivel de conocimiento bueno. (RODRIGUEZ, Y COLS., 2006)

María Esther Irigoyen, et. al. en el 2001, publicaron los resultados de un seguimiento durante 20 meses en escolares, con el fin de identificar las modificaciones en el índice de caries dental y describir los hábitos de higiene bucal de esta población, encontrando que un tercio de los escolares (39.5%) refirieron cepillarse los dientes de una a dos veces al día. Se mostró una reducción en el índice de caries con el uso de dentríficos fluorados. (IRIGOYEN, Y COLS., 2001)

En el 2002 se publicó un estudio realizado en el municipio de Tlanepantla en el estado de México donde basándose en el hecho de que la gingivitis es un problema que inicia a los 5 años y tiene su pico en la adolescencia, realizaron un estudio de prevalencia y gravedad de la misma. Estudiaron adolescentes entre 13 y 17 años, donde al exámen gingival el 55.9% presentó salud y el 44% presenta diferentes grados de gingivitis. De estos últimos el 80.9% presentaba gingivitis leve, 16.5% gingivitis moderada y 2.5% gingivitis severa. (OROZCO, Y COLS., 2002)

En un estudio realizado en el 2004 en la Delegación Iztapalapa, en el Distrito Federal a 389 escolares entre 8 y 12 años de edad, de ambos sexos, se encontró que el 79.4% presentaban condiciones de encía sana y de los que sí la presentaron alteración, el grado de inflamación era leve.

Además de que se confirmó la importancia que tiene la higiene bucal en el establecimiento y desarrollo de la enfermedad gingival ya que el 51.16% presentaron buena higiene bucal.

De igual manera, se observó que el nivel de conocimientos sobre salud bucal de las madres se vio reflejado en el riesgo a gingivitis mostrado por los niños. Además de que la diferencia de higiene oral mostrada por las mujeres no fue significativamente superior a la de los hombres. (MURRIETA, Y COLS., 2004)

El doctor Tascón y cols., en el 2005 publicó los resultados de un estudio realizado en Valle del Cauca, Colombia, donde se realizaron encuestas con el fin de conocer las creencias sobre caries e higiene oral que tienen los adolescentes escolarizados.

Con respecto a la etiología, el 65% cree que la caries dental se debe a mala higiene oral, 18% por bacterias, 7% por consumo de azúcar y el 10% no sabe; 41% refirió haber sufrido alguna vez de caries; 14% cree que actualmente no tiene esta enfermedad oral y 37% dijo no tener historia percibida de caries; 99.8% respondió que se cepilla los dientes; la frecuencia de cepillado tuvo una media de 3 veces por día; 55% utiliza la seda dental y 51% el enjuague bucal; 14% refirió no haber visitado nunca al odontólogo y 27% dijo haberlo visitado al menos una vez, pero hacia más de 7 meses. Por lo tanto concluyó que las creencias y prácticas de los adolescentes no son favorables para la prevención y control de la caries. (TASCÓN, Y COLS.,2005)

Los adolescentes tienen una idea clara sobre la salud bucal según un estudio realizado por Cléa A. Saliba-Garbin, et. al., en el 2009, donde se encontró que el 68.4 % conceptúan salud bucal como higiene y el 16.2 % como apariencia. Los adolescentes mencionaron tener, según su propia percepción una salud bucal buena (53.6 %) y un (24 %)mencionaron que su salud bucal según su percepción era óptima. Con referencia a los medios para tener salud bucal, el 90,1 % relató la higiene bucal, pero apenas el 4.8 % de los adolescentes mencionó el cepillado de la lengua. La estética (62.9 %) fue uno de los principales motivos citados, en cuanto a la importancia de los dientes y se encontró una relación estadísticamente significativa entre la percepción de la Salud bucal regular y la visita al dentista hace menos de 6 meses. (SALIBA-GARBIN, Y COLS.,2009)

En el 2005 se reportó un estudio realizado Jordania, donde recomendaban que se incluyera la educación de los padres sobre salud bucal en los programas preventivos, ya

que encontraron que el conocimiento y percepción de los padres afectan significativamente la frecuencia y la razón de las visitas al dentista.

Mostraron que en esta población la mayoría de los niños se cepillaban los dientes al menos una vez al día, sin embargo no eran supervisados ni alentados por sus padres. (AL-OMIRI, Y COLS.,2006)

En el 2006, se llevó a cabo un estudio ,en comunidades urbano-marginadas de Sol Naciente (Carabaylo), con el fin de evaluar el éxito de brindar educación a los adolescentes, mayores de 12 años, y a sus padres sobre conceptos como: hábitos dietéticos, hábitos de higiene, visita regular al odontólogo y uso de fluoruros.

Después de 12 y 18 meses de haber recibido las sesiones educativas se logró un incremento en los conocimientos de todos los tópicos evaluados, excepto en el de alimentos cariogénicos. Así mismo se lograron mejorar las prácticas favorables para la salud oral, excepto en el consumo de azúcares entre comidas y el cepillado nocturno.

Delgado-Angulo, mencionó ,en cuanto a las conductas que no mostraron una mejora significativa, que el consumo de azúcares entre comidas resulta prácticamente imposible en la edad escolar, debido a que es el único tipo de alimentos disponibles dentro de los colegios durante el receso en el horario escolar. (DELGADO-ANGULO, Y COLS.,2006)

En el 2009, se publicó un estudio realizado por F el. Silvia Davoglio, et. al., en Brasil, donde investigaron la asociación entre los factores socio-demográficos y psicosociales y los hábitos de salud bucal .

En este estudio se encontró que las mujeres tenían una actitud más positiva hacia la salud bucal, mostrando mayor frecuencia de cepillado. El uso de hilo dental diariamente se encontró asociado a un estatus socioeconómico más alto, así como también al uso de servicios dentales privados y la comprensión y acercamiento con los padres. (DAVOGLIO, Y COLS., 2009)

En un estudio realizado la ciudad de México, por Javier de la Fuente-Hernández et. al., se encontró que cerca de la mitad de los alumnos que ingresan al bachillerato requieren al menos la atención de una caries (48.0 %) o prótesis dental (34.2%). (DE LA FUENTE-HERNANDEZ, Y COLS., 2008)

En la ciudad de México, Miriam Ortega-Maldonado, et. al. realizó un estudio sobre el estado de salud bucal de adolescentes entre 13 y 16 años de edad, encontrando una prevalencia de caries dental del 92,2 %, con un índice CPOD de 7,3; la prevalencia de gingivitis fue de 13,7 %. Encontró que la edad de mayor riesgo fue de 14 años en adelante. Demostrando que el índice CPOD fué dos veces mayor que los estándares establecidos por la Organización Mundial de la Salud-OMS. (ORTEGA-MALDONADO, Y COLS., 2007)

El Dr. Manuel de la Rosa, realizó en 1978, un estudio donde mostró que el índice de caries de los niños está asociado al nivel socioeconómico. Los niños de nivel socioeconómico más alto, presentaron mayores cuidados dentales, por lo tanto menor índice de caries. (DE LA ROSA,1978)

En el 2005 se publicó un artículo realizado en Galiza donde demostraron a través de un estudio realizado en 28,297 adolescentes de 12 años de edad, que la caries está directamente relacionada con la baja frecuencia de cepillado ,la gran cantidad de pasta dental utilizada, y el alto consumo de azúcares. También demostraron que hay una mayor prevalencia de caries en las zonas rurales que en las urbanas. Por otro lado demostraron que entre mayor es nivel de educación de la madre y el conocimiento sobre salud dental los sujetos presentaban menor prevalencia de caries. (SMYTH Y COLS., 2005)

6. MATERIALES Y MÉTODOS

6.1. Número de muestras a estudiar

a) Descriptivo

6.2. Conocimiento que tienen los investigadores de los factores del estudio.

a) Abierto

6.3. Participación del investigador.

a) Observacional

6.4. Tiempo en que suceden los eventos.

a) Prospectivo

6.5. Relación que guardan entre sí los datos.

a) Transversal

6.6 Universo de estudio.

Jóvenes adolescentes entre 13 y 15 años, que vivan en la ciudad de Monterrey, N.L, México.

6.7. Tamaño de la muestra.

Elección de la muestra

Los estudiantes, fueron elegidos bajo un método probabilístico, que cumple con la aleatoriedad y sistematicidad planteada para el presente estudio, donde los encuestados fueron elegidos con base al listado de alumnos de cada uno de los grupos.

Considerando que la variable a evaluar es conocimiento de los estudiantes se consideró una determinación del tamaño de la muestra considerando el tipo cualitativo categórico, posterior a ello se aplicó la siguiente fórmula:

Fórmula para determinar el tamaño de la muestra de pacientes para población finita y variable cualitativa.

$$n = \frac{z^2 pq}{e^2}$$

Donde:

n= número buscado de elementos de la muestra

z= nivel de confiabilidad

p= Proporción de estudiantes que demuestren conocimiento

q= Proporción de estudiantes que no demuestren conocimiento

e= error de estimación

Para el presente proyecto se han determinado los siguientes valores que serán aplicados para determinar el tamaño de la muestra

Ecuación

$1-\alpha= 95 \%$ de nivel de confiabilidad

$z= 1.96$

$p= 30 \%$

$q= 70 \%$

$e= 6 \%$

$$n = \frac{z^2 pq}{e^2}$$

$$n = 224.09 \approx 225$$

6.8. Criterios de selección:

6.8.1. Criterios de Inclusión.

- a) Adolescentes entre 13 y 15 años, que vivan en Monterrey N.L., México.

6.8.2. Criterios de exclusión.

- a) Adolescentes con discapacidad física o mental.
- b) Adolescentes que no viven en Monterrey, N.L, México.

6.8.3 Criterios de eliminación.

- a) Encuestas incompletas.
- b) Encuestas no contestadas conforme a lo indicado.
- c) Encuestas ilegibles.

6.9 Descripción de procedimientos

Se realizó un estudio descriptivo, observacional, prospectivo y transversal. Se obtuvo un listado sobre las diferentes escuelas secundarias de Monterrey, N.L., México, y se eligieron aleatoriamente 3 escuelas secundarias.

Se Visitaron 3 escuelas secundarias de Monterrey, N.L. y a cada Directora del centro educativo se le pidió autorización para aplicar la encuesta. Se eligieron a 28 alumnos de primero de secundaria que tuvieran 13 años, 28 alumnos de segundo de secundaria que tuvieran 14 años, y 28 alumnos de tercer grado que tuvieran 15 años. Esta selección se realizó en cada una de las tres escuelas secundarias, para completar un total de 84 alumnos encuestados por escuela.

Se instruyó, a los alumnos que estaban dentro de los criterios de inclusión, sobre la manera en la que se llenarían los cuestionarios y les fueron aplicados. El cuestionario consistió en 16 preguntas en las cuales se evaluó conocimiento y actitud sobre higiene y salud bucal.

Se vaciarón los resultados en una hoja de recolección de datos en Excel diseñada exclusivamente para este fin. Se descartaron los cuestionarios que no estaban llenos conforme a lo solicitado o que estuvieran fuera de los criterios de inclusión.

Se realizaron las pruebas estadísticas, utilizando la prueba de chi cuadrada, se analizarón los resultados y se expusieron los resultados en tablas.

7. RESULTADOS

Tabla 1

Edad y conocimiento de los pacientes acerca de la salud bucal

Posgrado de Odontopediatría, Noviembre de 2011

			Conocimiento			Total
			Alto	Bajo	Moderado	
Edad 13	N		3	19	62	84
	% dentro de Edad		3,6%	22,6%	73,8%	100,0%
	% dentro de Conocimiento		21,4%	47,5%	30,4%	32,6%
	% del total		1,2%	7,4%	24,0%	32,6%
14	N		2	7	79	88
	% dentro de Edad		2,3%	8,0%	89,8%	100,0%
	% dentro de Conocimiento		14,3%	17,5%	38,7%	34,1%
	% del total		,8%	2,7%	30,6%	34,1%
15	N		9	14	63	86
	% dentro de Edad		10,5%	16,3%	73,3%	100,0%
	% dentro de Conocimiento		64,3%	35,0%	30,9%	33,3%
	% del total		3,5%	5,4%	24,4%	33,3%
Total	N		14	40	204	258
	% dentro de Edad		5,4%	15,5%	79,1%	100,0%
	% dentro de Conocimiento		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% del total		5,4%	15,5%	79,1%	100,0%

P<0.01

El 5.4% de los adolescentes encuestados mostraron un conocimiento alto, el 79.1% un conocimiento moderado y el 15.5% un conocimiento bajo. La mayoría de los adolescentes de 13 años, 73.8%, mostraron un conocimiento moderado, seguidos de un 22.6% que mostró un conocimiento bajo y solamente el 3.6 % mostró un conocimiento alto.

Entre los adolescentes de 14 años de edad la mayoría, el 89.8% mostró un conocimiento moderado, y el 8.0% que obtuvo un grado bajo de conocimiento y un 2.3% con conocimiento alto.

Entre los adolescentes de 15 años, el 73.3%, mostró un conocimiento moderado, el 16.3% mostró un conocimiento bajo y el 10.5% mostró un conocimiento alto. Por lo tanto se demostró que la mayoría de los jóvenes adolescentes encuestados presentan un conocimiento moderado sobre salud e higiene oral y se encontró que la edad tiene relación estadísticamente significativa con el grado de conocimiento.

Tabla 2

Género y conocimiento de los pacientes acerca de la salud bucal

Posgrado de Odontopediatría, Noviembre de 2011

			Conocimiento			Total
			Alto	Bajo	Moderado	
Genero	Femenino	N	5	15	106	126
		% dentro de Genero	4,0%	11,9%	84,1%	100,0%
		% dentro de Conocimiento	35,7%	37,5%	52,0%	48,8%
		% del total	1,9%	5,8%	41,1%	48,8%
	Masculino	N	9	25	98	132
		% dentro de Genero	6,8%	18,9%	74,2%	100,0%
		% dentro de Conocimiento	64,3%	62,5%	48,0%	51,2%
		% del total	3,5%	9,7%	38,0%	51,2%
Total		N	14	40	204	258
		% dentro de Genero	5,4%	15,5%	79,1%	100,0%
		% dentro de Conocimiento	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	5,4%	15,5%	79,1%	100,0%

P>0.05

De los 258 adolescentes encuestados, el 79.1% (204) mostró un conocimiento moderado sobre salud e higiene oral, de los cuales fueron las mujeres las de mayor conocimiento con un 41.1% aunque no es significativa la diferencia con relación a los hombres con un 38.0%. Sin embargo, dentro de los adolescentes de conocimiento alto la mayoría fueron hombres con un 3.5% comparado con el 1.9 % de las mujeres. Aunque también fueron más los hombres con bajo conocimiento 9.7% en comparación con las mujeres de bajo conocimiento, 5.8%

Dentro del género femenino solamente el 4.0% mostró un conocimiento alto sobre salud e higiene oral, seguido del 11.9% que mostró un conocimiento bajo, pero la mayoría mostró un conocimiento moderado, 84.1%.

El género masculino mostró que su mayoría cuenta con un conocimiento moderado 74.2%, seguidos del 18.9% que mostró un conocimiento bajo y solamente un 6.8% mostró un conocimiento alto. Por lo tanto el género no mostró relación significativa con el conocimiento.

Tabla 3

Edad y actitud de los pacientes hacia la salud bucal

Posgrado de Odontopediatria, Noviembre de 2011

			Actitud			Total
			Buena	Mala	Regular	
Edad	13	N	65	2	17	84
		% dentro de Edad	77,4%	2,4%	20,2%	100,0%
		% dentro de Actitud	31,9%	100,0%	32,7%	32,6%
		% del total	25,2%	,8%	6,6%	32,6%
14	N	69	0	19	88	
		% dentro de Edad	78,4%	,0%	21,6%	100,0%
		% dentro de Actitud	33,8%	,0%	36,5%	34,1%
		% del total	26,7%	,0%	7,4%	34,1%
15	N	70	0	16	86	
		% dentro de Edad	81,4%	,0%	18,6%	100,0%
		% dentro de Actitud	34,3%	,0%	30,8%	33,3%
		% del total	27,1%	,0%	6,2%	33,3%
Total	N	204	2	52	258	
		% dentro de Edad	79,1%	,8%	20,2%	100,0%
		% dentro de ACTITUD	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	79,1%	,8%	20,2%	100,0%

P>0.05

El 79.1% de los adolescentes entre los 13 y 15 años muestran una buena actitud, hacia la higiene y salud oral, el 20.2% una actitud regular y sólo el 0.8% tienen una mala actitud hacia la misma. Entre los adolescentes de 13 años se observó que el 77.4% tiene una buena actitud hacia la higiene y salud bucal, el 20.2% tiene una actitud regular y solamente el 2.4% tiene una mala actitud.

Entre los adolescentes de 14 años, la tendencia hacia una buena actitud también fue muy amplia, mostrando un 78.4 % de adolescentes con buena actitud, y el resto un 21.6% mostró una actitud regular.

Entre los adolescentes de 15 años, se observó que el 81.4% tiene una buena actitud hacia la higiene y salud bucal, y el 18.6% tiene una actitud regular. En las edades de 14 y 15 años no hubo ningún encuestado que presentara una mala actitud hacia la higiene y salud oral, y entre los de 13 años solo el 2.4% tuvo una mala actitud. Por lo tanto, se encontró que la edad no tiene relación con la actitud.

Tabla 4

Género y actitud de los pacientes hacia la salud bucal
Posgrado de Odontopediatria, Noviembre de 2011

			Actitud			Total
			Buena	Mala	Regular	
Genero	Femenino	N	103	1	22	126
		% dentro de Genero	81,7%	,8%	17,5%	100,0%
		% dentro de Actitud	50,5%	50,0%	42,3%	48,8%
		% del total	39,9%	,4%	8,5%	48,8%
	Masculino	N	101	1	30	132
		% dentro de Genero	76,5%	,8%	22,7%	100,0%
		% dentro de Actitud	49,5%	50,0%	57,7%	51,2%
		% del total	39,1%	,4%	11,6%	51,2%
Total		N	204	2	52	258
		% dentro de Genero	79,1%	,8%	20,2%	100,0%
		% dentro de Actitud	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	79,1%	,8%	20,2%	100,0%

P>0.05

No se encontró relación entre el género y la actitud. La mayoría de los encuestados el 79.1%, sin importar el género, mostró una buena actitud hacia la salud e higiene oral, el 20.2% mostró una actitud regular y el 0.8% una mala actitud.

Fueron más las mujeres con buena actitud, el 50.5% y los hombres con buena actitud fueron el 49.5%, sin embargo no es estadísticamente significativo.

Entre las mujeres el 81.7% mostró una buena actitud, el 17.5% una actitud regular y el 0,8% una mala actitud.

Entre los hombres el 76.5 % mostró una buena actitud, el 22.7 % mostró una actitud regular y el 0.8% mostró una mala actitud.

Tabla 5

Aparatología en boca y Conocimiento de los pacientes hacia la salud bucal

Posgrado de Odontopediatria, Noviembre de 2011

			Conocimiento			Total
			Alto	Bajo	Moderado	
Aparato	No	N	10	33	152	195
		% dentro de Aparato	5,1%	16,9%	77,9%	100,0%
		% dentro de Conocimiento	71,4%	82,5%	74,5%	75,6%
		% del total	3,9%	12,8%	58,9%	75,6%
Si		N	4	7	52	63
		% dentro de Aparato	6,3%	11,1%	82,5%	100,0%
		% dentro de Conocimiento	28,6%	17,5%	25,5%	24,4%
		% del total	1,6%	2,7%	20,2%	24,4%
Total		N	14	40	204	258
		% dentro de Aparato	5,4%	15,5%	79,1%	100,0%
		% dentro de Conocimiento	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	5,4%	15,5%	79,1%	100,0%

P>0.05

No se encontró una relación significativa entre si presentaban o habían presentado aparatología en boca y el grado de conocimientos. Del total de los encuestados, sin tomar en cuenta si presentan o presentaron aparatología en boca o no, la mayoría, el 79.1% mostró un conocimiento moderado, y solamente el 15.5% mostró un bajo conocimiento, seguido de un 5.4% que mostró un alto conocimiento.

El 24.4 % de los adolescentes encuestados presentaban o había presentado aparatología en boca y el 75.6% no. Entre los adolescentes que actualmente presentan o presentaron alguna aparatología en boca, solamente el 6.3% cuenta con alto conocimiento sobre higiene y salud oral, la mayoría cuentan con un conocimiento moderado 82.5% y el 11.1% tienen un bajo conocimiento.

Los adolescentes que no han presentado, ni presentan aparatología en boca mostraron que sólo el 5.1 % cuentan con un alto conocimiento, la mayoría, el 77.9% cuenta con un conocimiento moderado y el 16.9% con un bajo conocimiento. Dentro del bajo porcentaje de adolescentes que presentan un alto conocimiento, el 71.4% eran adolescentes que nunca habían presentado ni presentaban aparatología en boca y solamente el 28.6% presentaban aparatología.

Tabla 6
Aparatología en boca y Actitud de los pacientes hacia la salud bucal
Posgrado de Odontopediatria, Noviembre de 2011

		Actitud			Total
		Buena	Mala	Regular	
Aparato No	N	156	1	38	195
	% dentro de Aparato	80,0%	,5%	19,5%	100,0%
	% dentro de Actitud	76,5%	50,0%	73,1%	75,6%
	% del total	60,5%	,4%	14,7%	75,6%
Si	N	48	1	14	63
	% dentro de Aparato	76,2%	1,6%	22,2%	100,0%
	% dentro de Actitud	23,5%	50,0%	26,9%	24,4%
	% del total	18,6%	,4%	5,4%	24,4%
Total	N	204	2	52	258
	% dentro de Aparato	79,1%	,8%	20,2%	100,0%
	% dentro de Actitud	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% del total	79,1%	,8%	20,2%	100,0%

P>0.05

No se encontró una relación entre si presentaban o habían presentado aparatología en boca o no, con la actitud que mostraron. Del total de los encuestados (258), sin tomar en cuenta si presentan o presentaron aparatología en boca o no, la mayoría, el 79.1% (204) mostró una buena actitud hacia la higiene y salud oral y solamente el 20.0% (54) mostró una actitud regular, seguida de un 0.8% (2) que mostró una mala actitud.

El 24.4 % de los adolescentes encuestados presentaban o había presentado aparatología en boca y el 75.6% no. Sin embargo fueron más los adolescentes con buena actitud que no presentan ni han presentado aparatología en boca, el 60.5% de los encuestados.

Entre los adolescentes que actualmente presentan alguna aparatología en boca el 76.2% tienen una buena actitud hacia la salud e higiene oral, y solamente un 22.2% tiene una actitud regular y el 1.8% una mala actitud.

Los adolescentes que no presentan aparatología en boca mostraron que el 80.0% cuenta con una buena actitud hacia la higiene y salud oral, seguida de un 19.5% que tienen una actitud regular y el 0.5% con una mala actitud.

Tabla 7
Actitud y Conocimiento de los pacientes hacia la salud bucal
Posgrado de Odontopediatría, Noviembre de 2011

			Conocimiento			Total
			Alto	Bajo	Moderado	
Actitud	Buena	N	10	25	169	204
		% dentro de Actitud	4,9%	12,3%	82,8%	100,0%
		% dentro de Conocimiento	71,4%	62,5%	82,8%	79,1%
		% del total	3,9%	9,7%	65,5%	79,1%
	Mala	N	0	2	0	2
		% dentro de Actitud	,0%	100,0%	,0%	100,0%
		% dentro de Conocimiento	,0%	5,0%	,0%	,8%
		% del total	,0%	,8%	,0%	,8%
	Regular	N	4	13	35	52
		% dentro de Actitud	7,7%	25,0%	67,3%	100,0%
		% dentro de Conocimiento	28,6%	32,5%	17,2%	20,2%
		% del total	1,6%	5,0%	13,6%	20,2%
Total	N	14	40	204	258	
	% dentro de Actitud	5,4%	15,5%	79,1%	100,0%	
	% dentro de Conocimiento	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	5,4%	15,5%	79,1%	100,0%	

P<0.01

El 79.1% de los adolescentes encuestados mostraron un conocimiento moderado sobre higiene y salud oral, el 15.5 % mostró un bajo conocimiento y el 5.4% un conocimiento alto. La mayoría, el 79.1%, de los adolescentes encuestados tuvieron una buena actitud hacia la higiene y salud oral, seguidos del 20.2% que mostró una actitud regular y el 0.8% mostró una mala actitud hacia la misma.

Entre los adolescentes con alto conocimiento, el 71.4% presentan una buena actitud y el resto, el 28.6%, una actitud regular. No hubo ningún adolescente con alto conocimiento que tuviera una mala actitud acerca de la higiene y salud oral. De los adolescentes que

obtuvieron el grado de conocimiento moderado, el 82.8% mostró una buena actitud hacia la higiene y salud oral, y el resto, el 17.2 % mostró una actitud regular.

De los adolescentes con bajo conocimiento, el 62.5% mostró una buena actitud, el 32.5% una actitud regular y el 5.0% una mala actitud.

De los adolescentes con buena actitud, el 82.2% mostró un conocimiento moderado, el 12.3% un bajo conocimiento y solamente el 4.9% un conocimiento alto, así mismo dentro de los adolescente con actitud regular, el 67.3% mostró un conocimiento moderado, el 25.0% mostró un bajo conocimiento y el 7.7% mostró un alto conocimiento. Entre los adolescentes con mala actitud, el 100% mostró un bajo conocimiento. Se concluye que la actitud está relacionada con el conocimiento.

Tabla 8

Actitud y Tipo de conocimiento de los pacientes hacia la salud bucal
Posgrado de Odontopediatría, Noviembre de 2011

		Tipo De Conocimiento				Total	
		Científico	Cotidiano	Empírico	Técnico		
ACTITUD	Buena	N	101	95	2	6	204
		% dentro de Actitud	49,50%	46,60%	1,00%	2,90%	100,00%
		% Tipo De Conocimiento	79,50%	81,20%	66,70%	54,50%	79,10%
		% del total	39,10%	36,80%	0,80%	2,30%	79,10%
	Mala	N	1	0	0	1	2
		% dentro de Actitud	50,00%	0,00%	0,00%	50,00%	100,00%
		% Tipo De Conocimiento	0,80%	0,00%	0,00%	9,10%	0,80%
		% del total	0,40%	0,00%	0,00%	0,40%	0,80%
	Regular	N	25	22	1	4	52
		% dentro de Actitud	48,10%	42,30%	1,90%	7,70%	100,00%
		% Tipo De Conocimiento	19,70%	18,80%	33,30%	36,40%	20,20%
		% del total	9,70%	8,50%	0,40%	1,60%	20,20%
Total	N	127	117	3	11	258	
	% dentro de Actitud	49,20%	45,30%	1,20%	4,30%	100,00%	
	% Tipo De Conocimiento	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	
	% del total	49,20%	45,30%	1,20%	4,30%	100,00%	

P<0.05

Del total de los adolescentes encuestados, el 49.20% mostró tener un conocimiento científico, es decir un conocimiento obtenido, de libros, de internet, o bien de profesionales de la salud. El 45.30% mostró un conocimiento cotidiano, obtenido de sus padres. El 4.30% mostró un conocimiento técnico, es decir no lo obtuvo de nadie, solamente lo aprendió de las experiencias en la práctica. Y el 1.20% mostró un conocimiento empírico, obtenido de sus amigos.

Del total de los adolescentes encuestados el 79.10% mostró una buena actitud, el 20.20% mostró una actitud regular y el 0.80% una mala actitud. Así mismo se observó que de los adolescentes con buena actitud el 49.50% mostraron un conocimiento científico, el 46.60% mostraron un conocimiento cotidiano, el 2.90% un conocimiento técnico y el 1% un conocimiento empírico. Por lo tanto, una buena actitud está relacionada a un conocimiento científico y cotidiano.

Dentro de los adolescentes con actitud regular, el 48.10% mostró un conocimiento científico, el 42.30% mostró un conocimiento cotidiano, el 7.70% mostró un conocimiento técnico y el 1.90% mostró un conocimiento empírico. Por lo tanto una actitud regular relacionada a un conocimiento científico y cotidiano. Los adolescentes con una mala actitud, el 50% mostró un conocimiento científico y el otro 50% mostró un conocimiento técnico.

Tabla 9
Conocimiento y Tipo de conocimiento de los pacientes hacia la salud bucal
Posgrado de Odontopediatria, Noviembre de 2011

		Tipo de Conocimiento				Total	
		Científico	Cotidiano	Empírico	Técnico		
CONOCIMIENTO	Alto	N	6	8	0	0	14
		% Conocimiento	42,90%	57,10%	0,00%	0,00%	100,00%
		% Tipo De Conocimiento	4,70%	6,80%	0,00%	0,00%	5,40%
		% del total	2,30%	3,10%	0,00%	0,00%	5,40%
	Bajo	N	16	21	0	3	40
		% Conocimiento	40,00%	52,50%	0,00%	7,50%	100,00%
		% Tipo De Conocimiento	12,60%	17,90%	0,00%	27,30%	15,50%
		% del total	6,20%	8,10%	0,00%	1,20%	15,50%
	Moderado	N	105	88	3	8	204
		% Conocimiento	51,50%	43,10%	1,50%	3,90%	100,00%
		% Tipo De Conocimiento	82,70%	75,20%	100,00%	72,70%	79,10%
		% del total	40,70%	34,10%	1,20%	3,10%	79,10%
Total	N	127	117	3	11	258	
	% Conocimiento	49,20%	45,30%	1,20%	4,30%	100,00%	
	% Tipo De Conocimiento	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	
	% del total	49,20%	45,30%	1,20%	4,30%	100,00%	

p>0.05

Del total de los adolescentes encuestados, el 49.20% mostró tener un conocimiento científico, es decir un conocimiento obtenido, de libros, de internet, o bien de profesionales de la salud. El 45.30% mostró un conocimiento cotidiano, obtenido de sus padres. El 4.30% mostró un conocimiento técnico, es decir no lo obtuvo de nadie,

solamente lo aprendió de las experiencias en la práctica. Y el 1.20% mostró un conocimiento empírico, obtenido de sus amigos. El 79.1% de los adolescentes encuestados mostraron un conocimiento moderado sobre higiene y salud oral, el 15.5 % mostró un bajo conocimiento y el 5.4% un conocimiento alto.

Se observó que dentro de los adolescentes que mostraron un alto conocimiento sobre higiene y salud oral el 57.10% conocimiento cotidiano y el 42.90% tenía conocimiento científico. El alto conocimiento está relacionado con el conocimiento científico y cotidiano. Entre los adolescentes que mostraron un conocimiento moderado el 51.50% tenía conocimiento científico, el 43.10% conocimiento cotidiano, el 3.90% conocimiento técnico y sólo el 1.50% contaban con conocimiento empírico. El conocimiento moderado está, relacionado con el conocimiento científico y cotidiano.

Entre los adolescentes de bajo conocimiento el 52.50% contaban con conocimiento cotidiano, el 40.0% con conocimiento científico y el 7.50% conocimiento técnico. Por lo tanto, el bajo conocimiento también se relacionó con un conocimiento científico y cotidiano. El grado de conocimiento no tuvo relación con el tipo de conocimiento.

8. DISCUSION

En el presente estudio se buscó determinar el grado de conocimiento que presentan los adolescentes sobre higiene y salud oral. Por otro lado, se buscó mostrar que actitud tienen hacia la misma y si la actitud se ve influenciada por el conocimiento.

Según los resultados obtenidos, los adolescentes de entre 13 y 15 años de edad mostraron un moderado conocimiento sobre salud e higiene oral, ya que del 100% de los adolescentes encuestados, el 79.1% obtuvo el grado de conocimiento moderado, el 15.5% de los adolescentes mostró un conocimiento bajo y solamente el 5.4% mostró un conocimiento alto. Esto concordó con los resultados encontrados por Rodríguez, y Cols. En el año 2006, dónde menciona que el 58% de la población estudiada se ubicó en un grado de conocimiento bueno.

Ortega-Maldonado y cols. realizaron un estudio sobre el estado de salud bucal de los adolescentes entre 13 y 16 años de edad, encontrando una prevalencia de caries dental del 92.2% ,un índice de CPOD de 7.3 y una prevalencia de gingivitis de 13.7%.Y encontraron que la edad de mayor riesgo fue de los 14 años en adelante.

La razón por la cual el riesgo es mayor de los 14 años en adelante no es explicable con este estudio, ya que según resultados encontrados, la actitud de los adolescentes hacia la higiene y salud oral está relacionada con el conocimiento, y según Smyth y Cols., a su vez una buena actitud está relacionada con una menor prevalencia de caries. De acuerdo al presente estudio la mayoría de los adolescentes de 13 años, el 73.8%, mostraron un conocimiento moderado. Entre los adolescentes de 14 años de edad la mayoría, el 89.8% mostró también un conocimiento moderado y de los adolescentes de 15 años, el 73.3%, mostró por igual un conocimiento moderado. Por lo tanto se demostró que la mayoría de los jóvenes adolescentes encuestados presentan un conocimiento moderado sobre salud e higiene oral.

En cuanto a la actitud el 79.1% de los adolescentes entre los 13 y 15 años muestran una buena actitud hacia la higiene y salud oral, el 20.2% una actitud regular y sólo el 0.8% tienen una mala actitud hacia la misma. Por lo tanto, si la edad de riesgo de enfermedades bucales es de los 14 años en adelante, no es debido a la falta de conocimientos ni a una mala actitud de los adolescentes de esa edad.

En ese estudio se encontró que el 79.1% de los adolescentes mostraron un conocimiento moderado sobre salud e higiene oral, de los cuales fueron las mujeres las de mayor conocimiento con un 41.1%, aunque no es muy significativa la diferencia con relación a los hombres con un 38.0%. Esto pudiera explicar los resultados encontrados por Murrieta, y Cols., sobre que la diferencia de higiene oral mostrada por las mujeres no fue significativamente superior a la de los hombres. Y también es explicable, debido a que se encontró que la diferencia entre la buena actitud de las mujeres hacia la higiene y salud oral es poca en comparación con los hombres, correspondiendo a un 50.5% de mujeres y el 49.5% de los hombres.

Tascón y Cols., mencionan que las creencias y prácticas de los adolescentes no son favorables para la prevención y control de la caries, esto pudiera deberse a una falta de conocimientos o bien a una mala actitud, ya que la actitud hacia la higiene y salud oral, está directamente relacionada con los conocimientos que se tienen sobre la misma. Y una buena actitud sobre higiene y salud oral está relacionada a buenas prácticas de higiene y atención médica odontológica, según Smyth y Cols. Y Davoglio y Cols.

Sin embargo, la razón por la cual Tascón y Cols. encontraron que las creencias y prácticas de los adolescentes no son favorables para la prevención y control de caries, no es razonable para este estudio debido a que según los resultados encontrados, el 79.1% de los adolescentes entre los 13 y 15 años muestran una buena actitud hacia la higiene y salud oral, el 20.2% una actitud regular y sólo el 0.8% tienen una mala actitud hacia la misma. Además de que la mayoría de los encuestados, el 79.1%, mostraron un conocimiento moderado.

Según los resultados del presente estudio, entre los adolescentes de 13 años se observó que el 77.4% tiene una buena actitud hacia la higiene y salud bucal, el 20.2% tiene una actitud regular y solamente el 2.4% tiene una mala actitud. Entre los adolescentes de 14 años, la tendencia hacia una buena actitud también fue muy amplia, mostrando un 78.4 % de adolescentes con buena actitud, y el resto un 21.6% mostró una actitud regular. Y Entre los adolescentes de 15 años, se observó que el 81.4% tiene una buena actitud hacia la higiene y salud bucal, y el 18.6% tiene una actitud regular.

Además se encontró que en las edades de 14 y 15 años no hubo ningún encuestado que presentara una mala actitud hacia la higiene y salud oral, y entre los de 13 años solo el 2.4% tuvo una mala actitud. Esto contradice lo encontrado por Ortega –Maldonado y Cols. mostrando que entre 13 y 16 años de edad, existía una prevalencia de caries dental del 92,2 %, con un índice CPOD de 7,3; la prevalencia de gingivitis fue de 13,7 %. Además de que mencionó que la edad de mayor riesgo fue de 14 años en adelante. A menos que esta prevalencia de caries y riesgo enfermedades orales, no sea debido al conocimiento, que está relacionado con la buena actitud, esos resultados no concuerdan con los de este estudio.

Davoglio y Cols. demostraron que las mujeres tienen una actitud más positiva hacia la salud e higiene oral ,mostrando mayor frecuencia de cepillado. Y Murrieta y Cols. mencionaron que en su estudio , la diferencia de higiene oral mostrada por las mujeres no fue significativamente superior a la de los hombres. Según el presente estudio fueron más las mujeres con buena actitud, el 50.5% ,que los hombres con buena actitud quien significaron el 49.5%. Aunque esto tampoco fue una diferencia significativa.

En el presente estudio se encontró que el 24.4 % de los adolescentes encuestados presentaban o había presentado aparatología en boca y el 75.6% no.

Entre los adolescentes que actualmente presentan o presentaron alguna aparatología en boca, solamente el 6.3% cuenta con alto conocimiento sobre higiene

y salud oral, la mayoría cuentan con un conocimiento moderado 82.5% y el 11.1% tienen un bajo conocimiento.

Los adolescentes que no han presentado, ni presentan aparatología en boca mostraron que sólo el 5.1 % cuentan con un alto conocimiento, la mayoría, el 77.9% cuenta con un conocimiento moderado y el 16.9 % con un bajo conocimiento.

Por lo tanto el hecho de haber presentado o presentar aparatología en boca, no significa una variación significativa en el grado de conocimientos sobre salud e higiene oral. Sin embargo no se encontraron estudios previos que confirmen o refuten esto.

Además se encontró que en general fueron más los adolescentes con buena actitud que no presentan ni han presentado aparatología en boca, el 60.5% de los encuestados. Aunque entre los adolescentes que actualmente presentan alguna aparatología en boca el 76.2% tienen una buena actitud hacia la salud e higiene oral, y solamente un 22.2% tiene una actitud regular y el 1.8% una mala actitud, lo cuál es favorable debido a los cuidados que se deben de tener por presentar aparatología.

Sin embargo, entre los adolescentes que no presentaban, ni habían presentado aparatología en boca, la buena actitud también fué predominante con un 80.0% de los adolescentes encuestados, seguida de un 19.5% que tienen una actitud regular y el 0.5% con una mala actitud.

Según Delgado-Angulo y Cols., el incremento en el conocimiento mejora las prácticas sobre higiene oral. En el presente estudio se observó que entre los adolescentes con alto conocimiento, el 71.4% presentan una buena actitud y el resto, el 28.6%, una actitud regular. No hubo ningún adolescente con alto conocimiento que tuviera una mala actitud acerca de la higiene y salud oral.

Así mismo de los adolescentes que obtuvieron el grado de conocimiento moderado, ninguno mostró una mala actitud y el 82.8% mostró una buena actitud hacia la higiene y salud oral, seguida del resto, el 17.2 %, que mostró una actitud

regular. Sin embargo con este estudio no se logra afirmar los resultados de Delgado-Angulo y Cols., sobre que la actitud mejora las prácticas de higiene oral.

Sin embargo entre los adolescentes con bajo conocimiento, el 62.5% mostró una buena actitud, el 32.5% una actitud regular y el 5.0% una mala actitud,

Entre los adolescentes con mala actitud, el 100% mostró un bajo conocimiento. Por lo tanto y según lo encontrado en el presente estudio podemos concluir que la actitud está estadísticamente relacionada con el conocimiento, y con esto coincidimos con Delgado-Angulo y Cols, observando que una buena actitud estará relacionada a un mayor grado de conocimientos.

De acuerdo al presente estudio, del total de los adolescentes encuestados, el 49.20% mostró tener un conocimiento científico, es decir un conocimiento obtenido, de libros, de internet, o bien de profesionales de la salud. El 45.30% mostró un conocimiento cotidiano, obtenido de sus padres. El 4.30% mostró un conocimiento técnico, es decir no lo obtuvo de nadie, solamente lo aprendió de las experiencias en la práctica. Y el 1.20% mostró un conocimiento empírico, obtenido de sus amigos.

Según Murrieta y Cols. y Smyth y Cols. el grado de conocimientos de la madre sobre salud e higiene oral se ve reflejado en la salud bucal de su hijo, lo cual toma mayor relevancia ,con lo encontrado en el presente estudio ,ya que gran parte de los adolescentes , el 45.30% ,obtienen el conocimiento sobre salud e higiene oral de sus padres.

Según el resultado de este estudio la actitud tiene que ver con el tipo de conocimiento, se mostró que tanto en la buena actitud como en la regular, el conocimiento había sido en mayor porcentaje conocimiento científico y cotidiano.

Sin embargo, dentro de los adolescentes con mala actitud, los conocimientos había sido únicamente científicos o técnicos. Lo cual nos lleva a afirmar que el conocimiento cotidiano obtenido a través de los padres es el de mayor peso para lograr una buena actitud hacia la higiene oral, por encima del conocimiento científico.

Por lo tanto, se refuerza lo mencionado por Davoglio y Cols., sobre que una mejor higiene oral está asociada con la compresión y acercamiento de los padres.

9. CONCLUSIONES

- Los adolescentes cuentan con un grado de conocimientos moderado.
- La mayoría de los adolescentes han obtenido en su conocimiento sobre salud e higiene oral en su mayoría de libros, internet o profesionales de la salud, así como de sus padres, lo cual es un conocimiento científico y cotidiano.
- Los adolescentes entre 13 y 15 años, muestran una buena actitud hacia la higiene y salud oral, sin mostrar relación entre la actitud y la edad.
- La actitud está relacionada con el tipo de conocimiento. La buena actitud y la actitud regular están relacionadas con el conocimiento científico y el cotidiano. La mala actitud está relacionada con el conocimiento científico y el conocimiento técnico. Por lo tanto, el conocimiento cotidiano obtenido a través de los padres es el más importante para lograr una buena actitud hacia la higiene y salud oral.
- El grado de conocimientos sobre higiene y salud oral no se vió relacionado con el hecho de haber presentado o presentar aparatología en boca.
- La actitud de los adolescentes hacia la higiene y salud oral tampoco se vió alterada con el hecho de haber presentado o presentar aparatología en boca. Ya que la mayoría de los adolescentes mostraron una buena actitud hacia la salud e higiene oral sin importar si presentaban o no aparatología en boca.
- Del poco porcentaje de adolescentes que obtuvieron un conocimiento alto, la mayoría fueron hombres, aunque la mayoría de los encuestados obtuvo un conocimiento moderado y de este porcentaje de conocimiento, la mayoría fueron mujeres. Sin embargo, se encontró que el género no está significativamente relacionado con el conocimiento.
- Las mujeres mostraron una mejor actitud hacia la higiene y salud oral con un 50.5% en comparación con un 49.5% de los hombres con buena actitud, lo cual estadísticamente no es significativo.
- La edad mostró relación con el grado de conocimiento.
- El grado de conocimiento sobre higiene y salud oral, no está relacionado con el tipo de conocimiento.

- Se confirma la hipótesis sobre que los adolescentes entre 13 y 15 años que cuentan con conocimientos científicos sobre salud e higiene oral, tienen una mejor actitud hacia la misma, pero se agrega el hecho de que el conocimiento cotidiano tiene una mayor relación con la buena actitud.
- La mayoría de los adolescentes encuestados mostraron una actitud buena hacia la higiene y salud oral, aunque son varios los estudios que mencionan que una buena actitud está relacionada a una menor prevalencia de caries y a una mejor salud oral, a través del presente estudio no fue comprobable que una buena actitud se relacione con los buenos hábitos de higiene y salud oral ,por lo que para futuros estudios se recomienda comparar si la actitud está relacionada con la higiene que presentan los adolescentes.

10. Referencias Bibliográficas

Al-Omiri M. K.; Al-Wahadni A. M. , Saeed K. N., **Oral Health Attitudes, Knowledge, and Behavior Among School Children in North Jordan**, J Dent Educ., 70(2) , 2006,pgs.179-187

Artola González T., **Situaciones cotidianas de tus hijos adolescentes**, ediciones palabra,2002,pag.38

Coolidge T. , Heima M. , Johnson E. K. , Weinstein P. ,**The Dental Neglect Scale in adolescents**, BMC Oral Health, 9:doi:10.1186/1472-6831-9-2, 2009.

Davoglio F el. S., Rangel Aerts Ganzo de Castro D.; Regla de Abegg C. ; Freddo S. L. , **Factores asociados con los hábitos de salud oral y servicios dentales utilizan entre los adolescentes**, CAD. Salud pública, vol. 25, N° 3 ,Rio, Mar de 2009.

De la Fuente-Hernández J. ; González de Cossío M. ; Ortega-Maldonado M. ; Sifuentes-Valenzuela M. C. , **Caries y pérdida dental en estudiantes preuniversitarios mexicanos**, Salud públic Méx , Cuernavaca , May/June 2008.

De la Rosa R M. ,**Dental caries and socioeconomic status in mexican children**, J.Dent,Res ,1978;pgs.57;453.

Delgado-Angulo E, Sánchez-Borjas PC , Bernabé E., **Mejora en los conocimientos, actitudes y prácticas a través de una intervención en salud oral basada en comunidad**, Rev. Estomatol. Herediana, v.16 n.2, Lima, jul./dic ,2006

Díaz del Mazo L., Ferrer González S., García Díaz R., Duarte Escalante A.,
Modificaciones de los conocimientos y actitudes sobre salud bucal en adolescentes del reparto Sueño, MEDISAN;5(2):4-7

Eisenberg Glantz F., **Las actitudes**, Publicación electrónica de la división de administración y ciencias sociales de la rectoría zona sur, ITESM,
<http://www.cem.itesm.mx/dacs/publicaciones/proy/n6/investigacion/feisenberg.html>, fecha de consulta Abril 2011

Escala de Likert Sánchez ,F y otros (1998) **Psicología Social**. Mc GRAW GILL, Madrid.

Fernández de Pinedo I. , **NPT15: Construcción de una escala de actitudes tipo Likert**, Ministerio del trabajo y asuntos sociales de España,
http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/001a100/ntp_015.pdf, fecha de consulta Abril 2011

Frutos Gallego E. ,**Problemas de salud en el adolescente**, Pediatr Integral ,XIII (2);,2009; pgs.133-140

García Álvarez O.L.; Sexto Delgado N.; Moya Padilla N.; López Fernández R. ,
Intervención educativa para el desarrollo de conocimientos sobre salud bucal en la enseñanza primaria, Vol 6, No 2 (2008)

García-Cortés J. O., Medina-Solís C. E., Loyola-Rodriguez J. P., Mejía-Cruz J. A., Medina-Cerda E., Patiño-Marín N. and Pontigo-Loyola A. P., **Dental caries experience, prevalence and severity in Mexican adolescents and young adults**, Revista de Salud

Pública, Print version ISSN 0124-0064, Rev. salud pública vol.11 no.1 Bogotá , 2009, Jan./Feb.

Hessen J. , **Teoría del conocimiento**, Panamericana , Santa fe de Bogota Colombia, 1993.

Irigoyen M. E., Zepeda M. A., Sánchez L., Molina N. , **Prevalencia e incidencia de caries dental y hábitos de higiene bucal en un grupo de escolares del sur de la Ciudad de México: Estudio de seguimiento longitudinal**, Rev.ADM, 2001.

Jürgensen N. and Petersen P. E. , **Oral health and the impact of socio-behavioral factors in a cross sectional survey of 12-year old school children in Laos**, BMC Oral Health. ,2009; 9: 29.

López Rodríguez V. , Gómez Martínez A. I., López Nápoles D. , Montero Aguila L. , **Periodontitis juvenil**, Gaceta Médica Espirituana 2006

Limonta Vidal E., Aráujo Heredia T., **Intervención educativa para modificar conocimientos sobre salud bucal en escolares de tercer grado**, MEDISAN 2000;4(3)9-15

Misrachi L., C., Arellano O., M., **Conductas y factores determinantes en salud oral de los adolescentes**, Rev.Chil.pediatr.;66(6):317-22, nov-dic. 1995

Misrachi L., C.; Saenz S., M, **Valores , creencias y prácticas populares en relación a la salud oral**, cuad.-med.-soc., Santiago de Chile, 30 (2): 27-33; jun.1989

Murrieta Pruneda J., Juárez López L. A., Linares Vieyra C., Zurita Murillo V., **Prevalencia de gingivitis en un grupo de escolares y su relación con el grado**

de higiene oral y el nivel de conocimientos sobre salud bucal demostrado por sus madres, Bol Méd Hosp Infant Méx 2004; Vol. 61(1):44-54

Navas P.,R.,Rojas de Morales T.,Zambrano O.,Álvarez C.,Santana Y.,Viera N.,**Salud bucal en preescolares:su relación con las actitudes y nivel educativo de los padres**, **Interciencia**, noviembre 2002,vol.27,pp.631-634

Newman, Takei, Klukklevold, Carranza, **Carranza Periodontología Clínica** ,Mc Graw Hill,Décima edición,2010

Orozco JRE, Peralta LH, Palma MGG, Pérez RE, Arroniz PS, Llamosas HE, **Prevalencia de gingivitis en adolescentes en el municipio de Tlalnepantla**, Rev ADM 2002; 59 (1)

Ortega-Maldonado M., Mota-Sanhua V. y López-Vivanco J. C. ,**Estado de Salud Bucal en Adolescentes de la Ciudad de México**, Rev. salud pública ,vol.9, no.3, Bogotá, JulySep./ 2007

Pérez Olivares S. A., Gutiérrez Salazar M., Soto Cantero L., Vallejos Sánchez A. y Casanova Rosado J., **Caries dental en primeros molares permanentes y factores socioeconómicos en escolares de Campeche, México**, Rev Cubana Estomatol 2002;39(3)

Rodríguez, A. **Psicología Social.**, Trillas ,México,1991.

Rodríguez Vilchis L. E., Contreras Bulnes R., Arjona Serrano J., Soto Mendieta M. , Alanís Tavira J. , **Prevalencia de caries y conocimientos sobre salud-enfermedad bucal de niños(3 a 12 años) en el Estado de México**, Rev.ADM,2006.

Ruíz Feria N, González Heredia E., Soberats Zaldívar M, Amaro Guerra I., **Modificación del nivel de conocimiento sobre salud bucal en educandos de la enseñanza primaria**, MEDISAN 2004;8(3):24-26

Saliba-Garbin C. , Ispier-Garbin A., Moreira-Arcieri R., Saliba Nemre A. y E. Gonçalves P., **La Salud Bucal en la Percepción del Adolescente** , Rev. salud pública , 2009

Sgan-Cohen D., Saadi S., Weissman A., **Dental knowledge and attitudes among arab schoolteachers in northern Israel**, Volume 49, Issue 5, pgs. 249–307

Smyth a. E., Camaño F. , **Factors related to dental health in 12-year-old children: a cross-sectional study in pupils**, Gac Sanit ,v.19 ,n.2 ,Barcelona, mar.-abr. 2005

Tascón J. E, Cabrera G. A., **Algunas creencias sobre susceptibilidad y severidad de la caries en adolescentes del valle de cauca** ,Colombia ,COLOMBIA MÉDICA, VOL.36, No.3(2005).

Tascón J. E, Cabrera G. A. , **Creencias sobre caries e higiene oral en adolescentes del Valle del Cauca**, Rev. salud pública ,2005

Truque E., Porras Brily A., **Hiperplasia gingival y tratamiento ortodóntico: caso clínico**, iDental., <http://201.195.91.149/Revista/idental2/ID05.pdf>, fecha de consulta: Abril 2011

Velázquez Monroy O. ; Vera Hermosillo H. ; Irigoyen Camacho M. E. ; Mejía González A. ; Sánchez Pérez T. L., **Cambios en la prevalencia de la caries dental en escolares de tres regiones de México: encuestas de 1987–1988 y de 1997–1998** ,Rev Panam Salud Publica ,vol.13 no.5, Washington, 2003 , May .

Zinder Duany,L.F.D. Dand, JM ,**Epidemiologic studies of caries free and caries-active students** ,Journal of Dental Research ,1991 ,pp 727-733.

11. LISTA DE FIGURAS

Encuesta

Ciudad dónde vives: _____

1-Edad-

- a) 13
- b) 14
- c) 15

2-Género-

- a) Masculino
- b) femenino

3-¿Traes o has traído algún aparato en boca como frenos (braketts), o algún otro ?

- a) Si
- b) no

4-¿Cuántas veces al día se deben cepillar los dientes?

- a) 1 vez
- b) 2 veces
- c) 3 veces
- d) No sé

5-El lavarte los dientes ayuda muy poco a la salud de los dientes y encía.

- a) Completamente de acuerdo
- b) De acuerdo
- c) Ni en acuerdo ,ni en desacuerdo
- d) En desacuerdo
- e) Completamente en desacuerdo

6-La salud de los dientes y encía se puede lograr aún sin el cepillado de dientes.

- a) Completamente de acuerdo
- b) De acuerdo
- c) Ni en acuerdo ,ni en desacuerdo
- d) En desacuerdo
- e) Completamente en desacuerdo

7-Es necesario visitar al dentista al menos cada 6 meses, aunque nada nos moleste.

- a) Completamente de acuerdo
- b) De acuerdo
- c) Ni en acuerdo ,ni en desacuerdo
- d) En desacuerdo
- e) Completamente en desacuerdo

8-¿Sabes cuántos son los dientes permanentes?

- a) Si cuantos _____
- b) No

9-¿Qué significa que te sangre la encía?

- a) Encía sana
- b) Encía enferma
- c) Nada
- d) No sé

10-¿Qué es la placa dental?

- a) Una capa suave de residuos sobre los dientes , fácilmente removible.
- b) Una capa dura de residuos sobre los dientes, difícil de remover.
- c) Manchas en los dientes
- d) No sé

11-¿Qué es la caries?

- a) Es una enfermedad infecciosa , que reblandece el diente y evoluciona hasta formar una cavidad.
- b) Es una coloración o mancha que aparece en el diente por comer azúcar y alimentos duros.
- c) Es el acumulo de alimento en el diente ,que adquiere un tono oscuro.

12- La caries se contagia?

- a) Si
- b) No
- c) No sé

13- La lengua se debe cepillar?

- a) Si
- b) No
- c) No sé

14-¿De quien has recibido información sobre las salud de los dientes y encía:

- a) De mis papas
- b) De mis amigos
- c) De mi dentista
- d) De internet o libros
- e) No tengo información
- f) No sé

15-La salud bucal es importante:

- a) Completamente de acuerdo
- b) De acuerdo
- c) Ni en acuerdo ,ni en desacuerdo

- d) En desacuerdo
- e) Completamente en desacuerdo

16-Es importante la salud general:

- a) Completamente de acuerdo
- b) De acuerdo
- c) Ni en acuerdo ,ni en desacuerdo
- d) En desacuerdo
- e) Completamente en desacuerdo

12. LISTA DE TABLAS

Tabla.1

			Conocimiento			Total
			Alto	Bajo	Moderado	
Edad	13	N	3	19	62	84
		% dentro de Edad	3,6%	22,6%	73,8%	100,0%
		% dentro de Conocimiento	21,4%	47,5%	30,4%	32,6%
		% del total	1,2%	7,4%	24,0%	32,6%
14	N	N	2	7	79	88
		% dentro de Edad	2,3%	8,0%	89,8%	100,0%
		% dentro de Conocimiento	14,3%	17,5%	38,7%	34,1%
		% del total	,8%	2,7%	30,6%	34,1%
15	N	N	9	14	63	86
		% dentro de Edad	10,5%	16,3%	73,3%	100,0%
		% dentro de Conocimiento	64,3%	35,0%	30,9%	33,3%
		% del total	3,5%	5,4%	24,4%	33,3%
Total	N	N	14	40	204	258
		% dentro de Edad	5,4%	15,5%	79,1%	100,0%
		% dentro de Conocimiento	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	5,4%	15,5%	79,1%	100,0%

Tabla.2

			Conocimiento			Total
			Alto	Bajo	Moderado	
Genero	Femenino	N	5	15	106	126
		% dentro de Genero	4,0%	11,9%	84,1%	100,0%
		% dentro de Conocimiento	35,7%	37,5%	52,0%	48,8%
		% del total	1,9%	5,8%	41,1%	48,8%
	Masculino	N	9	25	98	132
		% dentro de Genero	6,8%	18,9%	74,2%	100,0%
		% dentro de Conocimiento	64,3%	62,5%	48,0%	51,2%
		% del total	3,5%	9,7%	38,0%	51,2%
	Total	N	N	14	40	204
% dentro de Genero			5,4%	15,5%	79,1%	100,0%
% dentro de Conocimiento			100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
% del total			5,4%	15,5%	79,1%	100,0%

Tabla.3

			Actitud			Total	
			Buena	Mala	Regular		
Edad	13	N	N	65	2	17	84
			% dentro de Edad	77,4%	2,4%	20,2%	100,0%
			% dentro de Actitud	31,9%	100,0%	32,7%	32,6%
			% del total	25,2%	,8%	6,6%	32,6%
	14	N	N	69	0	19	88
			% dentro de Edad	78,4%	,0%	21,6%	100,0%
			% dentro de Actitud	33,8%	,0%	36,5%	34,1%
			% del total	26,7%	,0%	7,4%	34,1%
	15	N	N	70	0	16	86
			% dentro de Edad	81,4%	,0%	18,6%	100,0%
			% dentro de Actitud	34,3%	,0%	30,8%	33,3%
			% del total	27,1%	,0%	6,2%	33,3%
Total	N	N	204	2	52	258	
		% dentro de Edad	79,1%	,8%	20,2%	100,0%	
		% dentro de ACTITUD	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
		% del total	79,1%	,8%	20,2%	100,0%	

Tabla.4

			Actitud			Total
			Buena	Mala	Regular	
Genero	Femenino	N	103	1	22	126
		% dentro de Genero	81,7%	,8%	17,5%	100,0%
		% dentro de Actitud	50,5%	50,0%	42,3%	48,8%
	% del total		39,9%	,4%	8,5%	48,8%
	Masculino	N	101	1	30	132
		% dentro de Genero	76,5%	,8%	22,7%	100,0%
		% dentro de Actitud	49,5%	50,0%	57,7%	51,2%
	% del total		39,1%	,4%	11,6%	51,2%
	Total	N	204	2	52	258
% dentro de Genero		79,1%	,8%	20,2%	100,0%	
% dentro de Actitud		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
% del total		79,1%	,8%	20,2%	100,0%	

Tabla.5

			Conocimiento			Total
			Alto	Bajo	Moderado	
Aparato	No	N	10	33	152	195
		% dentro de Aparato	5,1%	16,9%	77,9%	100,0%
		% dentro de Conocimiento	71,4%	82,5%	74,5%	75,6%
	% del total		3,9%	12,8%	58,9%	75,6%
	Si	N	4	7	52	63
		% dentro de Aparato	6,3%	11,1%	82,5%	100,0%
		% dentro de Conocimiento	28,6%	17,5%	25,5%	24,4%
	% del total		1,6%	2,7%	20,2%	24,4%
	Total	N	14	40	204	258
% dentro de Aparato		5,4%	15,5%	79,1%	100,0%	
% dentro de Conocimiento		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
% del total		5,4%	15,5%	79,1%	100,0%	

Tabla.6

			Actitud			Total
			Buena	Mala	Regular	
Aparato	No	N	156	1	38	195
		% dentro de Aparato	80,0%	,5%	19,5%	100,0%
		% dentro de Actitud	76,5%	50,0%	73,1%	75,6%
	% del total		60,5%	,4%	14,7%	75,6%
	Si	N	48	1	14	63
		% dentro de Aparato	76,2%	1,6%	22,2%	100,0%
		% dentro de Actitud	23,5%	50,0%	26,9%	24,4%
	% del total		18,6%	,4%	5,4%	24,4%
	Total	N	204	2	52	258
% dentro de Aparato		79,1%	,8%	20,2%	100,0%	
% dentro de Actitud		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
% del total		79,1%	,8%	20,2%	100,0%	

Tabla.7

			Conocimiento			Total
			Alto	Bajo	Moderado	
Actitud	Buena	N	10	25	169	204
		% dentro de Actitud	4,9%	12,3%	82,8%	100,0%
		% dentro de Conocimiento	71,4%	62,5%	82,8%	79,1%
		% del total	3,9%	9,7%	65,5%	79,1%
	Mala	N	0	2	0	2
		% dentro de Actitud	,0%	100,0%	,0%	100,0%
		% dentro de Conocimiento	,0%	5,0%	,0%	,8%
		% del total	,0%	,8%	,0%	,8%
	Regular	N	4	13	35	52
% dentro de Actitud		7,7%	25,0%	67,3%	100,0%	
% dentro de Conocimiento		28,6%	32,5%	17,2%	20,2%	
	% del total	1,6%	5,0%	13,6%	20,2%	
Total	N	14	40	204	258	
	% dentro de Actitud	5,4%	15,5%	79,1%	100,0%	
	% dentro de Conocimiento	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	5,4%	15,5%	79,1%	100,0%	

Tabla.8

			Tipo De Conocimiento				Total
			Científico	Cotidiano	Empírico	Técnico	
ACTITUD	Buena	N	101	95	2	6	204
		% dentro de Actitud	49,50%	46,60%	1,00%	2,90%	100,00%
		% Tipo De Conocimiento	79,50%	81,20%	66,70%	54,50%	79,10%
		% del total	39,10%	36,80%	0,80%	2,30%	79,10%
	Mala	N	1	0	0	1	2
		% dentro de Actitud	50,00%	0,00%	0,00%	50,00%	100,00%
		% Tipo De Conocimiento	0,80%	0,00%	0,00%	9,10%	0,80%
		% del total	0,40%	0,00%	0,00%	0,40%	0,80%
	Regular	N	25	22	1	4	52
		% dentro de Actitud	48,10%	42,30%	1,90%	7,70%	100,00%
		% Tipo De Conocimiento	19,70%	18,80%	33,30%	36,40%	20,20%
		% del total	9,70%	8,50%	0,40%	1,60%	20,20%
Total	N	127	117	3	11	258	
	% dentro de Actitud	49,20%	45,30%	1,20%	4,30%	100,00%	
	% Tipo De Conocimiento	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	
	% del total	49,20%	45,30%	1,20%	4,30%	100,00%	

Tabla.9

			Tipo de Conocimiento				Total
			Científico	Cotidiano	Empírico	Técnico	
CONOCIMIENTO	Alto	N	6	8	0	0	14
		% Conocimiento	42,90%	57,10%	0,00%	0,00%	100,00%
		% Tipo De Conocimiento	4,70%	6,80%	0,00%	0,00%	5,40%
		% del total	2,30%	3,10%	0,00%	0,00%	5,40%
	Bajo	N	16	21	0	3	40
		% Conocimiento	40,00%	52,50%	0,00%	7,50%	100,00%
		% Tipo De Conocimiento	12,60%	17,90%	0,00%	27,30%	15,50%
		% del total	6,20%	8,10%	0,00%	1,20%	15,50%
	Moderado	N	105	88	3	8	204
		% Conocimiento	51,50%	43,10%	1,50%	3,90%	100,00%
		% Tipo De Conocimiento	82,70%	75,20%	100,00%	72,70%	79,10%
		% del total	40,70%	34,10%	1,20%	3,10%	79,10%
Total	N	127	117	3	11	258	
	% Conocimiento	49,20%	45,30%	1,20%	4,30%	100,00%	
	% Tipo De Conocimiento	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	
	% del total	49,20%	45,30%	1,20%	4,30%	100,00%	

