

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA



*HIGIENE ORAL, CAMBIO DE ACTITUD Y TOMA DE CONCIENCIA EN
ADOLESCENTES DESPUÉS DE RECIBIR INFORMACIÓN CON IMÁGENES
DE IMPACTO SOBRE SALUD ORAL*

Por:

Karina Rincón Garza

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

Febrero, 2013

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
SUBDIRECCIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIOS DE POSGRADO

*HIGIENE ORAL, CAMBIO DE ACTITUD Y TOMA DE CONCIENCIA EN
ADOLESCENTES DESPUÉS DE RECIBIR INFORMACIÓN CON IMÁGENES DE
IMPACTO SOBRE SALUD ORAL*

Honorables miembros del jurado:

Presidente

Secretario

Vocal

Asesores de tesis:

E.P.M.E. María de los Ángeles Andrea Carvajal Montes de Oca

Director de Tesis

ME. Gustavo Martínez González

Asesor Estadístico

MCO. PhD. Martha Elena García

Coordinadora del Posgrado de Odontopediatría

MEO. PhD. Sergio Eduardo Nakagoshi Cepeda

Subdirector de Estudios de Posgrado

AGRADEIMIENTOS

El cielo es el límite...

Hoy culmino una de las etapas más importantes de mi vida, un sueño alcanzado y una meta cumplida. Recorrer el camino para realizar este sueño no fue fácil, y sola no lo habría logrado, es por eso que agradezco a todos aquellos que me han acompañado en el recorrido para alcanzar esta meta.

Primeramente agradezco a Dios por el don de la Vida, por darme la dicha de soñar y lograr alcanzar mis sueños. Le agradezco infinitamente el estar a mi lado en cada paso que doy, cada decisión tomada y cada acción realizada. Agradezco a Dios por ser Mi Fuerza.

Agradezco especialmente a mi mayor fortaleza y bendición: mi familia. Porque gracias a mis papás soy quien soy. Gracias por toda su entrega, sacrificios, esfuerzo para guiarme y apoyarme en la realización esta meta. Gracias por su apoyo y amor incondicionales a lo largo de mi vida. Gracias por creer en mí, no los defraudaré. Gracias a mi hermano por estar siempre al pendiente de mi, apoyándome y dándome ánimo para continuar mis estudios. Gracias por los sacrificios que has hecho para que yo cumpliera mi sueño.

Gracias a mi novio por alentarme a estudiar la maestría, por su comprensión, su apoyo incondicional y su amor. Gracias por estar siempre para mí.

Agradezco a mis compañeras de generación por el tiempo compartido, cada aprendizaje, cada paciente, cada risa, cada lágrima. Gracias por su amistad.

Agradezco a la Dra. Andrea Carvajal por su entrega, dedicación y apoyo para poder realizar de la mejor manera este trabajo.

Agradezco a la Dra. Martha Elena García, a la Dra. Ana María Salinas y a la Dra. Eyra Rangel por su apoyo para la realización de este trabajo, pero especialmente por su apoyo a lo largo de mi maestría. Gracias de todo corazón por haber creído en mí y darme la oportunidad de pertenecer al Posgrado de Odontopediatría de la UANL.

Tabla de contenido

Sección	Página
Resumen.....	1
1. Introducción.....	2
2. Hipótesis.....	4
3. Objetivos.....	5
3.1 Objetivo general.....	5
3.2 Objetivos específicos.....	5
4. Antecedentes.....	7
4.1 El Adolescente.....	7
4.2 Salud oral.....	9
4.2.1 Placa Bacteriana.....	10
4.2.2 Enfermedades bucodentales frecuentes en el adolescente....	11
4.3 Índice de Higiene Oral Simplificado.....	13
4.4 Conocimiento y actitud sobre Salud Oral.....	16
4.5 Promoción de la Salud Oral.....	17
4.6 Formación de Conciencia.....	18
4.7 Actitud.....	20
5. Marco de Referencia.....	21
5.1 Hábitos de higiene oral.....	21
5.2 Creencias sobre caries e higiene oral en el adolescente.....	21
5.3 La Salud bucal en la percepción del adolescente.....	22
5.4 Estado de salud bucal en adolescentes mexicanos.....	23
5.5 Modificación de los conocimientos y actitudes de la salud bucal del adolescente.....	23
5.6 Enfermedad periodontal y grado de higiene oral.....	24
5.7 Teoría de tres pasos.....	24
5.8 Evaluación del éxito de la educación sobre higiene a adolescentes y sus padres.....	24
5.9 Estrategias de impacto sobre ITS.....	25
5.10 Intervención educativa sobre embarazo.....	25

6. Materiales y Método.....	27
6.1 Universo del estudio.....	27
6.2 Tamaño de la muestra.....	27
6.3 Criterios de selección.....	28
6.3.1 Criterios de inclusión.....	28
6.3.2 Criterios de exclusión.....	28
6.3.2 Criterios de eliminación.....	28
6.4 Definición de variables.....	29
6.5 Descripción de procedimientos.....	30
6.6 Validación de datos.....	31
7. Resultados.....	32
8. Discusión.....	36
9. Conclusiones.....	41
10. Referencias.....	33
11. Apoyos visuales.....	50

RESÚMEN

Páginas:

Área de estudio: Odontopediatría, IHOS

Título: *HIGIENE ORAL, CAMBIO DE ACTITUD Y TOMA DE CONCIENCIA EN ADOLESCENTES DESPUÉS DE RECIBIR INFORMACIÓN CON IMÁGENES DE IMPACTO SOBRE SALUD ORAL*

Autores: Rincón Garza K.; Carvajal Montes de Oca M. A.

Palabras Clave: Adolescentes, IHOS, actitud, imágenes de impacto, salud oral.

Introducción: Se ha demostrado que la caries así como los problemas periodontales son las más prevalentes en la sociedad. Con este estudio se pretende encontrar y establecer estrategias que el odontólogo, los padres y maestros podamos utilizar de tal manera influir para que se dé una real toma de conciencia y se den resultados positivos en el adolescente y por consiguiente en la sociedad. Si los adolescentes reciben información y logran modificar su actitud y tomar conciencia de la importancia de tener hábitos de higiene oral, será más fácil prevenir y evitar dichas enfermedades al llegar la adultez.

Propósito: Evaluar si hay mejoría en IHOS de adolescentes reflejada en un cambio de actitud y toma de conciencia sobre hábitos de higiene oral, difundidos por medios audiovisuales con imágenes de impacto.

Métodos de estudio: Se eligieron aleatoriamente 3 escuelas secundarias de Monterrey N.L., México. Se decidió realizar una muestra de 250 adolescentes entre 13 y 15 años, como una muestra representativa de los adolescentes escolarizados de ésta ciudad. Al llegar a cada una de las escuelas se les tomó el Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS) a cada adolescente para determinar su higiene oral y posteriormente se les impartió una plática sobre el cuidado y la salud oral así como prevención de la misma. La presentación de la plática constaba de imágenes de impacto para ellos sobre el cuidado y salud oral. Se esperó alrededor de un mes para volver a ir a las escuelas y volver a evaluar a los mismos adolescentes para determinar si existió mejoría en su IHOS.

Resultados: Doscientos cincuenta adolescentes de los cuales 126 mujeres y 124 hombres, de edades entre 13 y 15 años participaron en esta investigación. Antes de la presentarles a los adolescentes la plática sobre higiene y salud oral, el porcentaje de adolescentes con buena higiene era de 43.20% que representa a 108 adolescentes hombres y mujeres del total de la muestra y posterior a la plática la buena higiene incrementó un 32.4%, obteniendo un 75.60% de la población estudiada con buena higiene oral, representada por 189 adolescentes.

Conclusiones: En este estudio se pudo comprobar que con presentarles a los adolescentes imágenes sobre higiene oral que los impacten, se logró que los adolescentes captaran el mensaje transmitido. La atención que los adolescentes mostraron, y el cambio de actitud, comprueban los resultados satisfactorios que se obtuvieron en la realización de este trabajo de investigación ya que se logró modificar su actitud positivamente reflejada en una mejoría en su IHOS.

1. INTRODUCCIÓN

La juventud es el futuro de cualquier Nación

Debido a que la adolescencia es una etapa difícil por la que los jóvenes atraviesan, es de importancia que la sociedad comprenda su situación y no quiera tratarlos como niños o como adultos, sino tratarlos como lo que son: Adolescentes.

Actualmente en el estado de Nuevo León, México se han implementado diversos programas de prevención para lograr mejorar la salud general tanto de niños como de adolescentes, esto con el fin de lograr un bienestar en las comunidades. Existe muy poca, por no decir nula información sobre cuáles son los conocimientos de los adolescentes del país, relacionados con la salud e higiene oral. Lo que si sabemos gracias a investigaciones previas es que los adolescentes presentan una actitud positiva a recibir información sobre la salud oral para mejorar su higiene oral, decidiendo realizar este estudio que ayude a evaluar de manera objetiva y mediante IHOS, la toma de conciencia en el adolescente reflejada en un cambio de actitud sobre hábitos de higiene oral, difundidos por medios audiovisuales con imágenes de impacto. Esperando una respuesta positiva y colaboración por parte del adolescente para mejorar sus hábitos de higiene oral.

Debido a que los adolescentes no presentan una idea clara sobre salud bucal, su manutención y promoción, estos temas deben ser tratados con más información, para que quieran obtener una buena salud bucal y que ésta se mantenga durante su vida adulta.

Por tal motivo se vio la necesidad de realizar este estudio porque en la actualidad se ha demostrado que la caries dental así como los problemas periodontales son las más prevalentes en la sociedad.

Y que se deben buscar estrategias que el odontólogo, los padres y maestros podamos utilizar para influir desde esta edad, y que se dé una real toma de conciencia y se logre marcar al adolescente, en como la higiene bucal es la base de la salud oral.

Si los adolescentes reciben información y logran modificar su actitud y tomar conciencia sobre hábitos de higiene oral a tiempo, será más fácil prevenir y evitar dichas enfermedades durante la vida adulta y lograr una mejor calidad de vida en la sociedad.

Concientizando desde edades tempranas de la importancia de la salud bucal, creando conciencia de una cultura de prevención, y comprometiendo al Odontólogo de la importancia de crear hábitos de higiene en sus pacientes, responsabilizando a estos de mantener su propia salud, necesario para que la prevención sea el centro en el cual gira la Odontología. Desarrollando una nueva escala de valores donde el valor más alto será del mantenimiento de la salud bucal y las restauraciones serán solo una parte necesaria.

2. HIPÓTESIS

Hi:

La higiene oral de los adolescentes mejora al recibir información por medios audiovisuales con imágenes de impacto, logrando un cambio de actitud y toma de conciencia.

Hipótesis nula

Ho:

La higiene oral de los adolescentes no mejora al recibir información por medios audiovisuales con imágenes de impacto, y no logra un cambio de actitud y toma de conciencia.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo general

Evaluar la higiene oral, el cambio de actitud y la toma de conciencia sobre hábitos de higiene oral, mediante información difundida por medios audiovisuales con imágenes de impacto en adolescentes de la ciudad de Monterrey N.L .México.

3.2 Objetivos específicos

- a) Determinar qué tipo de estrategias impactan al adolescente para querer tener una mejor higiene oral.
- b) Determinar a que edad y género se debe influir con mayor énfasis sobre higiene oral
- c) Proporcionar educación y promoción de la salud dental en adolescentes para formar hábitos de higiene que los lleve a una vida adulta con una buena salud oral.
- d) Determinar el promedio de placa dentobacteriana y cálculo antes y después de recibir información

- e) Evaluar en el adolescente el grado de higiene oral, a través del IHOS antes y después de la promoción.
- f) Determinar si la información dada influye en el adolescente al pasar el tiempo

4. ANTECEDENTES

La prevención y la promoción de la salud persiguen como meta preservarla. El objetivo de la prevención es evitar la enfermedad mientras que el objetivo de la promoción es mejorar y aumentar los niveles de salud.

Uno de los objetivos de la promoción establece la posibilidad de influir positivamente mejorando los niveles de salud de los individuos y las poblaciones.

La mayoría de las enfermedades orales, como la caries, las enfermedades periodontales y los problemas de articulación temporomandibular (ATM), malposiciones dentales , tienen una relación directa con una higiene oral deficiente, el consumo de azúcar, de tabaco, de alcohol o el estrés.

Difícilmente se pueden controlar estos problemas, se requiere un enfoque de cambio de actitudes y comportamientos que deben de estar regulados por los odontólogos. (Cuenca E. y cols, 1994)

4.1 El Adolescente

La palabra “adolescencia” proviene del latín *adolesco-adolescere*, que quiere decir crecer. La adolescencia es una etapa de crecimiento que va desde la infancia hasta la adultez. En dicha etapa ocurren diversas transformaciones física, cognitiva, emocional y social, esto varía según el género.

La adolescencia comienza con la pubertad, donde los cambios físicos son más notorios. El término de la adolescencia es más difícil de definir, ya que se menciona que puede ser cuando se logra autonomía, inserción en la sociedad e independencia económica, de ahí su dificultad para dicha terminología. Existen tres diferentes clasificaciones para determinar la cronología de la adolescencia, considerando la evolución física y mental.

- a) Adolescencia temprana: 10 a 13 años en mujer y 10-14 años en hombres.
- b) Adolescencia intermedia: 13-16 años en mujeres y 14-17 en hombres
- c) Adolescencia tardía: 16 – 20 años en mujeres y 17 – 21 en hombres.

Los principales problemas de salud de los adolescentes de deben a factores de riesgo del entorno. (De Frutos Gallego E., 2009).

Otra forma de describir este momento de la existencia es como una verdadera crisis, que se da en diferentes niveles, y con repercusiones muy importantes para la vida del adolescente.

En la adolescencia también sufren crisis los padres y la sociedad. Es decir que este periodo aparentemente individual o de independencia, tiene repercusiones sociales. La adolescencia además debe entenderse como un periodo de transición, el cual se prolonga conforme al comportamiento de los adultos y en donde la sociedad también tiene su participación en la medida que pone los límites para el ingreso en el mundo de sus responsabilidades.

Es de gran importancia para la sociedad poder comprender que el adolescente no es más que: una persona en etapa intermedia entre un niño y un adulto, y que como tal vive y tiene sus propias cualidades, desarrollo, características, etc. Saber reconocer eso, sería de gran ayuda para el adolescente a enfrentar y en su caso a superar su etapa de transición (Acosta Humberto).

Finalmente, el desarrollo en la adolescencia se puede definir como un proceso por el cual estos individuos satisfacen sus necesidades, generan ciertas competencias y habilidades que repercuten en la sociedad.

Para conseguir un desarrollo pleno, son claves el bienestar mental y físico ligado a la salud, así como la educación, el empleo y su participación en la sociedad, además del apoyo por parte del núcleo familiar y comunidades, para hacer más sólido este desarrollo.

Los adolescentes y los jóvenes representan un 30% de la población de América Latina; y la salud de ellos es la clave para el progreso social.

Sin embargo, frecuentemente las necesidades y los derechos de los adolescentes no figuran en las políticas públicas, ni en el sector salud público.

Es nuestra responsabilidad como parte de la población y aun más como proveedores de salud promover el desarrollo del adolescente, apoyarlos y guiarlos en sus necesidades (Maddaleno Matilde, y Cols 2003).

4.2 Salud Oral

Factores demográficos o psicosociales y el estilo de vida que lleva el adolescente pueden influir en sus hábitos de salud en general.

Entre los factores sociales puede ser que el adolescente al no sentirse comprendido o acogido por la sociedad adquiera malos hábitos de higiene en forma de protesta.

Otros factores influyentes en el comportamiento del adolescente y que puede manifestarse en una mala higiene oral, son el estrés y la depresión ya que reducen la energía y la autodisciplina provocando un deterioro en sus hábitos de higiene oral y personal. (Davoglio y cols., 2009)

En la adolescencia, la salud en general, tanto personal como oral, es complicada de cumplir ya que son hábitos que requieren de “tiempo y sacrificio” y los adolescentes no están dispuestos a comprometerse a llevarlos a cabo ya que son dominados por los instintos buscando solo complacer el placer y la diversión. (Artola, 2002)

4.2.1 Placa bacteriana

La placa bacteriana (PB) es una biopelícula que está constituida por colonias de células microbianas y una matriz acelular que permite la entrada de agua y nutrientes. La placa bacteriana en la cavidad oral consta de microorganismos adheridos entre si y a una superficie y rodeados de un material extracelular originado de: bacterias, dieta y saliva. Ésta aparece como un deposito blando de color blanco-amarillo que al estar adherido no se desprende con por la masticación ni por el aire a presión.

Existen dos tipos de placas dentales que están relacionadas con la encía: las supragingivales localizada en superficies lisas y las subgingivales localizadas dentro del surco gingival. La primera también se puede denominar según su localización: placa marginal (localizada en el margen gingival), placa proximal (localizada en contactos proximales) y placa de fosas y fisuras.

Un control de la PB se realiza por medio de una acción mecánica, es decir el cepillado dental, el cual si se realiza adecuadamente se puede controlar tanto la placa supragingival y la subgingival.

Aunque es el método más efectivo, no logra controlar la placa de las superficies proximales y para ello se utilizan auxiliares como hilo dental o cepillos interdentes.

Este tipo de control de placa es llamado control mecánico. Otro tipo de control, es el químico, el cual no sustituye al mecánico dado que solo es un complemento. Entre los elementos químicos los más usados son los derivados del triclosán, derivados fluorados, clorhexidina, entre otros y sus formas de administración se encuentran entre colutorios, aerosoles, geles y barnices (Cuenca E. y cols, 1994).

La caries y las enfermedades periodontales representan los problemas de salud de mayor prevalencia en la población. La caries dental se puede definir como una enfermedad que produce desmineralización localizada y progresiva de los tejidos duros del diente. Son denominadas enfermedades periodontales a las que afectan al periodonto: encía, hueso alveolar, ligamento periodontal y cemento radicular; que se encargan de brindarle protección y soporte a las piezas dentales. De estas enfermedades las más comunes son la gingivitis o inflamación de las encías y la periodontitis, que inflama y destruye los tejidos blandos y hueso que soportan al diente (Cuenca E. y cols, 1994).

Conforme erupcionan las piezas dentales, surgen a la vez factores de riesgo para que se manifieste la enfermedad bucal, especialmente la caries y la gingivitis. Dichos factores son: la presencia de placa dental, la dieta, la susceptibilidad del individuo y los pocos hábitos de higiene oral, dando lugar al desarrollo de bacterias capaces de producir la enfermedad (Alzate Tatiana M. y cols. 2005).

4.2.2 Enfermedades bucodentales frecuentes en el adolescente:

A. Caries

La caries dental es una de las principales enfermedades que afectan la cavidad bucal. La caries, se define como una enfermedad infecciosa, y multifactorial.

Se caracteriza por el reblandecimiento del tejido duro del diente que evoluciona hasta que se forme una cavidad. (De la Fuente-Hernandez, y cols, 2008) en esmalte, que si no se lleva a tratamiento, puede producir un daño colateral en la dentina y/o tejidos pulpares. (García.Cortés, y Cols.; 2009)

B. Enfermedad Periodontal

Las enfermedades periodontales, son otra enfermedad que afecta frecuentemente a los adolescentes. Las más comunes son la gingivitis y la periodontitis. Las cuales se presentan con mayor prevalencia en hombres antes de los 20 años. (Ortega-Maldonado y cols., 2007)

Está demostrado que la prevalencia y la extensión de la gingivitis aumenta con la edad, iniciando en la dentición temporal con un pico en la pubertad. (Massler y col. 1952)

El factor hormonal propio de la adolescencia puede ser factor para 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. Éste 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. (Newman, y Cols.,2010)

Otra enfermedad que afecta a los adolescentes de forma agresiva y que está asociada con procesos inmunológicos es la periodontitis agresiva localizada, siendo ésta una enfermedad periodontal temprana y severa que destruye tejido conectivo y óseo y que generalmente afecta a más de una pieza dental de la dentición permanente.

La edad más común de aparición de la periodontitis agresiva es entre los 12 y los 26 años de edad y no presenta una clara etiología, sin embargo si presenta factores predisponentes que pueden desencadenarla: factor genético o microbiológico.

La periodontitis agresiva tiene dos formas de presentarse: periodontitis agresiva localizada (afectando solo a incisivos superiores e inferiores y molares, especialmente primeros) y la periodontitis agresiva generalizada que abarca otros sectores.

Se considera que la pérdida ósea vertical alrededor de los primeros molares e incisivos en personas que no manifiesten alguna otra enfermedad, es un signo de diagnóstico de periodontitis agresiva localizada, anteriormente llamada periodontitis juvenil. (López y cols., 2006)

4.3 Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS)

Se utiliza este índice para determinar el grado de higiene bucal. Es el índice que más se utiliza por su practicidad y porque permite realizar las mediciones en un modo más rápido.

Se compone de:

- a) Depósitos blandos: Restos de alimentos, pigmentos y placa bacteriana.
- b) Depósitos duros: Miden el tártaro y sarro

Su procedimiento es: (1) selección de dientes, (2) Número de superficies y (3) puntuación.

- a) Selección de dientes y número de superficies: se divide la boca en sextantes y se revisa el primer molar (1.6, 2.6, 3.6 y 4.6), en caso de no estar o estar restaurado con una corona total se sustituye por el segundo. En los molares superiores se observan las superficies vestibulares y en los inferiores las superficies linguales.

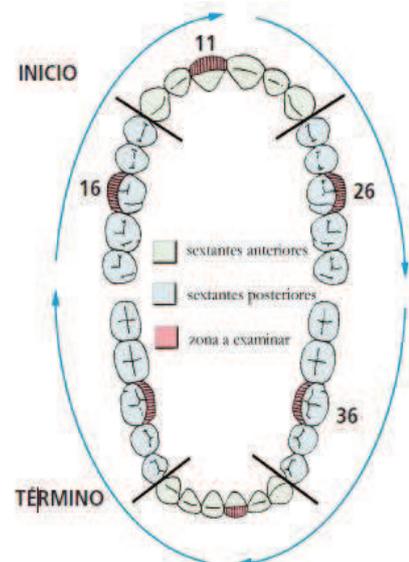


Fig. 1 Selección de dientes y número de superficies

En segmentos anteriores se observa la superficie vestibular del central superior derecho (1.1) y del central inferior izquierdo (3.1). Se valora iniciando por el 1.6, 1.1, 2.6, 3.6, 3.1 y 4.6. y se valoran detritos y cálculo. (Fig. 1) (Definimos detritos como la materia suave que se adhiere al diente, formado por mucina, bacterias y restos de alimentos.)

- b) Puntuación:

El IHOS tiene un valor mínimo de 0 y un valor máximo de 6, contabilizando detritos y cálculo.

VALOR O CÓDIGO	CRITERIO	SIGNO CLÍNICO
0	Ausencia de detritos o mancha extrínseca en la superficie examinada.	
1	Presencia de detritos cubriendo menos de 1/3 de la superficie del diente, o ausencia de detritos, más presencia de mancha extrínseca.	
2	Presencia de detritos cubriendo más de 1/3 pero no más de 2/3 de la superficie examinada; podrá haber o no presencia de mancha extrínseca.	
3	Presencia de detritos cubriendo 2/3 de la superficie examinada; podrá haber o no la presencia de mancha extrínseca.	

VALOR O CÓDIGO	CRITERIO	SIGNO CLÍNICO
0	Ausencia de cálculo supragingival.	
1	Presencia de cálculo supragingival cubriendo menos de 1 /3 de la superficie examinada.	
2	Presencia de cálculo supragingival cubriendo más de 1 /3 pero no más de 2/3 de la superficie examinada o bien presencia de pequeñas porciones de cálculo subgingival.	
3	Presencia de cálculo supragingival cubriendo más de 2 /3 de la superficie examinada o bien una faja continua de cálculo subgingival a lo largo de la región cervical del diente.	

El promedio de detritos se obtiene al sumar los valores encontrados y dividir entre las superficies evaluadas. El IHOS es la suma del promedio de detritos vestibulares y del cálculo dentario.

Escala de valoración:

Excelente 0

Buena 0.1 – 1.2

Regular 1.3 – 3.0

Mala 3.1 – 6.0

(Greene y Vermillon, 1964)

4.4 Conocimiento y actitud sobre Salud Oral

Las creencias predominantes sobre los factores que influyen la salud dental son: la herencia, el embarazo, la edad de erupción de las piezas dentarias temporales, la ingestión de antibióticos y la "mala" alimentación. La población atribuye a los "dulces" un efecto negativo sobre los dientes.

Solo unos pocos reconocen como causa la falta de higiene oral. El manejo de la situación salud y la enfermedad se limita a resolver problemas en que el dolor aparece como el factor causal. La forma negativa en que la población percibe los servicios dentales, condiciona disminución de la concurrencia a citas dentales periódicas. (Misrachi L, y cols, 1989)

Existe una mayor conciencia hacia la prevención de caries que a la prevención de problemas periodontales, en la población en general. (Al-Omiri Mahmoud K. y cols, 2005). Un mayor conocimiento también está asociado con una mejor técnica de cepillado, hasta el correcto ajuste de la cantidad de pasta dental necesaria para realizar el proceso de cepillado bucal. (Smyth y Cols., 2005)

Se ha demostrado que principalmente los niños, tienen una actitud positiva sobre el cuidado y la higiene oral, sin embargo existe el miedo al dentista y al tratamiento dental.

Los niños reconocen la importancia sobre la salud dental para el buen funcionamiento del resto del cuerpo. Sin embargo, se encuentra que sus hábitos de higiene son irregulares al igual que las vistas al dentista y que la participación y el apoyo de los padres es poco. (Al-Omiri Mahmoud K. y cols, 2005).

La actitud de la madre, así como sus propios conocimientos son factores de riesgo predisponentes a una mala higiene oral y la presencia de caries en sus hijos. (Pérez, y Cols., 2002)

Los padres reconocen que su falta de interés y de conocimiento sobre la salud dental, así como sus propios miedos son limitantes para el cuidado dental de sus hijos (Al-Omiri Mahmoud K. y cols, 2005).

En cuanto a los adolescentes, recurrir a la atención odontológica está relacionado con el interés de sus cuidadores y de su propia vanidad.

Las principales motivaciones que van a llevar al adolescente a tener buenos hábitos de higiene, específicamente oral, son: el mal aliento y/o la vergüenza. (Saliba-Garbin, y Cols., 2009)

4.5 Promoción de la Salud

La Carta de Ottawa menciona que la promoción de la salud es el proceso por el cual se capacitan a las personas para que tengan un mayor control sobre su salud y así sean capaces de mejorarla. (Cuenca E. y cols, 1994)

La educación para la salud bucal debe ser considerada con el pilar que sustente todo programa asistencial futuro. La función del odontólogo es desempeñar funciones de educador para así motivar y lograr los cambios esperados en el paciente, crear hábitos saludables en él mejorando así su salud oral y evitar la aparición de posibles enfermedades. El paciente y su familia deben ser capacitados para que sean responsables de su propia salud dental. (Ruiz Fera Noraydi y cols. 2004)

Promover la salud oral se enfoca en reducir las diferencias en el estado actual de la salud y proporcionar los medios que van a permitir a la comunidad a desarrollar su salud potencial. La promoción de la salud bucal combina tres medidas:

1. Educación moderna en salud con destrezas individuales y sociales
2. Protección de la salud, medidas para adoptar comportamientos y estilo de vida saludables
3. Reorganización de los sistemas de salud, asegurando servicios de gran calidad para la comunidad.

Para poder lograr una buena promoción de la salud oral, es necesario tomar en cuenta distintos conceptos: hábitos dietéticos, hábitos de higiene, visitas periódicas al odontólogo y el uso de flúor.

Es importante complementar la educación y la promoción en la salud oral, ya que la educación es necesaria para iniciar, implementar y mantener programas y la promoción es necesaria para reforzar los comportamientos positivos y mejorar la salud. (Delgado Angulo E. y cols, 2006)

La OMS y la Federación Dental Internacional, propusieron una meta para el año 2020, que consiste en que en los menores de 12 años de edad, la prevalencia de caries sea limitada a tres piezas dentales como máximo. (Ortega-Maldonado y Cols.; 2007)

4.6 Formación de conciencia

La conciencia se define como el conjunto de procesos cognitivos y afectivos que forman un gobierno moral interiorizado sobre la conducta del individuo (Vargas Vargas Jorge Eduardo, 2009). Se puede decir que es la capacidad del hombre de darse cuenta de algo. La conciencia hace al hombre capaz de querer, elegir y de poner en práctica lo aprendido. (Orozco Cabal Luis Felipe, 2000)

Hay tres elementos que se deben de considerar en función de las acciones de las personas: con intención, con conocimiento y sin influencias externas que pretendan controlar el acto.

Piaget propone que los niños mayores no saben más porque se les ha enseñado más, si no que es por su desarrollo, a medida que maduran adquieren más experiencia. (Vargas Vargas Jorge Eduardo, 2009) Desde la teoría cognitivo-social de las perspectivas de meta, se señala que en los contextos de logro, existen dos perspectivas de meta independientes que reflejan el criterio que siguen las personas para juzgar su competencia y por el que definen el éxito y el fracaso, denominadas: orientación a la tarea y orientación al ego.

En concreto, las personas orientadas a la tarea juzgan su nivel de capacidad basándose en un proceso de comparación con ellos mismos, mientras que aquellas orientadas al ego juzgan si son o no competentes comparándose con otros. Asimismo, la perspectiva de meta influirá en cómo la persona siente, interpreta y responde a esta actividad de logro.

Se ha encontrado que los chicos que están más orientados al ego practican más deporte y tienen una peor higiene dental. Sin embargo, los chicos que están más orientados a la tarea practican más deporte y más actividad física, usan más el cinturón de seguridad en el carro y consumen menos tabaco y alcohol. En cuanto a las chicas, la orientación al ego se ha asociado a un menor uso del cinturón de seguridad, a una peor higiene dental y a mayor número de relaciones sexuales.

Sin embargo, las chicas orientadas a la tarea son más activas físicamente, tienen una mejor higiene dental, son más tardías en cuanto a la edad de la primera experiencia sexual y consumen menos tabaco y alcohol. (Castillo Isabel, 2004)

4.7 Actitud

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 conocimientos en general, dotada de una carga afectiva a favor o en contra de un objeto. (Rodríguez, 1991)

Katz y Stotland describen actitud como un conjunto de tres componentes: cognitivo, emocional y conductual. El primer componente, el cognitivo, se enfoca en la creencia que se tiene sobre el objeto. El componente emocional o también llamado afectivo es referente a las emociones o sentimientos ligados al objeto. Y el componente conductual se refiere a cómo se actúa hacia el objeto, el comportamiento real hacia dicho objeto. (Eisenberg, 2011)

Sabiendo que la actitud es un estado de disposición psicológica, adquirida y organizada a través de la experiencia, incitando al individuo a reaccionar de una manera determinada frente a diversas personas, objetos o situaciones, éstas no son susceptibles de observación directa y sólo han de ser inferidas de las expresiones verbales; o de la conducta observada. (Fernández de Pinedo, 2011)

Las actitudes se adquieren durante toda la vida, no se nacen con ellas, por tal motivo es de suma importancia que en la niñez y adolescencia se guíe con educación para la salud, siendo así el paciente capaz de formar sus propios comportamientos positivos al respecto, en esas etapas de desarrollo tomando en cuenta que no será necesario modificarlas después. En pocas palabras, mientras más temprano se realicen, mejor futuro para el paciente. (Ruiz Feria Noraydi y cols. 2004)

5. MARCO DE REFERENCIA

5.1 Hábitos de higiene oral

Se realizó un cuestionario de preguntas sobre hábitos y conocimientos de salud oral y utilización de los servicios de atención dental.

La frecuencia de cepillado sí bien ha mejorado sigue siendo baja. La asistencia al dentista aumenta y supone un refuerzo positivo en el mantenimiento de los hábitos saludables (Doria-Bajo A., 2003)

Otro estudio realizado por María Esther Irigoyen y cols., en el 2001, refirió que dieron seguimiento en un período de 20 meses a escolares, con el propósito de identificar si existen modificaciones en el índice de caries y dental y describir los hábitos de higiene oral de esta población. En esta investigación se arrojaron resultados, encontrando que un tercio (39.5%) de los escolares refirieron cepillarse los dientes entre una y dos veces al día. Sin embargo, se presentó una reducción en el índice de caries con un mayor uso de dentífricos a base de flúor. (Irioyen y Cols, 2001)

5.2 Creencias sobre caries e higiene oral en el adolescente

El Dr. Jorge Tazcón, realizó un estudio en el año 2005, donde se buscaba conocer las creencias que sobre caries e higiene oral tienen los adolescentes escolarizados.

El uso del Modelo de Creencias en Salud permitió conocer las creencias básicas que sobre caries e higiene oral tienen los adolescentes escolarizados del Valle del Cauca. Las creencias y prácticas de los participantes no son favorables para la prevención y control de la caries. Es necesario diseñar intervenciones preventivas para mejorar las percepciones y reducir la presencia y efectos de la caries dental. (Tascón Jorge, 2005)

5.3 La salud bucal en la percepción del adolescente

Se realizó otro estudio en el año 2009, buscando evaluar la percepción del adolescente sobre las condiciones de su salud bucal, así como sobre los factores para su mantención y promoción. Se aplicó un cuestionario estructurado a 493 adolescentes.

Entre los entrevistados, el 68,4 % conceptuó salud bucal como higiene y el 16,2 % como apariencia. Ya la percepción de los mismos cuanto a su Salud bucal fue un 53,6 % buena y un 24 % 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, cuanto a la importancia de los dientes.

Pese a que los adolescentes presentan una idea sobre Salud bucal, y sobre su mantención y promoción, estos temas deben ser más trabajados, principalmente por medio de Educación en Salud, para que esos adolescentes obtengan una buena Salud bucal y que ésta se mantenga. (Saliba-Garbin Cléa A, 2009)

5.4 Estado de salud bucal en adolescentes mexicanos

En el estudio “Estado de salud bucal en adolescentes mexicanos” realizado por la Dra. Miriam Ortega, se determinó el estado de salud bucal (caries dental y gingivitis) en adolescentes mexicanos, así como el patrón de afección por tipo de diente y las necesidades de tratamiento dental. Material el estudio se realizó en 590 escolares, entre 13 y 16 años de edad. La presencia de caries dental se definió a partir del índice CPOD (diente cariado, perdido y obturado). La presencia de gingivitis se determinó por el diagnóstico sin sonda propuesto por el CONAVE.

La prevalencia de caries dental fue del 92,2 %, encontrando un índice CPOD de 7,3; la prevalencia de gingivitis fue de 13,7 %. Con relación al estado de salud bucal en adolescentes, la caries dental es la enfermedad de mayor prevalencia y su riesgo aumenta con la edad. (Ortega-Maldonado Miriam, 2010)

5.5 Modificación de los conocimientos y actitudes de la salud bucal del adolescente

Se hizo un estudio de intervención grupal educativa, para modificar conocimientos sobre salud bucal y cambiar actitudes negativas acerca de la higiene bucal en adolescentes de séptimo grado de secundaria, con los cuales se realizaron actividades educativas consistentes en técnicas participativas y juegos didácticos. A cada educando se le aplicó un cuestionario sobre los temas tratados y se llevó a cabo un control individual de la placa dentobacteriana.

La acción desarrollada modificó positivamente los conocimientos y la higiene bucal inadecuados hasta alcanzar la categoría de adecuados en 80,3 y 68,8 %, respectivamente. (Díaz del Mazo Lizel, y cols., 2001).

5.6 Enfermedad periodontal y grado de higiene oral

Se realizó un estudio en 294 niños, en edades comprendidas entre 6 y 12 años en Habana, Cuba, en el período comprendido desde noviembre del 2003 hasta junio del 2004, con la finalidad de determinar la prevalencia y gravedad de la enfermedad periodontal y el grado de higiene bucal. Se utilizaron los índices gingivales de Løe y Silness y el de placa de Silness y Løe. Se determinó que la prevalencia de la Enfermedad Periodontal era regular con el 53.7% de la población estudiada. (Olivera M., y cols., 2009)

5.7 Teoría de tres pasos

Se realizó una investigación, con adolescentes escolarizados de la ciudad de Medellín. Llevando a cabo la metodología en 3 pasos, primero la recolección, después la presentación de la información y por último la conclusión de los talleres. En cuanto a la higiene oral se encontró claridad sobre su importancia y necesidad; sin embargo, las prácticas higiénicas que ellos mismos relataron no fueron las más convincentes en cuanto a manera, frecuencia y elementos utilizados. Teniendo como inquietud que la salud bucal de los adolescentes también debe ser objeto de programas preventivos y de atención a la enfermedad bucal. (Alzate Tatiana M. y cols. 2005)

5.8 Evaluación del éxito de la educación sobre higiene a adolescentes y sus padres

En el 2006 Delgado-Angulo y cols., realizaron un estudio en comunidades marginadas de Carabayllo, donde se pretendía evaluar el éxito de brindar educación a los adolescentes mayores de 12 años junto con sus padres sobre:

Hábitos dietéticos hábitos de higiene, visita periódica al odontólogo y es uso de fluoruros. Las sesiones educativas fueron realizadas en un período de 12 a 18 meses y con éstas se lograron incrementar los conocimientos de los temas revisados a excepción de los alimentos criogénicos. De igual manera se lograron mejorar las prácticas sobre salud oral. Sin embargo no hubo respuesta satisfactoria en el consumo de azúcares entre comidas y el cepillado nocturno. En esta investigación se justifica el consumo de azúcares entre comidas ya que en edad escolar resulta un tanto imposible debido a que éstos son los alimentos que mayormente se consumen durante el receso en el horario escolar. (Delgado-Angulo y Cols, 2006)

5.9 Estrategias de impacto sobre ITS

En el año 2008 se realizó un estudio buscando estrategias para impactar a los adolescentes del país de Venezuela, donde se determinaron y modificaron los conocimientos sobre las infecciones de transmisión sexual (ITS) con la finalidad de crear un programa de instrucción y promoción para modificar sus actitudes en la vida sexual. El estudio duró 7 meses, se aplicó una encuesta antes y después de haberles proporcionado información sobre las ITS más frecuentes. Se logró un incremento significativo en el nivel cognoscitivo de los adolescentes sobre estas infecciones, se demostró la eficacia de la labor realizada y la efectividad en la promoción de salud. (*Chacón Bladimir, 2008*)

5.10 Intervención educativa sobre embarazo

Se realizó una investigación en forma de intervención educativa en adolescentes femeninas entre 16 y 19 años en Cuba, en el año 2006, dirigida a modificar favorablemente los conocimientos de las adolescentes sobre VIH/SIDA.

Se les aplicó un cuestionario sobre algunos temas de esta enfermedad, identificándose las necesidades de aprendizaje de acuerdo con el nivel de conocimiento que tenían sobre esta temática.

Posteriormente, se llevó a cabo el programa educativo, finalmente se evaluó la repercusión de la intervención empleando el mismo cuestionario cuatro semanas después de haber culminado la misma. Los resultados muestran un impacto favorable de la intervención de salud, la modificación del nivel de conocimientos sobre VIH-SIDA. (Camejo Puentes Marianela, y cols. 2006)

6. MATERIALES Y MÉTODO

6.1 Universo de estudio.

Adolescentes entre 13 y 15 años inscritos en escuelas secundarias de Monterrey, Nuevo León.

6.2 Tamaño de la muestra.

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

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

$$n = \frac{z^2 pq}{e^2} \quad n = 250$$

Donde:

n= número buscado de elementos de la muestra

z= nivel de confiabilidad

p= Proporción de estudiantes en la primera toma

q= Proporción de estudiantes en la segunda toma

e= error de estimación

6.3. Criterios de selección:

6.3.1. Criterios de Inclusión.

- a) Estudiantes adolescentes de 13 a 15 años inscritos en ciertas escuelas secundarias de Monterrey, Nuevo León.
- b) Estudiantes que presenten firmada la hoja de consentimiento.

6.3.2. Criterios de exclusión.

- a. Adolescentes con discapacidad física o mental.
- b. Adolescentes con aparatología ortodóntica.
- c. Quienes no acepten el consentimiento

6.3.3 Criterios de eliminación.

- a. Quien no haya acudido a clase en los días de la evaluación

6.4. Definición de variables

Dependientes		Independientes.	
Variable	Escala	Variable	Escala
<i>Salud oral</i>	<i>Cualitativa. Se medirá por medio de IHOS. En escala ordinal</i>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Género</i> • <i>Edad</i> • <i>Grado Escolar</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Cualitativa. Se evaluará según la anotación en la hoja de captura. En escala nominal.</i> • <i>Cuantitativo. Años cumplidos a la fecha de la revisión</i> • <i>Cuantitativa ordinal</i>

6.5. Descripción de procedimientos

Antes de comenzar las visitas a las escuelas, se realizó una presentación de Power Point, que sería la que se les presentaría a los adolescentes. La información y las imágenes que se presentaron constaron sobre caries y enfermedad periodontal y el proceso de ellas, así como imágenes impactantes sobre una mala higiene oral. Después de la descripción de las patologías, se colocaron medidas preventivas y cuidado dental.

Se visitaron escuelas secundarias de Monterrey, Nuevo León y a cada directora se le pidió autorización para la revisión de los alumnos y la plática de higiene oral.

El día de la visita, aleatoriamente se visitaron los salones de los tres grados de secundaria. En cada grado, se les aplicó a los alumnos solución reveladora para realizar el IHOS. A cada alumno se le revisó la cara vestibular del 1.6, 1.1, 2.6 y 3.1; así como la cara lingual de 3.6 y 4.6. Cada valoración fue anotada en la hoja de captura de cada alumno. Después de realizar las valoraciones, se presentó en cada salón la plática sobre salud e higiene oral, de una duración aproximada de 10 a 15 minutos, utilizando una computadora y proyectando las diapositivas por medio de un cañón. Este procedimiento fue realizado en las diferentes escuelas que fueron visitadas.

Una vez obtenidas las primeras muestras, se vaciaron en la hoja de captura estadística.

Después de un mes de haber obtenido la primera muestra y haber impartido las medidas de higiene oral, se volvieron a visitar las mismas escuelas y los mismos salones y se realizaron las segundas mediciones. A cada alumno antes examinado se le volvió a colocar solución reveladora de placa y se realizó de nuevo el IHOS, la valoración fue anotada en su misma hoja de captura, en un segundo apartado.

Una vez obtenidas todas las muestras se realizó el análisis estadístico correspondiente.

6.6 Validación de datos

La prueba de chi cuadrada es una prueba utilizada para evaluar hipótesis en el sentido de relación entre dos variables, aplica para variables nominales, ordinales o en intervalos. Su cálculo se realiza por medio de una tabla de contingencia o tabulación cruzada para las dos variables.

En la hipótesis que usualmente se pone a prueba, se busca la relación de las variables; para probar esta hipótesis se deberá contar con la frecuencia de cada variable y de cada categoría y con esto comparar la proporción de casos de Las categorías o clasificaciones de la variable.

Dicha prueba, evaluada con un 95% de confiabilidad para determinar el cambio de actitud antes y después de proporcionarles medidas preventivas, entre ellos, así como su relación con el género, la edad y el grado escolar.

7. RESULTADOS

Tabla 1.

En el tamaño de muestra de 250 adolescentes de los cuales 126 mujeres y 124 hombres, de edades entre 13 y 15 años participaron en esta investigación nos muestran los siguientes resultados.

Tabla 1						
	Femenino		Masculino		Total	
Edad	n_f	%	n_m	%	n_T	%
13	52	41,27	51	41,13	103	41,20
14	44	34,92	35	28,23	79	31,60
15	30	23,81	38	30,65	68	27,20
Total	126	100	124	100	250	100

n_f : población del sexo femenino, n_m : población del sexo masculino, n_T : tamaño total de la muestra, %: porcentaje por género y edad del total de la población

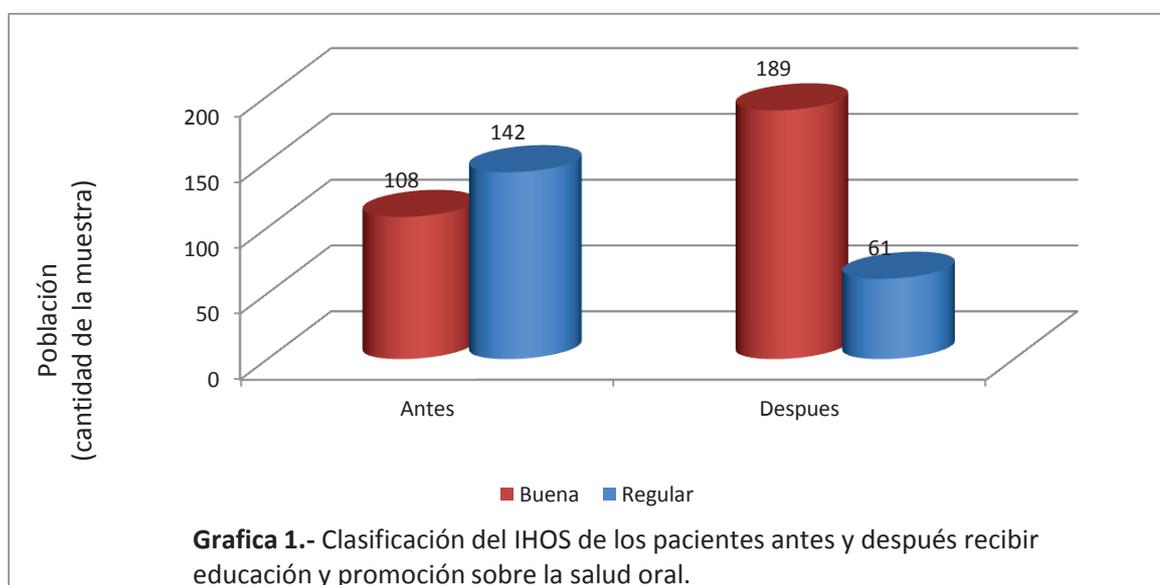
En el rango de 13 años de edad presenta una frecuencia de 41.27% representado por 52 mujeres y el 41.13% representado por 51 hombres.

En el rango de edad de 14 años, 44 mujeres presentan una frecuencia de 34.92% y 35 hombres representan el 28.23% de frecuencia.

El ultimo rango de este estudio, el de 15 años, que presenta una frecuencia de el 23.81% representado por 30 mujeres y el 30.65% es representado por 38 hombres.

Observando que la mayor población tanto de hombres como mujeres es a los 13 años de edad.

Grafica 1.- Clasificación del IHOS de los pacientes antes y después recibir educación y promoción sobre la salud oral.



La grafica muestra la el grado de higiene oral (IHOS) de los adolescentes estudiados antes y después de recibir información sobre higiene oral. Antes de la plática sobre higiene y salud oral, el porcentaje de adolescentes con buena higiene era de 43.20% que representa a 108 adolescentes hombres y mujeres del total de la muestra.

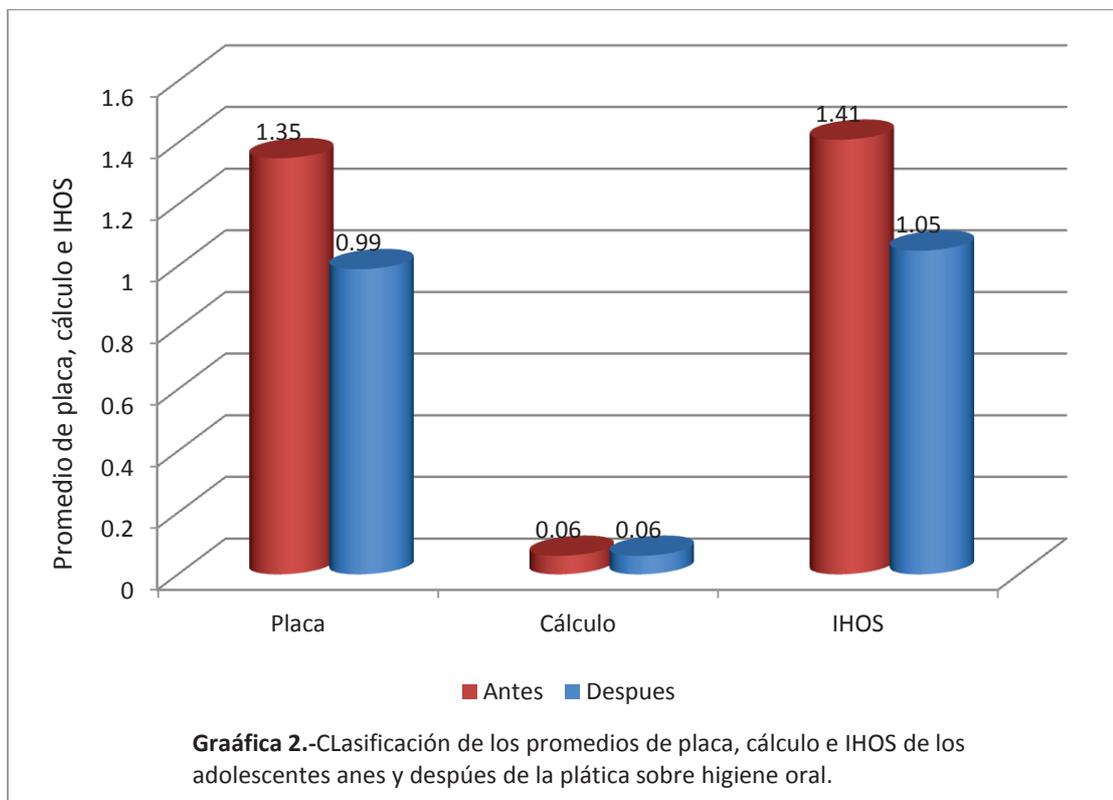
Posterior a la (plática 1 mese después) la buena higiene, incrementó un 32.4%, obteniendo ahora 75.60% de la población estudiada con buena higiene oral, representada por 189 adolescentes.

Los adolescentes que manifestaron una higiene oral regular antes de la plática eran 142 (56.80%), cambiaron su higiene a buena, y este efecto se observó teniendo una reducción del 32.4% de jóvenes de higiene regular.

Según la estadística podemos constatar que se han obtenido resultados satisfactorios en cuanto a un cambio de conciencia y actitud sobre la higiene oral en los adolescentes, al recibir información sobre consecuencias de una mala higiene oral y los métodos preventivos con imágenes impactantes y un mensaje claro según su realidad. Esta toma de conciencia y cambio de actitud, se ven reflejadas en una mejoría en su higiene oral.

Gráfica 2

Grado de presencia de placa dentobacteriana y cálculo y (IHOS) de los adolescentes antes y después de la plática sobre higiene oral.



Esta gráfica nos muestra el grado de presencia de placa dentobacteriana (dendritus) y cálculo por separado.

Observando que el grado de cálculo dental, se presenta con poca frecuencia pero igual antes que después siendo esta de 0.06 de los adolescentes.

Mientras la presencia de placa dentobacteriana (dendritus) tiene mayor frecuencia 1.35 antes y 0.99 después.

En cuanto a la valoración del (IHOS) representado en su escala según SIVEPAB mostró un promedio de 1.41 antes y 1.05 después reflejando una diferencia de .36 de mejoría, ya que disminuyó.

8. Discusión

8.1 Población

En el presente estudio se determinó evaluar la toma de conciencia en el adolescente entre 13 y 15 años en escuelas secundarias de Monterrey N.L. México, reflejada en su IHOS y en su un cambio de actitud sobre hábitos de higiene oral, difundidos por medios audiovisuales con imágenes de impacto.

Revisando estudios similares en otros países y regiones, se decide para este estudio elegir aleatoriamente diferentes escuelas secundarias, dónde se puede confirmar lo que se afirma en el estudio de Almas y Cols en el 2003 en Arabia Saudita, donde las escuelas tienen una enorme capacidad de apoyar programas que involucren la prevención oral de niños y adolescentes. (Almas y Cols. 2003)

8.2 Muestra

En un estudio realizado en el 2009 por Trilby, en Washington, U.S. se tomó una muestra de 117 adolescentes para determinar la higiene oral de los adolescentes. En otro estudio realizado en el 2010 por Ortega-Maldonado tomó una muestra de 590 adolescentes de la Ciudad de México para determinar el estado de salud bucal.

En la población hispana de EUA en el año 1982.83 Amid y Cols estudiaron caries y enfermedad periodontal en niños y adolescentes entre 5 y 7 años con una muestra de 2550. En un estudio de Díaz del Mazo en 1999 en Cuba realizaron un estudio con una muestra de 125 adolescentes. En otro estudio realizado también en Cuba, pero en el municipio de Huguín por Parra y Pacheco en el año del 2007, se tomo una muestra de 80 alumnos adolescentes. Para este estudio se decidió realizar una muestra de 250 adolescentes, como una muestra representativa de los adolescentes escolarizados en escuelas secundarias de Monterrey N.L., México.

8.3 Edad y género

En el estudio realizado por Trilby, las edades que analizaron fueron entre 16 y 24 años donde el 51% fueron hombres y el 49% mujeres. En el estudio que se realizó en la ciudad de México por Ortega-Maldonado, el rango de edades utilizadas para la investigación fue de 13 a 16 años de edad dónde el 55% eran mujeres y el 45% hombres. En el estudio que se realizó en EUA por Amid y Cols se tomaron en cuenta las edades de entre 5 y 17 años. En la investigación realizada por Díaz del Mazo, no se menciona el rango de edades utilizados. Se basaron según el grado escolar de los adolescentes tomando en cuenta a estudiantes de primero de secundaria. En el estudio realizado por Parra y Pacheco, se tomaron en cuenta jóvenes entre 15 y 18 años de edad. Para realizar esta investigación nos basamos en las edades de 13 a 15 años, siendo consideradas éstas las edades consideradas de la adolescencia. Los alumnos que estuvieran cursando cualquiera de los tres grados de secundaria pero que no entraran en el grupo de edades incluidas para este estudio fueron tomados como criterios de exclusión. Del total de la muestra utilizad en esta investigación el 50.4% fueron mujeres y el 49.6% hombres.

8.4 Criterios de medición

Se realizó una búsqueda íntegra de estudios similares para obtener información acerca de la toma de conciencia y cambio de actitud en el adolescente, reflejado en una mejoría en su IHOS después de recibir educación sobre higiene oral, ya sea en el país o en alguna otra región.

Desafortunadamente no se encontraron estudios tan específicos de esta índole que hayan sido llevados a cabo, donde se hayan medido el cambio de conciencia y actitud en los adolescentes reflejados en su IHOS.

El estudio que fue realizado por Trilby se utilizó la Dental Neglect Scale (DNS) para evaluar el estado de salud oral de los adolescentes. En el estudio realizado por Ortega-Maldonado en la Ciudad de México se determinó la presencia de gingivitis mediante el diagnóstico sin sonda propuesto por la CONADE.

En la investigación realizada por Amid y Cols el criterio utilizado para medir la enfermedad periodontal fue el Índice Periodontal (PI) y para el estado de higiene oral el Índice de Placa (DI) y cálculo (CI). En el estudio de Díaz del Mazo no se menciona con exactitud los criterios de evaluación de higiene oral, solo se menciona un control de placa dentobacteriana. En el estudio realizado por Parra y Pacheco, se tomó en cuenta para la medición de la salud oral, el índice de de higiene bucal de Love. Para este estudio se decidió utilizar como método de evaluación de higiene oral, el Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS) debido a que es un índice que nos permite evaluar la presencia de depósitos duros y blandos en la dentición con la finalidad de conocer el control de higiene oral. El IHOS es un índice epidemiológico avalado por SIVEPAB.

8.5 Estrategias de impacto

En el estudio realizado en el 2008 por Bladimir Chacón muestra que abordar a los jóvenes con imágenes de impacto para modificar las actitudes en la vida sexual de los adolescentes con la finalidad de prevenir y evitar enfermedades de transmisión sexual, es una estrategia efectiva; marcado por un incremento significativo en el nivel cognoscitivo del adolescente sobre el tema, demostrando la eficacia y efectividad en la labor de la promoción de la salud. Este estudio fue de gran apoyo para realizar esta investigación utilizando las mismas bases de imágenes impactantes para los adolescentes pero sobre higiene y salud oral. De igual manera que en el estudio de Chacón, se realizó una toma de la muestra antes y otra después de proporcionar la promoción de la salud oral y se obtuvieron de igual manera resultados positivos y satisfactorios con una mejora en la higiene oral del adolescente, reflejada en el IHOS.

8.6 Resultados

El propósito de este estudio fue modificar positivamente la actitud y la conciencia de los adolescentes en cuanto a su higiene oral, con el desarrollo de un programa educativo que impacte a los alumnos que reciben la información.

El IHOS que se obtuvo en este estudio antes de la aplicación del programa educativo fue regular en el 56.8% y bueno en el 43.2% del total de la muestra.

Después de haber recibido información científica y con imágenes impactantes sobre la salud oral, hubo un incremento en el resultado bueno a un 75.6% de adolescentes y una disminución de higiene regular a un 24.4%. Lo cual pone en manifiesto un cambio positivo de actitud y una toma de conciencia en cuanto a la salud oral de los adolescentes.

Los resultados de éste estudio coinciden con los resultados de Parra y Pacheco realizados en el 2007 donde se observa un índice de higiene regular de 52.5% y bueno de 15% antes de recibir la intervención sobre salud e higiene oral. El índice de placa regular disminuyó a un 7.5% y bueno aumentó a un 92.5%.

De igual forma se pueden observar los resultados favorables en el estudio realizado por Díaz del Mazo donde se observa un índice de higiene oral adecuado en el 42.6% de los adolescentes evaluados antes de recibir el programa educativo de salud oral. Después de haber recibido la educación sobre higiene oral, se observa un índice de higiene adecuado en el 68.8%. Los resultados obtenidos en dichas investigaciones y en ésta misma, determina la eficacia de la intervención de las medidas preventivas. Y comprueba que puede existir un cambio de actitud positivo y lograr una toma de conciencia en los adolescentes en cuanto a sus medidas de higiene y salud oral.

9. Conclusiones

Nada es más gratificante ni emocionante, en términos profesionales, que mantener saludable una boca tanto tiempo como sea posible, idealmente de por vida. Para lograrlo, la filosofía odontológica deberá ser cambiada de predominantemente restauradora a predominantemente preventiva.

Al realizar este estudio se pretendía llegarle a los adolescentes presentándoles información e imágenes que logren impactarlos. Al estar en frente de ellos, llevando a cabo el programa educativo y preventivo sobre higiene y salud oral, logramos observar que los adolescentes no son ajenos ni indiferentes hacia su propia salud ya que el interés que mostraban a la presentación era tangible.

En este estudio se pudo comprobar que presentarles a los adolescentes imágenes sobre higiene oral que los impacten, hablarles con un lenguaje jovial y que ellos pudieran comprender con facilidad; se logró que prestaran interés y atención en la plática impartida y por lo tanto se consiguió que captaran en mensaje impartido. También se pudo determinar que llevar información a los adolescentes de 13 años de edad es importante y sería una edad adecuada, debido a que hay menos deserción escolar.

La actitud que los adolescentes mostraron, y el cambio de actitud, comprueban los resultados satisfactorios que se obtuvieron en la realización de este trabajo de investigación ya que se logró modificar su actitud positivamente reflejada en una mejoría es su IHOS.

Y como se menciona en los antecedentes la toma de conciencia no puede ser medida ya que no son susceptibles a la observación directa, más bien es determinada por las acciones observadas. En este estudio, se podría afirmar que la toma de conciencia se refleja en el cambio de actitud por lo que se concluye que con la mejoría en la higiene oral de estos adolescentes hubo una toma de conciencia la cual es difícil de medir en con una escala.

Esta investigación puede dar pie a realizar nuevos estudios donde se compare dos formas de concientizar a los adolescentes con imágenes de impacto y uno tradicional utilizando rotafolio y evaluar al tiempo ambos grupos observando cual tuvo mejor actitud o cual grupo logro tomar conciencia de la importancia de la higiene oral diaria.

8. Referencias

Acosta M. Humberto; **Nuestros Adolescentes: El salto al vacío de una generación**, Revista Educación y Pedagogía Nos. 10 y 11

Adame J., 2012; **Actitud y tipo de conocimiento sobre salud e higiene oral en los adolescentes de Monterrey N.L., México**

Almas K., Al-Malik T., Al-Sheri M., Skaug N.; 2003; **The knowledge and practices of oral hygiene methods and attendance pattern among school teachers in Riyadh, Saudi Arabia**; SMJ Vol. 10:1087 – 1091

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

Alzate Tatiana M, Campo Luisa Fernanda, María Martínez Cecilia, Rueda Astrid, Tobón Juan Diego; 2005, **Representaciones sociales de los adolescentes escolarizados sobre la boca y la higiene oral**, Revista CES Odontología Vol. 18 - No. 2

Amid L Ismail, Brian A. Burt, Janet A. Brunelle; 1987; **Prevalence of Dental Caries and Periodontal Disease in Mexican American Children Aged 5 to 17 Years: Results from Southwestern HHANES, 1982-83**; *AJPH* August 1987, Vol. 77 No. 8

Atrola González T., 2002; **Situaciones cotidianas de tus hijos adolescentes**; Ediciones Palabra; pag. 38

Camejo Puentes Marianela, Alonso Álvarez Aracelis, Fernández Hernández Tania M., 2006, **Intervención educativa sobre SIDA en adolescentes femeninas**, Escuela Federico Engels, Pinar del Río, Cuba.

Castillo Isabel; 2004, **Las implicaciones de la teoría cognitivo-social de las perspectivas de meta en las conductas de salud de los adolescentes**, *Encuentros en Psicología Social*, 2 (1), 475-478.

Cléa A. Saliba-Garbin, Artênio J. Ispere-Garbin, Renato Moreira-Arcieri, Nemre A Saliba y Patricia E. Gonçalves; 2009, **La salud Bucal en la Percepción del Adolescente**, *Rev. Salud Pública* vol.11 no.2

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

Cuenca E., Manau C., Serra Majem Ll., Falgás J., Taberner, JL., Batalla J., Abella X., Salleras L.;1994, **Consejos para la prevención de las enfermedades bucodentales**, Med Clin (Barc), 102 Supl 1: 132-135

Davoglio F., Rangel D., Regla C., Freddo S., 2009; **Factores asociados con los hábitos de salud oral y servicios dentales que se utilizan entre los adolescentes**; CAD. Salud Pública vol. 25, No. 3, Rio

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

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

Delgado Angulo E, Sanchez Borjas PC, Bernabé E.; 2006, **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

Diaz Del Mazo Lizel, Ferrer González Silvia, García Díaz Reina de la C;2001, **Modificaciones de los Conocimientos y Actitudes sobre Salud Bucal en Adolescentes del Reparto Sueño**, MEDISAN,5(2):4-7

Doria-Bajo, A., Cortés-Martinicorena, F.J.;Asenjo-Madoz, M.A; Sainz de Murieta-Iriarte, I. Ramón- Torrell; Cuenca-Sala, E.; 2003, **Hábitos de higiene oral en los escolares de Navarra**, Archivos de Odontoestomatología, 19 (8)

Eisemberg Glanz F.; 2011; **Las Actitudes**; Publicación electrónica de la división de administración y ciencias sociales de la rectoría zona sur, ITESM.

Fernández de Pinedo I; 2011; **Construcción de una escala de actitudes tipo Likert**; Ministerio del trabajo y de asuntos sociales de España

García-Cortés J. O., Medina-Solís C.E., Loyola-Rodríguez J. P., Mejía-Cruz J. A., Medica-Cerda E., Patiño-Marín N., Pontigo-Loyola A.P.; 2009; **Dental caries experience, prevalence and severity in Mexican adolescents and young adults**; Revista de salud Pública, Vol 11 No. 1, Bogotá

Greene y Vermillion; 1964. **A simplified oral hygiene index**, J Am Dent Assoc. Jan;68

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

Maddaleno M, Morello P, Infante-Espínola F; 2003, **Salud y desarrollo de adolescentes y jóvenes en Latinoamérica y El Caribe: desafíos para la próxima década**, Salud Publica Mex; 45 supl 1:S132-S139

Massler M., Cohen A., Schour I.; 1952; **Epidemiology of gingivitis in children**. Am Dent Assoc. 45

Misrachi L., Sáez S Clara, Margarita; 1989, **Valores, creencias y prácticas populares en relación a la salud oral**, Cuad. Méd-soc. (Santiago de Chile): 30(2): 27-33.

Newman, Takei, Klukkevoid, Carranza; 2010, **Carranza Periodontología Clínica**, Mc Graw Hill.

Olivera M., Iglesias I., Fernández L., López L., 2009; **Enfermedad Periodontal e higiene bucal en escolares**; Revista de Ciencias Médicas La Habana; 15

Orozco Cabal Luis Felipe;2000, **Sobre la Naturaleza Humana. Explicación y Comprensión de la Conciencia**, Revista colombiana de psiquiatría Vol VVIX n.004

Ortega-Maldonado Miriam, Mota-Sanhua Vanesa, López-Vivanco Juan C.; 2010, **Estado de salud bucal en Adolescentes Mexicanos**, Instituto de Salud Publica, Facultad de Medicina - Universidad Nacional de Colombia.

Parra S., Pacheco C., 2011; **Intervención educativa para modificar hábitos de salud bucal en adolescentes de la Escuela Pedro Díaz Coello**, Correo Científico Médico de Holguín ; 15(2)

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

Irigoyen M., Zepeda M., Sánchez L., Molina N.; 2001; **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

Pretto R.; 2012; **Prevalencia de enfermedad Periodontal e Higiene Oral en Pacientes Escolares de 12 a 15 años de edad en la Ciudad de Monterrey N.L y su área metropolitana en el Período 2011-2012**; p 5-63

Ríos Chacón Bladimir, Yera Álvarez Maris Lienis, Guerrero Montero Mayda; 2008, **Conocimientos sobre infecciones de transmisión sexual en adolescentes de Barrio Adentro**, Hospital Martín-Chang Puga

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

Ruiz Feria Noraydi, Gonzalez Heredia Eugenia, Soberats Zaldívar Michel, Amaro Guerra Irlán; 2004, **Modificaciones del nivel de conocimientos sobre salud bucal en educandos de la enseñanza primaria.** Medisan:8(3):24-28

Saliba-Garbin C., Isper-Garbin A., Moreira-Arcieri R., Saliba Nemre A., Gonclaves P.; 2009; **La salud bucal en la percepción del Adolescente;** Rev. Salud Pública.

Smyth E., Camaño F.; 2005; **Factors related to dental health in 12-year old children: a cross-sectional study in pupils;** Gac Saint, v.19, No. 2, Barcelona

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

Vargas Vargas Jorge Eduardo; 2009, **Formación de la conciencia moral: referentes conceptuales.** Revista educación y desarrollo social, vol. 3, no.1 págs. 108-128.

11. Apoyos Visuales

11.1 Hoja de Captura



Universidad Autónoma de Nuevo León
Facultad de Odontología
MCO con Orientación en Odontopediatría



Nombre: _____ Fecha: _____
Edad: _____ Género: _____ Escuela: _____

INDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO I.H.O.S.										
	SUPERIORES			INFERIORES			DIENTES EXAMINADOS	CUENTA DE LESIONES	PROMEDIO	PROMEDIO I.H.O.S.
	1.6	1.1.	2.6	3.6	3.1	4.6				
Materia Alba										
Calculo Dental										

0.0 a 1.2: Buena higiene bucal
1.3 a 3.0: Higiene Bucal regular
3.1 a 6.0: Mala higiene bucal

Puntaje	Criterios DETRITOS
0	Ausencia de detritos en la superficie examinada
1	Presencia de detritos cubriendo menos de 1/3 de la superficie del diente
2	Presencia de detritos cubriendo mas de 1/3 pero no mas de 2/3 de la superficie examinada
3	Presencia de detritos cubriendo 2/3 de la superficie examinada

Puntaje	Criterios CÁLCULO
0	Ausencia de cálculo supragingival
1	Presencia de cálculo supragingival cubriendo menos de 1/3 de la superficie del diente
2	Presencia de cálculo supragingival cubriendo mas de 1/3 pero no mas de 2/3 de la superficie examinada o pequeñas porciones de cálculo subgingival
3	Presencia de cálculo supragingival cubriendo 2/3 de la superficie examinada o una faja continua de cálculo subgingival en la región cervical del diente

11.2 Apoyo visual en la presentación en las escuelas secundarias

U.A.N.L.
Facultad de Odontología
Maestría en Ciencias Odontológicas con
Orientación en Odontopediatría



caries y
Enfermedad
Periodontal

C.D. Karinna Rincón Garza

www.foppt.info

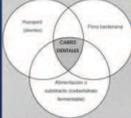
Sabes que es la caries dental?



Enfermedad común, compleja, crónica, infecciosa, multifactorial.

Perdida de minerales

Cavitación de los tejidos duros del diente.



C.D. Karinna Rincón Garza

www.foppt.info

Sabes que es la enfermedad periodontal?



C.D. Karinna Rincón Garza

www.foppt.info

CARIES y ENFERMEDAD PERIODONTAL

Placa bacteriana

Ácido

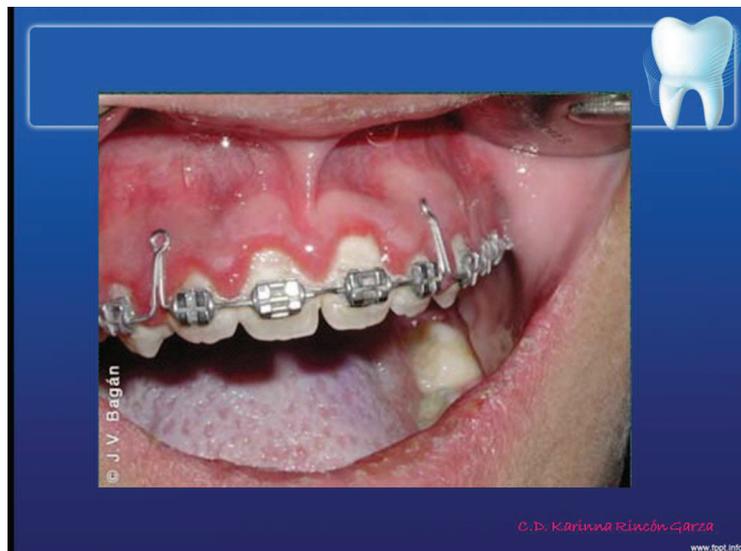
Pérdida de Minerales

C.D. Karinna Rincón Garza
www.fppt.info

Que puede pasar si no me cuido?

C.D. Karinna Rincón Garza
www.fppt.info

C.D. Karinna Rincón Garza
www.fppt.info





Cómo puedo prevenir estas enfermedades?

Mejorar hábitos alimenticios

C.D. Karinna Rincón Garza
www.fppl.info

Evitar:

C.D. Karinna Rincón Garza
www.fppl.info

Visita regular al odontólogo



C.D. Karinna Rincón Garza
www.fppt.info

Buena técnica de cepillado dental



C.D. Karinna Rincón Garza
www.fppt.info

"Una gran sonrisa es un bello rostro de gigante." **GRACIAS!!**



C.D. Karinna Rincón Garza