



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE SALUD HUMANA

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

TÍTULO:

**“NIVEL SOCIOECONÓMICO Y CULTURAL DE LOS ESTUDIANTES DE LA
CARRERA DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA Y
SU RELACIÓN CON EL ESTADO DE SALUD BUCO-DENTAL, PERÍODO
OCTUBRE-MARZO 2018”**

**TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN
DEL TÍTULO DE ODONTÓLOGO**

AUTOR:

Diego René Aguilar Ochoa

DIRECTORA:

Dra. Deisy Patricia Saraguro Ortega, Mg.Sc.

LOJA-ECUADOR

2018

CERTIFICACIÓN

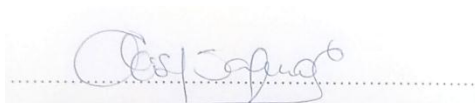
Loja, 01 de Octubre del 2018

Dra. Deisy Patricia Saraguro Ortega, Mg.Sc.

DIRECTORA DE TESIS

Certifica:

Que la presente tesis titulada “NIVEL SOCIOECONÓMICO Y CULTURAL DE LOS ESTUDIANTES DE LA CARRERA DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA Y SU RELACIÓN CON EL ESTADO DE SALUD BUCODENTAL, PERÍODO OCTUBRE-MARZO 2018”, elaborada por el Sr. Diego René Aguilar Ochoa, ha sido planificada y ejecutada bajo mi dirección y supervisión, por tanto y al haber cumplido con los requisitos establecidos por la Universidad Nacional de Loja autorizo su presentación, sustentación y defensa ante el tribunal designado para el efecto.



.....
Dra. Deisy Patricia Saraguro Ortega, Mg.Sc.

DIRECTORA DE TESIS

AUTORÍA

Yo, Diego René Aguilar Ochoa, declaro ser autor del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional-Biblioteca Virtual.

Autor: Diego René Aguilar Ochoa

Firma:  _____

Cédula: 1103677660

Fecha: 01 de Octubre del 2018

CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS

Yo, Diego René Aguilar Ochoa, declaro ser autor de la tesis titulada: “NIVEL SOCIOECONÓMICO Y CULTURAL DE LOS ESTUDIANTES DE LA CARRERA DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA Y SU RELACIÓN CON EL ESTADO DE SALUD BUCO-DENTAL, PERÍODO OCTUBRE-MARZO 2018”; autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que, con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional.

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice su tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, al primero de octubre del 2018

Firma:



Autor: Diego René Aguilar Ochoa

Cédula: 1103677660

Dirección: Héroes del Cenepa

Correo electrónico: diego_rene1993@hotmail.com

Teléfono: 0993878953

DATOS COMPLEMENTARIOS

Directora de tesis: Dra. Deisy Patricia Saraguro Ortega, Mg.Sc.

Tribunal de Grado:

Presidente: Dra. Daniela Calderón Carrión, PhD.

Vocal: Dra. Darlen Díaz Pérez, Esp.

Vocal: Dra. Marieliza Vásquez, Esp.

DEDICATORIA

Dedico esta tesis y toda mi carrera universitaria a:

A mi Dios, por ser mi guía y estar a mi lado en cada momento de mi vida, ya que gracias a él voy a culminar mi carrera y a cumplir mi sueño de ser Odontólogo. También se lo dedico a mi familia por apoyarme en todo, y estar siempre pendientes de mí en cada paso dado, gracias a ellos hoy culmino una meta más en mi vida, gracias por toda la paciencia y creer en mí en todo momento.

AGRADECIMIENTO

Primeramente, le doy gracias a mi Dios, por todo lo que me ha dado en la vida, por guiar mis pasos en cada momento, y no dejarme sola, para hoy poder cumplir este sueño tan anhelado.

A mi familia por su apoyo y paciencia incondicional durante todos estos años de estudio, que fue fundamental en mi vida para ayudarme a cumplir esta meta.

A la Doctora Deisy Saraguro, mi directora de tesis por su asesoría, y tiempo dedicado hacia mi persona en cada momento que lo necesite.

A la Carrera de Odontología de la Universidad Nacional de Loja por abrirme sus puertas, y a todos mis docentes por haberme enseñado y formado intelectualmente para ser un buen profesional.

Diego René Aguilar Ochoa

ÍNDICE GENERAL

CARATULA.....	i
CERTIFICACIÓN.....	ii
AUTORÍA	iii
CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS POR PARTE DEL AUTOR, PARA LA CONSULTA, REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL, Y PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA DEL TEXTO COMPLETO.....	iv
DEDICATORIA.....	v
AGRADECIMIENTO.....	vi
1. TÍTULO.....	1
2. RESUMEN.....	2
SUMMARY	3
3. INTRODUCCIÓN.....	4
4. REVISIÓN DE LITERATURA	5
CAPÍTULO I.....	5
1. SALUD BUCAL	5
1.1 Métodos auxiliares para un correcta salud bucal	6
1.1.1 Uso de pasta dental	7
1.1.2 Cepillo dental	9
1.1.3 Técnicas de cepillado.....	10
1.1.4 Uso del hilo dental.....	11
1.1.5 Enjuague bucal.....	12
1.2 Uso del flúor	13
1.3 Sellado de fosas y fisuras	13
1.4 Dieta	14
1.5 Motivación en salud oral.....	16
CAPÍTULO II.....	18
2. PRINCIPALES PATOLOGIAS ORALES.....	18
2.1 Caries dental	18
2.2 Índice de CPOD	20
2.3 Índice de CEOD.....	20
2.4 Enfermedad periodontal.....	21
2.4.1 Gingivitis	21

2.4.2	Periodontitis	22
2.4.3	Índice de Necesidad de Tratamiento Periodontal para la Comunidad (IPNTC) 23	
2.4.4	Índice de Enfermedad Periodontal (IEP) de Ramfjord	24
2.5	Hábitos parafuncionales	24
2.5.1	Onicofagia	24
2.5.2	Interposición lingual	25
2.5.3	Bruxismo	25
2.6	Mal oclusión dentaria	26
CAPÍTULO III.....		28
3	Factores de Riesgo que influyen en las patologías bucodentales	28
3.1	Nivel Socioeconómico.....	29
3.2	Nivel Cultural.....	30
3.3	Vivienda	30
3.4	Trabajo.....	31
3.5	Ingreso.....	31
3.6	Bienes	32
3.7	Situación familiar.....	32
3.8	Educación.....	33
3.9	Religión	33
3.10	Etnias.....	33
3.11	Clase social	34
4	MATERIALES Y MÉTODOS	36
5	RESULTADOS	42
6	DISCUSIÓN.....	58
7	CONCLUSIONES	60
8	RECOMENDACIONES.....	61
9	BIBLIOGRAFÍA	62
10	ANEXOS.....	65

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Nivel socioeconómico de los estudiantes de la carrera de odontología, año 2018	42
Tabla 2 Nivel cultural de los estudiantes de la carrera de odontología, año 2018	43
Tabla 3 Patologías de mayor frecuencia de los estudiantes de la carrera de odontología, año 2018	44
Tabla 4 Caries * Nivel Socio-económico.....	45
Tabla 5 Pruebas de chi-cuadrado	45
Tabla 6 Tablas cruzadas: Mal posición dentaria * Nivel Socio-económico	46
Tabla 7 Prueba de chi-cuadrado.....	46
Tabla 8 Tablas cruzadas: Hábitos parafuncionales * Nivel Socio-económico.....	48
Tabla 9 Prueba de chi-cuadrado.....	48
Tabla 10 Índice de Necesidad de Tratamiento Periodontal PNTC * Nivel Socio-económico	49
Tabla 11 Prueba de chi-cuadrado.....	49
Tabla 12 Índice periodontal de Ramfjord * Nivel Socio-económico	51
Tabla 13 Pruebas de chi-cuadrado	51
Tabla 14 ANOVA: Comparación de lo cultural con el Índice de Caries	53
Tabla 15 ANOVA: comparación de lo cultural en mal posición dentaria	54
Tabla 16 ANOVA: comparación de lo cultural en hábitos parafuncionales	55
Tabla 17 ANOVA: Comparación de lo cultural en el Índice Necesidad de Tratamiento periodontal (IPNTC)	56
Tabla 18 ANOVA: Comparación de lo cultural en el Índice periodontal de Ramfjord	57

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N° 1 Aplicación de encuestas a los estudiantes de la carrera de Odontología.....	65
Gráfico N° 2 Aplicación de encuestas a los estudiantes de la carrera de Odontología.....	65
Gráfico N° 3 Aplicación de encuestas a los estudiantes de la carrera de Odontología.....	66
Gráfico N° 4 Aplicación de encuestas a los estudiantes de la carrera de Odontología.....	66
Gráfico N° 5 Diagnostico General realizado a los estudiantes para determinar que patologías presentan con mayor frecuencia.....	67
Gráfico N° 6 Diagnostico General realizado a los estudiantes para determinar que patologías presentan con mayor frecuencia.....	67
Gráfico N° 7 Colocación del revelador de placa para determinar el IHOS	68
Gráfico N° 8 Colocación del revelador de placa para determinar el IHOS	68
Gráfico N° 9 Profilaxis realizada a cada uno de los estudiantes	69
Gráfico N° 10 Profilaxis realizada a cada uno de los estudiantes	69
Gráfico N° 11 Sondaje para medir el índice de necesidad de tratamiento periodontal e índice de Ramfjord.....	70
Gráfico N° 12 Sondaje para medir el índice de necesidad de tratamiento periodontal e índice de Ramfjord.....	70

1. TÍTULO

“NIVEL SOCIOECONÓMICO Y CULTURAL DE LOS ESTUDIANTES DE LA CARRERA DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA Y SU RELACIÓN CON EL ESTADO DE SALUD BUCO-DENTAL”

2. RESUMEN

Uno de los grandes problemas que afecta a la población mundial es la crisis económica, vivir en condiciones de pobreza y limitados en cuanto al acceso a los servicios de salud siendo uno de los principales factores de riesgo. Es por esto que se desarrolló la presente investigación con el objetivo de identificar el nivel socioeconómico y cultural de los estudiantes de la carrera de Odontología de la Universidad Nacional de Loja y su relación con el estado de salud buco-dental, se realizó un estudio de tipo correlacional, siendo la población de estudio 230 estudiantes, a los que se les aplicó una encuesta para conocer la situación socioeconómico y cultural, además de la historia clínica dental, cuyos resultados fueron comprobados mediante la prueba estadística del Chi cuadrado de Pearson. Las patologías de mayor frecuencia encontrados en este estudio fueron caries, enfermedad periodontal, mal posición dentaria y hábitos parafuncionales: de los cuales la caries, enfermedad periodontal y la mal posición dentaria tienen relación directa con la situación socioeconómica y cultural de los estudiantes con un nivel de significancia de 0,0 de la prueba estadística Chi cuadrado de Pearson respectivamente. En cuanto a los hábitos parafuncionales se determinó con un nivel de significancia de 0,4 que esta no tiene influencia entre el nivel socioeconómico y cultural.

***Palabras claves:** Nivel socioeconómico y cultural, salud bucodental*

SUMMARY

One of the biggest problems that affects people worldwide is the economic crisis, living in poor conditions and limited in things regarded to health being one of the main risk factors. This is why the development of the following investigation has its objective to identify the socioeconomic and cultural from Dentistry students from the National University of Loja “UNL” and its relationship with dental health, a correctional study was performed, being the population studied of 230 students, which a survey was applied in order to find out about the socioeconomic and cultural, also the health clinic history, whose results were proved through an statistic test of squared Chi of Pearson. The pathologies with a high frequency found were cavity, periodontal illness, bad tooth position and par functional habits: from which cavity, periodontal illness, bad tooth position and par functional habits have a direct relationship with the socioeconomic and cultural situation from student with a higher significant level of 0,0 from the statistic test of squared Chi of Pearson respectively. Related to the par functional habits it was determined with a significant level of 0,4 which it doesn't exist an influence between the socioeconomic and cultural level with the state of dental health.

Keywords: *Socioeconomic and cultural levels, dental health*

3. INTRODUCCIÓN

La salud bucal a nivel general se ve afectada por una alta prevalencia y severidad de enfermedades orales que afectan a gran parte de la población, especialmente a los grupos más desfavorecidos y pobres, tanto en los países en desarrollo como los desarrollados. Las enfermedades bucodentales tales como: caries dental, enfermedades periodontales, pérdida de órganos dentarios, lesiones de la mucosa son importantes problemas de salud pública en todo el mundo, y una mala salud oral tiene profundos efectos en la salud y la calidad de vida general.

La prevalencia de estas patologías es mayor en los grupos poblacionales de menor recursos económicos, sin educación, cuyos individuos pertenecen a familias numerosas y viven en condiciones inadecuadas de hacinamiento, debido a varios factores como el déficit de servicios sanitarios, la falta de accesibilidad a los servicios odontológicos de salud y la poca capacidad para adquirir instrumentos que le permitan una remoción adecuada de placa bacteriana. En el aspecto cultural, los estilos de vida no saludables, la ingesta de alimentos inadecuados, el consumo de alcohol, tabaco, el poco conocimiento en materia de salud oral y la escasa intervención de los gobiernos de turno, hacen que este grupo poblacional sea más vulnerable a desarrollar estas patologías.

Basado en la problemática a nivel general y por la escasa información acerca del tema, se propuso realizar este estudio con la finalidad de conocer el estado de salud bucodental actual de los de los estudiantes de la carrera de Odontología de la Universidad Nacional de Loja y relacionarlo con la situación socioeconómica y cultural de los mismos, a fin de determinar acciones de promoción y prevención de las patologías bucodentales. Es por ello que una vez culminada esta investigación se pudo determinar que las patologías bucodentales de mayor frecuencia de la población estudiada son la caries dental, enfermedad periodontal, mal posición dentaria y hábitos parafuncionales, siendo las tres primeras las que mayor relación tienen con el nivel socioeconómico y cultural de la población de estudio.

4. REVISIÓN DE LITERATURA

CAPÍTULO I

1. SALUD BUCAL

Al hablar de salud bucodental se hace referencia al estado de normalidad y funcionalidad eficiente de los dientes, estructuras de soporte y de los huesos, articulaciones, mucosas, músculos, todas las partes de la boca y cavidad bucal, relacionadas con la masticación, comunicación oral y músculo facial. (BARBA, ROMO, & TRUJILLO, 2015)

Los conocimientos en salud bucal son decisivos para conservar una correcta salud dental, y se describen como la información a la que se tiene acceso con referencia a los cuidados necesarios para mantener sanas las estructuras bucodentales y que serán la base para tomar decisiones en materia de salud. Entre las fuentes de obtención de conocimientos en salud bucal se enlistan los servicios de salud, los medios masivos de comunicación, la escuela, la familia, el grupo social, el ambiente y los acontecimientos de la vida diaria. Los conocimientos son resultado de procesos sociales y cognitivos que están determinados por las características aceptadas y representativas del grupo social en el que se desarrollan. Son cristalizados mediante el aprendizaje y pertenecen a la parte cognitiva de la cultura; es parte fundamental para que un cambio de actitud se presente, sin embargo, son necesarios otros factores como la motivación para que puedan concretarse. (SUARES & HERNANDEZ, 2015)

Los primeros educadores en el tema son los padres y familiares, pues su responsabilidad es la de iniciar con una correcta educación sobre salud oral, empezando desde el horario de lavado de dientes, una correcta técnica del cepillado y las visitas que deben realizar al profesional especializado; éstos niños a su vez harán lo mismo con las futuras generaciones, convirtiéndose así en los significantes de sus propios hijos o familiares. El rol que el significativo ejerza está socialmente aceptado, depende del género, del lugar que ocupe en la

familia y el papel que desempeña con base en su ocupación o profesión. Dichos aspectos impactan en la percepción del proceso salud-enfermedad, las conductas, los estilos de vida y por lo tanto determinarán la manera en la que se utilizan los servicios de salud. (CISNEROS, 2013)

Según los últimos datos emitidos por la OMS, entre el 60– 90 % de los escolares y casi el 100 % de los adultos tienen problemas de salud oral y caries dental. Existe amplia evidencia que sugiere que la posición dentro de la estructura social es un fuerte predictor tanto de morbilidad como de mortalidad, observada tanto a nivel macro como micro. Además, es aceptada la existencia de una asociación entre el estado de salud bucal y el estatus social, individuos de mejor nivel socioeconómico disfrutan de mejor salud, pues al contar con suficientes recursos económicos tienen más posibilidades de acceso a hábitos alimenticios saludables, atención odontológica especializada de acuerdo a sus requerimientos, a la utilización de métodos auxiliares alternativos o complementarios para una correcta higiene bucal, a practicar estilos de vida saludables y, altos niveles de educación y comportamiento. En cambio, poblaciones más pobres tienen menor nivel de educación, en relación con hábitos saludables, y tienen mayores necesidades que, a su vez, se satisfacen con menor frecuencia. (OMS, 2012)

A lo largo del tiempo se ha observado que, a diferencia de lo que ocurre con otras consultas médicas, las consultas al dentista son más frecuentes en individuos con estudios superiores y en los grupos socioeconómicos altos. Este hecho es conocido como el "gradiente social en salud", el cual se refiere a que las desigualdades en la distribución del estado de salud de la población están relacionadas con las desigualdades en el estatus social. (TOBAR, 2015)

1.1 Métodos auxiliares para una correcta salud bucal

Entre los métodos preventivos más importantes para una correcta salud bucal, está la técnica del cepillado con pasta dental complementada con flúor, el uso del hilo dental para remover la placa bacteriana alojada en los espacios interdenciales; esto evita el riesgo de la

caries interproximal. El uso de enjuague bucal fluorado también es un método de prevención de caries. Las visitas al odontólogo deben hacerse dos veces por año; la revisión periódica permite ubicar los factores de riesgo y no sólo detectar una lesión o esperar que se refiera dolor, evitando así el costo de rehabilitaciones. (SORIA-HERNÁNDEZ, 2014)

No obstante como ya se indicó anteriormente todos estos métodos auxiliares están siempre al alcance de la población con mayores ingresos económicos, pues sus posibilidades les permiten adquirir métodos mecánicos y químicos de mejor calidad, visitar al odontólogo de manera regular para obtener una correcta higiene bucal; en cambio la gente con menos recursos, muy pocas veces o casi nunca podrían tener dinero para adquirir esos materiales, acudiendo a plantas medicinales como la manzanilla, el perejil, la menta, para mantener un buen aliento; y, en vez de pasta utilizan el bicarbonato como un medio para blanquear sus dientes. Por otra parte, muy rara vez acuden al odontólogo y solo lo hacen cuando el problema se agudiza, teniendo como única opción en los centros de atención pública la extracción dentaria lo que conlleva a futuros problemas dentarios cuyos costos son difíciles de costear para las personas con recursos económicos bajos. (PENAGO, 2014)

1.1.1 Uso de pasta dental

Actualmente, existe una gran variedad de pastas dentales, que se pueden encontrar en el mercado nacional para diferentes propósitos. Entre estas se hallan las empleadas para la prevención de caries. Estas, tienen una amplia gama de ingredientes, además de diversas sales de fluoruro como agentes terapéuticos.

Los dentífricos son productos cosméticos destinados a la limpieza de los dientes y cavidad bucal. Un buen dentífrico debe reunir las siguientes características:

- Cuando se utiliza adecuadamente con un cepillo de dientes eficaz y una frecuencia adecuada, debe eliminar los restos alimenticios, placa dentobacteriana y manchas.
- Debe dejar en la boca una sensación de frescura y limpieza.

- Su costo debe permitir su uso regular.
- Ser inocuo y agradable para el uso.
- Ser estable en las condiciones de almacenamiento y uso, y no producir irritación en la encía o cualquier otra parte de la cavidad bucal. (CONTRERAS, CARDOSO, CASTILLO, & ARTEAGA, 2014)

Los dentífricos con flúor son el método más extendido para prevenir la caries dental. Pero, en la actualidad, sólo el 12,5% de la población mundial se beneficia de ellos. Los investigadores creen que el bajo uso de la pasta dental con flúor se debe a su costo, que es demasiado alto en algunos lugares del mundo. Sus resultados mostraron que a medida que descendían los ingresos por cabeza, la proporción económica necesaria para comprar el suministro anual de pasta de dientes aumentaba. Los más pobres de cada país eran los que más sufrían esta desproporción. (GOLDMAN, 2012)

Algunos estudios muestran que el comportamiento social y cultural frente al manejo de la crema dental en el cepillado, los individuos de estrato socioeconómico bajo tienen mayor probabilidad de padecer caries, ya que no tienen las posibilidades para comprar pasta dental, y en casa usan un solo tipo de pasta en la familia, acudiendo a comprar un tipo de pasta que no cuente con suficientes ingredientes indispensables para una correcta remoción de placa bacteriana, lo que conlleva a la formación de diferentes patologías orales desencadenando en diferentes problemas de salud oral.

Según explica Ann Goldman, autora principal del estudio, "debido a la importancia de la pasta de dientes con flúor para la prevención de la caries, debe convertirse en más asequible para las poblaciones más pobres del mundo". Por ello sugieren que la pasta con flúor quede exenta de impuestos y animan a los productores locales y a las grandes multinacionales a que establezcan diferentes políticas de precio para los países más desfavorecidos. (GOLDMAN, 2012)

1.1.2 Cepillo dental

Los cepillos de dientes son la herramienta de higiene dental que más se utiliza junto con los dentífricos. A lo largo de los últimos años, se han planteado discusiones acerca de la eficacia del cepillo convencional frente a los grandes avances que presenta el cepillo eléctrico. De hecho, son muchos los dentistas que recomiendan directamente éste último, diseñado para llegar hasta las zonas más inalcanzables de la cavidad bucal. No obstante, con una buena técnica, la frecuencia y el tiempo de cepillado adecuado, el paciente también puede llegar muy lejos con los cepillos manuales. (CAMPOS, 2017)

Tipos de cepillos

- El cepillo convencional: en función de la dureza de sus cerdas, puede clasificarse en ultra suave, suave, normal o duro. Normalmente consta de 3 o 4 tiras de cerdas y, a pesar de ser el modelo más antiguo, el cepillo convencional sigue siendo el más utilizado.
- El cepillo eléctrico: a diferencia del anterior, funciona de forma autónoma y sólo requiere un ligero movimiento de la mano. Se mueve de forma horizontal y vertical, y vibra para remover más eficazmente la placa bacteriana acumulada y los restos de alimentos. Los cepillos eléctricos son especialmente útiles para aquellas personas con discapacidad física o mental, puesto que la técnica se convierte mucho más simple y no requiere la ayuda de otra persona (el paciente discapacitado suele utilizarlo de forma autónoma).
- El cepillo periodontal: también puede llamarse cepillo cervicular. Tiene dos tiras de cerdas y suele usarse en casos de inflamación gingival y surcos periodontales profundos. Los niños y adolescentes que están en pleno tratamiento de ortodoncia también pueden utilizarlo, puesto que les facilita la higiene oral y les ayuda a mantener una boca mucho más limpia y fresca.
- Los cepillos interproximales: están especialmente diseñados para realizar la limpieza entre los dientes, sobre todo cuando el espacio entre las piezas es amplio o

cuando existe un puente de porcelana o dientes ferulizados. (RIZZO & TORRES, 2016)

1.1.3 Técnicas de cepillado

- Técnica de Bass: para realizar esta técnica se recomienda utilizar un cepillo de cerdas suaves con la finalidad de evitar, en primer lugar, la abrasión de la estructura dental dura, y segundo, la lesión de la encía marginal por trauma. La técnica consiste en que el cepillo se coloca en un ángulo de 45 grados con respecto al eje longitudinal del diente (teniendo en cuenta que las cerdas van hacia la parte apical del diente); los filamentos del cepillo se introducen en los nichos interdetales y el surco gingival, al estar ahí se realizan pequeños movimientos vibratorios y después un movimiento de barrido hacia oclusal; con esta técnica está limitada la limpieza de las superficies oclusales.
- Técnica de Fones: está indicada para las superficies vestibulares; para llevarla a cabo, los dientes deben estar en oclusión o en posición de reposo, y los filamentos del cepillo se colocan formando un ángulo de 90 grados con respecto a la superficie bucal del diente. Estas superficies se dividen en 6 sectores y se realizan 10 amplios movimientos rotatorios en cada sector. En las caras oclusales, se realizan movimientos circulares y en las caras linguo – palatinas se coloca el cepillo en posición vertical y se realizan movimientos rotatorios; está indicada en niños por la facilidad para aprenderla, en comparación con la técnica de Bass.
- Técnica horizontal de Scrub: ésta consiste en que los filamentos del cepillo se colocan en un ángulo de 90 grados sobre la superficie vestibular, linguo- palatina y oclusal de los dientes. Se realiza una serie de movimientos repetidos de atrás para adelante sobre toda la arcada, la cavidad oral se divide en sextantes y se realizan 20 movimientos por cada sextante; se ha demostrado que es el método de elección en niños en edad preescolar, porque ellos tienen menor habilidad para llevar a cabo otros métodos de cepillado y se encuentran en la edad en la que están desarrollando sus capacidades motoras, pero a la vez, se ha observado que las técnicas de cepillado horizontal aumentan la abrasión del esmalte.

- La técnica de cepillado de Stillman modificada: está indicada en pacientes adultos que no tienen enfermedad periodontal, es igual a la técnica de Bass pero los filamentos se colocan 2 mm por encima del margen gingival, es decir, encima de la encía adherida. Se realiza a presión hasta observar la palidez de los márgenes gingivales, la vibración se mantiene por 15 segundos por cada dos dientes y al finalizarla se realiza movimiento hacia oclusal de barrido.
- La técnica vibratoria de Charters: está indicada en pacientes adultos con enfermedades periodontales; el objetivo de esta técnica es la eliminación de la placa interproximal. Para realizarla, se debe ubicar el cepillo formando un ángulo de 45 grados con respecto al eje dental pero dirigido hacia el borde incisal, y se presiona ligeramente para que los filamentos penetren en el espacio interdental. Se realizan movimientos vibratorios que producen un masaje en las encías. (LINA MARÍA RIZZO-RUBIO, 2016)

1.1.4 Uso del hilo dental

Es un hilo especial de seda formado por varios filamentos, los cuales se separan al entrar en contacto con la superficie del diente. Tiene diversas presentaciones, entre ellas hilo, cinta, con cera, sin cera, con flúor, con sabor a menta. Su indicación depende de las características de la persona; si existe un contacto muy estrecho entre los dientes es preferible usar el hilo, pero, si el espacio es mayor es conveniente utilizar la cinta o hilo de tipo “floss”, una zona central distensible con varias fibrillas. Para usar el hilo dental, se extrae del rollo más o menos 60 cm se enrolla alrededor del dedo medio de una mano, pero se deja suficiente hilo para sostenerlo firme con el dedo medio de la otra mano. (LOPEZ, 2014)

Conforme se va utilizando el hilo, este se desenrolla de un dedo y se enrolla en el otro con el fin de usar un segmento nuevo en cada espacio interdental, también es necesario dejar entre ambas manos un tramo de 7 a 8 mm de hilo y mantenerlo tenso para controlar los movimientos. El hilo se introduce con suavidad entre los dientes y se desliza hasta el surco gingival. En seguida se rodea el diente y se desliza hacia la cara oclusal con

movimientos de cierra o de vaivén en sentido vestíbulo lingual a continuación se mueve encima de la papila interdental con mucho cuidado y luego se pasa al siguiente espacio con otra fracción del hilo. En los dientes superiores el hilo se guía con los dos pulgares o con un pulgar y el índice en los dientes inferiores con los índices. (LOPEZ, 2014)

El hilo dental está al alcance de la población con mayores ingresos económicos, con los suficientes conocimientos en higiene bucal y que visitan periódicamente al dentista, no así la gente pobre de bajos recursos económicos, por no contar con los medios suficientes, pues consideran un gasto innecesario invertir en estos métodos mecánicos de remoción de placa. (GALLEGOS, 2016)

1.1.5 Enjuague bucal

Son soluciones que se emplean después del cepillado con el fin de eliminar gérmenes y bacterias que ayudan a la formación de la placa bacteriana. El uso a largo plazo de los enjuagues ha mostrado ser seguro y sin efectos adversos en la composición microbiana de la placa supra gingival, más aun, la microflora no ha mostrado cambios en la susceptibilidad al antiséptico sugiriendo que los enjuagues de aceites esenciales no desarrollan resistencia antimicrobiana. Una ventaja de los aceites esenciales sobre la clorhexidina usándolo a largo término, es la ausencia de efectos adversos desagradables para el paciente que le pueden dar mayor conformidad en el tratamiento. (CORREA, 2013)

Estas soluciones están a disposición de las personas que tienen suficientes ingresos, pues su costo fluctúa de seis dólares en adelante, a pesar que hay de dos tipos: el económico, que no es aconsejable porque dentro de sus ingredientes contiene alcohol, que irrita las encías, en cambio el que es apto está hecho a base de clorhexidina, una solución antimicrobiana que ayuda a eliminar los microorganismos patógenos presentes en la cavidad bucal. (DIAZ & ARRIETA, 2013)

1.2 Uso del flúor

Son los preparados que se utilizan en el gabinete odontológico bajo la indicación y supervisión del profesional y su personal auxiliar. Las concentraciones de flúor utilizadas son relativamente altas y la frecuencia de aplicación baja.

Existen dos tipos:

- Geles: Los geles actuales contienen flúor-fosfato acidulado en una concentración del 1,23%. La aplicación clínica de los geles se realiza mediante la utilización de cubetas prefabricadas, disponibles en el mercado en distintos tamaños, o con cubetas individuales confeccionadas para cada paciente con aparatos de vacío.
- Barnices: Presentan como ventaja que favorecen un contacto prolongado del flúor con la superficie del esmalte (12 horas tras su aplicación).

En el mercado se encuentran 2 tipos de preparaciones:

- Fluoruro de sodio 2,3% (Duraphat)
- Difluorosilano 0,7% (Flúor protector) (GARCIA, 2013)

1.3 Sellado de fosas y fisuras

Los selladores oclusales fueron aceptados por la Asociación Dental Americana en el año 1974. Debido a la extrema vulnerabilidad por la caries dental de las superficies oclusales, es un método específico de prevención de dicha superficie. (ALEMAN, 2016)

Existen dos tipos disponibles de sellantes: En base a resina y en base a vidrio ionómero, distinguiéndose entre sí por su mecanismo de polimerización y adhesión a la estructura dental. Además, el segundo material presenta la supuesta ventaja de funcionar como reservorio de flúor, ya que contiene fluoruro en su composición química. Por tratarse de una intervención de aplicación fácil, atraumática, indolora y bien tolerada, se considera como un aporte relevante a la Salud Pública, especialmente en la población infantil.

(FALEIROS, 2013)

Cabe mencionar que el grupo poblacional con insuficientes ingresos económicos no acuden a estos métodos preventivos de salud bucal, a pesar que en la actualidad son ofrecidos de manera gratuita por el Ministerio de Salud Pública, por el largo tiempo de espera entre citas y por desconocimiento. (ROCHA-BUELVAS, 2013)

1.4 Dieta

La alimentación variada y equilibrada garantiza un estado nutricional adecuado, necesario para mantener un buen nivel de salud general y bucodental en la población. La influencia negativa de la nutrición inadecuada en la salud oral es amplia, por ejemplo, afecta al desarrollo craneofacial y contribuye a la aparición de enfermedad periodontal, enfermedades de la mucosa oral (cáncer), defectos en el desarrollo del esmalte, erosión y caries dental.

La presencia de alteraciones nutricionales, tanto por exceso de obesidad, como por defecto de malnutrición, se han asociado con patologías orales. La malnutrición calórico-proteica o estado nutricional insuficiente, adquirido en edades tempranas de la vida y mantenida durante la infancia, influye sobre la exfoliación y erupción de los dientes, a la vez que condiciona una mayor patología dental en la dentición primaria. Niños con sobrepeso y obesidad pueden presentar una prevalencia de caries 1,6 veces superior a la de los niños con peso normal. (SANCHEZ, 2013)

La dieta equilibrada es un factor determinante para la salud oral, está ligada a las condiciones familiares, tradiciones, poder adquisitivo de la población y redes de distribución y comercialización de los alimentos.

Diversos estudios, realizados sobre hábitos alimentarios y estado nutricional en países mediterráneos, ponen de relieve cambios significativos en la forma de alimentación de la población. La dieta española, rica en productos vegetales, ha sido modificada por un

excesivo consumo de alimentos como dulces, bollería y embutidos, ocasionando un desequilibrio de los nutrientes. Estos cambios tienen lugar de forma más latente en la población infantil, debido a que es un grupo más vulnerable a la publicidad que les rodea. Esto, junto con una actitud permisiva de los padres hacia el consumo de alimentos cariogénicos, puede ser la causa, en un futuro, de que estos niños tengan un mayor número de enfermedades crónicas y una menor calidad de vida. Hoy sabemos que algunos factores de riesgo se establecen desde etapas tempranas de la vida y que los hábitos alimentarios adquiridos durante la etapa escolar perduran en el tiempo e influyen en los hábitos de épocas posteriores. (GONZALEZ & GONZALEZ, 2013)

El consumo elevado de azúcares se ha relacionado, además de con otras patologías, con la caries dental. Existen evidencias científicas amplias que sitúan al consumo de azúcares como el principal factor alimentario asociado a esta patología. Los alimentos ricos en hidratos de carbono, principalmente aquellos fermentables, están íntimamente ligados a la aparición de caries. El consumo de azúcares en una cantidad equivalente a menos del 10% del consumo total de energía, no se ha asociado a un mayor riesgo de caries. (SILVINA, 2015)

El consumo de frutas y verduras está asociado con niveles más bajos de caries dental y con un menor riesgo de lesiones premalignas y cáncer oral. El consumo de frutas y vegetales reduce el riesgo de cáncer oral en personas fumadoras y bebedoras, principales factores de riesgo de esta.

Las frutas tienen un efecto protector del cáncer oral mayor que las verduras, posiblemente debido a que son alimentos que consumimos frescos, no cocidos. Las frutas y verduras que contienen xilitol son capaces de incrementar el fluido salival, la capacidad buffer de la saliva y al mismo tiempo disminuir la cantidad de *S. mutans*. Otros autores señalan que el xilitol puede acumularse intracelularmente en el *S. mutans*, lo que inhibe el crecimiento de la bacteria, disminuyendo la aparición de la caries. (DIAZ & ARRIETA, 2013)

El consumo de leche y, principalmente, de queso tiene una acción preventiva sobre la caries. La leche de vaca contiene calcio, fósforo y caseína, todos ellos considerados como inhibidores de la caries. Igualmente, la lactancia materna se ha asociado con niveles de caries más bajos.

De lo expuesto, se deduce que una adecuada alimentación tiene estrecha relación con una buena salud oral. Igualmente se manifiesta que existe diferencia clara entre las distintas clases sociales en lo relativo al consumo de alimentos y nutrientes, el nivel educativo y los ingresos determinan la elección y comportamientos alimentarios que, en última instancia, pueden producir enfermedades relacionadas con la dieta. (DIAZ & ARRIETA, 2013)

Generalmente la alimentación de la gente con bajos recursos económicos se basa principalmente en el consumo abundante de hidratos de carbono fermentables, golosinas, alimentos de consistencia cremosa que por su alto contenido de azúcar hacen más propenso que este tipo de población adquiere diversos tipos de patologías. Por otra parte, la alimentación de las personas con recursos económicos altos es balanceada sumado a esto una correcta técnica de cepillado, la utilización de la pasta dental con flúor y visitas periódicas al odontólogo lo hacen más resistentes para adquirir enfermedades bucales. (SILVINA, 2015)

1.5 Motivación en salud oral

La motivación del paciente es necesaria para que su tome conciencia de su participación en el proceso de promoción de salud. Y este trabajo de promoción y motivación debe realizarse con entusiasmo, pues lo que se hace con creencia y placer tiene el poder de contagiar a las personas. Sin embargo, este proceso debe ser continuo, pues en una única sesión de enseñanza, no se lograría alterar un viejo hábito del paciente.

Entre los recursos utilizados en la motivación, todos tiene su efectividad, sin embargo, la comunicación verbal es el medio más sencillo y directo para alcanzar el efecto esperado. (SANCHEZ, 2013)

Existen diversos métodos de motivación en relación a la higiene bucal como orientación directa, el uso de películas, diapositivas y folletos educativos; el método de orientación directa, asociada a la proyección de filmes es el más aceptado, resaltando que la orientación directa asociada a los recursos audio visuales auxilia en la mudanza de comportamiento de los individuos. Para obtener mayor participación de los niños y para captar su atención es necesaria que las informaciones sean transmitidas de una forma divertida y entretenida, usando macro modelos y dibujos. (MOREIRA & SALIBA, 2013)

Estudios comprueban que un paciente bien motivado puede alcanzar excelentes resultados en términos de la mejoría de salud bucal, comparados con los pacientes que no pasaron por un proceso de orientación y motivación lo cuales hicieron caso omiso el hecho de que tener una buena higiene bucal ayuda a reducir la aparición de enfermedades o padecimientos en la boca , lengua y dientes , en la parte social permite un mejor desenvolvimiento con el entorno , aumenta su autoestima y a relacionarse de mejor manera con las personas que lo rodean. (MOREIRA & SALIBA, 2013)

CAPÍTULO II

2. PRINCIPALES PATOLOGIAS ORALES

En la actualidad la población mundial se ve afectada en mayor o menor medida por las principales alteraciones bucodentales como caries y la enfermedad periodontal, cuyas complicaciones pueden atentar hacia la salud sistémica de la persona y por ende comprometer su esperanza de vida.

El Ecuador y por consiguiente la ciudad de Loja no puede ser una excepción, por ello en el examen clínico realizado a los estudiantes de la carrera de Odontología de la Universidad Nacional de Loja, se pudo determinar que padecen de algunas patologías que afectan con mayor frecuencia a dicha población tales como: la caries, enfermedad periodontal, mal posición dentaria y hábitos nocivos para la salud oral como son: bruxismo, onicofagia, consumo de sustancias ácidas, destapar botellas con los dientes y mordedura de objetos. A continuación, se presenta una breve explicación de cada una de ellas.

2.1 Caries dental

La caries dental es uno de los problemas de salud más comunes en todo el mundo, por falta de asistencia médica y también por malos hábitos de higiene y alimentación que contribuyen al deterioro dental de millones de personas. No es sólo la patología bucal más común a nivel mundial, sino que representa la enfermedad crónica más prevalente en la infancia, lo que se refleja en muchos países como el nuestro.

La caries es una enfermedad infecciosa, puede ser originada por varias causas y afectar a varios tejidos dentales por eso se considera multifactorial, puede ser adquirida por la mayoría de los niños a través de sus madres o familiares y la causan los microorganismos *Streptococcus mutans* y *Lactobacillus* al producir ácido láctico.

Esta patología existe en cualquier parte del mundo, no respeta razas, religiones, culturas, ni sistemas sociopolíticos. La prevalencia e incidencia son mayores en los grupos poblaciones de menor recursos económicos, sin educación, cuyos individuos pertenecen a familias numerosas y viven en condiciones de hacinamiento, que tienen el riesgo de desarrollar esta patología debido a varios factores como el déficit de servicios sanitarios, la falta de accesibilidad a los servicios odontológicos de salud y la poca capacidad para adquirir instrumentos que le permitan una remoción adecuada de placa bacteriana. (BENAVENTE, 2017)

Es necesario indicar que la relación entre dientes y situación económica está más que demostrada, las personas con altos ingresos cuentan con mejores hábitos de higiene bucal, desde un régimen alimenticio adecuado, una técnica de cepillado eficaz que les permita eliminar los restos de alimentos acumulados en los dientes, el uso de hilo dental apto para eliminar residuos atrapados en las superficies interproximales de las estructuras dentarias y el uso de enjuague bucal como método de remoción química de la placa bacteriana, además de tener acceso a medios de difusión masivos de información que les permita acudir a campañas de promoción y prevención en materia salud oral, por consiguiente poder contar con los suficientes recursos económicos disponibles para acudir a cualquier centro de salud para realizarse controles periódicos ya sea por fines preventivos o terapéuticos. (SUARES & HERNANDEZ, 2015)

En el aspecto social la caries dental siempre afecta a los grupos vulnerables, especialmente a niños y jóvenes, quienes se sienten incómodos por tener este problema, limitados de hablar, sonreír e incluso interactuar con sus amigos. (BENAVENTE, 2017)

Para superar este problema, es necesario continuar perfeccionando la actividad preventiva en grupos de población llamados vulnerables, que por sus características sociales se ha podido comprobar que son los más propensos en adquirir la enfermedad de la caries dental. Esto se puede alcanzar mediante la implementación de técnicas afectivas participativas, o sea, aplicando la tecnociencia, para formar en ellos una determinada cultura de salud que abarque todos los aspectos de la vida, porque a medida que su papel

sea más eficiente, así como el trabajo de los médicos y estomatólogos, se alcanzarán mejores resultados en la prevención de la caries dental, para mejorar la calidad de la existencia del hombre como valor supremo. (BENAVENTE, 2017)

Existen métodos para medir la caries dental: el índice epidemiológico de CPOD. Y CEOD.

2.2 Índice de CPOD

Fue desarrollado por Klein, Palmer y Knutson durante un estudio del estado dental y la necesidad de tratamiento de niños asistentes a escuelas primarias en Hagerstown, Maryland, EUA, en 1935. Se ha convertido en el índice fundamental de los estudios odontológicos que se realizan para cuantificar la prevalencia de la caries dental, señala la experiencia de caries tanto presente como pasada, pues toma en cuenta los dientes con lesiones de caries y con tratamientos previamente realizados.

Permite valorar el nivel de riesgo de caries de la población, consiste en la realización de un examen clínico, que permite determinar el número de dientes que se encuentran cariados, perdidos y obturados, Se lo valora mediante un instrumental de diagnóstico cuyos materiales requeridos son: espejo, explorador y pinza que se pasa por cada estructura dentaria y se visualiza el total de dientes cariados, perdidos y obturados. Según los resultados obtenidos se pueden establecer el riesgo de caries desde muy bajo, bajo, moderado y alto. (CABELLO, 2015)

2.3 Índice de CEOD

Es el Índice adoptado por Gruebbel para dentición temporal en 1944. Se obtiene de igual manera que el índice CPOD, pero considerando sólo los dientes temporales cariados, extraídos y obturados.

2.4 Enfermedad periodontal

Otra de las patologías más frecuentes es la enfermedad periodontal, estas son un grupo de cuadros clínicos de origen infeccioso que afectan a las estructuras de soporte del diente. La etiología primaria de las enfermedades periodontales se relaciona con las bacterias periodontopatógenas ubicadas en la biopelícula; por lo tanto, la calidad de la higiene bucal se considera el factor etiológico primario asociado con la presencia y la gravedad de la periodontitis y la gingivitis.

Como factores etiológicos secundarios son considerados aquellos factores locales que coadyuvan para la retención de biopelícula, como la caries dental y las mal posiciones dentarias, ciertos factores sistémicos como el tabaquismo, estrés, diabetes mellitus, bruxismo, prótesis mal ajustadas, factores socioeconómicos, nivel de instrucción, dieta, estilos de vida, hábitos y muchos otros interactuando; se asocian con el origen y la evolución de la enfermedad gingival y periodontal. (NAVARRO J. , 2015)

En los grupos sociales más desfavorecidos la carga de enfermedades periodontales es más alta, y las influencias sociales, económicas, y ambientales tienen gran importancia ya que van a definir las pautas de morbilidad bucodental en las distintas áreas geográficas que serán un reflejo de los diferentes perfiles de riesgo y la efectividad de los programas preventivos de atención bucodental. Las enfermedades periodontales se clasifican en dos grandes grupos: gingivitis y periodontitis. (NAVARRO J. , 2015)

2.4.1 Gingivitis

La gingivitis es un proceso inflamatorio de la encía, sin migración apical del epitelio de inserción y sin destrucción de los tejidos de soporte del diente, afecta a la mayoría de la población mundial, y es la segunda causa de morbilidad bucal. Se trata de un proceso inflamatorio reversible de la encía que provoca cambios de color, edema y sangrado; puede evolucionar a periodontitis con consecuencias locales por la afección de las estructuras de

soporte del diente y sistémicas como afección cardiovascular, entre otras. (CARVAJAL, 2016)

La causa principal para que se inflamen las encías se debe a una inadecuada higiene bucal ocasionada por un mal cepillado, lo que hace que se acumule restos de alimentos entre los dientes, por no utilizar hilo dental que permite eliminar la placa bacteriana que se acumula en las superficies proximales de los dientes; además de la utilización de enjuagues bucales que dentro de su contenido se encuentra presente el alcohol, el cual en vez de ayudar a eliminar los microorganismos presentes en la cavidad bucal inflaman y enrojecen las encías y por tener un consumo excesivo de hidratos de carbono fermentables lo que va a dar lugar a la formación de cálculo, todos estos factores inducen a que se produzca la gingivitis (ZALDIVAR, 2014)

Aunque el factor de riesgo necesario es la placa dentobacteriana, y la microbiota subgingival; otros autores hacen referencia a factores que también pueden empeorar la inflamación, especialmente el embarazo, la pubertad y los fármacos anticonceptivos. (ZALDIVAR, 2014)

Comúnmente esta enfermedad afecta a las personas con escasos recursos económicos que no cuentan con los medios suficientes para visitar periódicamente al odontólogo, adquirir un cepillo de calidad con cerdas suaves y mango ergonómico, pasta dental con flúor, un enjuague bucal a base de clorhexidina y la utilización del hilo dental que nos permita remover la placa bacteriana en lugares donde el cepillo dental no pueda llegar. (CARVAJAL, 2016)

2.4.2 Periodontitis

La periodontitis es un proceso inflamatorio que se extiende a los tejidos de soporte del diente, se produce una migración apical de la inserción epitelial y una destrucción progresiva del ligamento periodontal y del hueso alveolar. Los adultos, en algún momento desarrollan gingivitis o periodontitis en formas leves. (ZALDIVAR, 2014)

Comúnmente, se produce por las bacterias que se encuentran en la placa bacteriana; originando infección e inflamación de los tejidos. Afecta a casi la mitad de los adultos y al 60% de los mayores de 65 años, siendo un importante problema de salud pública, causando halitosis, pérdida de dientes, discapacidad, disfunción masticatoria y estado nutricional deficiente. (VASQUEZ, 2013)

Dentro de los factores que producen la periodontitis están aquellos tratamientos dentales defectuosos, en especial las restauraciones subgingivales que tienen un sobrecontorneado que además invaden los espacios biológicos produciendo una respuesta inflamatoria a ese nivel e impiden que el paciente pueda eliminar correctamente la placa bacteriana; además una mal oclusión puede llegar a desencadenar pérdida de soporte periodontal debido a los traumatismos. (GALLEGOS, 2016)

Como método para medir la enfermedad periodontal tenemos el índice epidemiológico de necesidad de tratamiento periodontal e índice periodontal de Ramfjord

2.4.3 Índice de Necesidad de Tratamiento Periodontal para la Comunidad (IPNTC)

Este índice está diseñado con propósitos epidemiológicos, transformándose en una excelente herramienta para realizar un examen periodontal básico y de esta manera identificar los pacientes que necesitan tratamiento periodontal. El realizar este examen basado en el IPNTC, caracterizado por su simpleza, facilidad y el breve tiempo que demora, permitirá a los odontólogos de práctica general establecer en un breve período de tiempo y con la utilización de una sonda OMS, las necesidades de tratamiento periodontal de sus pacientes, para su correcta atención o inmediata derivación.

Para la realización de este índice, la dentición se divide en 6 sextantes, para cada uno de los cuales se determina un valor, tomando como referencia el resultado más alto para cada sextante. Los puntos asignados para un diente van de: 0 para un periodonto sano a 4 para

bolsas con una profundidad de 6 o más mm. A los cuales se les asigna una necesidad de tratamiento que va desde mejorar la higiene bucal hasta la realización de raspado radicular y eliminación de restauraciones desbordantes. (LINDHE, 2017)

2.4.4 Índice de Enfermedad Periodontal (IEP) de Ramfjord

Permite evaluar la extensión de la profundidad de la bolsa periodontal por debajo de la unión amelocementaria. Una de las peculiaridades del IEP es el examen de seis dientes preseleccionados en la boca. Valorando la intensidad de la inflamación gingival alrededor de los seis dientes. Los puntos asignados para un diente van de: 0 para la ausencia de inflamación a 3 para la gingivitis intensa dentro de la valoración gingival. La distancia entre el margen gingival libre y el fondo del surco gingival se miden en milímetros, con una sonda periodontal, en mesial, vestibular, distal y lingual de cada uno de los seis dientes cuyos puntajes van de 4 a 6. (CARRANZA, 2014)

2.5 Hábitos parafuncionales

2.5.1 Onicofagia

El hábito de comer las uñas, es generalmente una sustitución del acto de succionar el dedo o chupón. No se debe reprender, porque normalmente está vinculado a graves disturbios emocionales y no causa problemas de oclusión, ya que sólo produce presión en el eje longitudinal de los dientes.

Sin embargo, algunos autores creen que la onicofagia interfiere en el desarrollo normal de la cara y que puede tener como consecuencia, dependiendo principalmente de la frecuencia e intensidad, la predominancia del componente vertical del crecimiento de la cara, cuyo resultado, conjuntamente con la deglución atípica, es el surgimiento de la mordida abierta anterior. (PIÑERO, 2014)

2.5.2 Interposición lingual

Esta se define como la ubicación de la lengua entre las piezas dentarias en la zona anterior (incisivos) o posterior (molares), observada en reposo o en alguna función como la deglución o fonarticulación.

La posición normal de la lengua sería cuando su porción dorsal toca ligeramente el paladar mientras que la punta descansa detrás de los incisivos superiores. Sin embargo, al ocurrir una alteración de la posición lingual en reposo la lengua se ubica entre los dientes en forma inactiva. El especialista se da cuenta de esta interposición, dado que el individuo que la presenta respira con la boca abierta. Esto podrá causar una deformación del hueso y mal posición dentaria.

Esta mal posición lingual se puede dar también en la fonación, debido a que para poder pronunciar los fonemas D, T, S, interponen la lengua, lo cual es incorrecto y da a la pronunciación un tono infantil. Al producir la S de esta manera se produce lo que es conocido por “seseo”. Esto puede traer consecuencias en cuanto a la autoestima de la persona que la padece, dado que comienza a percibir que habla distinta no pudiendo entablar ningún tipo de conversación por miedo a ser foco de burlas. (RAUDEZ, 2015)

2.5.3 Bruxismo

El bruxismo lo podemos definir como: trastorno neurofisiológico de los movimientos mandibulares con o sin sonidos articulares, caracterizado entre otras cosas por el apriete y rechinar dentario durante el día o la noche que de forma progresiva destruye los tejidos dentarios. Aunque muchos factores etiológicos, como el estrés y los trastornos oclusales se han propuesto, la fisiopatología exacta del bruxismo aún se desconoce. (DIAZ & ESTRADA, 2013)

Para muchos individuos, las enfermedades dentales presentan un problema a la hora de comer, dormir, hablar, jugar, aprender y sonreír, también son las responsables de que los

niños pierdan millones de horas escolares al año, en especial niños de familias con bajos ingresos y niños de color, quienes tienen poco acceso a cuidados dentales de prevención y por lo tanto son los más vulnerables. (TORRES & FUENTES, 2015)

2.6 Mal oclusión dentaria

Es la condición patológica caracterizada por no darse la relación normal entre las piezas dentarias, en la cual podemos observar que no existe una relación funcional del sistema masticatorio, afectando en sí las funciones de deglución, masticación y el habla. También se define como la posición incorrecta en la cual los dientes al momento de ocluir presentan alteraciones en relaciones intermaxilares al articular las piezas dentarias superiores con las inferiores.

Las mal oclusiones son el tercer problema de salud oral, después de la caries y de la enfermedad periodontal. Su interés radica en que son alteraciones que afectan a un amplio sector de la población y ocasionan trastornos tanto de la función como de la estética que, a su vez, son causa de posibles desequilibrios funcionales y psíquicos. Por estas posibles consecuencias, es necesario prestar atención a los aspectos psicológicos, nivel de satisfacción y adaptación del individuo al entorno social, ya que un desequilibrio psicosocial puede modificar la calidad de vida de estos pacientes. (PEREZ, LIMERES, & JAVIER, 2014)

Los problemas de mal oclusión se generan principalmente en etapas tempranas, por descuido de los padres ya que son estos los responsables de la salud bucal de sus hijos, debido a que durante las primeras etapas de desarrollo adquieren hábitos que son nocivos como: la succión digital, la interposición lingual, la mordedura de objetos y el bruxismo los cuales si no son corregidos a tiempo puede provocar efectos anormales específicos en la oclusión y en el desarrollo óseo.

De la misma manera durante la etapa de recambio de la dentición temporal a la dentición definitiva sino hay un suficiente control y cuidado durante la exfoliación de las piezas

dentarias; los dientes definitivos no van a contar con el suficiente espacio para su erupción, desencadenando en futuras giroversiones ocasionando alteraciones en la oclusión. (RAMIREZ L. , 2014)

CAPÍTULO III

3 Factores de Riesgo que influyen en las patologías bucodentales

Un factor de riesgo, es una característica detectable en el individuo o en la comunidad que cuando se presenta aumenta la probabilidad de padecer la enfermedad.

La comprensión de las causas de la enfermedad bucal ha cambiado y se consideran ahora factores sociales, económicos, culturales y políticos como determinantes de la salud, y el riesgo de aparición de la mayoría de las enfermedades orales está asociado a la pobreza, los niveles bajos de educación y el comportamiento de los individuos y comunidades. (CUENCA, 2014)

La salud dental es un problema social, donde inciden factores como la nutrición, las condiciones de la vivienda, tener agua potable, el trabajo del grupo familiar, el nivel educacional y servicios de salud accesibles, entre otros factores. Todo esto da lugar a diferencias sociales que inciden en el proceso de salud enfermedad. (FRENCHERO, 2014)

Por lo que, para conocer realmente el nivel de salud bucal de las personas y su grado de influencia por los factores sociales y económicos, es necesario realizar estudios en el que se muestre el estado general de salud bucal de la población. Así como contar con los indicadores económicos, sociales, ambientales y culturales que proporcionen pautas para concluir o no de lo determinante de su influencia en la población estudiada.

Ahora, si bien la caries dental es una enfermedad infecciosa caracterizada por la destrucción de los tejidos duros del diente y provocada por la acción de los ácidos producidos por los microorganismos que integran la placa dental, es considerada un problema de salud pública en países en vías de desarrollo, en donde la falta de programas de prevención enfocados a comunidades de bajos recursos económicos ha llevado a altos índices de caries a este tipo de población. (AGUILAR, 2014)

La placa dentobacteriana, comúnmente asociada a la caries y también a la mayoría de las enfermedades periodontales, es propiciada por varios de los factores mencionados anteriormente tales como: dificultad de acceder a servicios de salud de calidad, inaccesibilidad geográfica de algunas comunidades, prioridades diferentes, así como falta de una cultura en salud. (NAVARRO M. L., 2014)

La gingivitis es una respuesta inflamatoria a las bacterias de la placa. Por definición la inflamación se limita a los bordes de las encías sin afectar al ligamento periodontal o al hueso. En la mayoría de los casos la gingivitis se debe a factores locales y, en concreto, a un cepillado ineficaz de los dientes. (NAVARRO M. L., 2014)

El nivel de higiene oral y, por tanto, de placa bacteriana, está estrechamente asociado a la existencia de gingivitis, y su medición da una idea del nivel de conciencia sobre la salud oral de una comunidad. El control de la placa bacteriana es la eliminación de la placa microbiana y la prevención de su acumulación sobre los dientes y las estructuras vecinas. El control de las bacterias que componen el biofilm de la placa también retarda la formación del cálculo dental. La eliminación de la placa provoca la resolución de la inflamación en la gingivitis, mientras que el cese de medidas de higiene deriva en recurrencia de esta. (ROMERO-CASTRO, 2016)

Debemos tener presente que la prevención no dependerá sólo del control de placa bacteriana, sino también del control de los factores de riesgo asociados que condicionan la susceptibilidad del individuo a enfermar. Se podría considerar que las condiciones socioeconómicas y culturales son un factor predisponente para la salud enfermedad.

3.1 Nivel Socioeconómico

El nivel socioeconómico se define como la Jerarquía que tiene una persona o un grupo con respecto al resto. Usualmente se mide por el ingreso como individuo o como grupo, y otros factores como el equipamiento del hogar, condiciones generales en las

que vive, nivel educativo, etc. El nivel socioeconómico es el lugar que se le da a una persona en la sociedad según sus ingresos, egresos y costumbres. (BENAVENTE, 2017)

3.2 Nivel Cultural

La cultura odontológica es el conjunto de conocimientos básicos de salud bucal, que posee una persona o sociedad como resultado de haber asistido a pláticas, estudiado, leído o haberse relacionado con personas dentro del área de odontología, abarcando también sus costumbres, tradiciones y hábitos bucales. (RAMIREZ M. D., 2015)

Para evaluar el nivel socioeconómico y cultural de un individuo se debe tomar en cuenta los siguientes aspectos:

3.3 Vivienda

Son edificaciones que ofrecen refugio a los seres humanos y le protegen de las condiciones climáticas, además les permiten guardar los bienes adquiridos, y desarrollar sus actividades cotidianas. Las viviendas rurales, están hechas a base de caña guadúa, madera, y antiguamente de adobe; halladas en el campo, tienen a su alrededor grandes espacios de tierra sin edificar, que son útiles para las tareas del campo, como la agricultura y la ganadería. En cambio, las viviendas urbanas, ubicadas en las ciudades, tienen menos contacto con la naturaleza y menos espacios verdes; a su vez, contienen usualmente más tecnología y se encuentran más cerca del comercio.

Parte del bienestar al que tienen derecho todas las personas constituye la disponibilidad de condiciones mínimas de habitabilidad, vinculadas al cumplimiento de las más elementales necesidades que permitan condiciones de privacidad y confort, además expresen la calidad de vida de los miembros de los hogares. (VASQUEZ, 2013)

3.4 Trabajo

Es un componente esencial de la vida humana. Representa las relaciones entre los seres humanos y la naturaleza, que producen bienes y dan forma a las interacciones sociales, proporcionando las bases de la producción económica que se refleja en la vida social y política. El trabajo es, además, un concepto central para entender la manera en que la sociedad distribuye la riqueza y el poder e integra o excluye a ciertas poblaciones, encauzando una distribución de bienes y acceso a recursos que puede ser más o menos justa. (VASQUEZ, 2013)

3.5 Ingreso

Se define al flujo de recursos que se recibe en agentes económicos correspondiente a las remuneraciones por la venta o arrendamiento de los factores productivos que posee. El ingreso puede ser pagado en bienes y servicios o en dinero; también se puede considerar ingresos todas las transferencias que reciben los agentes económicos tales como subsidios o donaciones.

Una ventaja de ingresos elevada y en alza puede en muchos casos indicar que hay una oferta reducida de personas con un alto nivel educativo, y por su puesto se le da el caso contrario si la ventaja de ingresos es baja y descendente. La consecuencia de haber un número bajo de personas con un alto nivel educativo en el mercado de trabajo aumenta la desigualdad de ingresos. (VASQUEZ, 2013)

Los bajos salarios son una causa importante de la pobreza, y los salarios mínimos se definen usualmente por el nivel más bajo posible de supervivencia de los trabajadores, y por ende los recursos para poder acceder a la salud son mínimos. En países con una fuerza de trabajo excedente, evidenciada a través de altas tasas de desocupación, los sueldos pueden ser aún más bajos que los mínimos establecidos, especialmente en la economía informal, donde la regulación estatal es mínima. (SANTANA, 2013)

Para un padre de familia los ingresos económicos que este recibe tiene un impacto en la salud bucal de su familia, ya que una mayor recaudación de ingresos por parte del padre, garantiza unas mejores condiciones de vida en las cuales se puede acceder a los servicios odontológicos (DIAZ & ARRIETA, 2013)

3.6 Bienes

Son aquellos objetos materiales que se obtienen pagando cierto precio por ellos, tanto materiales como inmateriales tienen un valor económico; y que por sus características tienen la capacidad de satisfacer necesidades humanas. El término bien es útil para nombrar aquellas cosas que son útiles para quien las posee. Entre los cuales tenemos:

- Bienes muebles. - Son aquellos que se pueden comercializar, que pueden ser movidos por una fuerza externa; por ejemplo: electrodomésticos.
- Bienes inmuebles.- Son aquellos que no pueden ser trasladados de un lugar a otro; por ejemplo una casa (DIAZ & ARRIETA, 2015)

3.7 Situación familiar

Aunque no existe suficiente convergencia sobre la conceptualización y caracterización del funcionamiento familiar, la mayor parte de las investigaciones evidencian que éste se convierte en un factor de protección o de riesgo frente a las condiciones de salud de los individuos, desde el punto de vista biopsicosocial. La familia, como sistema, juega un papel importante no solo en el proceso generador de la enfermedad sino en el de su rehabilitación, en la medida en que cumpla con sus funciones básicas. Existe un consenso en que el funcionamiento familiar reflejado a través del grado de satisfacción de sus miembros con su vida familiar, expresa la “Salud del grupo”, o salud familiar, y el grado de salud familiar, a su vez es un factor pronóstico para la salud del niño. (DIAZ & ARRIETA, 2015)

3.8 Educación

Según Saldūnaitė K y cols. (2014) demuestra que los padres con alto nivel educacional y de ingresos suficientes prestaban mayor atención al cuidado dental de sus hijos y se preocupaban más de la educación en salud bucal que aquellos padres con bajo nivel educacional y con ingresos insuficientes. Por lo tanto, la educación en una familia tiene gran afinidad con la salud de las personas. (CABELLO, 2015)

3.9 Religión

Las religiones constituyen una estrategia de afrontamiento activo donde se utilizan creencias y comportamientos religiosos tanto para prevenir y/o aliviar las consecuencias negativas de sucesos de vida estresantes como para facilitar la resolución de problemas. Dependiendo de las creencias religiosas, se utilizarán una serie de afrontamientos durante el proceso salud-enfermedad-atención, con el objetivo de aceptar o sobrellevar de una manera inexplicable su situación, dando sentido a la religión. (CABELLO, 2015)

3.10 Etnias

Se trata de una comunidad humana que comparte una afinidad cultural que permite que sus integrantes puedan sentirse identificados entre sí. Más allá de la historia compartida, los miembros mantienen en el presente prácticas culturales y comportamientos sociales similares.

Por lo general, las comunidades que forman una etnia reclaman un territorio propio y una estructura política a fin con sus necesidades sociales. De todas maneras, existen estados nacionales que son multiétnicos: lo importante es que, en cualquier caso, se respeten los derechos de las minorías. (VASQUEZ, 2013)

Pese a que la noción de etnia suele ser asociada al concepto de raza, ambas palabras no hacen referencia a lo mismo. La etnia incluye factores culturales, como las tradiciones, la

lengua y las creencias religiosas. La raza, en cambio, señala las características morfológicas de un grupo humano (color de piel, rasgos faciales, contextura, etc.).

Las personas pertenecientes a minorías étnicas suelen experimentar exclusión social y económica, lo que produce inequidades en la salud en numerosos momentos de su vida. La población indígena y afrodescendiente muestran una salud más deficiente y menor acceso a servicios de salud; además de exclusión social generalizada, existe una asociación creciente entre el maltrato en los establecimientos de salud y los malos resultados en salud en población indígena y afrodescendiente. (UNICEF, 2016)

3.11 Clase social

Cuando la población se divide socioeconómicamente en grupos, se habla de clases sociales. En estas, las personas se vinculan dependiendo de su función productiva o su poder adquisitivo o económico. Esta denominación es típica de países modernos que aparecieron luego de la revolución industrial.

La sociedad de clases establece un fraccionamiento jerárquico fundamentado básicamente en las diferencias en cuanto al ingreso, riquezas y acceso a los medios materiales. Sin embargo, las personas tienen la posibilidad de pasar de una clase a otra, ya que una de las características de las clases sociales es que no son grupos cerrados. El que un individuo, pertenezca o no a cierta clase social va a depender de la posición económica que tenga, cosa contraria en los casos de herencias y linajes, en donde los criterios de pertenencia no van a estar sujetos a los principios económicos de cada sujeto. (GALLEGOS, 2016)

Finalmente se puede decir que la clase social se encuentra dividida en la actualidad en:

- **Clase alta:** es la fracción social con el más elevado nivel de vida, se caracteriza por ser hogares integrados principalmente por personas con un nivel educativo de licenciatura o superior. Son familias tradicionales, cuyo patrimonio ha pasado de

generación en generación, multiplicándose con el tiempo. Viven en edificaciones de lujos y con todas las comodidades.

- **Clase media alta:** está integrada por personas cuyo ingreso es superior a los de la clase media, suelen tener educación universitaria, integrándose al mercado laboral en puestos de jerarquía. Viven en casas o apartamentos de lujo.
- **Clase media típica:** esta fracción social abarca a la mayoría de la población, está integrado por individuos con un nivel básico de educación, son hogares con vivienda propia y con comodidades esenciales.
- **Clase media baja:** en este grupo se encuentran aquellos hogares con ingresos ligeramente inferiores a los de la clase media, es decir son los que gozan de un mejor estilo de vida dentro de la clase baja, estos hogares están integrados por individuos con un nivel educativo entre secundaria y primaria completa. Habitan en casas propias, aunque algunos viven en inmuebles alquilados.
- **Clase baja:** dentro de este grupo se encuentran personas con un nivel educativo de primaria a la mitad, el grupo familiar mayormente habitan en hogares rentados (vecindades), son pocos los que cuentan con vivienda propia. (DIAZ & ARRIETA, 2015)

Como conclusión se indica que en cuanto a salud oral también existen las clases sociales bien identificadas, accediendo a los servicios y atenciones siempre aquellos que poseen ingresos económicos altos, no así quienes tienen ingresos bajos que siempre se ven limitados de adquirir cualquier bien o servicio.

4 MATERIALES Y MÉTODOS

TIPO DE ESTUDIO

El presente estudio es de tipo descriptivo-correlacional.

Descriptivo porque una vez procesada la información que se va obtener de la investigación de campo se conseguirán los resultados que se darán a conocer al finalizar el presente trabajo, correlacional puesto que con la información obtenida se va a proceder analizar si el estado socioeconómico y cultural de los estudiantes de la carrera de Odontología de la Universidad Nacional de Loja influye sobre su estado de salud buco dental.

UNIVERSO

El universo está conformado por 270 estudiantes de la carrera de Odontológica de la Universidad Nacional de Loja en el período octubre-marzo 2018.

MUESTRA

230 estudiantes de la carrera de Odontología de la Universidad Nacional de Loja período octubre – marzo 2018, los mismos que se seleccionaron bajo los criterios de inclusión y exclusión.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Estudiantes que estén debidamente matriculados, que asistan normalmente a clases, y que deseen colaborar en el presente estudio.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Estudiantes no colaboradores, que no estén presentes al momento de recolectar la información.

MÉTODOS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Los métodos e instrumentos principales para llevar a cabo la presente investigación fueron: historia clínica, encuesta cultural y ficha de recolección de datos de nivel socioeconómico según el INEC. También se utilizó: sets de diagnóstico (espejo bucal, explorador, sonda periodontal y pinza algodонера), revelador de placa, cepillos profilácticos, guantes, mascarilla, etc.

Dichos instrumentos fueron aplicados a los 230 estudiantes pertenecientes a la carrera de Odontología de la Universidad Nacional de Loja periodo octubre – marzo 2018.

PROCEDIMIENTO

Una vez seleccionada la muestra y obtenidos los materiales e instrumentos necesarios para el desarrollo de la presente investigación, se solicitó autorización para la aplicación de las encuestas que se llevaron a cabo en las aulas de la carrera de Odontología; la encuesta aplicada consto de dos partes una en la que se evaluó el nivel socioeconómico de los estudiantes y otra el nivel cultural; para evaluar el nivel socioeconómico se utilizó la encuesta aplicada por el INEC, la cual consta de 25 preguntas en las cuales se evalúan las dimensiones de vivienda, educación, económica, bienes, tecnología y hábitos de consumo, cada una de las preguntas presentaban diversos puntajes y fueron establecidos según la respuesta de cada estudiante, el cual posteriormente fue sumado para sacar un valor total por cada uno; si el estudiante alcanza un puntaje entre 0 y 316 puntos pertenece al estrato D, si alcanza un puntaje mayor a 316 y menor o igual a 535 se dice que pertenece al estrato C-, el estudiante que tienen un puntaje mayor a 535 y menor o igual a 696 se pertenecen al estrato C+, y los que tienen un puntaje mayor a 696 y

menor o igual a 845 están en el estrato B, y finalmente los estudiantes que alcanzan un puntaje mayor a 845 hasta 1000 puntos se dice que están en el estrato A.

Según la suma de puntaje final (Umbrales),
identifique a que grupo socioeconómico pertenece su hogar:

Grupos socioeconómicos	Umbrales
A (alto)	De 845,1 a 1000 puntos
B (medio alto)	De 696,1 a 845 puntos
C+ (medio típico)	De 535,1 a 696 puntos
C- (medio bajo)	De 316,1 a 535 puntos
D (bajo)	De 0 a 316 puntos

Para poder evaluar el nivel cultural se aplicó una encuesta que consta de dos partes una: que determinaba las actitudes y la otra las creencias en salud oral de cada estudiante objeto de estudio.

En la parte de actitudes se evaluó parámetros como identidad cultural, religión, alimentación, hábitos de consumo de sustancias psicoactivas, hábitos de higiene oral; a los cuales se les asignó valores de 1 a 5 dependiendo la actitud de cada estudiante frente a cada una de las mismas, en la parte correspondiente a creencias en salud oral cada una de las preguntas presentaban cuatro alternativas de respuesta, a las que se les asignó un determinado puntaje:

- Muy en desacuerdo: 1 punto.
- Medianamente en desacuerdo: 2 puntos.
- Medianamente de acuerdo: 3 puntos.
- Muy de acuerdo: 4 puntos.

Los puntajes obtenidos finalmente fueron sumados con los del nivel cultural; y de esta manera aquellos estudiantes que superaron el 70% de estas evaluaciones es decir un valor de entre 21 y 30 puntos indican actitudes y creencias favorables en salud oral; es decir, un nivel cultural bueno, mientras que los que obtuvieron calificaciones inferiores a 21 puntos

presentan creencias o actitudes desfavorables que por ende conllevan a un nivel cultural malo.

Finalizada esta etapa de aplicación de encuestas en los estudiantes, se continuó con el permiso respectivo de las autoridades para convocar a los estudiantes para que acudieran a la clínica Odontológica de la Universidad Nacional de Loja para poder realizarles los respectivos diagnósticos registrando sus hallazgos en una historia clínica pertinente, y evaluando la salud oral a los mismos.

Se utilizaron algunos índices como:

Índice de CPO-D: Resulta de la sumatoria de dientes permanentes cariados, perdidos y obturados, dividido para el total de la población examinada.

$$\text{CPOD} = (\text{N}^\circ \text{ de dientes cariados} + \text{perdidos} + \text{obturados}) / (\text{N}^\circ \text{ de población examinada})$$

Los resultados obtenidos se valorarán mediante los siguientes rangos:

De 0 a 1.1: Muy bajo

1.2 a 2.6: bajo

2,7 a 4.4: Moderado

4.5 a 6.5: Alto

Índice de higiene oral simplificado: El IHO-S utiliza seis superficies dentarias que representan todos los segmentos posteriores y anteriores de la boca. Con este índice se mide la superficie del diente cubierta por restos y cálculo. El IHO-S se los obtiene de la sumatoria del índice de restos o placa bacteriana simplificado (IR-S) y el índice de cálculo simplificado (IC-S), dividido para 2

$$\text{IHO-S} = (\text{IR-S} + \text{IC-S}) / 2$$

Los resultados obtenidos se valorarán bajo los siguientes rangos:

Bueno: 0-1.2

Regular: 1.3 – 3.0

Malo: 3.1- 6

Índice De Necesidad De Tratamiento Periodontal

La dentición se divide en seis sextantes. La necesidad de tratamiento se registra cuando están presentes dos o más dientes no destinados a extracción. Si queda solo un diente en el sextante se lo incluye en el sextante colindante. El sondeo es realizado con la Sonda Periodontal OMS, diseñada para este fin. Las evaluaciones por sondeo se efectúan en torno de todos los dientes de un sextante o bien de un diente índice (esta última estrategia está recomendada para estudios epidemiológicos). Sin embargo, para representar el sextante se elige solo la medición más grave de éste.

El estado periodontal se califica de acuerdo a:

Código 0: Se asigna cuando la banda negra de la sonda está totalmente visible, no hay cálculo, no hay restauraciones desbordantes y no hay sangrado.

Código 1: Se asigna a un sextante en el que la banda negra está totalmente visible, no hay restauraciones desbordantes, ni cálculo, pero se observa sangrado después de un sondeo suave en una o más unidades gingivales.

Código 2: Se asigna a un sextante en el que la banda negra está visible, pero se observa cálculo, placa y restauraciones desbordantes.

Código 3: Se asigna a un sextante en el que la banda negra está parcialmente cubierta, aloja bolsas cuya profundidad es de 4 a 5mm.

Código 4: Se asigna a un sextante en el que la banda negra está totalmente cubierta, aloja bolsas cuya profundidad es de 6mm o más.

La necesidad de tratamiento (NT) es un puntaje basado en el código de mayor severidad en la dentición, a saber:

NT 0: En caso de salud gingival

NT 1: Necesidad de mejorar la higiene bucal si se ha registrado un código 1

NT 2: Necesidad de raspado radicular, de eliminación de restauraciones desbordantes y de mejorar la higiene bucal (códigos 2+3)

NT 3: Tratamiento complejo (código 4)

Índice de Enfermedad Periodontal (IEP) de Ramfjord

Ramfjord tomó lo más valioso de los índices existentes, agregó nuevas características para compensar sus fallas y creó su propio sistema para medir la enfermedad periodontal.

Una de las peculiaridades del IEP es el examen de seis dientes preseleccionados en la boca:

- Primer molar superior derecho
- Incisivo central superior izquierdo
- Primer premolar superior izquierdo
- Primer molar inferior izquierdo
- Incisivo central inferior derecho
- Primer premolar inferior derecho

Valoración gingival

0: Ausencia de inflamación

1: Cambios inflamatorios leves a moderados que no, se extienden alrededor de todo el diente.

2: Gingivitis leve a moderada grave que se extiende alrededor de todo el diente.

3: Gingivitis intensa que se caracteriza por color rojo intenso, tendencia a la hemorragia y ulceración.

Finalmente se analizaron los datos obtenidos: la historia clínica, la ficha socioeconómica y la encuesta cultural. Se representaron los resultados en tablas y gráficos para su respectivo análisis, además de que se les aplicó la prueba Chi cuadrado de Pearson en el caso del nivel socioeconómico y ANOVA para lo cultural.

5 RESULTADOS

Tabla 1 Nivel socioeconómico de los estudiantes de la carrera de odontología, año 2018

	Frecuencia	Porcentaje (%)
A (Alto)	49	21,30%
B (medio alto)	97	42,17%
C (medio típico)	65	28,26%
C-(medio bajo)	19	8,26%
Total	230	100%

Fuente: Encuesta

Elaboración: Diego Rene Aguilar Ochoa

INTERPRETACIÓN

De los 230 estudiantes en los cuales se realizó el estudio se puede concluir: el 21.30% corresponde a una clase alta, el 42,17% pertenecen a una clase medio alto, el 28,26% corresponde a una clase medio típico; el 8,26% pertenecen a un nivel medio bajo.

Tabla 2 Nivel cultural de los estudiantes de la carrera de odontología, año 2018

Nivel Cultural	Frecuencia	Porcentaje
Bueno	209	91%
Malo	21	9%
Total	230	100%

Fuente: Encuesta

Elaboración: Diego Rene Aguilar Ochoa

INTERPRETACIÓN

Con las respuestas dadas por los estudiantes en cuanto al nivel cultural se obtuvo los siguientes resultados, el 91% que corresponde a 209 estudiantes indican tener un buen nivel cultural, mientras que el 9% correspondiente al 9% presenta un nivel cultural malo.

Tabla 3 *Patologías de mayor frecuencia de los estudiantes de la carrera de odontología, año 2018*

Patologías de mayor frecuencia	Frecuencia	Porcentaje
Caries	39	16,96%
Enfermedad Periodontal	125	54,35%
Mal posición dentaria	62	26,96%
Hábitos parafuncionales	106	46,09%

Fuente: Encuesta

Elaboración: Diego Rene Aguilar Ochoa

INTERPRETACIÓN

De los 230 estudiantes que fueron examinados se pudo observar que el 16,96% presento caries; el 54,35% presento enfermedad periodontal; el 26,96% se pudo evidenciar la presencia de mal posición dentaria y finalmente el 46,09% presento hábitos para funcionales.

Tabla 4 Caries * Nivel Socio-económico

CARIES*Nivel Socio-económico							
			Nivel Socio-económico				Total
			Alto	Medio alto	Medio típico	Medio bajo	
CARIES	Presenta	Frecuencia	4	8	18	9	39
		%	8,2%	8,2%	27,7%	47,4%	17,0%
	No presenta	Frecuencia	45	89	47	10	191
		%	91,8%	91,8%	72,3%	52,6%	83,0%
Total		Frecuencia	49	97	65	19	230
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Encuesta

Elaboración: Diego Rene Aguilar Ochoa

INTERPRETACIÓN

De los 230 estudiantes de la carrera de odontología, 49 presentan un nivel socioeconómico Alto: de los cuales el 8,2% presentan caries y el 91,8% no lo presenta; 97 estudiantes presentan un nivel socioeconómico medio alto: de los cuales el 8,2% presentan caries y el 91,8% no lo presenta; mientras que 65 estudiantes presentan un nivel socioeconómico medio típico: de los cuales el 27,7% presentan dicha patología y el 72,3% no la presenta; y, finalmente 19 estudiantes son de nivel socioeconómico medio bajo: en los que el 47,4% tienen caries dental, y el 52,6% no la poseen.

Tabla 5 Pruebas de chi-cuadrado

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	25,715	3	0,000

Fuente: Encuesta

Elaboración: Diego Rene Aguilar Ochoa

En la prueba Chi cuadrado de Pearson, el valor del nivel de significación (Sig. asintótica (2 caras) = 0,000) es inferior a 0,05 (95% de confiabilidad), luego los porcentajes de los niveles socio – económicos no son similares en el Índice de CPO-D. (Existe influencia)

Tabla 6 Tablas cruzadas: Mal posición dentaria * Nivel Socio-económico

			Nivel Socio-económico				Total
			Alto	Medio alto	Medio típico	Medio bajo	
Mal posición dentaria	No presenta	Frecuencia	41	75	41	11	168
		%	83,7%	77,3%	63,1%	57,9%	73,0%
	Presenta	Frecuencia	8	22	24	8	62
		%	16,3%	22,7%	36,9%	42,1%	27,0%
Total		Frecuencia	49	97	65	19	230
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Encuesta

Elaboración: Diego Rene Aguilar Ochoa

INTERPRETACIÓN

De los 230 estudiantes de la carrera de odontología, 49 presentan un nivel socioeconómico Alto: de los cuales el 83,7% no presentan mal posición dentaria y el 16,3% si lo presenta; 97 estudiantes presentan un nivel socioeconómico medio alto: de los cuales el 77,3% no tienen mal posición dentaria, y el 22,7% tienen mal posición; mientras que 65 estudiantes presentan un nivel socioeconómico medio típico: de los cuales el 63,1% no presentan dicha patología y el 36,9% si la presenta; y, finalmente 19 estudiantes son de nivel socioeconómico medio bajo: en los que el 57,9% no tienen mal posición, y el 42,1% tienen mala posición dentaria.

Tabla 7 Prueba de chi-cuadrado

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	G1	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	9,206	3	0,027

Fuente: Encuesta

Elaboración: Diego Rene Aguilar Ochoa

En la prueba Chi cuadrado de Pearson, el valor del nivel de significación (Sig. asintótica (2 caras) = 0,027) es inferior a 0,05 (95% de confiabilidad), luego los porcentajes de los niveles socio – económicos no son similares en la Mala posición dentaria. (Existe influencia)

Tabla 8 Tablas cruzadas: Hábitos parafuncionales * Nivel Socio-económico

Tabla cruzada			Nivel Socio-económico				Total
			Alto	Medio alto	Medio típico	Medio bajo	
Hábitos Parafuncionales	No presenta	Frecuencia	30	49	36	8	123
		%	61,2%	50,5%	55,4%	42,1%	53,5%
	Presenta	Frecuencia	19	48	29	11	107
		%	38,8%	49,5%	44,6%	57,9%	46,5%
Total		Frecuencia	49	97	65	19	230
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Encuesta

Elaboración: Diego Rene Aguilar Ochoa

INTERPRETACIÓN

De los 230 estudiantes, 49 presentan un nivel socioeconómico Alto: de los cuales el 61,2% no presentan hábitos parafuncionales y el 38,8% si lo presenta; 97 estudiantes presentan un nivel socioeconómico medio alto: de los cuales el 50,5% no tienen hábitos parafuncionales, y el 49,5% tienen este tipo de hábitos; mientras que 65 estudiantes presentan un nivel socioeconómico medio típico: de los cuales el 55,4% no presentan dicha patología y el 44,6% si la presenta; y, finalmente 19 estudiantes son de nivel socioeconómico medio bajo: en los que el 42,1% no tienen estos hábitos, y el 57,9% tienen dichos hábitos.

Tabla 9 Prueba de chi-cuadrado

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	Gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	2,607	3	0,456

Fuente: Encuesta

Elaboración: Diego Rene Aguilar Ochoa

En la prueba Chi cuadrado de Pearson, el valor del nivel de significación (Sig. asintótica (2 caras) = 0,456) es superior a 0,05 (95% de confiabilidad), luego los porcentajes de los niveles socioeconómicos son similares en los hábitos parafuncionales. (No existe influencia)

Tabla 10 Índice de Necesidad de Tratamiento Periodontal PNTC * Nivel Socio-económico

			Nivel Socio-económico				Total
			Alto	Medio alto	Medio típico	Medio bajo	
IPNTC	Código 0	Frecuencia	32	48	18	7	105
		%	65,3%	49,5%	27,7%	36,8%	45,7%
	Código 1	Frecuencia	13	39	35	5	92
		%	26,5%	40,2%	53,8%	26,3%	40,0%
	Código 2	Frecuencia	4	10	12	7	33
		%	8,2%	10,3%	18,5%	36,8%	14,3%
Total		Frecuencia	49	97	65	19	230
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Encuesta

Elaboración: Diego Rene Aguilar Ochoa

INTERPRETACIÓN

En cuanto a la relación del índice de necesidad de tratamiento periodontal con el nivel socioeconómico se puede observar que los estudiantes de nivel Alto: el 65,3% tienen código 0, el 26,5% tiene código 1 y el 8,2% tiene código 2; los estudiantes de nivel Medio alto: el 49,5% tienen código 0, el 40,2% tiene código 1 y el 10,3% tiene código 2; y los estudiantes de nivel Medio típico: el 27,7% tienen código 0, el 53,8% tiene código 1 y el 18,5% tiene código 2; finalmente los de nivel Medio bajo: el 36,8% tienen código 0, el 26,3% tiene código 1 y el 36,8% tiene código 2.

Tabla 11 Prueba de chi-cuadrado

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	G1	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	25,478	6	0,000

Fuente: Encuesta

Elaboración: Diego Rene Aguilar Ochoa

En la prueba Chi cuadrado de Pearson, el valor del nivel de significación (Sig. asintótica (2 caras) = 0,000) es inferior a 0,05 (95% de confiabilidad), luego los porcentajes de los niveles socio – económicos no son similares en el Índice PSR. (Existe influencia)

Tabla 12 Índice periodontal de Ramfjord * Nivel Socio-económico

Tabla cruzada							
			Nivel Socio-económico				Total
			Alto	Medio alto	Medio típico	Medio bajo	
Índice periodontal de Ramfjord	Código 0	Frecuencia	31	61	8	5	105
		%	63,3%	62,9%	12,3%	26,3%	45,7%
	Código 1	Frecuencia	14	26	34	5	79
		%	28,6%	26,8%	52,3%	26,3%	34,3%
	Código 2	Frecuencia	4	10	23	9	46
		%	8,2%	10,3%	35,4%	47,4%	20,0%
Total		Frecuencia	49	97	65	19	230
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Encuesta

Elaboración: Diego Rene Aguilar Ochoa

INTERPRETACIÓN

De los 230 estudiantes del presente estudio los que corresponden a un nivel Alto: el 63,3% tienen código 0, el 28,6% tiene código 1 y el 8,2% tiene código 2, los correspondientes al nivel Medio alto: el 62,9% tienen código 0, el 26,8% tiene código 1 y el 10,3% tiene código 2 mientras que los estudiantes de nivel socioeconómico Medio típico: el 12,3% tienen código 0, el 52,3% tiene código 1 y el 35,4% tiene código 2; y los estudiantes de nivel Medio bajo: el 26,3% tienen código 0, el 26,3% tiene código 1 y el 47,4% tiene código 2.

Tabla 13 Pruebas de chi-cuadrado

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	G1	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	58,367	6	0,000

Fuente: Encuesta

Elaboración: Diego Rene Aguilar Ochoa

En la prueba Chi cuadrado de Pearson, el valor del nivel de significación (Sig. asintótica (2 caras) = 0,000) es inferior a 0,05 (95% de confiabilidad), luego los porcentajes de los niveles socio – económicos no son similares en el Índice periodontal de Ramfjord. (Existe influencia)

Tabla 14 ANOVA: Comparación de lo cultural con el Índice de Caries

Descriptivos								
TOTAL CULTURAL								
CARIES	N	Media del nivel cultural	Desviación estándar	Error estándar	95% del intervalo de confianza para la media		Mínimo	Máximo
					Límite inferior	Límite superior		
Presenta	39	24,8090	2,26015	,36191	24,0763	25,5416	21,50	31,00
No presenta	191	24,5970	2,46540	,17839	24,2451	24,9489	18,10	30,70
Total	230	24,6330	2,42839	,16012	24,3175	24,9485	18,10	31,00

Fuente: Encuesta

Elaboración: Diego Rene Aguilar Ochoa

ANOVA					
TOTAL CULTURAL					
	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Entre grupos	1,455	1	1,455	,246	0,620
Dentro de grupos	1348,975	228	5,917		
Total	1350,430	229			

INTERPRETACIÓN

De la prueba ANOVA, el valor del nivel de significación (Sig. 0,620), nos indica que no existen diferencias significativas en lo cultural entre si presentan o no caries

Tabla 15 ANOVA: comparación de lo cultural en mal posición dentaria

Descriptivos								
TOTAL CULTURAL								
Mal posición dentaria	N	Media del nivel cultural	Desviación estándar	Error estándar	95% del intervalo de confianza para la media		Mínimo	Máximo
					Límite inferior	Límite superior		
No presenta	168	24,575	2,460	0,190	24,201	24,950	18,100	30,700
Presenta	62	24,789	2,354	0,299	24,191	25,387	20,100	31,000
Total	230	24,633	2,428	0,160	24,318	24,949	18,100	31,000

Fuente: Encuesta

Elaboración: Diego Rene Aguilar Ochoa

ANOVA					
TOTAL CULTURAL					
	Suma de cuadrados	Gl	Media cuadrática	F	Sig.
Entre grupos	2,063	1	2,063	0,349	0,555
Dentro de grupos	1348,367	228	5,914		
Total	1350,430	229			

INTERPRETACIÓN

De la prueba ANOVA, el valor del nivel de significación (Sig. 0,555), nos indica que no existen diferencias significativas entre las diversas malas posiciones dentarias. Todos tienen el mismo nivel Cultural

Tabla 16 ANOVA: comparación de lo cultural en hábitos Parafuncionales

Descriptivos								
TOTAL CULTURAL								
Hábitos Para funcionales	N	Media del nivel cultural	Desviación estándar	Error estándar	95% del intervalo de confianza para la media		Mínimo	Máximo
					Límite inferior	Límite superior		
No presenta	123	24,794	2,334	0,210	24,377	25,211	18,100	30,700
Presenta	107	24,448	2,531	0,245	23,963	24,933	18,880	31,000
Total	230	24,633	2,428	0,160	24,318	24,949	18,100	31,000

Fuente: Encuesta

Elaboración: Diego Rene Aguilar Ochoa

ANOVA					
TOTAL CULTURAL					
	Suma de cuadrados	Gl	Media cuadrática	F	Sig.
Entre grupos	6,849	1	6,849	1,162	0,282
Dentro de grupos	1343,581	228	5,893		
Total	1350,430	229			

INTERPRETACIÓN

De la prueba ANOVA, el valor del nivel de significación (Sig. 0,282), nos indica que no existen diferencias significativas entre los diversos hábitos parafuncionales. Todos tienen el mismo nivel Cultural

Tabla 17 ANOVA: Comparación de lo cultural en el Índice Necesidad de Tratamiento periodontal (IPNTC)

Descriptivos								
TOTAL CULTURAL								
IPNTC	N	Media del nivel cultural	Desviación estándar	Error estándar	95% del intervalo de confianza para la media		Mínimo	Máximo
					Límite inferior	Límite superior		
Código 0	105	24,447	2,521	0,246	23,959	24,934	18,880	31,000
Código 1	92	24,716	2,344	0,244	24,231	25,202	18,100	30,700
Código 2	33	24,993	2,380	0,414	24,149	25,837	20,500	29,700
Total	230	24,633	2,428	0,160	24,318	24,949	18,100	31,000

Fuente: Encuesta

Elaboración: Diego Rene Aguilar Ochoa

ANOVA					
TOTAL CULTURAL					
	Suma de cuadrados	Gl	Media cuadrática	F	Sig.
Entre grupos	8,569	2	4,284	0,725	0,486
Dentro de grupos	1341,861	227	5,911		
Total	1350,430	229			

INTERPRETACIÓN

De la prueba ANOVA, el valor del nivel de significación (Sig. 0,486), nos indica que no existen diferencias significativas entre los diversos intervalos del Índice PSR. Todos presentan el mismo nivel cultural.

Tabla 18 ANOVA: Comparación de lo cultural en el Índice periodontal de Ramfjord

Descriptivos								
TOTAL CULTURAL								
IPR	N	Media del nivel cultural	Desviación estándar	Error estándar	95% del intervalo de confianza para la media		Mínimo	Máximo
					Límite inferior	Límite superior		
Código 0	105	24,408	2,465	0,241	23,931	24,885	19,600	30,700
Código 1	79	24,784	2,425	0,273	24,241	25,327	18,100	31,000
Código 2	46	24,887	2,355	0,347	24,188	25,587	19,300	29,700
Total	230	24,633	2,428	0,160	24,318	24,949	18,100	31,000

Fuente: Encuesta

Elaboración: Diego Rene Aguilar Ochoa

ANOVA					
TOTAL CULTURAL					
	Suma de cuadrados	Gl	Media cuadrática	F	Sig.
Entre grupos	10,094	2	5,047	0,855	0,427
Dentro de grupos	1340,336	227	5,905		
Total	1350,430	229			

INTERPRETACIÓN

De la prueba ANOVA, el valor del nivel de significación (Sig. 0,427), nos indica que no existen diferencias significativas entre los diversos intervalos del Índice periodontal de Ramfjord. Todos tienen el mismo nivel cultural.

6 DISCUSIÓN

La relación que existe entre el nivel socioeconómico y el estado de salud dental ha sido identificada en varios estudios a nivel mundial, existe evidencia de familias que viven en un mejor estrato social gozan de mejores condiciones de vida. La desigualdad en el campo de la salud en relación al nivel socioeconómico va en aumento según varias investigaciones, estas afirmaciones se basaron en estudios donde se tomaron en cuenta parámetros tales como: escolaridad, ingresos, ocupación y raza. (BUSTOS LÓPEZ, 2014)

Los resultados obtenidos en la presente investigación coinciden con autores como: (DIAZ & ARRIETA, 2013) , (GONZALEZ, 2013) (OCHOA, 2017) (CABRERA, 2015) quienes concluyen que el nivel socioeconómico si influye directamente en la salud bucal , pues en sus estudios realizados encontraron que las personas de un nivel socioeconómico alto presentaban índices de caries muy bajos, resultados que son similares a los evidenciados en la presente investigación: en los cuales se pudo determinar que aquella población que cuenta con un nivel socioeconómico alto presenta caries en un 8,2% de la población de estudio; mientras que, los de nivel socioeconómico medio bajo, presento caries en un 47,4% dichos resultados fueron comprobados mediante la prueba estadística del Chi cuadrado de Pearson, que obtuvo un nivel de significancia de 0,0 resultado inferior al margen de error planteado para este estudio, demostrando que el nivel socioeconómico si influye en el estado de salud bucodental.

Sin embargo (HIDALGO, 2015)al comparar las condiciones socioeconómicas de los alumnos de ciclo básico de la Unidad Educativa“ Rincón del Saber”, evidenció que a mejor condición socioeconómica, mayor es el problema de salud oral, pues en su estudio encontró un índice de caries alto de 5,80% en la población de nivel socioeconómico medio alto, resultados que se contraponen a los obtenidos en este trabajo.

Igualmente en el estudio de (MARTINEZ, 2017)menciona, que la población presenta un nivel socioeconómico bueno y su índice CPOD es de 4,1% considerado dentro de los rangos

de niveles de severidad en prevalencia de caries según la OMS como moderado de tal manera que se muestran contrarios a los obtenidos en la presente investigación.

Otra de las patologías de mayor frecuencia en este estudio fue la gingivitis misma que según el índice de necesidad de tratamiento periodontal fue de 54,35%; al no encontrar estudios similares no se puede contrastar la información obtenida.

De la misma manera se pudo constatar la presencia de hábitos parafuncionales encontrándose en la mayor parte de la población de nivel socioeconómica medio alto en un 49,5% , no obstante es importante señalar que el otro 50,5% del total de la población estudiada no presento ningún tipo de hábito parafuncional, la cual una vez comprobada con la prueba estadística del Chi cuadrado de Pearson no se encontró diferencias estadísticas para determinar la influencia entre las dos variables .Finalmente se pudo identificar la presencia de mal posición dentaria en un 42,1% en la población del nivel socioeconómico medio bajo sin embargo es importante señalar que el 83,7% de nivel medio alto no presentó esta patología ,dichos resultados fueron comprobados mediante la prueba estadística del Chi cuadrado de Pearson, que obtuvo un nivel de significancia de 0,0 resultado inferior al margen de error planteado para este estudio, demostrando que el nivel socioeconómico si influye en el estado de salud bucodental; al no encontrar estudios similares no se puede contrastar la información obtenida.

Finalmente se puede establecer de acuerdo a los estudios analizados que entre más edad de la población mayor es la experiencia de caries y enfermedad periodontal , la OMS reporta que el índice de caries a nivel mundial es de 2,5% a la edad de 12 años , valor que se va incrementando a lo largo de la vida, tal es el caso del presente estudio al tratarse de estudiantes de una edad comprendida entre 19 a 26 años se evidencia un índice CPOD moderado, que al valorarlo por separado se puede observar que la prevalencia de caries es menor que la de dientes obturados, por lo tanto es importante mencionar que según (ESPINOZA, 2015)este indicador determina si el individuo ha sufrido caries a lo largo de su vida pero estos han debido tener una atención odontológica, lo cual demuestra la baja prevalencia pero la alta experiencia de caries dental.

7 CONCLUSIONES

Al término del estudio se pudo llegar a las siguientes conclusiones:

- Las patologías de mayor frecuencia encontrados en este estudio fueron: caries dental con el 16,96 %; enfermedad periodontal con un 54,35%; un 26,96 % presentó mal posición dentaria; y, finalmente en un 46,09 % se observó hábitos parafuncionales.
- Al establecer la relación entre el nivel socioeconómico y cultural con las patologías de mayor frecuencia encontradas en este estudio se determinó que la caries, enfermedad periodontal y la mal posición dentaria tienen relación directa con la situación socioeconómica y cultural de los estudiantes. En cuanto a los hábitos parafuncionales se concluyó que no existe influencia entre estos y el nivel socioeconómico y cultural.

8 RECOMENDACIONES

- Se evidencia la necesidad de la planificación e implementación de un departamento de bienestar estudiantil en el cual haya la atención odontológica dirigida a estudiantes de la Facultad de la Salud Humana, promoviendo el control y prevención de patologías bucodentales con la finalidad de mejorar las condiciones de salud y por ende la calidad de vida de la comunidad estudiantil.
- Implementar estrategias para la prevención y promoción de la salud bucal a los estudiantes en edad universitaria. Si bien existen programas en el ámbito Nacional para los escolares de nivel primaria y preescolar, también constituye una necesidad incluir a este grupo poblacional para la reorientación de los hábitos dietéticos e higiénicos que permitan crear una cultura referente a la salud bucal.

9 BIBLIOGRAFÍA

- AGUILAR, F. (2014). La caries y su relación con la higiene oral en preescolares.
- ALEMAN, M. D. (2016). Evaluación de la efectividad de selladores dentales aplicados con la técnica restaurativa atraumática en primeros molares permanentes. Managua.
- BARBA, E., ROMO, M., & TRUJILLO, F. (2015). Estudio comparativo de la técnica de cepillado de Fones para mejorar la higiene bucal en escolares de 7 a 13 años de edad: XII encuentro, participación de la mujer en la ciencia. Guadalajara. Guadalajara.
- BENAVENTE, L. C. (2017). Relación entre caries dental y algunos factores sociales en niños de 6 a 12 años del sector Manuel Arévalo del distrito La Esperanza. Trujillo.
- CABELLO, R. (2015). Prevalencia, severidad de caries y características socioeconómicas en niños escolares de 6 y 8 años de edad, inscritos en colegios municipales. Santiago.
- CAMPOS, K. R. (2017). Eficacia de un programa de control de placa dentobacteriana en niños de 3 a 5 Chiclayo- Perú. Chiclayo.
- CARRANZA, N. K. (2014). Periodontología clínica. In N. K. Carranza, periodontología clínica (p. 1552). Mc Graw Hill.
- CARVAJAL, P. (2016). Enfermedades periodontales como un problema de salud pública: el desafío del nivel primario de atención en salud. Santiago de Chile.
- CISNEROS, G. (2013). La educación para la salud bucal en edades tempranas de la vida. Santiago de Cuba.
- CONTRERAS, J., CARDOSO, D., CASTILLO, I., & ARTEAGA, M. (2014). Dentífricos fluorurados: composición. *Vertientes*, 114-119.
- CORREA, A. (2013). Efectividad de un enjuague bucal a base de aceites esenciales (*Eugenia caryophyllata* Thunberg “clavo de olor” *Citrus tangerina* “mandarina” y *Ocimum basilicum* “albahaca”) sobre placa dental y *Streptococcus mutans* en niños de 8 a 10 años. Cartagena.
- CUENCA, E. (2014). Odontología preventiva y comunitaria. Elsevier Masson.
- DIAZ, O., & ESTRADA, B. (2011). Lesiones no cariosas: atrición, erosión, abfracción, bruxismo.
- DIAZ, S., & ARRIETA, K. (2013). Relación entre pobreza y salud bucal en las comunidades de tierra baja, Manzanillo y Boquilla. Cartagena de Indias.

- DIAZ, S., & ARRIETA, K. (2015). Funcionalidad familiar y caries dental en niños de una institucion educativa de cartagena de indias . Cartagena.
- FALEIROS, S. (2013). Uso de sellantes de fosas y fisuras para la prevención de caries en población infanto-juvenil: Revisión metodológica de ensayos clínicos. Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil. Oral, 14-19.
- FRENCHERO, N. M. (2014). La caries y su relación con la higiene oral en preescolares. Pubmed.
- GALLEGOS, G. (2016). “Factores de riesgo socioeconomicos y culturales que influyen en la salud bucal de los niños y adolescentes especiales que acuden al centro de atención y desarrollo "el angel". Periodo marzo – julio 2015”. Loja.
- GONZALEZ, A., & GONZALEZ, B. G. (2013). Salud dental: relación entre la caries dental y el consumo de alimentos. Madrid.
- LINA MARÍA RIZZO-RUBIO, A. M.-C. (2016). Comparación de diferentes técnicas de cepillado . Medellin.
- LINDHE, L. (2017). Periodontologia clinica e implantologia. In I. Lang, periodontologia clinica e implantologia. Medica panamericana.
- LOPEZ, G. (2014). Normas de higiene bucodental.
- MOREIRA, R., & SALIBA, C. (2013). La influencia de la motivación y del cepillado supervisado en los hábitos de higiene de preescolares brasileños. Caracas.
- NAVARRO, J. (2015). Enfermedad periodontal en adolescentes. Santiago de Cuba.
- NAVARRO, M. L. (2014). Prevalencia y grado de gingivitis asociada a placa dentobacteriana en niños. Leon.
- OMS. (2012). SALUD BUCODENTAL.
- PENAGO, C. G. (2014). Percepciones en salud bucal de los niños y niñas. Medellin.
- PEREZ, M., LIMERES, J., & JAVIER, F. (2014). Manual de Higiene Oral con Personas con Discapacidad.
- PIÑERO, R. M. (2014). Malos hábitos orales: rehabilitacion neuromuscular y crecimiento facial. Condes.
- RAMIREZ, A. (2015). Componentes culturales que influyen en la salud bucal. Salud/Ciencia, 294-300.

- RAMIREZ, L. (2014). Asociación de maloclusiones clase i, ii y iii y su tratamiento. Tame, 5.
- RAMIREZ, M. D. (2015). Componentes culturales que influyen en la salud bucal . Sociedad iberoamericana de informacion cientifica.
- RAUDEZ, B. M. (2015). Prevalencia de factores predisponentes de maloclusión dental en niños de 6 a 9 años . Managua.
- RIZZO, L., & TORRES, A. (2016). Comparación de diferentes técnicas de cepillado para la higiene bucal. Medellin.
- ROCHA-BUELVAS, A. (2013). Análisis sobre el acceso a los servicios de la salud: un indicador de equidad. Bogota.
- ROMERO-CASTRO, N. S. (2016). Prevalencia de gingivitis y factores asociados en estudiantes de la universidad autónoma de guerrero, méxico. Habana.
- SANCHEZ, V. (2013). Evaluación del estado de salud bucodental y su relación con estilos de vida saludables en la provincia de salamanca. España.
- SANTANA, V. (2013). Empleo, condiciones de trabajo y salud. Brasil.
- SILVINA, M. (2015). Consumo de alimentos cariogénicos en adultos de la ciudad de corrientes, argentina.
- SORIA-HERNÁNDEZ, A. (2014). Hábitos de higiene bucal y su influencia sobre la frecuencia de caries. Portal odontologos 2014.
- SUARES, S., & HERNANDEZ, J. (2015). Componentes culturales que influyen en la salud bucal. Mexico.
- TOBAR, M. F. (2015). Efectos de la condicion socioeconomica en la prevalencia de caries para una poblacion de niños de 12 a 13 años. Santiago.
- TORRES, D., & FUENTES, R. (2015). Erosión dental y sus posibles factores de riesgo en niños. Santiago.
- UNICEF. (2016). EDUCACIÓN, Ingreso y etnia son los factores sociales que más influyen en la salud de niños, niñas adolescentes y madres.
- VASQUEZ, M. (2013). “Nivel socio-económico y su incidencia en la enfermedad periodontal”. Manabi.
- ZALDIVAR, H. (2014). Comportamiento de la gingivitis crónica en adolescentes de la Secundaria Básica “Jesús Fernández”. Santa Marta, CÁRDENAS. Cuba.

10 ANEXOS

ANEXO N° 1

Gráfico N° 1 Aplicación de encuestas a los estudiantes de la carrera de Odontología



Fuente: El autor
Elaboración: Diego Aguilar

Gráfico N° 2 Aplicación de encuestas a los estudiantes de la carrera de Odontología



Fuente: El autor
Elaboración: Diego Aguilar

Gráfico N° 3 Aplicación de encuestas a los estudiantes de la carrera de Odontología



Fuente: El autor
Elaboración: Diego Aguilar

Gráfico N° 4 Aplicación de encuestas a los estudiantes de la carrera de Odontología



Fuente: El autor
Elaboración: Diego Aguilar

Gráfico N° 5 Diagnostico General realizado a los estudiantes para determinar que patologías presentan con mayor frecuencia



Fuente: El autor
Elaboración: Diego Aguilar

Gráfico N° 6 Diagnostico General realizado a los estudiantes para determinar que patologías presentan con mayor frecuencia



Fuente: El autor
Elaboración: Diego Aguilar

Gráfico N° 7 Colocación del revelador de placa para determinar el IHOS



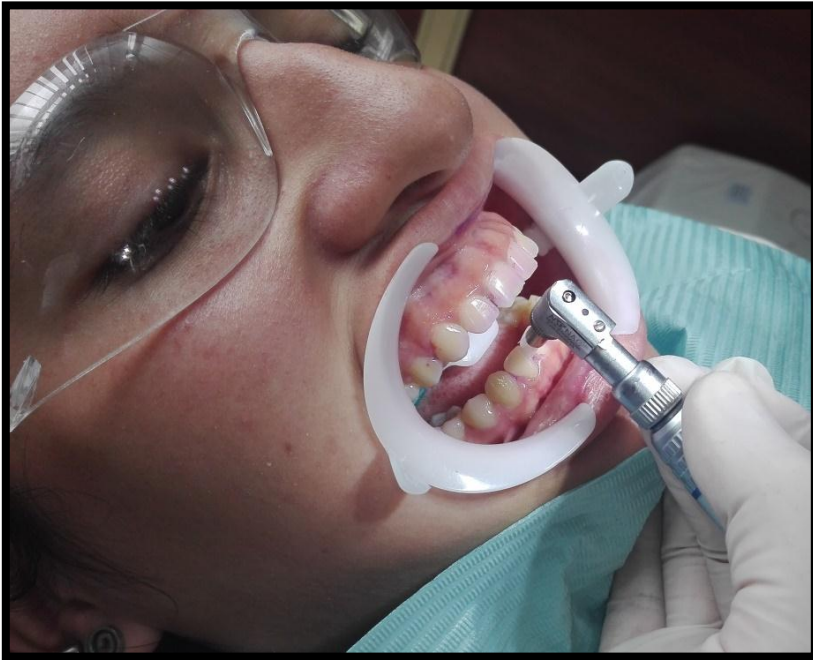
*Fuente: El autor
Elaboración: Diego Aguilar*

Gráfico N° 8 Colocación del revelador de placa para determinar el IHOS



*Fuente: El autor
Elaboración: Diego Aguilar*

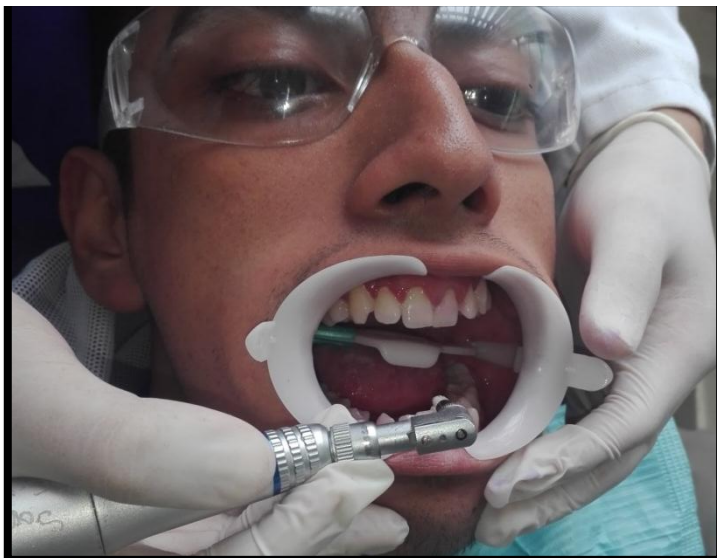
Gráfico N° 9 Profilaxis realizada a cada uno de los estudiantes



Fuente: El autor

Elaboración: Diego Aguilar

Gráfico N° 10 Profilaxis realizada a cada uno de los estudiantes



Fuente: El autor

Elaboración: Diego Aguilar

Gráfico N° 11 Sondaje para medir el índice de necesidad de tratamiento periodontal e índice de Ramfjord



Fuente: El autor
Elaboración: Diego Aguilar

Gráfico N° 12 Sondaje para medir el índice de necesidad de tratamiento periodontal e índice de Ramfjord



Fuente: El autor
Elaboración: Diego Aguilar

ANEXO N° 2

Permiso otorgado por la coordinadora para el uso de un sillón dental y para la aplicación de encuestas en los estudiantes de la carrera de Odontología



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE ODONTOLOGIA**

Of. Nro. 033 - DCO-FSH-UJNL
Loja, 30 de enero de 2018

Señor:
Diego René Aguilar Ochoa
ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE ODONTOLOGÍA
Ciudad

De mi consideración:

En atención a su comunicación de 30 de enero de 2018, en la que solicita la autorización para realizar encuestas a los estudiantes de la Carrera de Odontología, basado en su tema de investigación, así como el préstamo de un equipo odontológico portátil, me permito informar que esta Dirección de Carrera autoriza la aplicación de encuestas; y, con respecto al equipo portátil le sugiero realizar el pedido a la Srta. Zoila Martínez, quien es la responsable del custodio de estos equipos odontológicos.

Particular que comunico para los fines correspondientes.

Atentamente,


Dra. Ana María Granda Loaiza

DIRECTORA DE LA CARRERA DE ODONTOLOGÍA



c.c./ Archivo

ANEXO N° 3

Ficha para determinar el nivel socioeconómico según el INEC

INEC Encuesta de Estratificación del Nivel Socioeconómico

Conozca el nivel socioeconómico de su hogar
 Marque una sola respuesta con una X en cada una de las siguientes preguntas.

Características de la vivienda	Puntaje final
1 ¿Cuál es el tipo de vivienda?	
Suite de lujo <input type="checkbox"/>	59
Cuarto(s) en casa de Inquilinato <input type="checkbox"/>	59
Departamento en casa o edificio <input type="checkbox"/>	59
Casa/Villa <input type="checkbox"/>	59
Mediagua <input type="checkbox"/>	40
Rancho <input type="checkbox"/>	4
Chozas/ Covacha/Otro <input type="checkbox"/>	0
2 El material predominante de las paredes exteriores de la vivienda es de:	
Hormigón <input type="checkbox"/>	59
Ladrillo o bloque <input type="checkbox"/>	55
Adobe/ Tapia <input type="checkbox"/>	47
Caña revestida o bahareque/ Madera <input type="checkbox"/>	17
Caña no revestida/ Otros materiales <input type="checkbox"/>	0
3 El material predominante del piso de la vivienda es de:	
Puela, parquet, tablón o piso flotante <input type="checkbox"/>	48
Cerámica, baldosa, vinil o marmetón <input type="checkbox"/>	46
Ladrillo o cemento <input type="checkbox"/>	34
Tapia sin tratar <input type="checkbox"/>	32
Tierra/ Caña/ Otros materiales <input type="checkbox"/>	0
4 ¿Cuántos cuartos de baño con ducha de uso exclusivo tiene este hogar?	
No tiene cuarto de baño exclusivo con ducha en el hogar <input type="checkbox"/>	0
Tiene 1 cuarto de baño exclusivo con ducha <input type="checkbox"/>	12
Tiene 2 cuartos de baño exclusivos con ducha <input type="checkbox"/>	24
Tiene 3 o más cuartos de baño exclusivos con ducha <input type="checkbox"/>	32
5 El tipo de servicio higiénico con que cuenta este hogar es:	
No tiene <input type="checkbox"/>	0
Letrina <input type="checkbox"/>	45
Con descarga directa al mar, río, lago o quebrada <input type="checkbox"/>	18
Conectado a pozo ciego <input type="checkbox"/>	18
Conectado a pozo séptico <input type="checkbox"/>	22
Conectado a red pública de alcantarillado <input type="checkbox"/>	38

Acceso a tecnología	Puntaje final
1 ¿Tiene este hogar servicio de internet?	
No <input type="checkbox"/>	0
Sí <input type="checkbox"/>	45
2 ¿Tiene computadora de escritorio?	
No <input type="checkbox"/>	0
Sí <input type="checkbox"/>	35

3 ¿Tiene computadora portátil?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	39
4 ¿Cuántos celulares activados tienen en este hogar?		
No tiene celular nadie en el hogar	<input type="checkbox"/>	0
Tiene 1 celular	<input type="checkbox"/>	8
Tiene 2 celulares	<input type="checkbox"/>	22
Tiene 3 celulares	<input type="checkbox"/>	37
Tiene 4 ó más celulares	<input type="checkbox"/>	43

Posesión de bienes		puntaje total
1 ¿Tiene este hogar servicio de teléfono convencional?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	19
2 ¿Tiene cocina con horno?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	29
3 ¿Tiene refrigeradora?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	30
4 ¿Tiene lavadora?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	18
5 ¿Tiene equipo de sonido?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	18
6 ¿Cuántos TV a color tienen en este hogar?		
No tiene TV a color en el hogar	<input type="checkbox"/>	0
Tiene 1 TV a color	<input type="checkbox"/>	9
Tiene 2 TV a color	<input type="checkbox"/>	23
Tiene 3 ó más TV a color	<input type="checkbox"/>	34
7 ¿Cuántos vehículos de uso exclusivo tiene este hogar?		
No tiene vehículo exclusivo para el hogar	<input type="checkbox"/>	0
Tiene 1 vehículo exclusivo	<input type="checkbox"/>	6
Tiene 2 vehículos exclusivos	<input type="checkbox"/>	11
Tiene 3 ó más vehículos exclusivos	<input type="checkbox"/>	15

Hábitos de consumo		puntaje total
1 ¿Alguien en el hogar compra vestimenta en centros comerciales?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	6
2 ¿En el hogar alguien ha usado internet en los últimos 6 meses?		
No	<input type="checkbox"/>	0

Si	<input type="checkbox"/>	26
3 ¿En el hogar alguien utiliza correo electrónico que no es del trabajo?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Si	<input type="checkbox"/>	27
4 ¿En el hogar alguien está registrado en una red social?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Si	<input type="checkbox"/>	28
5 Exceptuando los libros de texto o manuales de estudio y lecturas de trabajo ¿Alguien del hogar ha leído algún libro completo en los últimos 3 meses?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Si	<input type="checkbox"/>	12

Nivel de educación		personas hogar
1 ¿Cuál es el nivel de instrucción del jefe del hogar?		
Sin estudios	<input type="checkbox"/>	0
Primaria incompleta	<input type="checkbox"/>	21
Primaria completa	<input type="checkbox"/>	39
Secundaria incompleta	<input type="checkbox"/>	41
Secundaria completa	<input type="checkbox"/>	65
Hasta 3 años de educación superior	<input type="checkbox"/>	91
4 ó más años de educación superior (sin post grado)	<input type="checkbox"/>	127
Post grado	<input type="checkbox"/>	171

Actividad económica del hogar		personas hogar
1 ¿Alguien en el hogar está afiliado o cubierto por el seguro del IESS (general, voluntario o campesino) y/o seguro del ISSFA o ISSPOL?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Si	<input type="checkbox"/>	39
2 ¿Alguien en el hogar tiene seguro de salud privada con hospitalización, seguro de salud privada sin hospitalización, seguro internacional, seguros municipales y de Consejos Provinciales y/o seguro de vida?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Si	<input type="checkbox"/>	55
3 ¿Cuál es la ocupación del jefe del hogar?		
Personal directivo de la Administración Pública y de empresas	<input type="checkbox"/>	76
Profesionales científicos e intelectuales	<input type="checkbox"/>	69
Técnicos y profesionales de nivel medio	<input type="checkbox"/>	46
Empleados de oficina	<input type="checkbox"/>	31
Trabajador de los servicios y comerciantes	<input type="checkbox"/>	18
Trabajador calificados agropecuarios y pesqueros	<input type="checkbox"/>	17
Oficiales operarios y artesanos	<input type="checkbox"/>	17
Operadores de instalaciones y máquinas	<input type="checkbox"/>	17
Trabajadores no calificados	<input type="checkbox"/>	0
Fuerzas Armadas	<input type="checkbox"/>	54
Desocupados	<input type="checkbox"/>	14
Inactivos	<input type="checkbox"/>	17

ANEXO N° 4

Encuesta para determinar el tipo de nivel cultural

ENCUESTA PARA DETERMINAR EL TIPO DE NIVEL CULTURAL

Lea atentamente los enunciados y marque claramente la alternativa de respuesta que mejor represente su opinión.

Como se identifica según su cultura y costumbre	Indígena ()	Afro () ecuatoriano	Mestizo ()	Blanco ()	Otros ()
Qué tipo de Religión practica usted	Católica ()	Evangélica ()	Testigos de () jehová	Ateos ()	Otros ()
Su alimentación se basa principalmente en	Omnívoros ()	Vegetarianos()	Crudistas ()	Macrobióticos ()	
Realiza actividad física	Si ()	No ()	Qué actividad		
Consumo de alcohol	Una vez a la semana ()	Más de dos veces al mes()	Ocasionalmente ()	Nunca ()	
Consumo de cigarrillo	Muy frecuente ()	Poco frecuente ()	Nunca ()		
Frecuencia de cepillado	Tres veces al día ()	Dos veces al día ()	Una vez al día ()		
Uso del hilo dental	Nunca ()	Ocasionalmente ()	Una vez al día ()	Dos veces al día ()	Tres veces al día ()
Uso de enjuague bucal	Nunca ()	Ocasionalmente ()	Una vez al día ()	Dos veces al día ()	Tres veces al día ()
Cada cuanto tiempo cambias tu cepillo de dientes	3 a 6 meses ()	1 vez al año	Cada 2 años ()		
En caso de que acudas al odontólogo ¿Con que frecuencia asistes?	Cada 6 meses ()	Una vez al año ()	Nunca ()		

ANEXO N° 5

Cuestionario de creencias de salud oral de Nakazono

CUESTIONARIO DE CREENCIAS EN SALUD ORAL

Lea atentamente los enunciados y marque claramente la alternativa de respuesta que mejor represente su opinión.

	Muy en desacuerdo	Medianamente en desacuerdo	Medianamente de acuerdo	Muy de acuerdo
1 La caries puede hacer que la gente se Vea mal.				
2 Los problemas dentales pueden ser Graves.				
3 Una mala dentadura afectará el Trabajo de las personas u otros aspectos de su vida cotidiana.				
4 Los problemas dentales pueden causar otros problemas de salud				
5 Mi salud dental es muy importante.				
6 Es importante mantener los dientes Naturales.				
7 Las enfermedades dentales son tan Importante como cualquier otro problema de salud.				
8 No tengo miedo a las consultas dentales debido a posibles dolores				
9 Los dentistas están disponibles cuando tengo problemas dentales				
10 Sin importar lo ocupado que esté, voy al dentista cuando tengo problemas dentales				
11 Cepillarse los dientes con pasta de Dientes con flúor ayuda a prevenir la caries.				
12 Tomar agua con flúor ayuda a Prevenir la caries.				
13 El flúor es una forma inofensiva de Prevenir la caries.				
14 Cepillarse los dientes ayuda a prevenir los problemas de las encías				
15 Usar hilo dental ayuda a prevenir los problemas de las encías.				
16 Comer alimentos dulces produce Caries				
17 Ir a controles dentales me evitará problemas con mis dientes, encías o prótesis.				
18 Los dentistas son capaces de curar La mayoría de los problemas dentales que sus pacientes tienen.				

ANEXO N° 6

Historia clínica aplicada a los estudiantes para determinar las patologías bucales presentes en cada uno de ellos



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
AREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE ODONTOLOGÍA
HISTORIA CLINICA ODONTOLÓGICA**



Fecha:.....

1. DATOS GENERALES

Nombres y apellidos:.....
 Edad:..... Género: M () F ()
 Fecha de nacimiento:.....
 Dirección:.....
 Telf.:..... Celular:.....

2. HISTORIA MÉDICA:

Alergias algún medicamento: ¿Cuál?.....
 Se encuentra bajo tratamiento médico. Indique los medicamentos.....
 Diabetes () Hipertensión () Enfermedad cardíaca ()
 Hemorragias () Embarazo (). ¿Coloque las semanas?..... Otras.....

3. EXAMEN FÍSICO:

Paladar duro

Torus palatino	Si ()	No ()
Comunicación bucosinusal	Si ()	No ()
Atresia maxilar	Si ()	No ()
Micrognatismo maxilar	Si ()	No ()
Macrognatismo maxilar	Si ()	No ()
Petequias	Si ()	No ()

Paladar blando

Lesiones ulcerosas aftas mayores () aftas menores () lesiones ()

Mandíbula

Forma de arcada cuadrado () triangular () ovoidal ()

Mucosa oral

Lesiones blancas	Si ()	No ()	localización.....
Lesiones rojas	Si ()	No ()	localización.....
Lesiones ulcerosas	Si ()	No ()	localización.....

Carrillos

Aftas o estomatitis Si () No ()

Piso de la boca

Ránula Si () No () localización.....

Hipertrofia del frenillo lingual Si () No ()

Torus lingual Si () No ()

ATM Normal () Click: Derecho () Izquierdo () Dolor ()

Hábitos para funcionales

Mordedura de objetos Si () No () Onicofagia Si () No ()

Consumo de sustancias ácidas Si () No () Bruxismo Si () No ()

Interposición lingual Si () No () Respirador bucal Si () No ()

Destapa botellas en el dientes Si () No () Succión digital Si () No ()

PH salival

Ácido (rojo) ()

Básico (azul) ()

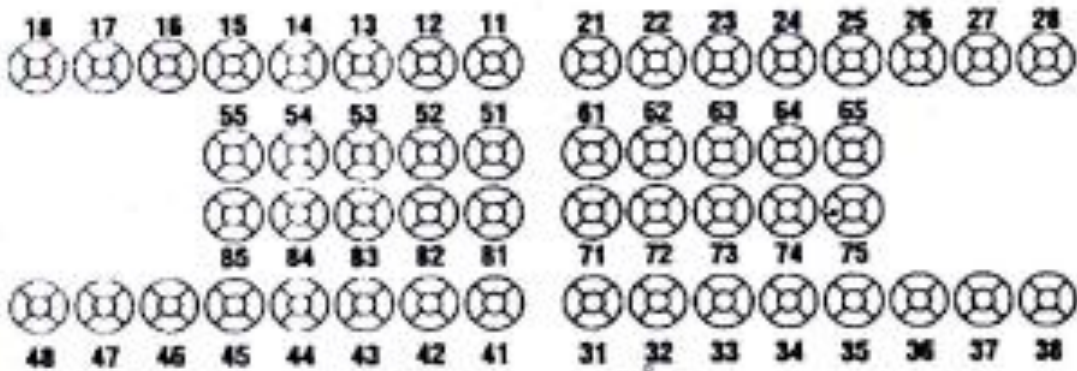
Normal (no hay cambio) ()

Observaciones.....

4. EXAMEN DENTARIO:

- Malformaciones dentarias.....
- Desgaste.....
- Fracturas.....
- Pigmentaciones.....
- Mal posición dentaria.....

5. ODONTOGRAMA



$CPOD = \frac{+ +}{-} =$

Muy bajo:	
0.0-1.1	
Bajo:	
1.2-2.6	
Moderado:	
2.7-4.4	
Alto:	
4.6-6.5	

RELACION MOLAR	DERECHA	IZQUIERDA
Clase I :con apiñamiento		
Clase I:sin apiñamiento		
Clase II:Subdivisión 1		
Clase II:Subdivisión 2		
Clase III		
No aplicable		

6. INDICADORES DE SALUD						
Higiene Oral Simplificada					PLACA	CALCULO
DIENTES					0-1-2-3	0-1-2-3
TOTALES						

0.1-1.2	BUENO	
1.3-3.0	REGULAR	
3.1-6.0	MALO	

Resultado IHOS = $\frac{+}{2} =$

INDICE DE NECESIDAD DE TRATAMIENTO PERIODONTAL (PSR)

S1	S2	S3
S4	S5	S6

INDICE PERIODONTAL DE RADFORD

DIENTE	INDICE PERIODONTAL DE RADFORD			
	SITIO			
	D	V	M	P/A
06				
21				
26				
36				
41				
44				
Promedio				

Certificado de traducción del idioma ingles



Prof. Joan Morales Abad
DOCENTE DE FINE-TUNED ENGLISH CIA LTDA.

CERTIFICA:

Que el documento aquí compuesto es fiel traducción del idioma español al idioma inglés del resumen de tesis titulada "NIVEL SOCIOECONÓMICO Y CULTURAL DE LOS ESTUDIANTES DE LA CARRERA DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA Y SU RELACIÓN CON EL ESTADO DE SALUD BUCO-DENTAL" autoría de Diego René Aguilar Ochoa con número de cédula 1103677660 egresado de la carrera de Odontología de la Universidad Nacional de Loja.

Lo certifica en honor a la verdad y autorizo al interesado hacer uso del presente en lo que a sus intereses convenga.

Loja, 12 de Junio de 2018



Prof. Joan Morales Abad
DOCENTE DE FINE-TUNED ENGLISH CIA LTDA.

Líderes en la Enseñanza del Inglés

Fine-Tuned English Cia. Ltda. | Teléfono 2578899 | Email venal@fine@finetunedenglish.edu.ec | www.finetunedenglish.edu.ec

LOJA: Fine-Tuned English, Macará entre Miguel Riofrío y Rocafuerte. 2578899, 2563224, 2574702
ZAMORA: Fine-Tuned Zamora, García Moreno y Pasaje 12 de Febrero. Teléfono: 2608269
CATAMAYO: Fine-Tuned Catamayo, Av. 24 de Mayo 08-21 y Juan Montalvo. Teléfono: 2678442



Proyecto de tesis

TEMA:

**NIVEL SOCIOECONÓMICO Y CULTURAL DE LOS ESTUDIANTES DE LA
CARRERA DE ODONTOLOGIA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA Y
SU RELACIÓN CON EL ESTADO DE SALUD BUCO-DENTAL, PERIODO
OCTUBRE-MARZO 2018.**

PROBLEMÁTICA.

La salud es un proceso complejo, representado por una interdependencia entre factores individuales y sociales y que, por tanto, los procesos salud - enfermedad no dependen exclusivamente de las personas, sino de las interacciones entre la persona y su entorno, esto favorece la aparición de enfermedades y dificulta o facilita que la persona enferma reciba tratamientos adecuados, controle su enfermedad y se recupere. (DÍAZ, ARRIETA, MARTINEZ, & CASTELLAR, 2013).

Uno de los grandes problemas que afecta a la población mundial es la crisis económica, vivir en condiciones de pobreza y limitados en cuanto al acceso a los servicios de salud es un importante factor de riesgo, así como los estilos de vida saludables son determinantes para la salud oral. Por lo tanto el entender la epidemiología de la enfermedad oral y sus patrones socioeconómicos a lo largo de la vida, es crucial para determinar los tiempos óptimos para intervenir y limitar las enfermedades orales en este tipo de poblaciones (DÍAZ, ARRIETA, MARTINEZ, & CASTELLAR, 2013)

La salud bucal a nivel general se caracteriza por una alta prevalencia y severidad de enfermedades orales que afectan a gran parte de la población, especialmente a los grupos de población desfavorecido y pobre, tanto en los países en desarrollo como los desarrollados. Las Enfermedades bucodentales como la caries dental, las periodontopatías, la pérdida de dientes, las lesiones de la mucosa oral y los cánceres bucofaríngeos, padecimientos bucodentales relacionadas con el virus de la inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA) y los traumatismos orodentales son importantes

problemas de salud pública en todo el mundo, y una mala salud bucodental tiene profundos efectos en la salud y la calidad de vida general.

Según estudios realizados el 60-90% de los escolares y casi el 100% de los adultos tienen caries dental en todo el mundo, las enfermedades periodontales graves, que pueden desembocar en la pérdida de dientes, afectan a un 15-20% de los adultos de edad media (35-44 años), mientras que alrededor del 30% de la población mundial con edades comprendidas entre los 65 y los 74 años no tiene dientes naturales. (OMS, 2012)

América Latina presenta un elevado índice de caries dental, pues se observa un aumento en su prevalencia a diferencia de otros continentes, países como Perú, según el último reporte oficial ofrecido por Ministerio de Salud (MINSA), determino como promedio 90% de prevalencia de caries dental en la población escolar, en el área urbana fue 90,6% y en el rural 88,7%. El promedio de piezas cariadas, perdidas y obturadas en la dentición temporal y permanente (índice ceo-d/ CPO-D) a nivel nacional fue de 5.84 y el promedio de piezas cariadas, perdidas y obturadas en la dentición permanente para la edad de 12 años (CPO-D-12) a nivel nacional fue 3.67. (MATTA, 2014)

México, presenta también problemas de caries dental, el número promedio de dientes cariados, fue el mayor componente, representando más del 78% del índice total. (ROBLES, 2014)

De la misma manera en un estudio realizado en Córdoba,(Argentina), en 2.745 escolares de 6 años fue encontrada una alta prevalencia de caries dental en estudiantes de escuelas municipales (ceod=4.44) y baja en los estudiantes de escuelas provinciales y privadas (ceod=2.31 y 1.27, respectivamente). En 1549 escolares de 12 años fue encontrado un

CPOD de 1.85 y 2.59 en escolares de escuelas municipales y escuelas privadas, respectivamente; demostrando con estos datos que el principal problema es la caries dental. (MASOLI., 2014)

En Chile, existen datos relacionados a la prevalencia de caries dental ofrecidos por Minsal (Ministerio de Salud de Chile) del año 2007. El índice ceo-d en niños de 2 años es de 0.54; en niños de 4 años es de 2.32; en niños de 6 años es de 3.71; y en niños de 12 años el índice CPO-D es de 1.9. Existe también información en la que se puede comprobar que el porcentaje de niños con mayor cantidad de lesiones de caries dental está relacionado a los estratos sociales más bajos, así, aquellos que poseen mejores condiciones bucales pertenecen a un estrato social más acomodado, lo cual reflejaría una relación entre la caries dental y el factor socio-económico. (LOPEZ, 2014)

En lo referente a Paraguay, según una Encuesta Nacional sobre Salud Oral realizada en los últimos años, se concluyó que el 98% de la población sufre de problemas que afectan su salud bucodental y que la prevalencia e incidencia en los escolares son muy elevadas: Índice ceo-d en niños de 6 años fue de 5.6 y el índice CPO-D en niños de 12 años fue de 2.9. (IDOYADA, 2014)

Ecuador no puede ser la excepción, existe información relacionada a la prevalencia de caries dental en este país, correspondiente a junio del 2014, donde se encontró que en niños de 3 a 11 años de edad existe un porcentaje de 62,39% y en individuos de 12 a 19 años de edad una prevalencia de 31,28%. Existe un programa que comenzó el 2013 con miras hasta el 2017, llamado “Plan Nacional del Buen Vivir”, donde interviene el Ministerio de Salud Pública y el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, siendo uno de los objetivos el

levantar el perfil epidemiológico de la población. Otro de los esquemas planeados en dicho programa es la atención por “ciclos de vida”, basados en la vigilancia, prevención y control de enfermedades correspondientes a grupos de: gestantes, niños de 0 a 5 años y escolares de 6 a 14 años. Dicho programa posee una presencia importante a nivel escolar, contando con el apoyo de empresas privadas, así como la ejecución del programa de la “Lonchera saludable”. También existen otros beneficios como: rehabilitación para gestantes y diagnóstico y prevención en escolares de 2º año de nivel básico. (SCHNEIDER, 2014)

A nivel local, concretamente en la ciudad de Loja, un considerable porcentaje de población presenta problemas de salud bucal. En un estudio realizado a niños que presentan discapacidades se concluye que el índice CPO de la población en general fue Alto encontrándose en un 50% y 18% respectivamente, con respecto a la relación del mismo con el nivel socioeconómico se determina que el 54% visita al odontólogo cada 6 meses, el 46% realiza su cepillado una vez al día. (GALLEGOS D. G.)

Se da el caso que los padres de familia de escasos recursos económicos se descuidan con los dientes temporales de sus hijos, se confían que van a ser cambiados y no acuden pronto a la consulta odontológica, van cuando el problema se agudiza y afecta toda la dentadura y lo único que piden como recurso es la extracción dentaria conllevando a problemas futuros como por ejemplo pérdida del espacio, apiñamiento, giroversiones y alteraciones de la oclusión, consecuentemente esto afecta a la población cuando es adulta teniendo que cambiar los dientes naturales por dientes artificiales teniendo que recurrir a la posterior realización de tratamientos de conducto, a la utilización de ortodoncia, al uso de aparatología fija y removible lo cual genera rubros o gastos extra que la población desfavorecida y pobre no puede solventar.

JUSTIFICACIÓN

El presente estudio es de relevancia porque permitirá obtener datos epidemiológicos que establezcan la realidad de salud-enfermedad en los estudiantes de la carrera de Odontología de la Universidad Nacional de Loja, considerando los aspectos socioeconómicos y culturales de los mismos, ya que son escasos los datos epidemiológicos en este tipo de población.

Además nos permitirá establecer si hay relación entre el nivel socioeconómico y cultural con el estado de la salud bucodental de los estudiantes de la carrera de Odontología de la Universidad Nacional de Loja y de esta manera organizar o fortalecer planes que promuevan la salud bucodental en esta población objeto de estudio.

La información obtenida será de utilidad en los diferentes ámbitos social, político, cultural, como recurso para enfocarnos en un grupo étnico que se encuentra fuera del grupo prioritario de salud, tanto en el sector público como privado.

Los profesionales de salud, la comunidad estudiantil y los mismos participantes en el proyecto de investigación tendrán como beneficio la generación del conocimiento logrado.

OBJETIVOS:

Objetivo general:

- Identificar el nivel socioeconómico y cultural de los estudiantes de la carrera de Odontología de la Universidad Nacional de Loja y su relación con el estado de salud buco-dental, periodo octubre-marzo 2018.

Objetivos específicos:

- Determinar las patologías bucodentales de mayor frecuencia en los estudiantes de la carrera de Odontología de la Universidad Nacional de Loja.
- Relacionar las patologías bucodentales de mayor frecuencia de los estudiantes de la carrera de Odontología de la Universidad Nacional de Loja con el nivel socioeconómico y cultural.

ESTRUCTURA DEL LEVANTAMIENTO DE LITERATURA

CAPITULO I

3. SALUD BUCAL

1.1 Definición

1.2 Métodos auxiliares para un correcta salud bucal

1.2.1 Uso de pasta dental

1.2.2 Tipos de cepillos

1.2.3 Técnicas de cepillado

1.2.4 Uso del hilo dental

1.2.5 Enjuague bucal

1.3 Uso del flúor

1.4 Sellado de fosas y fisuras

1.5 Dieta

1.6 Motivación y educación en salud oral

CAPITULO II

4. PRINCIPALES PATOLOGIAS ORALES

2.1 Caries dental

2.1.1 Índice de CPOD

2.1.2 Índice de CEOD

2.2 Enfermedad periodontal

2.2.1 Gingivitis

2.2.2 Periodontitis

2.2.3 Índice de Necesidad de tratamiento periodontal

2.2.4 Índice periodontal de Ramfjord

2.3 Hábitos Parafuncionales

2.3.1 Onicofagia

2.3.2 Interposición lingual

2.3.3 Bruxismo

2.4 Oclusión dentaria

CAPITULO III

5. FACTORES DE RIESGO QUE INFLUYEN EN LAS PATOLOGIAS BUCODENTALES

3.1 Nivel Socioeconómico

3.2 Nivel cultural

3.3 Vivienda

3.4 Trabajo

3.5 Ingreso

3.6 Bienes

3.7 Situación familiar

3.8 Educación

3.9 Etnias

3.10 Clase social

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Nivel Socio-económico	Es cualquier riesgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión	Tipo de Nivel socioeconómico	Encuesta de estratificación del nivel socioeconómico según el INEC (Instituto nacional de estadística y censo)	Alto 845.1 a 1000 puntos Medio alto 696.1 a 845 puntos Medio típico 535.1 a 696 puntos Medio bajo 316.1 a 535 puntos Bajo 0 a 316 puntos
		Tipo de nivel cultural	Identidad cultural	1. Indígena 2. Afro ecuatoriano 3. Mestizo 4. Blanco 5. Otros...
			Tipo de religión a la que pertenecen	1. Católica 2. Evangélica 3. Testigos de jehová 4. Ateos 5. Otros....

Nivel cultural	Es el conjunto de hábitos y aptitudes que el hombre ha logrado captar como integrante de una sociedad a través del tiempo.		Tipos de alimentación	<ol style="list-style-type: none"> 1. Omnívoros 2. Vegetarianos 3. Crudistas 4. Macrobióticos
		Hábitos	Realiza actividad física	Si () No() Qué actividad.....
		Hábitos de consumo de sustancias psicoactivas	Consumo de alcohol	<ol style="list-style-type: none"> 1. Una vez a la semana 2. Más de dos veces al mes 3. Ocasionalmente 4. Nunca
			Consumo de cigarrillo	<ol style="list-style-type: none"> 1. Muy frecuente 2. Poco frecuente 3. Nunca
			Frecuencia del cepillado	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tres veces al día 2. Dos veces al día 3. Una vez al día

		Hábitos de higiene	Uso de hilo dental	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nunca 2. Ocasionalmente (no todos los días) 3. Una vez al día 4. Dos veces al día 5. Tres veces al día
			Uso del enjuague bucal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nunca 2. Ocasionalmente (no todos los días) 3. Una vez al día 4. Dos veces al día 5. Tres veces al día
			Tiempo de cambio del cepillo dental	<ol style="list-style-type: none"> 1. 3 a 6 meses 2. 1 vez al año 3. Cada 2 años 4. Nunca
			Frecuencias de visitas al odontólogo	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cada 6 meses 2. Una vez al año 3. Nunca
			Cuestionario de creencias de Nakazono	Creencias en salud oral

Patologías frecuentes	<p>Caries es la destrucción de los tejidos de los dientes causada por la presencia de ácidos producidos por las bacterias de la placa depositada en las superficies dentales.</p>	<p>Cantidad de dientes cariados, perdidos y obturados</p>	<p>Índice de CPO-D</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Muy bajo (0,0-1,1) 2. Bajo (1,2-2,6) 3. Moderado (2,7-4,4) 4. Alto (4,5-6,5)
	<p>Enfermedad periodontal es una patología que afecta a los tejidos que soportan a los dientes.</p>	<p>Necesidad de tratamiento periodontal</p>	<p>PSR</p>	<p>Código 0: Se da al sextante cuando no hay bolsas que excedan de 4 mm de profundidad, no hay cálculo, o obturaciones desbordantes</p> <p>Código 1: Se da al sextante cuando no hay bolsas que superen 4 mm de profundidad</p> <p>Código 2: Se asigna al sextante si no hay bolsas que excedan 4 mm de profundidad.</p> <p>Código 3: Se da al sextante en el que la máxima profundidad de sondaje en uno o más es entre 4-6 mm</p> <p>Código 4: Se da al sextante en el que uno o más dientes tienen una profundidad de</p>

				sondaje de 6mm ó más
			Índice periodontal de Ramfjord	<p>Código 0 : Ausencia de signos de inflamación</p> <p>Código 1 : Inflamación leve o moderada que no se extiende por completo alrededor del diente</p> <p>Código 2 :Inflamación leve o moderada que se extiende alrededor del diente</p> <p>Código 3 :Inflamación leve o moderada que se extiende alrededor del diente</p> <p>Código 4 : Hasta 3 mm de prolongación apical del surco a partir de la unión amelocementaria</p> <p>Código 5 :De 3 a 6 mm de prolongación apical del surco a partir de la unión amelocementaria</p> <p>Código 6 :De más de 6 mm de prolongación apical del surco a partir de la unión amelocementaria</p>

		Hábitos para funcionales	Interposición lingual Onicofagia Bruxismo Respirador bucal Succión digital	Si() No () Si() No () Si() No () Si() No () Si() No ()
--	--	--------------------------	--	--

DISEÑO METODOLÓGICO

TIPO DE ESTUDIO

El tipo de estudio que se utilizará en el desarrollo del presente trabajo investigativo es de carácter descriptivo correlacional.

Descriptivo: Porque una vez procesada la información que se va obtener de la investigación de campo se obtendrán resultados que se darán a conocer al finalizar el presente trabajo.

Correlacional: puesto que con la información obtenida se va a proceder analizar si el estado socioeconómico y cultural de los estudiantes de la carrera de Odontología de la Universidad Nacional de Loja influye sobre su estado de salud buco dental.

ÁREA DE ESTUDIO

La presente investigación se la realizará en la carrera de Odontología de la Universidad Nacional de Loja periodo octubre – marzo 2018.

UNIVERSO Y MUESTRA

- 270 estudiantes de la carrera de Odontología de la Universidad Nacional de Loja periodo octubre – marzo 2018

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Estudiantes que estén debidamente matriculados y que asistan normalmente a clases.

- Estudiantes que deseen colaborar en el presente estudio

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Estudiantes no colaboradores.
- Estudiantes que no estén presentes al momento de recolectar la información.

MÉTODOS E INSTRUMENTOS

La elaboración de la investigación que corresponde al nivel socioeconómico y cultural de los estudiantes de la carrera de Odontología de la Universidad Nacional de Loja y su relación con el estado de salud bucodental se efectuará de la siguiente manera:

- Se solicitará la autorización al Director/a de la carrera de Odontología de la Universidad Nacional de Loja.
- Información: La población objeto de estudio se realizará a 230 estudiantes de la carrera de Odontología de la Universidad Nacional de Loja
- Una vez que se selecciona los pacientes de acuerdo a los criterios de inclusión, se procederá a informar a los estudiantes del procedimiento a seguir.
- La determinación del nivel socioeconómico y cultural de los estudiantes de la carrera de Odontología de la Universidad Nacional de Loja y su relación con estado de salud bucodental se lo realizará mediante:
 1. Aplicación de una ficha socioeconómica según el INEC(INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA Y CENSO) y un cuestionario de creencias en salud oral según

Nakazono para determinar el nivel cultural : Dirigidas a los estudiantes , la misma que nos servirá para determinar el nivel socioeconómico y cultural de los mismos

2. Historia Clínica: Se efectuará el examen clínico en la cual se llenará una historia clínica validada (adecuada para las necesidades de la investigación), La misma constará de datos generales, examen físico, examen dentario, odontograma, índice de CPO-D (dientes cariados, perdidos y obturados en dientes definitivos), e I-HOS (índice de Higiene Oral Simplificado) índice de necesidad de tratamiento periodontal e índice periodontal de Radford y los tipos de oclusión dentaria de acuerdo a las clases de angle.

Índice de CPO-D: Resulta de la sumatoria de dientes permanentes cariados perdidos y obturados, dividido para el número de niños examinados.

$$CPOD = \frac{N^{\circ} \text{ de dientes cariados + perdidos + obturados}}{N^{\circ} \text{ de niños examinados}}$$

Los resultados obtenidos se valorarán mediante los siguientes rangos:

- De 0 a 1.1: Muy bajo
- 1.2 a 2.6: bajo
- 2.7 a 4.4: Moderado
- 4.5 a 6.5: Alto

Índice de higiene oral simplificado: El IHO-S utiliza seis superficies dentarias que representan todos los segmentos posteriores y anteriores de la boca. Con este índice se mide la superficie del diente cubierta por restos y cálculo. El IHO-S se los obtiene de la

sumatoria del índice de restos de placa bacteriana simplificado (IR-S) y el índice de cálculo simplificado (IC-S), dividido para 2.

$$IHO - S = \frac{IR - S + IC - S}{2}$$

Los resultados obtenidos se valorarán bajo los siguientes rangos:

- Bueno: 1.2
- Regular: 1.3 – 3.0
- Malo: 3.1- 6

Índice de necesidad de tratamiento periodontal (PSR)

Es un examen periodontal utilizado por el odontólogo general para valorar de forma rápida y sencilla la necesidad de tratamiento periodontal del paciente.

Para llevarlo a cabo se requiere (preferentemente) una sonda periodontal OMS, que en su extremo tiene una bolita de 0.5 mm. de diámetro, y en la porción central de su parte activa, una banda negra que indica calibración en dos longitudes: 3.5 mm en su inicio, y 5.5 mm. en su extremo distal.

Se dividen las arcadas dentarias en seis sextantes, partiendo de la pieza más posterior superior derecha hasta el primer premolar superior derecho, que corresponde al primer sextante. Luego el segundo sextante involucra el sector anterior superior, es decir de canino a canino, y así prosigue dividiendo las arcadas siguiendo el sentido de las agujas del reloj.

Se examinan al menos seis profundidades alrededor de cada diente, introduciendo

suavemente (20g) la sonda periodontal en el surco gingival o surco gingivodentario: mesiovestibular, vestibular, distovestibular, mesiopalatino/lingual, palatino/lingual y distopalatino/lingual

Criterios de clasificación

Código 0	Se da al sextante cuando no hay bolsas que excedan de 4 mm de profundidad, no hay cálculo, o obturaciones desbordantes y no hay sangrado tras el sondaje
Código 1	Se da al sextante cuando no hay bolsas que superen 4 mm de profundidad y no hay cálculo o obturaciones desbordantes pero aparece sangrado tras el sondaje.
Código 2	Se asigna al sextante si no hay bolsas que excedan 4 mm de profundidad. Además, se aprecia cálculo dental u otros factores de retención de placa como obturaciones desbordantes
Código 3	Se da al sextante en el que la máxima profundidad de sondaje en uno o más es entre 4-6 mm.(Instrucción de higiene bucal Destartraje supragingival y subgingival Pulido radicular)
Código 4	Se da al sextante en el que uno o más dientes tienen una profundidad de sondaje de 6mm ó más.(Instrucción de higiene bucal Destartraje supragingival y subgingival Pulido radicular)
Código *	Se le da al sextante en que haya una pérdida de inserción de 7 mm o más, o si existe afectación de furca grado 2 ó 3. El asterisco denota que se requiere un examen periodontal completo

Índice de la enfermedad periodontal de Ramfjord (IEP):

Fue desarrollado por Ramfjord en 1959, y también se conoce como PDI (Periodontal Disease

Index), siendo la combinación de un puntaje para la Gingivitis, basado en el color, la forma, densidad y tendencia a la hemorragia de los tejidos gingivales con la medición de la profundidad de la bolsa en relación con el límite amelo cementario (LAC), es decir, consta de dos componentes: uno para gingivitis y otro para periodontitis.

Los dientes que se examinan para la obtención del IEP son:

16: Primer Molar Superior Derecho

21: Incisivo Central Superior Izquierdo

24: Primer Premolar Superior Izquierdo

36: Primer Molar Inferior izquierdo

41: Incisivo Central Inferior Derecho

44: Primer Premolar Inferior Derecho

Criterios de Clasificación

Código 0	Ausencia de signos de inflamación
Código 1	Inflamación leve o moderada que no se extiende por completo alrededor del diente
Código 2	Inflamación leve o moderada que se extiende alrededor del diente
Código 3	Inflamación leve o moderada que se extiende alrededor del diente
Código 4	. Hasta 3 mm de prolongación apical del surco a partir de la unión amelocementaria
Código 5	De 3 a 6 mm de prolongación apical del surco a partir de la unión amelocementaria
Código 6	De más de 6 mm de prolongación apical del surco a partir de la unión amelocementaria

PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS

La obtención de datos mediante la historia clínica nos ayudará posteriormente a tabular los resultados, para ello utilizaremos el programa Excel, representando los resultados mediante tablas y posterior discusión de los resultados obtenidos.

PROCEDIMIENTO

El presente trabajo investigativo se realizará en 270 estudiantes pertenecientes a la carrera de Odontología de la Universidad Nacional de Loja periodo octubre – marzo 2018. Primeramente se les informará cómo se va a realizar el proceso investigativo. Luego se aplicará una ficha socioeconómica y cultural a los mismos, en la cual se va a determinar los factores de riesgo socioeconómicos y culturales que influyen en su estado de salud bucal. Seguidamente con la ayuda de un set de diagnóstico (espejo bucal, explorador y pinza algodонера) y una historia clínica pertinente se evaluará la salud oral a los mismos. En esta historia se obtendrán datos como índice de caries dental e índice de higiene oral simplificado (IHO-S), índice de Loe y Silness y los diferentes tipos de oclusiones que presentan los estudiantes.

CRONOGRAMA

TIEMPO ACTIVIDAD	OCTUBRE 2017	Noviembre 2017				Diciembre 2017				Enero 2018				Febrero 2017				Marzo 2018			
		1sem	2sem	3sem	4sem	1sem	2sem	3sem	4sem	1sem	2sem	3sem	4sem	1sem	2sem	3sem	4sem	1sem	2sem	3sem	4sem
Elaboración del proyecto de investigación	X																				
Ejecución del trabajo en campo		X	X	X	X	X	X	X													
Revisión de literatura									X	X	X										
Levantamiento de literatura												x	X	X							
Tabulación de datos															X	X					
Análisis de datos																	x				
Conclusiones y recomendaciones																		X			
Presentación del borrador de la investigación																			x		
Correcciones en el proyecto de investigación																				x	
Presentación del proyecto finalizado																					X

RECURSOS

Talento humano

- Director de tesis
- Doctores
- Investigador
- Estudiantes

Físicos

Infraestructura:

- Aula del área de la salud humana

Insumo:

- Instrumental odontológico
- Algodones
- Papelería
- Impresora
- Esferos
- Copias
- Cámara de fotografías

Financieros

Financiamiento propio

PRESUPUESTO

RUBRO (ACTIVIDAD)	CANTIDAD REQUERIDA	DEDICACIÓN	COSTO UNITARIO (\$)	COSTO TOTAL (\$)	TIEMPO DE PROYECTO	SUBTOTAL
A. GASTOS PERSONALES						
INVESTIGADOR PRINCIPAL	1	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar investigación • Asistencias • Ayuda Extra 	0.00	0.00	6 meses	0.00
COINVESTIGADOR	1		0.00	0.00		
OTROS	1		0.00	0.00		
TOTAL						0.00
B. TRABAJO DE CAMPO						
TRANSPORTE	50	<ul style="list-style-type: none"> • Movilización y obtención de datos necesarios. 	1.00	50.00	6 meses	80.00
ALIMENTACIÓN	10		3.00	30.00		
TOTAL						80.00
C. EQUIPOS						

IMPRESIONES	200	• Proyecto e informe final.	0.08	16.00	10 meses	522.00
COPIAS	300		0.02	6.00		
CÁMARA DE FOTOS	1		100.00	100.00		
COMPUTADORA	1		300.00	300.00		
SILLÓN PORTATIL	1		100.00	100.00		
TOTAL						522.00
D. OTROS RUBROS						
PAPELERÍA	200	• Materiales e instrumentos necesarios para la investigación, imprevistos.	0.01	20.00	10 meses	
TELÉFONO	1		30.00	30.00		
INSTRUMENTAL	1		30.00	30.00		
ESFEROS	2		0.40	0.80		
TOTAL						70.80
TOTAL RECURSOS Y PRESUPUESTO						672.80

BIBLIOGRAFIA:

- AGUILAR, N., NAVARRETE, K., ROBLES, D., AGUILAR, S., & ROJAS, A. (2009). Dientes sanos, cariados, perdidos y obturados en los estudiantes de la Unidad Académica de Odontología de la Universidad Autónoma de Nayarit . *Odontologica Latinoamericana*, 27-32.
- BARRANCOS, M. (2006). *Operatoria Dental. Integracion Clinica*. Buenos Aires: Medica Panamericana.
- BOJ, J., CATALÁ, M., GARCÍA, C., MENDOZA, A., & PLANELLS, A. (2010). *Odontopediatría: La evolución del niño al adulto joven*. Madrid: RIPANO, S. A.
- BORDONI, N., ESCOBAR, A., & CASTILLO, R. (2010). *Odontologia Pediatrica: la salud bucal de nino y el adolescente en el mundo actual*. Buenos Aires: Medica Panamericana.
- CANO, J., CEJUDO, G., RIVAS, R., AZUARA, V., DURÁN , Á., & VILLEGAS, L. (2007). El índice CPOD y su relación con la cultura odontológica. *Odontología actual*, 42-47.
- CARRASCO, M. (2010). CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS Y SALUD BUCAL DE ESCOLARES DE INSTITUCIONES EDUCATIVAS PÚBLICAS. *Revista Kiru*, 78-83.
- COBO, J., & GARCÍA, J. (2006). "Fisiología y Anatomía Bucodental". Editorial MAD.
- CUENCA SALA, E. (2000). "Odontología preventiva y comunitaria". *Caries: fundamentos actuales de su prevención y control*. .
- CUNIBERTI, R., & NÉLIDA, E. (2009). Lesiones Cervicales no Cariosas. En R. Cuniberti, & E. Nélica, *Lesiones Cervicales no Cariosas* (págs. 19-27). Buenos Aires: Médica Panamericana.
- DÍAZ, S., ARRIETA, K., MARTINEZ, M., & CASTELLAR, R. (2013). Relación entre pobreza y salud bucal en las comunidades de tierra baja, manzanillo y boquilla. *Cartagena de indias*.
- ECHEVERRIA, J. (2008). "EL Manual de Odontología". Barcelona. España.: Masson.
- FIAPAS. (2005). Obtenido de <http://www.fiapas.es/FIAPAS/queeslasordera.html>
- GALLEGOS, D. G. (s.f.). Factores de riesgo socioeconomicos y culturales que influyen en el estado de salud bucal.
- GALLEGOS, G. (2015). "factores de riesgo socioeconomicos y culturales que influyen en la salud bucal de los niños y adolescentes especiales que acuden al centro de atención y desarrollo "el angel". Periodo marzo – julio 2015". *Loja* .

- IDOYADA, D. M. (2014). Epidemiología de la caries dental en america latina. Revista de odontopediatria latinoamericana.
- JAIN, M., MATHUR, A., SAWLA, L., CHOUDHARY, G., KABRA, K., DURAISWAMY, P., Y OTROS. (2009). Oral health status of mentally disabled subjects in India. Journal of Oral Science, 333-340.
- LIMAYLLA, R., & CHEIN, S. (2010). Factores familiares, socioeconómicos y de comportamiento en salud oral asociados a la severidad de caries en escolares adolescentes. Lima.
- LINDHE, J., & LANG, N. (2009). Periodontologia Clinica e Implantologia Odontologia. Buenos Aires: Medica Panamericana.
- LOPEZ, D. S. (2014). Epidemiología de la caries dental en america latina. Revista de odontopediatria latinoamericana.
- MARTINEZ, B., CARBONELL, M., & CARBONELL, C. (2013). Salud bucal en la adolescencia.
- MASOLI, D. C. (2014). Epidemiología de la caries dental en america latina. Revista de odontopediatria latinoamericana .
- MATTA, D. A. (2014). Epidemiología de la caries dental en america latina. Revista de odontopediatria latinoamericana.
- MATTOS, M. (2011). Factores socioeconómicos y de comportamiento relacionados con caries dental en escolares del distrito de La Molina, Lima, Perú. Revista Estomatol Herediana, 25-32.
- OMS. (2012). Salud bucodental.
- PARICOTO, R. (2015). "INFLUENCIA DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL DE LAS MADRES EN LA PREVALENCIA DE CARIES DE LOS NIÑOS 6 a 11 AÑOS DE LAS INSTITUCIONES DE EDUCACIÓN PRIMARIA DEL DISTRITO DE CAMINACA". JULIACA.
- PÍRELA DE MANZANO, M. (1999). Patología bucal prevalente en niños excepcionales. Acta Odontológica Venezolana, 193-198.
- POYATO, M., SEGURA, J., RIOS, V., & BULLON, P. (2001). Periodoncia para el higienista dental. SEPA, 149-164.
- ROBLES, D. R. (2014). Epidemiología de la caries dental en america latina. Revista de odontopediatria latinoamericana .
- RODRIGUEZ, A. (1997). Enfoque de riesgo en la atencion primaria de Estomatologia. Cubana Estomatologica, 40-49.

SCHNEIDER, D. A. (2014). EPIDEMIOLOGIA DE LA CARIES DENTAL EN AMERICA LATINA. REVISTA DE ODONTOPEDIATRIA LATINOAMERICANA.

SCHUFER, M. (2015). Actitudes de salud bucodental en relación al nivel socioeconómico en individuos adultos. MADRID.

ZILLMANN, G. (2010). Conocimientos de salud bucal de estudiantes de 7° y 8° basico de la ciudad de santiago. Santiago.

ANEXOS

ENCUESTA PARA DETERMINAR EL TIPO DE NIVEL CULTURAL

Lea atentamente los enunciados y marque claramente la alternativa de respuesta que mejor

represente su opinión.

Como se identifica según su cultura y costumbre	Indígena ()	Afro () ecuatoriano	Mestizo ()	Blanco ()	Otros ()
Qué tipo de Religión practica usted	Católica ()	Evangélica ()	Testigos de () jehová	Ateos ()	Otros ()
Su alimentación se basa principalmente en	Omnívoros ()	Vegetarianos ()	Crudistas ()	Macrobióticos ()	
Realiza actividad física	Si ()	No ()	Qué actividad		
Consumo de alcohol	Una vez a la semana ()	Más de dos veces al mes ()	Ocasionalmente ()	Nunca ()	
Consumo de cigarrillo	Muy frecuente ()	Poco frecuente ()	Nunca ()		
Frecuencia de cepillado	Tres veces al día ()	Dos veces al día ()	Una vez al día ()		
Uso del hilo dental	Nunca ()	Ocasionalmente ()	Una vez al día ()	Dos veces al día ()	Tres veces al día ()
Uso de enjuague bucal	Nunca ()	Ocasionalmente ()	Una vez al día ()	Dos veces al día ()	Tres veces al día ()
Cada cuanto tiempo cambias tu cepillo de dientes	3 a 6 meses ()	1 vez al año ()	Cada 2 años ()		
En caso de que acudas al odontólogo ¿Con que frecuencia asistes?	Cada 6 meses ()	Una vez al año ()	Nunca ()		

CUESTIONARIO DE CREENCIAS EN SALUD ORAL

Lea atentamente los enunciados y marque claramente la alternativa de respuesta que mejor represente su opinión.

	Muy en desacuerdo	Medianamente en desacuerdo	Medianamente de acuerdo	Muy de acuerdo
1 La caries puede hacer que la gente se Vea mal.	1	2	3	4
2 Los problemas dentales pueden ser Graves.	1	2	3	4
3 Una mala dentadura afectará el Trabajo de las personas u otros aspectos de su vida cotidiana.	1	2	3	4
4 Los problemas dentales pueden causar otros problemas de salud	1	2	3	4
5 Mi salud dental es muy importante.	1	2	3	4
6 Es importante mantener los dientes Naturales.	1	2	3	4
7 Las enfermedades dentales son tan Importante como cualquier otro problema de salud.	1	2	3	4
8 Tengo miedo a las consultas dentales debido a posibles dolores	1	2	3	4
9 Los dentistas están disponibles cuando tengo problemas dentales	1	2	3	4
10 Sin importar lo ocupado que esté, voy al dentista cuando tengo problemas dentales	1	2	3	4
11 Cepillarse los dientes con pasta de Dientes con flúor ayuda a prevenir la caries.	1	2	3	4
12 Tomar agua con flúor ayuda a Prevenir la caries.	1	2	3	4
13 El flúor es una forma inofensiva de Prevenir la caries.	1	2	3	4
14 Cepillarse los dientes ayuda a prevenir los problemas de las encías	1	2	3	4
15 Usar hilo dental ayuda a prevenir los problemas de las encías.	1	2	3	4
16 Comer alimentos dulces produce Caries	1	2	3	4
17 Ir a controles dentales me evitará problemas con mis dientes, encías o prótesis.	1	2	3	4
18 Los dentistas son capaces de curar La mayoría de los problemas dentales que sus pacientes tienen.	1	2	3	4

