

**CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA DOCENTE  
SANTA CLARA, VILLA CLARA**

**LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD BUCODENTAL EN ESTUDIANTES DEL  
POLITÉCNICO DE LA SALUD “JULIO TRIGO LÓPEZ”.**

Por:

Dra. Julita Miosotis Contreras Pérez<sup>1</sup>, Dra. MSc. Maira Sáez Luna<sup>2</sup>, Dra. Bárbara Toledo Pimentel<sup>3</sup>  
y Dra. Sc. Esperanza Salmerón Reyes<sup>4</sup>

1. Especialista de I Grado en Estomatología General Integral. Instructora. Clínica Docente de Especialidades.
2. Especialista de I Grado en Ortodoncia. Asistente. Clínica Docente de Especialidades.
3. Especialista de I Grado en Periodoncia. Hospital Militar “Manuel Fajardo Rivero”.
4. Doctora en Ciencias Pedagógicas. Profesor Titular. Instituto Superior Pedagógico “Félix Varela”

**Resumen**

Se realizó un estudio de carácter prospectivo descriptivo en un grupo de estudiantes de primer año de cursos básicos en el Politécnico de la Salud “Julio Trigo López” de la ciudad de Santa Clara, con el objetivo de fundamentar un conjunto de acciones educativas que contribuyan a elevar el nivel de conocimientos sobre su salud bucodental. La muestra estuvo representada por 118 estudiantes elegidos por el método aleatorio simple, a quienes se aplicó el método de observación y la encuesta, mediante los cuales se obtuvieron los datos necesarios para el diagnóstico del nivel de conocimientos de los mismos respecto a la salud bucodental. Sobre la base de los requerimientos de aprendizaje, se diseñó una estrategia educativa que fue valorada por criterios de especialistas, los que consideraron necesaria y útil su aplicación, dado su adecuado diseño científico metodológico, de acuerdo con la edad objeto de estudio.

**Descriptores DeCS:**

EDUCACION EN SALUD DENTAL  
EDUCACION DEL PACIENTE  
SALUD BUCAL

**Subject headings:**

HEALTH EDUCATION DENTAL  
PATIENT EDUCATION  
ORAL HEALTH

**Introducción**

La educación para la salud es una actividad importante e interesante, tanto para quienes la ejecutan como para los que la reciben. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), es un campo especial de las Ciencias y de la Salud Pública, cuyo objetivo es la transmisión de conocimientos y el desarrollo de una conducta encaminada a conservar la salud individual y colectiva.

Teniendo muy presente que los procesos educativos en el campo de la salud pueden ser considerados como intervenciones capaces de movilizar, circular, producir y transferir conocimientos, tecnologías y sentimientos<sup>1</sup>, podemos encontrar en éstos la esencia de la promoción de salud. El vehículo de la promoción es la educación para la salud; ésta en la escuela “es una estrategia que incorpora conocimientos y desarrolla habilidades de promoción de salud en todas las oportunidades educativas formales e informales, fomenta el análisis crítico y

reflexiones sobre condiciones y estilos de vida en la juventud y futuros trabajadores<sup>2</sup>. Según la OPS: "...es bueno asegurar que la población entienda la relación entre comportamiento y salud", para que pueda asumir con mayor responsabilidad los consejos médicos que se ofrecen<sup>3</sup>.

Nuestros estudiantes –futuros técnicos de la salud–, al incrementar sus conocimientos sobre salud bucodental, pueden resultar pilares importantes para su promoción, además de constituir una población educada en este sentido. Recordemos que en los adolescentes "todo lo que ocupe su tiempo con un signo positivo, será espacio que sustraerá al riesgo"<sup>3</sup>.

Lo antes expuesto ha constituido el móvil de la presente investigación, la cual tiene como propósito, fundamentar el diseño de una estrategia educativa sobre salud bucodental para elevar los conocimientos de estudiantes e influir positivamente en una actitud responsable y promotora, partiendo del diagnóstico de sus actitudes, prácticas y creencias.

## **Métodos**

Se realizó un estudio prospectivo descriptivo, cuyo universo estuvo constituido por 236 estudiantes matriculados en primer año del curso básico del centro. La muestra estuvo integrada por 118 estudiantes de ambos sexos, los cuales constituían el 50 % del universo y representan el tamaño óptimo de la misma, con edades comprendidas entre los 18 y 24 años, según establece la OMS<sup>4</sup>. Para la selección de cada elemento se utilizó el método de muestreo aleatorio simple.

El método de observación se utilizó para aplicar el índice de higiene bucal revisado (OMS), con el propósito de comprobar la higiene bucal de los estudiantes y para detectar hábitos incorrectos en éstos, mediante el apoyo de tres estomatólogos del centro, los cuales aplicaron una guía de observación.

La encuesta de conocimiento sobre salud bucodental del Doctor Mijaiber, con algunas modificaciones según nuestras necesidades investigativas, nos permitió obtener datos sobre el nivel de conocimiento de los estudiantes, teniendo en cuenta sus actitudes, conocimientos y creencias. Se mantuvieron los criterios de evaluación de la encuesta original:

De 15-21 preguntas correctamente respondidas: Bien  
De 8 a 14 preguntas correctamente respondidas: Regular  
Menos de 8 preguntas correctamente respondidas: Mal

Para valorar el diseño de la estrategia educativa sobre salud bucodental de acuerdo con el diagnóstico realizado, se recogieron en una guía los criterios y sugerencias emitidos por 11 especialistas de reconocido prestigio y experiencia.

Se aplicó el método estadístico de Chi cuadrado ( $\chi^2$ ) con el propósito de valorar el nivel de significación de las respuestas y del procesamiento matemático; se utilizó el análisis porcentual.

## **Resultados**

En la tabla 1 se refleja el nivel de conocimientos de los estudiantes y la relación entre éste y la higiene bucodental; tomando la evaluación como variable independiente, se halló que de los 43 estudiantes evaluados de bien, en 14 se detectó índice cero de higiene bucal (32,6 %), mientras que 22,7 % tuvieron evaluación de regular en este mismo índice. Por el contrario, en la medida que aumentaron los indicadores que corresponden a la peor higiene bucal, predominaron los porcentajes con evaluación de regular. La mayoría de los estudiantes (75) obtuvo evaluación de regular, y en esta categoría 40 % presentó índice de higiene bucal 1. A su vez, los mayores porcentajes en esta categoría de regular estuvieron presentes en los índices de peor higiene bucal (4 y 5). Ello demuestra cierta posibilidad de que el nivel de conocimiento sobre salud bucodental influya en la conducta de los estudiantes en este sentido.

Tabla 1 Relación entre el índice de higiene bucal revisado (OMS) y el nivel de conocimiento de los estudiantes.

Índice	Bien		Regular		Mal		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
0	14	32,6	17	22,7	0	0	31	26,3
1	15	34,4	30	40,0	0	0	45	38,1
2	8	18,6	18	24,0	0	0	26	22,0
3	4	9,3	5	6,7	0	0	9	7,6
4	2	4,6	4	5,3	0	0	6	5,1
5	0	0	1	1,3	0	0	1	0,9
TOTAL	43	100,0	75	100,0	0	100,0	118	100,0

Fuente: Formulario.

Cuando se analizó el conocimiento de los estudiantes acerca del cepillado dentario (tabla 2), se observó mayor desconocimiento en la frecuencia con que debe realizarse el mismo (61 %); la diferencia entre el conocimiento y el desconocimiento fue significativa ( $p < 0,05$ ). El nivel de desconocimiento sobre estos aspectos fue en general significativo ( $p < 0,05$ ) en 57,2 % de los estudiantes.

Tabla 2 Conocimiento de los estudiantes acerca del cepillado dentario.

Conocimientos	Conocen		Desconocen		Total		$\chi^2$
	No.	%	No.	%	No.	%	
Frecuencia del cepillado.	46	39,0	72	61,0	118	100	5,729*
Edad de comienzo del cepillado.	55	46,6	63	53,4	118	100	0,542*
TOTAL	101	42,8	135	57,2	236	100	4,898*

\*  $p > 0,05$

Fuente: Formulario.

Al investigar los conocimientos de los estudiantes acerca de diversos aspectos sobre salud bucodental (tabla 3), se encontró mayor desconocimiento en la consecuencia de ingestión de alimentos y dulces entre comidas (89 % y  $p < 0,01$ ), seguido de cómo evitar el sangramiento de las encías (67,8 %) y las causas de pérdidas dentarias (65,3 %); estos dos últimos con una diferencia altamente significativa ( $p < 0,01$ ).

Tabla 3 Conocimientos de los estudiantes sobre diversos aspectos de salud bucodental.

Conocimientos	Conocen		Desconocen		Total		$\chi^2$
	No.	%	No.	%	No.	%	
Causas de pérdidas dentarias.	41	34,7	77	65,3	118	100	10,983*
Cómo evitar sangramiento de encías.	38	32,2	80	67,8	118	100	14,949*
Consecuencias de la ingestión de alimentos y dulces entre comidas.	13	11,0	105	89,0	118	100	71,729*
TOTAL	92		262		354		81,638

\*  $p > 0,01$

Fuente: Formulario.

En la tabla 4 se expresan los conocimientos de los estudiantes sobre algunos factores de riesgo bucodental; el factor de riesgo más conocido fue el tabaquismo (76,3 %), y en orden decreciente le siguen el alcoholismo (67,8 %), las exposiciones prolongadas al sol (35,6 %) y, por último, el estrés (26,3 %). Al comparar el conocimiento con el desconocimiento en cada uno de los factores de riesgo mediante una prueba de bondad de ajuste, se halló que en el tabaquismo existió diferencia significativa ( $p < 0,05$ ) y en el alcoholismo la diferencia fue muy altamente significativa ( $p < 0,001$ ), con predominio en ambos factores del conocimiento.

Por el contrario, en exposiciones prolongadas al sol y al estrés hubo mayor desconocimiento, por lo que la diferencia fue altamente significativa ( $p < 0,01$ ) en el primero y muy altamente significativa ( $p < 0,001$ ) en el segundo.

Tabla 4 Conocimientos de los estudiantes sobre algunos factores de riesgo bucodental.

Factores de riesgo.	Conocen		Desconocen		Total		$X^2$	p
	No.	%	No.	%	No.	%		
Tabaquismo.	90	76,3	28	23,7	118	100	5,708	< 0,05
Alcoholismo.	80	67,8	38	32,2	118	100	14,949	< 0,001
Exposiciones prolongadas al sol.	42	35,6	76	64,4	118	100	9,797	< 0,01
Estrés	31	26,3	87	73,7	118	100	26,576	< 0,001
TOTAL	243	51,5	229	48,5	472	100	0,415	> 0,05

Fuente: Formulario.

La tabla 5 expone los conocimientos que poseen los estudiantes acerca del autoexamen bucal; en ella se evidencia que no existe significación estadística ( $p < 0,05$ ) entre el conocimiento y el desconocimiento de su importancia por los encuestados. En lo que se refiere a cómo realizarlo predominó el desconocimiento (66,9 % y  $p < 0,001$ ), es decir, que existe una diferencia muy altamente significativa entre éstos y los que expresan saber efectuarlo (33,1 %). La diferencia entre el desconocimiento y el conocimiento sobre el autoexamen bucal fue muy altamente significativa ( $p < 0,001$ ) con preferencia del primero (61,9 %).

Tabla 5 Conocimientos de los estudiantes sobre el autoexamen bucal.

Conocimientos	Conocen		Desconocen		Total		$\chi^2$	p
	No.	%	No.	%	No.	%		
Importancia del autoexamen.	51	43,2	67	56,8	118	100	2,109	> 0,05
Cómo realizarlo.	39	33,1	79	66,9	118	100	13,559	< 0,001
TOTAL	90	38,1	146	61,9	236	100	13,288	< 0,001

Fuente: Formulario.

Los resultados de la observación realizada, mediante una guía para este propósito, sobre la presencia de hábitos en los estudiantes, nos permitieron conocer que de los 118 alumnos, 80 ingieren alimentos, azucarados o no, entre comidas (67,8 %), 73 no realizan el hábito higienicobucal después de almuerzo (61,3 %), y 41 practican el hábito de fumar (34,7 %). No refirieron la práctica de otros hábitos.

Una vez realizado el diagnóstico, se diseñó una estrategia educativa que fue valorada por especialistas, los que emitieron el criterio de que estaba apta para su aplicación, dada su estructura científica metodológica.

## **Discusión**

Estudios realizados con estudiantes de una Universidad Popular Italiana, demostraron deficiencias sobre la higiene bucal de sus discípulos, a pesar de tratarse de grupos con tratamiento educacional y alto nivel social; ante estos resultados se planteó la necesidad de incrementar racionalmente las estrategias de promoción y prevención, para mejorar el comportamiento mediante cambios de estilos de orientación profesional<sup>5</sup>, lo que coincide con el resultado de nuestra investigación.

La eficacia del cepillado dentario depende de varios factores, entre los que se incluye la frecuencia (se recomienda cepillarse cuatro veces al día: después de las comidas y antes de acostarse); algunos autores plantean que esta es aún la forma más adecuada para el control de las caries dentales. El cepillado correcto es el método más eficaz para la remoción de la placa dentobacteriana, y ésta a su vez es un factor imprescindible en la aparición de enfermedades bucodentales, por lo que su eliminación debe estar prevista antes y desde el justo momento del brote dentario.

Asimismo, estudios epidemiológicos sobre hábitos dietéticos de diferentes grupos culturales -incluso institucionalizados- han permitido establecer la influencia de la dieta en la cariogénesis, entre ellos Barrancos Mooney<sup>6</sup>.

En cuanto a las afecciones gingivoperiodontales, se debe ejercer una acción preventiva ante éstas, pues de inicio pueden ser reversibles; de no realizarse llegará a estadios más severos, en los que se afectan las estructuras de soporte del diente; ello puede ocasionar la pérdida del mismo, si no existe una respuesta inmunológica favorable. Por esta razón es necesaria la intervención en el control y prevención de estas afecciones en edades tempranas<sup>7,8</sup>.

El análisis anterior está muy relacionado con el desconocimiento de nuestros estudiantes (65,3 %) sobre las causas de pérdida dentaria; aunque éstas pueden ser multifactoriales, sería muy oportuno enseñarles las causas y los efectos que la producen, para que tomen conciencia del riesgo.

El uso del tabaco está muy extendido actualmente en nuestra sociedad. En la revisión de investigaciones realizadas en España, Alemania, Estados Unidos y Cuba sobre esta temática, se ha podido precisar, en un número elevado, que las personas comienzan a fumar entre 15 y 19 años de edad, es decir, en la adolescencia. Este hábito está asociado con variedad de cambios perjudiciales en la boca, como el deterioro de la higiene bucal, alteraciones en la dieta, afectación de las glándulas salivales por vía sistémica, y alteración del equilibrio microbiológico del sistema bucal. La mayoría de los estudios epidemiológicos de las lesiones de la mucosa bucal, relacionan la leucoplasia y otras lesiones blancas -como palatitis del fumador- al hábito de fumar<sup>9,10</sup>. Nuestros resultados justifican una vez más el objetivo de esta investigación.

En cuanto al alcoholismo, debemos insistir en nuestra responsabilidad en las acciones educativas para dar a conocer su relación con la salud bucodental.

Recordemos que por lo general los bebedores son grandes fumadores, y que ambos factores contribuyen a que aparezcan alteraciones premalignas y malignas en la cavidad bucal<sup>10</sup>.

Es obvia la importancia del conocimiento sobre los efectos que pueden tener las exposiciones solares prolongadas, pues producen lesiones en la piel de la cara y labios, las cuales pudieran incluso malignizarse; por ello se señala que las exposiciones al sol son factores de riesgo. Similares efectos provoca el estrés como factor de riesgo bucodental. Si se une al criterio de la multicausalidad en el origen y desarrollo de múltiples enfermedades, y se sitúa entre los factores que pueden influir en la ruptura del equilibrio del proceso salud enfermedad a los aspectos psicológicos, en especial al estrés psicosocial<sup>11</sup>, fundamentaremos la repercusión del mismo con relación a la salud bucodental; esto ha sido demostrado en estudios realizados sobre el tema, los cuales expresan que bajo el efecto del estrés, la saliva se hace menos abundante, más espesa y turbia, aumenta la acidez bucal, así como la concentración y adherencia de bacterias a la superficie dental. Estos cambios pueden provocar alteraciones en la incidencia de caries y enfermedad periodontal, además de provocar trastornos en la mucosa bucal, aparición de aftas, afecciones musculares, bruxismo y otras.

En la actualidad ha quedado demostrado en diversos estudios que la medida más eficaz para la curación de las lesiones malignas es la terapéutica temprana, consecuencia de un examen minucioso y sistemático de la boca<sup>12</sup>. Por ello se hace necesaria la incorporación y promoción de estos conocimientos en nuestra joven población estudiantil, futuro personal paramédico.

## **Summary**

A prospective descriptive study was carried out in a group of rookie students of basic courses at Health Polytechnical School "Julio Trigo López" in Santa Clara. It was aimed at supporting a group of teaching actions that contribute to improve the level of knowledge about bucodental health. The sample comprised 118 students selected by simple randomize method. They were applied observation method and survey thus obtaining data necessary to diagnose their level of knowledge about bucodental health. Based on learning requirements, a teaching strategy was designed valued by specialist criteria. They considered its application was necessary and useful since it has a suitable methodological scientific design according to the age of the study.

## **Referencias bibliográficas**

1. Añorga Morales J. La educación avanzada. En: Mito o realidad. La Habana: CENESEDA; 1994. p. 202-4.
2. Organización Panamericana de la Salud. Promoción y protección de la salud. Washington: OPS; 1999.
3. Méndez del Lago H. Sus conflictos, un reto al médico de la familia. En: La adolescencia. La Habana: Científico-Técnica; 1998. p. 20-81.
4. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Atención Integral al Adolescente. La Habana: MINSAP; 2000.
5. Rimondini L, Zolfanelli B, Bernardi F, Bez C. Self preventive oral behavior in an Italian university student population. J Clin Periodontol 2001;28(3):207-11. URL disponible en: <http://www.blackwell-synergy.com/links/doi/10.1034/j.1600-051x.2001.028003207.x/abs/>
6. Bardomi N, Squassi A. Criterio para la interpretación diagnóstica. En: Barrancos M. Operatoria dental. 3ª ed. Madrid: Médica Panamericana; 1999. p. 320-30.
7. Machuca G, Rosales I, Lacalle JR, Machuca C, Bullón P. Effect of cigarette smoking on periodontal status of healthy young adults. J Periodontol 2000;71:73-8.
8. Solano RS, Jiménez RC. Historia clínica del tabaquismo. Prev Tab 2000;2(1):35-44.
9. Frenkel H, Horvey J, New Combe RG. Improving oral health in institutionalized elderly people by educating care givers: a randomized controlled trial. Community Dent Oral Epidemiol 2001;29(4):289-97.
10. Holowaty P, Fredman L, Harvey B, Schrtt L. Cigarette smoking in multicultural, urban high school students. J Adolesc Health 2000;27(4):281-8.
11. Casals Sosa A. Estrés. En: Núñez Villavicencio Porro F, González Méndez R, Ruiz Rodríguez E, Álvarez González MA, Leal Ortega Z, Suárez Vega DM, et. al. Psicología y salud. La Habana: Ciencias Médicas; 2001. p. 271-7.
12. Quintana Díaz J, Ceja Amante C, Gordom Delgado L. Importancia de la incorporación del médico de la familia al plan de detección precoz del cáncer bucal en Artemisa. Rev Cubana Estomatol 1999;36(3):2-18.