



Casa abierta al tiempo

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA**  
**Unidad Xochimilco**

*División de Ciencias Biológicas y de la Salud*

*Departamento de Atención a la Salud*

*Licenciatura en Estomatología*

**“Impacto de la salud bucal en la calidad de vida de la población atendida en el servicio de consulta dental del Centro Comunitario de San Miguel Topilejo”**

INFORME DE SERVICIO SOCIAL

Centro de Servicios en Apoyo a la Mujer – Dra. Lina Valadez García A. C.

**PRESENTADO POR**

Elvia Ariana Estrada Cárdenas

Matricula 2202036157

**PERIODO DE SERVICIO SOCIAL**

1° de febrero de 2025 a 31 de enero de 2026

**FECHA DE ENTREGA**

Marzo, 2026

**NOMBRE DE LOS ASESORES RESPONSABLES**

Dra. Margarita Pulido Navarro

Mtra. Sandra Luz Morales Estrella

**SERVICIO SOCIAL DE LA UAM-XOCHIMILCO**



---

**ASESORA INTERNA**

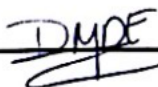
**Dra. Margarita Pulido Navarro**

Morales Estrella Sandra L.

---

**ASESORA INTERNA**

**Mtra. Sandra Luz Morales Estrella**



---

**COMISIÓN DE SERVICIO SOCIAL DE ESTOMATOLOGÍA**

**Mtra. Denisse E. Durán Merino**

## Resumen de proyecto

El presente documento describe las actividades realizadas durante el servicio social en el Centro de Servicios en Apoyo a la Mujer – Dra. Lina Valadez García A. C. (CESAM), en San Miguel Topilejo, Alcaldía Tlalpan, durante el periodo comprendido del 1 de febrero de 2025 al 31 de enero de 2026. El servicio social se desarrolló bajo el enfoque de atención primaria en salud, integrando actividades de atención odontológica preventiva, promoción de la salud y educación en salud bucal dirigidas a la población que acude a este centro comunitario.

Como parte de estas actividades, se desarrolló una investigación cuyo objetivo fue evaluar el impacto de una intervención educativa en salud bucal en la higiene oral de personas adultas de 19 años en adelante que acudieron al servicio de consulta dental. La intervención incluyó la aplicación de un instrumento antes y después de la estrategia educativa, así como el seguimiento clínico mediante el índice de placa de O'Leary y la evaluación del riesgo de caries mediante el protocolo CAMBRA.

Entre las principales actividades que se llevaron a cabo durante el servicio fueron la profilaxis dental, la eliminación de cálculo, la aplicación tópica de flúor, la orientación sobre técnicas adecuadas de higiene oral y la participación en actividades de promoción de la salud dirigidas a la comunidad. La interacción con los usuarios del servicio permitió identificar diversas problemáticas relacionadas con la salud bucal, entre ellas la asistencia a consulta odontológica principalmente ante la presencia de dolor, el uso limitado de auxiliares de higiene interdental y la falta de información sobre prácticas preventivas adecuadas.

Se concluye que la educación en salud bucal es importante como estrategia preventiva dentro del contexto comunitario y acompañada de seguimiento clínico, es una estrategia efectiva en prevención. Se destaca el papel del servicio social en la formación profesional y en el fortalecimiento del vínculo entre las instituciones de educación superior y la comunidad.

**Palabras clave:** servicio social; educación en salud bucal; higiene oral; prevención odontológica.

## ÍNDICE

<b>CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN GENERAL</b> .....	1
<b>CAPÍTULO II. INVESTIGACIÓN</b> .....	3
<b>2.1 Introducción</b> .....	3
<b>2.2. Planteamiento del problema</b> .....	3
<b>2.3 Justificación</b> .....	4
<b>2.4 Objetivos</b> .....	5
2.4.1 Objetivo General.....	5
2.4.2 Objetivos Específicos .....	5
<b>2.5 Hipótesis</b> .....	5
<b>2.6 Marco teórico</b> .....	5
<b>2.7 Marco histórico</b> .....	7
<b>2.8 Antecedentes</b> .....	10
<b>2.9 Metodología</b> .....	12
<b>2.10 Resultados</b> .....	14
<b>2.11 Discusión</b> .....	23
<b>2.12 Conclusión</b> .....	25
<b>2.13 Bibliografía</b> .....	26
<b>CAPÍTULO III: DESCRIPCIÓN DE LA PLAZA</b> .....	30
<b>CAPÍTULO IV: INFORME NUMÉRICO NARRATIVO</b> .....	32
<b>CAPÍTULO V: ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN</b> .....	36
<b>CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES</b> .....	37
<b>ANEXOS</b> .....	38

## **CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN GENERAL**

El servicio social constituye una etapa formativa fundamental dentro de la formación de profesionales en ciencias de la salud, ya que permite aplicar los conocimientos adquiridos durante la formación académica en contextos reales, al mismo tiempo que promueve el compromiso social y la atención de necesidades prioritarias en comunidades con acceso limitado a servicios de salud.

El presente informe corresponde al servicio social realizado en el Centro de Servicios en Apoyo a la Mujer – Dra. Lina Valadez García A. C. (CESAM), ubicado en la comunidad de San Miguel Topilejo, Alcaldía Tlalpan, Ciudad de México, durante el periodo comprendido de febrero de 2025 a enero de 2026.

Como parte del servicio social, se desarrolló el trabajo de investigación titulado “Impacto de la educación en salud bucal en la higiene oral de personas adultas de la comunidad”, cuyo objetivo fue evaluar el efecto de una intervención educativa sobre los hábitos de higiene bucal de los participantes. Para ello, se aplicaron instrumentos de evaluación antes y después de la intervención educativa, con el propósito de analizar los cambios en el conocimiento y en las prácticas de higiene oral. En relación con el riesgo a caries, la evaluación mediante CAMBRA mostró que la mayor parte de los pacientes se encontraba en riesgo alto (60%), seguido de riesgo extremo (26.7%) y riesgo moderado (13.3%). En cuanto al control de la placa dentobacteriana, el índice de O’Leary evidenció porcentajes iniciales elevados de placa, entre 43% y 76.7%, lo cual indicaba una higiene oral deficiente previo a la intervención. Tras la implementación de las estrategias educativas, se observó una disminución considerable en los niveles de placa, con valores finales que oscilaron entre 12% y 29.4%, reflejando una mejora generalizada en el control del biofilm dental. Se concluye que las intervenciones educativas acompañadas de seguimiento clínico pueden contribuir significativamente al control del biofilm dental y al fortalecimiento del autocuidado en la población adulta, lo que resalta la importancia de integrar estrategias de educación preventiva dentro de los modelos de atención primaria en salud. (Capítulo II)

En el Capítulo III se presenta el contexto comunitario de San Miguel Topilejo y los antecedentes del Centro de Servicios en Apoyo a la Mujer – Dra. Lina Valadez García A. C., institución que surgió a partir de la recuperación de un antiguo rastro abandonado gracias al trabajo de un grupo de mujeres organizadas. Con el tiempo, este espacio se consolidó como un centro comunitario que brinda diversos servicios de salud, entre ellos medicina, nutrición, enfermería, psicología y estomatología, además de asesorías económicas y apoyo alimentario a través de un comedor comunitario de bajo costo.

En el Capítulo IV se describen las actividades desarrolladas durante el servicio social, entre las que destaca la participación en una feria de la salud, así como la rehabilitación del huerto, donde se llevó a cabo la siembra de lechugas mediante sistemas de hidroponía. Asimismo, se participó en diversos festivales relevantes a lo largo del año, como el de la primavera y el día del niño, entre otros, en los que se promovió la participación de la comunidad mediante actividades acordes con cada celebración. Entre estas actividades se incluyeron la pintura de macetas, la enseñanza de técnicas básicas de siembra y el coloreado de dibujos, acciones que favorecieron la integración comunitaria y el aprendizaje práctico. En el área de estomatología se realizaron principalmente procedimientos preventivos, como la eliminación de cálculo dental, profilaxis y la aplicación tópica de fluoruro. Asimismo, una parte considerable de los pacientes fue remitida a las clínicas estomatológicas de la UAM Xochimilco debido a la presencia de patologías dentales de mayor complejidad.

En el Capítulo V se presenta un análisis integral de las actividades realizadas a lo largo del año de servicio social, así como la perspectiva adquirida sobre el funcionamiento del CESAM. Si bien se reconoce que es un centro en proceso de crecimiento y mejora constante, se considera que cuenta con un gran potencial de desarrollo; por ello, se estima que en los próximos años podrá encontrarse mejor equipado para brindar atención a la población, al menos en la resolución de problemas urgentes que generen dolor dental intenso.

Finalmente, en el Capítulo VI se integran las conclusiones generales del informe, donde se reflexiona sobre la importancia de la educación en salud bucal como estrategia preventiva dentro del contexto comunitario, así como sobre el papel del servicio social en la formación profesional y en el fortalecimiento del vínculo entre las instituciones de educación superior y la comunidad.

## **CAPÍTULO II. INVESTIGACIÓN**

### **Impacto de la salud bucal en la calidad de vida de la población que acude a consulta dental en el centro comunitario de San Miguel Topilejo**

#### **2.1 Introducción**

En contextos rurales o periféricos como San Miguel Topilejo, las prácticas de higiene oral están condicionadas por factores educativos, disponibilidad de servicios odontológicos y características socioeconómicas propias de la comunidad. En estos entornos, la evidencia científica indica que el seguimiento clínico periódico, acompañado de orientación individualizada por profesionales de la salud bucal, se asocia con mejores resultados en los indicadores de higiene oral en población adulta. Las estrategias preventivas adaptadas a las necesidades específicas de cada paciente favorecen una limpieza dental más eficaz y un mayor uso de dispositivos de higiene interdental, generando resultados clínicos superiores en comparación con intervenciones educativas generales.<sup>1</sup> Asimismo, el control continuo facilita la detección temprana de alteraciones orales, promueve el autocuidado informado y permite ajustes oportunos en los planes de tratamiento, contribuyendo al mantenimiento funcional del sistema estomatognático<sup>1</sup>.

La educación para la salud constituye un proceso estructurado orientado a modificar conocimientos, actitudes y conductas relacionadas con el bienestar. En el ámbito odontológico, representa una herramienta fundamental para fomentar hábitos preventivos y reducir la incidencia de enfermedad bucodental. Instrumentos clínicos como el índice de placa de O'Leary y la evaluación de riesgo CAMBRA permiten cuantificar de forma objetiva el impacto de las intervenciones educativas sobre las prácticas de higiene oral<sup>1</sup>.

En este marco, la presente investigación busca responder a la siguiente interrogante: ¿qué efecto tiene una intervención educativa sobre la salud bucal de los pacientes adultos atendidos en el Centro Comunitario de San Miguel Topilejo? Esta pregunta adquiere relevancia considerando la elevada prevalencia de caries y enfermedades periodontales en México, estimada en alrededor del 95% de la población<sup>2</sup>, así como el potencial de la prevención y la educación para disminuir esta carga, particularmente en comunidades en situación de vulnerabilidad.

#### **2.2. Planteamiento del problema**

La salud bucodental es parte fundamental para el bienestar integral; sin embargo, su atención se ve frecuentemente relegada debido principalmente, al miedo o experiencias negativas previas, normalización del dolor y costos elevados. En comunidades rurales y periféricas, esta problemática se agudiza por la percepción de que la atención dental no es urgente, acudiendo al dentista únicamente en estadios avanzados de dolor o infección.

La carga de enfermedad bucodental en México continúa siendo elevada, con prevalencia de caries que alcanzan cerca del 95% de la población; y con una prevalencia de enfermedad periodontal que oscila entre el 57% y el 70%<sup>3</sup>. A pesar de los esfuerzos del proyecto "Cultivando Sonrisas" (2021-2022), que logró despertar una conciencia inicial sobre el autocuidado, persisten deficiencias marcadas. Este

escenario nacional se refleja localmente en San Miguel Topilejo, investigaciones locales en el Centro de Salud de Topilejo evidenciaron que el 66% de las mujeres embarazadas presentaban una higiene oral deficiente, un patrón que se repite en la población preescolar, donde las prácticas parentales de higiene aún muestran áreas de oportunidad significativas<sup>4</sup>. La problemática en Topilejo no es solo de conocimiento, sino de acceso. Aunque existen servicios básicos, la lejanía de los tratamientos especializados, sumada a los costos indirectos de transporte y tiempo, limita la frecuencia de las visitas preventivas. Ante este panorama, donde las enfermedades prevenibles siguen afectando la calidad de vida, resulta imperativo cuestionar y evaluar la efectividad real de las intervenciones educativas actuales para transitar de la información a la modificación sostenida de hábitos<sup>5</sup>.

Lo anterior refleja una necesidad urgente de intervenciones educativas que promuevan hábitos adecuados de higiene bucal en la comunidad. Por lo tanto, surge la necesidad de implementar y evaluar charlas informativas sobre salud bucal adaptados a las distintas edades de la población de San Miguel Topilejo, con el fin de identificar su efectividad y promover una mejora significativa en la higiene oral y la prevención de enfermedades dentales en la comunidad.

### **2.3 Justificación**

La importancia de esta investigación trasciende la cavidad oral, ya que la salud bucal forma parte del funcionamiento sistémico del organismo. Diversos estudios han demostrado la asociación entre enfermedades periodontales y patologías crónicas de alta prevalencia, como la diabetes mellitus y las enfermedades cardiovasculares, evidenciando la interrelación entre los procesos inflamatorios orales y la salud general.

En este sentido, una higiene oral deficiente no solo favorece el desarrollo de enfermedad bucodental, sino que también repercute significativamente en la calidad de vida relacionada con la salud oral (OHRQoL) en población adulta. Se ha documentado que afecciones como la periodontitis generan limitaciones funcionales, incluyendo dolor y dificultad para masticar, además de consecuencias psicológicas como malestar emocional y disminución de la autoestima, así como restricciones en la interacción social y en las actividades cotidianas. Un estudio multicéntrico realizado en Egipto en adultos mayores mostró que la enfermedad periodontal se asocia con deterioro significativo en los dominios físico y psicológico de la calidad de vida<sup>6</sup>. Asimismo, síntomas como la halitosis o la pérdida dental se relacionan con efectos psicosociales negativos, incluyendo vergüenza, evitación social y reducción de la autoestima<sup>7-8</sup>.

Al centrarse en la población adulta de San Miguel Topilejo, este estudio busca fortalecer el autocuidado mediante educación en salud bucal. La evaluación del impacto educativo a través de indicadores objetivos como el índice de O'Leary y CAMBRA permitirá generar evidencia contextualizada para el diseño de estrategias preventivas sostenibles y culturalmente pertinentes, contribuyendo a disminuir la carga de enfermedad en comunidades con acceso limitado a servicios especializados.

## **2.4 Objetivos**

### **2.4.1 Objetivo General**

Evaluar el impacto de la educación en salud bucal en la higiene oral de personas adultas de 19 años de la comunidad, a partir de la implementación de intervenciones educativas.

### **2.4.2 Objetivos Específicos**

1. Determinar el nivel de conocimientos y los hábitos relacionados con la salud bucal de la comunidad antes de la intervención educativa.
2. Analizar los cambios en el nivel de conocimientos y en los hábitos de higiene oral mediante la comparación de los resultados obtenidos antes y después de la intervención educativa.
3. Identificar el nivel de higiene oral en cada cita que acuda la persona.
4. Establecer el nivel de riesgo a caries de las personas.
5. Sensibilizar a la población sobre los riesgos asociados a una inadecuada higiene bucal y su relación con enfermedades dentales.
6. Identificar áreas de oportunidad que permitan fortalecer los procesos de enseñanza-aprendizaje en salud bucal y orientar a la implementación de estrategias sostenibles para mejora de la salud oral en la comunidad a largo plazo.

## **2.5 Hipótesis**

La implementación de una intervención educativa en salud bucal, durante la consulta dental, tiene un impacto positivo en la población adulta de la comunidad, mejorando significativamente sus conocimientos y hábitos de higiene oral a largo plazo.

## **2.6 Marco teórico**

### **1. Introducción a la salud bucal**

#### **1.1. Definición de salud bucal**

Según la Organización Mundial de la Salud, *“la salud bucal se define como el estado de la boca, los dientes y las estructuras orofaciales que permiten a las personas realizar funciones esenciales como comer, respirar y hablar, e incorpora dimensiones psicosociales como la autoconfianza, el bienestar y la capacidad de socializar y trabajar sin dolor, malestar o vergüenza”*. Lo que destaca que la salud oral forma parte integral de la salud general y a la participación plena en la sociedad a lo largo del ciclo de vida<sup>9</sup>.

#### **1.2. Importancia de la salud bucal en la salud general**

La cavidad oral constituye un componente esencial del equilibrio biológico del organismo y su estado influye directamente en la salud general. Los procesos

inflamatorios derivados de enfermedades periodontales pueden contribuir al desarrollo o agravamiento de patologías sistémicas como la diabetes mellitus y las enfermedades cardiovasculares. De forma simultánea, estas condiciones sistémicas pueden intensificar el deterioro de los tejidos orales, estableciendo una interacción bidireccional. Además, el mantenimiento de una adecuada salud bucal favorece funciones básicas como la alimentación, la comunicación y el bienestar emocional, especialmente en población adulta mayor<sup>2-8</sup>.

La cavidad oral funciona como una barrera biológica que limita la entrada de microorganismos al organismo. La acumulación de placa dentobacteriana desencadena respuestas inflamatorias que pueden progresar desde gingivitis hasta periodontitis avanzada. En estas condiciones, bacterias periodontopatógenas presentes en el biofilm, como *Porphyromonas gingivalis*, liberan productos inflamatorios capaces de ingresar al torrente sanguíneo y favorecer respuestas inflamatorias sistémicas. Este proceso se ha relacionado con mayor riesgo cardiovascular, alteraciones metabólicas y enfermedades autoinmunes<sup>9-11</sup>.

Por ello, organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud enfatizan la necesidad de integrar la salud bucal en los modelos de atención primaria, priorizando la prevención y el control de factores de riesgo comunes<sup>8</sup>.

### 1.3 Estrategias para la prevención de enfermedades bucales

El cepillado dental, realizado al menos dos veces al día con una pasta dentífrica fluorada, es la medida más eficaz para prevenir la caries dental y las enfermedades periodontales. El cepillado nocturno se enfatizó como medida prioritaria debido a la menor capacidad de autolimpieza oral durante el sueño, lo que favorece la proliferación bacteriana<sup>12-13</sup>.

Estudios sistemáticos han señalado que los cepillos eléctricos pueden lograr reducciones más significativas de placa bacteriana comparados con los cepillos manuales, lo cual es particularmente relevante para personas con retos de motricidad o adherencia al cepillado adecuado, aunque las diferencias clínicas varían según la población y el diseño del estudio. No obstante, la técnica de cepillado sigue siendo un factor determinante, y una instrucción personalizada por profesionales de la salud bucal durante la consulta odontológica favorece una mayor efectividad del cepillado, al adaptar las recomendaciones al contexto individual del paciente; incluyendo edad, destreza manual y características dentales, más allá del tipo de cepillo utilizado<sup>14-15</sup>.

#### - Uso de aditamentos auxiliares

El cepillado mecánico por sí solo no permite eliminar de manera eficaz la placa dentobacteriana en todas las superficies dentales, particularmente en las zonas interproximales y subgingivales. Por esta razón, se recomienda el uso complementario de aditamentos auxiliares de higiene oral, entre los que destacan<sup>14</sup>:

- Hilo dental / Flossers: indicados para la limpieza de superficies interdetales en personas con papilas gingivales intactas<sup>13</sup>.
- Cepillos interproximales: sugeridos para pacientes con espacios interdetales amplios, comúnmente asociados a periodontitis o recesión gingival. Diversos estudios recientes los consideran más eficaces que el hilo dental para la remoción de placa en estas áreas<sup>16</sup>.

- Irrigadores bucales: dispositivos que utilizan un chorro pulsátil de agua para eliminar restos alimenticios y biofilm, siendo particularmente útiles en pacientes con ortodoncia fija o implantes dentales<sup>17</sup>.
- Raspadores linguales: empleados para reducir la carga bacteriana sobre la superficie de la lengua, la cual se asocia frecuentemente con la halitosis<sup>17</sup>.

## 2.7 Marco histórico

### 1. Primeras referencias sobre higiene oral en civilizaciones antiguas

Los primeros registros arqueológicos de tratamientos dentales se remontan a unos 14 milenios en el norte de Italia. En este contexto, se halló un molar de un joven de aproximadamente 25 años que presentaba signos de haber sido intervenido con herramientas de piedra afiladas, como el sílex, para eliminar tejido cariado. Este hallazgo constituye la evidencia más antigua conocida de una intervención dental y sugiere que incluso los grupos cazadores-recolectores del Paleolítico superior tenían cierta comprensión de las enfermedades dentales y buscaban aliviar el dolor causado por las caries<sup>18</sup>.

Posteriormente, hacia el año 4500 a. C., en Eslovenia se descubrieron restos de piezas dentales con evidencia de obturación. En particular, destaca el hallazgo de un diente humano cuya cavidad había sido sellada con cera de abejas, lo que representa una de las primeras evidencias de obturaciones dentales en la historia. Este hecho indica que las comunidades neolíticas no solo intentaban eliminar el tejido dañado, sino también proteger la cavidad resultante, posiblemente para con fines de analgesia o prevención de infección<sup>19</sup>.

Estos hallazgos evidencian que la preocupación por el dolor dental precede a la odontología científica. Mucho antes del cepillo moderno, distintas culturas empleaban varillas masticables “*chew sticks*” para limpiar los dientes, destacando la *Salvadora persica* (miswak/siwak) en Medio Oriente y África, y la *mefakia* en Etiopía. Estudios recientes (2024–2025) confirman que estos dispositivos tradicionales pueden igualar la eficacia del cepillo convencional en el control de placa y la salud gingival, siempre que se usen correctamente<sup>20-21</sup>.

Los primeros cepillos con cerdas surgieron en China (dinastías Tang/Ming), con mangos de hueso o bambú y cerdas de jabalí; más tarde llegaron a Europa y, siglos después, a la producción industrial. Investigaciones y síntesis actuales (2023–2025) actualizan esta evolución, destacando la transición hacia materiales termoplásticos y fibras sintéticas. La ADA y fuentes enciclopédicas de 2025 documentan la posterior diversificación en cepillos manuales y eléctricos<sup>22</sup>.

En 1938, la incorporación del nylon en la fabricación de cepillos marcó un punto de transición hacia la estandarización industrial del cuidado bucal moderno, que permitió estandarizar las cerdas. Desde entonces, los avances en ergonomía, tamaño de cabeza y diseño condujeron al cepillo eléctrico y sónico. Una revisión sistemática (2022) confirma que los cepillos eléctricos reducen más la placa y gingivitis que los manuales, consolidando el vínculo entre innovación tecnológica y beneficio clínico<sup>23</sup>.

Paralelamente, los primeros dentífricos aparecieron como mezclas abrasivas y aromáticas en el antiguo Egipto, con ingredientes como sal de roca, menta e iris.

Investigaciones recientes (2022–2023) destacan su valor histórico como parte del acervo médico<sup>24</sup>.

Durante el siglo XIX se añadieron jabón y carbonatos, pero el gran avance llegó con el fluoruro a mediados del siglo XX. Revisiones recientes (2023–2025) muestran la transición de simples limpiadores a formulaciones terapéuticas con agentes anticaries y remineralizantes, como fluoruro, arginina, estaño e hidroxiapatita biomimética<sup>25</sup>. Actualmente, la hidroxiapatita se considera una alternativa o complemento del flúor, respaldada por estudios recientes que destacan su capacidad remineralizante y su base nanotecnológica<sup>26</sup>.

## 2. Historia de la prevención en estomatología

La estomatología, entendida como rama de la medicina dedicada al estudio de la cavidad oral, desde sus orígenes ha tenido un componente preventivo, aunque inicialmente este se limitaba a prácticas rudimentarias<sup>27</sup>. En las civilizaciones antiguas: los egipcios, griegos y romanos usaban mezclas abrasivas (cenizas, sal, piedra pómez) con el objetivo de limpiar dientes y controlar halitosis, lo que constituyó una forma primitiva de profilaxis.

En la Edad Media y Renacimiento: la prevención se subordinaba a la extracción dental. Sin embargo, textos médicos árabes ya recomendaban la higiene oral con enjuagues y palillos vegetales como el *miswak*.

Estos antecedentes muestran que, aunque sin un sustento científico como el actual, la preocupación por evitar enfermedades bucales existía desde hace milenios.

### 2.1 Desarrollo de la profilaxis profesional

La limpieza profesional de los dientes mediante instrumentos manuales o mecánicos comenzó a consolidarse con el surgimiento de la odontología científica entre los siglos XVIII y XIX. Pierre Fauchard, en 1728, considerado el padre de la odontología moderna, describió procedimientos de raspado de sarro y pulido, marcando el inicio de la profilaxis como acto clínico<sup>28</sup>. Durante el siglo XIX, con la introducción de instrumentos metálicos cada vez más precisos y posteriormente equipos rotatorios, la profilaxis se volvió un procedimiento sistemático. A lo largo del siglo XX, se estableció que la profilaxis periódica constituía un pilar esencial en la prevención de caries y enfermedad periodontal; en ese periodo también se desarrollaron pastas profilácticas que incorporaban flúor y abrasivos suaves para no dañar el esmalte. Actualmente, la profilaxis forma parte de los protocolos preventivos basados en el riesgo y se recomienda cada 6 a 12 meses según las condiciones individuales del paciente<sup>29</sup>.

### 2.2 Evolución hacia la prevención comunitaria.

El mayor avance en la prevención dentro de la estomatología se produjo en 1945 con la fluoración del agua en Grand Rapids, Michigan (EE. UU.), considerado un hito en la historia de la salud pública. Este acontecimiento marcó el inicio de la odontología preventiva comunitaria, cuyo propósito ya no centraba únicamente en el tratamiento de la enfermedad, sino en la reducción de la incidencia de caries a nivel poblacional<sup>30</sup>.

A partir de este enfoque también surgieron programas escolares orientados a la promoción de la higiene bucal y a la aplicación tópica de fluoruro mediante barnices, geles y enjuagues, consolidando así una estrategia preventiva integral.

### 2.3 Principio del uso de selladores de fosetas y fisuras

Uno de los avances más revolucionarios en la prevención de la caries fue el desarrollo de selladores de fosetas y fisuras dirigidos a proteger superficies oclusales de molares y premolares<sup>31</sup>. En la década de 1960, Buonocore introdujo la técnica del grabado ácido, lo que permitió mejorar la adhesión de resinas al esmalte dental y abrió paso al desarrollo de materiales capaces de sellar mecánicamente zonas vulnerables. En 1967, Cueto y Buonocore crearon los primeros selladores de resina acrílica, lo que marcó un cambio de paradigma en la prevención de la caries<sup>32</sup>. A partir de la década de 1970 se generalizaron los selladores a base de resinas bis-GMA y más tarde los selladores ionoméricos con liberación de flúor, que además de proteger físicamente ofrecen un efecto remineralizante. Hoy en día, la OMS y la ADA reconocen los selladores de fosetas y fisuras como una medida preventiva altamente efectiva, especialmente en niños y adolescentes con alto riesgo de caries en molares permanentes recién erupcionados<sup>32</sup>.

### 3 Educación en salud bucal en adultos

La educación en salud bucal debe entenderse como un proceso continuo y adaptado a cada etapa de la vida. En la infancia, la supervisión parental y los programas escolares son claves; en la adolescencia, las estrategias deben considerar la motivación estética y social; mientras que, en la adultez, el enfoque está en la prevención de complicaciones y en la relación entre biofilm y enfermedades sistémicas.

Por esa razón, es importante comprender el concepto de biofilm dental que consiste en una comunidad microbiana organizada que se adhiere a la superficie dentaria y constituye el principal factor etiológico de la caries y las enfermedades periodontales. A diferencia de la placa dental considerada solo como depósitos bacterianos, el biofilm se entiende hoy como una estructura compleja que protege a las bacterias y dificulta la acción de antimicrobianos<sup>33</sup>. Es por eso por lo que la enseñanza sobre higiene oral no se limita únicamente a la eliminación mecánica de residuos, sino a la comprensión de que el cepillado y el uso de auxiliares de higiene (hilo dental, cepillos interdentales) buscan desorganizar y remover ese biofilm. Explicar este concepto de manera adaptada a cada edad contribuye a que los pacientes entiendan la importancia de la constancia en la higiene diaria<sup>34</sup>.

En la edad adulta, los hábitos de higiene bucal suelen encontrarse ya consolidados, pero esta etapa implica nuevos desafíos derivados del estrés, el consumo de tabaco y alcohol, una dieta desequilibrada y la presencia de enfermedades sistémicas, como la diabetes, que incrementan el riesgo de enfermedad periodontal<sup>35</sup>. En este sentido, la educación en salud bucal debe orientarse hacia el mantenimiento preventivo, la asistencia regular a revisiones odontológicas y a la promoción de la higiene como medida fundamental para prevenir enfermedades sistémicas asociadas con el biofilm, entre ellas la periodontitis asociada a enfermedades cardiovasculares<sup>36</sup>.

Adicionalmente, la población adulta presenta una mayor prevalencia de restauraciones, prótesis y tratamientos de ortodoncia, lo que exige la enseñanza de técnicas de higiene específicas adaptadas a estas condiciones. Para ello, las estrategias contemporáneas incluyen talleres grupales en entornos laborales,

campañas de alcance comunitario y el uso de tecnologías digitales que refuercen la importancia del cuidado oral continuo<sup>37</sup>.

## **2.8 Antecedentes**

### **1. Comparación de cambios en hábitos después de intervenciones educativas**

Las comparaciones pre - pos en programas escolares indican mejoras tanto en la frecuencia como en la técnica del cepillado, acompañadas de reducciones de placa y gingivitis; los efectos sobre el consumo de azúcares y las visitas dentales dependen de la participación familiar y de la duración del programa. Intervenciones con supervisión del cepillado, ya sea presencial o virtual, muestran cambios conductuales favorables, y hay ensayos controlados aleatorios en curso que miden su efecto en caries y en calidad de vida<sup>38</sup>.

En adolescentes, la evidencia reciente sugiere que las aplicaciones móviles con notificaciones, metas y retroalimentación logran mejoras en el cepillado y reducción de placa en comparación con la educación tradicional; el componente conductual, como recordatorios y refuerzo, resulta clave<sup>39</sup>. En adultos, las intervenciones multicomponentes que incluyen instrucción, entrevista motivacional o recordatorios reportan mejoras de los índices de higiene oral (OHI-S) y de placa en pocos meses, con la recomendación de seguimiento para mantener los hábitos<sup>40</sup>. En cuidadores y población geriátrica, comparaciones pre - post tras capacitaciones muestran mejoras en la técnica de higiene asistida y en los índices de placa/gingivales de los residentes, siendo los efectos sostenibles cuando existen protocolos y supervisión<sup>41</sup>.

La evidencia sobre la relación entre educación en salud bucal y disminución de enfermedades dentales indica que en población escolar la educación sola reduce placa y gingivitis de forma consistente; para lograr una reducción de caries, la evidencia más sólida aparece cuando se combina educación con medidas clínicas preventivas como barnices fluorados o selladores<sup>42</sup>. Un análisis reciente de programa nacional mostró menor incidencia de caries en zonas donde se combinó educación con supervisión diaria del cepillado, con una diferencia absoluta de 13.4% frente a áreas sin intervención, lo cual apoya el valor de estrategias integradas<sup>43-44</sup>. En adultos mayores, la educación dirigida a residentes y/o cuidadores se asocia con mejoras clínicas de placa y sangrado, y algunos estudios reportan menos eventos adversos orales; sin embargo, para observar reducción de caries o periodontitis a largo plazo se requieren seguimientos más prolongados<sup>38</sup>. En adolescentes, las intervenciones digitales han mostrado reducciones de placa y mejoras de higiene, aunque los estudios que tienen la caries como desenlace aún son escasos o de corta duración, por lo que se recomienda integrar educación con fluoruro o selladores en poblaciones de riesgo<sup>45</sup>.

### **Situación actual de la educación en salud bucal en comunidades rurales**

Las comunidades rurales en México enfrentan desafíos significativos en cuanto a salud bucal, evidenciados por indicadores más bajos y un acceso limitado a servicios preventivos en comparación con las áreas urbanas. Esta situación se debe a una combinación de factores, como la distribución desigual de profesionales de la salud dental, la escasa oferta de servicios preventivos como barnices, selladores y profilaxis, y limitaciones en la infraestructura sanitaria y educativa local<sup>46-47</sup>.

El acceso a la educación en salud bucal en zonas rurales se ve obstaculizado por diversas barreras. La distancia a centros de salud y escuelas con programas de promoción representa una barrera recurrente; muchas zonas rurales carecen de clínicas dentales fijas, existiendo "desiertos dentales" donde la población debe viajar largas distancias para recibir atención o programas educativos presenciales. Iniciativas móviles y programas escolares han mostrado eficacia, pero su cobertura sigue siendo limitada<sup>48-49</sup>. Además, la falta de cobertura dental y las limitaciones en seguro o financiamiento afectan la posibilidad de integrar educación con acciones clínicas, reduciendo la efectividad de los programas educativos cuando se aplican de forma aislada. Informes recientes sobre cobertura en países de bajos ingresos muestran grandes brechas en la provisión de servicios preventivos básicos en áreas rurales<sup>50</sup>.

Las principales barreras para la implementación de programas educativos en salud oral incluyen factores estructurales y del sistema, como la distribución insuficiente de recursos humanos, escasez de odontólogos y personal de salud capacitado en zonas rurales, alta rotación y dificultades para retener profesionales, lo que limita tanto la atención clínica como la educación continua<sup>51</sup>. La falta de infraestructura adecuada, como transporte y equipos móviles insuficientes, y la ausencia de instalaciones escolares para actividades prácticas también son obstáculos significativos. Además, los programas suelen estar insuficientemente financiados, dependientes de proyectos puntuales o donaciones, y con baja integración en políticas públicas nacionales que garanticen continuidad<sup>52</sup>.

Las barreras socioeconómicas y culturales también juegan un papel crucial. Bajos niveles de alfabetización sanitaria dificultan la comprensión de mensajes preventivos si no se adaptan culturalmente; la evidencia muestra mejores resultados cuando se usan materiales visuales y mediadores locales<sup>53</sup>. Los costos indirectos para las familias, como la pérdida de jornada laboral por asistir a dichas actividades, gastos de transporte y la prioridad de otros gastos básicos que desplazan la salud oral, son consideraciones importantes. Además, normas y creencias culturales, como prácticas tradicionales o falta de confianza en los servicios formales, pueden reducir la receptividad a la educación basada en mensajes biomédicos si no se contemplan enfoques participativos<sup>54</sup>.

Las barreras programáticas y de diseño de intervenciones incluyen la falta de continuidad y seguimiento, ya que muchos programas son puntuales y carecen de seguimiento a medio o largo plazo; la educación aislada produce mejoras en conocimiento, pero menos impacto sostenido sin refuerzos ni medidas clínicas complementarias<sup>55</sup>. La escasa adaptación cultural y lingüística de los materiales, así como la limitada integración con la atención primaria de salud, disminuyen la efectividad de las intervenciones<sup>55-56</sup>.

Finalmente, las barreras relacionadas con tecnologías y conectividad, como la brecha digital, limitan el acceso a soluciones digitales de educación en salud bucal en zonas rurales, reduciendo la escalabilidad de intervenciones basadas en tecnologías móviles o plataformas digitales<sup>56</sup>.

Estas barreras estructurales, socioeconómicas, culturales, programáticas y tecnológicas requieren una atención integral para mejorar la salud bucal en las comunidades rurales, garantizando un acceso equitativo y sostenible a servicios preventivos y educativos.

## **2.9 Metodología**

### *Enfoque y tipo de estudio*

Se realizó un estudio de intervención orientado a evaluar el impacto de una intervención educativa en salud bucal en población adulta. Previo a la atención odontológica, se aplicó una encuesta inicial con el propósito de identificar el nivel de conocimiento de los participantes sobre hábitos y técnicas de higiene oral.

Posteriormente, se impartió una charla educativa sobre higiene bucal y se realizó el seguimiento mediante la aplicación del índice de O'Leary cada dos meses durante un periodo de seis meses. Al finalizar este proceso, se aplicó nuevamente la encuesta inicial con la finalidad de identificar los cambios en el conocimiento y valorar el aprendizaje adquirido durante las sesiones educativas.

Este diseño permitió determinar no solo si la intervención incrementó el conocimiento de los participantes, sino también si se produjo una mejora objetiva en la higiene oral, evidenciada por la disminución de la placa dentobacteriana. Asimismo, el seguimiento periódico permitió que los participantes observaran de manera cuantitativa la evolución de su higiene bucal a lo largo del tiempo, lo que favoreció su motivación y reforzó el aprendizaje adquirido durante la intervención.

### *Población y muestra*

La población objetivo estuvo conformada por personas adultas de 19 años o más que acudieron a solicitar atención e información en el consultorio dental del Centro de Servicios en Apoyo a la Mujer – Dra. Lina Valadez García A. C. La selección de los participantes se realizó mediante un muestreo no probabilístico, por conveniencia, incluyendo a quienes aceptaron participar voluntariamente y/o asistieron a las jornadas de educación bucal.

### *Criterios de inclusión*

Se incluyeron a personas mayores de 19 años al momento de recibir la atención odontológica que acudieron al servicio de consulta dental en el Centro Comunitario de San Miguel Topilejo, que aceptaron participar de manera voluntaria en la investigación tras recibir información clara sobre sus objetivos, beneficios y posibles riesgos y que firmaron el consentimiento informado. Asimismo, se consideró indispensable que los participantes se comprometieran a asistir a las consultas programadas para el seguimiento conforme al protocolo de investigación y que aceptaran cumplir con las recomendaciones proporcionadas durante la atención dental, tales como las indicaciones de higiene oral, la asistencia a citas de control y el uso de los productos recomendados.

### *Criterios de exclusión*

Se excluyeron personas menores de 19 años, aquellas que no desearon participar o que no firmaron el consentimiento informado, así como quienes no pudieron asistir a las consultas programadas o presentaron imposibilidad de seguimiento por motivos como limitaciones de movilidad, residencia lejana sin medios de traslado u otras circunstancias que impidieran su continuidad en el estudio.

### *Fases del estudio*

1. Evaluación inicial (línea de base)

Se aplicó una encuesta diagnóstica con el propósito de identificar los conocimientos previos de los participantes en relación con la higiene oral, la caries dental, la enfermedad periodontal y las medidas de prevención. Asimismo, se realizó el registro del índice de placa dentobacteriana mediante el Índice de O'Leary, el cual fue evaluado cada dos meses durante las consultas de seguimiento, con la finalidad de valorar la efectividad de la higiene oral de cada participante a lo largo del tiempo.

De manera complementaria, se llevó a cabo la evaluación del riesgo de caries mediante el protocolo CAMBRA, lo que permitió identificar los principales factores de riesgo y determinar de forma individualizada la necesidad de aplicar flúor como medida preventiva.

## 2. Intervención educativa

Se impartió una sesión educativa estructurada en torno a la importancia de la salud bucal como componente integral de la salud general. Durante esta intervención se abordaron las técnicas correctas de cepillado dental y el uso adecuado del hilo dental. También, se explicaron los principales factores de riesgo asociados al desarrollo de caries y enfermedades periodontales, así como los beneficios del uso del flúor y de los selladores dentales como medidas preventivas.

Finalmente, se realizó una demostración práctica de las técnicas de cepillado, con supervisión directa y retroalimentación personalizada, con el objetivo de reforzar el aprendizaje y favorecer la adopción de hábitos adecuados de higiene oral.

## 3. Seguimiento y evaluación de impacto

### *A los dos meses posteriores a la intervención:*

Durante la consulta de control se realizó la revisión clínica y la aplicación del índice de O'Leary, con el fin de reforzar los conocimientos adquiridos, identificar dificultades en la práctica de higiene oral y evaluar los cambios en los hábitos mediante observación clínica y preguntas dirigidas.

### *En los controles bimestrales posteriores:*

Se continuó con la aplicación periódica del índice de O'Leary para detectar deficiencias en la técnica de cepillado, resolver dudas surgidas durante la aplicación de las recomendaciones indicadas y reforzar las medidas de higiene oral.

### *A los seis meses:*

Se aplicó nuevamente la encuesta inicial con el objetivo de identificar modificaciones en el nivel de conocimientos de los participantes. Asimismo, se realizó la medición del índice de O'Leary para evaluar las mejoras en la higiene oral y se efectuó la reevaluación del riesgo de caries mediante el protocolo CAMBRA, con el fin de analizar los cambios en los factores de riesgo. Finalmente, se compararon los datos obtenidos en la línea de base con los resultados del seguimiento, con el propósito de determinar la efectividad de la intervención educativa.

### *Análisis de datos*

Los resultados se analizaron mediante estadística descriptiva, comparando los valores iniciales y finales correspondientes al nivel de conocimientos, al índice de O'Leary y a la evaluación del riesgo de caries mediante CAMBRA.

Este enfoque permitió evaluar la efectividad de la intervención educativa en salud bucal y su contribución a la mejora de los hábitos de higiene oral en la población participante, así como al fortalecimiento de la conciencia sobre la importancia del cuidado bucodental en la comunidad.

## 2.10 Resultados

La población participante estuvo conformada por 15 personas adultas; 9 fueron mujeres (60%) y 6 fueron hombres (40%), con edades que oscilaron entre los 21 y los 65 años. Aunque la representación masculina fue menor, los participantes de este sexo manifestaron un interés y entusiasmo similares por mejorar sus condiciones de salud bucal.

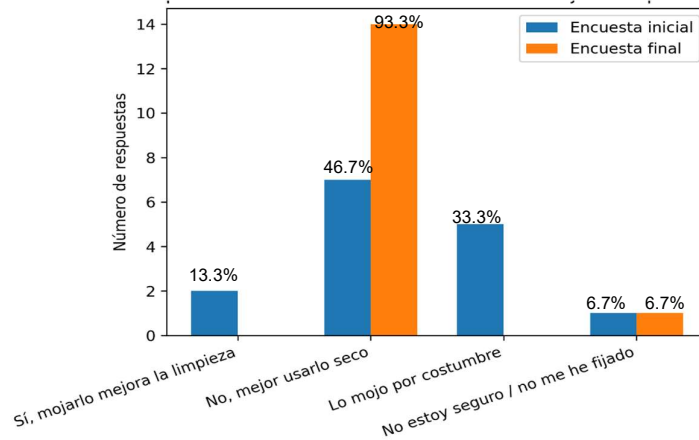
El nivel educativo predominante en la población participante corresponde a estudios universitarios (40%), seguido de preparatoria (33.3%). En menor proporción, 13.3% cuenta con secundaria, mientras que primaria y posgrado representan cada uno el 6.7% de los participantes. En cuanto a los hábitos y conocimientos previos a la intervención, se indagó sobre la frecuencia de asistencia a consulta odontológica, observándose que la mayoría de los pacientes acudía únicamente cuando presentaba dolor dental. El 33.3% refirió asistir cada seis meses, mientras que el resto señaló acudir aproximadamente una vez al año.

De manera complementaria, con base en la información obtenida mediante las encuestas diagnósticas y la aplicación del protocolo CAMBRA, se identificaron conductas que incrementan el riesgo de enfermedad bucodental en una proporción importante de la población evaluada. En particular, el 48% de los participantes reportó consumir más de tres colaciones al día, presentar una frecuencia de cepillado limitada a una vez diaria y mantener un consumo elevado de bebidas azucaradas, especialmente refrescos. Estos hábitos, aunados a la asistencia odontológica predominantemente reactiva y no preventiva, evidencian un perfil de riesgo elevado para el desarrollo de caries y enfermedad periodontal previo a la intervención educativa.

De igual manera, con la intención de conocer su *nivel de higiene*, se cuestionó cuantas veces al día creían recomendable cepillarse los dientes; 80% de los participantes indicó que la frecuencia de cepillado recomendada era de tres veces al día o más, mientras que el 20% consideró que dos veces al día era suficiente. Sin embargo, tras recibir la charla informativa, la tendencia cambió: 86.7% de los encuestados manifestó que considera adecuado cepillarse los dientes como mínimo dos veces al día, y el resto opinó que la frecuencia recomendada debería ser de tres veces o más al día.

En la encuesta inicial, las respuestas estaban distribuidas entre varias posturas. Aunque la mayor proporción consideraba que era mejor usar el cepillo seco (46.7%), también había participantes que lo mojaban por costumbre (33.3%), algunos que creían que mojarlo mejoraba la limpieza (13.3%) y otros que no estaban seguros (6.7%). Sin embargo, en la encuesta final se observa una marcada concentración de respuestas en una sola postura: la gran mayoría de los participantes (93.3%) indicó que es mejor usar el cepillo seco porque la pasta dental funciona mejor así, el resto, mencionó que no estaba seguro si mojar el cepillo influye en la calidad del cepillado. (Gráfica 1)

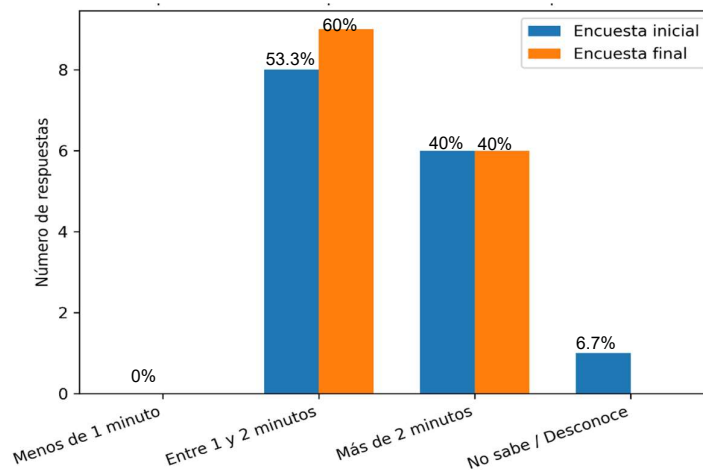
**Gráfica 1.** Comparación de la percepción inicial y final sobre el efecto de mojar el cepillo dental antes del cepillado, en población que acude al CESAM, 2026.



*Fuente: Elaboración propia con base en encuestas aplicadas a 15 participantes del CESAM, 2026.*

En la encuesta inicial, más de la mitad de los participantes (53.3%) consideraba que el cepillado debía durar entre 1 y 2 minutos, mientras que el 40% señaló que debía durar más de 2 minutos. Además, se observó una pequeña proporción de personas (6.7%) que manifestó desconocer la duración adecuada. En la encuesta final, las respuestas se concentraron únicamente en dos opciones: entre 1 y 2 minutos y más de 2 minutos. La categoría de desconocimiento desapareció por completo. (Gráfica 2)

**Gráfica 2.** Comparación de la percepción inicial y final sobre la duración adecuada del cepillado dental, en población que acude al CESAM, 2026.

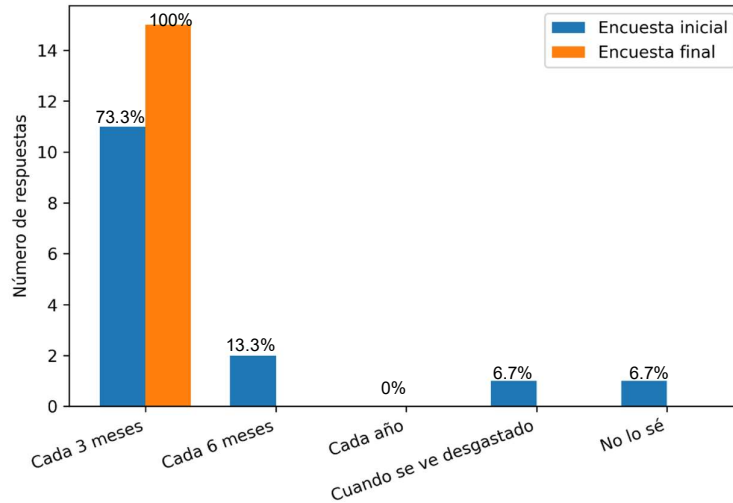


*Fuente: Elaboración propia con base en encuestas aplicadas a 15 participantes del CESAM, 2026.*

En la encuesta inicial, el 73.3% de los participantes consideró que el cepillo dental debe cambiarse cada 3 meses, mientras que el 13.3% indicó que cada 6 meses. Además, un 6.7% señaló que debe cambiarse cuando se observa desgaste y otro 6.7% manifestó no saber con qué frecuencia hacerlo. En la encuesta final, el 100% de los participantes respondió que el cepillo dental debe cambiarse cada 3 meses,

sin registrarse respuestas en las demás categorías. Esto refleja un aumento del 73.3% al 100% en la identificación de la frecuencia recomendada. (Gráfica 3)

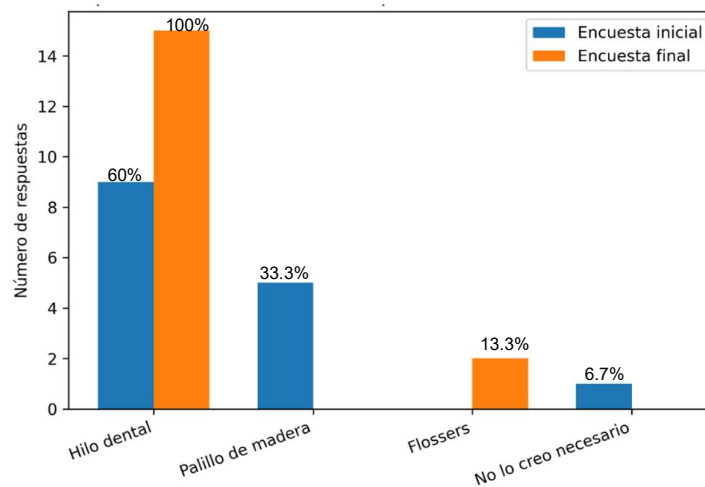
**Gráfica 3.** Comparación de la percepción inicial y final sobre la frecuencia adecuada para el cambio del cepillo dental, en población que acude al CESAM, 2026.



*Fuente: Elaboración propia con base en encuestas aplicadas a 15 participantes del CESAM, 2026.*

En la encuesta inicial, el 60% de los participantes reportó usar hilo dental para retirar la comida entre los dientes, mientras que el 33.3% utilizaba palillos de madera y el 6.7% consideraba que no era necesario emplear ningún método adicional. No se registró uso de flossers. En la encuesta final, el 100% de los participantes señaló que el hilo dental es el método que debe utilizarse para la limpieza interdental. (Gráfica 4)

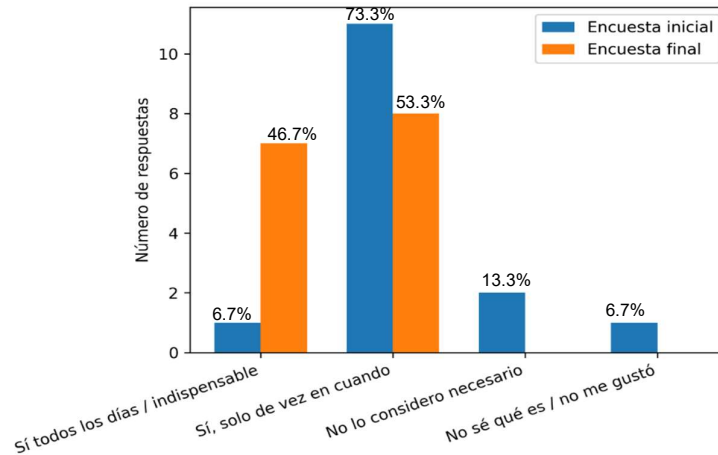
**Gráfica 4.** Comparación de la percepción inicial y final sobre que aditamento utilizar para retirar restos de alimentos de entre los dientes, en población que acude al CESAM, 2026.



*Fuente: Elaboración propia con base en encuestas aplicadas a 15 participantes del CESAM, 2026.*

En la encuesta inicial, el 73.3% de los participantes utilizaba enjuague bucal solo de vez en cuando, el 13.3% no lo consideraba necesario, y únicamente el 6.7% lo usaba todos los días, mientras que otro 6.7% no sabía qué era o cómo se usaba. En la final, el 46.7% consideró que el enjuague bucal es indispensable y el 53.3% señaló que debe usarse solo de vez en cuando. (Gráfica 5)

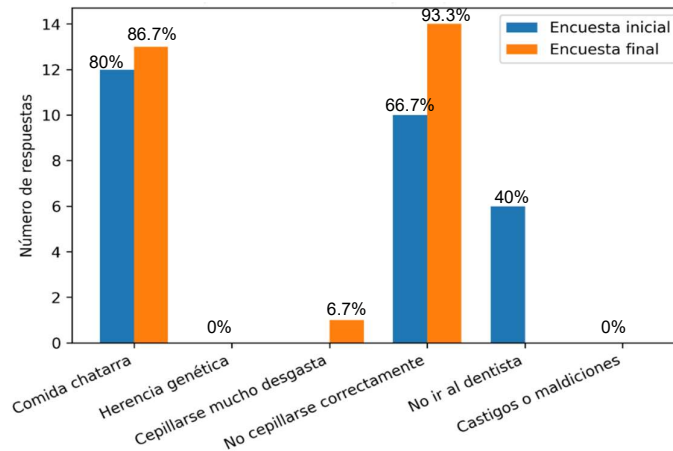
**Gráfica 5.** Comparación de la percepción inicial y final sobre el uso de enjuague bucal como parte de la rutina de higiene dental, en población que acude al CESAM, 2026.



*Fuente: Elaboración propia con base en encuestas aplicadas a 15 participantes del CESAM, 2026.*

En la encuesta inicial, el 80% de los participantes identificó el consumo de comida chatarra como causa principal de la caries, el 66.7% señaló no cepillarse correctamente los dientes y el 40% mencionó no acudir frecuentemente al dentista. En la encuesta final, el 93.3% identificó no cepillarse correctamente como causa principal y el 86.7% el consumo de comida chatarra. Además, el 6.7% consideró que cepillarse muchas veces desgasta los dientes. (Gráfica 6)

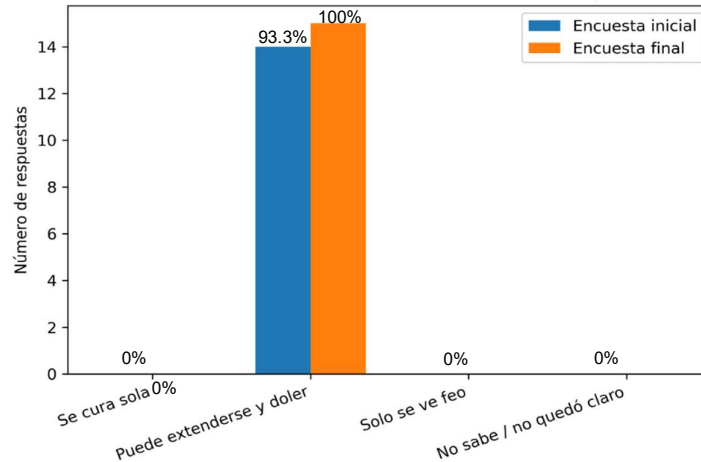
**Gráfica 6.** Comparación de la percepción inicial y final sobre las principales causas de la formación de caries, en población que acude al CESAM, 2026.



*Fuente: Elaboración propia con base en encuestas aplicadas a 15 participantes del CESAM, 2026.*

En la encuesta inicial, el 100% de los participantes respondió que una caries no tratada puede extenderse y provocar dolor. En la encuesta final, el 100% mantuvo esta misma respuesta. No se registraron respuestas en las demás opciones en ninguna de las dos mediciones. (Gráfica 7)

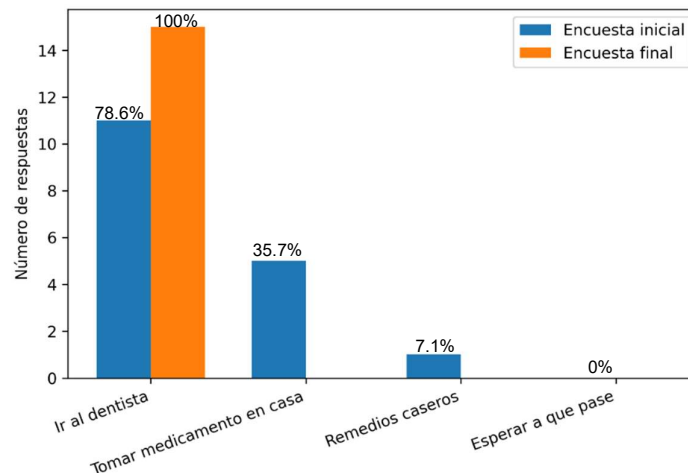
**Gráfica 7.** Comparación de la percepción sobre las consecuencias de no tratar una caries a tiempo, en población que acude al CESAM, 2026



*Fuente: Elaboración propia con base en encuestas aplicadas a 15 participantes del CESAM, 2026.*

En la encuesta inicial, el 78.6% de los participantes acudía al dentista ante dolor dental, el 35.7% tomaba medicamentos en casa y el 7.1% utilizaba remedios caseros. En la encuesta final, el 100% indicó que debe acudir al dentista o centro de salud, sin registrarse respuestas en las demás opciones. (Gráfica 8)

**Gráfica 8.** Comparación de la conducta adoptada ante la presencia de dolor dental, en población que acude al CESAM, 2026



*Fuente: Elaboración propia con base en encuestas aplicadas a 15 participantes del CESAM, 2026.*

En relación con el reconocimiento de signos de enfermedad periodontal, la totalidad de los participantes identificó que el sangrado de las encías no es un evento normal. En la medición de seguimiento, además de mantener esta postura, todos lo

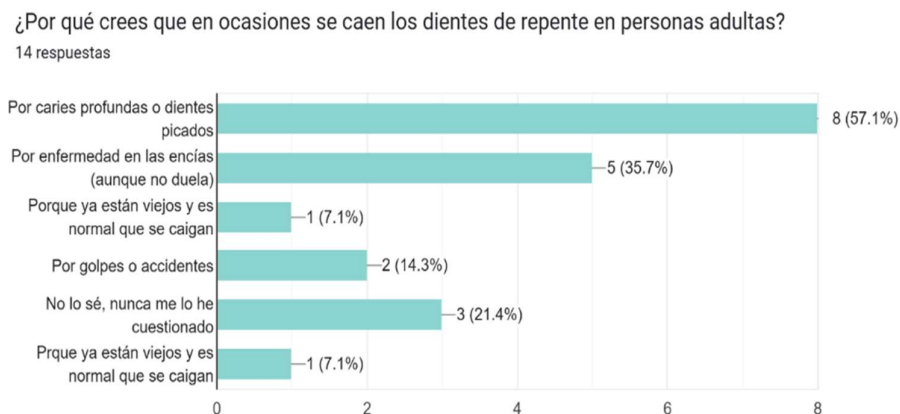
reconocieron explícitamente como un signo de enfermedad y no como consecuencia del cepillado fuerte o una condición sin relevancia clínica, lo que evidencia una mayor claridad conceptual sobre su significado patológico.

De manera congruente con este hallazgo, al evaluar la importancia atribuida a la salud bucal en una escala del 1 al 5, la mayoría de los participantes la calificó con el valor máximo desde la evaluación inicial, observándose en el seguimiento una ligera consolidación hacia la puntuación más alta. Estos resultados reflejan no solo la permanencia del conocimiento adquirido, sino también una valoración positiva y consistente de la salud bucal como componente fundamental de la salud general.

Con la percepción del mal aliento, más de la mitad de los participantes manifestó no presentar halitosis con frecuencia. Sin embargo, una proporción importante señaló haberlo experimentado y considerarlo una posible señal de un problema de salud bucal, mientras que un grupo reducido indicó percibirlo ocasionalmente como algo normal. Estos resultados muestran que, aunque la mayoría no refiere presentar esta condición, existe conciencia en una parte significativa de la población sobre su posible relación con alteraciones en la salud oral, lo que refleja un nivel aceptable de reconocimiento de signos de alerta.

La mayoría de los participantes atribuyó la pérdida dental repentina en personas adultas a la presencia de caries profundas o dientes severamente afectados. En segundo lugar, se identificó la enfermedad de las encías como causa relevante. En menor proporción, se mencionaron los golpes o accidentes, así como el desconocimiento del motivo. Solo un número reducido consideró que la pérdida dental es una consecuencia normal del envejecimiento. Estos resultados evidencian que la mayoría reconoce factores patológicos como principales responsables de la pérdida dentaria, aunque persisten algunas creencias asociadas a la edad o a la falta de información. (Gráfica 9)

**Gráfica 9.** Percepción sobre las causas de la pérdida dental repentina en personas adultas, en población que acude al CESAM, 2026



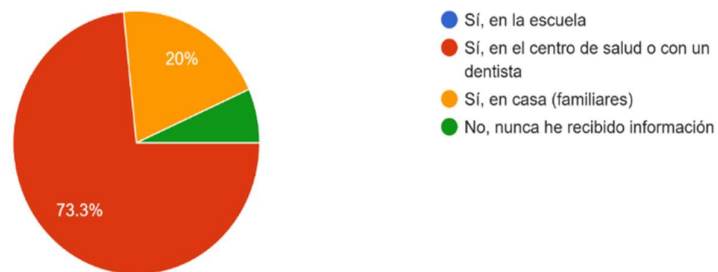
Fuente: Elaboración propia con base en encuestas aplicadas a 15 participantes del CESAM, 2026.

La mayoría de los participantes refirió haber recibido información sobre el cuidado de la salud bucal en el centro de salud o por parte de un dentista. En menor proporción, señalaron haber recibido orientación en el entorno familiar, mientras que un grupo reducido indicó no haber recibido información previa sobre el tema. No se registraron respuestas que señalaran a la escuela como fuente principal de enseñanza. (Gráfica 10)

**Gráfica 10.** Fuente previa de información sobre el cuidado de la salud bucal en población que acude al CESAM, 2026

¿Alguna vez alguien te ha explicado cómo cuidar tu salud bucal (por ejemplo, cómo cepillarte bien los dientes o qué alimentos evitar)?

15 respuestas



*Fuente: Elaboración propia con base en encuestas aplicadas a 15 participantes del CESAM, 2026.*

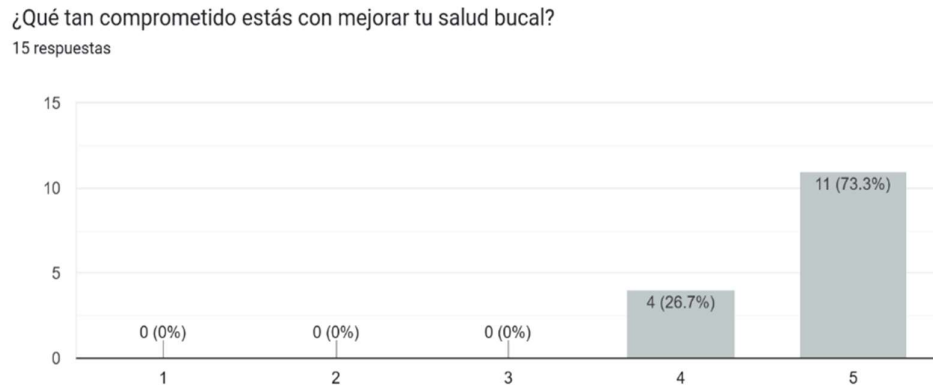
Asimismo, se exploró qué parte de la información proporcionada durante la intervención les resultó más relevante o sorprendente. Las respuestas evidenciaron un énfasis recurrente en la técnica y la importancia del uso correcto del hilo dental, así como en el reconocimiento del sangrado e inflamación gingival como signos de enfermedad y no como eventos normales. Varios participantes manifestaron desconocer previamente la relación entre la enfermedad de las encías y la posible pérdida dental, así como la asociación entre salud bucal y bienestar general. De manera particular, llamó la atención el impacto que generó la información relacionada con el uso inadecuado del bicarbonato como sustituto de la pasta dental, práctica que algunos referían haber realizado anteriormente sin conocer sus posibles consecuencias.

En cuanto a las acciones que pretendían incorporar a su rutina diaria tras recibir la información, las respuestas se centraron en el uso del hilo dental como complemento del cepillado, el aumento en la frecuencia del cepillado dental, la selección adecuada de pasta dental y la incorporación de enjuague bucal. Estos testimonios sugieren no solo adquisición de conocimiento teórico, sino también intención de cambio conductual orientado a mejorar la higiene oral.

Como se observa, la totalidad de los participantes manifestó un alto nivel de compromiso para mejorar su salud bucal, concentrando sus respuestas en los valores superiores de la escala. La mayoría se ubicó en el nivel máximo de compromiso, mientras que el resto seleccionó un nivel ligeramente inferior, sin registrarse respuestas en los rangos bajos. Estos resultados reflejan una actitud positiva y

disposición favorable hacia la adopción de prácticas orientadas al cuidado y mantenimiento de la salud oral. (Gráfica 11)

**Gráfica 11.** Nivel de compromiso percibido para mejorar la salud bucal en población que acude al CESAM, 2026



*Fuente: Elaboración propia con base en encuestas aplicadas a 15 participantes del CESAM, 2026.*

En cuanto a la determinación del nivel de riesgo de acuerdo con CAMBRA, de los 15 pacientes incluidos, 9 fueron mujeres (60%) y 6 fueron hombres (40%), con edades que oscilaron entre los 21 y los 65 años. La mayoría de los pacientes presentaron un riesgo **alto**-> 4 masculinos y 5 femeninos (60%), seguido de riesgo **extremo** -> 3 masculinos y 1 femenino (26.7%) y riesgo **moderado** -> 2 femeninos (13.3%). (Tabla1)

**Tabla 1.** Resultados relacionados con O'Leary y CAMBRA

Paciente	Riesgo a caries (Cambra)	O'Leary 1 (Junio)	O'Leary 2 (Agosto)	O'Leary 3 (Octubre)	O'Leary 4 (Diciembre)
Masculino de 37 años	Alto	55.7%	38.6%	42%	21.5%
Femenino de 45 años	Moderado	43%	34%	20.4%	15.9%
Femenino de 63 años	Alto	66.6%	41.6%	43%	16.6%
Femenino de 58 años	Alto	70.6%	47%	36.8%	26.4%
Femenino de 23 años	Alto	66.6%	50.9%	36.1%	14.8%
Femenino de 26 años	Moderado	52.5%	34.5%	27.6%	13.7%
Masculino de 46 años	Alto	69%	54.6%	30.9%	22.6%
Masculino de 21 años	Extremo	71%	42.9%	32%	14%
Masculino de 62 años	Alto	75%	42%	45.5%	16.6%
Masculino de 39 años	Alto	63.8%	57.7%	31.9%	12%
Femenino de 58 años	Extremo	70.6%	44.1%	48.5%	29.4%
Masculino de 23 años	Extremo	76.7%	32.1%	22.3%	15.1%
Masculino de 65 años	Extremo	63%	52%	58%	29.1%
Femenino de 30 años	Alto	66.9%	50.8%	21.4%	16%
Femenino de 50 años	Alto	65.9%	51%	53.4%	12.5%

**Verde**= < 20% Buena higiene **Amarillo** = 21–30% Higiene regular **Rojo**= > 30% Mala higiene<sup>57</sup>.

En cuanto al análisis de los índices de placa dental mostró que todos los pacientes experimentaron una reducción en los porcentajes de placa de la evaluación inicial a la final. En la valoración inicial, los porcentajes de placa oscilaban entre 43% y 76.7%, con una media inicial elevada, lo cual es consistente con una alta acumulación de placa dentobacteriana previo a las intervenciones de higiene y educación en salud bucal. Para la evaluación final, los porcentajes disminuyeron de manera considerable, oscilando entre 12% y 29.4%.

- Los pacientes con riesgo extremo (n = 4) presentaron reducciones notables en el índice de O'Leary, con decrementos que van desde aproximadamente 41 puntos porcentuales.
- En el grupo de riesgo alto (n = 9), también se observaron reducciones sustanciales, con pacientes que disminuyeron el índice de placa entre 43.2 puntos porcentuales.

- Los dos pacientes con riesgo moderado presentaron igualmente mejoras, con reducciones de aproximadamente 27.1 puntos porcentuales

En conjunto, los resultados reflejan una mejora generalizada en el control de la placa dental después de las intervenciones realizadas, independiente del nivel de riesgo a caries asignado al inicio. Esto indica que las estrategias de higiene y educación implementadas fueron efectivas para disminuir la acumulación de placa en todos los pacientes evaluados.

## 2.11 Discusión

### *Conocimientos y hábitos antes de la intervención*

En la evaluación inicial se identificaron niveles variables de conocimientos y hábitos relacionados con la salud bucal. La mayoría de la población participante fue de sexo femenino, lo cual presenta similitudes con investigaciones previas que sugieren que las mujeres tienden a mostrar mayor interés y participación en actividades de promoción de la salud, incluida la salud bucal<sup>1</sup>. Asimismo, los diferentes niveles de escolaridad reflejan una muestra heterogénea, lo que aporta valor a la interpretación de los resultados dentro del contexto comunitario.

Un hallazgo relevante fue que la mayoría acudía a consulta odontológica únicamente en caso de dolor, patrón previamente documentado como barrera para la prevención temprana<sup>8</sup>. Esta conducta confirma la persistencia de un modelo de atención reactivo más que preventivo.

En cuanto a hábitos de higiene, aunque muchos participantes referían cepillarse varias veces al día, existían inconsistencias respecto a la duración adecuada del cepillado, la frecuencia de cambio del cepillo y el uso regular de auxiliares interdentales. Estos hallazgos iniciales evidenciaron áreas claras de oportunidad educativa.

### *Nivel de higiene oral y seguimiento clínico*

Los resultados obtenidos mediante el índice de O'Leary mostraron una disminución progresiva en el porcentaje de superficies con placa bacteriana tras la intervención educativa, lo que sugiere una mejora en el control de biofilm dental por parte de los participantes. Estos hallazgos son consistentes con lo reportado en la literatura, donde se ha demostrado que las intervenciones educativas en salud bucal pueden generar mejoras significativas en los hábitos de higiene oral y en los indicadores clínicos asociados al control de placa. En este sentido, Kay y Locker señalan que los programas educativos orientados a la prevención pueden contribuir a la modificación de conductas relacionadas con el cuidado bucal cuando se acompañan de estrategias de seguimiento y refuerzo del aprendizaje<sup>51</sup>. De manera similar, Chebib y colaboradores documentaron que las intervenciones educativas estructuradas favorecen la adopción de prácticas de higiene más adecuadas y se asocian con mejoras en indicadores clínicos de salud bucal<sup>53</sup>, lo que respalda la importancia de la educación en la prevención de enfermedades dentales.

### *Nivel de riesgo a caries*

La evaluación del riesgo a caries mediante el protocolo CAMBRA permitió identificar factores predisponentes individuales y establecer una línea de base para cada participante. Posteriormente, el reconocimiento más claro de factores etiológicos, como el cepillado inadecuado y el consumo frecuente de alimentos cariogénicos, sugiere una mayor comprensión del carácter multifactorial de la caries dental, lo cual coincide con la literatura que destaca estos elementos como determinantes principales<sup>12</sup>.

Este proceso permitió no solo clasificar el riesgo, sino también sensibilizar a la población sobre la importancia del autocuidado en la reducción de dicho riesgo.

### *Cambios en conocimientos y hábitos tras la intervención*

Después de la intervención educativa, se observaron modificaciones importantes en varios aspectos clave, como la mayor homogeneidad en la duración adecuada del cepillado (1–2 minutos), en concordancia con recomendaciones clínicas basadas en evidencia<sup>15</sup>; unificación en la frecuencia de cambio del cepillo cada tres meses; el incremento en el uso de hilo dental como método principal de higiene interdental, consistente con la evidencia que respalda su eficacia cuando se emplea correctamente<sup>17</sup> y cambio en la conducta frente al dolor dental, eliminando la preferencia por remedios caseros y automedicación.

Asimismo, el uso del enjuague bucal se integró de manera más sistemática a la rutina diaria, reflejando una adopción más completa de prácticas preventivas.

### *Sensibilización sobre riesgos y enfermedades asociadas*

Los resultados muestran que, tras la intervención, los participantes reconocieron con mayor claridad la relación entre higiene deficiente y enfermedad periodontal, así como la progresión de la caries no tratada. Las respuestas cualitativas evidenciaron especial impacto en temas como el sangrado gingival como signo de enfermedad y la asociación entre salud bucal y bienestar sistémico.

Este fortalecimiento del alfabetismo en salud bucal es consistente con lo señalado por quienes destacan que la educación estructurada mejora la comprensión de riesgos y favorece la toma de decisiones informadas<sup>52</sup>.

### *Áreas de oportunidad y sostenibilidad educativa*

Aunque la mayoría de los participantes había recibido información previa en el centro de salud, un pequeño porcentaje reportó no haber tenido acceso a educación en salud bucal, lo que evidencia brechas persistentes en la cobertura informativa, tal como lo señalan<sup>39</sup>.

El compromiso expresado por los participantes tras la intervención es consistente con investigaciones que demuestran que los programas educativos incrementan la motivación para el cambio conductual<sup>1-54</sup>. No obstante, para garantizar sostenibilidad, es necesario reforzar periódicamente los mensajes preventivos y mantener seguimiento clínico continuo.

## **2.12 Conclusión**

Los resultados obtenidos confirman que la intervención educativa en salud bucal tuvo un impacto positivo en la población adulta participante, evidenciado tanto en el incremento del conocimiento y la modificación de hábitos de higiene oral como en la mejora objetiva de los indicadores clínicos de higiene bucal. La reducción generalizada del índice de placa dentobacteriana, independientemente del nivel inicial de riesgo a caries, demuestra que la educación acompañada de seguimiento clínico periódico constituye una estrategia eficaz para el control del biofilm dental.

Asimismo, la mayor claridad en la identificación de factores etiológicos, la adopción del uso de auxiliares interdetales y la elección de conductas preventivas adecuadas reflejan un fortalecimiento del alfabetismo en salud bucal y de la percepción del riesgo.

En conjunto, estos hallazgos permiten afirmar que se cumplió el objetivo general del estudio y se confirma la hipótesis planteada, al evidenciar que la educación estructurada en salud bucal mejora significativamente los conocimientos, los hábitos y el control de la higiene oral en población adulta.

Finalmente, el alto nivel de compromiso expresado por los participantes y la mejora sostenida de los indicadores clínicos sugieren que la educación preventiva integrada a la atención primaria representa una estrategia viable y pertinente para fortalecer el autocuidado y reducir el riesgo de enfermedad bucodental en contextos comunitarios.

## 2.13 Bibliografía

1. Guerra López W, Torres Gárriz LI, Sardiñas Montero E, García Aldave Y, Rivas Torres D, Estrada López MD. Conocimientos sobre salud bucal en adultos mayores de un consultorio médico de Ciego de Ávila. *Medisur* [Internet]. 2024;22(2):291-296 [citado 2025 Dic 30].
2. Chebib N, Rotzinger S, Maccarone-Ruetsche N, et al. The impact of a personalized oral health instruction form on oral health indices in institutionalized older adults: a randomized, controlled, single-blinded clinical trial. *BMC Oral Health*. 2025;25:1769. doi:10.1186/s12903-025-07102-y.
3. Universidad Nacional Autónoma de México. El 95 % de la población en México padece caries o enfermedades periodontales [Internet]. Ciudad de México: UNAM; 2025 [citado 2026 Feb 8]. Disponible en: [https://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2025\\_184.html](https://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2025_184.html)
4. Ávila G. Higiene oral en mujeres embarazadas y población preescolar en el Centro de Salud de San Miguel Topilejo [tesis de licenciatura]. Ciudad de México: Universidad Autónoma Metropolitana; 2022.
5. Ávila IA. Acceso a servicios odontológicos y barreras para la atención preventiva en comunidades semiurbanas de la Ciudad de México [tesis]. Ciudad de México: Pontificia Universidad Javeriana; 2019.
6. Ibrahim SSA, Al-Bahrawy M, Zahran AHT. Periodontitis, risk factors, and their impact on oral health-related quality of life among Egyptian geriatric patients: a multicenter cross-sectional study. *BMC Oral Health*. 2025;25(1):1140. doi:10.1186/s12903-025-06376-6.
7. Schertel Cassiano L, Abdullahi F, Leite FRM, López R, Peres MA, Nascimento GG. The association between halitosis and oral-health-related quality of life: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Periodontol*. 2021;48(11):1458-1469. doi:10.1111/jcpe.13530.
8. World Health Organization. Global strategy and action plan on oral health 2023–2030. Geneva: World Health Organization; 2024. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240090538>
9. Miele Borja VF, Miele Garzón VI, Angulo Quiñónez LF, Zurita Blacio SM. Relación entre salud bucal y enfermedades sistémicas en adultos mayores: revisión sistemática. *RECIMUNDO*. 2025;9(2):502-515.
10. Mei F, Xie M, Huang X, Long Y, Lu X, Wang X, Chen L. *Porphyromonas gingivalis* and its systemic impact: current status. *Pathogens*. 2020;9(11):944. doi:10.3390/pathogens9110944.
11. Slavkin HC, Baum BJ. Relationship of dental and oral pathology to systemic illness. *JAMA*. 2000;284(10):1215-1217. doi:10.1001/jama.284.10.1215.
12. Van Loveren C. Sugar restriction for caries prevention: amount and frequency. Which is more important? *Caries Res*. 2019;53(2):168-175.
13. Chapple IL, Bouchard P, Cagetti MG, et al. Interaction of lifestyle, behaviour or systemic diseases with dental caries and periodontal diseases: consensus report

- of group 2 of the joint EFP/ORCA workshop on the boundaries between caries and periodontal diseases. *J Clin Periodontol*. 2017;44(Suppl 18): S39-S51.
14. Kucsera T, et al. Impact of connected toothbrushes on patient perceptions of brushing skills and oral health: results from a randomized clinical trial and a single-arm intervention study. *BMC Oral Health*. 2025; 25:509.
  15. Thomassen TMJA, Van der Weijden FGA, Slot DE. The efficacy of powered toothbrushes: a systematic review and network meta-analysis. *Int J Dent Hyg*. 2021;20(1):3-17. doi:10.1111/idh.12563.
  16. Slot DE, Valkenburg C, Van der Weijden GA. Mechanical plaque removal of periodontal maintenance patients: a systematic review and network meta-analysis. *J Clin Periodontol*. 2023;50(2):157-171.
  17. Ng E, Lim LP. An overview of different interdental cleaning aids and their effectiveness. *Dent J (Basel)*. 2021;9(5):56.
  18. Oxilia G, Peresani M, Romandini M, Matteucci C, Debono Spiteri C, Henry AG. Earliest evidence of dental caries treatment in Upper Palaeolithic Europe. *Sci Rep*. 2015;5:12150.
  19. Bernardini F, Tuniz C, Coppa A, Mancini L, Dreossi D, Eichert D, et al. Beeswax as dental filling on a Neolithic human tooth. *PLoS One*. 2012;7(9):e44904.
  20. Al-Otaibi M, Angmar-Månsson B. Comparative clinical study of chewing sticks and toothbrushes in plaque removal and gingival health. *Oral Health Prev Dent*. 2024;22(1):45-52.
  21. Halawany HS, Jacob V, Abraham NB, Al-Maflehi N. Traditional chewing sticks (miswak) and oral health: updated evidence. *Saudi Dent J*. 2025;37(1):1-8.
  22. American Dental Association. Toothbrushes [Internet]. Chicago: American Dental Association; 2025 [citado 2026 Feb 8]. Disponible en: <https://www.ada.org/>
  23. Yaacob M, Worthington HV, Deacon SA, Deery C, Walmsley AD, Robinson PG, et al. Powered versus manual tooth brushing for oral health. *Cochrane Database Syst Rev*. 2022;(6):CD002281.
  24. Forshaw RJ. Ancient Egyptian dentistry and oral health practices: a modern reassessment. *Br Dent J*. 2022;232(7):455-460.
  25. Lippert F. An introduction to toothpaste—its purpose, history and ingredients. *Monogr Oral Sci*. 2023; 29:1-14.
  26. Amaechi BT, AbdulAzees PA, Alshareif DO, Shehata MA, Lima PPCS, Abdollahi A, et al. Comparative efficacy of hydroxyapatite and fluoride toothpaste for remineralization. *BDJ Open*. 2024; 10:3.
  27. Ring ME. *Dentistry: an illustrated history*. New York: Abrams; 2021.
  28. Fauchard P. *Le chirurgien dentiste*. Paris: Chez Pierre-Jean Mariette; 1728.
  29. Lang NP, Bartold PM. Periodontal health. *J Periodontol*. 2022;93(Suppl 1):S9-S17.
  30. Centers for Disease Control and Prevention. *Community water fluoridation: history and effectiveness* [Internet]. Atlanta (GA): CDC; 2023.

31. Griffin SO, Oong E, Kohn W, Vidakovic B, Gooch BF. The effectiveness of sealants in managing caries lesions. *J Dent Res.* 2021;100(7):673-680.
32. Buonocore MG. A simple method of increasing the adhesion of acrylic filling materials to enamel surfaces. *J Dent Res.* 1955;34(6):849-853.
33. Flemming HC, Neu TR, Wozniak DJ. The EPS matrix: the “house of biofilm cells”. *J Bacteriol.* 2016;198(20):258-267.
34. Chapple IL, Van der Weijden F, Doerfer C, Herrera D, Shapira L, Polak D, Madianos P, Louropoulou A, Machtei E, Donos N, Greenwell H, Van Winkelhoff AJ, Eren Kuru B, Arweiler N, Teughels W, Aimetti M, Molina A, Montero E, Graziani F. Primary prevention of periodontitis: managing gingivitis. *J Clin Periodontol.* 2015;42(Suppl 16):S71-S76. doi:10.1111/jcpe.12366
35. Genco RJ, Borgnakke WS. Risk factors for periodontal disease. *Periodontol 2000.* 2023;92(1):13–27.
36. Tonetti MS, Van Dyke TE. Periodontitis and atherosclerotic cardiovascular disease. *J Clin Periodontol.* 2022;49(2):95-112.
37. Kay E, Vascott D, Hocking A, Nield H, Dorr C, Barrett H. Digital oral health interventions: a systematic review. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2024;52(1):1-12.
38. Cooper AM, O’Malley L, Elison SN, Armstrong R, Burnside G, Adair P, et al. Primary school-based behavioural interventions for preventing caries. *Cochrane Database Syst Rev.* 2021;(8):CD009378.
39. Scheerman JFM, van Meijel B, van Empelen P, Kramer GJC, Verrips GHW, Pakpour AH, et al. The effect of using a mobile application (“WhiteTeeth”) on improving oral hygiene: a randomized controlled trial. *Int J Dent Hyg.* 2022;20(1):113-121.
40. Petersen PE, Kandelman D, Arpin S, Ogawa H. Global oral health of older people—call for public health action. *Community Dent Health.* 2021;38(4):257-267.
41. Newton JT, Asimakopoulou K. Minimally invasive dentistry: motivational interviewing and behaviour change in adults. *Br Dent J.* 2021;231(4):205-210.
42. Kay E, Locker D. Effectiveness of oral health education: a systematic review. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2021;49(6):486-494.
43. Griffin SO, Wei L, Gooch BF, Weno K, Espinoza L. Vital signs: dental sealant use and untreated tooth decay among U.S. school-aged children. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2021;70(20):730-735.
44. de Silva AM, Hegde S, Akudo Nwagbara B, Calache H, Gussy MG. Community-based population-level interventions for promoting child oral health. *Cochrane Database Syst Rev.* 2022;(9):CD009837.
45. AlKadhi OH, AlKadi M, AlHarthi L. Digital oral health education interventions for adolescents: a systematic review. *BMC Oral Health.* 2023; 23:312.
46. Kassebaum NJ, Smith AGC, Bernabé E, Fleming TD, Reynolds AE, Vos T, et al. Global, regional, and national prevalence of oral conditions in 204 countries and territories, 1990–2019. *J Dent Res.* 2022;101(2):129-138.

46. Hernández-Vásquez A, Barrenechea-Pulache A. Inequalities in oral health in rural populations: evidence from Latin America. *Int Dent J.* 2021;71(5):409-416.
47. Moysés SJ, Pucca GA Jr, Paludetto Junior M, Moura L. Oral health promotion in rural areas: challenges and opportunities. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2022;50(4):289-297.
48. Petersen PE, Baez RJ. Oral health surveys: basic methods. 5th ed. Geneva: World Health Organization; 2023.
49. World Health Organization. Global oral health status report: towards universal health coverage for oral health by 2030. Geneva: World Health Organization; 2022.
50. Sharma S, Satish Kumar P. Human resources for oral health care in rural and underserved areas. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18(22):11885.
51. Watt RG, Daly B, Allison P, Macpherson LMD, Venturelli R, Listl S, et al. Ending the neglect of global oral health. *Lancet.* 2022;399(10325):1411-1423.
52. Nutbeam D, Lloyd JE. Understanding and responding to health literacy as a social determinant of health. *Annu Rev Public Health.* 2021;42:159-173.
53. Bastani P, Mohammadpour M, Mehralian G. Cultural determinants of oral health behaviors in underserved communities. *BMC Oral Health.* 2023;23:411.
54. Kay EJ, Locker D. Is dental health education effective? A systematic review. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2021;49(6):486-494.
55. Fisher-Owens SA, Gansky SA, Platt LJ, Weintraub JA, Soobader MJ, Bramlett MD, et al. Influences on children's oral health: a conceptual model. *Pediatrics.* 2022;150(3):e2022056763.
56. Harris RV, Schwendicke F. Digital inequalities and oral health promotion. *Community Dent Health.* 2024;41(1):3-9.
57. O'Leary TJ, Drake RB, Naylor JE. The plaque control record. *J Periodontol.* 1972;43(1):38.

### CAPÍTULO III: DESCRIPCIÓN DE LA PLAZA

San Miguel Topilejo es una comunidad originaria ubicada en la alcaldía Tlalpan de la Ciudad de México, considerada uno de los pueblos tradicionales del sur de la capital. Su nombre proviene del náhuatl *topilan*, que significa “el que lleva el bastón de mando precioso” o “lugar con abundancia de palos”, lo que refleja la herencia cultural prehispánica de la región. Los orígenes del asentamiento datan de hace más de 900 años, cuando grupos migratorios de pueblos xochimilcas y nahuatlacas poblaron el área, consolidándose posteriormente como un asentamiento formal que ha preservado parte de sus raíces indígenas a lo largo de los siglos. El pueblo giró en torno a su iglesia dedicada a San Miguel Arcángel, cuya construcción inició en 1560 sobre antiguos espacios sagrados prehispánicos, y que se ha mantenido como centro espiritual y arquitectónico hasta hoy.

También, es un pueblo con fuerte identidad rural y agrícola dentro de la gran metrópoli. Su economía tradicional ha estado basada en la agricultura, destacando la producción de maíz, hortalizas y avena, así como en actividades comerciales en su plaza principal, donde converge la vida comunitaria y el intercambio de productos locales. La población conserva vivas sus tradiciones culturales, como la celebración del Día de San Miguel Arcángel y la tradicional Feria del Elote, que muestran la riqueza de la cultura local y su relación con el maíz, alimento simbólico en la región. A pesar de los procesos de urbanización y los retos contemporáneos, San Miguel Topilejo mantiene una combinación única de vida comunitaria, historia ancestral y celebración de sus costumbres, constituyéndose en un enclave de identidad dentro de la Ciudad de México.

Además de su rico acervo histórico y cultural, San Miguel Topilejo vivió un proceso de recuperación y transformación de espacios urbanos. En la década de 1970, el Gobierno del entonces Distrito Federal construyó un rastro para la matanza de ganado en la zona, con la finalidad de abastecer a la Ciudad de México; sin embargo, este rastro fue cerrado junto con otros en los años ochenta, quedando abandonado y en estado de deterioro por largo tiempo. Con el paso de los años el inmueble llegó a ser utilizado como basurero, vandalizado y percibido como un espacio inseguro. Ante esta situación, mujeres originarias de la comunidad se organizaron para recuperar y reapropiar ese espacio, transformándolo en un centro de servicios comunitarios conocido como Centro de Servicios en Apoyo a la Mujer – Dra. Lina Valadez García A. C. de San Miguel Topilejo; Tabita Valadez, integrante de la organización que dirige este centro comunitario, menciona que quienes iniciaron y dirigen este proyecto, son mujeres que rompieron “ese paradigma de las mujeres originarias que son para quedarse en su casa”.

Por su parte María del Rocío Cantú, responsable del área de control de calidad textil en la cooperativa Censertex, una de las dos empresas sociales integradas al centro comunitario, señala que 50 familias originarias ahí laboran y se benefician económica y socialmente con los servicios que se ofrecen en el espacio comunitario.

En el CESAM se ofrecen diversos servicios de atención a la salud y bienestar social, proporcionados en gran parte por pasantes de la Universidad Autónoma Metropolitana. Entre los servicios disponibles se encuentran atenciones preventivas en odontología, orientación médica general, suministro de medicamentos, control de signos vitales por personal de enfermería y terapias psicológicas, lo que contribuye al

acceso de la población a atención básica de salud en un entorno comunitario. Además, se brindan asesorías impartidas por pasantes de economía, orientadas a fortalecer el conocimiento y las capacidades de la comunidad en temas económicos y financieros que puedan impactar su bienestar. Estos servicios están articulados con las actividades vinculadas a los comedores comunitarios, lo cual permite una atención más integral de las necesidades de las familias del pueblo. Personal del centro ha señalado que estos servicios están abiertos a la población en general, favoreciendo así la inclusión y el acceso a la atención primaria de salud y apoyo comunitario sin exclusión.

Asimismo, los pasantes acondicionan sus áreas de trabajo dentro de las instalaciones del centro con el propósito de brindar atención en condiciones adecuadas y seguras. De acuerdo con la encargada del área social, el centro establece como prioridad la accesibilidad de los servicios para la población, particularmente para personas con recursos limitados, lo que contribuye a fortalecer la equidad y la justicia social en el acceso a la salud y al bienestar general. La doctora Margarita Pulido es responsable de promover la participación de jóvenes pasantes en la realización de su servicio social dentro de este centro; adicionalmente, en el área de estomatología, la maestra Sandra Estrella Morales brinda asesoría en la elaboración del proyecto presentado, orientándolo hacia un enfoque de odontología preventiva.

## CAPÍTULO IV: INFORME NUMÉRICO NARRATIVO

El presente capítulo tiene como finalidad describir las actividades realizadas durante el periodo de servicio social enfocadas principalmente a la promoción de la salud bucal y a la disminución de factores de riesgo en la población atendida. Asimismo, se participó activamente en la organización y ejecución de ferias de salud, festivales, rehabilitación del huerto, entre otras que permitieron acercar información y servicios básicos a la comunidad, fomentando hábitos saludables y prevención de enfermedades.

En conjunto, las actividades desarrolladas reflejan un enfoque integral de atención, en el que no solo se prioriza la intervención clínica, sino también la educación, la prevención y la participación comunitaria como pilares fundamentales para mejorar la calidad de vida de la población.

	<b>Actividades realizadas</b>
<b>MES 1</b> Febrero	Tomamos un curso impartido por la doctora Margarita Pulido y Alejandro Santos sobre salud emancipadora. Prácticas de campo para conocer la comunidad y aplicar encuestas sobre problemáticas sociales.
<b>MES 2</b> Marzo	Con el objetivo de acercar los servicios odontológicos del CESAM a la población, participamos en una brigada de salud en el centro de Topilejo. A través de actividades recreativas diseñadas para infantes, logramos generar un vínculo de confianza y despertar su interés por la salud dental. Gracias a esta labor de promoción, se captaron 21 nuevos pacientes (14 adultos y 7 niños) para atención clínica inmediata.  En este mes se realizaron 21 limpiezas profesionales, profilaxis y 15 aplicación de flúor.

<p><b>MES 3</b> Abril</p>	<p>Se atendieron a: -30 adultos -15 niños. -En este mes se realizaron 40 limpiezas profesionales, profilaxis y 10 aplicación de flúor. -Referencia de 5 pacientes a clínicas estomatológicas de la UAM-X tras detectarse necesidades de tratamiento especializado no disponibles en el CESAM. La intervención incluyó valoración inicial, asesoría clínica y el trámite de referencia institucional correspondiente.</p>
<p><b>MES 4</b> Mayo</p>	<p>Se realizó una jornada de evaluación odontológica en una casa hogar, brindando atención a 60 mujeres con diversas discapacidades. Durante la actividad, se notificó a las responsables sobre el estado clínico de cada paciente y se les capacitó en técnicas de higiene oral adaptadas. Asimismo, se gestionó la canalización de las pacientes más colaboradoras al CESAM para la realización de limpiezas dentales profesionales.</p> <p>-En este mes se realizaron 5 limpiezas profesionales, profilaxis y 3 aplicación de flúor. - Referencia de 15 pacientes a clínicas estomatológicas de la UAM-X. La intervención incluyó valoración inicial, asesoría clínica y el trámite de referencia institucional correspondiente.</p>
<p><b>MES 5</b> Junio</p>	<p>Se atendieron a: -45 adultos -17 niños. -En este mes se realizaron 38 limpiezas profesionales, profilaxis y 16 aplicación de flúor. - Referencia de 24 pacientes a clínicas estomatológicas de la UAM-X. La intervención incluyó valoración inicial, asesoría clínica y el trámite de referencia institucional correspondiente.</p>

<p style="text-align: center;"><b>MES 6</b> Julio</p>	<p>Se atendieron a:  - 32 adultos  -5 niños.  -En este mes se realizaron 30 limpiezas profesionales, profilaxis y 23 aplicación de flúor.  - Referencia de 7 pacientes a clínicas estomatológicas de la UAM-X. La intervención incluyó valoración inicial, asesoría clínica y el trámite de referencia institucional correspondiente.</p>
<p style="text-align: center;"><b>MES 7</b> Agosto</p>	<p>Se atendieron a:  -29 adultos  -3 niños.  -En este mes se realizaron 24 limpiezas profesionales, profilaxis y 24 aplicación de flúor.  - Referencia de 10 pacientes a clínicas estomatológicas de la UAM-X. La intervención incluyó valoración inicial, asesoría clínica y el trámite de referencia institucional correspondiente.</p>
<p style="text-align: center;"><b>MES 8</b> Septiembre</p>	<p>Se atendieron a:  -23 adultos  -4 niños.  -En este mes se realizaron 12 limpiezas profesionales, profilaxis y 8 aplicación de flúor.  - Referencia de 17 pacientes a clínicas estomatológicas de la UAM-X. La intervención incluyó valoración inicial, asesoría clínica y el trámite de referencia institucional correspondiente.</p>

<p style="text-align: center;"><b>MES 9</b> Octubre</p>	<p>Se atendieron a: -21 adultos -3 niños. -En este mes se realizaron 7 limpiezas profesionales, profilaxis y 5 aplicación de flúor. - Referencia de 16 pacientes a clínicas estomatológicas de la UAM-X. La intervención incluyó valoración inicial, asesoría clínica y el trámite de referencia institucional correspondiente.</p>
<p style="text-align: center;"><b>MES 10</b> Noviembre</p>	<p>Se atendieron a: -15 adultos -9 niños. -En este mes se realizaron 8 limpiezas profesionales, profilaxis y 5 aplicación de flúor. - Referencia de 19 pacientes a clínicas estomatológicas de la UAM-X. La intervención incluyó valoración inicial, asesoría clínica y el trámite de referencia institucional correspondiente.</p>
<p style="text-align: center;"><b>MES 11</b> Diciembre</p>	<p>Se atendieron a: -21 adultos - 15 niños  -En este mes se realizaron 18 limpiezas profesionales, profilaxis y 10 aplicación de flúor. - Referencia de 18 pacientes a clínicas estomatológicas de la UAM-X. La intervención incluyó valoración inicial, asesoría clínica y el trámite de referencia institucional correspondiente.</p>
<p style="text-align: center;"><b>MES 12</b> Enero</p>	<p>Se atendieron a: -15 adultos -6 niños. -En este mes se realizaron 17 limpiezas profesionales, profilaxis y 8 aplicación de flúor. - Referencia de 20 pacientes a clínicas estomatológicas de la UAM-X. La intervención incluyó valoración inicial, asesoría clínica y el trámite de referencia institucional correspondiente.</p>

## **CAPÍTULO V: ANALISIS DE LA INFORMACIÓN**

En este apartado se presenta el análisis de las actividades realizadas en el CESAM, enfatizando que el servicio ofrecido en esta unidad es de carácter meramente preventivo, orientado a la promoción de la salud bucal, la educación sanitaria y la prevención de enfermedades orales mediante controles periódicos, asesoría en hábitos de higiene y actividades informativas dirigidas a la población asistente. Este enfoque se alinea con los principios de la odontología preventiva, cuyo objetivo es mantener una buena salud oral y evitar la aparición de enfermedades antes de que se desarrollen, mediante acciones como revisiones regulares y educación en técnicas de cuidado bucal.

Durante el periodo de observación, se constató que la parte preventiva e informativa se cumplió de manera satisfactoria con los pacientes que asistieron a consultas de control y que aceptaron participar en nuestros proyectos, recibiendo orientación sobre el autocuidado, prácticas de higiene y factores de riesgo para la salud bucodental. Este trabajo educativo contribuyó a fortalecer conocimientos y hábitos saludables entre los usuarios, objetivo central de este tipo de servicios.

Sin embargo, la mayoría de los pacientes que acudieron solicitando atención presentaban necesidades de tratamiento curativo, tales como restauraciones con resinas, endodoncias, prótesis y tratamiento periodontal, las cuales no pueden ser atendidas dentro del marco preventivo del servicio actual y exceden las capacidades del consultorio tal como está equipado. Ante esta situación, fue necesario referir a la mayoría de los pacientes a otros centros que cuentan con la infraestructura y personal especializado para atender dichos procedimientos, generando limitaciones en la resolución integral de las demandas de salud bucal de la población.

Por ello, con base en el análisis de las necesidades observadas, sugiero evaluar la posibilidad de equipar el consultorio con recursos adicionales que permitan, al menos, la atención de urgencias odontológicas y una mejor valoración diagnóstica en sitio. Un equipo de rayos X intraoral o en su defecto realizar un convenio con algún doctor que cuente con ello en su consultorio para que ofrezca un precio preferencial, por ejemplo, sería de gran utilidad para identificar lesiones o problemas que no son visibles en una exploración clínica básica y facilitaría una atención más eficiente y oportuna, reduciendo la necesidad de derivaciones externas y mejorando el servicio hacia la población atendida.

## **CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES**

Las actividades desarrolladas durante el servicio social en el CESAM representaron una experiencia integral que permitió articular la formación académica con la práctica clínica y comunitaria en el primer nivel de atención. La participación en acciones de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento básico y referencia especializada contribuyó al fortalecimiento de competencias profesionales fundamentales para el ejercicio odontológico con enfoque social.

A lo largo del periodo, la interacción continua con pacientes adultos y niños favoreció la construcción de un vínculo basado en la confianza, el respeto y la empatía. Ganar la confianza de la comunidad no fue un proceso inmediato, sino resultado de la constancia, la escucha activa y el compromiso demostrado en cada consulta, brigada y actividad educativa. Este acercamiento permitió no solo brindar atención clínica, sino también generar espacios de diálogo donde las personas pudieron expresar dudas, experiencias y preocupaciones relacionadas con su salud.

La implementación de intervenciones educativas y el seguimiento periódico mediante herramientas clínicas fortalecieron mi comprensión sobre la importancia de la prevención y del acompañamiento continuo en la modificación de hábitos. Más allá de los indicadores clínicos, el mayor aprendizaje radicó en reconocer que la educación en salud requiere sensibilidad, paciencia y adaptación al contexto comunitario.

En conjunto, la experiencia adquirida durante este periodo reafirma la importancia del servicio social como etapa formativa esencial para el desarrollo profesional, al promover no solo competencias técnicas, sino también responsabilidad ética, compromiso comunitario y sensibilidad ante las necesidades de la población atendida.

# ANEXOS

## 1. Consentimiento informado

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA – UNIDAD XOCHIMILCO DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD LICENCIATURA EN ESTOMATOLOGÍA  
**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**  
Dirigido a: Pacientes mayores de 19 años del servicio dental del Centro Comunitario de San Miguel Topilejo.  
**Título del Proyecto de Investigación:** "Impacto de la salud bucal en la calidad de vida de la población atendida en el servicio de consulta dental del Centro Comunitario de San Miguel Topilejo".  
**Responsable del proyecto:** Elvia Ariana Estrada Cárdenas (Pasante de la Licenciatura en Estomatología). **Asesoras:** Dra. Margarita Pulido / Mtra. Sandra Luz Morales Estrella.

**Introducción:** Estimado(a) Señor/Señora: Soy estudiante de la Licenciatura en Estomatología de la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM) Unidad Xochimilco. Actualmente estoy realizando un proyecto de investigación y servicio social en el **Centro de Servicios en Apoyo a la Mujer - Dra. Lina Valdez García A.C.**, al cual le estamos invitando a participar.

Si usted decide participar, es importante que lea la siguiente información. Siéntase libre de preguntar cualquier asunto que no le quede claro.

**Propósito del estudio:** El objetivo es evaluar cómo una intervención educativa (pláticas y enseñanza de técnica de cepillado) influye en los conocimientos, hábitos de higiene y calidad de vida de los pacientes adultos de esta comunidad. Queremos identificar si la educación mejora su salud bucal a largo plazo.

**Le pedimos participar porque:** Usted es un paciente mayor de 19 años que acude voluntariamente a este servicio dental y su experiencia es vital para entender las necesidades de salud de la comunidad.

**Procedimientos:** Si acepta participar, su colaboración consistirá en lo siguiente durante sus visitas al consultorio:

- Cuestionario inicial:** Responderá una encuesta sencilla sobre sus hábitos de limpieza dental, conocimientos sobre salud bucal y datos generales. Esto tomará aproximadamente 10-15 minutos.
- Evaluación clínica (sin dolor):** Se le realizará una revisión dental donde aplicaremos un colorante vegetal (Índice de O'Leary) para identificar la placa dentobacteriana (sarro/suciedad) y evaluaremos su riesgo de caries.
- Intervención Educativa:** Recibirá una charla personalizada sobre técnicas de cepillado, uso de hilo dental y prevención de enfermedades.
- Seguimiento:** Se le pedirá acudir a revisión al mes y a los 6 meses posteriores para volver a medir su nivel de higiene y ver si ha habido mejoras.

**Beneficios:** Aunque no recibirá un pago económico, su participación le traerá beneficios directos como:

- Recibir educación personalizada para mejorar su técnica de cepillado y uso de hilo dental.
- Conocer su estado de salud bucal detallado y su riesgo de caries.
- Contribuir a mejorar los programas de salud en su comunidad.

**Confidencialidad:** Toda la información que usted nos proporcione será **estrictamente confidencial**. Sus datos y resultados clínicos serán utilizados únicamente con fines académicos para la titulación y reportes de servicio social. En los documentos finales, usted será identificado con un código numérico y nunca con su nombre real, protegiendo su identidad.

**Participación Voluntaria y Retiro:** Su participación es absolutamente voluntaria. Usted tiene total libertad de negarse a participar o de abandonar el estudio en cualquier momento sin que esto afecte la calidad de la atención dental que recibe en este Centro Comunitario.

**Riesgos Potenciales:** Este estudio es de **riesgo mínimo**. Los procedimientos (encuesta y revisión visual) no son invasivos ni dolorosos. Si alguna pregunta del cuestionario le incomoda, tiene derecho a no responderla.

**Datos de Contacto:** Si tiene preguntas, dudas o comentarios sobre este estudio en cualquier momento, puede comunicarse con:

- Responsable del estudio:** Elvia Ariana Estrada Cárdenas
- Correo electrónico:** estradaariana123@gmail.com
- Ubicación:** Consultorio Dental del Centro de Servicios en Apoyo a la Mujer, San Miguel Topilejo.

### DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

**He leído (o se me ha leído) esta Carta de Consentimiento.** Me han explicado el objetivo del estudio, en qué consiste mi participación (encuestas y revisión de higiene), así como los beneficios y el carácter voluntario del mismo. He podido hacer preguntas y han sido respondidas satisfactoriamente.

Entiendo que mi información será confidencial y acepto participar en este proyecto de investigación.

### PARTICIPANTE:

Nombre completo y firma \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

### RESPONSABLE QUE OBTIENE EL CONSENTIMIENTO:

Elvia Ariana Estrada Cárdenas Estudiante UAM-X

## 2. Primera encuesta

2/4/25, 18:42 Salud bucal

### SALUD BUCAL

Encuesta sobre hábitos y conocimientos en salud bucal.

Instrucciones: Marca la opción que mejor represente tu experiencia o conocimiento sobre el cuidado que le das a tu boca.

\* Indica que la pregunta es obligatoria.

#### 1. Datos generales

##### 1. Edad: \*

Marca solo un óvalo.

- 6- 12 años
- 13- 18 años
- 19 años en adelante

##### 2. Sexo \*

Marca solo un óvalo.

- Masculino
- Femenino
- Otro

2/4/25, 18:42 Salud bucal

#### 3. Nivel de estudios \*

Marca solo un óvalo.

Primaria

Secundaria

Preparatoria

Universidad

#### 4. ¿Con qué frecuencia visitas al dentista? \*

Marca solo un óvalo.

- Cada 6 meses
- 1 vez al año
- Solo en caso de dolor
- Es la primera vez que asisto

### 2. Conocimientos sobre higiene bucal

#### 5. ¿Cuántas veces es recomendable cepillarse los dientes? \*

Marca solo un óvalo.

- 1 vez
- 2 veces
- 3 veces o más
- No lo sé

6. ¿Cuánto tiempo debería durar el cepillado de dientes? \*

Marca solo un óvalo.

- Menos de 1 minutos  
 Entre 1 y 2 minutos  
 Más de 2 minutos  
 No lo sé

7. ¿Cuál es la manera correcta de cepillarse los dientes? \*

Marca solo un óvalo.

- Con movimientos circulares  
 Movimientos horizontales  
 Movimientos verticales  
 No lo sé

8. ¿Con qué frecuencia se debe cambiar el cepillo dental? \*

Marca solo un óvalo.

- Cada 3 meses  
 Cada 6 meses  
 Cada año  
 Cuando se ve desgastado  
 No lo sé

9. ¿Es importante utilizar hilo dental? \*

Marca solo un óvalo.

- Sí  
 No  
 No lo sé

10. ¿Cuál es la principal causa de las caries? \*

Marca solo un óvalo.

- Comer dulces  
 No tener una buena técnica de cepillado  
 Bacterias en boca  
 No lo sé

11. ¿El sangrado de las encías es normal? \*

Marca solo un óvalo.

- Sí, siempre  
 Solo si me cepillo fuerte  
 No, podría tratarse de una enfermedad  
 No lo sé

12. Del 1 al 5 ¿Qué tan importante consideras la salud bucal? \*

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5

No      Muy importante

### 3. Percepción y educación en salud bucal

13. Del 1 al 5 ¿Cómo calificarías tu estado bucal? \*

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5

Mali      Excelente

14. ¿Recibiste o has recibido educación sobre higiene dental en la escuela? \*

Marca solo un óvalo.

- Sí, suficiente  
 Sí, pero poca  
 No

15. ¿Te gustaría recibir mayor información sobre cómo mejorar tu higiene bucal? \*

Marca solo un óvalo.

- Sí  
 No

### 3. CAMBRA

CUESTIONARIO CAMBRA MODIFICADO PARA EDADES A PARTIR DE 6 AÑOS							
NOMBRE: _____							
EDAD:	FECHA: ___/___/___	SI	SI	SI			
(A) INDICADORES DE LA ENFERMEDAD							
LESIONES DE CARIES EN DENTINA (DIAGNÓSTICO VISUAL O RADIOGRÁFICO)							
LESIONES DE CARIES EN ESMALTE (DIAGNÓSTICO VISUAL, DIAGNOCAM O RADIOGRÁFICO)							
LESIONES BLANCAS DE CARIES EN SUPERFICIES LISAS							
OBTURACIONES REALIZADAS EN LOS ÚLTIMOS TRES AÑOS							
(B) FACTORES DE RIESGO (EFECTUAR "PRUEBAS" SI EXISTE ALGÚN INDICADOR DE ENFERMEDAD)							
GRAN CANTIDAD DE PLACA EN LOS DIENTES							
FACTORES QUE REDUCEN EL FLUJO SALIVAL (MEDICACIÓN, RADIACIÓN, ENFERMEDAD)							
FLUJO SALIVAL ESTIMULADO INADECUADO (POR OBSERVACIÓN O POR MEDICIÓN MENOR A 1 ML/MINUTO)							
CONSUMO MAYOR A TRES INGESTAS ENTRE HORAS (PICOTEO)							
RAÍCES EXPUESTAS							
EN TRATAMIENTO DE ORTODONCIA FIJA							
FOSAS Y FISURAS OCLUSALES PROFUNDAS							
USUARIO DE DROGAS DE DISEÑO							
PRUEBA: CULTIVO DE LACTOBACILOS Y DE ESTREPTOCOCOS CON NIVEL MEDIO O ALTO							
PRUEBA: BAJA CAPACIDAD TAMPÓN DE LA SALIVA							
(C) FACTORES PROTECTORES							
VIVE EN UNA ÁREA CON AGUA FLUORADA							
UTILIZA UN ENJUAGUE FLUORADO DIARIAMENTE							
SE CEPILLA CON PASTA FLUORADA COMO MÍNIMO UNA VEZ AL DÍA							
SE CEPILLA CON PASTA FLUORADA COMO MÍNIMO DOS VECES AL DÍA							
SE CEPILLA DIARIAMENTE CON UNA PASTA DENTAL FLUORADA CON 5000 PPM DE FLÚOR							
UTILIZA UNA PASTA DENTAL QUE CONTIENE UN 1,5% DE ARGININA							
RECIBE UNA APLICACIÓN SEMESTRAL DE BARNIZ DE CLORHEXIDINA Y TIMOL							
RECIBE UNA APLICACIÓN SEMESTRAL DE BARNIZ O GEL PROFESIONAL DE FLÚOR							
HA TOMADO 1 MGR DE XYLITOL 5 VECES AL DÍA DURANTE LOS ÚLTIMOS SEIS MESES							
PUNTUACIÓN TOTAL DEL RIESGO DE CARIES (2 POR INDICADOR, MÁS 1 POR F. RIESGO, MENOS 1 POR F. PROTECTOR)	A+B-C=	□ PUNTOS	□ X2(A)	□ X1(B) □ X1(C)			
CULTIVO DE ESTREPTOCOCOS	ALTO	MEDIO	BAJO	CULTIVO DE LACTOBACILOS	ALTO	MEDIO	BAJO
FLUJO SALIVAL ESTIMULADO	___ML/MIN						
¿SE HAN DADO RECOMENDACIONES ESCRITAS?	SI	NO	PRÓXIMO CONTROL: ___/___/___				
OBJETIVOS DE AUTOCUIDADO:	1. _____ 2. _____						
BAJO RIESGO (-9 A 4 PUNTOS)		ALTO RIESGO (5 A 18 PUNTOS)					

4. Índice o leary



PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

*"Tratado de la salud bucal en la calidad de vida de la población atendida en el servicio de  
odontología del Centro Comunitario de San Miguel Tototilo"*

Paciente: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Porcentaje: \_\_\_\_\_ %

Fecha: \_\_\_\_\_ Porcentaje: \_\_\_\_\_ %

Fecha: \_\_\_\_\_ Porcentaje: \_\_\_\_\_ %

## 5. Encuesta final

### Importancia de la salud bucal y cómo cuidarla

Gracias por ser parte de este proyecto. A continuación, te pedimos que respondas esta breve encuesta.

\* Indica que la pregunta es obligatoria

1. Edad \*

\_\_\_\_\_

2. Sexo \*

Marca solo un óvalo.

Masculino

Femenino

Otros: \_\_\_\_\_

3. Nivel de estudios \*

Marca solo un óvalo.

Primaria

Secundaria

Preparatoria

Universidad

Posgrado

Evaluación de la charla informativa

8. ¿Recomiendas mojar el cepillo de dientes antes de cepillarse, para mejorar la limpieza? \*

Marca solo un óvalo.

Sí, siempre deberíamos mojarlo porque creo que mejora la limpieza.

No, es mejor usarlo seco porque así la pasta funciona mejor.

No estoy seguro si eso influye en el cepillado.

9. ¿Cuánto tiempo debería durar el cepillado de dientes? \*

Marca solo un óvalo.

Menos de 1 minuto

Entre 1 y 2 minutos

Más de 2 minutos

No sé, no me quedó claro.

10. ¿Con qué frecuencia se debe cambiar el cepillo dental? \*

Marca solo un óvalo.

Cada 3 meses

Cada 6 meses

Cada año

Cuando se ve desgastado

No lo sé

4. En general, ¿Qué tan útil te resultó la información sobre salud bucal? \*

1 2 3 4 5

☆☆☆☆☆

5. ¿Consideras que los ejemplos e información fueron claros y comprensibles? \*

Marca solo un óvalo.

Sí, fue muy fácil entenderlo

Sí, aunque me hubiera gustado que fuera más clara

No, se me dificultó entenderle

No entendí en lo absoluto

6. ¿Qué aspecto del contenido te pareció más novedoso o impactante? \*

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Conocimientos sobre higiene bucal

7. ¿Cuántas veces al día es recomendable cepillarse los dientes? \*

Marca solo un óvalo.

1 vez al día

Mínimo 2 veces al día

3 veces o más al día

No es necesario hacerlo diario

11. ¿Qué deberíamos utilizar para quitar la comida entre los dientes? \*

Selecciona todas las opciones que correspondan.

Hilo dental

Palillo de madera

Flossers

No lo creo necesario, con el cepillo es suficiente

12. ¿Consideras necesario agregar el enjuague bucal a la rutina de aseo bucal? \*

Marca solo un óvalo.

Sí, es indispensable

Sí, pero solo de vez en cuando

No lo creo necesario

Lo intenté, pero no me gustó

13. ¿Cuáles crees que son las principales causas de la formación de caries? \*

Selecciona todas las opciones que correspondan.

Comer comida chatarra (dulces, chicharrones, gomitas, refrescos, chocolates, helados, etc)

La caries se hereda de los abuelos o papás

Cepillarte los dientes muchas veces hace que se desgasten

No cepillarse correctamente los dientes

Otros: \_\_\_\_\_

14. ¿Qué puede pasar si una caries no se trata a tiempo? \*

Marca solo un óvalo.

- Se cura sola con el tiempo
- Puede extenderse y llegar a doler
- Solo se ve feo, pero no pasa nada
- No me quedó claro

15. ¿Qué deberías hacer cuando tú o algún familiar siente dolor en una muela o diente? \*

Marca solo un óvalo.

- Ir al centro de salud o con el dentista
- Me tomo algún medicamento para el dolor que tenga en casa
- Uso remedios caseros que me han enseñado
- Solo espero a que pase

16. ¿Consideras que el sangrado de las encías es normal? \*

Marca solo un óvalo.

- Sí, no es señal de alarma
- Sí, es por cepillarse fuerte
- No, ahora sé que es una enfermedad
- No me quedó claro
- Tal vez

17. Ahora del 1 al 5 ¿Qué tan importante consideras la salud bucal? \*

Marca solo un óvalo.

- 1 2 3 4 5
- Nad      Muy importante

y ahora... ¿lo aplicas en el día a día?

18. ¿Qué tanto consideras que has mejorado tu estado bucal después de recibir la charla informativa? \*

Marca solo un óvalo.

- 1 2 3 4 5
- No      He mejorado demasiado

19. Marca las afirmaciones con las que estás de acuerdo (se pueden elegir varias) \*

Selecciona todas las opciones que correspondan.

- Entendí la importancia de una buena higiene oral diaria (cepillado, uso de hilo dental, enjuague).
- Comprendí la relevancia de que la atención bucal forme parte de los servicios de salud primaria.
- Aprendí cómo la salud bucal afecta mi nutrición, comunicación y bienestar emocional.
- No siento que una rutina de higiene oral diaria sea esencial para mi bienestar general.
- No considero relevante que se den pláticas como la que recibí

20. ¿Qué cambios planeas implementar en tu rutina de cuidado bucal después de la charla? \*

---

---

---

---

---

---

21. ¿Qué tan comprometido estás con mejorar tu salud bucal? \*

Marca solo un óvalo.

- 1 2 3 4 5
- No      Mucho

¡Gracias por tu apoyo en este proyecto!

Espero haberte ayudado en mejorar salud bucal 🦷