

Efectividad de un programa educativo en mujeres adolescentes con gingivitis

Effectiveness of an educational program in adolescent women with gingivitis

Dra. María José Rodríguez Albuja y Dr. Juan Pablo Jaramillo

Facultad de Odontología, Universidad Central del Ecuador, Quito, Ecuador.

RESUMEN

Se efectuó una intervención educativa en 30 mujeres adolescentes de 14 a 16 años de edad, que padecían gingivitis y fueron atendidas en el Centro de Salud de la Parroquia de Conocoto, en Quito, Ecuador, de julio a octubre del 2016, a fin de evaluar la efectividad de un programa educativo sobre la enfermedad en féminas de este grupo etario. Para ello se aplicaron una encuesta, un indicador de salud bucal y el índice de higiene bucal simplificado, antes y después de la intervención. Luego de realizadas las acciones educativas, la mayoría de las participantes presentó un nivel de conocimientos elevado (83,3 %), con una leve relación entre dicho nivel y la salud periodontal, pues se logró mejoría en ellas al reducir la placa dentobacteriana y el grado de la gingivitis. Se obtuvo un efecto positivo en la salud bucal de las adolescentes, lo cual mostró la importancia de combinar la información con los tratamientos preventivos.

Palabras clave: mujeres, adolescentes, gingivitis, educación en salud dental.

ABSTRACT

An educational intervention in 30 adolescent women aged 14 to 16 that suffered from gingivitis was carried out. They were assisted in the Health Center of Conocoto Parish, in Quito, Ecuador, from July to October, 2016, in order to evaluate the effectiveness of an educational program about the disease in females of this age group. For this purpose, a survey, an oral health indicator and the simplified index of oral hygiene were implemented, before and after the intervention. After the educational actions, most of the participants presented a high level of knowledge (83.3%), with a light relationship between this level and the periodontal health, because an improvement was achieved in them when reducing the dental plaque and degree of gingivitis. A positive effect in the oral health of the adolescents was obtained, which showed the importance of combining the information with the preventive treatments.

Key words: women, adolescents, gingivitis, dental health education.

INTRODUCCIÓN

La adolescencia es una etapa de la vida en la que se experimentan cambios físicos, psicológicos, emocionales y sociales. Esta se inicia con la pubertad y concluye cuando se alcanza una mayor estabilidad en el desarrollo del organismo, alrededor de los 19 años.¹

En otro orden de ideas, las afecciones bucodentales constituyen un importante problema en la atención de salud, debido a su elevada incidencia y prevalencia, además de la gran demanda en servicios odontológicos y el impacto sobre las personas en términos de

dolor, malestar, limitación, discapacidad social y funcional, lo que repercute negativamente en la calidad de vida.²

Al respecto, la enfermedad gingival es considerada como la segunda alteración bucodental en cuanto a morbilidad, pues afecta a más de 3 cuartas partes de la población. La gingivitis es un proceso inflamatorio que comienza en la niñez temprana, aproximadamente a los 5 años de edad, con prevalencias de 2 a 34 % en niños de 2 años y de 18 a 38 % en niños de 3 años, y que se incrementa gradualmente hasta alcanzar su punto más alto en la pubertad.³

Las características de la gingivitis en la población adulta se encuentran bien definidas. Se conoce que 50 % presenta inflamación gingival (al menos un sitio de sangrado al sondeo) y que esta es más frecuente en las áreas interdetales de los dientes posteriores. Su prevalencia, extensión y gravedad varían grandemente de persona a persona y de una población a la otra.⁴

Sin embargo, en la población infantil y adolescente la gingivitis no se encuentra adecuadamente especificada; solo se sabe que es una condición prevalente, aunque se ha notificado una amplia fluctuación en esta.⁴

La medición de los problemas periodontales a través de indicadores, implica que estos deben ser lo suficientemente representativos para poder registrar más que la presencia o la ausencia de una afección del periodonto, para dar una buena información acerca de la gravedad del padecimiento en los individuos afectados.⁵

Para medir la gingivitis se han desarrollado diferentes índices que han servido para establecer su prevalencia; entre los más usados se encuentran el índice papilar, marginal y adherido, el índice gingival, el índice de placa bacteriana de Silness y Loe y el índice de higiene bucal simplificado.⁶

De igual modo, como factores de riesgo de la gingivitis se pueden citar los siguientes:⁷

- Ciertas infecciones y enfermedades en todo el cuerpo (sistémicas).
- Mala higiene dental.
- Embarazo (los cambios hormonales aumentan la sensibilidad de las encías).
- Diabetes no controlada.
- Dientes mal alineados, bordes ásperos de las obturaciones y aparatología dental mal colocada o contaminada (como correctores dentales, prótesis, puentes y coronas).
- Uso de ciertos medicamentos, como fenitoína, bismuto, y de algunas píldoras anticonceptivas.

Por otra parte, la promoción de la salud incluye atención sanitaria y educación, ampliación cognitiva del campo considerado y modificación de los determinantes de la salud individuales y del entorno. Esta práctica contempla la planificación, realización y evaluación de las intervenciones en salud para cambiar los ambientes y las conductas de los individuos. Como herramienta de promoción de la salud, la educación en salud es fundamental para el conocimiento y la práctica de hábitos saludables y para su empoderamiento en las comunidades. Una de las formas tradicionales de la prevención primaria comprende actividades dirigidas al aprendizaje y formas diseñadas para incrementar el conocimiento sobre la salud, estimular la motivación, las habilidades, la confianza y la autoeficacia; actividades que mejoren la salud.^{8,9}

Así pues, la gingivitis se puede prevenir y se puede aplicar el tratamiento siguiendo una rutina habitual del cepillado, el uso del hilo dental en mayores de 6 años y el cuidado

dental profesional. Sin embargo, si no se realizan estas acciones, puede progresar con el tiempo hacia formas más graves de enfermedad periodontal.¹⁰

Dada la complejidad de los factores que interactúan y condicionan la aparición de la gingivitis y que establecen su gravedad, se decidió llevar a cabo este estudio.

MÉTODOS

Se realizó una intervención educativa en mujeres adolescentes entre 14 a 16 años de edad, que padecían gingivitis y que fueron atendidas en el Centro de Salud de la Parroquia de Conocoto, en Quito, Ecuador, de julio a octubre del 2016, con la finalidad de evaluar la efectividad de un programa educativo sobre la enfermedad en mujeres de ese grupo etario.

La población de estudio estuvo conformada por 50 adolescentes que acudieron al Centro durante ese período, por conveniencia o factibilidad, de la cual se seleccionó, de manera no aleatoria, una muestra de 30 féminas, quienes dieron su consentimiento informado de participación. La investigación se realizó en 3 etapas.

- Primera etapa o diagnóstica

Se detectó el nivel de conocimientos sobre higiene bucal y gingivitis con la aplicación de una encuesta de preguntas cerradas, y se aplicaron un indicador de salud bucal y el índice de higiene oral simplificado (IHO-S), antes y después de la intervención.

- Segunda etapa o de intervención

Fue aplicado el programa educativo para incrementar los conocimientos y lograr actitudes y prácticas de salud bucal favorables, de acuerdo con las necesidades de aprendizaje identificadas en el diagnóstico inicial.

El programa de intervención educativa se desarrolló en 6 reuniones: una introductoria, cuatro de estudio y una última para las conclusiones. En cada encuentro, además del tema tratado, se evaluó la higiene bucal y se determinaron la presencia y gravedad de la gingivitis para un mejor control de la intervención.

En una segunda sesión se continuó la labor educativa con el objetivo de motivar a los adolescentes, consolidar los conocimientos, sistematizar la práctica de hábitos higiénicos saludables y, con ello, estimularlos hacia el cuidado de su salud bucal, de manera que también pudieran convertirse en promotores de salud en su comunidad. La metodología de aplicación del programa en la segunda etapa incluyó debates, discusiones, charlas, dramatizaciones, entrenamientos sobre el cepillado dental, técnicas participativas, juegos didácticos; además se utilizaron medios de enseñanza, como murales, cepillos dentales, sustancias reveladoras de la placa dental, modelos de yeso, láminas, pizarra.

- Tercera etapa o de evaluación

En esta se evaluó la efectividad de la intervención. Las reuniones se realizaron por espacio de 4 meses, con una frecuencia semanal. En el último encuentro se aplicó un cuestionario, se realizó un nuevo control de la placa dentobacteriana para evaluar la higiene bucal, y se determinaron la presencia y gravedad de la gingivitis.

Finalmente, se efectuó el análisis estadístico de cada variable mediante la distribución de frecuencias y la prueba de la X^2 , para evaluar el nivel de conocimientos alcanzado con la intervención educativa; también se aplicó la prueba de Wilcoxon para determinar el efecto de la intervención en la salud bucal de las participantes.

RESULTADOS

En la tabla se muestra el promedio total de todas las preguntas aplicadas a las adolescentes. Luego de la intervención educativa solo una participante presentó un nivel de conocimientos regular y 4 mostraron nivel medio; las restantes 25 poseían un nivel elevado, para 83,3 %.

Tabla. Promedio final de todas las preguntas (antes y después)

| Nivel final de conocimientos | | Periodos | | Total |
|------------------------------|-----|----------|---------|-------|
| | | Antes | Después | |
| Bajo | No. | 2 | | 2 |
| | % | 6,7 | | 3,3 |
| Regular | No. | 7 | 1 | 8 |
| | % | 23,3 | 3,3 | 13,3 |
| Medio | No. | 17 | 4 | 21 |
| | % | 56,7 | 13,3 | 35,0 |
| Alto | No. | 4 | 25 | 29 |
| | % | 13,3 | 83,3 | 48,3 |
| Total | No. | 30 | 30 | 60 |
| | % | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

Antes de la intervención, la higiene bucal era deficiente en 21 féminas (70,0 %), pero después de las acciones educativas, 14 mejoraron su higiene bucal; las 9 que poseían buena higiene antes del programa instructivo, mantuvieron esta condición, para un total de 76,6 %. Al aplicar la prueba de la X^2 , los resultados evidenciaron significación estadística, de manera que las acciones educativas contribuyeron a mejorar favorablemente la higiene bucal.

Al comparar los resultados, se obtuvo que antes de la intervención educativa existiera un grado mayor de placa bacteriana, el cual disminuyó de manera significativa después de las acciones instructivas (figura). El factor gingivitis también mostró una leve variación luego de aplicado el programa.

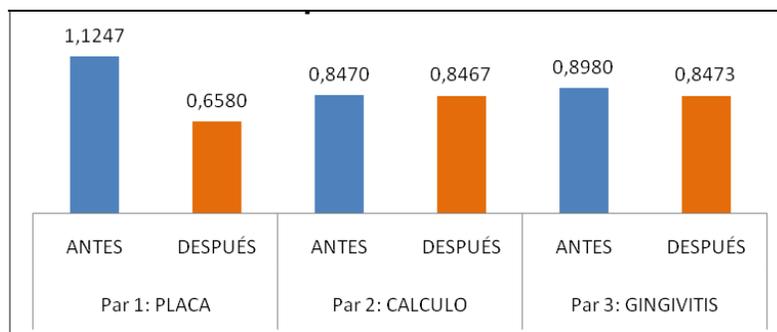


Fig. Comparación de las medias de la placa dentobacteriana, el cálculo y la gingivitis (antes y después de la intervención)

Antes de la intervención predominó la gingivitis moderada, con 66,6 %, y después de esta mejoró la salud periodontal, con 23,3 % que logró un estado bucal normal y 10,0 % que obtuvo los niveles más bajos (gingivitis leve) del índice de higiene bucal simplificado. No hubo diferencias significativas en cuanto a la edad.

DISCUSIÓN

La adolescencia es un período en el que el ser humano atraviesa por cambios hacia la madurez física, emocional y cognitiva.¹¹ Esta etapa es considerada como una experiencia estresante, donde se desarrolla un riesgo en el aumento de las enfermedades bucodentales, debido a la mala práctica de la higiene bucal, que resulta un tema complejo en este grupo poblacional.¹²

Al aplicar la intervención educativa y proporcionar las herramientas para que las participantes puedan realizar una higiene bucal adecuada, se pudo disminuir el grado de la placa bacteriana. Es importante combinar el programa educativo con un tratamiento no invasivo, como la profilaxis dental, puesto que los factores placa dentobacteriana y cálculo deben ser tratados por el profesional de odontología. La intervención educativa es un complemento en la prevención de la enfermedad periodontal, pues se aportan los conocimientos a las pacientes, quienes se empoderan de su propia salud.

Por medio de la aplicación de encuestas, se comprobó que al inicio los niveles de conocimientos sobre gingivitis e higiene bucal fueron medio y regular, respectivamente, pero luego de la intervención educativa fueron consolidados positivamente. Estos resultados coincidieron con los de Cutiño García y García Macías,² quienes concluyeron que previo a la intervención, 70,3 % tenía conocimientos inadecuados sobre salud bucal y después 81,4 % alcanzó nociones adecuadas.

Torres Mahy *et al*¹³ apreciaron efectos aún mayores, pues 97,5 % de los adolescentes poseían conocimientos inadecuados antes de la intervención y después de esta 94,9 % de los participantes habían adquirido conocimientos adecuados. Rufasto Goche y Saavedra Alvarado¹⁴ revelaron que ninguno de los adolescentes presentaba conocimientos adecuados al inicio del programa y después el nivel se elevó en 43,2 %, lo que demostró que las sesiones educativas eran asimiladas satisfactoriamente por ellos.

Las charlas educativas y las técnicas participativas fueron efectivas para proporcionar los conocimientos sobre salud bucodental. Durante la adolescencia se incrementan las enfermedades bucodentales, de modo que para lograr el bienestar de este grupo se deben desarrollar acciones de promoción y prevención.²

Como se puede observar, en este estudio las participantes que no presentaban conocimientos, habían adquirido una noción sobre el tema, y las que poseían bajo nivel de nociones habían alcanzado otras nuevas.

Una manera de reforzar y fomentar los conocimientos sobre gingivitis y su prevención, es mediante el modelo comunicación-cambio-comportamiento,¹⁵ una herramienta utilizada en la educación para la salud. Puede añadirse que el resultado fue satisfactorio en la adquisición y el fortalecimiento de los conocimientos, mediante charlas educativas, que incluían la participación activa de las adolescentes, material didáctico y dinámico sobre la técnica de cepillado y el uso del hilo dental, lo que produjo la aprobación, comprensión e incorporación del mensaje educativo.

Algunos autores ¹³ exponen que las acciones educativas en forma de juegos dinámicos, fueron aceptadas con gran agrado por los participantes, quienes lograron adquirir conocimientos sobre higiene bucal. Asimismo, García, ¹⁶ en su programa de promoción de salud bucodental, produjo material didáctico, folletos, y transmitió la información por medio de charlas, lo cual dio como resultado que la interacción con los participantes tuviera una aceptación favorable y que los conocimientos fueran reforzados. Al respecto, Cutiño García y García Macías ² concuerdan en que las charlas educativas y las técnicas participativas son positivas para adquirir conocimientos sobre salud bucal.

Por último, para poder determinar si hubo efecto de la educación en salud en las adolescentes, se midió antes y después el IHO-S, el cual reveló una disminución del grado de la placa bacteriana en las participantes, aunque los grados del cálculo y la gingivitis no presentaron grandes diferencias, lo que demuestra que se necesita complementar la educación en salud con el tratamiento clínico, en este caso la profilaxis, de manera que la prevención de las enfermedades gingivales se realice a tiempo.

Rufasto Goche y Saavedra Alvarado ¹⁴ refieren que el índice de placa bacteriana hallado en los adolescentes antes del programa fue de 2,54, y a los 90 días resultó de 1,51, y además afirman que el programa tuvo efectos beneficiosos. De modo similar, Noborikawa-Kohatsu y Kanashiro Irakawa ¹⁷ aplicaron la promoción de salud bucal en adolescentes por métodos audiovisuales, y observaron que el índice de placa bacteriana disminuyó de 2,18, antes de la intervención, a 0,85, luego de esta, lo cual indica su influencia positiva sobre la higiene.

Los autores de esta serie concordaron con los planteamientos mencionados previamente, pues independientemente de los resultados de la acción instructiva en cada tema, los educandos desconocen importantes aspectos sobre la salud bucal y es necesario que los conozcan para que inicien su autocuidado desde tempranas edades. La intervención educativa es un método eficaz para proporcionar conocimientos sobre la higiene bucal -- que constituye el principal factor de riesgo de las gingivitis --, y además posibilita que los escolares se conviertan en promotores de salud en sus colectivos y con su familia.²

Pudo concluirse que después de aplicar el programa educativo, el nivel de conocimientos sobre higiene bucal y gingivitis se incrementó en la mayoría de las adolescentes, con un elevado mejoramiento en la higiene bucal de ellas y la disminución del grado de gingivitis (a leve), sin diferencias en cuanto a la edad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ¿Qué es la adolescencia? [citado 22 Dic 2016]. Disponible en: <https://profamilia.org.co/preguntas-y-respuestas/el-cuerpo/que-es-la-adolescencia/>
2. Cutiño García M, García Macías E. Intervención educativa sobre gingivitis, en adolescentes. Correo Científico Médico. 2012 [citado 22 Dic 2016]. 16(1). Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/correo/ccm-2012/ccm121h.pdf>
3. Taboada Aranza O, Talavera Peña I. Prevalencia de gingivitis en una población preescolar del oriente de la Ciudad de México. Bol Med Hosp Infant Mex. 2011 [citado 22 Oct 2016]; 68(1): 21-5. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462011000100003

4. Rocha Navarro ML, Serrano Reyes S, Fajardo Araujo ME, Servín Zavala VHG. Prevalencia y grado de gingivitis asociada a placa dentobacteriana en niños. *Nova Scientia*. 2014 [citado 6 Ene 2017]; 6(12): 190-218. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-07052014000200010
5. Sosa Rosales M. Epidemiología de las enfermedades bucales más frecuentes. En: *Estomatología general integral*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2013.
6. Epidemiología de las enfermedades periodontales. 2016 [citado 6 Ene 2017]. Disponible en: <https://es.slideshare.net/JohnSisalima/epidemiologia-de-la-enfermedad-periodontal>
7. Gingivitis. En: *Medical Center*. Maryland: UMMC; 2014 [citado 6 Ene 2017]. Disponible en: <http://www.umm.edu/health/medical/spanishency/articles/gingivitis>
8. De la Fuente Hernández J, Sifuentes Valenzuela MC, Nieto Cruz ME. Promoción y educación para la salud en odontología. México, D.F: El Manual Moderno; 2014.
9. Sarría Santamera S, Villar Álvarez F. Promoción de la salud en la comunidad. Madrid: UNED; 2014.
10. Deicy M. Promoción y Prevención. Gingivitis. 2013 [citado 6 Ene 2017]. Disponible en: <http://promocion1prevencion2.blogspot.com/2013/02/gingivitis.html>
11. Recalde M. Salud y adolescencia. Buenos Aires: Aula Taller; 2011.
12. Espejel M, Martínez I, Delgado J, Guzmán C, Monterde M. Gingivitis. *Rev ADM*. 2002; 59(6): 216-9.
13. Torres Mahy L, Pérez Campos YE, Pascual Mayor D, Noa Deyá Y. Modificación de conocimientos sobre salud bucal en adolescentes de la Secundaria Básica "Orlando Fernández Badell". *MEDISAN*. 2015 [citado 6 Ene 2017]; 19(3): 366. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192015000300010
14. Rufasto Goche K, Saavedra Alvarado B. Aplicación de un programa educativo en salud oral en adolescentes de una institución educativa peruana. *Rev Estomatol Herediana*. 2012 [citado 6 Ene 2017]; 22(2): 82-90. Disponible en: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/REH/article/view/130/106>
15. Cuenca E, Baca P. *Odontología preventiva y comunitaria. Principios, métodos y aplicaciones*. Barcelona: Elsevier; 2013.
16. García Crimi GE. Promoción de salud buco-dental en establecimientos de educación media del Valle de Uco, en la provincia de Mendoza. *Rev Facultad Odontol*. 2010 [citado 6 Ene 2017]; 4(1): 30-5. Disponible en: http://bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitales/5791/garciacrimirfo-412010.pdf

17. Noborikawa-Kohatsu AK, Kanashiro Irakawa CR. Evaluación de un programa educativo-preventivo de salud oral con uso del recurso multimedia, en adolescentes peruanos. Rev Estomatol Herediana. 2009 [citado 6 Ene 2017]; 19(1):31-38. Disponible en: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/REH/article/view/1815/1825>

Recibido: 6 de abril de 2017.

Aprobado:12 de junio de 2017.

María José Rodríguez Albuja. Facultad de Odontología, Universidad Central del Ecuador, Ciudadela Universitaria, Quito, Ecuador. Correo electrónico: mariajoserodrigueza@hotmail.com