

TRABAJO FIN DE GRADO

Grado en Odontología

DETERMINANTES DE SALUD ORAL EN POBLACIÓN DE 3-16 AÑOS

Madrid, curso académico 2024/2025

RESUMEN

Introducción: La salud oral en la infancia y adolescencia ha estado influenciada por múltiples factores tales como aspectos socioeconómicos, geográficos, culturales y ambientales, así como los hábitos de higiene, la dieta y la formación de padres y madres, desempeñan un papel fundamental en la aparición y evolución de enfermedades bucales. **Objetivos:** El objetivo principal fue identificar los determinantes de la salud oral en población de 3 a 16 años. Como objetivos secundarios, se planteó examinar los factores individuales con un papel fundamental en la salud bucodental, investigar la prevalencia de enfermedades bucales en la franja etaria de 3 a 16 años y evaluar acciones que mejoren el pronóstico de salud oral en población infanto-juvenil. **Metodología:** Se diseñó y distribuyó un cuestionario online dirigido a una muestra de 75 odontólogos y médicos estomatólogos con el fin de recoger su percepción profesional sobre los factores que condicionan la salud bucodental infanto-juvenil. **Resultados:** Los resultados reflejaron que los factores socioeconómicos y la escasa implicación de los sistemas públicos de salud fueron los principales condicionantes. También se detectó una alta prevalencia de caries y enfermedad gingival, así como niveles medios o deficientes de higiene oral y una baja concienciación en padres y madres. **Conclusiones:** La situación socioeconómica se consolidó como el principal determinante, combinada con déficits en educación, prevención y respuesta institucional. Promover hábitos saludables, campañas de concienciación y reforzar la atención en zonas vulnerables se consideró esencial para mejorar la salud oral infantil y reducir desigualdades.

PALABRAS CLAVE

Odontología, salud oral, determinantes, factores de salud, adolescentes.

ABSTRACT

Introduction: Oral health in childhood and adolescence has been influenced by multiple factors such as socioeconomic, geographic, cultural and environmental aspects, as well as hygiene habits, diet and parenting education, which play a fundamental role in the appearance and progression of oral diseases. **Objectives:** The main objective was to identify the determinants of oral health in the population aged 3 to 16 years. As secondary objectives, we proposed to examine individual factors with a fundamental role in oral health, investigate the prevalence of oral diseases in the age group from 3 to 16 years and evaluate actions that improve the oral health prognosis in children and adolescents. **Methodology:** An online questionnaire was designed and distributed to a sample of 75 dentists and stomatologists in order to collect their professional perceptions of the factors that influence children and adolescent oral health. **Results:** The results showed that socioeconomic factors and the limited involvement of public health systems were the main determinants. A high prevalence of caries and gum disease was also detected, as well as average or poor levels of oral hygiene and low awareness among parents. **Conclusions:** Socioeconomic status was consolidated as the main determinant, combined with deficits in education, prevention, and institutional response. Promoting healthy habits, awareness campaigns, and strengthening care in vulnerable areas were considered essential to improving children's oral health and reducing inequalities.

KEYWORDS

Dentistry, oral health, determinants, healths factors, teenagers.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	6
1.1. Marco teórico.	6
1.1.1. Concepto de salud	6
1.1.2. Epidemiología de salud oral infantojuvenil	6
1.1.3. Determinantes de la salud oral	7
1.2. Estado actual del tema	12
1.3. Justificación	12
1.4. Pregunta de investigación	12
1.5. Hipótesis	12
2. OBJETIVOS	13
2.1. Objetivo principal	13
2.2. Objetivos secundarios	13
3. MATERIAL Y MÉTODOS	14
3.1. Diseño del protocolo de investigación	14
3.1.1. Tipo y diseño del estudio	14
3.1.2. Tamaño muestral	14
3.1.3. Criterios de inclusión y exclusión	14
3.1.4. Intervención	14
3.1.5. Método de recolección de datos	14
3.1.6. Aspectos éticos	14
3.2. Aprobaciones necesarias	14
3.2.1. Aprobación de la comisión del TFG	14
3.3. Desarrollo de investigación	15
4. RESULTADOS	16
5. DISCUSIÓN	24
6. CONCLUSIONES	27
7. SOSTENIBILIDAD	28
8. BIBLIOGRAFÍA	29

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Marco teórico.

1.1.1. Concepto de salud

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como "estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades" (1)

La OMS define la salud bucodental como "la ausencia de dolor bucal o facial, de infecciones o llagas bucales, de enfermedades de las encías, caries, pérdida de dientes y otras patologías o trastornos que limiten la capacidad de morder, masticar, sonreír y hablar y que repercutan en el bienestar psicosocial". (2)

1.1.2. Epidemiología de salud oral infantojuvenil

La cavidad oral es un escenario en el que son capaces de proliferar patologías de naturaleza distinta que tienen efectos nocivos sobre estructuras dentarias, óseas y los tejidos blandos que la conforman. (3)

Atendiendo a la afectación de tejidos duros dentales, la caries dental ocupa el escalafón más alto en cuanto a prevalencia. La enfermedad cariogénica es una enfermedad infecciosa multifactorial que cursa con la desmineralización de los tejidos duros de los dientes. (3)

Con vistas a los tejidos blandos orales se pueden identificar otras patologías frecuentes tales como aftas, gingivoestomatitis, úlceras y herpes bucal. (4)

El desarrollo de patologías bucodentales en nuestra sociedad supone un gran inconveniente para la salud pública. Hoy día, la edad media de aparición de procesos patológicos se remonta a edades tempranas, generando en parte de la población, enfermedades crónicas desde la infancia. (4)

1.1.3.Determinantes de la salud oral

1.1.3.1. *Factores socioeconómicos y su impacto en la salud oral*

La situación socioeconómica de las personas condiciona enormemente las prioridades que establecen en su vida. El factor económico determina considerablemente la capacidad de acceso a diferentes servicios tales como los relacionados con la vivienda, la educación, la alimentación, la sanidad, y en concreto, los servicios odontológicos. (5)

Es un hecho que las desigualdades socioeconómicas limitan a la población desfavorecida acceder a servicios odontológicos, y son múltiples los estudios poblacionales de salud oral los que arrojan datos que evidencian este hecho, cuales establecen que dicha circunstancia supone un factor muy sensible ante la prevalencia de patologías orales, siendo el grupo con una situación socioeconómica deficiente el que refleja mayor prevalencia y manifestaciones de problemas a nivel bucodental. (6)

Se puede llegar a apreciar un componente común en todas aquellas personas que viven lidiando con una economía familiar baja, donde, en este caso, la atención odontológica no forma parte de las prioridades inmediatas a subsanar, sino que la búsqueda de consultas dentales se remonta mayormente a episodios de dolor. Esto supone una acción tardía, puesto que se acude cuando la enfermedad bucodental se ha establecido y ha llegado a una situación de máxima urgencia. (5)

Consecuentemente, este conjunto poblacional lidia desde su infancia con múltiples compromisos bucodentales donde el pronóstico se agrava conforme más se demora la búsqueda de atención odontológica. Entre las principales razones de este hecho reside el alto coste de la atención bucodental, así como la insuficiente movilización de los sistemas públicos de salud. (5)

1.1.3.2. *Factores genéticos e inmunológicos y su asociación con patologías orales*

El factor genético supone uno de los grandes desafíos para la salud oral debido a la aparición de anomalías anatómicas, morfológicas y/o funcionales a causa del desarrollo incorrecto de estructuras dentales, óseas o de los tejidos blandos. (7)

A nivel dental, la malformación genética en la síntesis y formación de los tejidos duros supone la aparición de estructuras con una integridad y/o rigidez comprometidas con mayor probabilidad de instauración y proliferación de procesos patológicos. Este hecho se visualiza en procesos como la Amelogénesis Imperfecta, Hipoplasia del esmalte, Dentinogénesis Imperfecta, etc. (7)

La hipomineralización incisivo molar (HIM) es un defecto en el desarrollo del esmalte que afecta principalmente a los primeros molares e incisivos permanentes. Este trastorno origina un esmalte poroso y con irregularidades, lo que facilita la colonización bacteriana, por lo que se sitúa como un factor de riesgo ante el desarrollo de afecciones dentales. (8)

Por otro lado, son diversos los trastornos genéticos a nivel sistémico que tienen un efecto negativo sobre el pronóstico favorable de la salud bucodental. (9)

- Hipofosfatasa. Es una enfermedad genética basada en bajos niveles de fosfatasa alcalina. Su consecuencia se constata en defectos durante el desarrollo a nivel general, afectando la función renal, formación ósea, etc., como a nivel oral, generando la pérdida prematura de la dentición deciduos. (9)
- Síndrome de Down. Anomalía genética basada en la trisomía del 21. Este síndrome está estrechamente relacionado con el desarrollo de la gingivitis y enfermedad periodontal. (9)

El sistema inmunológico es el responsable de localizar, reconocer y eliminar a los microorganismos patógenos que se encuentran en nuestro organismo. Cualquier deficiencia inmunológica, como la neutropenia cíclica, se traduce en una menor capacidad de respuesta por parte del organismo, lo que aumenta la probabilidad de instauración y/o progresión de la enfermedad. (9)

La neutropenia cíclica se basa en la disminución periódica del número de neutrófilos debida a la baja producción celular lo que se traduce en una menor concentración de neutrófilos a nivel periférico, generando así una mayor susceptibilidad a procesos infecciosos. (10)

1.1.3.3. Factores geográficos

La consignación de mejoras en infraestructuras sociosanitarias, así como el impulso del desarrollo del acceso a la atención odontológica entre los distintos territorios influye en la calidad de vida de las distintas poblaciones territoriales. (11)

Los inconvenientes de la gestión desigual de recursos sociosanitarios generan deficiencias en instalaciones, personal y potencial de la atención de la salud bucodental, por lo que las poblaciones suscitadas a situaciones similares gozarán de una menor cobertura asistencial traduciéndose en una mayor capacidad de instauración de las patologías, en comparación con áreas en las que la implicación del desarrollo sociosanitario es mayor. (11)

El contexto rural se ha relacionado históricamente con el déficit de recursos sanitarios, debido al desarrollo de infraestructuras en las grandes capitales. Uno de los motivos que han incitado a ello es la continua migración poblacional hacia las capitales de provincias, reduciéndose considerablemente la densidad poblacional de las áreas rurales. Por ello, la inversión y el desarrollo de medios sanitarios en estas áreas rurales se ha visto comprometida, generando unas desigualdades sociales acentuadas para el acceso de servicios médicos. (12)

1.1.3.4. Acceso a servicios de salud dental e influencias

Los distintos sistemas y políticas de salud que promueve cada país impactan de manera considerable en la calidad de vida derivada de la salud oral. (13)

Los modelos asistenciales tienen una influencia notoria a la hora de acceder a servicios odontológicos. Clasificamos tres modelos asistenciales: (14)

- Sistema Privado. Modelo más predominante a nivel mundial basado en la contratación de servicios dentales y su remuneración por acto médico, siendo el paciente el responsable de abonar la cuantía fijada por el centro. Al ser privado, no hay intervención ninguna por parte del Estado a la hora de delimitar honorarios o bien subvencionar parte del costo de los tratamientos. (14)
- Sistema de Seguridad Social. La prestación de servicios odontológicos se realiza de manera subvencionada con los impuestos generados en el país. De este modo, el profesional recibe sus honorarios directamente de los fondos públicos. Suelen emprender campañas de prevención con el objetivo de mejorar la salud bucodental de los grupos sociales más sensibles. (14)
- Sistema Estatal. El desarrollo de la profesión odontológica está plenamente costado por el Estado, y todas las personas residentes en el territorio tienen una cobertura completa y gratuita. Los odontólogos perciben un salario por parte del Estado para desempeñar sus funciones. (14)

1.1.3.5. Factores ambientales y culturales

Los factores culturales aluden al grado de conocimiento que presenta una comunidad acerca de la salud oral y los métodos para su correcto mantenimiento, así como la concienciación y predisposición que presenten para revertir procesos patogénicos y gozar de un bienestar bucal. (15)

1.1.3.6. Educación y promoción de la salud oral

- Hábitos de higiene bucal.

Los hábitos de higiene oral son de vital importancia para prevenir el desarrollo de patologías orales, tanto a nivel de los dientes como de tejidos anejos. El cepillado dental se establece como la primera barrera de prevención para evitar el desarrollo de múltiples patologías, tales como caries dental y enfermedad periodontal, entre muchas otras. (16)

El cepillado dental debe iniciarse desde la erupción del primer diente, alrededor del sexto mes de vida, siendo responsabilidad de los padres hasta que el niño adquiera la destreza necesaria para hacerlo por sí mismo, siempre bajo supervisión. Motivar e incentivar este hábito desde la infancia es clave para establecer una buena higiene bucal. (17)

Existen diversos tipos de cepillos, tanto manuales como eléctricos, aunque el cepillo manual de cerdas medias, usado con una técnica adecuada, es suficiente para mantener una buena higiene oral. Se recomienda cepillarse unos 30 minutos después de cada comida, siendo el cepillado nocturno el más importante por la disminución de la salivación y defensas orales durante el sueño. (17)

Por otro lado, existen diferentes técnicas de cepillado: (17)

- Técnica de Starkey: los movimientos del cepillo son en dirección horizontal, colocando las cerdas del cepillo en un ángulo de 45° con respecto al eje longitudinal del diente. Indicada para niños de hasta 2-3 años, en la que los padres ayudan a llevarla a cabo.
- Técnica de Charters: Consiste en movimientos vibratorios con ligera presión para eliminar la placa en el surco gingival e interproximal, colocando las cerdas a 45° hacia la parte incisal.

- Técnica de Bass: recomendada a pacientes con gingivitis o periodontitis debido a que optimiza la limpieza del surco gingival. Las cerdas se dirigen hacia el surco gingival en un ángulo de 45º y se realiza con movimientos vibratorios, pero sin presión.
 - Técnica circular de Fones: las cerdas se colocan en un ángulo de 90º con respecto al eje vertical de los dientes, y se proyectan movimientos circulares con ligera presión para optimizar la remoción de placa.
 - Técnica deslizante o de barrido: con las cerdas en un ángulo de 90º se proyectan movimientos de barrido gingivo-oclusales/incisales. Principalmente indicada en personas con periodonto sano.
- Papel de la dieta.

La dieta tiene un papel fundamental en el correcto desarrollo orgánico y funcional de las personas, tanto a nivel oral como sistémico, estableciéndose, así como un determinante muy acentuado dada la estrecha asociación existente entre la calidad dietética y la susceptibilidad de desarrollar patologías. (18)

Una alimentación saludable incluye una amplia variedad de alimentos nutritivos como frutas, verduras, legumbres, proteínas y grasas saludables. Esta alimentación no solo favorece el crecimiento, sino que también previene enfermedades, por lo que debe promocionarse especialmente en poblaciones con recursos socioeconómicos limitados. (18)

Según distintos estudios, el azúcar es el principal factor dietético asociado a la aparición y desarrollo de la caries dental. Por lo tanto, se considera que una incorrecta alimentación conlleva el incremento en la incidencia de procesos patológicos. (18)

La actividad potencialmente patógena de los alimentos se basa en su capacidad para descender el pH oral a niveles críticos ($\text{pH} < 5,5$), estadio en el que el componente mineral de los tejidos duros del diente comienza a desmineralizarse, por lo que son más susceptibles a la proliferación y colonización bacteriana. (18)

Es recomendable que los padres aseguren una ingesta adecuada para el desarrollo infantil, eviten alimentos de alto contenido de azúcar o que alteren el pH, promuevan el consumo de frutas, verduras, proteínas, grasas saludables y carbohidratos complejos, y establezcan horarios y límites en las porciones de comida. (18)

1.2. Estado actual del tema

Hoy día el desafío a nivel global se basa en la prevención del desarrollo de enfermedades orales, así como su detección precoz y rehabilitación en los casos que se estimen necesarios. Para ello se han de invertir grandes recursos, además de impulsar la llegada de estos a aquellas zonas más desfavorecidas, en las que existe un mayor índice de progresión de patologías orales. Las diferencias socioeconómicas suponen una barrera muy sólida para equilibrar el nivel de salud bucodental en todas las ramas de la sociedad, y por ello, los planes de prevención deben de actuar a todos los niveles sociales.

1.3. Justificación

Es de vital importancia conocer aquellos factores que influyen en la aparición de patologías orales y sistémicas, debido a que la evaluación de estos puede suponer una actuación más optima por parte de los responsables sanitarios y políticos.

1.4. Pregunta de investigación

¿Cuáles son los principales factores que determinan la salud oral en niños y adolescentes de 3 a 16 años, y cómo influyen en la prevalencia de enfermedades bucodentales?

1.5. Hipótesis

Los niños y adolescentes expuestos a un nivel socioeconómico bajo, sumándose ciertos factores geográficos, ambientales y culturales, presentan mayor prevalencia de enfermedades bucodentales en relación con aquellos que presentan condiciones favorables.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo principal

- Identificar los determinantes de la salud oral en la población de 3 a 16 años.

2.2. Objetivos secundarios

- Examinar los factores individuales con un papel fundamental en la salud bucodental.
- Investigar la prevalencia de enfermedades bucales en la franja etaria de 3 a 16 años.
- Evaluar acciones que mejoren el pronóstico de salud oral en la población infanto-juvenil.

3. MATERIAL Y MÉTODOS

3.1. Diseño del protocolo de investigación

3.1.1. Tipo y diseño del estudio

El presente trabajo de investigación empírica trata de un estudio descriptivo transversal.

3.1.2. Tamaño muestral

El muestreo realizado abarcará el mayor número posible profesionales dedicados al área de la salud oral.

3.1.3. Criterios de inclusión y exclusión

Los criterios de inclusión serán los siguientes:

- Médicos estomatólogos u Odontólogos.

Los criterios de exclusión:

- Sujetos que no sean Médicos estomatólogos u Odontólogos.
- Encuestados que no acepten el consentimiento informado previo a su participación en el estudio.

3.1.4. Intervención

Se les extenderá a profesionales del área de la salud dental una encuesta digital que podrán realizar desde cualquier dispositivo electrónico.

Se elaboró una encuesta reflejada en el ANEXO 1, con 15 preguntas acerca de la experiencia individual de cada profesional para proceder “a posteriori” a generar un análisis global acerca de los determinantes de la salud.

3.1.5. Método de recolección de datos

La encuesta se elaborará mediante el uso de la plataforma de Microsoft Forms.

3.1.6. Aspectos éticos

De acuerdo con el protocolo establecido, es necesaria la aprobación del cuestionario por parte de la comisión del TFG. También se extenderá un consentimiento informado a los profesionales visualizada en el ANEXO 2.

3.2. Aprobaciones necesarias

3.2.1. Aprobación de la comisión del TFG

El siguiente trabajo de investigación cuenta con la aprobación de la comisión del TFG bajo la codificación: OD.040/2425.

3.3. Desarrollo de investigación

El presente trabajo de Investigación “Determinantes de la salud oral en población de 3-16 años” se ha desarrollado conforme marcan los protocolos de trabajos de investigación empírica establecidos por la Universidad Europea de Madrid.

La búsqueda bibliográfica correspondiente se ha realizado por canales de divulgación científica tales como Biblioteca Crai UEM, PubMed y Google Scholar. Con el objetivo de concretar la búsqueda y acotar los resultados bibliográficos se presentaron las siguientes palabras clave: “odontología”, “salud oral”, “determinantes”, “factores de salud”, “adolescencia”.

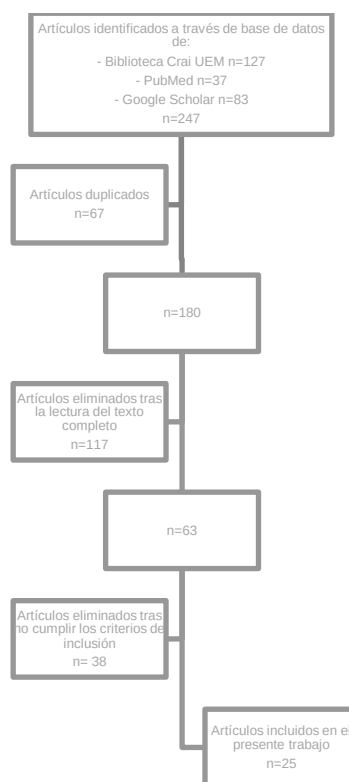


Figura 1: Diagrama de flujo.

Los criterios de inclusión documental fueron:

- Trabajos de base científica.
- Trabajos publicados en los últimos 10 años.
- Trabajos de alto impacto.

Los criterios de exclusión documental fueron:

- Trabajos de poco valor documental.
- Trabajos publicados hace más de 10 años.

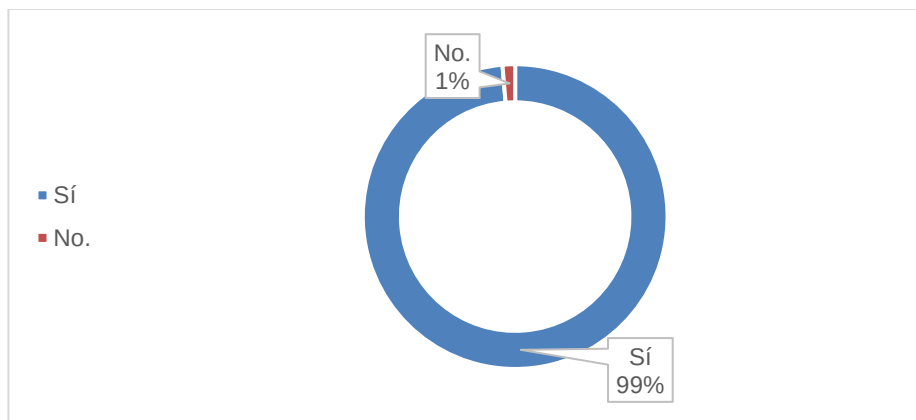
4. RESULTADOS

Con objeto de realizar el presente trabajo de investigación empírica se difundió por diferentes medios un enlace que daba acceso a un cuestionario online. Los canales de distribución han sido:

- Docentes de Odontología de la Universidad Europea de Madrid a través de la compartición del enlace de la encuesta.
- Clínicas dentales, donde se les extendió a los profesionales la encuesta verbalmente.

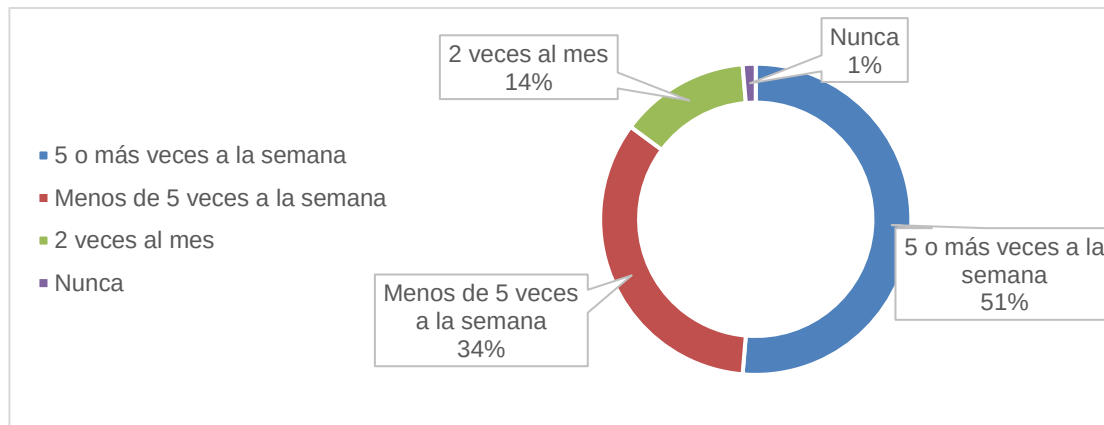
El muestreo potencial era de 151 profesionales docentes de la Universidad Europea de Madrid (UEM), siendo 77 y 74 en la Policlínica Universitaria y el Campus de Villaviciosa de Odón, respectivamente. Finalmente se recogieron datos de 75 profesionales del área de la Odontología (45 correspondientes al equipo docente de la UEM, y 30 profesionales de clínicas particulares). Se incluyeron el 100% de los cuestionarios debido que cumplían con los criterios de inclusión de la investigación.

El 99% de los encuestados aceptaron el consentimiento informado, y tan solo el 1% lo rechazó.



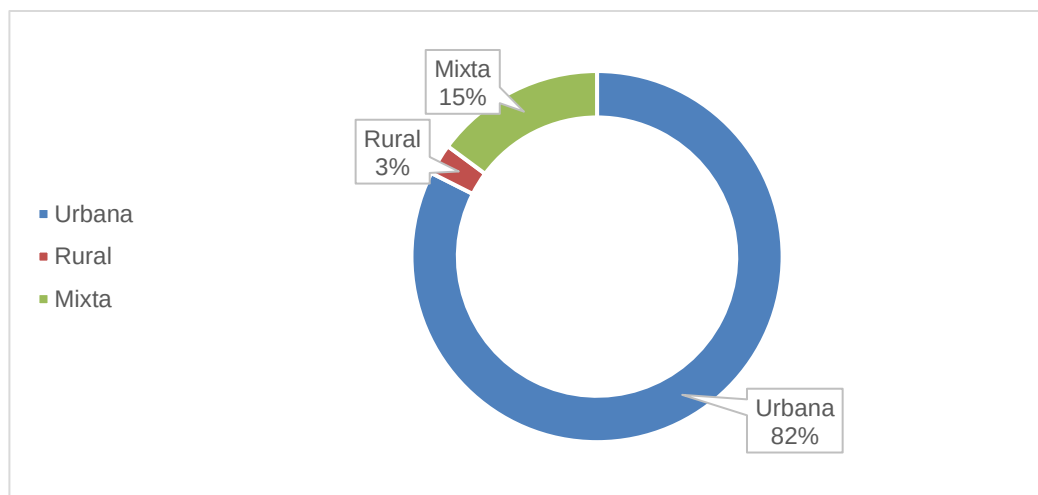
Gráfica 1: Aprobación del consentimiento informado.

El 85% de los Odontólogos y Médicos Estomatólogos que han participado tratan frecuentemente con el grupo de estudio. Un 14% tiene un contacto muy ocasional y tan sólo el 1% no mantiene contacto profesional con la población a analizar.



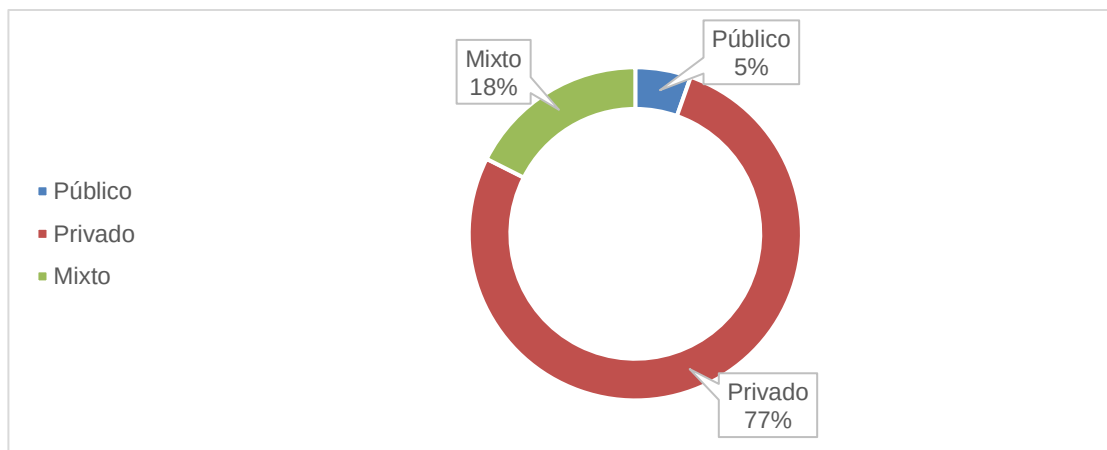
Gráfica 2: Pregunta nº1 del cuestionario “¿con qué frecuencia atiende usted a pacientes de entre 3-16 años?”

Un 82% de las respuestas las cumplimentaron profesionales cuya labor odontológica es desempeñada en un área urbana. A su vez, un 3% se dedica al área rural y un 15% tiene participación en ambos contextos.



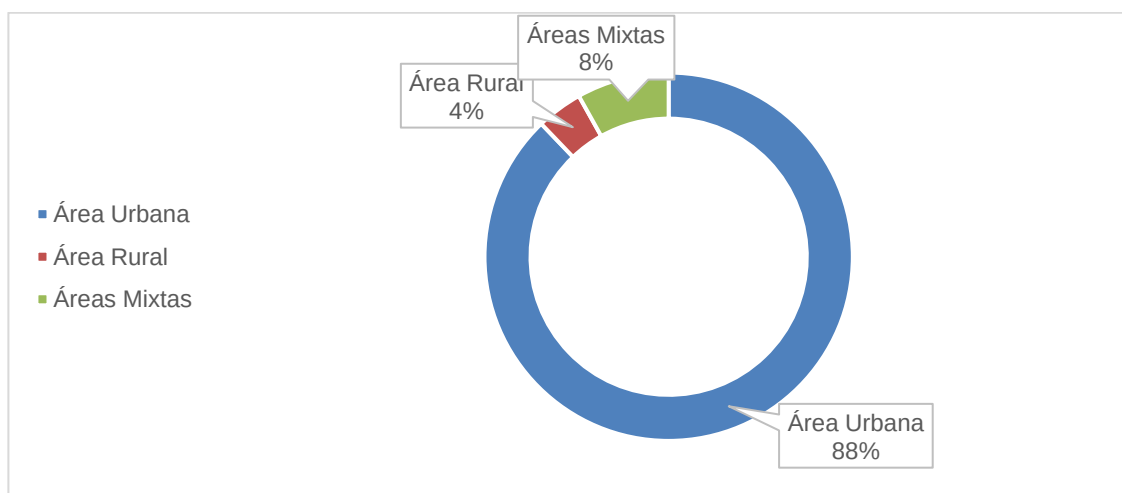
Gráfica 3: Pregunta nº2 del cuestionario “¿en qué área trabaja usted?”

Atendiendo al análisis del ámbito en el que trabajan los encuestados, el 77% se dedica al ámbito privado frente a un 5% y un 18% que se dedican a los ámbitos públicos y mixto, respectivamente.



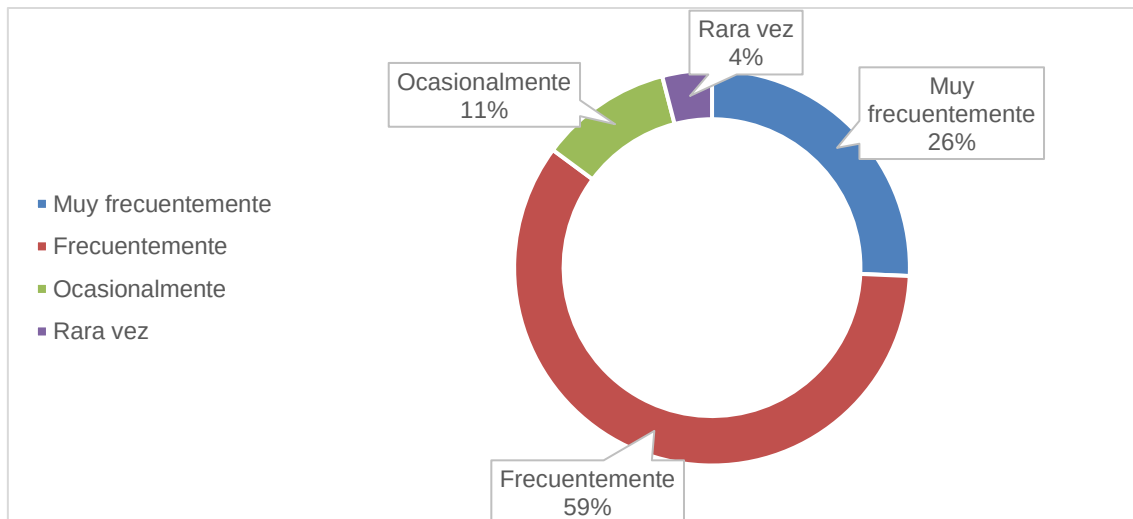
Gráfica 4: Pregunta nº3 del cuestionario “¿en qué ámbito trabaja usted?”

Para evaluar qué área poblacional presenta mejores datos de salud bucodental, el 88% evidencian que las áreas urbanas presentan mejores condiciones bucodentales, un 4% piensan que son las áreas rurales y un 8% a las áreas mixtas.



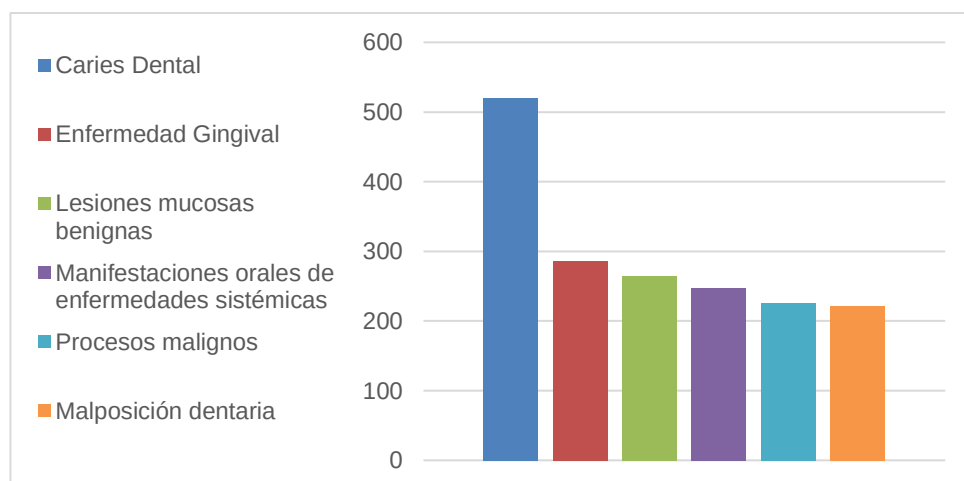
Gráfica 5: Pregunta nº4 del cuestionario “según su experiencia, ¿qué área poblacional presenta mejores datos de salud bucodental?”

Con objeto de conocer la frecuencia diagnóstica de patologías en nuestro nicho poblacional, el gráfico muestra que el 26% de los profesionales diagnostican con mucha frecuencia, mientras que un 61% lo hace frecuentemente. Sólo un 13% indica que la frecuencia se da de forma ocasional o rara vez.



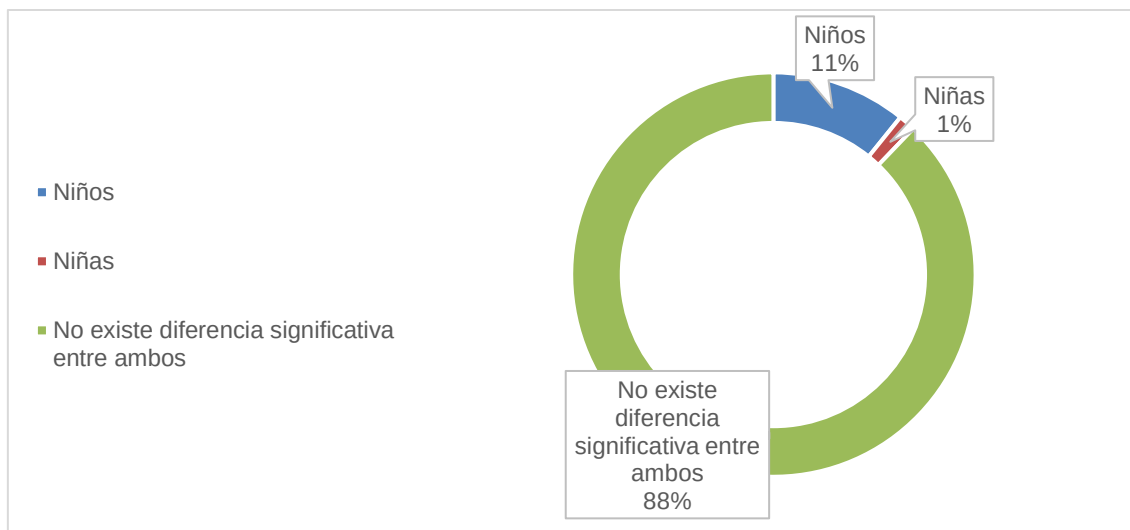
Gráfica 6: Pregunta nº6 del cuestionario “según su experiencia ¿con qué frecuencia diagnostica patologías orales en la población de 3-16 años?”

A fin de establecer cuáles son las patologías de mayor prevalencia los datos nos comunican que la enfermedad más prevalente se corresponde con la caries dental, seguida de patologías gingivales y lesiones mucosas benignas.



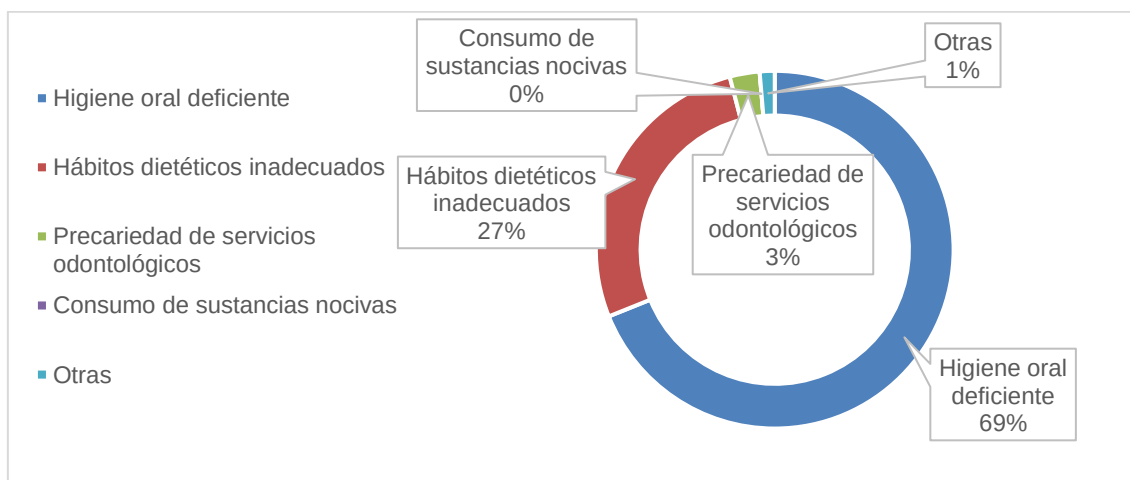
Gráfica 7: Pregunta nº7 del cuestionario “según su experiencia, ¿qué patologías presentan mayor prevalencia en población de 3-16 años?”

El siguiente gráfico ilustra que el 88% de los profesionales no observan una diferencia significativa en la prevalencia de patologías bucodentales entre niños y niñas. Tan solo el 11% considera que los niños son los que presentan una mayor prevalencia. En cambio, a las niñas se les atribuye 1%.



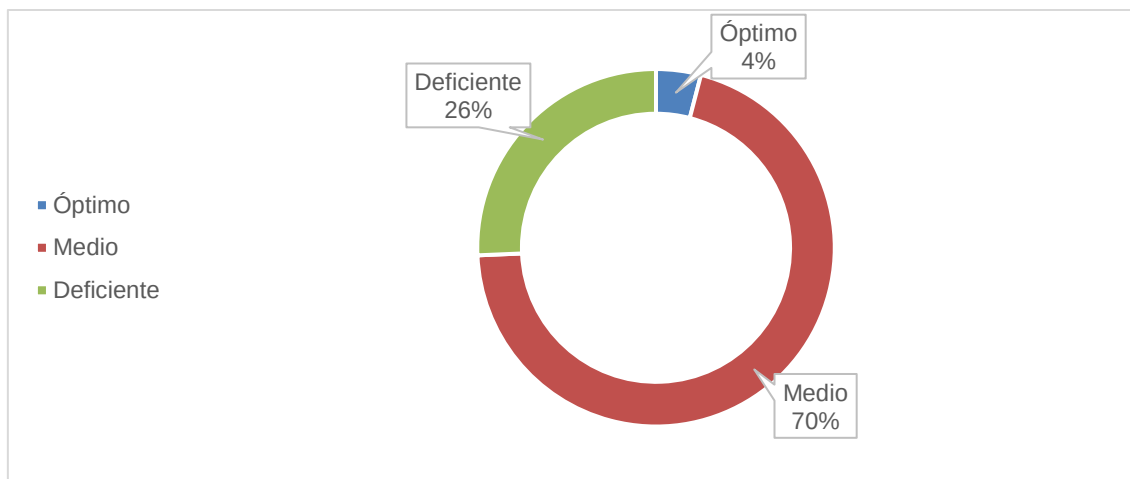
Gráfica 8: Pregunta nº8 “según su experiencia, ¿quiénes presentan más prevalencia de patologías bucodentales?”

El gráfico revela que el 69% de los profesionales considera que la higiene oral deficiente es el principal factor de riesgo al que se enfrenta la población del estudio. El 27% atribuye mayor importancia a los hábitos dietéticos inadecuados. Un 3% menciona la precariedad de servicios odontológicos.



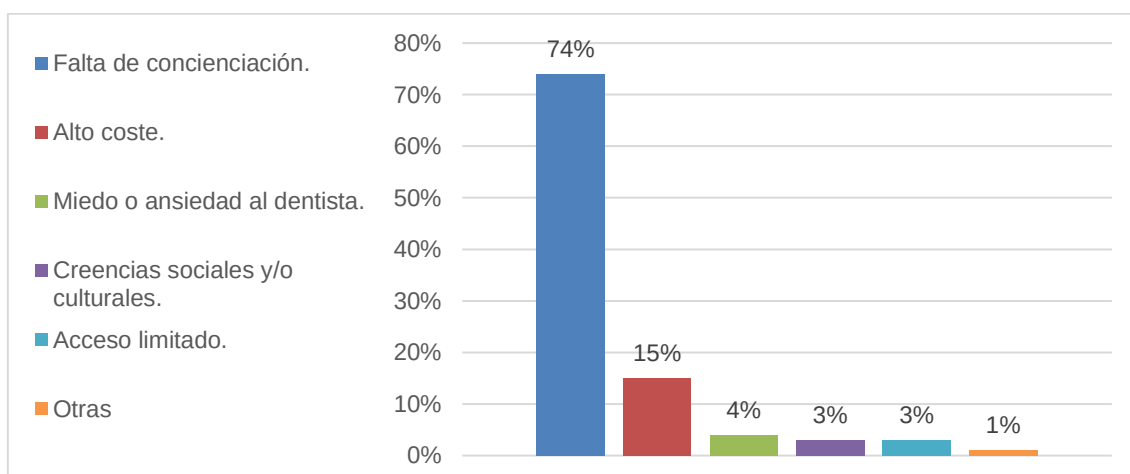
Gráfica 9: Pregunta nº9 del cuestionario “según su experiencia, ¿cuáles piensa que son los principales factores de riesgo a los que se enfrenta la población de estudio?”

Con ánimo de conocer el nivel de higiene promedio la población de estudio, un 70% nos avala que es de grado medio, un 26% para grado deficiente frente a un 4% que arroja que el nivel de higiene es óptimo.



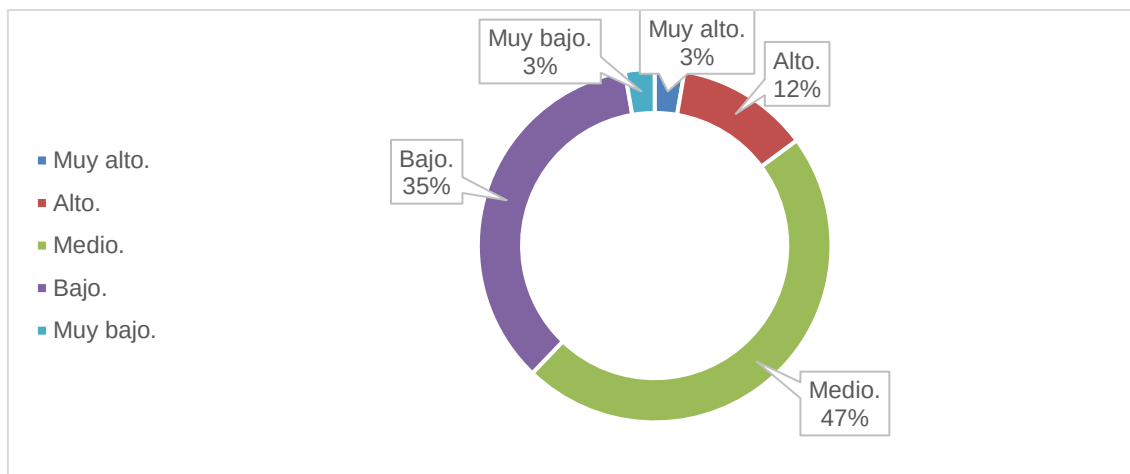
Gráfica 10: Pregunta nº5 del cuestionario “según su experiencia, ¿cuál es el nivel de higiene promedio en dicha población?”

Con el fin de conocer los motivos por los que los padres/madres/tutores se demoran en buscar asistencia odontológica la gráfica nos arroja que el 74% de los profesionales piensan que es debido a una falta de concienciación, un 15% alude al alto coste, y un 11% coloca como principal obstáculo el miedo o ansiedad al dentista, acceso limitado o creencias sociales y/o ambientales.



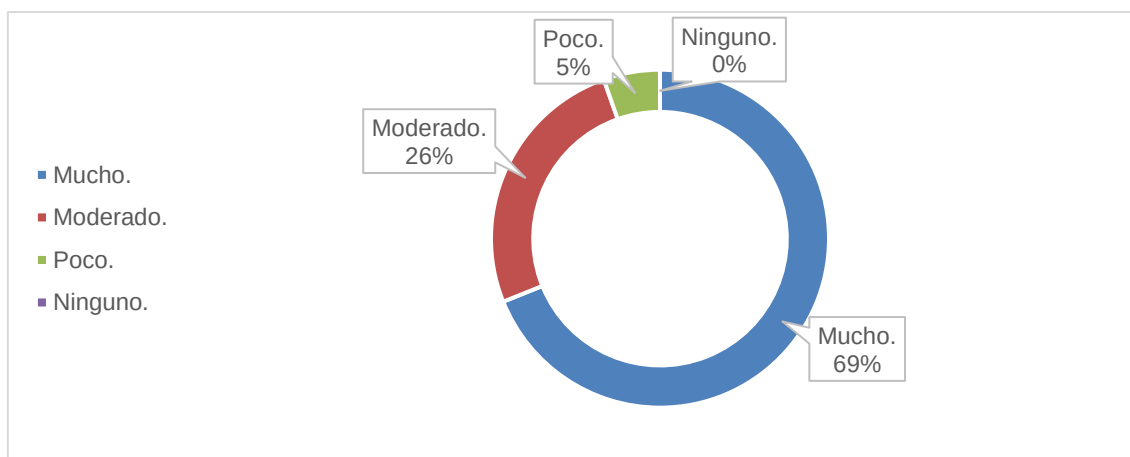
Gráfica 11: Pregunta nº10 del cuestionario “según su experiencia, ¿por qué los padres/madres/tutores se demoran en buscar asistencia odontológica para sus hijos?”

A propósito de determinar el nivel de conocimiento y concienciación de salud oral por parte de padres/madres/tutores, el 47% de los profesionales consideran que poseen un nivel medio, el 35% un nivel bajo y tan solo un 12% manifiesta que el nivel es alto.



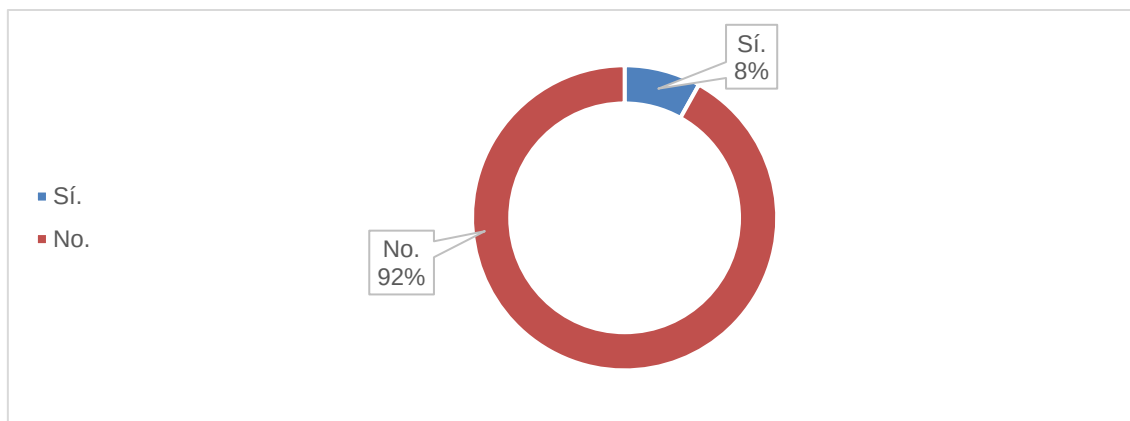
Gráfica 12: Pregunta nº11 “según su experiencia ¿qué nivel de conocimiento y concienciación sobre salud oral poseen los padres/madres/tutores?”

En relación con la influencia de los factores socioeconómicos (FSE) en la salud oral, el 69% de los profesionales establecen que los FSE influyen mucho en la salud oral. A su vez, el 26% alude a un nivel de influencia moderado, y el 5% indica que el nivel es bajo.



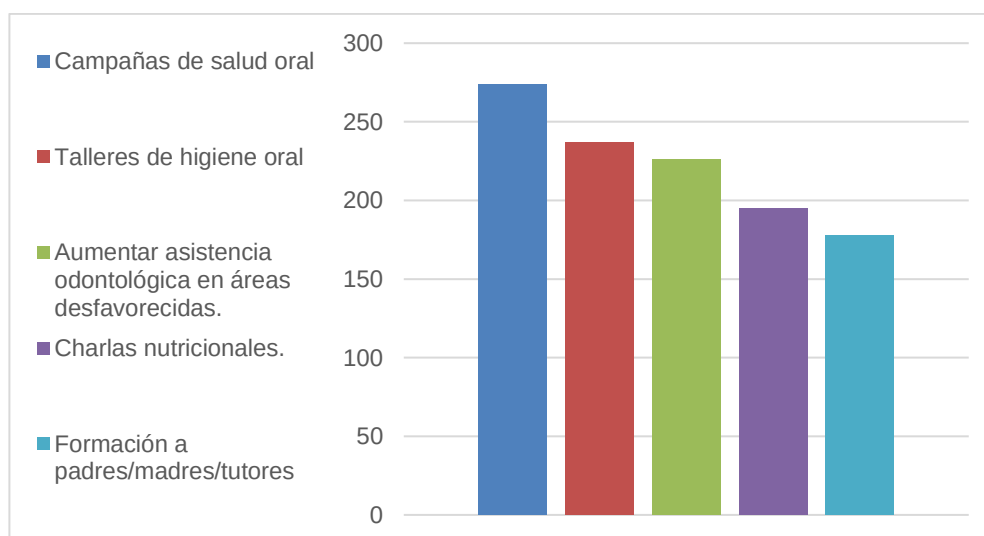
Gráfica 13: Pregunta nº12 del cuestionario “en su opinión, ¿qué tanto influyen los factores socioeconómicos en la salud oral?”

A cuentas de conocer si la implicación del Sistema Nacional de Salud (SNS) es suficiente para garantizar una adecuada salud oral, el 92% de los profesionales nos indican que no es suficiente, frente a un 8% que piensan que sí lo es.



Gráfica 14: Pregunta nº13 del cuestionario “en su opinión, ¿cree que la implicación del sistema nacional de salud es suficiente para garantizar una adecuada salud oral?”

A propósito de establecer un orden de efectividad para los métodos con objeto de reducir la prevalencia de patologías orales, las campañas de salud seguidas de los talleres de higiene oral son las medidas más optadas.



Gráfica 15: Pregunta nº14 “¿qué método considera más efectivo para reducir la prevalencia de patologías orales?”

5. DISCUSIÓN

Nuestra investigación determinó que el 86% de los profesionales sostienen que el entorno urbano presenta mejores indicadores de salud bucodental, en comparación a áreas rurales y mixtas.

Tras una contrastación con un estudio de objeto similar a dicha cuestión, como el realizado por la Universidad Valparaíso, Chile, en el que se recogieron datos del estado bucodental de 231 niños/as, siendo 68 de área rural y 163 de área urbana, arrojó resultados que avalan los nuestros. Para la recolección de datos se emplearon los índices ceod y COPD, gracias a los cuales se estableció que el índice ceod para zonas urbanas es del 2,06 frente al entorno rural con un ceod de 3,66. El índice COPD fue de 0,52 y 1,01 para los entornos urbanos y rurales respectivamente. También, se estudió la prevalencia de procesos cariogénicos, gingivitis y alteraciones de la mucosa comparados por dichas áreas, y el análisis determinó que la prevalencia de dichas afecciones era considerablemente mayor en los niños pertenecientes al entorno rural. (19)

Atendiendo a la prevalencia de patologías bucodentales analizada en nuestro cuestionario, se evidencia que los procesos cariogénicos, seguido de la enfermedad gingival y las lesiones mucosas benignas, son las afecciones más comunes para nuestro rango etario. Estos resultados se pueden relacionar con el nivel de higiene, así como la dieta con tendencia al consumo aumentado de azúcares, detonando en un aumento de la microbiota oral patógena.

Se obtuvieron similitudes como el estudio realizado por el Servicio de Pediatría del Hospital Lluís Alcanyís, en Játiva, Valencia, cual indica que las enfermedades bucodentales con mayor frecuencia se corresponden con la caries dental y la enfermedad gingival. (20)

Con vistas a la prevalencia de patologías bucodentales entre distinto sexo, el 92% de Odontólogos o Médicos Estomatólogos sugirió que no existe una diferencia significativa entre sexos, lo cual nos indica que la instauración y desarrollo de procesos patológicos no posee afinidad por ningún género de modo que no lo podemos considerar como un determinante de la salud oral. Esto es avalado por el estudio realizado por la Universidad Autónoma Metropolitana de Ciudad de México, que, tras analizar la prevalencia de caries en 213 niños y niñas, concluyó que no existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto al sexo. (21)

Con relación al nivel de higiene bucodental infanto-juvenil, nuestra investigación considera que este se posiciona en un nivel medio, con ligera tendencia a deficiente. Se obtienen concordancias al contrastar estos resultados con estudios similares, como el realizado por la Universidad Valparaíso de Chile, el cual determinó que el índice de higiene oral en dicho grupo poblacional era de grado entre medio y deficiente. (19)

Otra investigación que fortalece nuestros resultados son los realizados en la Universidad Nacional del Altiplano de Puno, en Perú, cual sostiene que la higiene oral se sitúa entre los niveles regular y malo. (22)

Con visión a determinar el principal motivo que justificase la demora de búsqueda de asistencia odontológica por los padres el 73% de los encuestados determinaron que la falta de concienciación por parte de los padres era el principal factor incidente. Se identifican estudios semejantes que corroboran nuestros resultados como el realizado por la Universidad Nacional del Altiplano de Puno, en Perú, que establece que el nivel de conocimiento de los padres era bajo puesto que el 71% de ellos desconocía materias de prevención. (22)

De la mano con la hipótesis planteada, los datos obtenidos sugieren una influencia alta de los factores socioeconómicos en la salud oral. Este escenario se ve reafirmado al comparar con estudios como el elaborado por la Facultad de Odontología de la Universidad de La Frontera, que concluyó evidenciando una asociación positiva entre situaciones de pobreza y prevalencia y severidad de procesos patógenos como la caries dental. (23)

Por otro lado, el 92% de los profesionales encuestados sugieren que la implicación del Sistema Nacional de Salud en materia de asistencia odontológica es insuficiente pone de manifiesto una realidad preocupante y coinciden con lo expuesto en la literatura especializada. Esta percepción generalizada entre los profesionales del sector evidencia no solo la carencia de recursos materiales y humanos en la atención bucodental pública, sino también una falta de compromiso estructural por parte de las autoridades sanitarias.

La literatura coincide que el camino por recorrer es largo, pero con la complementación necesaria entre los poderes públicos y las organizaciones colegiales, se pueden lograr avances significativos en materia de asistencia bucodental. No obstante, es imprescindible una inversión económica significativa para ello. (24)

El Programa de Atención Dental Infantil (PADI) del País Vasco, en funcionamiento desde 1990, ofrece atención bucodental gratuita a niños de 7 a 15 años, permitiendo a las familias elegir

entre dentistas públicos o privados. Incluye revisiones, tratamientos preventivos y atención de urgencias. Desde su implementación, ha atendido a más de 2,8 millones de menores y ha logrado mejorar notablemente la salud dental infantil: el porcentaje de niños sin caries a los 12 años aumentó del 31% al 76% entre 1988 y 2018. Su éxito ha llevado a su adopción en otras comunidades autónomas, convirtiéndose en un modelo eficaz, accesible y valorado por usuarios y profesionales. (25)

Con ánimo de mejorar el pronóstico, así como de reducir la prevalencia e incidencia de las afecciones bucodentales, nuestros encuestados priorizan las campañas de salud oral, los talleres de higiene oral y el aumento de asistencia odontológica en áreas desfavorecidas. Esto nos permite conocer que ruta seguir para mejorar la calidad de vida y el pronóstico de la salud dental a nivel infanto-juvenil.

El estudio realizado por el Servicio de Pediatría del Hospital Lluís Alcanyís, indica que las instrucciones de higiene oral junto con la colaboración de los padres durante la actividad es un factor clave en materia de prevención. (20)

6. CONCLUSIONES

1. Existen diversos factores que influyen en la salud oral de la población de entre 3 y 16 años, con distintos niveles de impacto. Entre ellos, el que se presenta como más determinante es la situación socioeconómica. Esta, combinada con la falta de respuesta oportuna por parte de muchos sistemas de salud, incrementa la vulnerabilidad de estos menores a desarrollar enfermedades bucodentales.
2. Los factores individuales desempeñan un papel clave en la salud bucodental, especialmente aquellos relacionados con los hábitos de higiene, la alimentación y la educación en salud. La falta de cepillado regular, el consumo elevado de azúcares y la escasa concienciación sobre la prevención son elementos que aumentan significativamente el riesgo de desarrollar enfermedades orales. Por tanto, promover una buena educación en salud desde edades tempranas es fundamental para mejorar los resultados en salud bucodental a largo plazo.
3. La investigación sobre la prevalencia de enfermedades bucales en la población de 3 a 16 años revela que las afecciones más comunes son la caries dental y la enfermedad gingival. Estos resultados confirman la alta incidencia de patologías prevenibles en edades tempranas, lo que pone de manifiesto la necesidad de reforzar las estrategias de prevención, educación en higiene oral y revisiones periódicas desde la infancia.
4. Se considera que las campañas de concienciación, los talleres de higiene oral y el refuerzo de la atención odontológica en zonas con menos recursos son acciones especialmente útiles para mejorar la salud bucodental en la infancia y adolescencia. Estas estrategias permiten no solo prevenir enfermedades, sino también reducir desigualdades en el acceso a la atención. A pesar de ello, la implicación del sistema nacional de salud en este ámbito sigue siendo limitada, lo que evidencia la necesidad de una respuesta institucional más firme y estructurada.

7. SOSTENIBILIDAD

Este Trabajo Fin de Grado contribuye a la sostenibilidad social al visibilizar los determinantes que afectan la salud oral de la población infantil y adolescente, un grupo especialmente vulnerable y clave para el futuro de la sociedad. Al identificar factores como el nivel socioeconómico, los hábitos de higiene, la alimentación o el acceso a servicios de salud, se promueve la equidad en salud y se proporciona una base para diseñar intervenciones más justas y eficaces.

En el plano económico, los resultados pueden apoyar políticas de prevención que, a largo plazo, reduzcan el gasto sanitario asociado a enfermedades orales evitables. Desde una perspectiva ambiental, fomentar hábitos saludables en edades tempranas, como el uso racional de recursos de higiene oral, puede contribuir indirectamente al consumo responsable (ODS 12).

Este trabajo se alinea principalmente con el ODS 3 (Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades) y el ODS 10 (Reducción de las desigualdades), al aportar conocimiento útil para disminuir brechas en salud. De este modo, se impulsa un enfoque ético, consciente y sostenible de la salud pública infantil.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Herrero Jaen, Sara. Formalización del concepto de salud a través de la lógica: impacto del lenguaje formal en las ciencias de la salud. ENE Rev Enferm [Internet]. 2016;10(2). Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2016000200006&lng=es
2. Pinera Rivera J, Campoverde Romero R, Salazar Doldberg C. Percepción, conocimientos, actitudes y prácticas sobre salud bucal. Un estudio de revisión. MásVita Rev Cienc Salud. 2022;4(3):74-86.
3. Márquez-Pérez K, Zúñiga-López CM, Torres-Rosas R, Argueta-Figueroa L. Reported prevalence of dental caries in Mexican children and teenagers. 4 de septiembre de 2023. doi: 10.5281/ZENODO.8316465
4. Chamba Ramírez EY, Merchán Baque AV, Amoroso Acosta AA, Chamba Cevallos GB. PREVALENCIA DE PATOLOGÍAS BUCALES EN NIÑOS. *Rev Científica Espec Odontológicas UG* [Internet]. 28 de mayo de 2021;4(2). doi: 10.53591/eoug.v4i2.315
5. Benavides Melo JA, Cerón Bastidas XA. Salud oral en poblaciones vulnerables. Rev Criterios. 2017;24(1):381-94.
6. Palomeque Calle P. Desigualdad de ingresos sobre la población económicamente activa y su incidencia sobre la salud oral: revisión situacional en el Ecuador. Rev Conrado. 2018;14(61):173-8.
7. Marín Correa YE, Ramírez Arias CM, Velandia Pico BA. RELACIÓN ENTRE LA AMELOGENINA Y PREDISPOSICIÓN GENÉTICA A LA CARIES DENTAL: MONOGRAFÍA. [Internet]. [Bogotá.]: UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA; 2020. Disponible en: <https://repository.ucc.edu.co/server/api/core/bitstreams/383fdbd5-528e-4acd-a344-4577949d8feb/content>
8. Pineda Bonilla SG, Cabrera Arias A. Severidad de hipomineralización incisivo molar (HIM) y su relación con caries dental en niños. Metro Cienc. 29 de octubre de 2020;28(4):42-51. doi: 10.47464/MetroCiencia/vol28/4/2020/42-51

9. Verdecia Sánchez Y, Pardías Milán L, Puebla Pérez ZE, Verdecia Virella A, Vega Labrada C. Conexión entre enfermedad periodontal y genética. Revisión bibliográfica. Rev Médica Multimed. 2015;19(5):949-61.
10. Olvera KIO, Barrios VM, Ríos RF, Ruidíaz VC. Neutropenia cíclica. Reporte de un caso. Rev Odontológica Mex. octubre de 2015;19(4):246-52.
11. Murillo-González A, Chamizo García H. Análisis espacial de mortalidad por cáncer de próstata y su relación con el acceso geográfico a los servicios de salud por cantón en Costa Rica, 2010-2016. Rev Geográfica América Cent [Internet]. 4 de enero de 2024;1(72). Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9353260>
12. Ortega F. Prevalencia de caries dental y factores sociodemográficos asociados a su aparición en la población escolar de Mangahuantag, Puenbo. OdontoInvestigación [Internet]. 25 de agosto de 2020;6(2). Disponible en: <https://revistas.usfq.edu.ec/index.php/odontoinvestigacion/article/view/1769>
13. Sanabria-Castellanos CM, Suárez-Robles MA, Estrada-Montoya JH. Relación entre determinantes socioeconómicos, cobertura en salud y caries dental en veinte países. Gerenc Políticas Salud [Internet]. 30 de junio de 2015;14(28). Disponible en: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/13199>
14. Frías Senade M. Determinantes de la salud y servicios públicos en odontología. Grado de conomiento de los alumnos de odontologia en la UEM. [Internet]. [Villaviciosa de Odón, Madrid.]: Universidad Europea de Madrid.; 2023. Disponible en: https://titula.universidadeuropea.com/bitstream/handle/20.500.12880/6784/TFM_Manuel_FriasSenade.pdf?sequence=1&isAllowed=y
15. Dho MS. Factores sociodemográficos y culturales asociados a los hábitos de salud bucal en individuos adultos. Rev Estomatológica Hered. 20 de diciembre de 2018;28(4):259.
16. Rios-Caro TE, Valverde-Rebaza JA, Merino-Carranza DA, Ríos-Angulo CM. Salud oral en la adolescencia: Relación entre conocimiento, actitud y práctica de cepillado dental. Rev Cienc Soc. 2024;XXX(2):474-87.
17. Tornos MCP, Quirce Sánchez S, Ventura Martínez M, Zabala Ruiz B, Saiz Burgueño Z, Giménez López V. Técnicas de cepillado dental. Rev Sanit Investig [Internet]. 2024;5(7). Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9704274>

18. Alvear MC. RECOMENDACIONES EN NUTRICIÓN, DIETA Y SALUD BUCAL PARA LOS NIÑOS. *Odontol Act Rev Científica*. 22 de marzo de 2018;1(1):76-9.
19. Cabrera C, Arancet MI, Martínez D, Cueto A, Espinoza S. Salud Oral en Población Escolar Urbana y Rural. *Int J Odontostomatol*. diciembre de 2015;9(3):341-8.
20. Morata Alba J, Morata Alba L. Salud bucodental en los niños: ¿debemos mejorar su educación? *Rev Pediatría Aten Primaria*. 2020;XXI(84):173-8.
21. Santos Madrigal NO, Moreno A, Lara Flores NL. Caries y salud bucal, percepciones acerca de la enfermedad. *Rev Odontopediatría Latinoam* [Internet]. 1 de julio de 2021;11(2). Disponible en: <https://www.revistaodontopediatria.org/index.php/alop/article/view/255>
22. Cervantes S, Sucari W, Padilla T. Programa educativo sobre prevención en salud bucal en niños menores de cinco años. *Rev Innova Educ*. 26 de abril de 2020;2(2):318-29.
23. Espinoza-Espinoza G, Pineda P, Atala-Acevedo C, Muñoz-Millán P, Muñoz S, Weits A, et al. Prevalencia y Severidad de Caries Dental en los Niños Beneficiarios del Programa de Salud Oral Asociados a Escuelas de Chile. *Int J Odontostomatol*. marzo de 2021;15(1):166-74.
24. Rodríguez Menacho D. El papel de los colegios y las sociedades profesionales en el ejercicio de la Odontología. [Internet]. [Granada.]: Universidad de Granada.; 2021. Disponible en: <https://digibug.ugr.es/bitstream/handle/10481/71611/69059%281%29.pdf?sequence=4&isAllowed=y>
25. Freire Campo JM. Público y privado en la Sanidad. *Tiempo Paz*. 2021;(142):102-11.

9. ANEXOS

ANEXO 1. CUESTIONARIO.

1. ¿Con qué frecuencia atiende usted a pacientes de entre 3-16 años?:
 - a. 5 o más veces a la semana
 - b. 2-4 veces a la semana
 - c. 1 vez a la semana u ocasionalmente
 - d. Nunca
2. ¿En qué área trabaja usted?
 - a. Urbana
 - b. Rural
 - c. Mixta
3. ¿En qué ámbito trabaja usted?
 - a. Ámbito público
 - b. Ámbito privado
 - c. Ámbito mixto
4. Según su experiencia, ¿qué área poblacional presenta mejores datos de salud bucodental?
 - a. Área urbana
 - b. Área rural
 - c. Áreas mixtas
5. Según su experiencia, ¿cuál es el nivel de higiene promedio en dicha población?
 - a. Óptimo
 - b. Medio

- c. Deficiente
6. Según su experiencia, ¿con qué frecuencia diagnostica patologías orales en la población de 3-16 años?
- a. Muy frecuentemente
 - b. Frecuentemente
 - c. Ocasionalmente
 - d. Rara vez
7. Según su experiencia, ¿qué patologías presentan mayor prevalencia en población de 3-16 años?
- a. Caries dental
 - b. Enfermedad gingival
 - c. Malposición dentaria
 - d. Lesiones mucosas benignas
 - e. Manifestaciones orales de enfermedades sistémicas
 - f. Procesos malignos
8. Según su experiencia, ¿quiénes presentan más prevalencia de patologías bucodentales?
- a. Niños
 - b. Niñas
 - c. No existe una diferencia significativa entre ambos.
9. Según su experiencia, ¿cuáles piensa que son los principales factores de riesgo a los que se enfrenta la población del estudio?
- a. Higiene oral deficiente
 - b. Hábitos dietéticos inadecuados
 - c. Precariedad de servicios odontológicos

- d. Consumo de sustancias nocivas

10. Según su experiencia, ¿por qué los padres/madres/tutores se demoran en buscar asistencia odontológica para sus hijos?

- a. Falta de concienciación
- b. Alto coste
- c. Miedo o ansiedad al dentista
- d. Creencias sociales y/o ambientales
- e. Acceso limitado

11. Según su experiencia, ¿qué nivel de conocimiento y concienciación sobre salud oral poseen los padres/madres/tutores?

- a. Muy alto
- b. Alto
- c. Medio
- d. Bajo
- e. Muy bajo

12. En su opinión, ¿qué tanto influyen los factores socioeconómicos en la salud oral?

- a. Mucho
- b. Moderado
- c. Poco
- d. Ninguno

13. En su opinión, ¿crees que la implicación del sistema nacional de salud es suficiente para garantizar una adecuada salud oral?

- a. Sí
- b. No

14. ¿Qué método considera más efectivo para reducir la prevalencia de patologías orales?
- a. Campañas de salud oral
 - b. Formación a padres/madres/tutores
 - c. Talleres de higiene oral
 - d. Charlas nutricionales
 - e. Aumentar la asistencia odontológica en áreas rurales

ANEXO 2. CONSENTIMIENTO INFORMADO.

1. El presente cuestionario forma parte del Trabajo de Fin de Grado en Odontología de la Universidad Europea de Madrid titulado "Determinantes de Salud Oral en Población de 3-16 Años" y dirigido por . El propósito del presente trabajo es identificar los determinantes de la salud oral en la población infanto-juvenil de 3-16 años con un cuestionario dirigido a Médicos Estomatólogos y Odontólogos, y la información será recogida a través de una breve encuesta.

Su participación en este estudio es de carácter libre y voluntario, pudiendo solicitar ser excluido del mismo, sin justificación previa ni perjuicio para usted. La información recogida será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de esta investigación y derivados de la divulgación investigativa. Los datos recogidos serán completamente anónimos. No se solicitarán datos personales identificativos. Los datos que se recojan en la encuesta se tratarán de acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

A los efectos de lo dispuesto en el reglamento de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, queda informado y es expresamente consiente de la utilización de los datos proporcionados en la encuesta, con los fines anteriormente indicados. El presente consentimiento se otorga sin perjuicio de todos los derechos que le asisten en relación con normativa anteriormente citada, existiendo la posibilidad de acceder a la información proporcionada, rectificación, cancelación y oposición en cualquier momento que lo desee. Para ello debe dirigirse por escrito al tutor

¿Da su consentimiento de participación en la encuesta como voluntario/a para que los resultados en la encuesta se utilicen en el Trabajo Fin de Grado "Determinantes de la Salud Oral en Población de 3-16 años"? * 

☐ Sí.

☐ No.

ANEXO 3. APROBACIÓN POR PARTE DE LA COMISIÓN DEL TFG.

A continuación, se indica el código que el alumno debe de indicar en el trabajo, en la sección de Metodología, para reflejar que cuenta con la aprobación del departamento: **DD.040/2425**