



UNIVERSIDAD LAICA “ELOY ALFARO” DE MANABÍ

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN
DEL TÍTULO EN ODONTOLOGÍA**

TEMA:

Relación del nivel socioeconómico con higiene bucodental en adolescentes

AUTORA:

María Elizabeth Paredes Martínez.

TUTORA:

Dra. Shirley Ximena Arteaga Espinoza.

MANTA-MANABÍ-ECUADOR

2024

CERTIFICACIÓN

Mediante la presente certifico que la egresada **María Elizabeth Paredes Martínez** se encuentra realizando su tesis de grado titulada “**Relación del nivel socioeconómico con higiene bucodental en adolescentes**” bajo mi dirección y asesoramiento, y de conformidad con las disposiciones reglamentarias establecidas para el efecto.



Dra. Shirley Ximena Arteaga Espinoza, PhD.

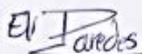
Directora de Tesis

 **Dra. Ximena Arteaga De Giler**
ODONTÓLOGA

DECLARACIÓN DE AUTORÍA

Yo, **María Elizabeth Paredes Martínez** con C.I # 1315726214 en calidad de autora del proyecto de investigación titulado **“Relación del nivel socioeconómico con higiene bucodental en adolescentes”**. Por la presente autorizo a la Universidad Laica “Eloy Alfaro” de Manabí hacer uso de todos los contenidos que me pertenecen o de parte de los que contienen esta obra, con fines estrictamente académicos o de investigación.

Los derechos que como autor/a me corresponden, con excepción de la presente autorización, seguirán vigentes a mi favor, de conformidad con lo establecido en los artículos 5, 6, 8, 19 y además de la Ley de Propiedad Intelectual y su reglamento.



María Elizabeth Paredes Martínez

C.I. 1315726214

APROBACIÓN DEL TRIBUNAL DE GRADO

Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí

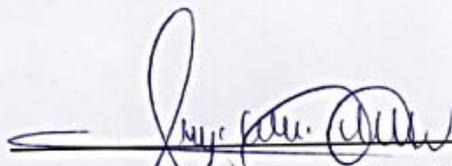
Facultad Ciencias de la Salud

Carrera de Odontología

Tribunal Examinador

Los honorables Miembros del Tribunal Examinador luego del debido análisis y su cumplimiento de la ley aprueben el informe de investigación sobre el tema "RELACIÓN DEL NIVEL SOCIOECONÓMICO CON HIGIENE BUCODENTAL EN ADOLESCENTES".

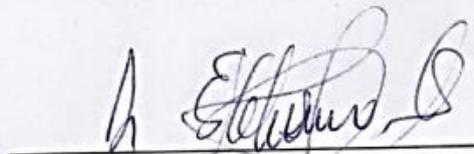
Presidente del tribunal


Od. Freya Andrade Vera, Esp.

Miembro del tribunal


Dr. Julio Cesar Jimbo Mendoza, PhD

Miembro del tribunal


Dr. Eric Chusino Alarcon Mg. Esp. PhD

Manta, 16 de Agosto de 2024

DEDICATORIA

Esta tesis se la dedico principalmente a Dios, porque me dio la sabiduría y fortaleza necesaria para nunca rendirme y poder continuar en este camino.

También es dedicada a mis padres, por siempre creer y confiar en su hija, por nunca soltarme y apoyarme, porque ellos son el motivo y la razón de la persona que me he convertido hoy en día. Sin duda alguna no dejaría a un lado a cada uno de mis hermanos, a ellos les dedicó mi tesis porque de una u otra forma influyeron positivamente en mis ideales.

También se las dedico a mis amigas del colegio; Iris, Magdalena, Lilian y Monsita, a ellas porque gracias a ellas conozco el verdadero significado de amistad. A mis compañeros de la carrera de Odontología, porque comenzamos juntos este recorrido y lo culminamos juntos, por ser seres de luz durante todo el trayecto y el apoyo de ellos nunca me hicieron falta.

Le dedico esta tesis a cada uno de mis profesores durante toda la carrera de Odontología, por darme todos los conocimientos necesarios para convertirme en una excelente profesional en el área de la salud.

Y por último, se la dedico a mi perro llamado Nino y a mi persona, Elizabeth Paredes. Aunque mi perro no sea un ser racional yo lo considero uno, porque me ayudó a mantenerme saludable mental y emocionalmente en toda mi vida universitaria y por seguirlo haciendo sin pedirlo, no hubiera sido lo mismo sin la compañía de él. Me dedico mi tesis por nunca darme por vencida, continuar y finalizar todo el proceso.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por las bendiciones que me envió y de esta manera poder terminar satisfactoriamente este proyecto.

Eternamente agradecida con mis padres, Vinicio Paredes y Mariana Martínez, ellos fueron la pieza clave durante este camino para poder cumplir mis metas, sin ellos todo este proceso no hubiera sido lo mismo, les agradezco por ser los padres que son y siempre serán mi mayor inspiración y ejemplo a seguir. A mis hermanos: César, Jasson, Jeanpher, Yury y Maritza, gracias a ellos porque no hay mejores personas para enseñarte y ayudarte a superar día a día como lo hicieron ellos conmigo. Gracias familia por la confianza que me dieron, gracias a ustedes logré llegar a la meta.

Gracias a cada uno de mis docentes y técnicos docentes que formaron parte de mi vida universitaria, por compartir sus conocimientos, por enseñar con paciencia y amor las materias y clínicas correspondientes. Agradezco especialmente a mi tutora de tesis, Dra. Ximena Arteaga, porque su orientación en este trabajo de investigación no hubiera sido lo mismo sin la presencia de ella.

Agradezco a cada una de las personas que aceptaron ser mis pacientes en las clínicas de la carrera de Odontología, porque confiaron en mí para ofrecerles una mejor salud oral. Gracias también a cada uno de los conserjes, porque estuvieron presentes abriendo cada aula, las clínicas y estar siempre dispuestos a ayudar si lo necesitaba.

Gracias a la Universidad, porque me dio la oportunidad de poder estudiar esta carrera, gracias a ella conocí personas increíbles que muy pronto tendré la dicha de llamarlos “Colegas”. Gracias a mi grupo de amigas y a mi amigo Alejandro Salvatierra, por estar siempre presentes y acompañarme en este proceso, mi vida como estudiante universitaria. Gracias a mi enamorado, Adalid Vera, por ayudar y apoyar cuando lo necesitaba, gracias por tu compañía, por estar sin pedirlo.

Finalmente, Gracias a todos los que formaron parte de este recorrido que me gusta llamarlo “Mi Vida Universitaria”.

ÍNDICE GENERAL

CERTIFICACIÓN	ii
DECLARACIÓN DE AUTORÍA.....	iii
APROBACIÓN DEL TRIBUNAL DE GRADO	iv
DEDICATORIA	v
AGRADECIMIENTO	vi
RESUMEN.....	ix
ABSTRACT.....	x
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I. EL PROBLEMA.....	2
1.1. Planteamiento del problema.....	2
1.2. Formulación del problema	3
1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	4
1.3.1. General.....	4
1.3.2. Específicos	4
1.4. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	5
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO	6
2.1. Antecedentes de la investigación	6
2.2. Bases teóricas	8
2.2.1. Factor socioeconómico y salud	8

2.2.1.1. Clases sociales.....	9
2.2.1.2. Aspectos que determinan la clase social	10
2.2.2. Higiene bucodental	11
2.2.2.1. Comportamientos de salud bucal	12
2.2.3. Adolescencia, salud bucal y nivel socioeconómico	12
CAPÍTULO III. MARCO METODOLÓGICO.....	14
3.1. Tipo y diseño de investigación	14
3.2. Criterios para la búsqueda bibliográfica	14
3.3. Criterios para la inclusión de artículos.....	14
3.4. Criterios de exclusión de artículos	14
3.5. Plan de análisis.....	15
CAPÍTULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	16
DISCUSIÓN	23
CONCLUSIONES	25
RECOMENDACIONES.....	26
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	27

RESUMEN

La caries y las enfermedades periodontales tienen un impacto negativo en la calidad de vida de las personas. Para la prevención de dichas enfermedades es necesario que se establezcan hábitos de higiene bucal con la finalidad de realizar un control mecánico de la placa bacteriana. El objetivo fue analizar la relación entre el nivel socioeconómico y la higiene bucodental en adolescentes. Se realizó una revisión sistemática en la que se localizaron 20 artículos que cumplieron con los criterios de inclusión siendo los estudios transversales los más representados con 16 artículos. Los resultados permitieron evidenciar que las prácticas de higiene bucal de los adolescentes son el control de la placa bacteriana por medio del cepillado dental, el hilo dental y los cepillos interdetales. Sin embargo, el uso de estos dos últimos es muy limitado, ya que solo uno de cada 10 adolescentes los utiliza. Existen factores que influyen en que los adolescentes tengan mayor responsabilidad con su higiene bucal y tengan mejor adherencia a los tratamientos odontológicos, entre ellos se encuentran el nivel de ingresos y el número de personas del grupo familiar, el nivel educativo de los padres y las creencias sobre la salud bucal. Se concluye que a menor ingreso familiar y menor nivel educativo de los padres los adolescentes son menos responsables con las prácticas de higiene bucal lo que los hace más vulnerables a enfermedades como la caries y las enfermedades periodontales.

Palabras clave: higiene bucal, placa bacteriana, cepillado dental, nivel socioeconómico, adolescentes.

ABSTRACT

Caries and periodontal diseases have a negative impact on people's quality of life. To prevent these diseases, it is necessary to establish oral hygiene habits in order to carry out mechanical control of bacterial plaque. The objective was to analyze the relationship between socioeconomic level and oral hygiene in adolescents. A systematic review was carried out in which 20 articles that met the inclusion criteria were located, with cross-sectional studies being the most represented with 16 articles. The results showed that the oral hygiene practices of adolescents are the control of bacterial plaque through tooth brushing, flossing and interdental brushes. However, the use of these last two is very limited, since only one in 10 adolescents uses them. There are factors that influence adolescents to have greater responsibility for their oral hygiene and have better adherence to dental treatments, among them are the level of income and the number of people in the family group, the educational level of the parents and the beliefs about oral health. It is concluded that the lower the family income and the lower the educational level of the parents, the less responsible adolescents are with oral hygiene practices, which makes them more vulnerable to diseases such as caries and periodontal diseases.

Keywords: oral hygiene, bacterial plaque, tooth brushing, socioeconomic level, adolescents.

INTRODUCCIÓN

El control mecánico de placa bacteriana y el uso de antimicrobianos tienen el objetivo de controlar los niveles de placa, lo cual facilita el mantenimiento del equilibrio saludable de la microbiota oral. Este es uno de los principios de la higiene oral y permite prevenir enfermedades infecciosas de la cavidad bucal como la caries y las enfermedades periodontales Cuenca & Baca (2013).

Investigaciones como la realizada por Peltzer & Pengpid (2014), sugieren que la higiene bucal deficiente sumada a un bajo nivel socioeconómico de adolescentes aumenta el riesgo de desarrollar caries y enfermedad periodontal en este grupo poblacional y se constituyen en factores que pudieran predecir una salud oral comprometida.

El objetivo de esta investigación es analizar la relación entre el nivel socioeconómico y la higiene bucodental en adolescentes. Para cumplir con ello se hará una revisión sistemática de la literatura que hará posible la elaboración de una síntesis de la evidencia sobre dicho tema.

El trabajo estará dividido en cuatro secciones o capítulos. En el primer capítulo, se describe el problema, se plantean los objetivos y se presenta la justificación de la investigación. En el segundo se presentan los antecedentes de la investigación y las bases teóricas, lo cual conforma el marco teórico de la investigación. En el tercero se explica la metodología que se utilizará para la revisión sistemática y en el último capítulo se presentan los resultados de la investigación, así como la discusión, conclusiones y recomendaciones.

CAPÍTULO I. EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

Las enfermedades de la cavidad bucal se encuentran entre los problemas de salud más comunes. Incluyen las enfermedades más extendidas, como la caries dental y las enfermedades periodontales, que afectan a todas las poblaciones y grupos de edad. Según Soldo et al (2020), ambas infecciones tienen una etiología multifactorial, y es necesario reducir su riesgo de desarrollo, para lo cual se deben adoptar comportamientos saludables, como la eliminación mecánica de la placa y hábitos alimentarios adecuados.

Barboza-Solís et al (2020), refiere que el estado de salud-enfermedad suele medirse por medio de estadísticas, y poco se toma en cuenta que los problemas bucales son influenciados en muchos países por el nivel socioeconómico. En promedio, los individuos que presentan mayores desventajas sociales y económicas (base de la jerarquía social), presentan peores indicadores de higiene bucal al compararlos con la llamada clase media. Incluso estos últimos tienen peores cuadros clínicos que los que ocupan la cima de la jerarquía social. En consecuencia, el estrato social al que se pertenece afecta la salud oral.

El concepto de clase social se refiere a la existencia de diferencias entre las oportunidades y recursos que tienen las personas según su clase. Esto influye en la posibilidad de tener una vida saludable o no tenerla, por ejemplo, las personas de las clases sociales más desaventajadas tienden a ser las que presentan peor higiene bucodental Fernández et al (2015).

Para monitorear las desigualdades y lograr una mayor equidad debe darse menos peso al paradigma de los factores de riesgo por ser conceptualmente individualista y conductual. Como contraparte deben incorporarse los aportes de la ecoepidemiología que promueve la importancia de los determinantes sociales de la salud bucodental. Es importante tomar en cuenta el nivel socioeconómico como otro factor importante del proceso salud enfermedad y aceptar la existencia de diferencias sociales y económicas Mújica (2015).

Según lo expresado por Peres et al (2021), tanto las personas como las sociedades socialmente más favorecidas tienen mejores resultados y esperanza de vida que sus contrapartes desfavorecidas, esto es un fenómeno casi universal. También se observa que los grupos socialmente vulnerables tienen una salud bucal deficiente en comparación con grupos de nivel socioeconómico alto.

En este contexto, la presente investigación tiene el propósito de analizar la relación entre el nivel socioeconómico y la higiene bucodental en adolescentes.

1.2. Formulación del problema

¿Cuál es la relación entre el nivel socioeconómico y la higiene bucodental en adolescentes?

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1. General

Analizar la relación entre el nivel socioeconómico y la higiene bucodental en adolescentes.

1.3.2. Específicos

- Identificar los factores socioeconómicos que influyen en las prácticas de higiene bucal.
- Correlacionar el nivel socioeconómico con la higiene bucal de los adolescentes.

1.4. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

La higiene bucal es una condición indispensable para la prevención de enfermedades bucodentales. Esta investigación con un diseño de revisión permitirá obtener nuevos conocimientos que pueden ayudar a los profesionales de la salud bucal a comprender mejor el problema de estudio y ayudarles a abordar esta problemática en otros contextos y otros diseños.

La idea es que los resultados de este estudio proporcionen evidencia científica que sirva de base para la formulación de políticas y programas de salud bucodental dirigidos a adolescentes. Estas intervenciones pueden diseñarse específicamente para abordar los desafíos relacionados con el nivel socioeconómico y promover hábitos de higiene bucodental adecuados en la población estudiantil.

Así mismo, este estudio permitirá identificar posibles brechas o desigualdades en los cuidados dentales. Esto permitirá desarrollar estrategias más efectivas para abordar estas disparidades y mejorar la salud bucodental de los adolescentes, independientemente de su nivel socioeconómico.

Por otro lado, la difusión de los resultados de este trabajo puede ayudar a crear conciencia sobre la importancia de la higiene bucodental en los adolescentes. De hecho, más allá de los mismos odontólogos, estos resultados benefician a la comunidad en general, educadores y padres porque pueden ser educados para fomentar hábitos saludables y promover una mayor atención a la salud bucodental de los adolescentes.

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

Sbricoli et al (2022), publicaron un artículo denominado Higiene bucal en la adolescencia: un estudio basado en cuestionarios. Se distribuyó un cuestionario anónimo a personas nacidas entre 2000 y 2005, tanto en papel como en línea. De los 213 adolescentes que respondieron el cuestionario, 206 fueron al dentista al menos una vez y 144 experimentaron al menos una sesión de higiene bucal profesional. Aproximadamente el 83% de la muestra se cepillaba los dientes al menos dos veces al día, mientras que sólo el 7% usaba hilo dental a diario. Sólo al 54% de los encuestados que usaban aparatos de ortodoncia se les recomendó que se sometieran a una higiene bucal profesional durante su tratamiento de ortodoncia. La educación sobre higiene bucal en el hogar provino únicamente de sus padres para el 61% de toda la muestra. La mayoría de los encuestados acudió aparentemente demasiado tarde a su primera visita al dentista.

Los autores, Lawal et al (2022), desarrollaron una investigación que tuvo como objetivo evaluar el impacto de los hábitos de higiene bucal en la calidad de vida relacionada con la salud bucal de los adolescentes. Se realizó un estudio transversal entre 1 800 adolescentes de entre 14 y 18 años. Los datos se recopilaron mediante un cuestionario autoadministrado, que evaluó las características sociodemográficas, los hábitos de higiene bucal y la calidad de vida relacionada con la salud bucal de los estudiantes. Los resultados mostraron que la edad media de los adolescentes fue de 15,16 años. El 60% se cepillaba los dientes dos o más veces al día y 7% lo hacían después de las comidas. Alrededor de 1 215 (68%) dedicaron tres minutos o más a cepillarse los dientes. Sólo unos pocos 238 (13%) limpiaron interdentalmente y 137 (8%) utilizaron hilo dental.

Stein et al (2018), realizaron una revisión que tuvo el objetivo de evaluar la efectividad de las acciones educativas en salud bucal en el contexto escolar en la mejora de la higiene bucal y la caries dental en escolares. Se incluyeron ensayos clínicos con escolares entre 5 y 18 años. Los estudios elegibles fueron aquellos que tenían como resultados caries, acumulación de placa, gingivitis, dolor dental o pérdida de dientes. Cinco estudios mostraron una reducción en los niveles de placa y dos estudios con gingivitis como resultado no encontraron ningún efecto. No hubo suficiente evidencia sobre la efectividad de las intervenciones para reducir la caries dental. Se pudo concluir que las acciones educativas tradicionales en salud bucal fueron efectivas para reducir la

placa, pero no la gingivitis. No existe evidencia a largo plazo con respecto a la efectividad de estas intervenciones para prevenir la acumulación de placa, gingivitis y caries dental en el ambiente escolar.

Shin et al (2020), desarrollaron un estudio que se propuso determinar si la desigualdad socioeconómica en caries dental no tratada en adolescentes disminuyó luego de implementar la política de cobertura ampliada de sellantes dentales. La brecha entre los estratos económicos más bajos y los más altos fue similar para el grupo de 12 a 18 años, pero se amplió en las caries dentales no tratadas incluso después de la cobertura del sellante. Concluyeron que la política tuvo un impacto positivo y contribuye a la reducción de las brechas de salud bucal entre adolescentes menos favorecidos respecto a los más favorecidos.

Peltzer & Pengpid (2014), investigaron el comportamiento de higiene bucal y los factores de riesgo entre adolescentes escolarizados de 13 a 15 años en cuatro países del sudeste asiático. Los resultados indican que, en general, el 22,4% de los adolescentes informaron una higiene bucal subóptima se cepillan los dientes menos de dos veces al día y entre los masculinos se encontró que un nivel socioeconómico más bajo se asoció con una frecuencia de cepillado dental subóptima.

Un estudio realizado por Mathur et al (2016), en adolescentes de la India, evidenció una higiene bucal deficiente en la mitad de los participantes. Mientras menor era el nivel socioeconómico fueron peores los resultados de higiene bucal. Reportaron que el área de residencia surgió como un fuerte predictor socioeconómico de la prevalencia de una higiene bucal deficiente entre los adolescentes indios.

Por su parte, Gurgel et al (2022), tuvieron como objetivo conocer las condiciones de higiene bucal y percepción de salud bucal entre jóvenes en hogares de acogida. La muestra fue de 40 adolescentes con edades entre 10 y 17 años. La mayoría de los adolescentes (62,5%) refirieron que en los últimos 30 días se cepillaron los dientes 3 veces al día. En cuanto a la autopercepción de la salud bucal, aunque la mayoría de los adolescentes (85%) reportaron sentirse bien o muy bien con su salud bucal, casi un tercio (27,5%) reportó sentirse frecuentemente avergonzado al sonreír.

Un estudio publicado por Bulgareli et al (2021), se planteó el objetivo de investigar los factores que influyen en la adherencia al tratamiento odontológico de atención primaria en adolescentes socialmente desfavorecidos. Los resultados evidenciaron que la condición de vulnerabilidad social de los adolescentes resultó en

situaciones incompatibles con la adherencia, lo que dificulta el tratamiento odontológico y la planificación de los servicios de salud.

Así también, Jung et al (2018), evaluaron la desigualdad en la salud bucal entre adolescentes y explicaron los mecanismos de tales desigualdades en Gangneung, Corea del Sur. Se reportó que hubo desigualdades socioeconómicas en la salud bucal entre los adolescentes participantes. Dado que el estado de salud bucal durante la adolescencia puede persistir a lo largo de la vida de una persona, se requiere una intervención para abordar tales desigualdades y entornos escolares.

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Factor socioeconómico y salud

Fernández et al (2015), afirma que la desigualdad en salud tomando en cuenta la clase social se refiere a la diferencia entre las oportunidades y recursos que tienen las personas de diferentes clases sociales. Esto influye en la posibilidad de tener una vida saludable o no tenerla, por ejemplo, las personas de las clases sociales más desaventajadas tienden a ser las que presentan peor salud. Estas desigualdades son importantes debido a su gran magnitud porque causan un exceso de casos de enfermedad y muerte que supera a lo que se produce por los factores de riesgo conductuales. Además, son desigualdades graduales, ya que afectan a toda la población y no solo a los sectores más pobres.

Las comparaciones de las desigualdades sociales en salud entre grupos de población también son esenciales para comprender las razones sociales, económicas y políticas subyacentes por las cuales una población puede tener una menor desigualdad social en salud que otra. Otras motivaciones pueden incluir la identificación de grupos sociales que son más vulnerables a una mala salud bucal, y se pueden adoptar estrategias para ampliar las políticas existentes para reducir los altos niveles de enfermedad dentro de subgrupos de población específicos Peres et al (2021).

A nivel de salud bucal, las disparidades en la atención reflejan oportunidades desiguales para estar sanos, lo que hace que los grupos desfavorecidos estén aún más desfavorecidos con respecto a su salud bucal. Por ello, reducir las disparidades en la atención de la salud bucal significa brindar a los grupos sociales desfavorecidos igualdad de oportunidades para estar saludables. Buscar la equidad en la atención de la salud bucal significa buscar la eliminación de las disparidades en la atención de la salud bucal, es decir, igual acceso a la atención disponible para iguales necesidades, igual utilización para iguales necesidades e igual calidad de atención para todos Northridge et al (2020).

2.2.1.1. Clases sociales

El concepto de clase social, según Portes & Hoffman (2013), se refiere a categorías distintivas y perdurables en la población que se caracterizan por su acceso diferencial a los recursos que otorga el poder y las posibilidades de vida correspondientes. En las sociedades capitalistas, esos recursos que definen a la clase están relacionados explícitamente con los mercados y con la capacidad de los individuos para competir eficazmente en ellos.

Al respecto, Sembler (2016), plantea que desde la óptica marxista, la delimitación y diferenciación de grupos (clases) sociales se vincula directamente con la forma en que se organiza el proceso de trabajo en un determinado momento histórico (división social del trabajo), o en términos más amplios, con la articulación de un modo de producción y su consiguiente estructuración de determinadas relaciones sociales.

Es decir, el análisis de Marx considera que el proceso de trabajo –entendido como la transformación material del entorno mediante una acción (social) con una finalidad particular – se organiza en torno a los siguientes componentes o factores: (a) una actividad creadora de valor y adecuada de acuerdo con una finalidad; (b) un objeto sobre el cual la primera actúa y se materializa; y (c) los medios de trabajo que se emplean para el cumplimiento del proceso. Al primer factor, entonces, se le puede identificar como trabajo productivo, mientras que el objeto y los medios de trabajo corresponderían a los denominados medios de producción Sembler (2016).

Por el contrario, el enfoque weberiano destaca algunos conceptos fundamentales para el análisis de la estratificación y las clases sociales que son diferentes. La principal relevancia del análisis de Weber radica en considerar una multiplicidad de mecanismos y fuentes que actúan en la diferenciación y estratificación de los grupos en una sociedad, y no sólo el acceso desigual a los medios de producción y la diferenciación de clases considerada por Marx. Precisamente, esta extensión de los mecanismos y tipos de diferenciación social se vincula con la preocupación central del análisis weberiano, esto es, las relaciones de poder y dominación que se establecen en el marco de una comunidad política Fernández et al (2015).

En consecuencia, para Weber, las relaciones sociales en una comunidad aparecen estructuradas a partir de una distribución desigual del poder, vale decir, de las probabilidades de un individuo o un grupo social de imponer su voluntad particular sobre otros, lo cual se liga a la existencia de tres variados tipos de recursos que confieren, a su

vez, diversas expresiones de poder, a saber: (a) los bienes y servicios presentes en el ámbito del mercado (poder de disposición); (b) el honor social o prestigio (poder social); y (c) el poder político Sembler (2016).

Mientras el análisis de Marx sobre las clases se vincula a la existencia de relaciones de explotación, en Weber se trata más bien de relaciones de dominación, de distribuciones desiguales del poder, todo lo cual daría origen a un esquema multidimensional de la estratificación, en el sentido que existen diversos mecanismos que diferencian y ordenan a los grupos sociales Portes & Hoffman (2013).

2.2.1.2. Aspectos que determinan la clase social

Según Moiso (2007), existen varios aspectos que determinan la clase social y cómo esto afecta sus condiciones de salud. Esto se detalla a continuación:

A. Ingreso y estatus social - Gradiente social

Estatus Social se refiere a la posición social de una persona en relación con las otras, su importancia relativa. Afecta a la salud determinando el grado de control que la gente tiene sobre las circunstancias de la vida. Afecta su capacidad para actuar y hacer elecciones por sí mismos. La posición social alta y el ingreso, de algún modo actúan como un escudo contra la enfermedad. El gradiente social determina que a más bajo nivel social, la expectativa de vida es menor, y mayor la frecuencia de enfermedad. Las personas de clase social baja corren un riesgo por lo menos dos veces mayor de enfermedad seria o muerte prematura, que aquellas que se encuentran en el nivel más alto.

Los efectos no están confinados a los pobres: el gradiente social en salud atraviesa toda la sociedad. Se debe a causas materiales y psicosociales. Las personas que ganan los salarios más altos de la escala son más saludables que las de ingresos medios. Las personas con ingresos medios, a su vez, son más saludables que las personas con ingresos bajos. Las personas más pobres viven menos y están enfermas con más frecuencia que las ricas. Con un ingreso alto, uno tiene la capacidad para: adquirir vivienda adecuada, alimentos y otras necesidades básicas, hacer más elecciones y sentirse más en control sobre las decisiones en la vida. Este sentimiento de estar en control es básico para una buena salud.

B. Empleo y desempleo - Condiciones de trabajo

Las personas con más control sobre las circunstancias de su trabajo y sin demandas estresantes son más saludables y viven más que aquellas con un trabajo más riesgoso o estresante. Los riesgos y lesiones en el ambiente laboral son causa significativa

de problemas de salud. La salud se deteriora cuando no hay oportunidades para demostrar habilidades y se tiene poca autoridad decisoria.

Desempleo y subempleo están asociados con mala salud. El impacto del desempleo en la salud se traduce en muerte temprana, tasas más altas de suicidio y enfermedad coronaria en los que han estado desempleados por una cantidad significativa de tiempo; problemas emocionales de las esposas e hijos, especialmente en los adolescentes; recuperación incompleta y lenta de la salud física y mental después del desempleo. Los efectos están vinculados a sus consecuencias psicológicas y los problemas financieros. La seguridad del trabajo aumenta salud, bienestar y satisfacción en el trabajo. La inseguridad laboral incrementa los problemas de salud mental (ansiedad y depresión).

C. Educación

En promedio, las personas con mayores niveles educativos tienen mayores probabilidades de ser empleados, tener trabajos con más alto estatus social y tener ingresos estables. La educación incrementa las elecciones y oportunidades disponibles, la seguridad y satisfacción en el trabajo, mejora lo que se conoce como “alfabetización en salud”, aumenta la seguridad financiera y brinda a las personas las habilidades necesarias para identificar y resolver problemas individuales y grupales Moiso (2007).

D. Pobreza

La pobreza se inscribe en la estratificación como el escalón menos favorecido de las clases sociales. Es un fenómeno de todos los tiempos y lugares, aunque su magnitud y extensión varían. Se caracteriza por la exclusión en el acceso al poder, a los bienes económicos y culturales, y esto la aproxima a la marginalidad.

2.2.2. Higiene bucodental

Una higiene bucal deficiente compromete la salud bucal, lo que a su vez tiene impactos negativos en la salud general y la calidad de vida. Estos impactos pueden tomar la forma de dolor, malestar, baja autoestima y mala asistencia y rendimiento escolar. Uno de los principales indicadores de la higiene bucal es la frecuencia del cepillado de dientes. Los hábitos regulares de cepillado de dientes adoptados en la adolescencia generalmente se mantienen hasta la edad adulta y pueden reducir la carga de enfermedad, ya que pueden tener un papel protector contra los factores de riesgo cardiometabólicos. A pesar de los conocidos beneficios del cepillado de dientes, se ha descubierto que aproximadamente

entre el 5 % y el 10 % de los adolescentes de los países de ingresos bajos y medios (PIBM) nunca o rara vez se cepillan los dientes Santoso et al (2021).

2.2.2.1. Comportamientos de salud bucal

Estos comportamientos están influenciados por determinantes psicosociales, económicos, culturales y ambientales. Los entornos familiares, incluido el estatus socioeconómico (ESE), la cultura, el apoyo de los padres y el modelo a seguir, desempeñan un papel clave a la hora de permitir y apoyar elecciones saludables y el estilo de vida. La influencia familiar es particularmente importante en el desarrollo de hábitos de cepillado de dientes, que se inician a edades tempranas. Además, la escuela y el entorno social donde los niños viven, aprenden y juegan afectan sus conductas de salud bucal Al-Ansari (2022).

Para lograr una higiene bucal satisfactoria es fundamental realizar el control de placa, para ello el cepillado es un aspecto central. Si es efectivo, reduce la placa supragingival y la parte más cercana al margen gingival de la placa subgingival. No obstante, con el cepillado la limpieza interdental no es suficiente, por lo que debe complementarse con el uso de hilo dental o cepillos interdenciales Baca & Junco (2013).

El control de la placa es uno de los factores más importantes en la prevención de enfermedades bucales. Por lo tanto, mantener una buena higiene bucal es el principal objetivo para la prevención de enfermedades bucales. Además, para que el nivel de placa se reduzca, se debe motivar y educar a los pacientes sobre la forma adecuada de mantener la higiene bucal, lo que puede lograrse mediante programas educativos sobre la importancia de la higiene bucal Achembong et al (2014).

Cabe mencionar que aspectos necesarios para un óptimo control mecánico de la placa son su realización universal, es decir, todas las personas deben realizarlo; debe ser todos los días y varias veces en el día; y se necesita ejecutar una técnica acertada Cuenca & Baca (2013).

2.2.3. Adolescencia, salud bucal y nivel socioeconómico

A medida que los niños entran en la adolescencia, que es un período de transición de la vida marcado por cambios físicos y psicológicos, la influencia social se vuelve cada vez más importante, particularmente de sus compañeros. Se sabe que la interacción social es una motivación para cepillarse los dientes. Un estudio también sugirió que la angustia psicológica podría afectar negativamente los comportamientos de salud bucal. El impacto

de los factores psicosociales en las conductas de salud puede diferir en diferentes entornos socioculturales Sbricoli et al (2022).

En cuanto a los elementos relacionados con la salud bucal durante la adolescencia, hay que separar la pubertad (preadolescencia), que dura de dos a cuatro años con un inicio que varía según el género, la raza/etnicidad y el sobrepeso/obesidad. A nivel de la cavidad bucal las niñas púberes (normalmente de 10 a 14 años) y los niños púberes (normalmente de 12 a 16 años) pueden experimentar gingivitis debido a una mayor respuesta inflamatoria a la placa, incluso si sus niveles reales de placa no han aumentado Northridge et al (2020).

La situación de pobreza, más que la raza/etnicidad o el género, parece ser el principal factor que influye en la disparidad documentada en la experiencia de caries en los dientes permanentes entre los adolescentes. Sin embargo, la raza/etnicidad junto con el estado de pobreza contribuyen a la presencia continua de disparidades en la salud bucal entre los jóvenes y los niños Zaura & ten Cate (2015).

Según comenta Mabry (2019), la higiene personal, como cualquier actividad social establecida, recibe diferentes respuestas durante la adolescencia. Las molestias de los padres o del odontólogo a menudo conducirán a una respuesta negativa. Cuando un paciente adolescente comprende la importancia de la higiene bucal y está dispuesto a comprometerse diariamente con ella, el odontólogo puede ayudarlo a desarrollar una rutina que sea aceptable para el paciente y mantenga un entorno bucal saludable.

Durante este período, el uso del hilo dental debe convertirse en parte de la rutina diaria de higiene bucal. Los adolescentes deben tener una coordinación ojo-mano y una actividad motora fina bien desarrolladas. Aquellos que tienen dificultades con el método tradicional de uso del hilo dental pueden beneficiarse de un soporte para hilo dental Nowak (2019).

El objetivo para el adolescente debe ser realizar un cepillado minucioso de los dientes con una pasta dental fluorada al menos dos veces al día, idealmente al comienzo del día y antes de acostarse. Después de las comidas se debe favorecer un enjuague vigoroso con agua. Si hay aparatos de ortodoncia, será necesario tiempo adicional, así como modificaciones de la rutina, para eliminar no solo la placa sino también los residuos atrapados alrededor de los brackets y los alambres. También es importante prestar atención adicional para mantener la encía marginal sana Mabry (2019).

CAPÍTULO III. MARCO METODOLÓGICO

3.1. Tipo y diseño de investigación

El diseño de investigación utilizado es el de las revisiones sistemáticas. Estas implican la revisión de la literatura para poder responder una pregunta de investigación claramente formulada. Utiliza métodos sistemáticos y explícitos para la identificación, selección y evaluación crítica de investigaciones relevantes, así como recopilar y analizar datos de los estudios que se incluyen en la revisión Siddaway et al (2018).

3.2. Criterios para la búsqueda bibliográfica

Los artículos que forman parte de los resultados se encontraron en bases de datos electrónicas, entre ellas MEDLINE, PubMed, LILACS, EMBASE y SciELO.

Los idiomas de búsqueda fueron español, inglés y portugués.

Palabras clave de búsqueda en español: “higiene bucal”, “higiene oral”, “salud bucal”, “adolescentes”, “salud bucal de los adolescentes”, “nivel socioeconómico”, “determinantes sociales de salud”, “ecoepidemiología”, “gradiente social en salud”, “desigualdades sociales en salud”.

Palabras clave de búsqueda en inglés: “oral hygiene”, “oral health”, “adolescents”, “adolescent oral health”, “socioeconomic level”, “social determinants of health”, “ecoepidemiology”, “social gradient in health”, “social inequalities in health”.

Palabras clave de búsqueda en portugués: “higiene oral”, “saúde oral”, “adolescentes”, “saúde oral do adolescente”, “nível socioeconómico”, “determinantes sociais da saúde”, “ecoepidemiologia”, “gradiente social na saúde”, “social desigualdades na saúde”.

3.3. Criterios para la inclusión de artículos

Según su diseño se incluyen estudios transversales, estudios de cohorte, revisiones sistemáticas, metaanálisis y ensayos clínicos aleatorizados.

Según su año de publicación se incluyen artículos publicados a partir del año 2015.

3.4. Criterios de exclusión de artículos

Según el tipo de publicación se excluyen editoriales, cartas al editor.

Según su año de publicación se excluyen estudios publicados antes del año 2015.

3.5. Plan de análisis

Luego de realizar la síntesis de los principales resultados de los artículos incluidos en la revisión, se elaboran tablas narrativas para presentar la información relevante de cada publicación.

CAPÍTULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Tabla 1. Publicaciones sobre relación del nivel socioeconómico con higiene bucodental en adolescentes

Nro.	Autor (Año)	Título	Diseño
1	Mathur et al (2016)	Desigualdades socioeconómicas y determinantes del estado de higiene bucal entre los adolescentes urbanos de la India.	Estudio transversal
2	Nóbrega et al (2017)	Desigualdades sociales contextuales y aparición de caries dental en adolescentes: una revisión sistemática.	Revisión sistemática
3	Sbricoli et al (2022)	Higiene bucal en la adolescencia: un estudio basado en cuestionarios.	Estudio transversal
4	Lawal et al (2022)	Impacto de los hábitos de higiene bucal en la calidad de vida relacionada con la salud bucal de adolescentes escolarizados en Ibadan, Nigeria.	Estudio transversal
5	Amilani et al (2021)	Factores clave asociados con la calidad de vida relacionada con la salud bucal en adolescentes de Sri Lanka: un estudio transversal.	Estudio transversal
6	Silva et al (2021)	Condiciones de salud bucal de adolescentes en situación de vulnerabilidad social: revisión de la literatura	Revisión
7	Silva et al (2018)	Salud bucal de adolescentes quilombolas y no quilombolas rurales: un estudio de hábitos de higiene y factores asociados	Estudio transversal
8	Gurgel et al (2022)	Condiciones de higiene bucal y percepción de la salud bucal entre adolescentes institucionalizados: un estudio piloto	Estudio transversal
9	Koga et al (2020)	El papel del estatus socioeconómico y los factores psicosociales en la gingivitis en adolescentes socialmente desfavorecidos.	Estudio transversal
10	Gomes et al (2020)	Estado socioeconómico, apoyo social, creencias sobre salud bucal, factores psicosociales, conductas de salud y calidad de vida relacionada con la salud en adolescentes.	Estudio transversal

Elaborado por: Paredes (2024).

Tabla 1. Publicaciones sobre relación del nivel socioeconómico con higiene bucodental en adolescentes (continuación).

Nro.	Autor (Año)	Título	Diseño
11	Bashirian et al (2018)	Determinantes sociodemográficos como predictores del estado de higiene bucal y gingivitis en escolares de 7 a 12 años: un estudio transversal.	Estudio transversal
12	Elias-Boneta et al (2018)	Prevalencia de gingivitis y cálculo en puertorriqueños de 12 años: un estudio transversal.	Estudio transversal
13	Bulgareli et al (2021)	Determinantes de la adherencia al tratamiento odontológico de adolescentes socialmente vulnerables: un estudio de cohorte.	Estudio de cohorte
14	Vazquez et al (2015)	Factores individuales y contextuales relacionados con la caries dental en adolescentes brasileños desfavorecidos.	Estudio transversal
15	Santoso et al (2021)	Correlatos psicosociales y de estilo de vida de la práctica de higiene bucal entre adolescentes indonesios.	Estudio transversal
16	Sfreddo et al (2019)	Desigualdades socioeconómicas en la calidad de vida relacionada con la salud bucal en adolescentes: un estudio de cohorte.	Estudio de cohorte
17	Oyedele et al (2018)	Impacto de la higiene bucal y los factores sociodemográficos sobre la caries dental en una población suburbana de Nigeria.	Estudio transversal
18	Jung et al (2018)	Desigualdades en salud bucal entre adolescentes en Gangneung, Corea del Sur.	Estudio transversal
19	Shin et al (2020)	¿Contribuyó la política de cobertura extendida a aliviar la desigualdad socioeconómica en la caries dental no tratada tanto en niños como en adolescentes en Corea del Sur?	Estudio transversal
20	Lawal & Oke (2020)	Factores clínicos y sociodemográficos asociados con el conocimiento, la actitud y las prácticas de salud bucal de los adolescentes en Nigeria.	Estudio transversal

Elaborado por: Paredes (2024).

Tabla 2. Hallazgos sobre la relación del nivel socioeconómico con higiene bucodental en adolescentes de los artículos incluidos.

Nro.	Autor (Año)	Hallazgos y conclusiones
1	Mathur et al (2016)	<p>Se observó mala higiene bucal en el 50% de los adolescentes. Hubo un gradiente socioeconómico en la mala higiene bucal, observándose una mayor prevalencia en cada nivel de privación.</p> <p>Diversos factores materiales, psicosociales y conductuales no explicaron completamente las desigualdades observadas en la mala higiene bucal entre los diferentes grupos de adolescentes.</p>
2	Nóbrega et al (2017)	<p>Algunos artículos mostraron asociación significativa entre factores socioeconómicos contextuales y caries. A pesar de la medición de diferentes desigualdades sociales, como la clase social y el nivel de empoderamiento del vecindario, los estudios mostraron una asociación significativa entre los factores socioeconómicos contextuales y la caries.</p>
3	Sbricoli et al (2022)	<p>Aproximadamente el 83% de la muestra se cepillaba los dientes al menos dos veces al día, mientras que sólo el 7% usaba hilo dental a diario.</p> <p>Sólo al 54% de los encuestados que usaban aparatos de ortodoncia se les recomendó que se sometieran a una higiene bucal profesional durante su tratamiento de ortodoncia.</p> <p>La educación sobre higiene bucal en el hogar provino únicamente de sus padres para el 61% de toda la muestra.</p>
4	Lawal et al (2022)	<p>El 60% de los adolescentes se cepillaron los dientes dos o más veces al día. El 7% se cepillaron después de las comidas y el 84% cambiaron su agente de limpieza dental en intervalos de tres meses o menos.</p> <p>Alrededor del 68% dedicaron tres minutos o más a cepillarse los dientes. Sólo unos pocos 13% limpiaron interdentalmente y el 8% utilizaron hilo dental.</p> <p>Los adolescentes que realizaron limpieza interdental tuvieron mayores impactos en su calidad de vida relacionada con la salud bucal que otros.</p>

Elaborado por: Paredes (2024).

Tabla 2. Hallazgos sobre la relación del nivel socioeconómico con higiene bucodental en adolescentes de los artículos incluidos (continuación).

Nro.	Autor (Año)	Hallazgos y conclusiones
5	Amilani et al (2021)	<p>Se reveló que el aumento de la edad, los bajos ingresos, el cepillado de los dientes sólo una vez al día y el aumento del número de dientes cariados se asociaban con una pobre calidad de vida relacionada con la salud bucal (OHRQoL) en general.</p> <p>Mientras que el sexo masculino, los patrones frecuentes de búsqueda de atención de salud bucal y la ausencia de anomalías dentofaciales se asociaban con una peor calidad de vida asociado con una buena OHRQoL en general.</p>
6	Silva et al (2021)	<p>La situación social de vulnerabilidad asociada a las condiciones de vida precarias son factores que dejan huellas aparentes en la boca, en la sonrisa de estos adolescentes, aumentando los índices de caries y pérdida de dientes en adolescentes de bajos ingresos, bajo nivel educativo, falta de acceso a servicios de salud bucal, asociado a una dieta cariogénica.</p>
7	Silva et al (2018)	<p>Fueron entrevistados 390 adolescentes, 43% quilombolas. El mal cepillado de los dientes y la falta de uso de hilo dental se encontraron en el 33% y el 47% de los adolescentes, respectivamente.</p> <p>Se observaron diferentes factores asociados entre quilombolas y no quilombolas. Se destaca la necesidad de considerar las especificidades de las poblaciones para promover la salud bucal en adolescentes y la importancia de la intersectorialidad entre educación y salud y atención a las familias.</p>
8	Gurgel et al (2022)	<p>La mayoría de los adolescentes (63%) refirieron que en los últimos 30 días se cepillaron los dientes 3 veces al día. En cuanto a la autopercepción de la salud bucal, aunque la mayoría de los adolescentes (85%) reportaron sentirse bien o muy bien con su salud bucal, casi un tercio (28%) reportó sentirse frecuentemente avergonzado al sonreír.</p> <p>La mayoría de los encuestados son del sexo masculino (68%) y tienen entre 14 y 17 años (75%).</p>

Elaborado por: Paredes (2024).

Tabla 2. Hallazgos sobre la relación del nivel socioeconómico con higiene bucodental en adolescentes de los artículos incluidos (continuación).

Nro.	Autor (Año)	Hallazgos y conclusiones
9	Koga et al (2020)	<p>La prevalencia de gingivitis fue del 78%. El peor nivel socioeconómico y la mala eficacia de la higiene bucal predijeron directamente el sangrado gingival.</p> <p>El nivel socioeconómico también estuvo relacionado con la frecuencia del cepillado de dientes. Las creencias positivas sobre la salud bucal y una mayor autoestima predijeron una mayor frecuencia de cepillado de dientes.</p>
10	Gomes et al (2020)	<p>El estatus socioeconómico, el apoyo social, las creencias sobre la salud bucal y los factores psicosociales fueron predictores importantes de los comportamientos de salud y la calidad de vida relacionada a la salud (CVRS) de los adolescentes durante un período de 6 meses a través de mecanismos directos e indirectos.</p> <p>Los comportamientos de salud también influyeron directamente en la CVRS.</p>
11	Bashirian et al (2018)	<p>El estado de higiene bucal fue bueno en 644 estudiantes (65%), regular en 341 (34%) y malo en tres (0,30%). Además, los resultados del Índice Periodontal Comunitario (IPC) mostraron que 639 estudiantes (64%) tenían periodonto sano, 320 (32%) tenían sangrado periodontal y 29 (3%) tenían cálculo.</p> <p>Un mayor porcentaje de adolescentes en el grupo de edad de 12 años tenían sangrado periodontal y una menor higiene bucal. Los resultados de las puntuaciones del IPC y Índice de higiene oral simplificado (IHO-S) mostraron que más de la mitad de los estudiantes de primaria tenían encías y periodonto sanos (64%) y un buen estado de higiene bucal (65%).</p>
12	Elias-Boneta et al (2018)	<p>Se encontró gingivitis en el 80% de los adolescentes evaluados. Los escolares urbanos-públicos tuvieron una prevalencia ligeramente mayor (83%) que los privados (79%).</p> <p>Aquellos en escuelas rurales-públicas (78%) y privadas tuvieron prevalencia similar. La gingivitis extensa estuvo presente en el 60% de todos los adolescentes. Se detectó cálculo dental en el 62% de la muestra.</p>

Elaborado por: Paredes (2024).

Tabla 2. Hallazgos sobre la relación del nivel socioeconómico con higiene bucodental en adolescentes de los artículos incluidos (continuación).

Nro.	Autor (Año)	Hallazgos y conclusiones
13	Bulgareli et al (2021)	<p>La no adherencia al tratamiento presentó una tasa elevada en la muestra estudiada (50%). El ingreso familiar y el número de individuos en la familia se asociaron con la falta de adherencia al tratamiento odontológico.</p> <p>Se concluye que la condición de vulnerabilidad social de los adolescentes resultó en situaciones incompatibles con la adherencia, lo que dificulta el tratamiento odontológico y la planificación de los servicios de salud.</p>
14	Vazquez et al (2015)	<p>Los adolescentes que declararon tener un interno penitenciario en la Familia y residían en hogares con mayor número de personas, presentaron mayor número de dientes cariados y peor autopercepción sobre la salud de sus dientes y boca.</p> <p>Otras variables, como ser sexo femenino, edad y tiempo desde la última visita al odontólogo se relacionaron con el índice CPOD. En cuanto a las variables contextuales, el CPOD fue menor en los suburbios con mayor acceso a aguas residuales domésticas, y el número de dientes cariados fue mayor en los suburbios con peores índices de exclusión social.</p>
15	Santoso et al (2021)	<p>Alrededor del 11% de los estudiantes se cepillaron los dientes con menos frecuencia que el régimen recomendado de dos veces al día.</p> <p>El sexo masculino, el nivel socioeconómico más bajo, las malas prácticas dietéticas, el tiempo sedentario más prolongado, el uso de drogas, la angustia psicológica, el menor apoyo de los pares y la falta de apoyo de los padres se asociaron con el cepillado de dientes poco frecuente.</p>
16	Sfreddo et al (2019)	<p>Los adolescentes con un vecindario escolar, un ingreso familiar y una escolaridad materna con ingresos medios más bajos tuvieron puntuaciones generales más altas en el cuestionario de percepciones infantiles para niños de 11 a 14 años (CPQ11-14).</p> <p>El sexo femenino, acudir al dentista por dolor dental, caries dental y maloclusión también se asociaron con puntuaciones generales más altas en el CPQ11-14.</p>

Elaborado por: Paredes (2024).

Tabla 2. Hallazgos sobre la relación del nivel socioeconómico con higiene bucodental en adolescentes de los artículos incluidos (continuación).

Nro.	Autor (Año)	Hallazgos y conclusiones
17	Oyedele et al (2018)	<p>La prevalencia de caries dental para la población de estudio fue de 12%. Los adolescentes de los grupos de edad de 11 a 13 y de 14 a 16 años tuvieron menores posibilidades de tener caries dental.</p> <p>Los adolescentes con higiene bucal regular y mala higiene bucal tenían mayores probabilidades de tener caries dental. Se demostró que los primeros molares permanentes y los segundos molares primarios fueron los más afectados por la caries dental.</p>
18	Jung et al (2018)	<p>Tener un padre con menor nivel educativo y asistir a una escuela vocacional fueron predictores significativos de caries no tratadas después de controlar los indicadores de posición socioeconómica (PSE).</p> <p>Sin embargo, los estudiantes de escuelas generales, mayor PSE según la educación del padre, estatus económico percibido o escala de riqueza familiar, o tener experiencia como no fumadores o visitas anuales a clínicas dentales tenían más probabilidades de permanecer libres de caries.</p>
19	Shin et al (2020)	<p>Este estudio encontró que la ampliación de la cobertura de atención dental del Servicio Nacional de Seguro Médico tuvo un efecto positivo en el estado general de la salud dental entre niños y adolescentes.</p> <p>Los hallazgos indican que las estrategias para mejorar el acceso a los servicios dentales preventivos deben considerar los efectos diferenciales para la población vulnerable en términos de nivel socioeconómico y edad desde la etapa inicial de la política.</p>
20	Lawal & Oke (2020)	<p>La puntuación de conocimientos sobre salud bucal osciló entre 0% y 60%. Un total de 1.537 (73%) participantes tenían periodonto enfermo y 98 (5%) tenían caries dental. Estudiantes que tenían entre 12 y 15 años, mujeres, hijos de trabajadores calificados, con formación previa sobre salud bucal, consultaron al odontólogo.</p>

Elaborado por: Paredes (2024).

DISCUSIÓN

La higiene bucal es fundamental para el mantenimiento de la salud en la cavidad oral ya que previene la aparición de enfermedades infecciosas bucales como la caries y las enfermedades periodontales. En este sentido es indispensable realizar el control de placa por medio de hábitos como el cepillado dental que puede reducir la placa supragingival y la parte más cercana al margen gingival de la placa subgingival. Pero esto no basta, hace falta realizar la limpieza interdental con el uso de hilo dental y cepillos interdentes. Esto debe realizarse a diario, varias veces al día y hacerse de la manera correcta Baca & Junco (2013).

En esta investigación el objetivo planteado fue analizar la relación entre el nivel socioeconómico y la higiene bucodental en adolescentes. Para ello se realizó una revisión sistemática en la que se localizaron 20 artículos que cumplieron con los criterios de inclusión y fueron publicados entre el año 2015 y el año 2022. Claramente, los más representados según su diseño de investigación fueron los estudios transversales con 16 artículos en total.

Según lo reportado por Sbricoli et al (2022), en su muestra de adolescentes cuatro de cada cinco se cepillaba los dientes por lo menos dos veces al día y sólo el 7% usaba hilo dental a diario. Mientras que Lawal et al (2022), evidenciaron que el 60% de los adolescentes que participaron en su estudio se cepillan los dientes dos o más veces al día. Solo uno de cada diez se cepilla después de las comidas y cerca del 70 % dedicaron tres minutos o más a cepillarse los dientes. Sólo un 13% usaron cepillos interdentes y un 8% utilizaron hilo dental.

Por otro lado, Silva et al (2021), informó por medio de su investigación que existen factores que dejan huellas en la sonrisa de los adolescentes, estos son la situación social de vulnerabilidad y condiciones de vida precarias. Es decir, en adolescentes cuya familia es de bajos ingresos y bajo nivel educativo aumentan los índices de caries y pérdida de dientes, esto se asocia con el consumo de una dieta cariogénica y la falta de acceso a servicios de salud bucal.

Bulgareli et al (2021), realizó una investigación en una muestra de adolescentes y detectó que la falta de adherencia al tratamiento odontológico presentó una tasa de 50%, que resulta elevada. Entre los factores a los que atribuye este resultado se encuentran el bajo ingreso familiar y el alto número de individuos en la familia. Su conclusión fue que la condición de vulnerabilidad social de los adolescentes resultó en situaciones

incompatibles con la adherencia, lo que dificulta el tratamiento odontológico y la planificación de los servicios de salud.

También Koga et al (2020), se interesó por la relación entre la higiene bucal de los adolescentes y el estatus socioeconómico. Evidenció que la prevalencia de gingivitis fue del 78% y el peor nivel socioeconómico y la mala eficacia de la higiene bucal fueron factores predictores directos del sangrado gingival. El nivel socioeconómico también estuvo relacionado con la frecuencia del cepillado de dientes. Por el contrario, las creencias positivas sobre la salud bucal y una mayor autoestima predijeron una mayor frecuencia de cepillado de dientes.

Puede decirse que el aspecto socioeconómico, sobre todo las desigualdades, influyen negativamente en las prácticas de higiene bucal de los adolescentes. Y al descuidar los hábitos elementales que permiten el control de la placa bacteriana estos quedan en una situación más vulnerable ante enfermedades como la caries y las enfermedades periodontales.

CONCLUSIONES

Las prácticas de higiene bucal que desarrollan los adolescentes para la prevención de enfermedades bucodentales son el control de la placa bacteriana por medio del cepillado dental, el hilo dental y los cepillos interdenciales. Sin embargo, la literatura refiere que el uso de estos dos últimos es muy limitado, ya que solo uno de cada 10 adolescentes los utiliza.

Existen factores socioeconómicos que influyen en las prácticas de higiene bucal de los adolescentes. Por ejemplo, el nivel de ingresos y el número de personas que conforman el grupo familiar, el nivel educativo de los padres y las creencias sobre la salud bucal. Estos factores influyen en que los adolescentes sean más responsables con su higiene bucal y tengan más adherencia a los tratamientos odontológicos.

El nivel socioeconómico tiene una correlación con las prácticas de higiene bucal de los adolescentes. Las publicaciones sobre esto evidencian que a menor ingreso familiar y menor nivel educativo de los padres los adolescentes son menos responsables con las prácticas de higiene bucal lo que los hace más vulnerables a enfermedades como la caries y las enfermedades periodontales.

RECOMENDACIONES

Diseñar intervenciones educativas en las que se promuevan entre los adolescentes las buenas prácticas de higiene bucal como el cepillado dental y el uso de hilo dental o cepillos interdetales.

Realizar el diagnóstico epidemiológico bucal de los adolescentes de Manta y planificar junto con otras instituciones aliadas la realización de tratamientos que mejoren sus condiciones de salud bucal.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Achembong, L. N., Kranz, A. M., & Rozier, R. G. (2014). Office-based preventive dental program and statewide trends in dental caries. *Pediatrics*, *133*(4), e827-34. <https://doi.org/10.1542/peds.2013-2561>
- Al-Ansari, A. (2022). Could behavioural intervention improve oral hygiene in adolescents? *Evidence-Based Dentistry*, *23*(2), 76–77. <https://doi.org/10.1038/s41432-022-0267-6>
- Amilani, U., Jayasekara, P., Carter, H. E., Senanayake, S., & Kularatna, S. (2021). Key factors associated with oral health-related quality of life in Sri Lankan adolescents: a cross sectional study. *BMC Oral Health*, *21*(1), 218. <https://doi.org/10.1186/s12903-021-01569-1>
- Baca, P., & Junco, M. (2013). Control de biopelículas orales. En E. Cuenca & P. Baca (Eds.), *Odontología preventiva y comunitaria. Principios, métodos y aplicaciones 2* (Cuarta, pp. 77–89). Elsevier Masson.
- Barboza-Solís, C., Sáenz-Bonilla, J. P., Fantin, R., Gómez-Duarte, I., & Rojas-Araya, K. (2020). Bases teórico-conceptuales para el análisis de inequidades sociales en salud: una discusión. *Odovtos-International Journal of Dental Sciences*, *22*(1), 11–21.
- Bashirian, S., Seyedzadeh-Sabounchi, S., Shirahmadi, S., Soltanian, A.-R., Karimi-Shahanjarini, A., & Vahdatinia, F. (2018). Socio-demographic determinants as predictors of oral hygiene status and gingivitis in schoolchildren aged 7-12 years old: A cross-sectional study. *PloS One*, *13*(12), e0208886. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0208886>
- Bulgareli, J. V., Cortellazzi, K. L., Guerra, L. M., Ambrosano, G. M. B., Kaieda, A. K., da Cunha, I. P., Vazquez, F. de L., & Pereira, A. C. (2021). Determinants of adherence to dental treatment of socially vulnerable adolescents: a cohort study. *BMC Research Notes*, *14*(1), 116. <https://doi.org/10.1186/s13104-021-05525-8>
- Cuenca, E., & Baca, P. (2013). *Odontología Preventiva y Comunitaria. Principios, Métodos y Aplicaciones* (Cuarta). Elsevier Masson.
- Elias-Boneta, A. R., Ramirez, K., Rivas-Tumanyan, S., Murillo, M., & Toro, M. J. (2018). Prevalence of gingivitis and calculus in 12-year-old Puerto Ricans: a cross-sectional study. *BMC Oral Health*, *18*(1), 13. <https://doi.org/10.1186/s12903-017-0471-5>
- Fernández, J., Gestal, J., Delgado, M., Bolúmar, F., Herruzo, R., Serra, L., & Rodríguez, F. (2015). *Piédrola Gil Medicina preventiva y salud pública* (12va ed.). Elsevier

Masson.

- Gomes, A. C., Rebelo, M. A. B., de Queiroz, A. C., de Queiroz Herkrath, A. P. C., Herkrath, F. J., Rebelo Vieira, J. M., Pereira, J. V., & Vettore, M. V. (2020). Socioeconomic status, social support, oral health beliefs, psychosocial factors, health behaviours and health-related quality of life in adolescents. *Quality of Life Research : An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*, 29(1), 141–151. <https://doi.org/10.1007/s11136-019-02279-6>
- Gurgel, F. C., Lins, L. B. C., Vasconcelos, G. B., Melo, J. R. T. de, Barreira, A. K., & Amorim, V. C. S. de. (2022). Condições de higiene oral e percepção de saúde bucal entre adolescentes em situação de acolhimento institucional: um estudo piloto. *Research, Society and Development*, 11(11 SE-), e500111133799. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i11.33799>
- Harris, N., García-Godoy, F., & Nielsen, C. (2014). *Primary Preventive Dentistry* (Eighth). Pearson Education Limited.
- Jung, S.-H., Kim, M.-H., & Ryu, J.-I. (2018). Inequalities in oral health among adolescents in Gangneung, South Korea. *BMC Oral Health*, 18(1), 68. <https://doi.org/10.1186/s12903-018-0533-3>
- Koga, R., Herkrath, A. P. C. de Q., Vettore, M. V., Herkrath, F. J., Rebelo Vieira, J. M., Pereira, J. V., Rebelo, M. A. B., & Queiroz, A. C. de. (2020). The role of socioeconomic status and psychosocial factors on gingivitis in socially disadvantaged adolescents. *Journal of Periodontology*, 91(2), 223–231. <https://doi.org/10.1002/JPER.19-0129>
- Lawal, F. B., Fagbule, O. F., Akinloye, S. J., Lawal, T. A., & Oke, G. A. (2022). Impact of oral hygiene habits on oral health-related quality of life of in-school adolescents in Ibadan, Nigeria. *Frontiers in Oral Health*, 3, 979674. <https://doi.org/10.3389/froh.2022.979674>
- Lawal, F. B., & Oke, G. A. (2020). Clinical and sociodemographic factors associated with oral health knowledge, attitude, and practices of adolescents in Nigeria. *SAGE Open Medicine*, 8, 2050312120951066. <https://doi.org/10.1177/2050312120951066>
- Mabry, T. (2019). Prevention of Dental Disease. En A. Nowak (Ed.), *Pediatric Dentistry: Infancy Through Adolescence* (Sixth, pp. 588–597). Elsevier.
- Mathur, M. R., Tsakos, G., Parmar, P., Millett, C. J., & Watt, R. G. (2016). Socioeconomic inequalities and determinants of oral hygiene status among Urban

- Indian adolescents. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 44(3), 248–254.
<https://doi.org/10.1111/cdoe.12212>
- Moiso, A. (2007). Determinantes de la salud. En H. Barragán (Ed.), *Fundamentos de salud pública* (Primera, pp. 161–189). Universidad de La Plata.
- Mújica, O. J. (2015). Cuatro cuestiones axiológicas de la epidemiología social para el monitoreo de la desigualdad en salud. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 38, 433–441.
- Nóbrega, J., Dantas, E., Ferreira-Filho, J. C., Limão, N., Rodrigues-de-Melo, A. C., Protásio, A. P., Valença, A. M., & Santiago, B. (2017). Contextual Social Inequities and Occurrence of Dental Caries in Adolescents: A Systematic Review. *Oral Health & Preventive Dentistry*, 15(4), 329–336. <https://doi.org/10.3290/j.ohpd.a38744>
- Northridge, M. E., Kumar, A., & Kaur, R. (2020). Disparities in Access to Oral Health Care. *Annual Review of Public Health*, 41, 513–535.
<https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-040119-094318>
- Nowak, A. (2019). *Pediatric Dentistry: Infancy Through Adolescence* (Sixth edit). Elsevier.
- Oyedele, T. A., Fadeju, A. D., Adeyemo, Y. I., Nzomiwu, C. L., & Ladeji, A. M. (2018). Impact of oral hygiene and socio-demographic factors on dental caries in a suburban population in Nigeria. *European Archives of Paediatric Dentistry: Official Journal of the European Academy of Paediatric Dentistry*, 19(3), 155–161.
<https://doi.org/10.1007/s40368-018-0342-z>
- Peltzer, K., & Pengpid, S. (2014). Oral and hand hygiene behaviour and risk factors among in-school adolescents in four Southeast Asian countries. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 11(3), 2780–2792.
<https://doi.org/10.3390/ijerph110302780>
- Peres, M., Ferreira, J., & Watt, R. (2021). *Oral Epidemiology. A Textbook on Oral Health Conditions, Research Topics and Methods* (First). Springer.
- Portes, A., & Hoffman, K. (2013). *Las estructuras de clase en América Latina: composición y cambios durante la época neoliberal* (Primera). CEPAL.
- Santoso, C. M. A., Bramantoro, T., Nguyen, M. C., & Nagy, A. (2021). Lifestyle and psychosocial correlates of oral hygiene practice among Indonesian adolescents. *European Journal of Oral Sciences*, 129(1), e12755.
<https://doi.org/10.1111/eos.12755>

- Sbricoli, L., Bernardi, L., Ezeddine, F., Bacci, C., & Di Fiore, A. (2022). Oral Hygiene in Adolescence: A Questionnaire-Based Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(12). <https://doi.org/10.3390/ijerph19127381>
- Sembler, C. (2016). *Estratificación social y clases sociales. Una revisión analítica de los sectores medios* (Primera). CEPAL.
- Sfredde, C. S., Moreira, C. H. C., Nicolau, B., Ortiz, F. R., & Ardenghi, T. M. (2019). Socioeconomic inequalities in oral health-related quality of life in adolescents: a cohort study. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*, 28(9), 2491–2500. <https://doi.org/10.1007/s11136-019-02229-2>
- Shin, B.-M., Jung, S.-H., Kim, M.-H., & Ryu, J.-I. (2020). Did the extended coverage policy contribute to alleviating socioeconomic inequality in untreated dental caries of both children and adolescents in South Korea? *BMC Oral Health*, 20(1), 124. <https://doi.org/10.1186/s12903-020-01112-8>
- Siddaway, A. P., Wood, A. M., & Hedges, L. V. (2018). How to Do a Systematic Review: A Best Practice Guide for Conducting and Reporting Narrative Reviews, Meta-Analyses, and Meta-Syntheses. *Annual Review of Psychology*, 70(1), 747–770.
- Silva, E. K. P. da, Santos, P. R. dos, Chequer, T. P. R., Melo, C. M. de A., Santana, K. C., Amorim, M. M., & Medeiros, D. S. de. (2018). Saúde bucal de adolescentes rurais quilombolas e não quilombolas: um estudo dos hábitos de higiene e fatores associados. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(9), 2963–2978. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018239.02532018>
- Silva, F. F. da, Cardoso, F. É. A., Lima, T. M. de, Meira, G. de F., & Barbosa, K. A. G. (2021). Condições de saúde bucal de adolescentes em situação de vulnerabilidade social: revisão de literatura. *Research, Society and Development*, 10(15 SE-), e290101523217. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i15.23217>
- Soldo, M., Matijević, J., Malčić Ivanišević, A., Čuković-Bagić, I., Marks, L., Nikolov Borić, D., & Jukić Krmek, S. (2020). Impact of oral hygiene instructions on plaque index in adolescents. *Central European Journal of Public Health*, 28(2), 103–107. <https://doi.org/10.21101/cejph.a5066>
- Stein, C., Santos, N. M. L., Hilgert, J. B., & Hugo, F. N. (2018). Effectiveness of oral health education on oral hygiene and dental caries in schoolchildren: Systematic

- review and meta-analysis. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 46(1), 30–37. <https://doi.org/10.1111/cdoe.12325>
- Vazquez, F. de L., Cortellazzi, K. L., Kaieda, A. K., Bulgareli, J. V., Mialhe, F. L., Ambrosano, G. M. B., da Silva Tagliaferro, E. P., Guerra, L. M., de Castro Meneghim, M., & Pereira, A. C. (2015). Individual and contextual factors related to dental caries in underprivileged Brazilian adolescents. *BMC Oral Health*, 15, 6. <https://doi.org/10.1186/1472-6831-15-6>
- Zaura, E., & ten Cate, J. M. (2015). Towards understanding oral health. *Caries Research*, 49 Suppl 1, 55–61. <https://doi.org/10.1159/000377733>