

ARTÍCULO DE INVESTIGACIÓN

INFORMACIÓN SOBRE SALUD BUCAL DE SORDOS MERIDEÑOS*

Magali Cardona¹, Oscar Morales², Ernesto Marín² y Bexi Perdomo²

1 Odontólogo egresado de la Facultad de Odontología, Universidad de Los Andes, Mérida, Venezuela.

2 Profesor de la Facultad de Odontología, Universidad de Los Andes, Mérida, Venezuela.

Autor de correspondencia: Oscar Morales. E-mail: oscarula@ula.ve

Recibido: 01-07-2013

Aceptado: 30-12-2013

RESUMEN

La comunidad de sordos, conjunto de personas que tienen como lengua natural la lengua de señas, posee una cultura y formas distintivas de comunicación, lo cual supone necesidades informativas particulares. Como minoría lingüística en la sociedad de oyentes, los sordos tienen dificultad para acceder a la información, especialmente relacionada con la salud, lo cual genera inequidad en la prestación de este servicio. Por esta razón, en procura de contribuir con la comunidad sorda, esta investigación tuvo como objetivo describir la información sobre salud bucal que tiene un grupo de sordos de Mérida Edo. Mérida. Esta fue una investigación descriptiva, de diseño transeccional, basada en el paradigma cualitativo. Participaron 20 personas sordas con diferentes niveles de educación formal, seleccionados a conveniencia de entre los miembros de la Asociación de Sordos de Mérida. A cada participante se le realizó una entrevista semi-estructurada sobre salud bucal, la cual fue grabada en video. Posteriormente, fueron transcritas y analizadas para generar categorías. Se encontró que la comunidad sorda posee insuficiente información sobre salud bucal, principalmente sobre enfermedades odontológicas. Se concluye que la población sorda requiere más información en su lengua para garantizarles mejores condiciones de salud bucal. En consecuencia, se recomienda desarrollar programas educativos para los sordos y formativos para el personal de salud oyente que atiende sordos.

Palabras clave: salud bucal, sordos, información, educación.

INFORMATION ABOUT ORAL HEALTH MANAGED BY DEAF PEOPLE IN MÉRIDA: PEDAGOGICAL IMPLICATIONS

ABSTRACT

The Deaf Community, a group of persons whose natural language is the sign language, has its own culture and distinctive ways for communication which imply particular informative needs. As a linguistic minority into the hearing-people community, deaf people present difficulty to access to information specially related to health which in turns results is inequity when offering and receiving such a service. Thus, as an attempt to contribute with the Deaf Community, the present research aimed to describe the information about oral health managed by a group of deaf persons from Mérida State. The present was a descriptive, transversal research, based on the qualitative paradigm. Twenty deaf persons with different levels of formal education conveniently selected among the Merida's Deaf-people Association participated in the study. A semi-structured interview about oral health was video recorded for each participant. Later, the interviews were transcribed and analyzed to generate categories. It was found that the Deaf Community manages insufficient information about oral health, mainly in relation to oral diseases. It is concluded that deaf population requires more information which should be provided in their native language to guarantee better oral health conditions. Therefore, the development of educational programs for Deaf-people and formative ones for the health services hearing-people working with such population are proposed.

Keywords: oral health, Deaf-people, information, education.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, ha incrementado el interés de la población por mejorar su salud bucal. Existe una población más culta y consciente de sus necesidades. Villalobos¹ afirma que actualmente las personas valoran mucho más sus dientes, tanto por salud como por función y estética, que en la primera mitad del siglo XX. Ésta es persuadida e incentivada a recibir y valorar la atención mediante programas y estrategias de prevención divulgadas por distintos medios de comunicación. Por ello, ha aumentado la necesidad de ampliar sus medios informativos y, además, crear nuevos productos.

Sin embargo, la información no llega a todos los individuos por igual, debido a problemas de acceso, entre los cuales está la comunicación, pues no todos los individuos usan la misma lengua para comunicarse. En algunos casos, el desconocimiento de la lengua y la cultura produce barreras de comunicación. Tal es el caso de la comunidad sorda.

La comunidad sorda desarrolla una lengua propia, conocida como “lengua de señas”. Esta lengua no es “hablada” por todas las personas oyentes (tampoco por todos los sordos), lo que genera conflictos de diversa índole con esta comunidad lingüística minoritaria. Cabe destacar que el derecho a la autonomía lingüística de los sordos se contempla en la legislación de muchos países. En Venezuela, el artículo 81 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela reconoce a las personas sordas el derecho a expresarse y comunicarse a través de la lengua de señas venezolana².

Incluso, muchas personas catalogan erróneamente a la sordera como una enfermedad, discapacidad o deficiencia. No obstante, los sordos poseen las mismas capacidades que el resto de individuos; por lo tanto, deberían ser tratados en un nivel de equidad. Sin embargo, ellos no tienen el mismo acceso informativo que el resto de la población.

Esas limitaciones no escapan al área de la salud, concretamente la salud bucal. En consecuencia, se puede presumir que debido a barreras comunicativas muchos sordos no tiene acceso a la información desconocen las estrategias, técnicas e implementos que se deben utilizar para lograr una salud bucal adecuada. Por ende, ésta podría verse afectada. Cada integrante de la sociedad incluyendo las comunidades minoritarias (como la comunidad sorda) tiene derecho a recibir información que les permita tener una buena salud bucal, siendo ésta un estado de bienestar.

Se realizó una búsqueda en bases de datos tales como Pubmed, Bireme, entre otras. Los estudios encontrados generalmente se orientan a describir las condiciones bucales en poblaciones con diversidad funcional^{3, 4, 5}, investigar el tratamiento personal recibido por pacientes sordos en el consultorio odontológico⁶, describir las percepciones de personas con sordera severa o profunda sobre el proceso de la comunicación en el contexto de su atención por profesionales de salud⁷ y estudios sobre actitudes, creencias y comportamientos hacia la medicina preventiva de las personas sordas y con problemas de audición⁸. Sin embargo, hasta la fecha no se observan publicaciones acerca de la información que tienen los sordos venezolanos y específicamente los sordos del

Estado Mérida sobre la salud bucal. En consecuencia, el presente estudio pretende describir la información sobre salud bucal que tienen un grupo de sordos de la ciudad de Mérida, Edo. Mérida, Venezuela.

METODOLOGÍA

La presente investigación se basa en el paradigma cualitativo, es de tipo descriptiva, y con un diseño transeccional. La población de esta investigación estuvo constituida por sujetos con compromiso auditivo registrados en la Asociación de Sordos de Mérida. De ésta, se seleccionó a conveniencia un grupo de 20 personas, distribuidas de la siguiente forma: 8 trabajadores (4 profesionales y 4 no profesionales) 12 estudiantes (4 universitarios, 4 de educación secundaria y 4 de primaria).

Técnica e instrumento de recolección de datos

Se realizó una entrevista semi-estructurada en español hablado (con traducción simultánea en lengua de señas). Se realizó en un ambiente libre de ruidos y distracciones, donde se encontraba el investigador, el entrevistado y la intérprete. Esta última miembro de la comunidad sorda (por ser hija de padres sordos), con certificado de nivel consolidado como intérprete otorgado por la Asociación de Intérpretes de Lengua de Señas Venezolana y Guías Interpretes (ASOIVE Nacional), avalado por el Ministerio del Poder Popular para la Educación, lo cual garantizó la calidad y credibilidad durante su participación en la recolección de datos de la presente investigación.

En cuanto a los consentimientos informados para participar en el estudio, en el caso de los menores de edad, se obtuvo la autorización de los padres y representantes y posterior a ésta cada menor de edad procedió a firmar su consentimiento de participación. Para los mayores de edad solo se requirió su consentimiento informado debidamente firmado.

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

La salud bucal como sinónimo de higiene bucal

La salud bucal es un estado de completa normalidad de la eficiencia funcional de los dientes, sus estructuras de sostén, las partes que rodean la cavidad bucal, las estructuras relacionadas con la masticación y el complejo maxilofacial ⁹. Por su parte, la higiene bucal es el mantenimiento personal de la limpieza e higiene de los dientes, estimulación de los tejidos, masaje gingival, hidroterapia y otros procedimientos recomendables por el dentista o higienista dental para preservar la salud dental y bucal ⁹.

De las definiciones anteriores se infiere que la higiene bucal es el procedimiento que se usa para conseguir una salud bucal adecuada. Pese a esto, la respuesta de los entrevistados cuando se indagaba sobre qué entendían por salud bucal no se correspondía a la pregunta; por el contrario, explicaban todo lo relacionado a la higiene bucal. Esto se puede observar en los ejemplos (1), (2), (3), (4), (5) y (6).

- (1) Salud bucal es tener limpios los dientes, eliminar cualquier sucio que tenga dentro, nada de comer dulces,

hay que ir paso a paso para hacer la limpieza.

- (2) Es muy importante que la dentadura esté limpia, libre de comida o residuos.
- (3) Tener salud es que los dientes estén limpios, que se haga por ejemplo una limpieza bien con hilo dental, no tener nada de sucio, se debe de usar el cepillado, eso es muy importante para que quede todo limpio y en buen estado.
- (4) Salud bucal es que hagamos el cepillado todos los días, no dejar de hacerlo, siempre tiene que ser diario, luego de las comidas es importante.
- (5) Es importante que todos los días se cepillen, varias veces al día.
- (6) Salud bucal es tener los dientes bien limpios, todos los días debemos de cepillarnos, varias veces en el día y en la noche. Luego de comer es importante el cepillado.

La respuesta del ejemplo (6) corresponde con lo que se refiere a higiene bucal, teniendo claro que uno de los procedimientos para tener salud bucal es realizar una correcta higiene; sin embargo, no era la respuesta a la pregunta: ¿Qué entiende usted por salud bucal? La mayoría de las respuestas seguían este patrón, por lo tanto, es evidente que la muestra estudiada desconoce el concepto fundamental de salud bucal.

Limitadas fuentes de información

Cada día son más los medios a través de los cuales se divulga información: televisión, radio, internet, medios impresos, etc. Por otra parte, según Miguel et al.¹⁰ formar y educar a los

pacientes abarca lo referente a temas bioéticos y odontológicos relacionados con la salud integral, es decir, el odontólogo es parte de la educación que se debe impartir a los pacientes, siendo entonces otro medio para la difusión de la información. Sin embargo, no toda la población puede acceder a esta información.

La comunidad sorda no se beneficia de la información difundida a través de la radio y se beneficia muy poco de información transmitida por televisión. No todos los programas y comerciales de televisión implementan la traducción simultánea en lengua de señas. Es por esto que existen limitadas fuentes de información por medio de las cuales los sordos puedan acceder al aprendizaje. Por ende, en esta investigación se hace necesario conocer cómo las personas con compromiso auditivo obtienen información sobre salud bucal.

La mayoría de los entrevistados indicó que la información que conocía sobre salud bucal había sido impartida por el odontólogo, en algunos casos durante la consulta odontológica como se muestra en los ejemplos (7), (8), (9), (10) y (11).

- (7) El mismo odontólogo me ha recomendado y todo lo que se él me lo ha dicho.
- (8) Cada vez que voy al odontólogo pues aprendo algo, pero no es que alguien se haya sentado a explicarme.
- (9) El mismo odontólogo me ha dado consejos sobre el cepillado, el enjuague bucal, la buena alimentación, que si se siente mal debe de asistir al odontólogo y todo me lo ha dicho él.

- (10) El mismo odontólogo, dice que tiene que revisarme, si tengo algún tipo de caries o algo.
- (11) El odontólogo, en la clínica me ha revisado y me dice que tengo que limpiarme.

Otros también mencionaron en los ejemplos (12), (13) y (14) que la información había sido suministrada por la madre.

- (12) Mi mamá, ella me dice que todos los días tengo que cepillarme.
- (13) Mi mamá me aconsejó que tenía que cepillarme todos los días y pues mi mamá tiene razón.
- (14) Mi mamá siempre me dice que me haga la higiene de los dientes porque después se puede sufrir de debilidad en los dientes o me puedo quedar sin dientes, tener caries y siempre hay que ir al médico, mi mamá es la que siempre me avisa y me dice qué tengo que hacer.

Varios ejemplos demuestran que el odontólogo es una figura importante en la educación de la comunidad sorda en lo que a salud bucal se refiere, como lo expresa uno de los interrogados al decir: *el mismo odontólogo me ha recomendado y todo lo que se él me lo ha dicho*. De igual forma, la madre es una influencia importante para el aprendizaje. Esto permite concluir que en la comunidad sorda predomina la trasmisión de información por medio de la lengua de señas en comunicación directa con las personas que habitan su entorno.

Por otra parte, se le preguntó a los informantes sobre la frecuencia con la que debían asistir a la consulta odontológica y quién

les había indicado dicho tiempo. La mayoría de los entrevistados respondió que debía asistir a consulta odontológica cada 6 meses y que el odontólogo era el que se lo había indicado, como se muestra en los ejemplos (15), (16) y (17):

- (15) El mismo odontólogo dijo que cada 6 meses debo ir para que haga limpiezas y todo.
- (16) El mismo doctor me lo dijo, que por favor cada 6 meses tenía que ir y estar pendiente de la revisión.
- (17) El doctor me dijo que cada 6 meses debería ir.

De esta manera, se concluye que en la comunidad sorda existe una restricción de las fuentes de información a través de las cuales se educa la persona sorda. Por esto, es necesario ajustar los medios a través de los cuales se difunde información a las comunidades minoritarias, como lo es la comunidad sorda. Por ejemplo, instituyendo la traducción simultánea en lengua de señas para todos los comerciales y programas de televisión. Además, el odontólogo y el personal auxiliar deben interesarse por el aprendizaje de la lengua de señas, esto con la finalidad de que exista una comunicación directa odontólogo – paciente sordo, pues en los planteamientos anteriores se demuestra que ellos esperan conseguir la información necesaria sobre salud bucal en cada consulta odontológica.

Necesidad de información sobre salud bucal

Tener una adecuada información sobre salud bucal es indispensable para la población general. Cuando exista una población más culta en cuanto a medidas preventivas y

enfermedades comunes en el ser humano, mejor calidad de vida se tendrá. En este contexto, la promoción de salud es sumamente importante, Honkala¹¹ considera que la promoción de la salud oral debería estar orientada a la consecución de los objetivos siguientes: uso racional de los productos con azúcar, fluoración, higiene oral eficaz, reducción del consumo de tabaco y alcohol, prevención de traumatismos y uso adecuado de los servicios odontológicos.

Los participantes coinciden en que ameritan más información sobre los temas de salud bucal. Ellos consideran que no saben lo suficiente, mostrando a su vez un interés por aprender más sobre diversos temas odontológicos, como lo muestran los ejemplos (18), (19), (20) y (21).

- (18) Falta muchísima más información, me gustaría saber muchas más cosas sobre eso. Me gustaría saber a profundidad cómo es el cuidado bucal.
- (19) Me gustaría saber la información de todas las enfermedades, por ejemplo, la debilidad, para evitar que más adelante yo pueda padecerla.
- (20) Sí, me gustaría aprender más. Me gustaría aprender sobre la higiene y las enfermedades.
- (21) Yo creo que faltaría más información, porque sé pocas cosas, me gustaría ampliarla. Y hay técnicas nuevas, cosas nuevas que han salido para la higiene que no las conozco y me gustaría saberlas.

Por otra parte, muy pocos informantes no mostraron interés por aprender nueva información sobre temas odontológicos. Para ellos era suficiente la información que tenían como se ilustra en los ejemplos (22), (23) y (24).

De esta manera respondieron que sabían lo necesario y no necesitaban más información:

- (22) Bueno yo sé que he tenido bastante información y para mi es suficiente.
- (23) Yo creo que sí, que lo que sé es suficiente.
- (24) Para mi es suficiente la información que tengo.

En síntesis, es evidente que todo el grupo de estudio necesita información sobre cómo mantener un estado óptimo y completo de salud bucal. La entrevista se realizó a personas con distintos niveles de educación, la mayoría de los participantes refirió tener necesidad de información, incluidos los universitarios y profesionales. Así pues, esta necesidad de información es extensiva a la comunidad de sordos. Es necesario educar a la población sorda en cuanto a la higiene bucal, el uso adecuado de los implementos para realizar la higiene bucal y sobre todo documentarlos en cuanto a las enfermedades bucales. Esto último, para que diferencien los procesos normales de las patologías bucales que puedan presentarse en la cavidad bucal.

Uso limitado de los métodos de higiene bucal

La higiene bucal es el mantenimiento e higiene de los dientes y tejidos adyacentes de cavidad bucal, como ya se ha definido anteriormente. Existen tres métodos principales para realizar la higiene bucal¹⁵: una técnica correcta de cepillado con pasta dental complementada con flúor, el uso del hilo dental para remover la placa bacteriana alojada en los espacios interdetales y el uso de enjuague

bucal fluorado como método de prevención de caries.

En relación con los métodos de higiene bucal usados por los informantes, la mayoría afirmó usar solo el cepillado dental como método de mantenimiento, como se presenta en los ejemplos (25), (26) y (27).

- (25) Solo el cepillado.
- (26) Luego de desayunar me cepillo, y por ejemplo después de la cena, como, me cepillo y me acuesto.
- (27) El cepillado y la crema dental es lo que siempre utilizo yo.

Otros se refirieron al uso diario de dos métodos de higiene bucal, en su mayoría el cepillado más el enjuague bucal, como se ilustra en los ejemplos (28), (29) y (30).

- (28) El cepillado sería una, el enjuague bucal sería otra.
- (29) El cepillado, lo hago tres veces al día todos los días, porque se puede dañar la dentadura y enjuague bucal, solo esas dos cosas.
- (30) Hay que cepillarse todos los dientes, enjuagarse con enjuague bucal, mas nada.

Muy pocos expresaron que usaban los tres métodos principales para el cuidado de la boca como se muestra en los ejemplos (31) y (32).

- (31) Me cepillo, utilizo enjuague bucal y para que no quede ningún tipo de residuos también uso el hilo dental.

- (32) El cepillado, limpiarse con hilo dental y utilizar enjuague para terminar de limpiar.

La mayoría de los entrevistados solo usa uno o dos métodos para realizar el mantenimiento de sus piezas dentales y tejidos de cavidad bucal. De lo anterior, se puede inferir que la escasa información sobre los métodos de higiene bucal y el poco uso de los mismos comprueba la falta de información y de prácticas de higiene oral en la comunidad sorda como parte del proceso de mantener una salud oral óptima.

Discurso sobre salud Vs. ausencia de práctica

En el ámbito odontológico existe diversidad de formas para mantener una salud bucal óptima, las dos más importantes son los métodos de higiene bucal y la visita al odontólogo. Muchos saben de qué se trata cada uno, pese a esto, pocos son los que realmente lo llevan a la práctica. En otras palabras, existe un abismo entre la teoría y la práctica para el cuidado bucodental manejada por las personas con deficiencia auditiva.

Como ya se explicó en la categoría anterior, los métodos de higiene bucal más comunes son: el cepillado, el hilo dental y el enjuague bucal. Estos junto con una visita cada 6 meses al odontólogo ayuda a mantener una cavidad bucal libre de enfermedades.

Sin embargo, los participantes durante las entrevistas mencionaban saber cuáles eran los métodos pero no practicaban el uso del hilo dental como se refleja en los ejemplos (33), (34), (35) y (36).

- (33) Yo no uso hilo dental, eso es mucho trabajo, siento que es mucho trabajo,

sacarlo, después pasar por cada una de las piezas, son muchos dientes.

- (34) Debería tratar de utilizarlo y limpiarme con el hilo dental, sí sé que es importante.
- (35) No, no lo uso, sé que es para sacar el sucio que hay entre los dientes.
- (36) Sí conozco el hilo dental pero no lo uso.

Por otra parte, en el ejemplo (37) se muestra como uno de los informantes expresó saber cada cuando debía asistir al odontólogo pero no lo practicaba.

- (37) El mismo odontólogo me dijo que cada 6 meses, pero bueno yo soy desobediente y voy cada año.

En los testimonios presentados anteriormente se observa claramente que los participantes en el estudio, no usan el hilo dental como método complementario de higiene bucal, a pesar de que saben cuál es su función. Esto permite concluir que en algunos miembros de la comunidad sorda existe un divorcio entre la información que se maneja sobre salud bucal (higiene y visitas al odontólogo) y el uso de ésta en la práctica. Por lo que se hace necesario informar mejor acerca de la importancia de ejecutar estas acciones, las cuales repercuten en su calidad de vida.

La crema dental como agente blanqueador

Los dentífricos son auxiliares para limpiar las superficies de los dientes, como lo explica Carranza *et al.*¹². Así mismo, González¹³ indica que la pasta de dientes contiene algunos abrasivos y detergentes que ayudan a eliminar la placa, y el flúor hace que los dientes sean más

resistentes a la caries dental. Sin embargo, los abrasivos, los detergentes y el flúor, no son los únicos ingredientes de las pastas dentales.

Los ingredientes más comunes de las pastas dentales son:

- a) Lauril Sulfato de Sodio (agente limpiador que penetra y afloja los depósitos de la superficie del diente, favoreciendo su eliminación).
- b) Flúor (previene las caries y remineraliza las lesiones cariosas).
- c) Pirofosfatos (previenen la formación del sarro).
- d) Triclosán (antibacteriano efectivo, previene la formación de la placa).
- e) Nitrato de potasio, citrato de sodio y/o cloruro de estroncio (agentes desensibilizantes).
- f) Sílice, óxido de aluminio, carbonato de calcio y fosfatos de calcio, entre otros (agentes pulidores y blanqueadores).
- g) Otros ingredientes para proporcionar sabor, cuerpo y humectación al dentífrico pero no que tienen ninguna función preventiva.

En el transcurso de las entrevistas, se le preguntó a los participantes sobre la función de la crema dental, algunos de sus testimonios relacionaban la crema dental como un agente blanqueador como se presentan en los ejemplos (38), (39), (40) y (41).

- (38) Nos ayuda con la limpieza, con el mal aliento y deja los dientes muy blancos.
- (39) Se utiliza para blanquear dientes amarillos y poder hacer la limpieza.
- (40) Se usa en el cepillo dental, nos defiende o nos protege, y blanquea los dientes.

- (41) La crema nos ayuda a tener los dientes blancos y limpios.

No obstante, otros de los participantes comentaban que la crema funcionaba para limpiar y proteger los dientes como se observa en los ejemplos (42), (43) y (44).

- (42) Es necesaria para poder limpiar las piezas dentales.
(43) Se usa, para el cepillado, para limpiar y mantener protegidos los dientes.
(44) Para mejorar la limpieza, para tener sana la dentadura, no tener mal olor y contaminados los dientes.

Además de indagar sobre cuál era la función de la crema dental, también se les preguntó sobre los componentes de la crema dental, los informantes expresaron desconocer dichos componentes como se ilustra en los ejemplos (45), (46), (47) y (48).

- (45) No, no sé el nombre.
(46) Bueno no lo he leído, no sé, no he leído el empaque, yo nada más me guío por el sabor.
(47) No, no recuerdo nombres.
(48) Lo ignoro.

De lo antes expuesto se puede inferir que los consultados conocen algunas funciones de la crema dental; sin embargo, ignoran los componentes de la misma y en su mayoría la consideran como un agente blanqueador, aunque esa no es la función principal del dentífrico, teniendo en cuenta que no todas las pastas dentales integran en sus ingredientes los agentes blanqueadores.

Enjuague bucal como refrescante del aliento

El enjuague bucal o colutorio, es una solución que se usa como complemento de la higiene bucal. Así mismo, Enrile y Santos-Alemany¹⁴ indican que los motivos generales del uso de colutorios se reducen a tres: para tratar los síntomas de la enfermedad periodontal, para prevenir la recurrencia de la periodontitis tras su tratamiento, y para evitar la progresión de gingivitis a periodontitis. Además, Soria et al. ⁽¹⁵⁾ expresan que el uso del enjuague bucal fluorado también es un método de prevención de caries.

No obstante, al indagar sobre la función del enjuague bucal, se obtuvo diversidad de respuestas como se muestran a continuación en los ejemplos (49), (50), (51), (52), (53), (54) y (55).

- (49) Hay una sensación de frescura y de limpieza, y el aliento, no hay mal aliento.
(50) Nos ayuda a limpiar para que no haya placa y no haya mal aliento, que queden mucho más limpios, y hay más duración de limpieza y de aliento fresco.
(51) Da como un aliento de frescura.
(52) Mayor limpieza y también evitar enfermedades.
(53) Es importante utilizar el enjuague bucal para mantener protegidos 24 horas los dientes.
(54) Sé que nos ayuda a proteger por más tiempo los dientes y a tenerlos más limpios.
(55) El enjuague es para que si hay dientes muy amarillos se utiliza para blanquearlos.

<http://erevistas.saber.ula.ve/index.php/rvio>

La mayoría de los entrevistados se refería al enjuague bucal como un refrescante del aliento. El ejemplo (51) fue una de las respuestas más comunes en las entrevistas. Otros de los interrogados indicaron que usan el enjuague para proteger los dientes y prevenir enfermedades. Por otra parte, solo uno de los entrevistados se refirió al enjuague bucal como un agente blanqueador como se muestra en el ejemplo (55); no obstante, esta es una función poco común del enjuague bucal.

Comunicación mediada odontólogo – paciente

La comunicación es facilitada por las diferentes lenguas y culturas manejadas por los diversos grupos y sociedades. Sin embargo, no todos los oyentes manejan la lengua de señas, esto no escapa del gremio odontológico. Son muy pocos los odontólogos que manejan esta lengua, la cual funciona para la comunicación con la comunidad sorda. Debido a esto, cuando un sordo acude a la consulta odontológica, existe dificultad en la comunicación paciente – odontólogo como lo explican Saliba et al.⁶. Esto impide que el sordo alcance una comunicación eficaz durante la atención odontológica⁷.

Partiendo de esto, se quiso saber cómo era la comunicación con el odontólogo durante la consulta. Los informantes expresaron que nunca tenían una comunicación directa con el odontólogo, siempre existía un intérprete durante la consulta, que generalmente era la madre. Estos testimonios se presentan en los ejemplos (56), (57) y (58).

(56) Mi mamá me interpretó y fue muy fácil la explicación pero si mi mamá no hubiese estado conmigo me hubiese costado mucho comunicarme con ella,

entonces hubiese podido malinterpretar la información que me estaban dando.

(57) El odontólogo no, mi mamá más o menos maneja la lengua de señas. Con las señas le digo a mi mamá y mi mamá le dice al médico, porque para mí es muy difícil hablarle.

(58) Mi mamá me acompañó y el odontólogo no sabía hablar por señas, pero mi mamá sí y hablo con ella. Y mi mamá luego me dijo a mí lo que dijo el odontólogo.

Los entrevistados no han visitado odontólogos que manejen la lengua de señas. Sin embargo, es importante que los odontólogos den información a sus pacientes sin mediadores, esto influiría positivamente en el fortalecimiento de la salud en la comunidad sorda, pues se les daría información de primera mano. Cuando existen intérpretes en la relación odontólogo – paciente sordo, se genera incomodidad en el paciente, sobre todo cuando el intermediario maneja poco la lengua de señas, como lo relata uno de los informantes en el ejemplo (57).

Confusión entre signos, síntomas y enfermedades bucales

En el área de la salud signo y síntoma son términos que suelen confundirse; sin embargo, cada uno tiene su propia definición. Así pues, en la Medciclopedia¹⁶ se define signo como cualquier manifestación física o química objetiva que se conoce al realizar la exploración clínica de un enfermo. Por otra parte¹⁶, define síntoma como un trastorno subjetivo experimentado por el enfermo, que el médico no suele percibir o le es difícil de comprobar y que

es probado mediante un adecuado interrogatorio.

En el ámbito odontológico, las enfermedades bucales más frecuentes son: caries, gingivitis, periodontitis, aftas o úlceras bucales, entre otras. Sin embargo, según Misrachi et al.¹⁷ la caries y las primeras etapas de la enfermedad periodontal, en un alto porcentaje no son reconocidas como una enfermedad, pero en sus etapas avanzadas se manifiestan diversos signos y síntomas entre los que se encuentran: dolor, inflamación, sangrado, movilidad.

Durante las entrevistas realizadas los informantes agruparon los signos, síntomas y enfermedades bucales como si las tres representaran patologías de la cavidad oral, tal como se demuestra en los ejemplos (59), (60), (61), (62) y (63). Algunos testimonios de esto son:

- (59) Inflamación sería una enfermedad, la caries sería otra enfermedad, hay algunos que por ejemplo los dientes están montados unos encima de otros y hay que pagar para extraerlos, eso sería otra enfermedad.
- (60) Mal olor, las vejigas, el dolor de los dientes, no me sé el nombre técnico pero sé que son enfermedades.
- (61) El enrojecimiento o sangramiento de la encía, la placa que se forma, el mal aliento.
- (62) Enfermedades en la garganta, las encías rojas, el sangramiento.
- (63) El apiñamiento de los dientes, las extracciones, cuando hay muchos dientes y están apretando esa sería una de las enfermedades.

En el ejemplo (62) se observa como el informante confunde signos y síntomas entendiéndolas como enfermedades propias de cavidad bucal.

Por otra parte, algunos de los entrevistados reconocieron desconocer las enfermedades que se pueden presentar en cavidad bucal, como se muestra en los ejemplos (64), (65), (66) y (67). Al indagar sobre cuáles enfermedades bucales conocían respondieron de la siguiente manera:

- (64) No conozco ninguna enfermedad.
- (65) No sé qué enfermedades tienen las personas.
- (66) No, no conozco ninguna enfermedad bucal.
- (67) No, no sé ninguna enfermedad.

Con base en sus testimonios se concluye que una parte de la población entrevistada ignora la diferencia entre signo, síntoma y enfermedad, considerándolos todos como enfermedades de cavidad oral. Otra parte de la población entrevistada desconoce totalmente las enfermedades que se puedan presentar en la boca, como se menciona en el ejemplo (66) con palabras textuales del entrevistado. De los argumentos anteriores se puede inferir que en la población con compromisos auditivos existe ausencia de información en el área de patologías bucales lo cual evidencia la necesidad de documentar a la población sorda, para que las enfermedades no pasen inadvertidas y sean tratadas a tiempo.

Visitas al odontólogo derivadas de problemas dentales

Visitar al odontólogo con frecuencia juega un papel muy importante en la odontología preventiva. Carranza¹² dice que lo normal es ir

al odontólogo una o dos veces al año. Esto debería ser una rutina en conjunto con los métodos de higiene bucal con el fin de prevenir enfermedades bucodentales.

Así pues, la visita odontológica es el pilar básico para la realización de actividades por parte del odontólogo, mediante su curso se realiza promoción de salud y prevención de enfermedades bucales¹⁸. Sin embargo, la población general no suele acudir de manera preventiva al odontólogo, sino cuando presenta signos y síntomas de enfermedad dental. El manejo de la situación salud – enfermedad según Misrachi et al.¹⁷ se limita, en la totalidad de los casos, a enfrentar problemas en los cuales el dolor aparece como factor desencadenante.

A través de las entrevistas realizadas a cada informante, se distinguió que la principal causa por la cual visitan al odontólogo es el dolor, como se muestra en los ejemplos (68), (69) y (70).

- (68) Si siento dolor voy de una vez al médico para que me revise.
- (69) Cuando tengo dolor he ido al odontólogo, porque no me gusta tener caries, ni nada de eso y me han hecho limpiezas.
- (70) Voy al odontólogo cuando algo me duele, una muela.

Seguidamente, se les preguntaba el motivo del dolor y los entrevistados respondían la causa del mismo y además contaban anécdotas del tratamiento que les habían realizado, tal como se presenta en los ejemplos (71), (72), (73), (74) y (75).

- (71) Porque la cordal empujaba la pieza de adelante y yo sentía mucho dolor y por eso me la tuvieron que extraer.

- (72) Hace mucho tiempo me dolía un diente. No sé por qué, tenía algo blanco en la encía.
- (73) Sí, he sentido dolor en los dientes, por la ortodoncia. Aguanto o tomo medicamentos para el dolor que me manda la doctora.
- (74) Porque una de las muelas luego de comer sentía una molestia y después fue poco a poco creciendo algo y no sabía qué era lo que estaba pasando y al comer me dolía mucho. Fui al odontólogo, y bueno ella dijo que tenía que extraer o hacer un tratamiento de limpieza ahí en la muela.
- (75) El dolor algunas veces ha sido por caries, voy al médico, para que la extraiga o la arregle y la cure con una amalgama.

Posteriormente, luego de preguntarles el motivo de la visita al odontólogo y la causa del dolor, también se les preguntó sobre el tratamiento que había aplicado el odontólogo en cada caso particular, las respuestas de los informantes se presentan en los ejemplos (76), (77) y (78).

- (76) Con lo de la muela que me arreglaron en febrero, me hicieron un tratamiento de conducto y me cerraron y ya.
- (77) Me tuve que extraer una muela para que se me calmara el dolor.
- (78) Con las cordales presente mucho dolor, fui al odontólogo y me mando tratamiento.

Se observa que los consultados generalmente acuden al odontólogo cuando presentan dolor o molestia en algún diente como se refleja en el ejemplo (70). El dolor es una

sensación desencadenada por el sistema nervioso¹⁹. Por lo general, es asociado a la presencia de una enfermedad bucodental avanzada donde el odontólogo comúnmente aplica tratamientos invasivos y mutiladores, en lugar de preventivos.

Movilidad dental como un proceso normal

Los dientes humanos tienen cierta movilidad durante toda la vida, pero esta es imperceptible al ojo humano. A esta movilidad la llamamos movilidad fisiológica, Carranza y Sznajder²⁰ explican que la movilidad fisiológica que presentan los dientes es considerada normal, varía a distintas horas del día y es mayor en los dientes monorradiculares que en los multirradiculares.

También encontramos la movilidad producida por el recambio dentario, es perceptible entre los 6 y los 12 años de edad. El niño notará cierta movilidad en el diente temporario próximo a exfoliarse. Esta movilidad es normal, el recambio dentario implica la reabsorción completa de la raíz del diente temporal razón por la cual se da la movilidad, para luego dar paso a la caída del mismo y, seguidamente, la erupción del diente permanente²¹. Otra causa de movilidad es aquella producida por el tratamiento de ortodoncia; sin embargo, esta movilidad es normal puesto que es guiada y controlada por un especialista mediante intervención clínica²².

Otra forma de movilidad tiene su origen en procesos patológicos tales como las enfermedades periodontales. Cuando la movilidad es manifiesta y está causada por la periodontitis, solemos encontrarnos ante un caso

ya avanzado de enfermedad periodontal, donde encontramos invasión de microorganismos patógenos que destruyen el hueso alveolar, desestabilizando el soporte del diente. La movilidad patológica según Carranza y Sznajder²⁰ está comprendida en tres grados: leve, moderado y extremo. Así mismo, encontramos la movilidad producida por traumatismos o golpes, esta es anormal y se diagnostica según la intensidad del impacto.

Sin embargo, algunos informantes consideran que en los dientes permanentes la movilidad sigue siendo normal como se presenta en los ejemplos (79), (80) y (81). A continuación se presentan algunos testimonios:

- (79) Sí, es normal que un adulto tenga movilidad.
- (80) Si un adulto tiene los dientes débiles es normal.

En el ejemplo número (79) se observa la concepción errada sobre la movilidad de los dientes en la edad adulta, ya que en esta época no es normal. Cuando se presenta movilidad, esta puede indicar el inicio o padecimiento de una enfermedad periodontal o de origen patológico.

Igualmente, otros indicaron que habían presentado movilidad durante la infancia como se muestra en los ejemplos (81), (82) y (83).

- (81) Estando pequeño sí tenía debilidad ahora no.
- (82) De pequeño sí, cuando me estaba desarrollando, luego de adulto no.
- (83) Sí he presentado movilidad, no sé por qué, creo que era porque me estaba desarrollando, por la edad, cuando

estaba pequeño, cuando hubo cambio de dientes sí, pero adulto no.

La movilidad en edad temprana o en la infancia es considerada normal, pues en esta etapa existe un proceso de remplazo dental, como lo indica uno de los informantes en el ejemplo (83); sin embargo, se observa la inseguridad de su respuesta, indicando que no existe un conocimiento claro acerca de la presencia de la movilidad en los dientes.

Así mismo, la concepción que tienen algunos de los informantes respecto a la movilidad como un proceso normal y no como una enfermedad se evidencia en los argumentos presentes en los ejemplos (84), (85) y (86). Mencionando lo siguiente:

- (84) No creo que sea una enfermedad, es normal que se muevan.
- (85) Yo creo que no. Porque yo creo que si esta flojo se debe de caer, pero no es enfermedad.
- (86) No es una enfermedad, me parece que es normal la movilidad.

Finalmente, un grupo afirmó que la movilidad es un signo de enfermedad como se visualiza en los ejemplos (87), (88) y (89). Expresados a continuación:

- (87) Yo creo que sí, la movilidad es un signo de enfermedad.
- (88) Si tiene los huesos débiles debe ser alguna enfermedad.
- (89) Sí, creo que sí podría ser una enfermedad.

Después de las consideraciones anteriores, es necesario acotar que los entrevistados conocen la movilidad como un proceso fisiológico sin tomar en cuenta la edad en la que

se presente. Además, lo asocian a momentos de debilidad de los dientes, pero algunos ignoran que se pueda tratar de una enfermedad periodontal como lo expresa un interrogado en el ejemplo (86) y otros creen que es una enfermedad pero ignoran el origen de la misma.

Sangrado como consecuencia de agentes mecánicos externos

El sangrado de las encías está vinculado a distintos factores: (1) Puede ser un signo de riesgo o presencia de enfermedades periodontales, (2) puede estar asociado a afecciones médicas graves como leucemia y trastornos hemorrágicos y plaquetarios y (3) el cepillado incorrecto y el mal uso de la seda dental que realmente pueden llegar a traumatizar o irritar el tejido gingival¹⁶.

Sin embargo, la razón más común es la remoción inadecuada de la placa de los dientes en la línea de las encías. Esto lleva a una afección llamada gingivitis o encías inflamadas, caracterizadas por el color rojo intenso y el sangrado espontáneo o provocado al mínimo contacto con un agente externo¹⁶.

Durante las entrevistas realizadas la mayoría de los participantes le atribuyó el sangrado de las encías a las maniobras mecánicas de limpieza, es decir, al hecho de cepillarse con mucha fuerza las piezas dentales como lo expresan en los ejemplos (90), (91) y (92). Esto se ve reflejado en sus respuestas, algunas fueron:

- (90) Cuando me cepillo muy duro siento que me sangran.
- (91) Sí, he sangrado por un cepillado rápido y muy fuerte.
- (92) Si me cepillo muy duro o muy rápido sí sangro.

Pese a estas afirmaciones, González¹³ expresa que en ocasiones, las encías pueden sangrar si se cepillan muy fuertemente o con un cepillo muy duro como lo expresa uno de los interrogados en el ejemplo (92), pero este autor también explica que en general, el sangrado de las encías es señal de enfermedad (gingivitis o enfermedad periodontal).

Por otra parte, algunos de los informantes consideran el sangrado como una enfermedad como se muestra en los ejemplos (93), (94) y (95) coincidiendo con lo expresado por González en el 2002.

- (93) El sangrado tiene que ser una enfermedad.
- (94) Si hay sangramiento hay enfermedad.
- (95) Si me cepillo muy fuerte me puedo romper y sangrar. Pero sí puede ser una enfermedad.

En cambio, otros entrevistados consideran el sangrado como un proceso normal como se aprecia en los ejemplos (96), (97) y (98).

- (96) Si hay algún sangramiento o inflamación eso es normal.
- (97) No, eso no es enfermedad. Eso fue por el cepillado duro.
- (98) Una vez me pasó, no supe por qué, no creo que sea enfermedad.

Solo uno de todos los consultados afirmó que el sangrado que había presentado era causa de una enfermedad viral, de la siguiente manera:

- (99) Una vez sí estuve sangrando pero porque me dio dengue.

De los anteriores planteamientos se deduce que los informantes le atribuyen el sangrado de las encías a la técnica de cepillado, considerándose el cepillado como un agente

externo aplicado de manera inadecuada, sin embargo, ellos creen que lo realizan de manera correcta y que en consecuencia el sangrado es normal. Pocos de los interrogados lo consideran un signo de enfermedad pero desconociendo el origen de la misma; solo uno lo relacionó con el dengue, siendo esta última una causa poco común.

La halitosis como un problema de origen extraoral

La halitosis es una afección caracterizada por un olor desagradable procedente del aire espirado, sin tomar en cuenta el origen o sustancias que lo producen. El olor fuerte que se presenta en el aire exhalado proviene de distintas etiologías, que se enmarcan entre lo fisiológico y lo patológico^{23, 24}. Entre los factores fisiológicos podemos encontrar halitosis producidas por la disminución o detención del flujo salival durante el sueño, el uso de ciertas drogas y medicamentos, consumo de tabaco y estados de ayuno. Mientras que la halitosis patológica puede estar producida por enfermedades propias de cavidad bucal como la enfermedad periodontal y acumulación de placa en el dorso de la lengua, o por causas de origen extraoral como alteraciones patológicas del sistema respiratorio y patologías del aparato digestivo. Sin embargo, Cicco²⁵ indica que la halitosis de origen gastrointestinal es sumamente rara, pues los gases del tracto gastrointestinal superior, normalmente no se mezclan con el aire espirado; además, explica que vomitando o eructando es que se puede producir mal olor.

Algunos informantes identificaron de forma exclusiva el mal olor asociado a problemas

estomacales, reflejándose en los ejemplos (100), (101) y (102).

- (100) A veces son problemas estomacales que hacen que haya mal aliento.
- (101) Tiene que ver algo con el estómago y sale ese olor.
- (102) Antes que tuve problemas en el estómago tenía mal olor en la boca.

No obstante, algunos asociaron el mal olor en la boca con la falta de higiene bucal, como se muestra en los ejemplos (103), (104) y (105).

- (103) Si por ejemplo como y no me limpio, se quedan los residuos y sale el mal aliento.
- (104) A veces no se cepillan y por eso es que tienen mal olor, es importante que todos los días se cepillen para que tengan buen aliento.
- (105) A veces huele mal porque no hay un buen cepillado.

En síntesis, a partir de los testimonios, se puede inferir que los sordos atribuyen la halitosis a la ausencia de higiene bucal. También, testifican que la halitosis es producida por enfermedades que tengan origen en el estómago sin especificar cuáles son por desconocimiento de las mismas, ignorando que puede ser producida por enfermedades presentes en cavidad bucal.

La Ortodoncia como tratamiento de estética

La Ortodoncia es una especialidad de la Odontología que se encarga de prevenir, diagnosticar, interceptar y tratar las malposiciones dentarias y trastornos maxilofaciales ²⁶. El tratamiento ortodóntico

permite convertir mal oclusiones patológicas en oclusiones fisiológicas y apiñamientos dentales en dientes posicionados correctamente. Asimismo, permite prevenir problemas que se puedan presentar en la articulación temporomandibular. Igualmente, una de sus múltiples aplicaciones es con fines estéticos.

Durante las entrevistas, algunos informantes indicaron que la ortodoncia funciona como tratamiento estético y no como un tratamiento terapéutico, aunque mencionaron en algunos casos que mejoraba la mordida; sin embargo, no especificaron que el tratamiento ortodóntico mejora trastornos temporomandibulares y oclusales. Una prueba de ello se presenta en los ejemplos (106), (107) y (108), en los cuales los entrevistados afirman lo siguiente:

- (106) Tengo la mordida hacia afuera y me la tienen que arreglar para que me quede más bonita.
- (107) Con ese aparato la mordida queda mucho mejor, hay de distintos tipos dependiendo del problema que tengan y se ve la sonrisa mucho más bonita.
- (108) Bueno si hay una mala posición de los dientes con la ortodoncia queda mejor.

No obstante, otros de los entrevistados se refirieron al tratamiento de ortodoncia como una forma de solucionar problemas de mordida y dientes en posición inadecuada como se demuestra en los ejemplos (109), (110) y (111).

- (109) Para ayudar a que la dentadura tenga la forma correcta y no haya dientes fuera de lugar.

- (110) Para que todos los dientes queden al mismo nivel.
- (111) Si los dientes están muy abiertos hay que cerrar la mordida.

De las consideraciones anteriores se deduce que una parte de los entrevistados piensa en la ortodoncia como una intervención que permite darle a la dentadura una mejor apariencia; si bien este tratamiento tiene la ventaja de proporcionar una sonrisa de aspecto agradable no es la finalidad del mismo. La principal indicación de la ortodoncia es terapéutica, es decir, con la finalidad de brindar un mejor posicionamiento dental para evitar alteraciones en la oclusión como lo mencionaron algunos de los interrogados.

Conclusiones

Los resultados obtenidos sugiere que la comunidad sorda merideña tiene suficiente escasa información sobre la salud bucal: higiene bucal, enfermedades bucales, sus signos y síntomas. Sin embargo, en ocasiones la información que manejan es errónea: califican en un rango de normalidad algunos síntomas de enfermedad tales como movilidad, sangramiento e inflamación.

En cuanto a la higiene bucal, algunos distinguen los métodos de higiene bucal; sin embargo, indican no usarlo de forma simultánea por descuido, desinterés o miedo. En algunos casos conocen la técnica pero desconocen la manera de aplicarla.

Por otro lado, la mayoría considera que hay problemas de comunicación odontólogo oyente-paciente sordo. Coinciden en resaltar la necesidad de la interpretación simultánea durante la consulta odontológica como un reconocimiento a la comunidad sorda y su cultura.

Dado su carácter exploratorio cualitativo, en el que participaron sólo 20 integrantes de la población de sordos, los resultados no pretenden ser generalizables, concluyentes. Sin embargo, el estudio gozó de validez interna.

Finalmente, con base en los resultados, recomendamos lo siguiente:

- Desarrollar programas en lengua de señas dirigidos a mejorar la salud bucal de la población sorda.
- Proponer a la Facultad de Odontología de la Universidad de Los Andes el desarrollo de una materia electiva dirigida al estudio de la lengua de señas aplicada a la odontología
- Realizar más estudios sobre la salud bucal de la comunidad sorda, a objeto de garantizarles acceso a la información y en consecuencia mejorar las condiciones de salud bucal de esta población.
- Crear cursos de lengua de señas dirigidos a Odontólogos para facilitar la comunicación con el paciente sordo.

Nota:

*Este artículo muestra resultados parciales de un proyecto de investigación Código O-265-11-09-F, financiado por el CDCHTA de la Universidad de Los Andes (ULA), el cual fue presentado como trabajo de Grado en la Facultad de Odontología de la ULA.

REFERENCIAS

1. Villalobos R. Reflexiones sobre prevención y curación en Odontología. *Odontología Vital*. 2008; 2(9): 3. Recuperado el 07 de julio de 2010, disponible en: http://www.ulatina.ac.cr/html/odontologia_vital/Revista_Vita_Num_9.pdf.
2. Asamblea Nacional Constituyente. Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. Caracas, Venezuela; 1999.
3. González M. Estudio del estado de salud bucal en pacientes con discapacidades sensoriales tratados con un programa de higiene oral. 2009; *Universidad Nacional del Nordeste – Facultad de Odontología*. Argentina. Recuperado el 13 de julio del 2010 disponible en: <http://odn.unne.edu.ar/10.1AT2009.pdf>.
4. Soto R, VallejosR, Campos R, Ouslanova P, Agüero, Bernal N, Camargo J y De la Cruz C. Situación bucal de pobladores con discapacidades en el distrito de San Luis – Lima. *Revista de estomatología Herediana*. 2009; 19(1): 18 – 20.
5. Castañeda M, Maita L y Romero M. Caries dental e higiene bucal en pacientes atendidos en la clínica del niño de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. *Odontología Sanmarquina*. 2009; 12(1): 18-21.
6. Saliba C, Ísper A, Hissako D, Leal R y Cunha L. Evaluación del tratamiento personal recibido por pacientes sordos en consultorio odontológico. *Acta Odontológica Venezolana*. 2007; 46(4). Caracas, Venezuela. Recuperado el 13 de julio de 2010, disponible en: http://www.actaodontologica.com/ediciones/2008/4/evaluacion_tratamiento_pacientes_sordos.asp.
7. Alves A, Gomes K y Márcia M. Perception of persons with severe or profound deafness about the communication process during health care. *Revista Latino-americana de Enfermagem*. 2006; 14(4): 553-560.
8. Tamaskar P, Malia T, Stern C, Gorenflo D, Meador H y Zazove P. Preventive Attitudes and Beliefs of Deaf and Hard-of-Hearing Individuals. *Archives of family medicine*. 2000; 9(6): 518-525.
9. Jablonski S. *Diccionario Ilustrado de Odontología*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Médica Panamericana; 1992.
10. Miguel R, Pólvora B, Bonacina D, Saporitti F, Iantosca A, Zemel M y Cocco L. El odontólogo como educador en el área de salud de la comunidad. V Colóquio Internacional sobre Gestión Universitaria en América del Sur. Argentina; 2005. Recuperado el 24 de noviembre de 2011, disponible en: http://rapes.unsl.edu.ar/Congresos_realizados/Congresos/V%20Coloquio%20-%20Dic%20-%202005/Documentos/TRABAJOS%20DE%20ARGENTINA/4-Integracion%20Universidad%20y%20Sociedad/MIGUEL%20-%20Mar%20del%20Plata%202005.pdf.

11. Honkala E. La evidencia de la eficacia de la promoción de la salud. *RCOE*. 2002; 7(5). Recuperado el 24 de noviembre de 2011, disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1138-123X2002000600007.
12. Carranza F, Newman M y Takei H. *Periodontología Clínica* (9.^a Edición). Distrito Federal, México: McGraw-Hill Interamericana; 2004.
13. González V. *Higiene oral. Educación dental infantil* (2.^a Edición). Sevilla – España: Edita Junta de Andalucía, Consejería de Salud; 2002. Recuperado el 24 de noviembre de 2011, disponible en: <http://www.colombiaya.com/lidavargas/documentos/manual-de-educacion-bucal.pdf>.
14. Enrile F y Santos-Aleman A. Colutorios para el control de placa y gingivitis basados en la evidencia científica. *RCOE*. 2005; 10(4). Recuperado el 25 de noviembre de 2011, disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1138-123X2005000400006&lang=es.
15. Soria A, Molina N y Rodríguez R. Hábitos de higiene bucal y su influencia sobre la frecuencia de caries dental. *Acta Pediátrica de México*. 2008; 29(1). Recuperado el 25 de noviembre de 2011, disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/actpedmex/apm-2008/apm081e.pdf>.
16. Medciclopedia: Diccionario Ilustrado de Términos Médicos. 2011. Recuperado el 22 de noviembre de 2011, disponible en: <http://www.iqb.es/diccio/s/signo.htm>.
17. Misrachi C y Sáez M. Valores, creencias y prácticas populares en relación a la salud oral. *Cuadernos médico – sociales*. 1989; 30(2). Recuperado el 05 de diciembre de 2011, disponible en: http://cms.colegiomedico.cl/pdf/030_02.pdf.
18. Ausina V y Llena MC. El cumplimiento a las visitas programadas en una consulta de odontología preventiva de área. *Revista Atención Primaria*. 1997; 20(5). Recuperado el 23 de noviembre de 2011, disponible en: <http://www.elsevier.es/es/revistas/atencion-primaria-27/el-cumplimiento-las-visitas-programadas-una-consulta-14633-originales-breves-1997>.
19. MedlinePlus: Enciclopedia Médica; 2010. Recuperado el 23 de noviembre de 2011, disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/pain.html>.
20. Carranza F y Sznajder N. *Compendio de Periodoncia* (5.^a Edición). Buenos Aires, Argentina: Editorial Médica Panamericana S.A; 1996.
21. Morón A, Santana Y, Pirona M, Rivera L, Rincón M y Pirela A. Cronología y secuencia de erupción de dientes permanentes en escolares wayúu. Parroquia Idelfonso Vásquez. Municipio Maracaibo - estado Zulia. *Acta Odontológica Venezolana*. 2004; 44(1), 10. Recuperado el 22 de noviembre de 2011, disponible en: http://www.actaodontologica.com/ediciones/2006/1/erupcion_dientes_permanentes.asp.
22. Ravindra N. *Biomecánica en ortodoncia clínica*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Médica Panamericana S.A; 1998.
23. Velásquez M y González O. La Halitosis. Definición, clasificación y factores etiológicos. *Acta Odontológica Venezolana*. 2005; 44(2). Recuperado el 22 de noviembre de 2011, disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0001-63652006000200016&script=sci_arttext.

<http://erevistas.saber.ula.ve/index.php/rvio>

24. Pascual – La Rocca A, Santos S. Halitosis y colutorios orales. Revisión de la literatura. *RCOE*. 2005; 10(4). Recuperado el 23 de noviembre de 2011, disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1138-123X2005000400004&script=sci_arttext.
25. Cicco S. Clasificación de la halitosis. *Acta Odontológica Venezolana*. 2001; 40(2). Recuperado el 23 de noviembre de 2011, disponible en: http://www.actaodontologica.com/ediciones/2002/2/clasificacion_halitosis.asp.
26. Quirós O. Introducción a la ortodoncia. *Acta Odontológica Venezolana*. 2004; 42(3). Recuperado el 22 de noviembre de 2011, disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0001-63652004000300015&script=sci_arttext.