



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN CIENCIAS MÉDICAS,
ODONTOLÓGICAS Y DE LA SALUD

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

CAMPO DEL CONOCIMIENTO: SALUD PÚBLICA BUCAL

**ASOCIACIÓN ENTRE SOPORTE SOCIAL Y EL ESTADO DE SALUD BUCAL EN
ESTUDIANTES DEL COLEGIO DE BACHILLERES PLANTEL NO.4 "CULHUACÁN".**

T E S I S

QUE PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE MAESTRA EN CIENCIAS

PRESENTA

DANIELA GALICIA DIEZ BARROSO

TUTOR

MTRO. JAVIER DE LA FUENTE HERNÁNDEZ

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS SUPERIORES (ENES) CAMPUS LEÓN, GTO.

MÉXICO DF. ENERO 2016.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ÍNDICE

Resumen	4
Abstract	5
Introducción	6
Marco Teórico	7
Adolescencia	7
Soporte social	8
Factores de riesgo y conductas en adolescencia	10
Tabaquismo	10
Alcoholismo	10
Antecedentes	12
Soporte social y salud en general	12
Soporte social y prácticas de riesgo, tabaquismo y consumo de alcohol	13
Soporte social y salud bucal	13
Planteamiento del problema	14
Justificación	15
Objetivos	16
Hipótesis general	17
Material y método	19
Tipo de estudio	19
Universo de estudio	19
Tipo y tamaño de muestra	19
Criterios de selección	20
Variables	21

Métodos de recolección y registro de la información	29
Análisis Estadístico	31
Consideraciones éticas	32
Recursos materiales y humanos	32
Resultados	33
Tablas	49
Discusión	73
Limitaciones	78
Conclusiones	79
Referencias bibliográficas	80
Anexo 1, Regla 8x7 AMAI	86
Anexo 2, Índice IHO-S	94
Anexo 3, Índice PSR	96
Anexo 4, Índice CPO-D	97
Anexo 5, Cuestionario	100
Anexo 6, Consentimiento informado	108
Anexo 7, Escala de Fagerström	110
Anexo 8, Escala AUDIT	111
Anexo 9, Escala CES-D 20	113

RESUMEN

Introducción. El soporte social es el conjunto de aportaciones emocionales, materiales, informacionales o de compañía que las personas reciben de los miembros de su red social. Se ha observado que la pertenencia a una red social se asocia a un mejor estado de salud oral. **Objetivo.** Determinar la relación entre el soporte social y el estado de salud oral en los estudiantes del Colegio de Bachilleres Plantel No. 4 “Culhuacán” durante 2013-2014. **Metodología:** Estudio transversal analítico en 303 alumnos del Colegio de Bachilleres No. 4, muestra aleatoria estratificada por sexo. Se incluyeron alumnos con consentimiento firmado y se excluyeron a aquellos con aparatología fija. Un encuestador estandarizado, aplicó un cuestionario con variables sociodemográficas, prácticas de higiene bucal, tabaquismo, alcoholismo, estrés, depresión y soporte social. Posteriormente se realizó un examen clínico para evaluar caries, estado periodontal e higiene bucal, siguiendo los criterios de la Organización Mundial de la Salud. **Resultados:** La media de edad fue de 18.33 ± 0.02 años, 54% hombres y 46% mujeres. El 43% de las madres y el 33.9% de los padres, refirió estudios de secundaria o carrera técnica, el 66.34% de los participantes cuenta con un nivel socioeconómico medio. El 47.2% de los estudiantes reportó haber visitado al dentista en el último año. La media de soporte social fue de 67.12 ± 12.67 , presentando una media mayor las mujeres 68.71 ± 12.67 ($t=4.05$ $p=0.045$). La media de CPO-D fue de 4.18 ± 3.62 , no se observó diferencia entre las medias por nivel de soporte social (ANOVA= 0.541 $p=0.583$). La media de frecuencia de cepillado diario fue de 2.34 ± 0.73 veces, presentando mayor frecuencia (2.44 ± 0.75 veces), los adolescentes con mayor soporte social (69-84 puntos) (ANOVA=3.77, $p=0.024$). **Conclusiones:** El soporte social no se encontró asociado con el estado de salud bucal, sin embargo, se observó asociación con los hábitos de higiene bucal.

ABSTRACT

Introduction. Social support is the set of emotional, material, informational or company contributions that people receive from members of their social network. It has been observed that belonging to a social network is associated with better oral health status.

Objective. Determine the relationship between social support and oral health status in students from High School Num. 4 "Culhuacán" during 2013-2014. **Methodology:** Cross-sectional study on 303 students of High School Num. 4, random sample stratified by sex. Students with signed consent were included and those with fixed orthodontic treatment were excluded. A standardized interviewer administered a questionnaire with sociodemographic variables, oral hygiene practices, smoking, alcohol, stress, depression and social support scale. Subsequently a clinical examination was performed to assess caries, periodontal and oral hygiene status following the World Health Organization criteria.

Results: Mean age was 18.33 ± 0.02 , 54% were male and 46% female. 43% of mothers and 33.9% of fathers, reported secondary or technical career studies, 66.34% of respondents belong to a medium socioeconomic status. 47.2% of the students reported having visited a dentist in the last year. The mean of social support was 67.12 ± 12.67 , with a higher mean for women 68.71 ± 12.67 ($t = 4.05$ $p = 0.045$). The DMFT mean was 4.18 ± 3.62 , no difference was observed between the means by level of social support (ANOVA = 0.541 $p = 0.583$). The mean of brushing frequency was 2.34 ± 0.73 times, showing higher frequency (2.44 ± 0.75 times) on adolescents with higher social support levels (69-84 points) (ANOVA=3.77, $p=0.024$). **Conclusions:** Social support was not associated with oral health status, but it presented association with oral hygiene habits.

ASOCIACIÓN ENTRE SOPORTE SOCIAL Y ESTADO DE SALUD BUCAL EN ESTUDIANTES DEL COLEGIO DE BACHILLERES PLANTEL NO.4 “CULHUACÁN”.

INTRODUCCIÓN

La adolescencia es una etapa muy importante en la vida de cualquier individuo, ya que las decisiones que tome y conductas que adquiera, repercutirán a lo largo de su vida adulta; malos hábitos y prácticas de riesgo, pueden tener repercusiones graves en su estado de salud, las cuales pueden ser para el resto de su vida. Para los adolescentes uno de los factores que más influye en la toma de decisiones es el soporte social con el que cuente, es decir, tener personas que lo ayuden a sentirse valioso, como familiares, amigos y seres cercanos que le permitan tomar mejores decisiones, desarrollar su personalidad, aumentar su autoestima y crear vínculos sentimentales.

Distintos estudios^{1,2,3,4,5,6,7,8,9}, mencionan los efectos benéficos del soporte social en el estado de salud general y oral; por ejemplo, una menor tendencia a la depresión, un mejor control del estrés y otros específicos como una menor prevalencia de hipertensión arterial¹⁰. En el aspecto bucal, se ha observado que en adultos mayores un mejor soporte social se asocia a una menor pérdida dental, mejores condiciones periodontales y un mayor mantenimiento de las prótesis¹¹, sin embargo, existen pocos estudios que proporcionen evidencia en el caso de la población adolescente. El propósito del presente estudio es identificar si existe asociación entre el soporte social con el estado de salud bucodental en adolescentes del Colegio de Bachilleres Plantel No. 4 “Culhuacán”.

MARCO TEÓRICO

ADOLESCENCIA

La OMS¹², define la adolescencia como la etapa que transcurre entre los 11 y 19 años, considerándose dos fases, la temprana de 11 a 14 años y la tardía de 15 a 19 años. En cada una de las etapas se presentan cambios tanto en el aspecto fisiológico (estimulación y funcionamiento de los órganos por hormonas, femeninas y masculinas), como en el estructural anatómico y en la modificación en el perfil psicológico y de la personalidad; sin embargo, no es una condición uniforme y varía de acuerdo a las características individuales y de grupo.

Así, la adolescencia se considera un periodo de transición entre la niñez y la adultez, en el que el individuo debe afrontar un gran número de cambios y desafíos evolutivos. El adolescente se enfrenta a la definición de su identidad¹³, a la consolidación de cambios cognitivos como el pensamiento abstracto¹⁴ y con frecuencia, al desarrollo de un sistema de valores propio¹³; además del anhelo de una mayor independencia del contexto familiar y la adquisición de un papel cada vez más decisivo al grupo de iguales¹⁵. Durante este periodo, el individuo se enfrenta a un amplio número de demandas, conflictos y oportunidades¹⁶ que contribuirán en el mejor de los casos de manera positiva en su desarrollo.

El incremento en el número de conflictos con los padres, las mayores alteraciones en el estado de ánimo y la mayor implicación en conductas de riesgo son aspectos distintivos de la adolescencia, que la convierten en una etapa especialmente difícil no sólo para el adolescente sino también para las personas que forman parte de su entorno¹⁷. No todos los adolescentes inician esta importante etapa de su vida con los mismos recursos personales y sociales, la adaptación del adolescente va a estar determinada por la cantidad de medios de los que dispone para afrontar los cambios, uno de los principales es el apoyo que percibe de su red social (personas con las que el individuo se relaciona cotidianamente)¹⁸.

El soporte social se refiere al conjunto de aportaciones de tipo emocional, material, informacional o de compañía que la persona percibe o recibe de distintos miembros de su red social¹⁹. Disponer de personas de confianza a las que pueda expresar emociones, problemas o dificultades, escuchar su opinión, o simplemente tener la sensación de ser escuchados y aceptados como personas, ha demostrado tener un fuerte impacto tanto en la autoestima y estado de salud, así como en la capacidad de la persona para afrontar adecuadamente situaciones difíciles y estresantes^{20,21,22}.

Durante los últimos años, ha aumentado el interés por conocer las posibles relaciones entre los problemas de salud que presentan los adolescentes y las diversas variables psicosociales (como el estrés o la ansiedad) y las formas de afrontarlos a través del estado de ánimo y el apoyo social.

SOPORTE SOCIAL

El soporte social se define como aquella asistencia para las personas y los grupos desde dentro de sus comunidades que les sirve de ayuda para afrontar los acontecimientos y las condiciones de vida adversos y que puede ofrecer un recurso positivo para mejorar la calidad de vida. El soporte social puede incluir apoyo emocional, intercambio de información y suministro de recursos y servicios materiales^{23,24}.

El interés hacia el soporte social, se despertó en los años setentas²⁵, Cassel en 1974 formuló varias teorías que sostienen que los cambios en el ambiente social pueden alterar la resistencia de los individuos hacia la enfermedad debido a las alteraciones metabólicas que desencadenan, ya que la falta de señales o de información relevante por parte de las relaciones sociales (en especial las referidas a personas significativas y próximas para el individuo) pueden constituir el origen de la enfermedad.

Otra aportación es la de G. Caplan²⁶, la cual subraya la importancia que tienen para el bienestar de los individuos los recursos derivados de las distintas relaciones sociales mantenidas como el apoyo emocional. Entre sus contribuciones, destaca la necesidad de

realización de actividades que deberían llevar a cabo profesionales para favorecer el desarrollo de contactos sociales proveedores de apoyo en una determinada comunidad.

Gottlieb en 1981²⁷ observó que las personas afectadas por problemas emocionales o situaciones difíciles y/o generadoras de estrés, elegían a personas de su entorno antes que a especialistas en salud mental, como psiquiatras o psicólogos, para intentar solucionarlos. Este hecho otorga el reconocimiento a las personas que pertenecen al entorno próximo del individuo (con formación profesional o no) como “fuentes proveedoras de apoyo” para el mantenimiento de la salud mental dentro de la comunidad.

En el contexto actual, conceptos como la prevención, promoción y restauración de la salud, sitúan en un lugar privilegiado a las personas, familias y a la propia comunidad como recursos naturales-informales disponibles, que garantizan la continuidad de los servicios profesionales en salud. Paralelamente, en los últimos años se han implantado grupos organizados de personas, por ejemplo, los de autoayuda, cuyo papel principal es el de facilitar estrategias adaptativas frente a la enfermedad.

Desde el punto de vista de la intervención comunitaria en salud, es necesario conocer la estructura social y los diferentes niveles de intervención comunitaria con el objetivo de potenciar, crear o complementar recursos que proporcionen apoyo social tanto a nivel individual-familiar como colectivo.

Respecto al apoyo social en adolescentes, se considera que el sentimiento de ser apreciado por otras personas y pertenecer a una red social, puede tener efecto en el estado de bienestar y de la salud. Se ha constatado que aquellos adolescentes que perciben mayor apoyo de sus padres utilizan también estrategias de afrontamiento más efectivas en la solución de sus problemas, tienen una autoestima más favorable y cuentan con mayores competencias sociales²⁸.

FACTORES DE RIESGO Y CONDUCTAS EN ADOLESCENCIA

TABAQUISMO

El consumo de tabaco es un problema que ha ido en aumento en nuestro país, en el Distrito Federal cerca de 7000 muertes son atribuibles al consumo del tabaco²⁹. Los daños a la salud causados por fumar o estar expuesto al humo de otros fumadores aparecen a largo plazo, generalmente pasada la mitad de la cuarta década de la vida. Sin embargo, las primeras experiencias con los productos de tabaco ocurren generalmente durante la adolescencia, la Encuesta sobre Tabaquismo en Jóvenes³⁰, destaca que la edad de inicio en el consumo de cigarrillos oscila entre los 11 y los 13 años de edad en una proporción de cerca de siete de cada diez entrevistados, mientras que uno de cada diez reportó haber tenido su primera experiencia con el tabaco antes de los 10 años³⁰.

RELACIÓN ENTRE TABACO Y SALUD BUCAL

Se conoce, que dentro de las principales manifestaciones y consecuencias relacionadas al hábito de tabaquismo se encuentran: manchas en la superficie dentaria, halitosis, disminución del sentido del gusto, retraso en la cicatrización de las heridas, periodontitis, gingivitis, aumento importante del número de casos de cáncer bucal, alteración en la composición y cantidad del flujo salival³¹.

ALCOHOLISMO

Para algunos adolescentes, experimentar el consumo de alcohol puede ser un rito necesario para atravesar la fase de individualización. De hecho, se podría decir que la mayor parte de los jóvenes son consumidores ocasionales, adoptando un patrón de consumo regularmente durante los fines de semana. Sin embargo, para aquellos jóvenes y adolescentes que presentan personalidades complejas, puede constituir la única alternativa para enfrentar los problemas personales y ser así los más sensibles a la dependencia de alcohol³².

ALCOHOLISMO Y SALUD BUCAL

El consumo crónico de bebidas alcohólicas está asociado como un factor de riesgo para desarrollar cáncer del tracto gastrointestinal superior.³³ Se ha encontrado una asociación entre los bajos niveles de higiene oral presentes en sujetos alcohólicos y un sobrecrecimiento bacteriano, lo cual repercute en las concentraciones de acetaldehído salival, lo cual explica el aumento del riesgo a desarrollar cáncer bucal.³⁴

ANTECEDENTES

SOPORTE SOCIAL Y SALUD GENERAL

Se han realizado estudios^{35,36} donde se ha examinado la relación existente entre el reporte de problemas de salud y diferentes factores sociales en adolescentes. Estos estudios han reportado relaciones significativas entre los eventos estresantes, el estrés percibido y con el ánimo depresivo. Las mujeres reportaron mayores niveles de problemas de salud, eventos estresantes, estrés percibido, estrategias de afrontamiento y ánimo depresivo³⁷.

Otros estudios han reflejado que el apoyo social y emocional puede ayudar a mitigar las consecuencias de los acontecimientos estresantes y afrontar las enfermedades, factores de riesgo y los efectos negativos de aislamiento social³⁸. También se ha observado que niveles bajos de soporte social y el aislamiento social, están asociados con enfermedades físicas y mentales, así como a las tasas de mortalidad.³⁹

Un estudio llevado a cabo con pacientes que presentaron infarto agudo al miocardio, reveló que los pacientes que cuentan con soporte social presentan una mejor calidad de vida y que el soporte social dependerá del tamaño de la red social⁴⁰.

Investigaciones en pacientes con Diabetes Mellitus, muestran que los pacientes que tienen mayor soporte social tienen una mejor adherencia a su tratamiento, lo cual también se refleja en una mejor calidad de vida¹.

Se ha observado una asociación positiva entre el apoyo social percibido y el ajuste psicológico después del tratamiento del cáncer². Otros estudios sugieren que el soporte social y la progresión del cáncer poseen una asociación importante; como el caso de las mujeres con cáncer de mama, donde se observó que aquellas mujeres que permanecen aisladas aumentan el riesgo de morir, a comparación de aquellas mujeres que cuentan con soporte social emocional.³

SOPORTE SOCIAL Y PRÁCTICAS DE RIESGO, TABAQUISMO Y CONSUMO DE ALCOHOL

Un estudio realizado en estudiantes de los primeros años de universidad, reveló que las mujeres con mayor soporte social, tienen un menor nivel de consumo de alcohol, mientras que los hombres con mayor soporte social presentaron un mayor nivel de consumo de alcohol, esta asociación se vio moderada por el género.⁴

En cuanto al tabaquismo y el soporte social, algunos estudios han encontrado que en adolescentes y adultos, el hábito de fumar puede estar asociado a poseer un alto soporte social con los pares y amigos.^{5,66}

SOPORTE SOCIAL Y SALUD BUCAL

Investigaciones en poblaciones de adultos y adultos mayores^{6,7}, resaltan que el estado civil y el número de amigos, está relacionado directamente con el grado de enfermedad periodontal; las personas que tienen amigos y participan en actividades sociales, son menos propensas a padecer esta enfermedad; así mismo un menor número de amigos implica una mayor adquisición de conductas de riesgo y un menor gusto por acudir al dentista. Además, se ha identificado que personas que viven solas, generalmente portan prótesis totales y sólo acuden al dentista en caso de dolor, a diferencia de las que viven con alguna persona adulta; dichas personas poseen mayor conciencia acerca de su estado de salud bucodental, tienen mejores condiciones y conocen la importancia de acudir al dentista⁸.

Otro estudio realizado en adultos mayores del sexo masculino⁹, reveló que el contacto social con sus propios hijos y amigos, fueron factores importantes para mantener una buena salud oral. Las relaciones personales fuertes parecen desempeñar un papel más importante en la salud oral que la participación social.

Estudios en adolescentes, han mencionado que poseer un buen soporte social, se encuentra asociado a la frecuencia de cepillado, ya que para los adolescentes la autoimagen y la autoestima juegan un papel muy importante durante esta etapa.^{57,58}

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La adolescencia es una etapa de transición de la infancia a la edad adulta, donde las características del entorno, el apoyo familiar y de los amigos, así como la preparación escolar, repercutirán en el resto de su vida; de tal forma que en esta etapa, es necesario fomentar el desarrollo de conductas saludables que ayuden al adolescente a prevenir enfermedades que lo afectarán en el futuro y por lo tanto, es necesario conocer los distintos factores que influyen en su estado de salud.

Diversos estudios principalmente realizados en adultos mayores^{7,9} han demostrado que existe asociación entre el soporte social y el estado de salud bucodental, una persona que tiene amigos y participa en actividades sociales es menos propensa a la enfermedad, mientras que ciertos aspectos de la red social, como enviudar y tener pocos amigos están vinculados a la pérdida de inserción periodontal. Otros autores han mencionado que en poblaciones de adultos mayores, el soporte social está relacionado con el tiempo que ha transcurrido desde su última visita al dentista, con el número de dientes que poseen y el estado de sus dentaduras.

La mayoría de estos estudios se han llevado a cabo en poblaciones de adultos y adultos mayores y escasamente en adolescentes; en México no existe evidencia entre el soporte social y aspectos específicos del estado de salud bucal en adolescentes, por lo que debido a la falta de evidencias que asocien el constructo de soporte social con resultados específicos en salud bucal es que surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Existe asociación entre el soporte social y el estado de salud bucal de los estudiantes pertenecientes al Colegio de Bachilleres Plantel No. 4 “Culhuacán”, Ciudad de México?

JUSTIFICACIÓN

Obtener información del soporte social en los adolescentes, proveerá evidencia para determinar si tiene un efecto positivo sobre el estado de salud bucodental, lo que ayudará a crear estrategias, como programas o grupos dirigidos específicamente a los adolescentes, que estén enfocados en construir una red social que les permita desenvolverse de una manera saludable, fomentando conductas positivas, que refuercen su autoestima y creen conciencia acerca de la importancia de preocuparse por su salud. Para así adquirir conocimientos acerca del cuidado, autoevaluación y acciones que deben realizar para mantener en buenas condiciones su cavidad oral; al igual que prevenir la exposición a conductas que pongan en riesgo su estado de salud general, como el tabaquismo, alcoholismo, o algunos trastornos alimenticios. Dichas conductas pueden ocasionar alteraciones que resultan en consecuencias graves para la cavidad oral, como enfermedades y pérdida de inserción periodontal o caries dental severa que pueda ocasionar la pérdida prematura de órganos dentarios, abrasión y erosión en órganos dentarios, traumatismos, lesiones cancerígenas, entre otras.

Enfocarnos en los adolescentes, fomentando la creación de escuelas saludables y ambientes saludables, ayudará a prevenir conductas que puedan repercutir en su estado de salud a lo largo de la vida adulta, como el tabaquismo, o los malos hábitos de higiene bucal y alimentación; así como también ayudará a detectar problemas en etapas tempranas y atender estas necesidades oportunamente, lo cual nos dará como resultado adultos con un mejor estado de salud general y bucal, reflejándose en una buena calidad de vida, además de que cada individuo podrá transmitir a otras personas de su entorno los mismos conocimientos positivos adquiridos.

OBJETIVOS

Objetivo general:

- Determinar si existe asociación entre el soporte social y el estado de salud bucal en los estudiantes del Colegio de Bachilleres Plantel No. 4 “Culhuacán” Ciudad de México, en el periodo 2013-2014.

Objetivos específicos:

- Identificar si existe diferencia en el soporte social por sexo en los estudiantes del Colegio de Bachilleres Plantel No. 4 “Culhuacán”, en el periodo 2013-2014.
- Determinar el nivel de estrés y depresión en los estudiantes del Colegio de Bachilleres Plantel No. 4 “Culhuacán”, en el periodo 2013-2014.
- Identificar si existe asociación entre el soporte social y la experiencia de caries a través del índice CPO-D en los estudiantes del Colegio de Bachilleres Plantel No. 4 “Culhuacán”, en el periodo 2013-2014.
- Identificar si existe asociación entre el soporte social y el estado periodontal a través del índice PSR en los estudiantes del Colegio de Bachilleres Plantel No. 4 “Culhuacán”, en el periodo 2013-2014.
- Identificar si existe asociación entre el soporte social y el estado de higiene bucal a través del índice IHO-S, en los estudiantes del Colegio de Bachilleres Plantel No. 4 “Culhuacán”, en el periodo 2013-2014.
- Identificar si existe asociación entre el soporte social y la presencia de factores de riesgo para la salud bucal (consumo de tabaco y consumo de alcohol), en los estudiantes del Colegio de Bachilleres Plantel No. 4 “Culhuacán”, en el periodo 2013-2014.
- Identificar si existe asociación entre el soporte social y las prácticas de higiene bucal llevadas a cabo por los estudiantes del Colegio de Bachilleres Plantel No. 4 “Culhuacán”, en el periodo 2013-2014.

HIPÓTESIS GENERAL

HA1: Existe asociación entre el soporte social y la experiencia de caries, el estado de higiene bucal y el estado periodontal de los adolescentes del Colegio de Bachilleres Plantel No. 4 “Culhuacán”, en el periodo 2013-2014, controlando por nivel socioeconómico, depresión, estrés y prácticas de higiene bucal.

H0: No existe asociación entre el soporte social y la experiencia de caries, el estado de higiene bucal y el estado periodontal de los adolescentes del Colegio de Bachilleres Plantel No. 4 “Culhuacán”, en el periodo 2013-2014, controlando por nivel socioeconómico, depresión, estrés y prácticas de higiene bucal.

HIPÓTESIS ESPECÍFICAS

- HA2: Existe mayor soporte social percibido en mujeres que en hombres adolescentes del Colegio de Bachilleres Plantel No. 4 “Culhuacán”, en el periodo 2013-2014.
- H02: Existe menor o igual soporte social percibido en mujeres que en hombres adolescentes del Colegio de Bachilleres Plantel No. 4 “Culhuacán”, en el periodo 2013-2014.
- H3: A mayor soporte social percibido, menor estrés percibido por los adolescentes del Colegio de Bachilleres Plantel No. 4 “Culhuacán”, en el periodo 2013-2014.
- H03: A mayor soporte social percibido, igual o mayor estrés percibido por los adolescentes del Colegio de Bachilleres Plantel No. 4 “Culhuacán”, en el periodo 2013-2014 es bajo.
- H4: Existe diferencia en la media de dientes cariados, perdidos u obturados de acuerdo al nivel de soporte social percibido, en adolescentes del Colegio de Bachilleres Plantel No. 4 “Culhuacán”, en el periodo 2013-2014.

- H04: No existe diferencia en la media de dientes cariados, perdidos u obturados de acuerdo al nivel de soporte social percibido, en adolescentes del Colegio de Bachilleres Plantel No. 4 “Culhuacán”, en el periodo 2013-2014.
- H5: Existe asociación entre el soporte social y la condición periodontal de adolescentes del Colegio de Bachilleres Plantel No. 4 “Culhuacán”, en el periodo 2013-2014
- H05: No existe asociación, entre el soporte social y la condición periodontal de adolescentes del Colegio de Bachilleres Plantel No. 4 “Culhuacán”, en el periodo 2013-2014
- H6: Existe asociación entre el soporte social y el nivel de placa dentobacteriana presente en adolescentes del Colegio de Bachilleres Plantel No. 4 “Culhuacán”, en el periodo 2013-2014.
- H06: No existe asociación entre el soporte social y el nivel de placa dentobacteriana presente en adolescentes del Colegio de Bachilleres Plantel No. 4 “Culhuacán”, en el periodo 2013-2014.
- H7: A mayor soporte social, mayor frecuencia de cepillado llevado a cabo por los adolescentes del Colegio de Bachilleres Plantel No. 4 “Culhuacán”, en el periodo 2013-2014.
- H07: A mayor soporte social, igual o menor frecuencia en el cepillado llevado a cabo por los adolescentes del Colegio de Bachilleres Plantel No. 4 “Culhuacán”, en el periodo 2013-2014.

MATERIAL Y MÉTODO

Tipo de estudio

- Transversal analítico.

Población de estudio

- 1287 alumnos de 18 a 19 años, inscritos en el Colegio de Bachilleres, Plantel 4 “Culhuacán” Ciudad de México, durante el periodo 2013–2014.

Tipo y tamaño de muestra:

Muestra aleatoria estratificada por sexo, calculada con la fórmula de las proporciones en poblaciones finitas bajo los siguientes supuestos:

- Porcentaje de confianza= 95%
- Nivel de confianza (1- α)= .95
- Significancia= 0.05
- Proporción de casos con soporte social estimada= 50%*
- Precisión= 5%
- Tamaño de la población= 1287

$$n_0 = \frac{N Z^2 p q}{d^2 (N - 1) + Z^2 p q}$$

$$n = \frac{1287(1.96^2)(0.50)(0.50)}{(0.0025)(1287-1)+1.96^2(0.50)(0.50)} = 296.027 \quad \mathbf{296}$$

Considerando tasa de no respuesta del 2%

$$296 \cdot 0.02 = 5.92$$

$$296 + 6 = \mathbf{302}$$

Total de la muestra= 302

De acuerdo a los datos reportados por la escuela, la distribución por sexo de los alumnos fue la siguiente: 45.53% mujeres y 54.46% hombres.

Estratificando se cumplió con este número mínimo por sexo:

- Mujeres: 138.
- Hombres: 165.

La selección de los alumnos se llevó a cabo siguiendo un muestreo aleatorio simple, basado en las listas de alumnos inscritos otorgada por la institución.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de inclusión:

- Alumnos de 18 a 19 años con consentimiento informado firmado, que desearan participar.

Criterios de exclusión

- Alumnos con aparatología ortodóncica.

Criterios de eliminación

- Alumnos que respondieron menos del 20% del cuestionario.

VARIABLES:

VARIABLES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE
SOCIODEMOGRÁFICAS		ESCALA DE MEDICIÓN
EDAD	Número de años que reportó el entrevistado al momento de responder el cuestionario	Cuantitativa continua Edad en años
SEXO	Características biológicas que definen al individuo como hombre o mujer.	Cualitativa nominal 1. Hombre 2. Mujer
NIVEL SOCIOECONÓMICO (NSE)⁴¹	Bienestar económico y social respecto a la satisfacción en cuanto a las necesidades de espacio, salud, higiene, comodidad, practicidad, conectividad, entrenamiento dentro del hogar y planificación a futuro, medido a través del índice desarrollado por AMAI 8x7, el cual al contestar ocho preguntas referentes sobre diversos factores, serán ponderados y posteriormente sumados para dar un puntaje. El índice completo se encuentra descrito en el Anexo 1 ^{42,43} .	Cualitativa ordinal 1. Nivel a/b 2. Nivel c+ 3. Nivel c 4. Nivel d+ 5. Nivel d 6. Nivel e

VARIABLES DE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE
ESCOLARIDAD		ESCALA DE MEDICIÓN
GRADO ESCOLAR	Es el grado de estudios que poseía el participante al momento de ser interrogado.	Cualitativa ordinal 1. 1er año de bachillerato 2. 2do año de bachillerato 3. 3er año de bachillerato

		Cualitativa ordinal
ESCOLARIDAD DEL PADRE	Nivel máximo de estudios que poseía el padre del participante al momento en que el estudiante respondió el cuestionario	<ol style="list-style-type: none"> 1. No estudió 2. Primaria incompleta 3. Primaria completa 4. Secundaria incompleta 5. Secundaria completa 6. Carrera técnica 7. Preparatoria incompleta 8. Preparatoria completa 9. Licenciatura incompleta 10. Licenciatura completa 11. Diplomado 12. Maestría 13. Doctorado 99. No sabe/ no contestó
ESCOLARIDAD DE LA MADRE	Nivel máximo de estudios que tenía la madre del participante al momento en que el estudiante respondió el cuestionario	

VARIABLES DE OCUPACIÓN	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE ESCALA DE MEDICIÓN
OCUPACIÓN DEL PADRE	Es la actividad remunerada o no que desempeñaba el padre del participante.	Cualitativa nominal <ol style="list-style-type: none"> 1. Desempleado 2. Empleado 3. Profesionista 4. Jubilado 5. Otra: _____ 9 No sabe, No respondió
OCUPACIÓN DE LA MADRE	Es la actividad remunerada o no que desempeñaba la madre del participante.	Cualitativa nominal <ol style="list-style-type: none"> 1. Desempleado 2. Ama de casa 3. Empleado 4. Profesionista 5. Jubilado 6. Otra: _____ 9 No sabe, No respondió

VARIABLES DE ASISTENCIA DENTAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE ESCALA DE MEDICIÓN
ASISTENCIA AL DENTISTA	El participante reportó si había acudido al dentista alguna vez en su vida.	Nominal 1. Sí 2. No
ASISTENCIA AL DENTISTA EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES	El participante reportó si había asistido al dentista en los últimos doce meses.	Nominal 4. Sí 5. No
MOTIVO DE LA CONSULTA	Se refiere a la causa por la que el entrevistado acudió al dentista, en los últimos doce meses.	Cualitativa nominal 1. Revisión 2. Limpieza 3. Dolor 4. Tratamiento restaurativo 5. Traumatismo 9. No aplica
VISITAS AL DENTISTA EN LOS ÚLTIMOS DOCE MESES	Consiste en el número de veces que el participante acudió al dentista en los últimos 12 meses.	Cuantitativa discreta Número de veces
MOTIVO POR NO ACUDIR AL DENTISTA	Es la causa por la cual el participante no había acudido al dentista en los últimos 12 meses	Cualitativa nominal 1. No lo necesito 2. No tengo quien me lleve 3. Es costoso 4. No sabe 5. No aplica

COVARIABLES

VARIABLES DE PRÁCTICA DE HIGIENE BUCAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE ESCALA DE MEDICIÓN
FRECUENCIA DEL CEPILLADO	Número de veces en que el participante cepillaba sus dientes al día.	Cuantitativa discreta Número de veces

USO DE COMPLEMENTOS PARA LA HIGIENE BUCAL	El participante reportó si utilizaba algún complemento de higiene además del cepillo de dientes. Se utilizó la pregunta: ¿Utilizas algún complemento de higiene además de tu cepillo de dientes?	Cualitativa nominal 1. Sí 2. No
--	--	---------------------------------------

TIPO DE COMPLEMENTOS DE HIGIENE BUCAL.	Tipo de complemento para la higiene bucal que el participante utilizaba al momento de la entrevista. Se utilizó la pregunta: En caso de utilizar algún complemento, ¿cuál utilizas?	Cualitativa nominal 1. Hilo dental 2. Enjuague bucal 3. Otro y especificará cual.
---	---	--

VARIABLES DE PRÁCTICAS DE RIESGO	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE ESCALA DE MEDICIÓN
---	-------------------------------	--

DEPENDENCIA A LA NICOTINA	Es la necesidad compulsiva de consumir nicotina reportada por el entrevistado al responder las seis preguntas contenidas en la escala de Fagerström ⁴⁴ Anexo 7 . La escala va de 0 a 10; se consideraba un fumador con alta dependencia de la nicotina, cuando obtenía una puntuación de 6 o más.	Cuantitativa discreta Puntaje de 0-10
--------------------------------------	---	--

DEPENDENCIA AL ALCOHOL	Son las prácticas de consumo reciente, síntomas de dependencia y problemas relacionados con el alcohol que poseía el entrevistado, reportados a través de las diez	Cuantitativa discreta Puntaje de 0-40
-----------------------------------	--	--

preguntas contenidas en la escala AUDIT⁴⁵ **Anexo 8**. Puntajes menores a 8, indican un consumo no perjudicial. Puntajes iguales o mayores a 8 indican consumo de riesgo y consumo perjudicial, así como una posible dependencia de alcohol.

VARIABLES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE
PSICOLÓGICAS		ESCALA DE MEDICIÓN
ESTRÉS	<p>Es el grado de tensión provocada por situaciones agobiantes que originan reacciones psicosomáticas o trastornos psicológicos a veces graves, cuando el participante se enfrenta de forma brusca a un agente nocivo, cualquiera que sea su naturaleza⁴⁶. Se midió a través de Escala de Estrés Psicosocial (EEP)⁴⁷, diseñada y validada por González-Forteza. Está compuesta por tres reactivos que evalúan acontecimientos estresantes como prohibiciones parentales, problemas con el mejor amigo, así como problemas con autoridades escolares. A mayor puntaje obtenido, mayor presencia de estrés.</p>	<p>Cuantitativa discreta Escala de 3-12</p>

<p>SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA</p>	<p>Son los sentimientos de ánimo depresivo, de culpa y minusvalía, desesperanza, desamparo, así como retardo psicomotor, falta de apetito y trastornos del sueño reportados en los días de la semana previa a la aplicación del instrumento. Se medirá a través de la escala del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) en su versión para adolescentes⁴⁸ validada por González-Forteza que consta de veinte reactivos⁴⁹. Anexo 9. Puntajes menores de 16 indican ausencia de sintomatología depresiva, puntajes iguales o por arriba de 16, indican presencia de sintomatología depresiva.</p>	<p>Cuantitativa discreta Escala de 0 a 60 puntos</p>
--	--	--

VARIABLE INDEPENDIENTE

VARIABLES SOPORTE SOCIAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE
		ESCALA DE MEDICIÓN
<p>SOPORTE SOCIAL</p>	<p>Es la asistencia para las personas y los grupos desde dentro de sus comunidades, que puede servirles de ayuda para afrontar los acontecimientos y las condiciones de vida adversos que puede ofrecer un recurso positivo para mejorar la calidad de vida. Se midió a través de la</p>	<p>Cuantitativa discreta Escala de 12 a 84. Cualitativa ordinal Soporte social bajo (12 – 48 puntos) Soporte social medio (49 – 68 puntos)</p>

	<p>Escala Multidimensional de Soporte Social Percibido (MSPSS), adaptada y validada por Rodríguez González⁵⁰, la cual consta de doce preguntas y evalúa tres dimensiones del soporte social, el resultado total de cada cuestionario se dividió entre el número de preguntas del mismo y se obtuvo un valor, un puntaje alto reflejaba un buen soporte social.</p>	<p>Soporte social alto (69 – 84 puntos)</p>
--	---	---

VARIABLES DEPENDIENTES

VARIABLES BUCALES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE ESCALA DE MEDICIÓN
HIGIENE ORAL	<p>Presencia de placa dentobacteriana y cálculo dental en las superficies dentales, se medirá a través del índice IHO-S⁵¹, el cual se encuentra descrito en el Anexo 2.</p>	<p>Cuantitativa continua 0-12</p> <p>Cualitativo ordinal 0 – 1 Óptimo 1.1-2 Regular 2.1-3 Malo + de 3 Muy malo</p>
EXPERIENCIA DE CARIES	<p>Es el número de caries que presentó el participante al momento de la revisión bucal, medida a través del índice CPOD. Los criterios para el diagnóstico y la codificación se encuentran descritos en el Anexo 4⁵².</p>	<p>Cuantitativa discreta. Índice CPO-D, el cual puede tomar valores de 0 a 28.</p>
CONDICIÓN PERIODONTAL	<p>Es la presencia de sangrado periodontal al sondeo, presencia de cálculo dental o presencia de bolsas</p>	<p>Cualitativa ordinal Sano. Sangrado al sondeo. Cálculo al sondeo.</p>

mayores a 3.5 mm. Se medirá a través del Periodontal Screening and Recording (PSR), utilizando una sonda de la OMS. Los criterios para el diagnóstico y la codificación se encuentran descritos en el **Anexo 3**⁵³.

Bolsa de 3.5 mm.
Bolsa mayor a 5.5 mm.

MÉTODOS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

El proceso para desarrollar este proyecto, se dividió en 5 fases:

Fase 1. Se llevó a cabo una reunión con las autoridades del Colegio de Bachilleres, Plantel 4 “Culhuacán”, donde se explicó el propósito del estudio y se mostró el cuestionario que se aplicaría a los alumnos, llegando a acuerdos de tiempo y forma en que se realizarían las actividades. El cuestionario que se aplicó se encuentra en el **Anexo 5**.

Fase 2. Se realizó la estandarización del examinador por un experto en índices bucales en pacientes adolescentes que asistieron a la Clínica de Odontología Preventiva de la Facultad de Odontología. Se examinaron diez pacientes por cada índice, obteniendo los siguientes valores de kappa: para el CPO-D se obtuvo una kappa de 0.8, para el PSR una kappa de 0.7 y para el IHO-S una kappa de 0.8. Así mismo se realizó la estandarización de un anotador, para el correcto registro de los datos obtenidos.

Fase 3. Se realizó una prueba piloto, donde se aplicó el cuestionario elaborado a 27 estudiantes de bachillerato del Plantel No. 3 “Iztacalco” del Colegio de Bachilleres, para identificar si la estructura y preguntas eran fáciles de comprender y se verificó el tiempo que tomaría el aplicar la prueba. Posteriormente se corrigieron todas aquellas preguntas o enunciados que no fueron comprensibles. La media del tiempo de respuesta del cuestionario fue de 17.40 ± 3.3 minutos y la media del tiempo en la revisión bucal fue de 10.0 ± 2.3 minutos. Observándose buena respuesta en la participación de los estudiantes.

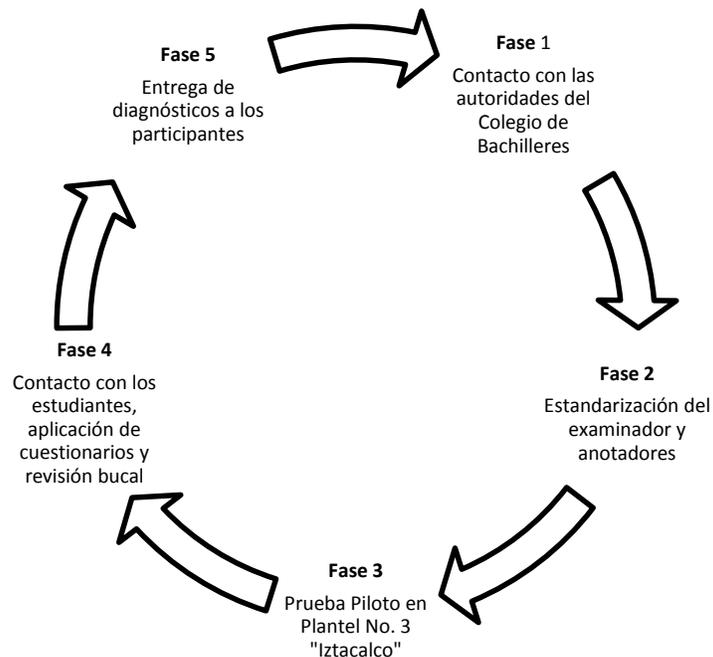
Fase 4. Se invitó a los estudiantes seleccionados a participar en el estudio, otorgándoles a cada uno de ellos el consentimiento informado, el cual leyeron y firmaron en caso de querer participar en el estudio, dicho consentimiento se encuentra descrito en el **Anexo 6**. Se aplicó el cuestionario a los alumnos participantes del estudio de manera individual y posteriormente se realizó la revisión bucal, el cuestionario y los formatos de recolección de los datos bucales se encuentran en el **Anexo 5**.

El examen bucal se realizó en una de las aulas proporcionadas por el Colegio de Bachilleres, se desinfectó el mobiliario utilizado, se pidió a los alumnos recostarse en una banca y se

utilizó una lámpara frontal de luz blanca, espejo plano No. 5 y sonda periodontal PCP 11. Primero se examinaron los tejidos bucales, seguido de las superficies dentales recolectando el índice CPO-D, posteriormente se examinaron los tejidos periodontales obteniendo el índice PSR y finalmente se examinaron las superficies vestibulares y linguales de los órganos dentarios para obtener el índice IHO-S.

Fase 5. A cada uno de los participantes se le entregó el diagnóstico obtenido en la revisión bucal, se le proporcionó una lista con las clínicas de la UNAM a la cual pudieran asistir en caso de requerirlo y en manera de agradecimiento a cada uno de ellos se le otorgó un cepillo de dientes con pasta dental. En la figura 1 se muestra de manera completa, las fases que compusieron los métodos de recolección.

Figura 1. Fases de recolección de la información.



MÉTODOS DE REGISTRO DE LA INFORMACIÓN

La información se capturó en una base de datos elaborada en Epidata versión 3.5 y posteriormente se analizó con el paquete estadístico SPSS v. 20.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Para la descripción de las variables sociodemográficas y de asistencia dental, se obtuvieron medidas descriptivas de tendencia central y dispersión para las variables cuantitativas, así como proporciones para las variables cualitativas.

Para identificar diferencias en el soporte social y estrés por sexo, se realizó un análisis de T de Student para muestras independientes.

Para verificar la asociación entre el soporte social con sintomatología depresiva, consumo de alcohol, consumo de nicotina, prácticas de higiene oral, estado de higiene oral y estado periodontal, se llevó a cabo un análisis bivariado de X^2 de Pearson, así como para verificar la asociación entre sintomatología depresiva por sexo.

Para identificar la diferencia en la media del índice CPO-D por nivel de soporte social, se realizó un análisis de varianza de una vía.

Por último, se realizó un análisis de regresión logística para verificar el riesgo a experiencia a caries, mala higiene bucal y gingivitis dependiendo del soporte social y controlando por estado socioeconómico, depresión, estrés y prácticas de higiene.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Basado en el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud, en el Título Segundo (de los aspectos éticos de la Investigación en Seres Humanos) artículo 17, este proyecto presenta riesgo mínimo, por lo que se solicitó el consentimiento informado por escrito firmado, garantizando la confidencialidad y anonimato de los datos obtenidos.

RECURSOS MATERIALES

- Formatos del cuestionario.
- Lápices y plumas.
- Espejos planos No. 5 y sondas tipo OMS.
- Guantes, cubrebocas, campos.
- 1 Computadora, donde se ejecutaron los programas que fueron utilizados para la recolección y análisis de los datos.

RECURSOS HUMANOS

- Un profesional previamente estandarizado para llevar a cabo la entrevista y la revisión bucal.
- Un anotador previamente estandarizado.

RESULTADOS

El total de los participantes fue 303, 165 hombres (54.0%) y 138 mujeres (46.0%); únicamente 14 de ellos no aceptó realizarse el examen oral (4.6%). La media general de edad reportada fue 18.33 ± 0.027 años; para los hombres fue de 18.41 ± 0.49 años mientras que para las mujeres fue de 18.22 ± 0.41 años. Se observó diferencia estadística significativa por media de edad entre hombres y mujeres ($t=3.633$ $p<0.001$).

En cuanto a la escolaridad del padre de los participantes, el 31.4% de ellos tenía escolaridad de secundaria o carrera técnica, el 27.4% estudios de preparatoria y únicamente el 1.0% no tenía estudios; además un 24.1% presentaba estudios de licenciatura y posgrado, 26.7% de los padres de los hombres y 21.0% los padres de las mujeres. No se observó diferencia estadística significativa en la distribución de la escolaridad del padre por sexo ($X^2=2.542$ $p=0.770$). Tabla 1.

Respecto a la escolaridad de las madres de los participantes, el 41.6% refirió estudios de secundaria o carrera técnica y 28.1% estudios de preparatoria, mientras el 9.1% y 13.8% de las madres de hombres y mujeres respectivamente, tuvieron estudios de primaria. No se observó diferencia estadística significativa en cuanto a la distribución de escolaridad materna por sexo de los estudiantes ($X^2= 6.991$ $p=0.136$). Tabla 1.

Cuando se preguntó acerca de la ocupación de sus padres, el 52.1% de los padres de los participantes respondió que estos contaban con empleo (49.7% y 55.1% de los estudiantes hombres y mujeres respectivamente), el 18.8% poseía algún tipo de trabajo (oficio o trabajo informal), únicamente el 2.0% se encontraba desempleado. No se observó diferencia estadística significativa entre la ocupación del padre por sexo del participante ($X^2=1.359$ $p=0.929$). Tabla 1.

Respecto a la ocupación de las madres, el 45.9% de ellas contaba con un empleo (42.4% madres de hombres y 50.0% de mujeres), el 32.7% de ellas se ocupaban del hogar y únicamente el 4.6% se encontraban desempleadas. No se observó diferencia estadística

significativa por ocupación de la madre y sexo del participante ($X^2= 6.607$ $p=0.359$). Tabla 1.

El nivel socioeconómico se distribuyó con un porcentaje de 66.3% en el estrato medio, el 17.2% de los participantes presentó un nivel socioeconómico alto y el 16.5% un nivel bajo. En cuanto al sexo, se observó un porcentaje mayor para los hombres en el nivel socioeconómico alto (20.6%) comparado con las mujeres (13.0%), aunque no se observó una diferencia estadística significativa ($X^2=3.388$ $p=0.184$). Tabla 1.

VISITAS AL DENTISTA

El 92.7% de los participantes, reportó haber acudido al dentista por lo menos una vez en la vida, únicamente el 6.5% de las mujeres y el 7.3% de los hombres reportó no haber asistido al dentista a lo largo de su vida. No se observó diferencia estadística significativa en cuanto a la asistencia al dentista alguna vez en la vida por sexo ($X^2= 0.073$ $p=0.787$). Tabla 2.

El 52.2% de las mujeres y el 42.4% de los hombres, manifestó haber asistido al dentista en los últimos doce meses, mientras que el 57% de los hombres y el 47.1% de las mujeres, no asistió al dentista en el último año. No se observó diferencia estadística significativa en cuanto a la asistencia al dentista en los últimos doce meses, por sexo ($X^2=3.59$ $p=0.166$). Tabla 2.

De los 86 participantes que no acudieron al dentista, el 32.7% de los participantes hombres, manifestó que el motivo para no asistir al dentista fue porque no lo necesitaban, únicamente el 24.3% de las mujeres reportó el mismo motivo, el 62.2% de ellas expresó que no asistían porque era costoso. No se observó diferencia estadística significativa en cuanto al motivo de no asistencia al dentista por sexo ($X^2= 0.710$ $p=0.701$). Tabla 2.

De los 165 estudiantes que acudieron al dentista en los últimos doce meses, el 56.3% de los hombres reportó haber asistido para realizarse tratamientos preventivos; revisión dental o profilaxis, al igual que el 55.1% de las mujeres, el 8% de los hombres acudió para recibir tratamientos curativos; resinas, amalgamas o prótesis dentales mientras que el 12.8% de

las mujeres acudieron por el mismo motivo. No se observó diferencia estadística significativa por motivo de consulta y sexo ($X^2= 2.734$ $p=0.434$). Tabla 2.

PRÁCTICAS DE HIGIENE BUCAL

En cuanto a las prácticas de higiene bucal, el 51.8% de los estudiantes mencionó cepillar sus dientes dos veces al día (53.9% hombres y 49.3% mujeres), el 33.7% manifestó cepillarlos tres veces al día (29.1% reportado por los hombres y 39.1% reportado por las mujeres), únicamente el 9.6% mencionó cepillarlos una vez al día. Se observó diferencia estadística significativa por sexo en cuanto a la frecuencia de cepillado, las mujeres cepillan mayor número de veces sus dientes en comparación con los hombres ($X^2= 19.358$ $p=0.002$). Tabla 3

En cuanto al uso de complementos de higiene, 44.6% reportó utilizarlos (44.2% hombres y 44.9% mujeres). De los 156 de los estudiantes que respondieron afirmativamente, el 16.0% usaba hilo dental (13.1% hombres y 19.4% mujeres) y el 84.0% (86.9% hombres y 80.6% mujeres) enjuague bucal. No se observó diferencia estadística significativa en cuanto al uso de complementos para la higiene bucal ni el tipo por sexo, ($X^2= 1.20$ $p=0.546$) y ($X^2= 1.161$ $p=0.281$). Tabla 3.

CONSUMO DE ALCOHOL Y TABACO

Respecto al consumo de tabaco y alcohol, el 40.3% (36.4% hombres y 44.9% mujeres) de los adolescentes manifestó fumar en la actualidad, mientras el 80.9% reportó haber consumido algún tipo de bebida alcohólica en el último mes, (83% hombres y 78.3% mujeres). No se observó diferencia estadística significativa en cuanto al consumo de tabaco y alcohol por sexo ($X^2=3.006$ $p=0.222$, $X^2= 1.104$ $p=0.293$). Tabla 4.

De los 122 fumadores adolescentes, 99.2% presentaron poca dependencia a la nicotina de acuerdo a la Escala de Fagerström. Dentro de ese grupo, 98.3% fueron hombres y 100% mujeres, únicamente el 1.7% de los hombres presentó una dependencia media a la nicotina. No se observó diferencia estadística significativa entre el nivel de dependencia a la nicotina y el sexo ($X^2= 1.04$ $p=0.307$). Tabla 5.

De acuerdo a la escala AUDIT, el 36.7% de los 245 adolescentes que consumían alcohol, presentaron consumo de riesgo perjudicial para la salud, de ellos el 42.3% fueron hombres y 29.6% mujeres, observándose diferencia estadística significativa en el consumo de riesgo de alcohol por sexo ($X^2= 4.195$ $p=0.027$). La prevalencia de consumo de riesgo de alcohol total fue del 36%, mientras que en el sexo masculino dicha prevalencia es del 42.3% y del 29.6% en las mujeres, la razón de prevalencia indica que por cada 1.44 hombres 1 mujer presenta consumo de riesgo y perjudicial de alcohol. Tabla 5.

VARIABLES PSICOLÓGICAS

Respecto a las variables psicológicas, se observó que el 52.5% de los participantes presentaron sintomatología depresiva, (53.9% hombres y 50.7% mujeres). No se observó diferencia estadística significativa en cuanto a la presencia de sintomatología depresiva y sexo ($X^2= 0.311$ $p=0.329$). Tabla 6.

En cuanto a la distribución de la variable estrés por sexo, se observó que la media de estrés percibido fue de 7.61 ± 2.23 en los hombres y 8.48 ± 2.16 en las mujeres; cabe recordar que los valores de esta escala van de 3 que implica un menor estrés a 9 el máximo estrés percibido. Las mujeres presentaron mayores niveles de estrés en comparación con los hombres ($t=12.30$ $p=0.001$). Se observó diferencia estadística significativa en cuanto a la distribución de la media de estrés por sexo. Tabla 7.

SOPORTE SOCIAL

De acuerdo a la Escala Multidimensional de Soporte Social Percibido y recordando que tiene un valor de 12 a 84 puntos, se presentó una media general de 67.12 ± 12.67 , observándose que las mujeres reportan una media mayor de soporte social 68.71 ± 12.67 en comparación de los hombres que presentaron una media de 65.78 ± 12.55 ($t=4.05$ $p=0.045$). Se observó diferencia estadística significativa en cuanto a la media de soporte social por sexo. Tabla 8.

SOPORTE SOCIAL Y NIVEL SOCIOECONÓMICO

Respecto al soporte social y el nivel socioeconómico, los estudiantes con nivel socioeconómico alto reportaron una media de 68.65 ± 12.58 , mientras los participantes con nivel socioeconómico medio presentaron una media de 67.56 ± 12.21 y los participantes con nivel socioeconómico bajo tuvieron una media de 63.74 ± 14.20 . No se observó diferencia estadística significativa respecto a la distribución de soporte social de acuerdo al nivel socioeconómico ($F=2.303$ $p=0.102$). Tabla 8.

SOPORTE SOCIAL Y VARIABLES DE ASISTENCIA AL DENTISTA Y PRÁCTICAS DE HIGIENE BUCAL

En cuanto a la asistencia al dentista en el último año, el 49.4% de los estudiantes con soporte social alto reportaron haber acudido, mientras así lo hizo el 45.2% con soporte social medio y únicamente el 39.1% con soporte social bajo. No se observó diferencia estadística significativa respecto a la asistencia al dentista en los últimos doce meses por soporte social ($X^2=1.319$ $p=0.858$). Tabla 9.

El 88.7% de los estudiantes con soporte social medio y 92.9% con soporte social alto, cepillan sus dientes dos o más veces al día, mientras únicamente el 78.3% de los estudiantes con soporte social bajo, cepillan sus dientes con la frecuencia adecuada. No se observó diferencia estadística significativa entre el nivel de soporte social y la frecuencia de cepillado ($X^2= 6.669$ $p= 0.154$). Tabla 9.

En lo referente a la utilización de complementos de higiene bucal, el 48.1% de los estudiantes con soporte social alto, el 41.1% con soporte social medio y el 39.1% con soporte social bajo, utilizaban complementos para la higiene oral, ya sea enjuague o hilo dental. No se observó diferencia estadística significativa en cuanto al soporte social y el uso de complementos de higiene bucal ($X^2= 4.047$ $p= 0.670$). Tabla 9.

SOPORTE SOCIAL Y CONSUMO DE TABACO Y ALCOHOL

Respecto al soporte social y el consumo de tabaco, se observó que el 35.8% de los participantes con soporte social medio y el 40.4% de los estudiantes con soporte social alto, fuman en menor porcentaje que los estudiantes con soporte social bajo (65.2%). Se observó diferencia estadística significativa entre el soporte social y el hábito de tabaquismo ($X^2= 6.977$ $p=0.031$). Tabla 10.

Respecto al consumo de alcohol, el 80.1% de los participantes con soporte social alto, el 79.8% con soporte social medio y el 91.3% con soporte social bajo consumen alcohol. No se observó diferencia estadística significativa entre el soporte social y el consumo de alcohol ($X^2= 1.759$ $p=0.415$). Tabla 10.

SOPORTE SOCIAL Y VARIABLES PSICOLÓGICAS

En cuanto a las variables psicológicas, se observó que el 49.4% de los estudiantes con soporte social alto, 52.4% con soporte social medio y 73.9% con soporte social bajo, presentaron sintomatología depresiva. No se observó diferencia estadística significativa entre la presencia de sintomatología depresiva y el soporte social ($X^2= 4.846$ $p=0.089$). Tabla 11.

Respecto al estrés, los estudiantes con soporte social bajo presentaron una media en la escala de estrés de 7.65 ± 2.57 , mientras que los de soporte social medio, una media de 7.97 ± 2.03 . Por último, la media de estrés observada en los participantes con soporte social alto fue de 8.08 ± 2.20 . No se observó diferencia estadística significativa en cuanto a la media de estrés por soporte social. ($F= 0.434$ $p= 0.648$). Tabla 11.

SOPORTE SOCIAL Y ESTADO DE SALUD BUCAL

Respecto al estado de salud bucal de los adolescentes, el índice CPO-D, presentó una media general de 4.18 ± 3.62 , correspondiendo a 3.69 ± 4.26 para el soporte social bajo, a 4.42 ± 3.52 para los adolescentes con soporte social medio y a 4.06 ± 3.60 para el soporte social alto. No se observó diferencia estadística significativa en cuanto a la distribución de la media de

CPOD general ($F=0.541$ $p=0.583$). Los resultados relativos al componente de dientes cariados, mostraron que la media observada para el soporte social bajo fue de 2.86 ± 3.30 mientras que para el medio y alto fue de 3.29 ± 3.23 y 2.86 ± 3.00 respectivamente. No se observó diferencia estadística significativa respecto a la media del componente cariado por soporte social ($F=0.664$ $p=0.516$). En cuanto al componente de dientes perdidos, la media observada para los participantes con soporte social bajo fue de 0.13 ± 0.34 , para los de soporte social medio fue de 0.11 ± 0.34 y para el soporte social alto de 0.12 ± 0.43 . No se observó diferencia estadística significativa de acuerdo a la media de dientes perdidos por soporte social ($F=0.041$ $p=0.960$). Tabla 12.

En cuanto a la distribución de higiene bucal por soporte social, en la categoría de mala higiene bucal se encontraron pocos casos por lo cual se decidió agrupar las categorías higiene regular e higiene mala, observándose que el 75.0%% de los participantes con soporte social alto, 69.5% con soporte social medio y 87.0% con soporte social bajo, presentaron una buena higiene oral. El 13.0% de los estudiantes con soporte social alto, 30.5% con soporte social medio y 25.0% con soporte social bajo, presentaron una higiene bucal regular y mala. No se observó diferencia estadística significativa entre el soporte social y la higiene bucal. ($X^2= 3.293$ $p=0.193$). Tabla 13.

En cuanto a la condición periodontal, en el componente sano al sondeo del Índice PSR se observó que el 96.2% de los estudiantes, presentó alguna alteración al momento del sondeo (sangrado, presencia de cálculo dental, presencia de bolsas de 3.5 mm o presencia de bolsas mayores a 5.5 mm). El 4.7% de los participantes con soporte social alto, 2.5% con soporte social medio y 4.3% con soporte social bajo, se presentaron sanos al sondeo. No se observó diferencia estadística significativa entre condición sano al sondeo por soporte social ($X^2= 0.878$ $p=0.645$). Tabla 14.

Respecto al componente sangrado al sondeo, se observó que el 89.6% de los adolescentes presentó dicha condición. El 90.5% con soporte social alto, 89.9% con soporte social medio y 82.6% con soporte social bajo, presentaron sangrado. No se observó diferencia estadística

significativa en cuanto al sangrado al sondeo y el soporte social ($X^2= 1.356$ $p=0.508$). Tabla 14.

En cuanto a la presencia de cálculo dental al sondeo, se observó que el 51.4% de los participantes con soporte social alto, 61.9% con soporte social medio y 43.5% con soporte social bajo, presentaron ésta condición, sin embargo, no se observó diferencia estadística significativa respecto a la presencia de cálculo dental y el nivel de soporte social ($X^2= 4.277$ $p=0.118$). Tabla 14.

De acuerdo al componente presencia de bolsas periodontales de 3.5 mm, se observó que el 2.0% de los estudiantes con soporte social alto, 3.4% con soporte social medio y 4.3% con soporte social bajo, presentaron presencia de bolsas de 3.5 mm. Sin embargo, no se observó diferencia estadística significativa por presencia de bolsas de 3.5 mm y nivel de soporte social ($X^2= 0.685$ $p=0.710$). Tabla 14.

Respecto a la presencia de bolsas periodontales mayores a 5.5 mm, se observó que únicamente el 1.0% de los participantes presentó dicha condición. No se observó diferencia estadística significativa entre la presencia de bolsas periodontales mayores a 5.5 mm y el nivel de soporte social ($X^2= 4.501$ $p=0.105$). Tabla 14.

ANÁLISIS BIVARIADO ENTRE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS, DE ASISTENCIA DENTAL, DE RIESGO PARA LA SALUD BUCAL Y PSICOLÓGICAS PARA CARIES DENTAL

Se verificó a través de X^2 de Pearson la asociación entre las covariables sociodemográficas, de asistencia dental, de riesgo para la salud bucal y psicológicas así como de la variable independiente soporte social con la variable dependiente presencia de caries dental; la cual se registró ante la presencia de al menos un diente con condición cariada u obturada con caries; cabe señalar que la variable estrés fue dividida en tertiles para el establecimiento de los puntos de corte, agrupando de 1-7 para el grupo de estrés bajo, de 8-9 estrés medio y de 10-12 estrés alto.

Respecto a la asociación entre caries dental y la edad, el 64.1% de los estudiantes que presenta caries dental poseen 18 años, mientras que el 35.9% que presenta caries dental tiene 19 años de edad. No se observó diferencia estadística entre la presencia de caries dental y la edad ($X^2= 2.365$ $p=0.080$). Tabla 15

En cuanto la presencia de caries dental y el sexo, el 52.4% de los participantes con caries dental son hombres y el 47.6% son mujeres, no se observó diferencia estadística significativa entre la presencia de caries dental y el sexo ($X^2= 0.420$ $p= 0.303$). Tabla 15.

Respecto a la presencia de caries dental y el nivel socioeconómico, el 17.0% de los estudiantes con caries dental tiene un nivel socioeconómico bajo, el 69.9% nivel socioeconómico medio y el 13.1% nivel socioeconómico alto, no se observó diferencia estadística significativa entre caries dental y el nivel socioeconómico ($X^2= 5.279$ $p= 0.071$). Tabla 15.

En cuanto a la asociación entre caries dental y asistir al dentista en los últimos doce meses, 49.0% de los estudiantes con caries dental, asistieron al dentista y el 50.5% no asistieron, no se observó diferencia estadística significativa ($X^2= 1.873$ $p= 0.392$). Tabla 16.

Respecto a la asociación entre caries dental y frecuencia de cepillado, el 89.3% de los estudiantes con caries dental presenta una buena frecuencia de cepillado, y el 10.7% de ellos presenta una mala frecuencia, es decir cepillan sus dientes una o menos veces al día; no se observó diferencia estadística significativa entre la presencia de caries dental y la frecuencia de cepillado ($X^2= 2.786$ $p= 0.248$). En cuanto al uso de complementos de higiene bucal, el 55.3% de los estudiantes con caries dental no utiliza complementos de higiene bucal, mientras que el 44.2% si los utiliza, no se observó diferencia estadística significativa entre la presencia de caries dental y el uso de complementos de higiene bucal ($X^2= 0.515$ $p= 0.773$). Tabla 16.

Respecto a las variables de prácticas de riesgo para la salud bucal y la presencia de caries dental, se observó que el 41.3% de los estudiantes que presentan caries dental fuman en la actualidad, mientras que el 58.7% no fuma, no se observó diferencia estadística significativa

entre caries dental y fumar en la actualidad ($X^2= 3.023$ $p= 0.221$). En cuanto al consumo de alcohol, el 83.0% de los adolescentes con caries dental consume bebidas alcohólicas, mientras que el 17.0% no las consume, no se observó diferencia estadística significativa entre presencia de caries dental y consumo de alcohol ($X^2= 2.616$ $p= 0.075$). Tabla 17.

En cuanto a las variables psicológicas, se observó que el 48.5% de los estudiantes que presentan caries dental presentan sintomatología depresiva y el 63.9% de los que no presentan caries dental, poseen sintomatología depresiva. ($X^2= 5.568$ $p= 0.013$). Tabla 18.

De los participantes con presencia de caries dental, 37.9% tiene bajos niveles de estrés, el 40.3% presenta niveles medios y el 21.8% presenta niveles altos. En aquellos adolescentes con ausencia de caries dental, el 31.3% tiene niveles bajos, mientras 36.1% tiene niveles altos. Se observó diferencia estadística significativa entre el nivel de estrés y la presencia de caries dental ($X^2= 6.301$ $p= 0.043$). Tabla 18.

El 9.6% de los participantes que no presentan caries dental, posee un soporte social bajo, el 34.9% un soporte social medio y el 55.4% soporte social alto; por otro lado 49.5% de los que presentan caries poseen un nivel de soporte social alto, mientras que 7.3% presentan un soporte social bajo. No se observó asociación entre la caries dental y el nivel de soporte social. ($X^2= 1.806$ $p= 0.405$). Tabla 18.

ANÁLISIS DE REGRESIÓN LOGÍSTICA PARA CARIES DENTAL

Las covariables que resultaron asociadas estadísticamente con una $p < 0.20$ (sintomatología depresiva, edad, nivel socioeconómico), así como la variable soporte social, que aunque no se encontró asociación estadística es de interés para el estudio, fueron introducidas en un modelo de regresión logística binaria, donde la variable dependiente fue la presencia de caries dental, la cual se registró mediante la presencia del al menos un órgano dentario con presencia de caries con o sin tratamiento.

Ecuación del modelo de regresión logística.

-9.373 + 0.495 edad + 0.513 nse medio + 0.618 nse alto - .479 consumir alcohol + 0.621 estrés medio + 0.710 estrés alto + 0.646 sintomatología depresiva – 0.295 soporte social medio + 0.256 soporte social alto

Este modelo tiene un ajuste adecuado (Hosmer Lemeshow $X^2= 4.351$ $p= 0.824$). Tabla 27.

Interpretación del modelo de regresión.

Por los resultados obtenidos en esta población de adolescentes se puede observar que:

- Tener un nivel socioeconómico alto aumenta el riesgo de presentar caries 1.85 veces, comparando con la categoría nivel socioeconómico bajo.
- Tener altos niveles de estrés aumentan el riesgo de presentar caries dental 2.03 veces, comparando con la categoría estrés bajo.
- Presentar sintomatología depresiva aumenta el riesgo de presentar caries dental 1.90 veces, comparando con no presentar sintomatología depresiva.

ANÁLISIS BIVARIADO ENTRE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS, DE ASISTENCIA DENTAL, DE RIESGO PARA LA SALUD BUCAL Y PSICOLÓGICAS CON HIGIENE BUCAL

Al igual que para la variable caries dental, se verificó a través de X^2 de Pearson la asociación entre las covariables sociodemográficas, de asistencia dental, de riesgo para la salud bucal y psicológicas, así como de la variable independiente soporte social con la variable dependiente higiene bucal; la cual se registró de acuerdo al índice IHO-S, la categoría mala higiene bucal presentó pocos casos, por lo cual se decidió agruparla con la categoría regular.

Respecto a las variables sociodemográficas, el 68.5% de los adolescentes con buena higiene bucal tiene 18 años de edad, y el 31.5% 19 años, no se observó diferencia estadística significativa entre la higiene bucal y la edad ($X^2= 1.134$ $p= 0.178$). El 52.6% de los adolescentes con buena higiene bucal son hombres y el 47.4% son mujeres, no

observándose diferencia estadística significativa ($X^2= 0.360$ $p= 0.321$). El 18.3% de los estudiantes con buena higiene bucal, posee un nivel socioeconómico bajo, el 65.3% un nivel socioeconómico medio y el 16.4% tienen un nivel socioeconómico alto, no se observó asociación entre la higiene bucal y el nivel socioeconómico. ($X^2= 1.847$ $p= 0.397$). Tabla 19.

En cuanto a la higiene bucal y la asistencia al dentista, se observó que el 46.0% de los participantes con buena higiene dental visitaron al dentista en los últimos doce meses, y el 54.0%, no visitó al dentista en los últimos doce meses ($X^2= 5.991$ $p= 0.050$). Se observó asociación entre la higiene bucal y la asistencia al dentista en los últimos doce meses. En cuanto al cepillado dental, el 8.9% de los participantes con buena higiene bucal, presentó buena frecuencia de cepillado y el 91.1% presentó mala frecuencia de cepillado, es decir una o menos veces al día. No se observó diferencia estadística significativa entre la higiene bucal y la frecuencia de cepillado ($X^2= 3.998$ $p= 0.135$). Tabla 20.

La higiene bucal no se encontró asociada con el uso de complementos de higiene bucal, el 44.1% de los estudiantes con buena higiene bucal utiliza complementos de higiene, y el 55.9% no utiliza dichos complementos ($X^2= 5.662$ $p= 0.059$). Tabla 20.

Referente a las variables higiene y de prácticas de riesgo para la salud bucal, se observó que de los estudiantes que tienen buena higiene bucal, el 40.4% fuma, mientras que el 59.6% no fuma, no se observó diferencia estadística significativa entre la higiene bucal y fumar en la actualidad ($X^2= 2.879$ $p= 0.237$). Tabla 21.

El 82.2% de los estudiantes con buena higiene bucal, consume bebidas alcohólicas, mientras que el 17.8% no las consume, no se observó diferencia estadística significativa entre la higiene bucal y el consumo de alcohol ($X^2= 1.224$ $p= 0.174$). Tabla 21.

Respecto a la higiene bucal y las variables psicológicas, el 51.6% de los adolescentes con buena higiene bucal presentó sintomatología depresiva y el 48.4% mostró ausencia de sintomatología, no se observó diferencia estadística significativa entre la higiene bucal y la sintomatología depresiva ($X^2= 0.548$ $p= 0.237$). Tabla 22.

El 35.2% de los estudiantes con buena higiene bucal, presentaron niveles de estrés bajo, el 38.5% niveles de estrés medio y el 26.3% niveles de estrés alto, no se observó diferencia estadística significativa entre la higiene bucal y el nivel de estrés ($\chi^2= 0.211$ $p= 0.900$). Tabla 22.

En cuanto a la higiene bucal y el soporte social, únicamente el 9.4% de los estudiantes con buena higiene bucal presentó un soporte social bajo, en comparación con el 52.1% de los participantes con buena higiene que presentaron un soporte social alto, sin embargo no se observó diferencia estadística significativa ($\chi^2= 0.293$ $p= 0.193$). Tabla 22.

Al introducir las variables que se encontraron asociadas con una $p<0.20$ (edad, asistencia al dentista, frecuencia de cepillado, beber en la actualidad y nivel de soporte social) al modelo de regresión logística con la variable dependiente higiene bucal, no se encontró ninguna variable estadística significativa, por la cual se decide no presentar dicho modelo.

ANÁLISIS BIVARIADO ENTRE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS, DE ASISTENCIA DENTAL, DE RIESGO PARA LA SALUD BUCAL Y PSICOLÓGICAS PARA ESTADO PERIODONTAL

Al igual que para la variable caries dental e higiene bucal, se verificó a través de χ^2 de Pearson la asociación entre las covariables sociodemográficas, de asistencia dental, de riesgo para la salud bucal y psicológicas así como de la variable independiente soporte social con la variable dependiente gingivitis generalizada, un aspecto del estado periodontal; la cual se eligió por ser la condición con mayor prevalencia y variabilidad en esta muestra y se registró como la presencia de sangrado al sondeo en más del 80% de los dientes

Respecto a gingivitis generalizada y las variables sociodemográficas, se observó que el 65.9% de los alumnos con gingivitis generalizada tienen 18 años y el 34.1% 19 años, el 51.6% de los estudiantes con gingivitis generalizada son hombres y el 48.4% mujeres; el 15.4% de los adolescentes con gingivitis generalizada tienen un nivel socioeconómico bajo, el 69.2% nivel socioeconómico medio y el 15.4% nivel socioeconómico alto, sin embargo no se observó diferencia estadística significativa entre gingivitis generalizada y las variables

sociodemográficas ($X^2= 0.043$ $p= 0.469$, $X^2= 0.210$ $p= 0.370$ y $X^2= 0.270$ $p= 0.874$). Tabla 23.

En cuanto a las variables de asistencia dental y presencia de gingivitis generalizada, se observó que el 53.5% de los alumnos que no presentan gingivitis generalizada visitó al dentista en los últimos doce meses, mientras que el 46.5% no lo hizo, no se observó diferencia estadística significativa entre la presencia de gingivitis generalizada y visitar al dentista en los últimos doce meses ($X^2= 2.384$ $p= 0.304$). De los estudiantes que no presentan gingivitis generalizada el 89.4% presentan una buena frecuencia en el cepillado, mientras que el 10.6% tiene una mala frecuencia de cepillado, no se observó asociación entre gingivitis generalizada y la frecuencia de cepillado ($X^2= 2.384$ $p= 0.304$). El 42.9% de los alumnos que no presentan gingivitis generalizada utilizan complementos de higiene bucal, el 57.1% no los utiliza, no se observó diferencia estadística significativa entre no presentar gingivitis generalizada y el uso de complementos para la higiene bucal ($X^2= 4.625$ $p= 0.0999$). Tabla 24.

En cuanto a las prácticas de riesgo para la salud bucal y la presencia de gingivitis generalizada, se observó que el 58.6% de los participantes que no presentan gingivitis generalizada reportó no fumar en la actualidad, 41.4% reportó haber fumado, no se observó diferencia estadística significativa entre gingivitis generalizada y fumar en la actualidad ($X^2= 2.762$ $p= 0.251$). Tabla 25.

El 84.8% de los alumnos que reportó consumir bebidas alcohólicas no presenta gingivitis generalizada, al igual que el 15.2% que reportó no haber consumido bebidas alcohólicas, mostrando una asociación entre la presencia de gingivitis generalizada y el consumo de bebidas alcohólicas ($X^2= 7.187$ $p= 0.007$). Tabla 25.

En cuanto a gingivitis generalizada y las variables psicológicas, el 54.9% de los estudiantes con gingivitis generalizada presenta sintomatología depresiva, el 45.1% no presenta sintomatología depresiva, no se encontró asociación entre gingivitis generalizada y presencia de sintomatología depresiva ($X^2= 0.214$ $p= 0.369$). Tabla 26

El 38.5% de los adolescentes con gingivitis generalizada tienen niveles bajos de estrés, el 38.5% niveles medios y el 23.13% niveles altos de estrés, no se observó diferencia estadística significativa entre presencia de gingivitis y niveles de estrés ($X^2= 0.655$ $p= 0.721$). Tabla 26.

El 3.3% de los adolescentes con gingivitis generalizada tiene un nivel de soporte social bajo, el 46.2% nivel de soporte social medio y el 50.5% nivel de soporte social alto, no se observó diferencia estadística significativa entre presencia de gingivitis generalizada y nivel de soporte social ($X^2= 4.560$ $p= 0.102$). Tabla 26.

ANÁLISIS DE REGRESIÓN LOGÍSTICA PARA GINGIVITIS GENERALIZADA

Las variables que se observaron asociadas estadísticamente ($p<0.20$) con la presencia de gingivitis generalizada, fueron introducidas en un modelo de regresión logística binaria, donde la variable dependiente fue la presencia o no presencia de gingivitis generalizada y la variable independiente soporte social, controlando por visitar al dentista en los últimos doce meses y consumo de alcohol.

Ecuación del modelo de regresión logística

$-1.184 \log + 0.103$ visitar al dentista en los últimos 12 meses $+ 0.849$ consumo de alcohol –
 0.933 soporte social medio $+ 0.242$ soporte social alto

Este modelo tiene un ajuste adecuado (Hosmer Lemeshow $X^2= 6.641$ $p= 0.576$). Tabla 28.

Interpretación del modelo de regresión.

Por los resultados obtenidos, se pueden observar los siguientes resultados:

- Consumir alcohol en la actualidad, incrementa el riesgo de presentar gingivitis generalizada 2.33 veces, comparando con los que no consumen alcohol.

TABLAS

Tabla 1. Distribución de variables sociodemográficas en adolescentes del Colegio de Bachilleres Plantel No. 4.

Escolaridad del padre						
	Hombre		Mujer		Total	
	n	%	n	%	n	%
No estudió	2	1.2	1	0.7	3	1.0
Primaria	13	7.9	13	9.4	26	8.6
Secundaria o carrera técnica y comercial	48	28.5	47	34.1	95	31.4
Preparatoria	47	28.5	36	26.1	83	27.4
Licenciatura, posgrado	44	26.7	29	21.0	73	24.1
No sabe, no responde	11	6.7	12	8.7	23	7.6
Total	165	100.0	138	100.0	303	100.0
$X^2= 2.542$ $p=0.770$						
Escolaridad de la madre						
Primaria	15	9.1	19	13.8	34	11.2
Secundaria o carrera técnica y comercial	71	43.0	55	39.9	126	41.6
Preparatoria	44	26.7	41	29.7	85	28.1
Licenciatura, posgrado	26	15.8	22	15.9	48	15.8
No sabe, no responde	9	5.5	1	0.7	10	3.3
Total	165	100.0	138	100.0	303	100.0
$X^2= 6.991$ $p=0.136$						

Ocupación del padre						
	Hombre		Mujer		Total	
Desempleado	4	2.4	2	1.4	6	2.0
Empleado	82	49.7	76	55.1	158	52.1
Profesionista	24	14.5	16	11.6	40	13.2
Jubilado	4	2.4	3	2.2	7	2.3
Otra	32	19.4	25	18.1	57	18.8
No sabe, no contesta	19	11.5	16	11.6	35	11.6
Total	165	100.0	138	100.0	303	100.0
$X^2= 1.359$ $p=0.929$						
Ocupación de la madre						
Desempleada	9	5.5	5	3.6	14	4.6
Empleada	70	42.4	69	50.0	139	45.9
Profesionista	11	6.7	7	5.1	18	5.9
Jubilada	5	3.0	4	2.9	9	3.0
Ama de casa	53	32.1	46	33.3	99	32.7
Otra	12	7.3	7	5.1	19	6.3
No sabe, no responde	5	3.0	0	0.0	5	1.7
Total	165	100.0	138	100.0	303	100.0
$X^2= 6.607$ $p=0.359$						
Nivel socioeconómico						
Alto	34	20.6	18	13.0	52	17.2
Medio	103	62.4	98	71.0	201	66.3
Bajo	28	17.0	22	15.9	50	16.5
Total	165	100.0	138	100.0	303	100
$X^2= 3.388$ $p=0.184$						

Fuente: Directa

Tabla 2. Distribución de las variables relativas a las visitas al dentista por sexo en adolescentes del Colegio de Bachilleres Plantel No. 4.

Distribución de frecuencia de asistencia al dentista alguna vez en la vida						
	Hombre		Mujer		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sí	152	92.1	129	93.5	281	92.7
No	12	7.3	9	6.5	21	6.9
No sabe, no contesta	1	0.6	0	0.0	1	0.3
Total	165	100	138	100	303	100.0
$X^2= 0.912$ $p=0.634$						
Asistencia al dentista en los últimos doce meses						
Sí	70	42.4	72	52.2	142	46.9
No	94	57.0	65	47.1	159	52.5
No sabe, no responde	1	0.6	1	0.7	2	0.7
Total	165	100	138	100	303	100.0
$X^2= 2.935$ $p=0.231$						
Causas para no asistir al dentista en los últimos doce meses						
No lo necesito	16	32.7	9	24.3	25	29.1
No tengo quien me lleve	6	12.2	5	13.5	11	12.8
Es costoso	27	55.1	23	62.2	50	58.1
Total	49	100	37	100	86	100
$X^2= 0.710$ $p=0.701$						
Distribución de los principales motivos de consulta en los últimos doce meses.						
Tratamientos preventivos	49	56.3	43	55.1	92	55.8
Tratamientos curativos	7	8.0	10	12.8	17	10.3
Tratamientos restauradores	29	33.3	25	32.1	54	32.7
Tratamientos quirúrgicos	2	2.3	1	0.0	3	1.2
Total	87	100.0	78	100.0	165	100.0
$X^2= 2.734$ $p=0.434$						

Fuente: Directa

Tabla 3. Prácticas de higiene bucal en adolescentes del Colegio de Bachilleres Plantel No.

4.

Distribución de frecuencia de cepillado al día						
	Hombre		Mujer		Total	
	n	%	n	%	n	%
Una vez	24	14.5	5	3.6	29	9.6
Dos veces	89	53.9	68	49.3	157	51.8
Tres veces	48	29.1	54	39.1	102	33.7
Más de tres veces	3	1.8	11	7.9	14	4.7
No sabe, no contesta	1	0.6	0	0.0	1	0.3
Total	165	100.0	138	100.0	303	100.0
	$\chi^2= 19.358$ p=0.002					
Uso de complementos para la higiene bucal.						
Sí	73	44.2	62	44.9	135	44.6
No	91	55.2	75	54.3	166	54.8
No sabe, no contesta	1	0.6	1	0.7	2	0.6
Total	165	100.0	138	100.0	303	100
	$\chi^2= 2.049$ p=0.562					
Distribución de uso de hilo dental y enjuague bucal.						
Hilo dental	11	13.1	14	19.4	25	16.0
Enjuague bucal	73	86.9	58	80.6	131	84.0
Total	84	100.0	72	100.0	156	100.0
	$\chi^2= 2.049$ p=0.281					

Fuente: Directa

Tabla 4. Consumo de tabaco y alcohol en adolescentes del Colegio de Bachilleres Plantel

No. 4.

Consumo de tabaco						
	Hombres		Mujeres		Total	
	n	%	n	%	n	%
Fumador	60	36.4	62	44.9	122	40.3
No fumador	104	63.0	76	55.1	180	59.4
No sabe, no responde	1	0.6	0	0.0	1	0.3
Total	165	100.0	138	100.0	302	100.0
$X^2= 3.006$ $p=0.222$						
Alcohol						
Consumo de alcohol	137	83.0	108	78.3	245	80.9
No consumo de alcohol	28	17.0	30	21.7	58	19.1
Total	165	100.0	138	100.0	303	100
$X^2= 1.104$ $p=0.293$						

Fuente: Directa.

Tabla 5. Dependencia a la nicotina y consumo de riesgo y perjudicial de alcohol en adolescentes del Colegio de Bachilleres Plantel No. 4.

Dependencia a la nicotina						
	Hombres		Mujeres		Total	
	n	%	n	%	n	%
Poca dependencia	59	98.3	62	100.0	121	99.2
Dependencia media	1	1.7	0	0.0	1	0.8
Total	60	100.0	0	0.0	122	100
$X^2= 1.04$ $p=0.307$						
Consumo de riesgo y perjudicial de alcohol						
Ausente	79	57.7	76	70.4	155	63.3
Presente	58	42.3	32	29.6	90	36.7
Total	137	100.0	108	100.0	245	100.0
$X^2= 4.195$ $p=0.027$						

Fuente: Directa

Tabla 6. Sintomatología depresiva en adolescentes del Colegio de Bachilleres Plantel No. 4.

	Hombres		Mujeres		Total	
	n	%	n	%	n	%
Ausencia de sintomatología depresiva	76	46.1	68	49.3	144	47.5
Presencia de sintomatología depresiva	89	53.9	70	50.7	159	52.5
Total	165	100.0	138	100.0	303	100.0
$X^2= 0.311$ $p=0.329$						

Fuente: Directa.

Tabla 7. Niveles de estrés en adolescentes del Colegio de Bachilleres Plantel No. 4.

	n	Media
Hombre	165	7.61±2.23
Mujer	138	8.48±1.99
Total	303	8.00±2.16
		t=12.30 p=0.001

Fuente: Directa

Tabla 8. Soporte social por sexo y nivel socioeconómico en adolescentes del Colegio de Bachilleres Plantel No. 4.

Sexo	n	Media soporte social	t	p
Hombre	165	65.78±12.55	4.054	0.045
Mujeres	138	68.71±12.67		
Total	303	67.12±12.67		
Nivel socioeconómico	n	Media soporte social	F	p
Alto	52	68.65±12.58	2.303	0.102
Medio	201	67.56±12.21		
Bajo	50	63.74±14.20		
Total	303	67.12±12.67		

Fuente: Directa

Tabla 9. Soporte social y variables de asistencia al dentista y prácticas de higiene oral en adolescentes del Colegio de Bachilleres Plantel No. 4.

Soporte social								
	Bajo		Medio		Alto		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Visitas al dentista en los últimos doce meses								
Sí	9	39.1	56	45.2	77	49.4	142	46.9
No	14	60.9	67	54.0	78	50.0	159	52.5
No sabe, no contesta	0	0.0	1	0.8	1	0.6	2	0.7
Total	23	100.0	124	100.0	156	100.0	303	100.0
	$\chi^2= 1.319 \quad p=0.858$							
Frecuencia adecuada de cepillado dental								
Sí	18	78.3	110	88.7	145	92.9	273	90.1
No	5	21.7	13	10.5	11	7.1	29	9.6
No sabe, no responde	0	0.0	1	0.8	0	0.0	1	0.3
Total	23	100.0	124	100.0	156	100.0	303	100.0
	$\chi^2= 6.669 \quad p= 0.154$							
Uso de complementos para la higiene bucal								
Sí	9	39.1	51	41.1	75	48.1	135	44.6
No	14	60.9	72	58.1	80	51.3	166	54.8
No sabe, no contesta	0	0.0	0	0.0	1	0.6	1	0.3
Total	23	100.0	124	100.0	156	100.0	303	100.0
	$\chi^2= 4.047 \quad p= 0.670$							

Fuente: Directa

Tabla 10. Soporte social y consumo de tabaco y alcohol en adolescentes del Colegio de Bachilleres Plantel No. 4.

Soporte social								
	Bajo		Medio		Alto		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Fumador								
Sí	15	65.2	44	35.8	63	40.4	122	100.0
No	8	34.8	79	64.2	93	59.6	180	59.6
Total	23	100.0	123	100.0	156	100.0	302	100.0
$\chi^2= 6.977$ p=0.031								
Consumo de alcohol								
Sí	21	91.3	99	79.8	125	80.1	245	80.9
No	2	8.7	25	20.2	31	19.9	58	19.1
Total	23	100.0	124	100.0	156	100.0	303	100.0
$\chi^2= 1.759$ p=0.415								

Fuente: Directa

Tabla 11. Soporte social y variables psicológicas en adolescentes del Colegio de Bachilleres Plantel No. 4.

Soporte social								
	Bajo		Medio		Alto		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sintomatología depresiva								
Sí	17	73.9	65	52.4	77	49.4	159	52.5
No	6	26.1	59	47.6	79	50.6	144	47.5
Total	23	100.0	124	100.0	156	100.0	303	100.0
$\chi^2= 4.846$ p=0.089								
n= 303	Media		Media		Media		Media	
Estrés	7.65±2.57		7.97±2.03		8.08±2.20		8.00±2.16	
F= 0.434 p= 0.648								

Fuente: Directa

Tabla 12. Distribución de la media del Índice CPO-D por componentes y por categorías de soporte social en adolescentes del Colegio de Bachilleres Plantel No. 4.

Soporte social						
	Bajo	Medio	Alto	Total		
n= 289	Media	Media	Media	Media	F	p
Dientes cariados	2.86±3.30	3.29±3.23	2.86±3.00	3.04±3.12	0.664	0.516
Dientes perdidos	0.13±0.34	0.11±0.34	0.12±0.43	0.11±0.39	0.041	0.960
Dientes obturados	1.17±3.31	1.32±2.19	1.28±2.29	1.29±2.33	0.040	0.961
CPO-D total	3.69±4.26	4.42±3.52	4.06±3.60	4.18±3.62	0.541	0.583

Fuente: Directa

Tabla 13. Distribución de la higiene bucal, Índice IHO-S, por categorías de soporte social en adolescentes del Colegio de Bachilleres Plantel No. 4.

Soporte social								
	Bajo		Medio		Alto		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Higiene bucal								
Buena	20	87.0	82	69.5	111	75.0	213	73.7
Regular - mala	3	13.0	36	30.5	37	25.0	76	26.3
Total	23	100.0	118	100.0	148	100.0	289	100.0
$X^2= 3.293$ $p=0.193$								

Fuente: Directa

Tabla 14. Distribución de la condición periodontal, Índice PSR, por categorías de soporte social en adolescentes del Colegio de Bachilleres Plantel No. 4.

Soporte social								
	Bajo		Medio		Alto		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sano al sondeo								
Sí	1	4.3	3	2.5	7	4.7	11	3.8
No	22	95.7	115	97.5	141	95.3	278	96.2
Total	23	100.0	118	100.0	148	100.0	289	100.0
$X^2= 0.878$ $p=0.645$								
Sangrado al sondeo								
Sí	19	82.6	106	89.8	134	90.5	259	89.6
No	4	17.4	12	10.2	14	9.5	30	10.4
Total	23	100.0	118	100.0	148	100.0	289	100.0
$X^2= 1.356$ $p=0.508$								
Presencia de cálculo dental								
Sí	10	43.5	73	61.9	76	51.4	159	55.0
No	13	56.5	45	38.1	72	48.6	130	45.0
Total	23	100.0	118	100.0	148	100.0	289	100.0
$X^2= 4.277$ $p=0.118$								
Presencia de bolsas periodontales de 3.5 mm								
Sí	1	4.3	4	3.4	3	2.0	8	2.8
No	22	95.7	114	96.6	145	98.0	281	97.2
Total	23	100.0	118	100.0	148	100.0	289	100.0
$X^2= 0.685$ $p=0.710$								
Presencia de bolsas periodontales mayores a 5.5 mm								
Sí	1	4.3	2	1.7	0	0.0	3	1.0
No	22	95.7	116	98.3	148	100.0	286	99.0
Total	23	100.0	118	100.0	148	100.0	289	100.0
$X^2= 4.501$ $p=0.105$								

Fuente: Directa

Tabla 15. Distribución de variables sociodemográficas de interés y caries dental

Caries dental						
	Ausencia		Presencia		Total	
Edad en años	n	%	n	%	n	%
18	61	73.5	132	64.1	193	66.8
19	22	26.5	74	35.9	96	33.2
Total	83	100.0	206	100.0	289	100.0
					$\chi^2= 2.365$ $p= 0.080$	
Sexo						
Hombre	47	56.6	108	52.4	155	53.6
Mujer	36	43.4	98	47.6	134	46.4
Total	83	100.0	206	100.0	289	100.0
					$\chi^2= 0.420$ $p= 0.303$	
Nivel socioeconómico						
Bajo	13	15.7	35	17.0	8	16.6
Medio	50	60.2	144	69.9	194	67.1
Alto	20	24.1	27	13.1	47	16.3
Total	83	100.0	206	100.0	289	100.0
					$\chi^2= 5.279$ $p= 0.071$	

Fuente: Directa

Tabla 16. Distribución de variables de asistencia al dentista e higiene bucal y caries dental

Caries dental						
	Ausencia		Presencia		Total	
	n	%	n	%	n	%
Asistencia al dentista en los últimos doce meses						
Sí	34	41.0	101	49.0	135	46.7
No	48	57.8	104	50.5	152	52.6
No sabe, no responde	1	1.2	1	0.5	2	0.7
Total	83	100.0	206	100.0	289	100.0
					$\chi^2= 1.873$ $p= 0.392$	
Frecuencia de cepillado						
Buena	75	90.4	184	89.3	259	89.6
Mala	7	8.4	22	10.7	29	10.0
No sabe, no responde	1	1.2	0	0.0	1	0.3
Total	83	100.0	206	100.0	289	100.0
					$\chi^2= 2.786$ $p= 0.248$	
Uso de complementos para la higiene bucal						
Sí	35	42.2	91	44.2	126	43.6
No	47	56.6	114	55.3	161	55.7
No sabe, no responde	1	1.2	1	0.5	2	0.7
Total	83	100.0	206	100.0	289	100.0
					$\chi^2= 0.515$ $p= 0.773$	

Fuente: Directa

Tabla 17. Distribución de variables de riesgo para la salud bucal y caries dental

Caries dental						
	Ausencia		Presencia		Total	
	n	%	n	%	n	%
Fumar en la actualidad						
Sí	30	36.1	85	41.3	115	39.8
No	52	62.7	121	58.7	173	59.9
No sabe, no responde	1	1.2	0	0.0	1	0.3
Total	83	100.0	206	100.0	289	100.0
					$X^2= 3.023$ $p= 0.221$	
Consumo de alcohol						
Sí	62	74.7	171	83.0	233	80.6
No	21	25.3	35	17.0	56	19.4
Total	83	100.0	206	100.0	289	100.0
					$X^2= 2.616$ $p= 0.075$	

Fuente: Directa

Tabla 18. Distribución de variables psicológicas y caries dental

Caries dental						
	Ausencia		Presencia		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sintomatología depresiva						
Presencia	53	63.9	100	48.5	153	52.9
Ausencia	30	36.1	106	51.5	136	47.1
Total	83	100.0	206	100.0	289	100.0
$\chi^2= 5.568$ p= 0.013						
Nivel de estrés						
Bajo	26	31.3	78	37.9	104	36.0
Medio	27	32.5	83	40.3	110	38.1
Alto	30	36.1	45	21.8	75	26.0
Total	83	100.0	206	100.0	289	100.0
$\chi^2= 6.301$ p= 0.043						
Nivel de soporte social						
Bajo	8	9.6	15	7.3	23	8.0
Medio	29	34.9	89	43.2	118	40.8
Alto	46	55.4	102	49.5	148	51.2
Total	83	100.0	206	100.0	289	100.0
$\chi^2= 1.806$ p= 0.405						

Fuente: Directa

Tabla 19. Distribución de variables sociodemográficas de interés e higiene bucal

Higiene Bucal						
	Buena		Regular - mala		Total	
Edad	n	%	n	%	n	%
18 años	146	68.5	47	61.8	193	66.8
19 años	67	31.5	29	38.2	96	33.2
Total	213	100.0	76	100.0	289	100.0
$\chi^2= 1.134$ $p= 0.178$						
Sexo						
Hombre	112	52.6	43	56.6	155	53.6
Mujer	101	47.4	33	43.4	134	46.4
Total	213	100.0	76	100.0	289	100.0
$\chi^2= 0.360$ $p= 0.321$						
Nivel socioeconómico						
Bajo	39	18.3	9	11.8	48	16.6
Medio	139	65.3	55	72.4	194	67.1
Alto	35	16.4	12	15.8	47	16.3
Total	213	100.0	76	100.0	289	100.0
$\chi^2= 1.847$ $p= 0.397$						

Fuente: Directa

Tabla 20. Distribución de variables de asistencia al dentista y hábitos de higiene bucal con higiene bucal

Higiene Bucal						
	Buena		Regular - mala		Total	
	n	%	n	%	n	%
Visita al dentista en los últimos doce meses						
Sí	98	46.0	37	48.7	135	46.7
No	115	54.0	37	48.7	152	52.6
No sabe, no responde	0	0.0	2	2.6	2	0.7
Total	213	100.0	76	100.0	289	100.0
					X²= 5.991 p= 0.050	
Frecuencia de cepillado						
Buena frecuencia	19	8.9	10	13.2	29	10.0
Mala frecuencia	194	91.1	65	85.5	259	89.6
No sabe, no responde	0	0.0	1	1.3	1	0.3
Total	213	100.0	76	100.0	289	100.0
					X²= 3.998 p= 0.135	
Uso de complementos para la higiene bucal						
Sí	94	44.1	32	42.1	126	43.6
No	119	55.9	42	55.3	161	55.7
No sabe, no responde	0	0.0	2	2.6	2	0.7
Total	213	100.0	76	100.0	289	100.0
					X²= 5.662 p= 0.059	

Fuente: Directa

Tabla 21. Distribución de variables de prácticas de riesgo para la salud bucal e higiene bucal

Higiene Bucal						
	Buena		Regular - mala		Total	
	n	%	n	%	n	%
Fumar en la actualidad						
Sí	86	40.4	29	38.2	115	39.8
No	127	59.6	46	60.5	173	59.9
No sabe, no responde	0	0.0	1	1.3	1	0.3
Total	213	100.0	76	100.0	289	100.0
					$\chi^2= 2.879$ $p= 0.237$	
Beber en la actualidad						
Sí	175	82.2	58	76.3	233	80.6
No	38	17.8	18	23.7	56	19.4
Total	213	100.0	76	100.0	289	100.0
					$\chi^2= 1.224$ $p= 0.174$	

Fuente: Directa

Tabla 22. Distribución de variables psicológicas e higiene bucal

Higiene bucal						
	Buena		Regular - mala		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sintomatología depresiva						
Presencia	110	51.6	43	56.6	153	52.9
Ausencia	103	48.4	33	43.4	136	47.1
Total	213	100.0	76	100.0	289	100.0
$\chi^2= 0.548$ $p= 0.273$						
Estrés						
Bajo	75	35.2	29	38.2	104	36.0
Medio	82	38.5	28	36.8	110	38.1
Alto	56	26.3	19	25.0	75	26.0
Total	213	100.0	76	100.0	289	100.0
$\chi^2= 0.211$ $p= 0.900$						
Nivel de soporte social						
Bajo	20	9.4	3	3.9	23	8.0
Medio	82	38.5	36	47.4	118	40.8
Alto	111	52.1	37	48.7	148	51.2
Total	213	100.0	76	100.0	289	100.0
$\chi^2= 0.293$ $p= 0.193$						

Fuente: Directa

Tabla 23. Distribución de variables sociodemográficas de interés y gingivitis generalizada

Gingivitis generalizada						
	Ausencia		Presencia		Total	
Edad	n	%	n	%	n	%
18 años	133	67.2	60	65.9	193	66.8
19 años	65	32.8	31	34.1	96	33.2
Total	198	100.0	91	100.0	289	100.0
$\chi^2 = 0.043$ $p = 0.469$						
Sexo						
Hombre	108	54.5	47	51.6	155	53.6
Mujer	90	45.5	44	48.4	134	46.4
Total	198	100.0	91	100.0	289	100.0
$\chi^2 = 0.210$ $p = 0.370$						
Nivel socioeconómico						
Bajo	34	17.2	14	15.4	48	16.6
Medio	131	66.2	63	69.2	194	67.1
Alto	33	16.7	14	15.4	47	16.3
Total	198	100.0	91	100.0	289	100.0
$\chi^2 = 0.270$ $p = 0.874$						

Fuente: Directa

Tabla 24. Distribución de variables de asistencia al dentista y prácticas de higiene bucal y gingivitis generalizada

Gingivitis generalizada						
	Ausencia		Presencia		Total	
	n	%	n	%	n	%
Visita al dentista en los últimos doce meses						
Sí	106	53.5	46	50.5	152	52.6
No	92	46.5	43	47.3	135	46.7
No sabe, no responde	0	0.0	2	2.2	2	0.7
Total	198	100.0	91	100.0	289	100.0
						$\chi^2= 4.466$ $p= 0.107$
Frecuencia de cepillado						
Buena frecuencia	177	89.4	82	90.31	529	89.6
Mala frecuencia	21	10.6	8	8.8	29	10.0
No sabe, no responde	0	0.0	1	1.1	1	0.3
Total	198	100.0	91	100.0	289	100.0
						$\chi^2= 2.384$ $p= 0.304$
Uso de complementos para la higiene bucal						
Sí	85	42.9	41	45.1	126	43.6
No	113	57.1	48	52.7	161	55.7
No sabe, no responde	0	0.0	2	2.2	2	0.7
Total	198	100.0	91	100.0	289	100.0
						$\chi^2= 4.625$ $p= 0.099$

Fuente: Directa

Tabla 25. Distribución de variables de prácticas de riesgo para la salud bucal y gingivitis generalizada

Gingivitis generalizada						
	Ausencia		Presencia		Total	
	n	%	n	%	n	%
Fumar en la actualidad						
Sí	82	41.4	33	36.3	115	39.8
No	116	58.6	57	62.6	173	59.9
No sabe, no responde	0	0.0	1	1.1	1	0.3
Total	198	100.0	91	100.0	289	100.0
					$\chi^2= 2.762$ $p= 0.251$	
Beber en la actualidad						
Sí	168	84.8	65	71.4	233	80.6
No	30	15.2	26	28.6	56	19.4
Total	198	100.0	91	100.0	289	100.0
					$\chi^2= 7.187$ $p= 0.007$	

Fuente: Directa

Tabla 26. Distribución de variables psicológicas y gingivitis generalizada

Gingivitis generalizada						
	Ausencia		Presencia		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sintomatología depresiva						
Presencia	103	52.0	50	54.9	153	52.9
Ausencia	95	48.0	41	45.1	136	47.1
Total	198	100.0	91	100.0	289	100.0
$\chi^2= 0.214$ $p= 0.369$						
Estrés						
Bajo	69	34.8	35	38.5	104	36.0
Medio	75	37.9	35	38.5	110	38.1
Alto	54	27.3	21	23.1	75	26.0
Total	198	100.0	91	100.0	289	100.0
$\chi^2= 0.655$ $p= 0.721$						
Nivel de soporte social						
Bajo	20	10.1	3	3.3	23	8.0
Medio	76	38.4	42	46.2	118	40.8
Alto	102	51.5	46	50.5	148	51.2
Total	198	100.0	91	100.0	289	100.0
$\chi^2= 4.560$ $p= 0.102$						

Fuente: Directa

Tabla 27. Modelo de regresión logística para presencia de caries bucal en estudiantes del Colegio de Bachilleres Plantel No. 4.

Modelo Caries	p	expB	IC 95%
Edad	0.111	1.570	0.892 – 3.016
NSE medio	0.265	1.670	0.678 – 4.112
NSE alto	0.080	1.855	0.929 – 3.705
Consumir alcohol	0.145	0.619	0.325 – 1.180
Estrés medio	0.070	1.861	0.949 – 3.648
Estrés alto	0.034	2.035	1.057 – 3.919
Sintomatología depresiva	0.026	1.909	1.081 – 3.371
Soporte social medio	0.553	0.744	0.280 – 1.976
Soporte social alto	0.382	1.291	0.728 – 2.291

Tabla 28. Modelo de regresión logística para presencia de gingivitis generalizada

Modelo Gingivitis generalizada	p	expB	IC 95%
Visita al dentista en los últimos 12 meses	0.699	1.109	0.657 – 1.872
Uso de complementos de higiene bucal	0.435	1.232	0.729 – 2.083
Consumo de alcohol	0.007	2.338	1.266 – 4.320
Soporte social medio	0.151	0.393	0.110 – 1.407
Soporte social alto	0.370	1.274	0.750 – 2.16

DISCUSIÓN

El objetivo principal de este estudio, fue determinar la asociación entre el soporte social y el estado de salud bucal en adolescentes del Colegio de Bachilleres Plantel No. 4.

La población del Colegio de Bachilleres se caracteriza por tener un nivel socioeconómico medio. La edad de los participantes estuvo comprendida entre los 18 y 19 años (adolescencia tardía), lo cual permitió reflejar en el estado de salud bucal todo lo acontecido durante el periodo de adolescencia, además de que cada uno al ser mayor de edad, pudo ser capaz de firmar su consentimiento informado al decidir participar en el estudio.

Respecto al soporte social, en esta población se encontró que las mujeres tienen mayor soporte social percibido a diferencia de los hombres, lo cual es similar a lo reportado por estudios anteriores^{18,63} y puede ser explicado porque las mujeres tienden a socializar más que los hombres y por lo tanto su red social (el número de personas con las que se relacionan) es más grande, además de que buscan tener un mayor número de actividades, lo cual podría amortiguar el efecto en otras variables de riesgo tanto en el estado de salud general como en el bucal. Esta relación entre el soporte social y el sexo, sin embargo, se ha observado de manera opuesta en otros países como Irán, en donde por la influencia de la religión y la cultura, los hombres son los que reportan mayores niveles de soporte social⁵⁶, ya que las mujeres no pueden realizar las mismas actividades.

Por otra parte, aspectos como el aislamiento social (y por lo tanto un bajo soporte social emocional) también pueden tener efectos importantes a nivel anímico y físico de las personas, lo que promueve que se abandonen algunas prácticas de autocuidado, incluyendo la asistencia a los servicios médicos y odontológicos. Estudios realizados en poblaciones de adultos mayores, muestran que aquellas personas con pocos amigos y familiares cercanos, tienen menor probabilidad de asistir al dentista. Cabe señalar que esto también podría ser resultado de la falta de recursos económicos⁵⁴, lo cual limitaría esta práctica. Aunque se trata de poblaciones de diferente edad, en este estudio no se observó asociación entre el soporte social y la asistencia al dentista, en primer lugar porque cabe señalar que ninguno de los estudiantes evaluados se encontraba en una verdadera situación

de aislamiento social, al pertenecer a una institución educativa y encontrarse rodeados de sus pares. Por otra parte, también podría deberse a que los adolescentes no están interesados en recibir atención dental ya sea por una posible falta de conocimientos y educación respecto a la salud bucal, o bien, porque comparten prácticas de salud familiares deficientes; además de que se encuentran en una etapa donde la mayoría de las veces, la familia es el principal pilar económico y ellos no poseen alguna fuente de ingresos, por lo que todavía no son capaces de financiar la atención al dentista con sus propios medios.

Otro aspecto a considerar con respecto a las visitas dentales y que no se consideró en el presente estudio, es respecto al tipo de servicio odontológico recibido, es decir, si es público o privado, pues esto atañe al soporte social de tipo instrumental, el cual se refiere a toda aquella ayuda económica, material o práctica otorgada al individuo⁵⁵. Lamentablemente no se indagó en este tema, pero para estudios futuros sería de gran interés.

En cuanto a la relación entre el soporte social y las prácticas de higiene bucal, contrario a lo observado en otros estudios⁵⁶ en los que se reporta que los adolescentes que se reúnen cotidianamente con amigos presentan una mayor frecuencia de cepillado; en el presente estudio, no se encontró dicha asociación,. Esto podría explicarse porque aunque los adolescentes de esta población (al igual que la de otros estudios ⁵⁷) otorgaran importancia a la opinión de sus pares por aceptación y prestigio social, sigue pesando más la variable económica, la cual determina que aunque requieran de algún tratamiento dental, simplemente no tienen los medios económicos o instrumentales para recibirlo. Sin embargo, en estudios posteriores sería interesante conocer el impacto en la calidad de vida que esto provoca, ya que algunos estudios han mostrado que la salud bucal está ampliamente relacionada con la apariencia y la autoestima⁵⁸, la cual es determinante en esta etapa de la vida porque las malas condiciones bucales como la presencia de halitosis⁵⁶ o maloclusiones⁵⁹, puede afectarla directamente impactando en la calidad de vida del individuo.

Sin embargo, tampoco se debe perder de vista que en el presente estudio, es posible que existiera además un sesgo de información, ya que la mayoría de los entrevistados respondió

a la pregunta de frecuencia de cepillado de manera adecuada conforme a lo que se espera que debería de ser, mientras que ninguno respondió no cepillarse los dientes, así esto puede atender a lo que Feinstein denomina sesgo de deseabilidad⁶⁰, que implica el dar una respuesta que se asume esperada por parte del entrevistador, y no siempre atendiendo a la realidad.

Así mismo, es interesante observar que en este estudio las mujeres cepillan sus dientes mayor número de veces, en comparación con los hombres, lo cual se ha encontrado de manera similar en distintas poblaciones a nivel mundial.⁵⁶ Sin embargo a lo referente a la distribución de la asistencia dental por sexo, contrario a lo señalado por otros autores⁶¹, en este estudio no se pudo constatar una mayor asistencia por parte del sexo femenino.

Referente al estado bucal, específicamente en cuanto a caries dental, estudios realizados en adolescentes, utilizando la misma escala de soporte social (MSPSS)⁶², han reportado una asociación con el número de dientes cariados sin tratamiento; aunque cabe señalar que dicha asociación se encontró únicamente con la dimensión de soporte social correspondiente a los seres queridos. Otro estudio realizado en poblaciones de adolescentes no encontró asociación entre la experiencia de caries y el soporte social, aunque la limitante de dicho estudio radica en que únicamente presenta datos de autorreporte, es decir, no se llevaron a cabo exámenes orales por parte de ningún profesional, lo que pudo haber subestimado la condición real de los participantes⁶³. En el caso del presente estudio, esta relación no pudo ser corroborada, lo cual puede deberse a que al utilizar el índice CPO-D, el registro de las lesiones se lleva a cabo hasta que se tiene relativamente un grado avanzado de caries dental, pues se requiere de la presencia mínimo de una cavitación, y por lo tanto, excluye todos los estados pre-cavitarios, por lo que sería recomendable darle un seguimiento al mismo grupo de adolescentes como se ha hecho con otros estudios, para verificar si efectivamente dichas variables se encuentran asociadas.

En cuanto a la presencia de gingivitis, estudios realizados en adultos no encontraron asociación entre el soporte social y la presencia de gingivitis⁶⁴, sin embargo sí se ha encontrado una asociación positiva entre el soporte social y la acumulación de placa

dentobacteriana, esto debido a la estrecha relación observada entre la red de amistades y las prácticas de autocuidado, pues como se ha mencionado anteriormente, en la etapa adolescente es de suma importancia la apariencia y la autoestima como medio de aceptación, de tal forma que una mala higiene, genera halitosis y por lo tanto la capacidad de socialización se ve limitada. Sin embargo, en este estudio no fue posible corroborar la asociación entre el soporte social y gingivitis generalizada, ni con la mayor acumulación de placa dentobacteriana. El estudio previo no incluyó personas fumadoras, lo cual podría afectar la asociación en el presente estudio, ya que se incluyeron adolescentes fumadores y no fumadores.

Con respecto al consumo de tabaco, en el presente estudio se observó que aquellos participantes con bajo soporte social tienden a fumar más que aquellos con mayor soporte social, lo que resulta contrario a diversos estudios, en los que se ha observado que en el caso del tabaquismo, contar con soporte social puede tener una asociación positiva con fumar, sobretodo en el caso de los adolescentes, ya que el tabaquismo puede crear “lazos” con los pares, amigos y personas especiales⁶⁵, así como también adolescentes “populares” tienden a fumar más, por mantener un estatus dentro del contexto social⁶⁶. En los adolescentes del Colegio de Bachilleres el soporte social tiene un efecto amortiguador en el consumo de tabaco, por lo también podría generar las condiciones adecuadas para que los adolescentes manejen mejor el estrés y la ansiedad, al contar con amigos y personas cercanas que le ayuden⁶⁷.

Respecto a las variables psicológicas, los participantes con bajo soporte social presentan mayor sintomatología depresiva en comparación con los que tienen mayor soporte social. No se observaron diferencias por sexo. La literatura reporta que la depresión mayor o la sintomatología depresiva se presenta mayormente en mujeres y que presentar un déficit de soporte social en la dimensión familiar en las mujeres, aumenta el riesgo de padecer depresión⁶⁸.

Cabe recordar que las variables soporte social, sintomatología depresiva y estrés, al ser variables psicológicas, son dinámicas, es decir pueden fluctuar de un día para otro, y más

aún en el periodo de adolescencia, donde las hormonas tienen un papel primordial en los cambios anímicos de los individuos, de ahí que algunas de las asociaciones no logren reflejarse de la manera esperada.

Así, por lo observado en diversos estudios^{63,64}, incluyendo al presente, es que el soporte social no tiene una influencia directa sobre el estado bucal, ya que podría decirse que opera a través de la modificación de algunos aspectos cognitivos y psicológicos, tales como la autoestima, autoeficacia, las habilidades sociales y el afecto, por lo que estados psicológicos positivos, pueden mejorar la salud oral de los adolescentes al incrementar su motivación en el seguimiento de las prácticas de autocuidado, como el cepillado dental y también las relativas a la utilización de servicios de salud oral y la adherencia a los tratamientos. Éste argumento podría explicar el hecho de que en esta muestra, la influencia del soporte social no fue lo suficientemente fuerte como para encontrar asociaciones con los indicadores de salud oral, pero sí entre la sintomatología depresiva y estrés con la experiencia de caries; de tal forma que habría que seguir investigando el papel que juega el soporte social como amortiguador del efecto del estrés y la depresión.

Este último caso resulta interesante, pues se sabe que la salud periodontal se ve afectada de manera significativa por las condiciones de estrés, al generar cambios en el flujo salival y en la producción de inmunoglobulina G⁶⁹, lo que decrementa las defensas contra bacterias potencialmente patógenas para el tejido periodontal, de tal forma que habría que seguir investigando el papel que juega el soporte social como amortiguador del efecto del estrés y la depresión, las cuales tendrán un efecto sobre las condiciones periodontales.

LIMITACIONES

Dentro de las limitaciones del estudio se encuentran, que al estudiar únicamente a los adolescentes del Colegio de Bachilleres, no se puede generalizar a la población en general, y son únicamente resultados aplicables para dicha población; de ahí que en estudios futuros es conveniente localizar distintos grupos adolescentes con características sociodemográficas más variadas, para poder ser representativas de la población general.

La Escala Multidimensional de Soporte Social Percibido (MSPSS), es el único instrumento validado en español y para población adolescente. Sin embargo, este instrumento mide exclusivamente el soporte social emocional, por lo que el soporte social instrumental que juega un papel de gran importancia, queda sin poder ser medido con un instrumento válido. Por lo cual es importante añadir al cuestionario general, preguntas acerca de la situación laboral del participante e indagar en quién es la persona que los apoya económicamente; para así poder buscar asociación entre el soporte social instrumental y el estado de salud bucal. Cabe señalar que el tamaño de la red social (personas con las que el individuo se relaciona cotidianamente) tiene gran peso en el soporte social emocional, por lo cual hacer preguntas acerca del número de amigos y la frecuencia de reunirse con ellos es de gran utilidad, para conocer como se comporta este constructo.

La escala MSPSS es de autoreporte, por lo cual los datos pudieran tener sesgo de información. Algunos autores sugieren incorporar a alguna persona que sea capaz de corroborar los datos que el participante reporta⁶².

Al ser un estudio transversal, este estudio no puede determinar temporalidad.

CONCLUSIONES

- En los estudiantes del Colegio de Bachilleres, no se observó asociación entre el soporte social y el estado de salud bucal.
- No se observó asociación entre soporte social y la experiencia a caries dental, estado periodontal e higiene bucal en los estudiantes.
- El soporte social es reportado en mayor grado en mujeres que en hombres adolescentes estudiantes del Colegio de Bachilleres Plantel No. 4.
- No se observó diferencia entre el soporte social y la sintomatología depresiva por sexo, pero sí con la presencia de estrés, presentándose en mayor nivel entre las mujeres.
- No se observó asociación entre el soporte social y el nivel de estrés percibido, en los adolescentes del Colegio de Bachilleres.
- No se encontró asociación entre el soporte social y la sintomatología depresiva en los estudiantes del Colegio de Bachilleres.
- Se identificó asociación entre el soporte social y el consumo de tabaco; contar con mayor soporte social disminuye el consumo de tabaco. No se observó asociación entre el soporte social y el consumo de alcohol.
- Existe baja asociación entre el soporte social y la frecuencia de cepillado, aquellos adolescentes con mayor soporte social cepillan mayor número de veces sus dientes, es mayormente observado en las mujeres, sin embargo, no se observó asociación entre el soporte social y el uso de complementos para la higiene oral.
- El sexo, edad y el nivel socioeconómico, son factores asociados a presentar mayor probabilidad de cepillado bucal en los adolescentes del Colegio de Bachilleres Plantel No. 4.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¹ Montes de Oca A, Márquez E, Moreno F, Bazán M. Influencia del apoyo social en el control del paciente diabético tipo 2. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*.2006; 11 (3): 43-48.
- ² Usta Y. Importance of social support in cancer patients. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2012;13(8):3569-72.
- ³ Kroenke C, Kubzansky L, Schernhammer E, Holmes M, Kawachi I. Social networks, social support and survival after breast cancer diagnosis. *Journal of Clinical Oncology* 2006;24(7):1105-1111.
- ⁴ Orosova O, Benka J, Sebens R, Petkeviciene J, Lukacs A et al. Perceived social support and alcohol consumption among university students from four european countries. *European Journal of Public Health* 2014; 24(2): 235-236.
- ⁵ Inoue A, Mafune K, Nakagawa Y, Tsutsumi Y, Hino A et al. Job strain, social support at work, and smoking relapse among japanese male employees: A three year prospective cohort study. ISAM 2014, 16 th Internacional Society of addiction medicine Annual Meeting, Yokohama, Japan. October 2-6, 2014
- ⁶ Sabbah W, Tsakos G, Chandola T, Newton T, Kawachi I et al. The relationship between social network, social support and periodontal disease among older Americans. *J Clin Periodontol*. 2011; 38(6): 547–552.
- ⁷ Merchant AT, Pitiphat W, Ahmed B, Kawachi I, Joshipura K. A prospective study of social support, anger expression and risk of periodontitis in men. *Journal of the American Dental Association*. 2003; 134:1591–6.
- ⁸ McGrath C, Bedi R. Influences of social support on the oral health of older people in Britain. *Journal of Oral Rehabilitation*. 2002. 29(10): 918–922.
- ⁹ Sabbah W, Orwoll E, Lapidus J, Phipps K, Schwarz E. Social Network and Increment of DMFT Among Older American Males. In: IADR/AADR/CADR General Session and Exhibition Seattle; March 20-23, 2013.
- ¹⁰ Menéndez C, Montes A, Gamarra T, Nuñez C, Alonso A, Bujan S. Influencia del apoyo social en pacientes con hipertensión arterial esencial. *Atención Primaria* 2003;31(8):506-13.
- ¹¹ Hanson B, Liedberg B, Öwall B. Social network, social support and dental status in elderly Swedish men. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*,1994; 22: 331–337.

¹² Organización Mundial de la Salud. Adolescencia, Manual clínico. 2012. [Fecha de acceso: 16/01/2013]. Disponible en: http://new.paho.org/par/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=384&Itemid=99999

¹³ Rice P. Adolescencia, desarrollo, relaciones y cultura. Madrid. Prentice Hall, 1999.

¹⁴ Palacios J. Desarrollo psicológico y educación. Madrid. Ed. Alianza, 1991.

¹⁵ Erwin, P. Friendship in childhood and adolescence. London. Routledge, 1998.

¹⁶ Compas, B. E., Hinden, B. R. y Gerhardt, C. A. Adolescent development: Pathways and processes of risk and resilience. *Annual Review of Psychology*. 1995. 46, 265-293.

¹⁷ Arnett, J. J. Adolescent storm and stress, reconsidered. *American Psychologist*. 1999. 54, 317-326.

¹⁸ Musitu, G. y Cava, M.J. El rol del apoyo social en el ajuste de los adolescentes. *Intervención Psicosocial*. 2003. 12(2), 179-192.

¹⁹ Gracia, E., Herrero, J. y Musitu, G. El apoyo social. Barcelona, 1995.

²⁰ Lin, N. y Ensel, W.M. Life stress and health: Stressors and resources. *American Sociological Review*. 1989. 54, 382-399.

²¹ Herrero, J. Estresores sociales y recursos sociales: El papel del apoyo social en el ajuste bio-psico-social. [Tesis Doctoral]. Universitat de València, 1994.

²² Cava, M.J. Autoestima y apoyo social: Su incidencia en el ánimo depresivo en una muestra de jóvenes adultos universitarios. [Tesis de Licenciatura]. Universitat de València, 1995.

²³ Nutbeam D. Glosario de Promoción de la Salud. Centro Colaborador de Promoción de la Salud, Departamento de Salud Pública y Medicina Comunitaria, Universidad de Sydney, Australia. OMS. Ginebra, 1998.

²⁴ Bowling A, Browne PD. Social networks, health, and emotional well-being among the oldest old in London. *J Gerontol Soc Sci*. 1991; 1: 520-532

²⁵ Cassel, J. Psychosocial processes and "stress": Theoretical formulations. *International Journal of Health Services*. 1974; 4, 471-482.

²⁶ Caplan, G. Support systems and community mental health: Lectures on concept development. New York. Behavioral Publications. 1974.

²⁷ Gottlieb, B.H. Social networks and social support, *Studies in Community Mental Health*. 1981; 4: 304-310.

²⁸ Barrera, M. y Li, S.A. The relation of family support to adolescents' psychological distress and behavior problems. En G.R. Pierce, B.R. Sarason y I.G. Sarason, *Handbook of social support and the family*. New York. Plenum, 1996.

²⁹ Estudio tabaquismo Ciudad de México. Encuesta en Hogares. Instituto para la Atención y Prevención de las Adicciones en la Ciudad de México. 2013.

³⁰ Encuesta de tabaquismo en jóvenes, México 2011. Instituto Nacional de Salud Pública. [Consultado el 7 de mayo de 2013] Disponible en: http://media.controltabaco.mx/content/productos/ETJ/ETJ_2011.pdf

³¹ Jiménez-Ruiz C, Fagerström K. Tratado de tabaquismo. Aula médica, 3a ed. España. 2011. pp 201-208.

³² Facundo F, Predrão L, Aguilar L, García K, Almanza S. Trastornos por consumo de alcohol (AUDIT) en adolescentes y jóvenes marginales de bandas juveniles de México. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 2007; 11(4): 611-618

³³ Figuero E, Carretero MA, Cerero R, Esparza G, Moreno LA. Efectos del consumo de alcohol etílico en la cavidad oral: Relación con el cáncer oral. *Medicina y Patología Oral*. 2004; 9(1): 14-23.

³⁴ Homann N, Jousimies H, Jokelainen K, Heine R, Salaspuro M. High acetaldehyde levels in saliva after ethanol consumption; methodological aspects and pathogenic implications. *Carcinogenesis* 1997;18:1739-43.

³⁵ Berkman, LF. The relationship of social networks and social support to morbidity and mortality. In: Cohen, S.; Syme, SL., editors. *Social support and health*. Academic Press; New York: 1985; 241-62.

³⁶ Kawachi I, Colditz GA, Ascherio A, Rimm EB, Giovannucci E, Stampfer MJ, et al. A prospective study of social networks in relation to total mortality and cardiovascular disease in men in the USA. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 1996; 50:245-251. [PubMed: 8935453]

³⁷ Barra E, Cerna R, Kramm D. Problemas de salud, estrés, afrontamiento, depresión y apoyo social en adolescentes. *Terapia psicológica* 2006; 24(1): 55-61.

³⁸ Galán S, Sánchez M. El enfoque de la salud desde la perspectiva psiconeuroinmunológica. *Psicología y Salud* 2004, 14: 279-285.

-
- ³⁹ Berkman LF, Kawachi I. Social Epidemiology. Oxford University Press; New York, 2000.
- ⁴⁰ Jiménez M, Gómez C, Sáenz C, Del Campo S, Lacasa J, Pombo M. Calidad de vida y apoyo social en pacientes con infarto agudo de miocardio no complicado. Revista española de cardiología, 1999; 7 (52).
- ⁴¹ López Romo H, 21 Preguntas frecuentes en relación con el nivel socioeconómico AMAI. Datos diagnósticos y tendencias, la revista de la AMAI. 2011; abril-junio: 8-12.
- ⁴² Asociación Mexicana de Agencias de Investigación de Mercado y Opinión Pública, AC. [www.amai.org]. México. [consultado 02 de mayo 2013]. Disponible en <http://www.amai.org/NSE/DEFINICIONES REGLA AMAI 8x7 20110907.pdf>
- ⁴⁴ Fagerstrom K. Measuring degree of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualization of treatment. Addict Behav 1978;3(3-4):235-41
- ⁴⁵ Babor T, Higgins J, Saunders J, Monteiro M. Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol, Pautas para su utilización en Atención Primaria. Organización Mundial de la Salud. 2001.
- ⁴⁶ Real Academia Española, Diccionario de la lengua española. 2001. 22ª ed. Madrid, España. [consultado 02 de mayo 2013] Disponible en <http://www.rae.es/rae.html>
- ⁴⁷ González-Forteza C, Villatoro JA, Medina-Mora ME, Juárez F, Carreño S, Berenzon S et al. Indicadores sociodemográficos de riesgo de estrés psicosocial en estudiantes de educación media y media superior en la República Mexicana. Salud Mental. 1997; 20, (4):1-7.
- ⁴⁸ González-Forteza C, Solís C, Jiménez T, Hernández I, González-González A, Juárez F et al. Confiabilidad y validez de la escala de depresión CES-D en un censo de estudiantes de nivel medio superior y superior, en la Ciudad de México. Salud Mental 2011;34:53-59.
- ⁴⁹ Mariño MC, Medina-Mora ME, Chaparro J, Gonzalez-Forteza C. Confiabilidad y estructura factorial del CES-D en adolescentes mexicanos. Revista Mexicana de Psicología. 1993; 10(2):141-145.
- ⁵⁰ Rodríguez K, Validación de contenido y confiabilidad de la versión en español de la escala Multidimensional de Soporte Social Percibido, en un grupo de adolescentes de Minatitlán, Veracruz. En: Sesión Anual de la División Mexicana de la IADR, Junio 5, 2012.
- ⁵¹ Base de datos de salud, Universidad de Malmö. [<http://www.mah.se>] Suecia. [consultado el 11 de mayo de 2013]. Disponible en: <http://www.mah.se/CAPP/Methods-and-Indices/Oral-Hygiene-Indices/Simplified-Oral-Hygiene-Index--OHI-S/>

⁵² Organización Mundial de la Salud. Encuestas de salud bucodental, métodos básicos. 4ª ed, Ginebra, 1997.

⁵³ ADA American Dental Association. Periodontal Screening and Recording. [www.ada.org] Chicago IL. [consultado el 10 de octubre de 2013] Disponible en: <http://www.ada.org/2726.aspx?currentTab=2>

⁵⁴ Gironda M, Maida C, Marcus M, Wang Y Liu H. Social support and dental visits. Journal of American Dental Association 2003; 144(2): 188 – 194.

⁵⁵ Due P, Holstein B, Lund R, Modvig J, Avlund K. Social relations: network, support and relational strain. Social Science & Medicine 1999; 48: 661-673.

⁵⁶ Dorri M, Sheiham A, Watt R. The influence of peer social networks on toothbrushing behavior in Iranian adolescents in Mashhad. Community Dentistry and Oral Epidemiology 2010; 38: 498-506.

⁵⁷ Evans N, Gilpin E, Farkas AJ, Sheenassa E, Pierce JP. Adolescents “perceptions of their peers” health norms. Am J Public Health 1995; 85(8pt 1):1064-9.

⁵⁸ Bateman P. Understanding and predicting toothbrushing behaviour in adolescents. London: Hospital Medical College; 1985.

⁵⁹ Taylor K, Kiyak A, Huang G, Greenlee G, Jolley et al. Effects of malocclusion and its treatment on the quality of life of adolescents. American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics 2009; 136(3):382-392.

⁶⁰ Feinstein A. Clinimetrics. New Haven, CT. Yale University Press. 1987.

⁶¹ Nuttall N, Bradnock G, White D, Morris J, Nunn J. Dental attendance in 1998 and implications for the future. British Dental Journal 2001; 190 (4):177-182

⁶² Bernabé E, Stansfeld SA, Marcenes W. Roles of different sources of social support on caries experience and caries increment in adolescents of East London. Caries Research 2011;45:400-407.

⁶³ Pattussi MP, Olinto MT, Hardy R, Sheiham A. Clinical, social and psychosocial factors associated with self-rated oral health in Brazilian adolescents. Community Dentistry and Oral Epidemiology 2007; 35: 377-386.

⁶⁴ Trombelli L, Scapoli C, Tatakis D, Grassi L. Modulation of clinical expression of plaque-induced gingivitis: effects of personality traits, social support and stress. J Clin Periodontol 2015; 32: 1143-1150.

⁶⁵ Romano PS, Bloom J, Syme SL. Smoking, social support, and hassles in an urban African-American community. *Am J Public Health*. 1991;81(11):14

⁶⁶ Lakom C, Hipp J, Timberlake S. The social context of adolescent smoking: A systems perspective. *American Journal of Public Health*. 2010; 100(7): 1218 – 1228.

⁶⁷ Cohen S, Ashby T. Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*. 1985;98(2):310-357

⁶⁸ Stice E, Ragan J, Randall P. Prospective Relations Between Social Support and Depression: Differential Direction of Effects for Parent and Peer Support?. *Journal of Abnormal Psychology* 2004; 113(1): 155–159.

⁶⁹ Goyal S, Gupta G, Thomas B, Bhat M. Stress and periodontal disease: The link and logic. *Ind Psychiatry J*. 2013;22(1): 4–11.

REGLA 8x7 AMAI

La Asociación Mexicana de Agencias de Investigación de Mercado y Opinión Pública (AMAI) clasifica a los hogares utilizando la Regla 8x7, la cual clasifica a los hogares en seis niveles, considerando los siguientes factores:

- **Número de cuartos o habitaciones:** Cuarto o habitación es el espacio cerrado o separado por paredes fijas, de cualquier material, usado o destinado para alojar personas. Esta definición incluye todos los cuartos que pertenezcan a la vivienda tales como: recámaras, sala, comedor, cuarto de TV, cuarto de juegos, biblioteca, cocina, cuarto de azotea, etc.

Para que una sala-comedor se pueda considerar como dos cuartos diferentes, debe estar separada por elementos arquitectónicos permanentes y no simplemente por biombos, plantas o libreros.

No se consideran como cuartos de la vivienda a los pasillos, baños, medios baños, patios, zotehuelas, garages, cocheras.

Si el cuarto de azotea no está siendo utilizado directamente para servicio del hogar, sino que está siendo utilizado en arriendo o en préstamo por otra persona o familia diferente a la del hogar entrevistado tampoco se cuenta.

Se realizará la pregunta ¿Cuál es el total de cuartos, piezas o habitaciones con que cuenta su hogar?. Los datos se registrarán 1= 1, 2= 2, 3= 3, 4= 4, 5= 5, 6= 6, 7= 7 o más. De acuerdo a la respuesta, se darán valores numéricos para cada una:

Respuesta	Puntos
1	0
2	0
3	0
4	0
5	8

6	8
7 o más	14

- **Número de baños:** Se contarán todos los baños completos que estén al servicio exclusivo de los miembros del hogar y de su servidumbre, independientemente del sistema de calentamiento de agua que utilicen (gas, eléctrico, combustible, madera).

Podrán incluirse los baños que al momento del levantamiento ya no son utilizados como tales pero que pueden ser rehabilitados de inmediato para cumplir su función original. Por ejemplo aquéllos que temporalmente son utilizados como bodegas.

También cuentan los baños con regadera que sean de uso exclusivo de la servidumbre del hogar. Estos baños generalmente se encuentran en la azotea junto al cuarto de la servidumbre.

No se contarán:

- Letrinas o similares.
- Los baños que no tengan agua corriente o instalación hidráulica que funcione.
- Los baños que sean de uso compartido para la servidumbre de varios hogares, tal como ocurre en azoteas de edificios de departamentos, o en vecindades.

Se realizará la pregunta ¿Cuántos baños completos con regadera y W.C. (excusado) hay para uso exclusivo de los integrantes de su hogar? Los datos se registrarán 1= 0, 2= 1, 3= 2, 4= 3, 5= 4 o más. De acuerdo a la respuesta, se darán valores numéricos para cada una:

Respuesta	Puntos
0	0
1	16
2	36
3	36
4 o más	52

- **Regadera:** Se contará la posesión de regadera funcionando, no es necesario contabilizar la cantidad, solamente que haya o no para uso exclusivo del hogar.

Se realizará la pregunta ¿En su hogar cuenta con regadera funcionando en alguno de los baños?, se registrará de acuerdo a la respuesta 1= Sí, 2= No. De acuerdo a la respuesta, se darán valores numéricos para cada una:

Respuesta	Puntos
No tiene	0
Sí tiene	10

- **Número de focos:** Ésta variable contempla todos los focos utilizados para iluminar la vivienda y que se encuentren en techos, paredes, lámparas de buró, lámparas de piso, lámparas de restirador y tubos de neón, independientemente de que al momento del levantamiento algunos pudieran estar fundidos.

Los focos se contabilizan independientemente del tipo que sean (incandescentes, fluorescentes, neones, cuarzos, etc.) y de la cantidad de watts que sean.

No se contarán:

- Los “soquets” sin foco.
- Los focos de aparatos electrodomésticos como los de estufas, hornos eléctricos y de microondas, y refrigeradores. Dado que no son utilizados para iluminar la vivienda.

- Los focos de series navideñas ni de ofrendas religiosas dado que no son utilizados para iluminar la vivienda.
- Los focos instalados en áreas que no sean del uso exclusivo de los miembros del hogar, como pueden ser los instalados en pasillos, estacionamientos, escaleras, jardines y espacios de uso comunitario en condominios horizontales o verticales, edificios de departamentos, vecindades, etc.
- Los focos que estén destinados a iluminar áreas que aún estando dentro de la vivienda y siendo propiedad del hogar sean destinados preponderantemente a actividades comerciales, de servicios o de manufactura, tales como misceláneas, papelerías, talleres de reparación, talleres de pequeña manufactura, etc. independientemente de que el gasto por esta energía eléctrica esté cargado al recibo del hogar.

Se realizará la pregunta: Contando todos los focos que utiliza para iluminar su hogar, incluyendo los de techos, paredes y lámparas de buró o piso, dígame ¿cuántos focos tiene su vivienda? Se registrará como 1= 0-5, 2= 6-10, 3= 11-15, 4= 16-20, 5= 21 o más, de acuerdo a la respuesta, se darán valores numéricos para cada una:

Respuesta	Puntos
0-5	0
6-10	15
11-15	27
16-20	32
21 o más	46

- **Piso diferente de tierra o cemento:** Esta variable nos pide indagar si en el hogar que se está clasificando la totalidad o la mayor parte de la superficie del piso es de un material diferente a la tierra o al cemento (firme). Se desea saber si en el hogar se ha pasado de los materiales más económicos (tierra y firme de

cemento) a otros menos económicos (mosaico, alfombra, linóleo, madera, etc.)

Cuando el hogar presente ambas opciones en diferentes espacios, se debe marcar la que ocupe más de 50% del hogar, no se pueden manifestar ambas opciones.

Se realizará la pregunta ¿El piso de su hogar es predominantemente de tierra, o de cemento, o de algún otro tipo de acabado?, se registrará como 1= Tierra o cemento, 2= Algún otro tipo de acabado. De acuerdo a la respuesta, se darán valores numéricos para cada una:

Respuesta	Puntos
Tierra o cemento	0
Otro tipo de material o acabado	11

- **Número de Autos:** Se refiere a la existencia de vehículos automotores para el uso particular de los miembros del hogar, aún cuando estén en trámite de pago. Sin importar el año de los vehículos. Se entiende como vehículos automotores a los denominados autos subcompactos, compactos, de lujo, vans, utilitarios y camionetas ligeras (Combi, Pick-up, etc). Quedan incluidos los autos que le hayan sido asignados a alguno o algunos de los miembros del hogar por razones de prestaciones contraactuales con la empresa o empresas donde labore o laboren.

Se realizará la pregunta ¿Cuántos automóviles propios, excluyendo taxis, tienen en su hogar?, se registrará como 1= 0, 2= 1, 3= 2, 4= 3 o más, de acuerdo a la respuesta, se darán valores numéricos para cada una:

Respuesta	Puntos
0	0
1	32
2	41
3 o más	58

- **Estufa:** Se contará la posesión de estufa de gas o eléctrica funcionando, no es necesario contabilizar la cantidad, solamente que haya o no para uso exclusivo del hogar.

Realizando la pregunta ¿En su hogar cuentan con estufa de gas o eléctrica?, se registrará 1= Sí, 2= No, de acuerdo a la respuesta, se darán valores numéricos para cada una:

Respuesta	Puntos
No tiene	0
Sí tiene	20

- **Educación del principal proveedor del hogar:** Se entiende por principal proveedor a la persona que aporta el mayor ingreso dentro del hogar. Se capturará el grado máximo de estudios de acuerdo a la siguiente codificación:

Ninguna	Sin instrucción
Primaria incompleta	
Primaria completa	Primaria / Secundaria
Secundaria incompleta	
Secundaria completa	
Carrera técnica	Carrera técnica / Preparatoria
Carrera comercial	
Preparatoria incompleta	
Preparatoria completa	
Licenciatura incompleta	Licenciatura
Licenciatura completa	
Maestría / diplomado	Posgrado
Doctorado	

Se realizará la pregunta: Pensando en la persona que aporta la mayor parte del ingreso en este hogar, ¿cuál fue el último año de estudios que completó? ¿Realizó otros estudios?. Se registrará como : 1= No estudió, 2= Primaria incompleta, 3= Primaria completa, 4= Secundaria incompleta, 5= Secundaria completa, 6= Carrera comercial, 7= Carrera técnica, 8= Preparatoria incompleta, 9= Preparatoria completa, 10= Licenciatura incompleta, 11= Licenciatura completa, 12= Diplomado o maestría, 13= Doctorado, 99= No sabe / no contestó. De acuerdo a la respuesta, se darán valores numéricos para cada una:

Respuesta	Puntos
Ninguna	0
Primaria incompleta	0
Primaria completa	22
Secundaria incompleta	22
Secundaria completa	22
Carrera técnica	38
Carrera comercial	38
Preparatoria incompleta	38
Preparatoria completa	38
Licenciatura incompleta	52
Licenciatura completa	52
Maestría / diplomado	72
Doctorado	72
No sabe / No contestó	

Al finalizar, se hará la suma de acuerdo a los puntajes obtenidos y se obtendrá el nivel socioeconómico. Los **seis** niveles y sus principales características para la regla AMAI 8x7 son:

Nivel A/B: Es el segmento con el más alto nivel de vida del país. Este segmento tiene cubiertas todas las necesidades de bienestar y es el único nivel que cuenta con recursos para invertir y planear para el futuro.

Nivel C+: Segundo estrato con el más alto nivel de vida del país. Al igual que el anterior, este segmento tiene cubiertas todas las necesidades de bienestar; sin embargo, tiene limitantes para invertir y ahorrar para el futuro.

Nivel C: Este segmento se caracteriza por haber alcanzado un nivel de vida práctica y con ciertas comodidades. Aspira a mayor bienestar en entretenimiento y tecnología.

Nivel D+: Éste es el segmento más grande de la sociedad mexicana. Este grupo tiene cubierta la mínima infraestructura sanitaria de su hogar. Aspira en primer lugar a adquirir bienes y servicios que le hagan la vida más práctica y sencilla.

Nivel D: Es el segundo segmento con menos bienestar. Se caracteriza por haber alcanzado una propiedad, pero carece de la mayoría de los servicios y bienes satisfactorios. Aspiran a contar con los servicios sanitarios mínimos.

Nivel E: Éste es el segmento con menos bienestar. Carece de todos los servicios y bienes satisfactorios. Aspiran a contar con una propiedad y los servicios sanitarios mínimos.

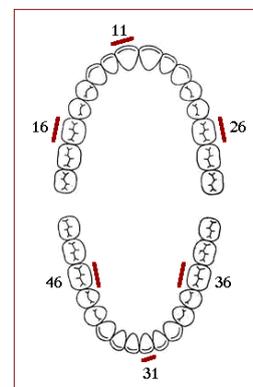
Tabla de puntos por nivel

Nivel	Puntos
AB	193+
C+	155 -192
C	128 – 154
C-	105 – 127
D+	80 – 104
D	33 – 79
E	0 – 32

ANEXO 2

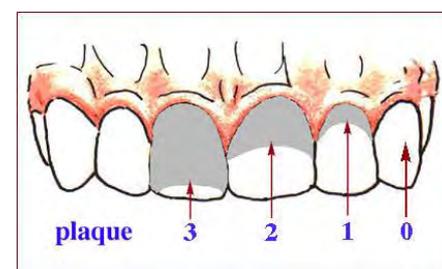
ÍNDICE IHO-S

El Índice de Higiene Oral Simplificado, mide la superficie del diente cubierta de placa dentobacteriana, detritus y cálculo. Las seis superficies examinadas para el OHI-S se seleccionan a partir de cuatro dientes posteriores y dos dientes anteriores. En la parte posterior de la dentición, se inspeccionarán los OD 16 y 26 por la cara vestibular y los OD 36 y 46 por la cara lingual. En la parte anterior, se examinará el OD 11 por la cara vestibular y el OD 31 por la cara lingual



CRITERIOS PARA LA CLASIFICACIÓN DE DESECHOS BLANDOS

Resultados	Criterios
0	No hay suciedad o manchas presentes
1	Depósitos suaves que cubren no más de un tercio de la superficie del diente, o la presencia de manchas extrínsecas sin otros restos independientemente de superficies cubiertas
2	Depósitos suaves que abarcan más de un tercio, pero no más de dos tercios, de la superficie expuesta del diente.
3	Depósitos suaves que cubren más de dos tercios de la superficie expuesta del diente.



CRITERIOS PARA LA CLASIFICACIÓN DE DESECHOS DUROS

Resultados	Criterios
0	Sin cálculo actual
1	Cálculo supragingival que cubre no más de la tercera parte de la superficie expuesta del diente.
2	Cálculo supragingival que cubre más de un tercio, pero no más de dos tercios de la superficie expuesta del diente o la presencia de manchas individuales de cálculo subgingival alrededor de la porción cervical del diente o ambos.
3	Cálculo supragingival que cubre más de dos tercios de la superficie expuesta del diente o una banda pesada continua del cálculo subgingival alrededor de la porción cervical del diente o ambos.

Al finalizar tendremos dos cálculos:

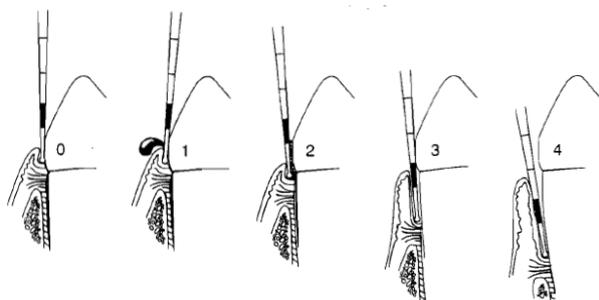
Índice de residuos blandos = (El resultado de las superficies vestibulares) + (resultado de las superficies linguales) / (número total de las superficies vestibulares y linguales examinadas).

Índice de cálculo = (Resultado de las superficies vestibulares) + (Resultado de las superficies linguales) / (número total de las superficies vestibulares y linguales examinadas).

Para obtener el resultado del IHO-S, debemos sumar el resultado de los dos índices obtenidos y dividirlo entre dos y se clasificará como:

- 0 – 1 Óptimo
- 1.1-2 Regular
- 2.1-3 Malo
- + de 3 Muy malo

PERIODONTAL SCREENING AND RECORDING, ÍNDICE PSR.



Se utiliza la sonda periodontal de la OMS, la cual se inserta paralela al eje longitudinal del diente y se desplaza alrededor del diente con una fuerza no mayor de 25 gr. El objetivo es examinar

cada diente individualmente.

La sonda recomendada tiene una esfera de 0.5 mm de diámetro. El área de color se extiende de los 3.5 a 5.5 mm. Debe utilizarse una presión ligera para insertarla.

La punta de la sonda se inserta dentro del surco gingival hasta que encuentra resistencia. La profundidad de la inserción se lee contra la coloración de la sonda. Debe explorarse la totalidad del surco desplazando la sonda a lo largo del surco. Al menos seis áreas de cada diente deben ser examinadas: mesiobucal, mediobucal, distobucal, mesiolingual, mediolingual y distolingual.

El sondaje se inicia en el cuadrante superior derecho procediendo a sondear cada diente siguiendo las manecillas del reloj y terminando en el cuadrante inferior derecho.

Para cada diente se registra la calificación más alta observada durante el sondaje.

Códigos

- 0- El área de color de la sonda está completamente visible en lo más profundo del surco en el sextante. No hay cálculo o márgenes defectuosos. Los tejidos gingivales están sanos y no hay sangrado al sondaje.
- 1- El área de color de la sonda permanece completamente visible en la parte más profunda del sextante. No se detecta cálculo ni márgenes defectuosos. Hay sangrado al sondeo ligero.
- 2- El área de color de la sonda permanece completamente visible en la parte más profunda del sextante. Se detecta cálculo supra o subgingival y/o márgenes defectuosos.
- 3- El área de color de la sonda permanece parcialmente visible en la parte más profunda del sextante.
- 4- El área de color de la sonda desaparece completamente indicando una profundidad al sondaje de más de 5.5 mm.
- 5- Anormalidades clínicas.
 - a. Invasión de la furca
 - b. Movilidad
 - c. Problemas mucogingivales
- 6- Recesiones que se extienden más allá de la zona de color de la sonda (3.5mm o más)

Los criterios para el diagnóstico y la codificación son:

0 Corona sana. Una corona se registra como sana si no muestra signos de caries clínica tratada o sin tratar. Se excluyen las fases de la caries que preceden a la formación de cavidades, así como otros trastornos análogos a las fases iniciales de la caries, porque no se pueden diagnosticar de modo fiable. Así, una corona que presenta los siguientes defectos, en ausencia de otros criterios positivos, debe codificarse como sana: manchas blancas o yesosas; manchas decoloradas o ásperas, que no resultan blandas al tacto con una sonda IPe metálica; hoyos o fisuras teñidos en el esmalte, que no presentan signos visuales de alteración del esmalte, ni ablandamiento del suelo o las paredes detectable con una sonda IPe; zonas oscuras, brillantes, duras o punteadas en el esmalte de un diente que presenta signos de fluorosis moderada a intensa; lesiones que, basándose en su distribución, sus antecedentes o el examen visual/táctil, parecen deberse a la abrasión.

1 Corona cariada. Se registra la presencia de caries cuando una lesión presente en un hoyo o fisura, o en una superficie dental suave, tiene una cavidad inconfundible, un esmalte socavado o un suelo o pared apreciablemente ablandado. También debe incluirse en esta categoría un diente con una obturación temporal o un diente que está obturado pero también cariado (clave 6 (F)). En los casos en los que la corona ha sido destruida por la caries y sólo queda la raíz, se considera que la caries se ha iniciado en la corona y por ello se clasifica sólo como caries de la corona. Puede utilizarse la sonda IPe para confirmar los signos visuales de caries en las superficies oclusal, bucal y lingual. En caso de duda, la caries no debe registrarse como presente.

2 Corona obturada con caries. Se considera que una corona está obturada con caries cuando tiene una o más restauraciones permanentes y una o más zonas que están cariadas. No debe diferenciarse la caries primaria de la secundaria (esto es, se aplica la misma clave con independencia de que las lesiones de caries estén físicamente asociadas a restauraciones).

3 Corona obturada sin caries. Se considera que una corona está obturada, sin caries, cuando se hallan una o más restauraciones permanentes y no existe ninguna caries en la corona. Se incluye en esta categoría un diente con una corona colocada debido a una caries anterior. (Se aplica la clave 7 (G) a un diente que presenta una corona por cualquier motivo distinto de la caries, por ej., el soporte de un puente.)

4 Diente perdido, como resultado de caries. Se utiliza esta clave para los dientes permanentes o primarios que han sido extraídos debido a la presencia de caries, incluyendo el registro en el estado de la corona. Para los dientes primarios perdidos, este grado debe emplearse sólo si el sujeto presenta una edad en la que la exfoliación normal no sería explicación suficiente de la ausencia.

En algunos grupos de edad puede ser difícil diferenciar entre los dientes sin brotar (clave 8) y los dientes perdidos (claves 4 ó 5). Los conocimientos básicos sobre los tipos de erupción de los dientes, el aspecto del borde alveolar en el espacio dental en cuestión y el estado de caries de otros dientes pueden proporcionar datos útiles para establecer un diagnóstico diferencial entre dientes sin brotar y extraídos. No debe utilizarse la clave 4 para los dientes que se consideran perdidos por algún motivo distinto a la caries. En los arcos totalmente desdentados, por comodidad se inscribe un solo «4» en las casillas correspondientes, uniendo los respectivos pares de números con líneas rectas.

5 Diente permanente perdido, por cualquier otro motivo. Esta clave se utiliza para los dientes permanentes que se consideran ausentes de modo congénito o que se han extraído por motivos ortodónticos o por periodontopatías, traumatismos, etc. Igual que en la clave 4, dos inscripciones de la clave 5 pueden unirse por una línea en los casos de arcos totalmente desdentados.

6 Obturación de fisura. Se utiliza esta clave para los dientes en los que se ha colocado una oclusión de fisura en la superficie oclusal o para los dientes en los que la fisura oclusal se ha ensanchado con una fresa redondeada o «en forma de llama» ,colocando un material compuesto. Si el diente obturado tiene caries, debe codificarse como 1.

7 Soporte de puente, corona especial o funda. Se incluye esta clave en el estado de la corona para indicar que un diente forma parte de un puente fijo, esto es, es un soporte

de puente. Esta clave puede también emplearse para coronas colocadas por motivos distintos de la caries y para fundas o láminas que cubren la superficie labial de un diente en el que no hay signos de caries o de restauración. Nota: Los dientes perdidos sustituidos por pónicos de puente se codifican 4 ó 5 en el estado de la corona, mientras que la situación de la raíz se clasifica como 9.

8 Corona sin erupcionar. Esta clasificación está limitada a los dientes permanentes y se utiliza sólo para un espacio dental en el que hay un diente permanente sin brotar, pero en ausencia de diente primario. Los dientes clasificados como no erupcionados quedan excluidos de todos los cálculos relativos a la caries dental. Esta categoría no incluye los dientes perdidos congénitamente, por traumatismos, etc. Véase la clave 5 para el diagnóstico diferencial entre dientes perdidos y sin brotar.

T (T) Traumatismo (fractura). Se clasifica una corona como fracturada cuando falta una parte de su superficie como resultado de un traumatismo y no hay signos de caries.

9 No registrado. Esta clave se utiliza para cualquier diente permanente brotado que por algún motivo no se puede examinar (por ej., presencia de bandas ortodónticas, hipoplasia intensa, etc.).



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Instrucciones: Lee cuidadosamente la pregunta y coloca en el recuadro el número que corresponda a la respuesta correcta. La información que nos proporcionas será confidencial y será utilizada únicamente con fines estadísticos. ¡Muchas gracias por tu participación!

Fecha: Año/Mes Día Número de identificación Examinador

Información general

Nombre: _____

Fecha de nacimiento Año/Mes
bachillerato

Edad en años
bachillerato

Sexo 1= Masculino, 2= Femenino

Grado escolar: 1= 1er año de

2= 2do año de

3= 3er año de

Información socioeconómica

1. ¿Cuál es el total de cuartos, piezas o habitaciones con que cuenta tu hogar?, por favor no incluyas baños, medios baños, pasillos, patios y zotehuelas.

2. ¿Cuántos baños completos con regadera y W.C. (excusado) hay para uso exclusivo de los integrantes de tu hogar?

3. ¿En tu hogar cuentan con regadera funcionando en alguno de los baños? 1= Sí, 2= No

4. Contando todos los focos que utilizas para iluminar tu hogar, incluyendo los de techos, paredes y lámparas de buró o piso, dígame ¿cuántos focos tiene tu vivienda?

5. ¿El piso de tu hogar es predominantemente de tierra, o de cemento, o de algún otro tipo de acabado?

1= Tierra o cemento, 2= Algún otro tipo de acabado

6. ¿Cuántos automóviles propios, excluyendo taxis, tienen en tu hogar?

7. ¿En tu hogar cuentan con estufa de gas o eléctrica? 1= Sí, 2= No

8. Pensando en la persona que aporta la mayor parte del ingreso en tu hogar, ¿cuál fue el último año de estudios que completó?

1= No estudió, 2= Primaria incompleta, 3= Primaria completa, 4= Secundaria incompleta, 5= Secundaria completa, 6= Carrera comercial, 7= Carrera técnica, 8= Preparatoria incompleta, 9= Preparatoria completa, 10= Licenciatura incompleta, 11= Licenciatura completa, 12= Diplomado o maestría, 13= Doctorado, 99= No sé / no contestó.

Información sobre tus padres

1. ¿Cuál fue el último año de estudios que completó tu papá?

1= No estudió, 2= Primaria incompleta, 3= Primaria completa, 4= Secundaria incompleta, 5= Secundaria completa, 6= Carrera comercial, 7= Carrera técnica, 8= Preparatoria incompleta, 9= Preparatoria completa, 10= Licenciatura incompleta, 11= Licenciatura completa, 12= Diplomado o maestría, 13= Doctorado, 99= No sé / no contestó.

2. ¿Cuál fue el último año de estudios que completó tu mamá?

1= No estudió, 2= Primaria incompleta, 3= Primaria completa, 4= Secundaria incompleta, 5= Secundaria completa, 6= Carrera comercial, 7= Carrera técnica, 8= Preparatoria incompleta, 9= Preparatoria completa, 10= Licenciatura incompleta, 11= Licenciatura completa, 12= Diplomado o maestría, 13= Doctorado, 99= No sé / no contestó.

3. ¿Cuál es la ocupación de tu papá?

1= Desempleado, 2= Empleado, 3= Profesionista, 4= Jubilado, 5= Otra: _____, 9= No sé

4. ¿Cuál es la ocupación de tu mamá?

1= Desempleada, 2= Empleada, 3= Profesionista, 4= Jubilada, 5= Ama de casa, 6= Otra: _____, 9= No sé.

Información dental

1. ¿Has acudido al dentista alguna vez en tu vida?

1= Sí, 2= No.

En caso de no haber acudido al dentista, pasa por favor a la pregunta número 5.

2. En los últimos doce meses, ¿Has acudido al dentista?

1= Sí, 2= No.

3. Si acudiste al dentista en los últimos doce meses, ¿cuál fue el motivo?

1= Revisión, 2= Limpieza, 3= Dolor, 4= Tratamiento restaurativo, 5= Traumatismo, 9= No aplica

4. Haciendo una estimación, ¿cuántas veces acudiste al dentista en los últimos doce meses?

5. En caso de no haber acudido al dentista en los últimos doce meses, ¿Cuál fue el motivo?

1= No lo necesito, 2= -No tengo quien me lleve, 3= Es costoso, 4= No sabe, 5= No aplica.

6. ¿Cuántas veces al día cepillas tus dientes?

7. ¿Utilizas algún complemento de higiene además de tu cepillo de dientes?

1= Sí, 2= No.

8. En caso de utilizar algún complemento, ¿cuál utilizas?

1= Hilo dental, 2= Enjuague bucal, 3= Otro y se especificará cual _____

A continuación se realizarán preguntas acerca de prácticas de tabaquismo, por favor coloca en el recuadro el número que corresponda a tu respuesta.

1. ¿Actualmente fumas?

1= Sí, 2= No.

En caso que tu respuesta sea no, por favor pasa a la siguiente etapa, acerca de prácticas de alcoholismo.

2. ¿Cuántos cigarros fumas al día?

0= Nunca he fumado tabaco, 1= No fumo diario, 2= Actualmente ya no fumo,

Número de cigarros= _____

3. ¿Cuánto tiempo después de despertarte fumas tu primer cigarro?

1= Nunca he fumado, 2= Primeros 5 minutos, 3= Entre 5 y 30 minutos, 4= Entre 31 y 60 minutos, 5= Más de una hora, 6= Actualmente ya no fumo.

4. ¿Cuándo fumas más?

1= En las mañanas, 2= En las tardes, 3= Nunca he fumado tabaco.

5. ¿Te es difícil abstenerte de fumar en lugares donde está prohibido? (Iglesias, bibliotecas, cines, secciones de no fumar en restaurantes u oficinas?)

1= Sí, 2= No, 3= Nunca he fumado tabaco.

6. ¿Fumas aun cuando tienes que quedarte en cama por enfermedad?

1= Sí, 2= No, 3= Nunca he fumado tabaco.

7. De los cigarros que fumas durante el día, ¿Cuál es el más difícil de dejar para ti?

1= El primero de la mañana, 2= El de después de comer, 3= Cuando estás bajo tensión, 4= El del baño, 5= El de antes de dormir, 6= Algún otro, 7= Todos, 8= Ninguno, 0= Nunca he fumado tabaco.

A continuación se realizarán preguntas acerca de prácticas de alcoholismo, de las siguientes preguntas, marca con una X el cuadro que mejor describa tu respuesta a cada pregunta

	0	1	2	3	4
1. ¿Con qué frecuencia consumes alguna bebida alcohólica?	Nunca	Una o menos veces al mes	De 2 a 4 veces al mes	De 2 a 3 veces a la semana	4 o más veces a la semana
2. ¿Cuántos consumos de bebidas alcohólicas sueles realizar en un día de consumo normal?	De 1 a 2	3 o 4	5 o 6	De 7 a 9	10 o más
3. ¿Con qué frecuencia tomas 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario
4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año has sido incapaz de parar de beber una vez que habías empezado?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario
5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudiste hacer lo que se esperaba que hicieras porque habías bebido?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario
6. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año has necesitado beber en ayunas para recuperarte después de haber bebido mucho el día anterior?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario
7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año has tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario
8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no has podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque estuviste bebiendo?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario
9. ¿Tu o alguna otra persona ha resultado herido/a porque habías bebido?	No		Sí, pero no en el curso del último año		Sí, en el último año
10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario, ha mostrado preocupación por tu consumo de bebidas alcohólicas o te ha sugerido que dejes de beber?	No		Sí, pero no en el curso del último año		Sí, en el último año

Para cada una de las siguientes preguntas indícanos

¿Qué tanto te molesta...

	Nada	Poco	Regular	Mucho
1. Cuando alguno de tus padres (o sustitutos) te prohíben hacer algo que para ti es muy importante?	1	2	3	4
2. Cuando tu mejor amigo/a ha traicionado tu confianza (se ha burlado de ti, ha platicado tus secretos, etc?)	1	2	3	4
3. Cuando has tenido problemas con los/as maestros/as, prefectos/as, directores/as o cualquier autoridad de la escuela?	1	2	3	4

Las siguientes afirmaciones describen formas en que la gente actúa o se siente. Por favor lee cada una y circula el número de días que te sentiste así en **la última semana**. (Marca una respuesta por inciso, si estás inseguro haz tu mejor estimación)

Durante la semana pasada:	Número de días			
	0	1-2	3-4	5-7
1. Me molestaron muchas cosas que generalmente no me molestan	1	2	3	4
2. No tenía hambre, no tenía apetito	1	2	3	4
3. Sentía que no podía quitarme la tristeza ni con la ayuda de mi familia o amigos/as	1	2	3	4
4. Sentía que era tan bueno/a como los demás	1	2	3	4
5. Tenía dificultad para concentrarme en lo que estaba haciendo	1	2	3	4
6. Me sentí deprimido/a	1	2	3	4
7. Sentí que todo lo que hacía me costaba mucho esfuerzo	1	2	3	4
8. Veía el futuro con esperanza	1	2	3	4
9. Pensé que mi vida sería un fracaso	1	2	3	4
10. Tenía miedo	1	2	3	4
11. Dormí sin descansar	1	2	3	4
12. Estaba feliz	1	2	3	4
13. Platiqué menos de lo normal	1	2	3	4
14. Me sentía solo/a	1	2	3	4
15. Sentí que la gente era poco amigable	1	2	3	4

16. Disfruté la vida	1	2	3	4
17. Lloraba a ratos	1	2	3	4
18. Me sentía triste	1	2	3	4
19. Sentía que no les caía bien a otros/as	1	2	3	4
20. No podía salir adelante	1	2	3	4

Lee cuidadosamente e indica cómo te sientes respecto a cada una de las siguientes frases. Encierra en un círculo la respuesta. Sólo se debe marcar una respuesta por pregunta

	Completamente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	En Desacuerdo	Neutro	De acuerdo	Bastante de acuerdo	Completamente de acuerdo
1. Hay una persona especial que está cerca cuando lo necesito.	1	2	3	4	5	6	7
2. Existe una persona con la cual puedo compartir mis penas y alegrías.	1	2	3	4	5	6	7
3. Mi familia realmente trata de ayudarme.	1	2	3	4	5	6	7
4. Mi familia me da la ayuda y el apoyo emocional que necesito.	1	2	3	4	5	6	7
5. Existe una persona especial que es una fuente de consuelo para mí.	1	2	3	4	5	6	7
6. Mis amigos realmente tratan de ayudarme.	1	2	3	4	5	6	7
7. Puedo contar con mis amigos cuando las cosas están mal.	1	2	3	4	5	6	7
8. Puedo hablar de mis problemas con mi familia.	1	2	3	4	5	6	7
9. Tengo amigos con quien puedo compartir mis penas y alegrías.	1	2	3	4	5	6	7
10. Existe una persona especial en la vida que se preocupa por mis sentimientos.	1	2	3	4	5	6	7
11. Mi familia está dispuesta a ayudarme a tomar decisiones.	1	2	3	4	5	6	7
12. Puedo hablar de mis problemas con mis amigos.	1	2	3	4	5	6	7

¡Muchas gracias por tu participación!

Nombre: _____

Fecha: _____

EVALUACIÓN CLÍNICA

Mucosa oral

TRASTORNO

- 0 = Ningún estado anormal
- 1 = Tumor maligno (cáncer oral)
- 2 = Leucoplasia
- 3 = Líquen plano
- 4 = Úlcera (aftosa, herpética, traumática)
- 5 = Gingivitis necrotizante aguda
- 6 = Candidiasis
- 7 = Absceso
- 8 = Otro trastorno (especifíquese si es posible) _____
- 9 = No registrado

LOCALIZACIÓN

- 0= Borde bermellón
- 1=Comisuras
- 2= Labios
- 3= Surcos
- 4= Mucosa bucal
- 5= Suelo de la boca
- 6= Lengua
- 7= Paladar duro y/o blando
- 8= Bordes alveolares/encías
- 9= No registrado

CPO-D

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
<input type="checkbox"/>															
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

Corona	Situación
0	Satisfactoria
1	Cariado
2	Obturado con caries
3	Obturado sin caries
4	Perdido como resultado de caries
5	Perdido por cualquier otro motivo
6	Fisura obturada
7	Soporte de puente, corona especial o funda/ implante
8	Diente sin brotar (corona) o raíz cubierta
T	Traumatismo (fractura)
9	No registrado

Periodontal Screening Recording

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

- 0- El área de color de la sonda está completamente visible en lo más profundo del surco en el sextante. No hay cálculo o márgenes defectuosos. Los tejidos gingivales están sanos y no hay sangrado al sondaje.
- 1- El área de color de la sonda permanece completamente visible en la parte más profunda del sextante. No se detecta cálculo ni márgenes defectuosos. Hay sangrado al sondeo ligero.
- 2- El área de color de la sonda permanece completamente visible en la parte más profunda del sextante. Se detecta cálculo supra o subgingival y/o márgenes defectuosos.
- 3- El área de color de la sonda permanece parcialmente visible en la parte más profunda del sextante.
- 4- El área de color de la sonda desaparece completamente indicando una profundidad al sondaje de más de 5.5 mm.
- 5- Anormalidades clínicas.
 - a. Invasión de la furca
 - b. Movilidad
 - c. Problemas mucogingivales
 - d. Recesiones que se extienden más allá de la zona de color de la sonda (3.5mm o más)

Índice de Higiene Oral Simplificado

Residuos blandos

16 11 26

46 31 36

diente

Residuos Blandos

0= No hay suciedad o manchas presentes

1= Depósitos suaves que cubren no más de un tercio de la superficie del diente, o la presencia de manchas extrínsecas sin otros restos independientemente de superficies cubiertas

2= Depósitos suaves que abarcan más de un tercio, pero no más de dos tercios, de la superficie expuesta del diente.

3= Depósitos suaves que cubren más de dos tercios de la superficie expuesta del

Residuos duros

16 11 26

46 31 36

Residuos Duros

0=Sin cálculo actual

1= Cálculo supragingival que cubre no más de la tercera parte de la superficie expuesta del diente.

2= Cálculo supragingival que cubre más de un tercio, pero no más de dos tercios de la superficie expuesta del diente o la presencia de manchas individuales de cálculo subgingival alrededor de la porción cervical del diente o ambos.

3= Cálculo supragingival que cubre más de dos tercios de la superficie expuesta del diente o una banda pesada continua del cálculo subgingival alrededor de la porción cervical del diente o ambos.



CONSENTIMIENTO INFORMADO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

“ASOCIACIÓN ENTRE SOPORTE SOCIAL Y EL ESTADO DE SALUD BUCAL EN ADOLESCENTES DE LA CIUDAD DE MÉXICO”

Nombre del Participante: _____

Se te está invitando a participar en este estudio de investigación en Salud Pública. Antes de decidir si deseas participar o no, debes conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. Este proceso se conoce como consentimiento informado. Siéntete con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que te ayude a aclarar tus dudas al respecto.

Una vez que hayas comprendido el estudio y si deseas participar, entonces se te pedirá firmar esta forma de consentimiento.

1. **OBJETIVO DEL ESTUDIO.** El motivo principal para realizar este estudio, es para tener evidencias necesarias de que contar con personas cercanas y amigos tiene un efecto positivo sobre el estado de salud bucal en los adolescentes.

2. **BENEFICIOS DEL ESTUDIO.** Tener evidencias necesarias, permitirá que en un futuro adolescentes puedan beneficiarse del conocimiento obtenido, creando estrategias y programas enfocados a construir redes sociales, las cuales ayudarán a mejorar su estado de salud bucal y general, fomentando hábitos saludables que podrán desarrollar a lo largo de su vida.

3. **PROCEDIMIENTOS DEL ESTUDIO.** En caso de aceptar participar en el estudio se te pedirá contestar un cuestionario acerca de datos generales, hábitos de higiene bucal y actividades de la vida diaria. Posteriormente se te realizará una revisión bucal, donde al terminar se te entregará por escrito el diagnóstico encontrado.

4. **RIESGOS ASOCIADOS CON EL ESTUDIO.** La revisión bucal consta de las siguientes fases:

a) Revisión de los tejidos blandos de tu boca, b) Revisión de cada uno de tus dientes, c) Revisión de tus encías (este procedimiento puede causar una leve molestia).

Los riesgos de tu participación en el estudio de investigación son mínimos.

5. ACLARACIONES.

- La decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria.
- No habrá ninguna consecuencia desfavorable para ti, en caso de no aceptar la invitación.
- Si decides participar en el estudio, puedes retirarte en el momento en que lo desees.
- No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio.
- No recibirás pago por tu participación.
- Al finalizar el estudio, se te entregará por escrito tu diagnóstico bucal, y en caso de que requieras atención odontológica, se te entregará una lista de las clínicas a las que puedes acudir para que realicen el tratamiento necesario. Este estudio no cuenta con financiamiento, por lo que deberás correr con los gastos de tu tratamiento.
- La información obtenida en este estudio, utilizada para la identificación de cada paciente, será mantenida con estricta confidencialidad por el grupo de investigadores.

Si consideras que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación, puedes, si así lo deseas, firmar la Carta de Consentimiento Informado que forma parte de este documento.

6. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Convengo en participar en este estudio de investigación.

Firma del participante

Fecha

¡Muchas gracias por tu participación!

CD. Daniela Galicia Diez Barroso
Alumna del Programa de Maestría y Doctorado en
Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud
Teléfono: 5534892921

ANEXO 7**ESCALA DE FAGERSTRÖM**

Se trata de una escala auto administrada de 6 ítems que valora la dependencia de las personas a la nicotina. Los puntos de corte son 4 y 7, donde menos de 4 es una dependencia baja, entre 4 y 7 es una dependencia moderada y más de 7 es una dependencia alta.

Preguntas	Respuestas	Puntos
¿Cuánto tiempo pasa entre que se levanta y fuma su primer cigarrillo?	Hasta 5 minutos	3
	Entre 6 y 30 minutos	2
	31 - 60 minutos	1
	Más de 60 minutos	0
¿Encuentra difícil no fumar en lugares donde está prohibido, como la biblioteca o el cine?	Sí	1
	No	0
¿Qué cigarrillo le molesta más dejar de fumar?	El primero de la mañana	1
	Cualquier otro	0
¿Cuántos cigarrillos fuma cada día?	10 o menos	0
	11 – 20	1
	21 – 30	2
	31 o más	3
¿Fuma con más frecuencia durante las primeras horas después de levantarse, que durante el resto del día?	Sí	1
	No	0
¿Fuma aunque esté tan enfermo que tenga que guardar cama la mayor parte del día?	Sí	1
	No	0

ANEXO 8

ESCALA AUDIT

La escala AUDIT o Test de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol, se utiliza para identificar a las personas con un patrón de consumo de riesgo o perjudicial de alcohol. El AUDIT fue desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un método simple de screening del consumo excesivo de alcohol y como un apoyo en la evaluación breve.

Puede ayudar en la identificación del consumo excesivo de alcohol como causa de la enfermedad presente.

El AUDIT también ayuda a identificar la dependencia de alcohol y algunas consecuencias específicas del consumo perjudicial. Con las instrucciones apropiadas puede ser auto-administrado o utilizado por profesionales no sanitarios.

Puntuaciones totales iguales o mayores a 8, son indicadoras de consumo de riesgo y consumo perjudicial, así como de una posible dependencia de alcohol.

Lo recomendable para puntuaciones entre 8 y 15, es un consejo enfocado en la reducción del consumo de alcohol.

Puntuaciones entre 16 y 19 sugieren terapia breve y un abordaje continuo.

Puntuaciones iguales o mayores a 20 requieren una evaluación diagnóstica más amplia de la dependencia de alcohol.

	0	1	2	3	4
1. ¿Con qué frecuencia consumes alguna bebida alcohólica?	Nunca	Una o menos veces al mes	De 2 a 4 veces al mes	De 2 a 3 veces a la semana	4 o más veces a la semana
2. ¿Cuántos consumos de bebidas alcohólicas sueles realizar en un día de consumo normal?	De 1 a 2	3 o 4	5 o 6	De 7 a 9	10 o más
3. ¿Con qué frecuencia tomas 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario
4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año has sido incapaz de parar de beber una vez que habías empezado?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario
5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudiste hacer lo que se esperaba que hicieras porque habías bebido?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario
6. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año has necesitado beber en ayunas para recuperarte después de haber bebido mucho el día anterior?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario
7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año has tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario
8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no has podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque estuviste bebiendo?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario
9. ¿Tu o alguna otra persona ha resultado herido/a porque habías bebido?	No		Sí, pero no en el curso del último año		Sí, en el último año
10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario, ha mostrado preocupación por tu consumo de bebidas alcohólicas o te ha sugerido que dejes de beber?	No		Sí, pero no en el curso del último año		Sí, en el último año

ANEXO 9

ESCALA CES-D 20

La escala CES-D (Center for Epidemiological Studies of Depression Scale), fue diseñada para detectar posibles casos clínicos de depresión. Es una escala de auto aplicación, donde el paciente reporta como se ha sentido anímicamente durante la semana previa a la evaluación, reportando el número de días con el que se siente identificado. La escala evalúa los distintos componentes de la depresión en cuatro dimensiones: afecto deprimido, síntomas somáticos, retardo psicomotor y problemas en las relaciones interpersonales, a través de 20 ítems.

Su punto de corte para identificar sintomatología depresiva es cuando se obtiene un resultado igual o mayor a 16 puntos.

Durante la semana pasada:	Número de días			
	0	1-2	3-4	5-7
1. Me molestaron muchas cosas que generalmente no me molestan	1	2	3	4
2. No tenía hambre, no tenía apetito	1	2	3	4
3. Sentía que no podía quitarme la tristeza ni con la ayuda de mi familia o amigos/as	1	2	3	4
4. Sentía que era tan bueno/a como los demás	1	2	3	4
5. Tenía dificultad para concentrarme en lo que estaba haciendo	1	2	3	4
6. Me sentí deprimido/a	1	2	3	4
7. Sentí que todo lo que hacía me costaba mucho esfuerzo	1	2	3	4
8. Veía el futuro con esperanza	1	2	3	4
9. Pensé que mi vida sería un fracaso	1	2	3	4
10. Tenía miedo	1	2	3	4
11. Dormí sin descansar	1	2	3	4
12. Estaba feliz	1	2	3	4
13. Platiqué menos de lo normal	1	2	3	4
14. Me sentía solo/a	1	2	3	4
15. Sentí que la gente era poco amigable	1	2	3	4
16. Disfruté la vida	1	2	3	4
17. Lloraba a ratos	1	2	3	4
18. Me sentía triste	1	2	3	4
19. Sentía que no les caía bien a otros/as	1	2	3	4
20. No podía salir adelante	1	2	3	4