



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

CARACTERÍSTICAS ECONÓMICAS, CULTURALES
Y SOCIALES DE UNA MUESTRA DE PACIENTES
QUE ACUDIÓ AL CURSO DE VERANO 2015 PARA
SER ATENDIDOS EN LA FACULTAD DE
ODONTOLOGÍA, UNAM.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

C I R U J A N A D E N T I S T A

P R E S E N T A:

ILAYALITH LILIANA CHÁVEZ JIMÉNEZ

TUTORA: Mtra. ERIKA HEREDIA PONCE

MÉXICO, Cd. Mx.

2016

Ciudad Universitaria, CDMX



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.



1. Introducción.....	3
2. Marco teórico	5
2.1 Características económicas, culturales y sociales de la población mexicana	5
2.2 Perfil epidemiológico de la salud bucal en México.	13
2.3 Derecho a la salud	22
2.4 Acceso a los servicios de salud	22
3. Antecedentes	24
3.1 Servicios públicos	24
3.2 Petróleos Mexicanos (PEMEX).....	25
3.3 Secretaria de la Defensa Nacional (SEDENA).....	25
4. Planteamiento del problema	26
5. Justificación	27
6. Objetivos	28
6.1 Objetivo general	28
6.2 Objetivos específicos.....	28
7. Hipótesis	28
8. Materiales y métodos.....	29
8.1 Tipo de estudio	29
8.2 Población de estudio y tamaño de muestra:.....	29
8.3 Criterios de selección	29
8.3.1 Criterios de inclusión:	29
8.3.2 Criterios de exclusión:.....	29
8.4 Definición operacional y escala de medición de las variables	29
8.5 Método de recolección de la información.....	34
8.6 Análisis estadístico	34
8.7 Consideraciones éticas	34
8.8 Recursos.....	34
8.8.1 Recursos materiales.....	34
8.8.2 Recursos humanos.....	35
9. Resultados.....	35
10. Discusión	50
11. Conclusiones	56
12 Referencias bibliográficas.....	57
13. Anexo.....	66

1. Introducción

La calidad de vida depende de forma directa del medio natural y su calidad. La valoración sobre la salud no solo influye en las necesidades y conocimientos de las personas, sino también de su actitud, de las condiciones del entorno, así como de su desempeño laboral.

Los cambios del modo y estilo de vida determinan ciertos cambios y modificaciones en el proceso-enfermedad.

La salud es un derecho de todo ser humano y por tanto un valor social, que tiene relación con la calidad de la existencia humana. Es un valor concreto determinado por el método de producción, el nivel de desarrollo socioeconómico alcanzado y la situación política que en ese momento prevalece.

Para prevenir es imprescindible conocer bien los factores y las condiciones del surgimiento de enfermedades más prevalentes. Existe una seria ordenada de los principales factores determinantes y factores de riesgo que influyen directamente en el surgimiento de estas, como pueden ser: condiciones y modo de vida, hábitos higiénicos incorrectos, alimentación incorrecta, desempleo, bajos ingresos económicos, tipo de vivienda, nivel de escolaridad, falta de cultura, inaccesibilidad a los servicios de salud, entre otros.

Es importante hacer notar que de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹, el estudio de las enfermedades sociales permite explicar los procesos de inequidad que provocan la imposibilidad de que se cumpla uno de los objetivos del milenio que es la salud para todos. "La salud es un componente del nivel de vida de la comunidad y por lo cual los factores que afectan el desarrollo socioeconómico repercuten directa y/o indirectamente en las condiciones de salud."



Cada vez hay más conciencia entre la población con respecto a su salud, y por ello el cuidado de la salud oral no es un asunto accesorio. Debe estar implícito en los cuidados generales ante cualquier enfermedad. Así, la salud bucal está íntimamente ligada a la salud general por lo cual este impacto se ve reflejada en la calidad de vida, formando parte de cada individuo para obtener una vida sana, refiriendo una diferente percepción en cada paciente del grado de conformidad de su aspecto a su estado de salud oral, considerando sus actividades en la vida cotidiana, experiencias presentes y pasadas, así como una imagen y actitud ante la enfermedad y su tratamiento además de cómo puede impactar en diversos ámbitos de su vida como en el aspecto físico, emocional, económico, cultural y/o social.

La OMS menciona que de las enfermedades en general, las patologías bucales son la cuarta causa más costosa de tratar siendo el Distrito Federal entre las entidades de mayor demanda de atención en los servicios de salud del país.

Este trabajo tiene como objetivo determinar las características económicas, culturales y sociales de los pacientes que acuden a la Facultad de Odontología, UNAM; y demostrar cómo los cambios de modo y estilo de vida influyen en el proceso salud-enfermedad.

2. Marco teórico

De acuerdo al Censo de Población y Vivienda realizado por el Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI) en 2010, México contaba con un total de 112 millones 336 mil 538 habitantes, de los cuales 54 855 231 eran hombres y 57 481 307 eran mujeres.² En cuanto a la distribución por grupos de edad correspondió al grupo de 0 a 14 años de edad el 28.2% de la población, de los cuales 16 395 974 correspondía al sexo masculino y 15 714 182 al sexo femenino; del grupo 15-64 años de edad correspondió al 65.2% de de los cuales 35 842 495 pertenecía a los hombres y 38 309 528 a las mujeres; el último grupo correspondió al grupo de 65 años y más con el 6.6% de la población, de los cuales 3 348 495 son hombres y 4 113 552 son mujeres.³

La mayor densidad de la población se encontraba distribuida en el Estado de México con 15 175 862 habitantes y en el Distrito Federal con 8 851 080 de habitantes.⁴ La población total del Distrito Federal representaba el 7.9% de la población nacional, donde el 52.2% eran mujeres y el 47.8% hombres.⁵

2.1 Características económicas, culturales y sociales de la población mexicana

Características económicas

De acuerdo al Programa de Protección al Consumidor 2013-2018, la población mexicana se divide en seis clases sociales.⁶ El programa señala que actualmente la población mexicana se estratifica en diversas clases sociales determinadas con base en sus funciones, costumbres, situación económica y de poder. Las clases son descritas en los seis perfiles siguientes que engloban a un determinado tipo de persona **de acuerdo con la ocupación o actividad que desempeña** dentro de la sociedad mexicana, sus **ingresos económicos, su nivel cultural** y finalmente sus **pautas de comportamiento**:

1.- Alta Alta: Compuesta por familias de ingresos altos que durante varias generaciones han sido prominentes y cuya fortuna es tan añeja que se ha olvidado

cuándo y cómo la obtuvieron. Se estima que sea aproximadamente 1% de la población nacional.

2.- Alta Baja: La integran familias con ingresos altos de pocas generaciones atrás. Sus ingresos económicos son cuantiosos y muy estables. Se estima que sea aproximadamente el 5% de la población nacional.

3.- Media Alta: Incluye a la mayoría de hombres y mujeres de negocios, profesionales que han triunfado y que por lo general constan de buenos y estables ingresos económicos. Se estima que sea aproximadamente 14% de la población nacional.

4.- Media Baja: Formada por oficinistas, técnicos, supervisores y artesanos calificados. Sus ingresos no son muy sustanciosos pero son estables, se estima que sea el 20% de la población nacional.

5.- Baja Alta: Se estima que es aproximadamente 25% de la población nacional y está conformada principalmente por obreros y campesinos (agricultores). Es la fuerza física de la sociedad, ya que realiza arduos trabajos a cambio de un ingreso ligeramente superior al sueldo mínimo.

6.- Baja Baja: Se estima que representa el 35% de la población y está constituida por trabajadores temporales e inmigrantes, comerciantes informales, desempleados y gente que vive de la asistencia social.

En una sociedad compleja donde la riqueza determina el estatus, las posesiones se convierten en un indicador de valor y riqueza, cada clase social tiene miembros que buscan alcanzar un estatus superior en virtud de sus posesiones.

De acuerdo a los registros la economía también se basa en clasificaciones de trabajo, uno de ellos es el **trabajo subordinado y dependiente**, el cual se define como: *aquel que se presta en virtud de un contrato de trabajo por un trabajador asalariado a un empleador, en su fábrica, empresa comercial o industrial y bajo la autoridad de este o su representante, durante la jornada legal de trabajo,*

realizando tareas que por contrato se ha comprometido a ejecutar y privado de su libertad que sólo lo recobra cuando concluye la jornada de trabajo. El vínculo de dependencia es sólo *funcional*, es decir, la ejecución de trabajo no puede ir más allá de lo pactado. No puede ordenarle afiliarse o no a un partido político o sindicato. El empleador da únicamente directivas para función del trabajo, en función de su labor y en tareas derivadas del contrato de trabajo.⁷

Trabajo asalariado: Es aquel que se presta en virtud de un contrato de trabajo a un empleador en su fábrica, empresa comercial o industrial y bajo la autoridad de este o su representante, durante la jornada legal de trabajo realiza tareas que por contrato se ha comprometido a ejecutar, por el cual recibirá como contraprestación un salario. El cual siempre se ejecuta bajo contrato verbal o escrito, es dependiente y subordinado al mando del empleador, el trabajo realizado sólo es en la jornada laboral u horas extras pagadas. El 54.3% del total de trabajadores asalariados tienen acceso a instituciones de salud como prestación por su trabajo; a su vez disponen de un contrato por escrito 18.2 millones y 15.1 millones no cuentan con el mismo.⁸

Trabajo independiente, autónomo y/o informal: Consiste al trabajo realizado por cuenta propia, no hay dependencia, cuenta con instrumentos de trabajo propios, su producto es directamente para el público sin horario de trabajo, no se encuentran protegidos por el derecho del trabajador.⁹ Abarca el 16.41% de los empleos, incluye la actividad agropecuaria (6.1 millones de trabajadores), el servicio doméstico remunerado de los hogares (2.2 millones de trabajadores), taxistas, vendimia informal, etc. La población desocupada se situó en 2.5 millones de personas.¹⁰

Asimismo el Consejo de Representantes de la Comisión Nacional de los Salarios Mínimos acordó que el salario mínimo se dividió en dos áreas geográficas para el 2015; en el área geográfica “A”, \$70.10 pesos diarios (Distrito Federal y algunas comunidades del Estado de México) y el área geográfica “B”, \$66.45 pesos diarios (resto del país).^{11,12,13}

Con lo establecido en el Artículo 90 de la Ley Federal del Trabajo, el salario mínimo es la cantidad menor que debe recibir en efectivo el trabajador por los servicios prestados en una jornada de trabajo.¹⁴

Características culturales

Educación

De acuerdo con la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) cuyas siglas en inglés (United Nations Educational Scientific and Cultural) la educación abarca todas las actividades deliberadas y sistemáticas diseñadas para satisfacer necesidades de aprendizaje que implica la comunicación, involucra la relación y transferencia de información entre dos o más personas que puede ser verbal o no, directa o indirecta; además es organizada en el sentido de que es planeada en un modelo con objetivos explícitos o implícitos, es sostenida, dado que la experiencia de aprendizaje conlleva cierta duración y continuidad, supone que el aprendizaje es un cambio en el conocimiento, la comprensión, habilidades o actitud de las personas.¹⁵

El artículo 3ro. De la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos dice: *“Todo individuo tiene derecho a recibir educación. En estado, federación, estados y municipios, se impartirá educación preescolar, primaria, secundaria y media superior. La educación preescolar, primaria y secundaria conforman la educación básica, esta y la media superior serán obligatorias. (Reformado mediante decreto publicado en el diario oficial de la federación el 9 de febrero de 2012).”*¹⁶

Las oportunidades para el acceso a la educación son fundamentales para abatir las desigualdades, en las mujeres se han visto reducidas sus oportunidades en este proceso, sin embargo se insertan cada vez más al sistema educativo. Las diferencias entre hombre y mujer se han reducido pero persisten algunas desventajas para ellas; en particular en la continuidad de los estudios en niveles medio y superior, con diferencias notables en distintos tamaños de localidad. El acceso a la enseñanza formal se mide a través de la matrícula, la cual se define



como el número de alumnos inscritos al sistema educativo nacional, este se conforma por la educación básica, media superior y superior. La matrícula en educación básica muestra una proporción equilibrada de hombres y mujeres.¹⁷

En el Distrito Federal el grado promedio de escolaridad de la población fue de 15 años lo que equivale a poco más del primer año de educación media superior.¹⁸ La matrícula del nivel básico o medio llegó a 1 millón 737 mil alumnos, de los cuales 328 mil eran estudiantes inscritos en 3 mil 950 planteles de educación preescolar, 938 mil eran estudiantes de nivel primaria matriculados en alguna de las 3 mil 363 escuelas que existen en el Distrito Federal, 471 mil cursaban la educación secundaria en 1,378 escuelas.¹⁹

La educación media superior (bachillerato) tenía 438 602 alumnos y 683 escuelas en el Distrito Federal y se conforma por dos niveles, profesional técnico con 46 891 alumnos en 78 planteles y bachillerato con 391 711 alumnos en 605 escuelas, ambos con el antecedente de la educación secundaria.

El bachillerato es de nivel educativo propedéutico y técnico, donde los alumnos reciben al concluir sus estudios un certificado como bachilleres que acredita su preparación para cursar estudios de tipo superior, su objetivo es ofrecer educación de carácter formativo e integral, que incluya la adquisición de conocimientos científicos, técnicos y humanísticos, con metodologías de investigación y de habilidades comunicativas. Se subdivide en bachillerato general y bachillerato tecnológico. La modalidad tecnológica incluye los fundamentos del bachillerato general y el dominio de una especialidad técnica que permite a los educandos incorporarse a la actividad productiva y si lo desean, continuar con estudios superiores.²⁰

La educación superior comprende a los niveles: de Técnico Superior (dos o tres años) 3.9% población estudiantil (1045 alumnos), en nivel Licenciatura (cuatro o cinco años) 88.9% población estudiantil (484.900 alumnos) se capacitan para el ejercicio de una profesión, mediante la expedición de un título y el posgrado, es

posterior a la licenciatura el cual se divide en especialidad, maestría y doctorado su objetivo es la formación de profesionistas con un alta especialización en las diferentes aéreas del conocimiento, con un 7.2% de la población estudiantil.²¹

Por tanto, el nivel educativo escolar antes definido de la población mexicana en el Distrito Federal revela los resultados siguientes: el 2.7% es analfabeta, el 42.8% tienen la educación básica terminada, el 0.9% cuentan con una carrera técnica o comercial con primaria terminadas, el 25.2% finalizaron la educación media superior, el 27.8% concluyó la educación superior y el 0.6% no está especificado. En el Distrito Federal 2 de cada 100 personas de 15 años y más, no saben leer ni escribir.²²

Características sociales

Las características sociales de la población se dividen por grupos etarios dependiendo de la actividad económica que desarrollen:

- 1.- Población Transitoriamente Pasiva (PTP)** está compuesta por los niños y niñas de entre 0 y 14 años que se supone no trabajan y se encuentran en proceso de formación bajo la tutela de sus padres o tutores.
- 2.- Población Activa (PA)** está integrada por hombres y mujeres de entre 15 y 64 años que están en condiciones de trabajar en cualquier actividad económica.
- 3.- Población Pasiva Definitiva (PPD)** son hombres y mujeres que superan los 64 años de edad y ya no deberían trabajar.²³

En los grupos sociales menos favorecidos económicamente se presentan dificultades de incorporación adecuada a los circuitos productivos y de consumo. La distribución de recursos y servicios, así como el acceso a los distintos sectores, ha constituido en una preocupación social.²⁴

En México durante 2010 el CONEVAL (Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social) informó, que existen 52.0 millones de personas en pobreza multidimensional (46.2% de la población total), los cuales se distribuían en moderada 40.3 millones (77.5%) y en extrema 11.7 millones (22.5%).²⁵ Ocho de cada diez personas hablantes de lengua indígena son pobres multidimensionales.²⁶

Derivado de las carencias sociales, el CONEVAL utiliza seis indicadores para analizar el grado de carencia social:²⁷

1.- Rezago educativo: Incluye a la población de 3 a 15 años que no tiene la secundaria terminada y no asiste a la escuela, a este grupo pertenece la población nacida hasta 1981 y que no tenga la primaria concluida y la población nacida después de 1982 y que no concluyó la secundaria.

2.- Acceso a los servicios de salud: Población no afiliada al Seguro Popular y que no está inscrita a alguna institución de salubridad.

3.- Acceso a la seguridad social: Personas ocupadas que no reciben prestaciones sociales como servicios médicos, incapacidad con goce de sueldo, sistema de ahorro para el retiro (SAR), Afore, entre otros.

4.- Calidad y espacios de la vivienda: Personas que viven en habitaciones con piso de tierra, techos de lámina de cartón o desechos, muros de material de desecho, asbesto, carrizo, palma, bambú, o materiales poco resistentes.

5.- Servicios básicos en la vivienda: Que no cuentan con agua entubada y no disponen de drenaje y electricidad.

6.- Acceso a la alimentación: Población en hogares con un grado de inseguridad alimentaria moderada o severa.

De acuerdo con la medición de la pobreza multidimensional, en 2010 un total de 32.3 millones de mexicanos eran carentes sociales, principalmente en acceso a la

seguridad social, servicios de salud, servicios básicos en la vivienda, en carencia por la falta de calidad y espacios de la vivienda, así como rezago educativo.²⁸

Para la clasificación de trabajo e ingresos se muestran dos apartados de las principales actividades económicas de los habitantes del Distrito Federal.

El primero:

1. Funcionarios, directores y jefes.
2. Profesionistas y técnicos.
3. Trabajadores auxiliares en actividades administrativas.
4. Comerciantes, empleados en ventas y agentes de ventas.
5. Trabajadores en servicios personales y vigilancia.
6. Trabajadores en actividades agrícolas, ganaderas, forestales, caza y pesca.
7. Trabajadores artesanales.
8. Operadores de maquinaria industrial, ensambladores, choferes y conductores de transporte.
9. Trabajadores en actividades elementales y de apoyo.²⁹

El segundo:

1. Agentes o ejecutivos de ventas.
2. Contadores.
3. Lic. En administración.
4. Licenciados
5. Médicos.
6. Profesores.
7. Obreros.
8. Comerciantes.
9. Pequeñas empresas.
10. Ejercito
11. Agricultura.³⁰

2.2 Perfil epidemiológico de la salud bucal en México.

Para poder conocer el perfil epidemiológico de la salud bucal en México es necesario considerar la importancia de la salud. La Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce que la salud ***“Es un derecho humano fundamental y que el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales, económicos y culturales además del de la salud”***.³¹ En 1946 define a la salud como: ***“Un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedad”***.³²

De acuerdo con la OMS, la Salud Bucal puede definirse como ***“La ausencia de dolor orofacial crónico, cáncer de boca o garganta, úlceras bucales, defectos congénitos como labio leporino o paladar hendido, enfermedades periodontales, caries dental y pérdida de dientes, así como otras enfermedades y trastornos que afectan a la cavidad bucal”***.³³

Importancia de la salud bucodental

Las enfermedades bucales son consideradas como uno de los principales problemas de salud pública debido a su alta prevalencia e incidencia en todas las regiones del mundo. Representan una carga para la población, afectando sobre todo a los más desfavorecidos y marginados socialmente.³⁴

La política de salud bucal en el periodo 2007-2012 reconoce que en México entre las principales enfermedades bucales se encuentran, la caries dental y la enfermedad periodontal, que según el Plan Nacional de Salud (PNS) afectan a 90% y 70% de la población respectivamente. Ambas tienen un alto impacto en la calidad de vida de las personas, el cual se pueden prevenir y controlar con medidas sencillas y económicas aunado al apoyo de los profesionistas en salud bucal.³⁵

La vigilancia epidemiológica de las patologías bucales adquiere importancia en la medida en que aporta elementos útiles para la planificación, programación, organización, integración, control y dirección del Programa de Salud Bucal, mismo que orienta atención a la población. De acuerdo con el Programa Nacional de Salud 2007-2012 y de la normatividad vigente en nuestro país, se presenta el Sistema para la Vigilancia Epidemiológica de las Patologías Bucales (SIVEPAB), que tiene por objeto obtener conocimiento confiable, oportuno, completo y con criterios uniformes, referente al estado de salud bucal de la población mexicana urbana y rural, para ser utilizado en la planeación, investigación y evaluación de los programas de prevención y control de las enfermedades bucales, para dar seguimiento a este grupo de enfermedades dentro de las consideradas no transmisibles. El sistema está basado en un modelo que plantea tres fases: la primera, permanente: obtendrá información de los pacientes que acuden a recibir atención odontológica, principalmente a los servicios de primer nivel de atención del Sector Salud; La segunda, la encuesta: estudiará a la población por medio de grupos poblacionales al utilizar un marco muestral, por último; la de investigaciones especiales: las cuales surgirán a partir de los problemas detectados en las fases anteriores.³⁶

Caries

La caries es un proceso multifactorial mediado por la presencia de una biopelícula que puede alojar bacterias cariogénicas, cuyo metabolismo produce ácidos, los cuales disminuyen el pH de la biopelícula y afecta el esmalte, causando la pérdida de mineral en la estructura dental, actualmente se reconoce que una cavidad es la última manifestación de una infección bacteriana. Una biopelícula cariogénica puede contener millones de bacterias, entre las cuales el *Streptococo mutans* es uno de los componentes críticos. Esta bacteria puede fermentar los hidratos de carbono para formar ácido láctico, los ciclos repetidos de la generación ácida pueden dar lugar a la disolución microscópica de minerales del esmalte del diente y a la formación de una mancha blanca o marrón opaca en la superficie del esmalte. El desarrollo de la caries depende de la frecuencia en el consumo de

carbohidratos, las características de los alimentos, el tiempo de exposición, eliminación de la placa y la susceptibilidad del huésped. Existen especies de *Lactobacilos*, *Actinomicetos* y otros *Streptococos* que generan ácidos dentro de la placa y pueden contribuir al proceso carioso.³⁷

La caries se presenta con una serie de signos y/o síntomas (cavitación y/o dolor), afectando diferentes órganos dentarios y superficies dentales, las cuales pueden tener distintos grados de severidad. Es decir, la caries debe ser vista como un proceso acumulativo donde los factores de riesgo determinan el inicio del proceso, su avance, su evolución y la posibilidad de reversión en la primera fase del proceso. Si la infección de la caries en el esmalte no es controlada, la disolución ácida puede avanzar para formar una cavidad que se extienda a través del esmalte dental hacia el tejido pulpar, el cual contiene una gran cantidad de vasos sanguíneos y terminaciones nerviosas. Si en esta etapa no es controlada la infección de la pulpa puede conducir al absceso, a la destrucción del hueso y a la extensión de la infección vía circulación sanguínea. La caries es un proceso dinámico donde se alternan periodos de desmineralización con periodos de remineralización, a través de la acción del fluoruro, calcio y fosfatos presentes en la saliva. Aún no está clara la razón por la cual algunos individuos son más susceptibles que otros. Sin embargo, estas diferencias se refieren a diferentes factores:

- Diferencias genéticas en la estructura, la bioquímica de las proteínas y de los cristales del esmalte.
- Las variaciones de las características y la cantidad de saliva.
- El mecanismo inmunológico de defensa.
- La influencia de aspectos socioeconómicos y culturales.³⁸

Enfermedad periodontal

La enfermedad periodontal es el segundo padecimiento bucal que afecta a la población debido a su alta prevalencia. En 1997 la OMS sugirió incluir información

sobre pérdida de inserción periodontal en las encuestas de salud bucal. La enfermedad periodontal severa es medida por la profundidad de sondaje y la pérdida de inserción. Los datos epidemiológicos disponibles en la OMS muestran que la prevalencia de la enfermedad periodontal y la severidad tienden a ser elevados en los grupos de mayor edad que en los grupos de edad más jóvenes.³⁹

La enfermedad periodontal es una infección causada por las bacterias presentes en la biopelícula que se forma en las superficies bucales, su división básica se refiere a la gingivitis cuando se encuentra afectada la encía y el periodonto, cuando los tejidos suaves y estructuras de soporte de los dientes están lesionados. Tanto la caries dental como la enfermedad periodontal se presentan con mayor frecuencia en los adolescentes y adultos, el porcentaje de individuos con periodontitis moderada o severa se incrementa con la edad. La gingivitis es la inflamación de la encía y se caracteriza por cambios en la coloración que en condiciones normales es comúnmente de un rosa pálido a un rojo brillante, se presenta edema y sangrado, además de alterarse la consistencia tisular. Estos cambios son el resultado de la acumulación de placa dental a lo largo del margen gingival y de la respuesta inflamatoria del sistema inmune a la presencia de productos bacterianos. Los cambios iniciales de la gingivitis son reversibles con una adecuada higiene bucal, de lo contrario éstos pueden llegar a ser más severos con la infiltración de células inflamatorias y el establecimiento de una infección crónica. Puede persistir por meses y hasta años la infección gingival, sin progresar a periodontitis. La biopelícula presente en las superficies de los dientes cercanos a las salidas de las glándulas salivales, a menudo se mineraliza y forma cálculo, esta combinación puede exacerbar la respuesta local inflamatoria.⁴⁰

Existen numerosos estudios para establecer cuáles son los organismos causantes de la gingivitis, siendo los más frecuentes los asociados a *Fusobacterium nucleatum*, *Veillonella parvula*, así como especies de *Campylobacter*, además de *Treponema*; sin embargo, ha sido complejo definir clara y consistentemente a un solo grupo asociado a la gingivitis. La inflamación gingival puede ser influida por

hormonas esteroideas, originando diferentes tipos de gingivitis como son: la juvenil, del embarazo y la asociada a la administración de medicamentos para el control de la natalidad. La presencia de éstas en los tejidos adyacentes a la biopelícula aparentemente estimula el crecimiento de ciertas bacterias y desencadena una exagerada respuesta a la acumulación de placa dental.⁴¹

Ciertos fármacos como los antiepilépticos y algunos inmunosupresores también pueden inducir el crecimiento excesivo gingival y la inflamación. La periodontitis representa eventos moleculares y tisulares avanzados con un daño en la estructura del periodonto prácticamente irreversible; en su avance involucra regiones anatómicas y crea deformaciones estructurales severas en la unidad dentogingival y en la unidad dentoalveolar que requieren de la intervención del especialista. La severidad de la enfermedad periodontal es determinada a través de una serie de signos que incluyen la extensión de la inflamación, hemorragia, profundidad de la bolsa, pérdida de inserción del ligamento y de tejido alveolar óseo adyacente, el cual se determina mediante evaluación clínica y Rayos X.⁴²

La mayoría de los investigadores concuerdan en que la periodontitis es el resultado de una infección mixta, en particular de bacterias *gram negativas* como *Porphyromonas gingivalis*, *Prevotella intermedia*, *Bacteroides forsythus*, *Treponema denticola* y *Actinobacillus actinomycetemcomitans*. Su papel en la iniciación y progreso de la enfermedad es determinado en parte por su “factor virulento” como la habilidad para colonizar la placa subgingival, la generación de productos que puedan directamente dañar a los tejidos, así como el producir una respuesta inmunológica inflamatoria. La susceptibilidad a desarrollar periodontitis se ha explorado en cuanto a: *Hábitos*, como el uso del tabaco donde el riesgo de pérdida de hueso alveolar para los fumadores es 7 veces más grande que para los que no fuman;⁴³ *Presencia de enfermedades sistémicas*: en donde se ha encontrado que los pacientes con diabetes tipo 1 y 2 son más susceptibles a las enfermedades periodontales.⁴⁴

De acuerdo con la OMS alrededor del 15% de los adultos en todo el mundo tienen enfermedad periodontal avanzada (profundidad de bolsa periodontal de 6 mm o más) y que la mayoría de los países tienen que establecer un sistema de vigilancia para medir el progreso en el control de la enfermedad periodontal, así como la promoción de la salud oral.⁴⁵

Fluorosis dental

Cuando el fluoruro se consume en pequeñas dosis y en forma continua contribuye a la reducción de la prevalencia y severidad de la caries dental,⁴⁶ la ingestión de fluoruro en exceso, más comúnmente en el agua potable, puede causar fluorosis dental.⁴⁷ Las personas que viven permanentemente en las zonas con fuentes de agua que tienen altas concentraciones de este elemento pueden ingerirlo en exceso, dando como resultado el surgimiento de lo que comúnmente se llama fluorosis dental endémica.⁴⁸

En la fase permanente del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, (SIVEPAB), la fluorosis dental se registra en el paciente que tengan 6 años o más de edad y que presente al menos dos dientes permanentes con opacidades blancas en la superficie dental que involucre más del 50% de su extensión o bien manchas cafés o amarillas desfigurantes y/o presencia de depresiones en el esmalte con apariencia corroída. En algunas regiones del país se ha encontrado niveles importantes de flúor en el agua de consumo humano, lo que se refleja en la elevada prevalencia de fluorosis en ciertos estados de la república, como: Aguascalientes, Zacatecas y Durango. De acuerdo con la información de la fase permanente del SIVEPAB, en los grupos más jóvenes (menores a 25 años de edad), se ha incrementado la proporción de individuos con fluorosis dental.^{49,50} En los cuales pueden estar presentes en el agua, en los alimentos, en algunos productos dentales y en el caso del Distrito Federal en la sal fluorurada.⁵¹

El mayor incremento de casos se registró en los adolescentes y adultos jóvenes (entre 1.1 y 2.7%). La presencia de fluorosis dental en estos grupos se debe a

diversos factores, la literatura indica que en las últimas dos décadas, se ha incrementado la prevalencia de las formas leves a moderadas de fluorosis en muchas comunidades desarrolladas, la explicación más probable para este aumento es el incremento de exposición a fluoruros en diversas formas y vehículos. La presencia de fluorosis dental en los individuos está en función de la ingestión total de todas las fuentes y la edad en la que ocurrió la exposición.⁵²

En virtud de lo anterior cabe señalar que si bien los jóvenes menores de 25 años han consumido sal fluorurada durante la formación de los dientes, no es la única fuente de fluoruro.⁵³ Se reconoce ampliamente que el fluoruro controla eficazmente la caries dental, acelerando la remineralización de las lesiones incipientes del esmalte o bien alterando la glucólisis (proceso por el cual las bacterias cariogénas metabolizan los hidratos de carbono para producir ácido). Sin embargo, ésta es una hipocalcificación del esmalte dental o de la dentina producida por una ingestión crónica de cantidades excesivas de fluoruro durante el periodo de desarrollo dentario, clínicamente varía en apariencia desde pequeñas líneas blancas en la superficie del esmalte (visibles únicamente en la revisión cercana) que no alteran la estructura dentaria, hasta manchas oscuras (pardas con estrías y/o punteado que lesionan la morfología dentaria). En la fluorosis la función ameloblástica se caracteriza por una interrupción del depósito de la matriz orgánica que trae como resultado la formación de prismas de esmalte irregulares. La presencia de fluorosis dental varía de acuerdo a los factores extrínsecos como son: zona geográfica, temperatura, clima, dieta, edad en que el individuo ha consumido el flúor, tiempo de consumo, concentración ingerida, frecuencia de ingestión y altitud de la localidad.⁵⁴

Cáncer bucal

Las lesiones de la mucosa bucal muestran datos epidemiológicos sobre la incidencia y la mortalidad del cáncer bucal, nuestro país se encuentra dentro de las tasas más bajas a nivel mundial.⁵⁵ El método comúnmente utilizado en el primer nivel de atención odontológicos de nuestro país es el examen visual, a

partir de este hecho, el SIVEPAB estableció como definición operativa para caso sospechoso de cáncer bucal: *A todo individuo que al examen clínico presenta en la mucosa bucal una úlcera, una lesión blanca (leucoplasia), roja (eritroplasia) o mixta que puede presentar nódulos, o bien un aumento de volumen (masas) que no se resuelvan por sí misma en tres semanas y que no se caracteriza como ninguna otra entidad de origen infeccioso inflamatorio o traumático de tres o más semanas de evolución.*⁵⁶ Deberá ser evaluada y considerar la obtención de una biopsia para realizar un diagnóstico definitivo.

El carcinoma de células escamosas es la lesión maligna oral más común, lo cual presenta a menudo un desafío de diagnóstico clínico para el odontólogo, particularmente en su etapa inicial de desarrollo. La mayoría de los cánceres se asocian a una historia de tabaquismo y alcoholismo. Por lo tanto, el cirujano dentista debe realizar una historia clínica completa. Otros signos y síntomas que deben tomarse en cuenta son:

- Abultamiento o engrosamiento del tejido blando de la boca.
- Dificultad para masticar o deglutir la comida.
- Dolor en el oído.
- Dificultad al mover la mandíbula o la lengua.
- Adormecimiento de la lengua u otra área de la boca.⁵⁷

Leucoplasia bucal

La más común de las lesiones premalignas es la leucoplasia bucal, que se define como *“una placa o mancha blanca presente en cualquier lugar de la mucosa bucal, que no puede ser caracterizada como ninguna otra entidad blanca en donde el tejido se encuentra morfológicamente alterado”*.⁵⁸ El diagnóstico de la leucoplasia es principalmente clínico, se realiza por exclusión de otras entidades blancas como la queratosis friccional, el liquen plano, así como la candidosis hiperplásica.⁵⁹ Clínicamente la leucoplasia se subdivide en los siguientes tipos

morfológicos: leucoplasia homogénea y no homogénea.⁶⁰ La primera se describe como una placa uniformemente blanca a menudo con superficie lisa o rugosa. La segunda consiste en placas blancas combinadas con eritema, erosiones y nódulos; comúnmente se denomina leucoplasia moteada o nodular. Cabe mencionar que este tipo de lesiones no son desprendibles y permanecen en la boca por más de dos semanas.

Eritroplasia bucal

La eritroplasia bucal es otra lesión potencialmente maligna menos frecuente que la leucoplasia.⁶¹ Es una mácula de color rojo aterciopelado que no puede ser diagnosticada como otra lesión roja específica y no puede ser atribuida a causas traumáticas, vasculares o inflamatorias. Es una lesión asintomática que ocurre en toda la mucosa bucal y se puede presentar en:

- El borde bermellón del labio inferior.
- En el vientre y bordes laterales de la lengua.
- El piso de la boca.
- Frecuentemente involucra el paladar blando.

Sus variantes clínicas son la forma homogénea y no homogénea. La primera es una mancha o placa roja aterciopelada bien delimitada con superficie lisa, en tanto la segunda puede presentar granulaciones blancas o nódulos queratósicos en su superficie, cambios similares a los que presenta la leucoplasia.⁶²

Es posible reducir simultáneamente la carga de enfermedades bucodentales y la de otras enfermedades crónicas si se abordan los factores de riesgo comunes como:

- La reducción en la ingesta de azúcares y una alimentación bien equilibrada previenen la caries dental y la pérdida prematura de dientes.

- Dejar de fumar y reducir el consumo de alcohol disminuye el riesgo de cánceres de la cavidad bucal, periodontopatías y pérdida de dientes.
- El consumo de frutas y verduras protege contra el cáncer de la cavidad bucal.
- El uso de equipos eficaces de protección en la práctica de deportes.
- La caries dental puede prevenirse manteniendo de forma constante una alta concentración de fluoruro en la cavidad bucal. Ello puede conseguirse mediante la fluoración del agua de bebida, sal, leche, colutorios, pasta dentífrica, o bien mediante la aplicación de fluoruros por profesionales.
- La exposición a largo plazo a niveles óptimos de fluoruros reduce el número de caries tanto en los niños como en los adultos.

Usando esas estrategias de prevención se pueden evitar tratamientos dentales muy onerosos.⁶³

2.3 Derecho a la salud

La salud es un derecho humano individual y colectivo es un bien de interés público, producto y proceso de la sociedad civil, dinámico e integral en la que intervienen las relaciones equitativas y sustentables con el entorno ecológico, social, cultural, productivo, científico y tecnológico, es una finalidad social del estado en condiciones de gobernabilidad y un componente de orden público necesario para la convivencia y paz social. ***El derecho a la salud no debe entenderse como el derecho a estar sano.***^{64,65}

2.4 Acceso a los servicios de salud

Toda persona tiene derecho a la protección de la salud; el gobierno federal y los gobiernos de los estados deberán coordinarse a fin de que la prestación de este importante servicio público sea eficaz. Por ello, en la Ley General de Salud, además de los aspectos relacionados con la estructura, organización y funcionamiento de las entidades públicas o privadas que tienen encargada la

prestación de dicho servicio, se establece que los usuarios de los servicios de salud tienen el derecho de obtener prestaciones oportunas, profesionales, idóneas y responsables. La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos deja a la ley secundaria la definición de la naturaleza y alcance del derecho a la protección de la salud, así como la facultad para establecer las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la delimitación de competencias en materia de salubridad general entre la federación y los estados.⁶⁶

El Artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece que la población mexicana tiene derecho a la protección de la salud.⁶⁷ En términos de la Ley General de Salud (LGS), este derecho constitucional se refiere al derecho de todos los mexicanos a ser incorporados al Sistema de Protección Social en Salud (artículo 77 bis1 de la LGS).⁶⁸

A partir de estos criterios, se considera que una persona se encuentra en situación de carencia por acceso a los servicios de salud cuando: *No cuenta con adscripción o derecho a recibir servicios médicos de alguna institución que los presta, incluyendo el Seguro Popular, las instituciones públicas de seguridad social.* En la prestación de servicios tienen que asegurarse de que exista el número indicado de personas con las habilidades necesarias, en el lugar correcto y en el momento oportuno para ofrecer los servicios conforme a las necesidades de salud, a un costo accesible.⁶⁹

En el Distrito Federal se tiene acceso a los servicios de salud dental con El Catálogo Universal de Servicios de Salud conocido por sus siglas como CAUSES; es un documento de referencia para la operación del Sistema de Protección Social en Salud, sus principales aspectos son:

- 1.- Servir de base para la estimación de tarifas de las intervenciones y acciones médicas que contempla.
- 2.- Determinar acciones de salud que privilegian la detección y prevención oportuna de enfermedades para su atención inmediata.

3.- Enunciar los estudios de laboratorio y gabinete que permitan la detección diagnóstica de patologías malignas, que son cubiertas con el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos.

4.- Definir los medicamentos que pueden ser utilizados para establecer los diferentes esquemas terapéuticos de acuerdo a la opinión del médico tratante.

Este grupo considera las intervenciones de salud indispensables para mantener una óptima salud bucal eficiente como son la prevención y eliminación de caries, la enfermedad periodontal, la eliminación de focos de infección y abscesos, así como extracción de piezas dentarias. Son servicios dirigidos a todas las edades y tienen como objetivo favorecer la formación de hábitos de higiene, la prevención de enfermedades dentales y una vez que existe la patología bucal su oportuna atención odontológica.⁷⁰

3. Antecedentes

3.1 Servicios públicos

Las instituciones de salud pública (**IMSS, ISSSTE, SSA, SEGURO POPULAR**) tienen el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES), que especifica la relación de acciones médicas que la familia recibirá sin tener que pagar ninguna cuota en el momento de recibir la atención médica, como pueden ser: prevención de caries y enfermedad periodontal (profilaxis, prevención y aplicación tópica de flúor). Los servicios otorgados como parte de las prestaciones de salud de los trabajadores son:

- Sellado de fosetas y fisuras dentales.
- Eliminación de caries y restauración de piezas dentales con amalgama, resina o ionómero de vidrio.
- Eliminación de focos de infección y abscesos (incluye drenaje y farmacoterapia).

- Extracción de dientes erupcionados y restos radiculares.
- Terapia pulpar.
- Extracción de terceros molares.⁷¹

3.2 Petróleos Mexicanos (PEMEX)

Brinda servicios odontológicos de protección en aplicaciones tópicas de flúor, sellado de fosetas y fisuras, curaciones, extracciones dentales y la cirugía que éstos reclamen, reposición de piezas, obturaciones y limpieza dental dos veces al año. Cirugía maxilofacial y el tratamiento del borde alveolar, el pericemento y la encía a juicio del médico del patrón. Atención de endodoncia en los caninos, incisivos, primero y segundo premolar, así como el primer molar. Reposición y en caso de piezas dentarias y prótesis dentales por cuenta del trabajador de confianza y de llevarse a cabo el servicio ajeno al patrón, se concederá un préstamo administrativo hasta el equivalente de 2 años 2 meses de salarios ordinarios, previa presentación y autorización del presupuesto correspondiente.

Tratándose de trabajadores de planta, jubilados y transitorios, el patrón absorberá el costo total de prótesis dentales prescritas por el médico del patrón, hasta por una cantidad que no podrá exceder de \$ 675.00 y sólo se otorgará cada 3 años.

Ortodoncia para hijos de trabajadores de confianza de planta menores de 14 años, se otorgará para el tratamiento correspondiente autorizado por el médico del patrón con la conformidad del Director de la Unidad Médica, hasta por la cantidad de \$600.00, previa comprobación que en el plazo de un año sea recibido el tratamiento. El trabajador para tener acceso a este servicio deberá acreditar 5 años de servicios, tener contrato vigente y haber laborado en la anualidad inmediata anterior 180 días como mínimo.⁷²

3.3 Secretaria de la Defensa Nacional (SEDENA)

Es una Clínica de Atención de Alta Especialidad que proporciona atención odontológica integral como parte de las prestaciones a los pacientes militares y

derechohabientes por la aplicación del concepto de Odontología Integral, encargada de prevenir y rehabilitar la salud bucal en todos los pacientes que demandan atención. Cuenta con servicio radiográfico, odontología preventiva, cirugía bucal, ortodoncia, odontopediatría, patología oral y maxilofacial, prostodoncia, periodoncia, endodoncia, operatoria dental y laboratorio dental.⁷³

4. Planteamiento del problema

A través de los años, las enfermedades crónicas son los principales problemas de salud pública en la mayor parte del mundo, transformado por los estilos de vida cambiantes, que incluyen las dietas ricas en carbohidratos, el uso generalizado de tabaco y aumento en el consumo de alcohol. Además de los determinantes socio-ambientales; las enfermedades orales están muy relacionadas con estos estilos de vida, consideradas como uno de los principales problemas de salud pública debidas a su alta prevalencia e incidencia en todas las regiones del mundo y como en todas las enfermedades, la mayor carga es en las poblaciones desfavorecidas y marginadas socialmente.

Los profesionales de la salud por lo general obtienen respuestas mediante la anamnesis, la exploración física y algunas veces por exámenes de laboratorio, sin embargo, esto no nos brinda respuesta a factores económicos, sociales y/o culturales ni una percepción respecto a su salud oral, sabemos que los indicadores clínicos miden la enfermedad y que los indicadores subjetivos evalúan la salud. Ya que el académico y estudiante son y están siendo entrenados para brindar un servicio de salud oral, reconocer y tratar enfermedades orales, los métodos se limitan a la medición de indicadores clínicos e índices bucodentales así como a la enfermedad, sin embargo no suministran información acerca de las características económicas, culturales y sociales de los pacientes y el efecto que puede o que causa sobre las actividades que realiza con regularidad.



Por tanto, la relación de estos factores son de gran ayuda para brindar un mejor tratamiento, evaluar y considerar la relación con la salud bucal desde diferentes aspectos sin olvidar que la enfermedad y la salud pueden afectar de diferentes maneras.

Por lo anteriormente expuesto, surge la siguiente pregunta de la investigación:

¿Cuáles son las características económicas, culturales y sociales de los pacientes que acuden a la Facultad de Odontología, UNAM?

5. Justificación

Es sabido de las graves repercusiones en términos de dolor, sufrimiento, deterioro de la función y el efecto en la calidad de vida que tiene la salud oral. El tratamiento de las enfermedades bucales es costoso y no es factible en las comunidades de ingresos bajos y medianos.

Por esta razón, es importante considerar a los pacientes en relación entre la salud oral y las características económicas, culturales y sociales que influyen en la calidad de vida, su evaluación podría considerarse como un método auxiliar de diagnóstico.

La realización de esta investigación tiene objetivos diversos que lo justifican, el identificar la relación entre la salud bucal y la calidad de vida de los pacientes, lo cual podrá ayudar al estudiante y académico a organizar mejor el plan de tratamiento.

Asimismo al conocer las características económicas, culturales y sociales de pacientes que demandan servicios en la Facultad de Odontología, UNAM, se podrían adaptar las condiciones tanto en costos como indicaciones para el mayor entendimiento de los pacientes. Al conocer las características y el entorno en que se desarrolla el grado del proceso de salud-enfermedad, mejorando la relación



odontólogo-paciente, permitirá brindar una calidad de vida hacia la persona relacionada a su salud oral y su tratamiento.

El profesor y alumno de la Facultad de Odontología de la UNAM, podrán conocer el entorno de las personas, para así conocer la salud oral y el nivel de pobreza como un factor económico, cultural y/o social que no se puede modificar permitiéndose asistir e interpretar el nivel de salud, y así determinar el entorno en cómo repercute en la salud general y que influye en el comportamiento de la población que vive ignorante de su salud oral.

6. Objetivos

6.1 Objetivo general

Determinar las características económicas, culturales y sociales de los pacientes que acuden a la Facultad de Odontología, UNAM.

6.2 Objetivos específicos

1. Comparar las características económicas, culturales y sociales de pacientes que acuden a la Facultad de Odontología, UNAM por grupos de edad y sexo.
2. Conocer los principales motivos de atención oral de los pacientes que acuden a la Facultad de Odontología UNAM.

7. Hipótesis

Por tratarse de un estudio exploratorio no se contempla ninguna hipótesis.

8. Materiales y métodos

8.1 Tipo de estudio

Transversal.

8.2 Población de estudio y tamaño de muestra:

Se realizará un muestreo por conveniencia que incluya a pacientes que hayan sido remitidos por la Clínica de Recepción, Evaluación y Diagnóstico (CRED), de la Facultad de Odontología, UNAM; quien indicó previamente la ruta clínica a seguir en las diferentes clínicas de atención en el Edificio Central.

8.3 Criterios de selección

8.3.1 Criterios de inclusión:

- Pacientes sin distinción de género y edad que demanden servicio a la Facultad de Odontología, UNAM.
- Pacientes adscritos a la Facultad de Odontología, UNAM
- Pacientes que deseen participar en dicho estudio

8.3.2 Criterios de exclusión:

- Pacientes con alguna discapacidad mental.
- Pacientes menores de edad que no vengán acompañados de sus padres o tutores.

8.4 Definición operacional y escala de medición de las variables

Variables sociodemográficas

Edad: Se registró el número de años cumplidos que reporte el paciente al momento del interrogatorio

Sexo: Características biológicas que definen al individuo como hombre o mujer. Se registró:



- a) Mujer b) Hombre

Ocupación: Se registró su actividad ocupacional al momento de la entrevista.

- a) Ama de casa b) Empleado c) Empleo informal
d) Desempleado e) Estudiante f) Jubilado g) Otro: _____

Ingreso Actual: Cualquier tipo de ingreso monetario recibido (pensiones, rentas, seguro, gasto y sueldo entre otros) durante un mes expresado en pesos mexicanos y conforme al salario mínimo: La información se obtuvo por interrogatorio directo registrándose como:

- a) No percibo ingresos
b) Menos de un salario mínimo al mes (\$2.102)
c) De uno a dos salarios mínimos al mes (\$2.103 a \$4.205)
d) De dos a tres salarios mínimos al mes (\$4.206 a \$6.308)
e) De tres a cuatro salarios mínimos al mes (6.309 a \$8.411)
e) Mayor a cuatro salarios mínimos al mes (\$8.412)

Nivel de escolaridad: El grado máximo de estudios que poseen los entrevistados al momento de ser interrogados. Se registró como:

- a) Analfabeta b) Primaria incompleta c) Primaria completa
d) Secundaria e) Preparatoria o bachillerato f) Estudios técnicos
g) Licenciatura h) Posgrado

Vivienda: Es el tipo de vivienda que habita actualmente el entrevistado, registrándose como:

- a) Rentada b) Propia c) Prestada d) Hipotecada



Lugar de residencia: Es el sitio donde actualmente vive, se registra como:

- a) Distrito Federal b) Estado de México c) Otro

Dependientes económicos: Si se tiene dependientes económicos y cuantos podrían ser. Se registró como:

- a) De 1 a 3 d) Más de 3 c) No

Quien solventa su tratamiento dental: Se refiere si el paciente paga sus tratamientos dentales en la Facultad de Odontología, UNAM; o alguien más los paga. Se registró como:

- a) Sí b) No c) Recibo ayuda económica

Variables económicas, culturales y sociales:

Servicio de salud: Es para saber si cuenta con algún tipo de servicio médico dental, como parte de algún seguro de prestaciones laborales. Se realiza la pregunta ¿Cuenta con algún servicio de salud?

- a) IMSS b) ISSSTE c) SSA o Seguro Popular d) PEMEX
e) SEDENA f) Ninguno g) Otro: _____

Hábitos de lectura: Es parte de hábitos culturales que pueda tener el paciente, lectura por gusto. Se registró como:

- a) Sí b) No c) Ocasionalmente

Eventos de cultura: Se marca si acostumbra asistir eventos culturales. Se registró como:

- a) Sí b) No c) Ocasionalmente



Tiempo de traslado: Se entiende al tiempo de traslado de su casa a la Facultad de Odontología, UNAM; Se registró como:

- a) Menos de 30 minutos
- b) De 30 minutos hasta 1 hora
- c) Hasta 1 hora 30 minutos
- d) Más de 1 hora 30 minutos

Asistencia a la Facultad de Odontología, UNAM: Se busca la razón del porque eligió la Facultad de Odontología, UNAM; para ser atendido. Se registró como:

- a) Cercanía
- b) Costo
- c) Atención
- d) Familiar (estudiante)
- e) Recomendación

Preferencia por la Facultad de Odontología, UNAM: Se refiere a que si NO pertenece al DF o Estado de México, por qué eligió buscar atención en la Facultad de Odontología, UNAM; Se registró como:

- a) Costos
- b) Recomendación
- c) Tratamiento en específico
- d) Otro, especifique cual: _____

Tratamiento previo: Se busca saber si ha sido atendido en la Facultad de Odontología, UNAM; anteriormente. Se registró como:

- a) Sí
- b) No

Servicios brindados en la Facultad de Odontología, UNAM: Como sabe de los servicios que se brindan en la Facultad de Odontología, UNAM; Se registró como:

- a) Amistades
- b) Publicación periódica
- c) Familiar
- d) Difusión UNAM
- e) Estudiante

Expectativas de tratamiento: Se cuenta a que si tiene alguna idea de lo que será su rehabilitación dental. Se registró como:



a) Arreglar un solo diente

b) Rehabilitación total

c) Eliminar dolor

d) Comer bien

e) Limpieza dental

Motivo de consulta: Se expone al padecimiento actual por el cual solicita atención oral.

Especifique cual: _____

8.5 Método de recolección de la información

Previa autorización del protocolo de investigación, se aplicaron los cuestionarios a pacientes que han sido atendidos en el Edificio Central de las diferentes clínicas y horarios de lunes a viernes en la Facultad de Odontología UNAM.

8.6 Análisis estadístico

La información que se obtuvo mediante los cuestionarios se vació en una base de datos para su análisis en el programa SPSS para Windows versión 22.

La información se describió de acuerdo a cada una de las variables involucradas con la finalidad de conocer si hay diferencias por grupos de edad y sexo se utilizaron las pruebas de X^2 y t-student al 95% de confianza.

8.7 Consideraciones éticas

Analizando esta investigación, de acuerdo a los principios de Helsinki⁷⁴, donde se encuentra estipulado en el Título Segundo, Capítulo I, artículo 17, inciso I, es considerada una investigación sin riesgo, ya que solo se harán observaciones y se aplicará un cuestionario, vertidos en el reglamento de la Ley General de Salud, se contará con el consentimiento informado de tipo verbal por parte de los sujetos a entrevistar.

8.8 Recursos

8.8.1 Recursos materiales

- Formatos de cuestionario.
- Lápices.
- 1 Computadora con un procesador Dual Core i5, donde pueden ejecutarse los programas que serán utilizados para la recolección y análisis de datos, así como acceso a internet.

8.8.2 Recursos humanos

1 Pasante de la Carrera de Cirujano Dentista.

Asesoría de tutor.

9. Resultados

La población total del presente estudio se conformó por 101 pacientes (n=101) de los cuales el 31.7% (n=32) fueron hombres y el 69.3% mujeres (n=69), con un intervalo de edad entre 9 a 87 años. La media de edad para la población total fue de $43.63 \pm$, para las mujeres de $43.47 \pm$ y para los hombres de 44.72 la desviación estándar 18.43.

En las variables sociodemográficas podemos observar en la tabla 1, que las mujeres que asisten a la Facultad de Odontología, UNAM; para atención dental, en su mayoría son amas de casa 26.7% y empleadas 21.8%. Los hombres mencionaron ser empleados en un mayor porcentaje 46.9%. ($X^2=15.86$, $p=.007$)

En cuanto a los ingresos económicos, se observó que el 49.3% de las mujeres no percibían ingresos, mientras que entre los hombres solo el 34.4% presentaba esta condición. Los hombres reportaron tener ingresos mensuales de entre uno y tres salarios mínimos al mes. ($X^2=4.97$, $p=.419$)

La escolaridad registrada para la mayoría de las mujeres fue de secundaria en un 33.3% mientras que para los hombres la escolaridad fue de licenciatura en un 34.4%, sin embargo un porcentaje mínimo de mujeres cuenta con algún posgrado, con el 5.8%. ($X^2=14.28$, $p=.046$)

En relación a la vivienda se notó que un poco más de la mitad de los sujetos contaban con un lugar propio para vivir, esto en ambos sexos, mujeres 50.7% y hombres 62.5%, un grupo más pequeño de mujeres habitaban en un sitio

prestado, siendo el 18.8%, mientras que el 21.9% de los hombres reportaron tener un arrendamiento. ($X^2=3.90$, $p=.272$)

El lugar de residencia de los asistentes a la Facultad de Odontología, UNAM; en su mayoría pertenecían al Distrito Federal y representando a las mujeres en un 79.7% y a los hombres en 65.6%, el segundo sitio fue para el Estado de México siendo las mujeres 15.9% y para los hombres el 31.1%, y un porcentaje mínimo de personas pertenecían a alguna entidad distinta. ($X^2=3.12$, $p=.210$)

Tabla 1. Frecuencia y distribución de las variables sociodemográficas por sexo.

	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino			
	N	%	N	%	N	%
Ocupación						
Ama de casa	27	26.7	1	1	28	27.7
Empleado	22	21.8	15	14.9	37	36.6
Empleo informal	7	6.9	3	3	10	9.9
Desempleado	3	3	3	3	6	5.9
Estudiante	7	6.9	6	5.9	13	12.9
Otro	3	3.0	4	4	7	6.9
Total	69	68.3	32	31.7	101	100
$X^2=15.86$, $p=.007$						
Ingreso Mensual						
No percibo ingresos	34	49.3	11	34.4	45	44.6
Menos de 1 salario mínimo al mes (\$2.102)	10	14.5	3	9.4	13	12.9
De 1 a 2 salarios mínimos al mes (2.103 a \$4.205)	10	14.5	5	15.6	15	14.9
De 2 a 3 salarios mínimos al mes (\$4.206 a \$6.308)	7	10.1	7	21.9	14	13.9
De 3 a 4 salarios mínimos al mes (\$6.309 a \$8.411)	4	5.8	2	6.3	6	1.9

Mayor a 4 salarios mínimos al mes (\$8.412)	4	5.8	4	12.5	8	7.9
Total	69	68.3	32	31.7	101	100
X ² =4.97, p=.419						
Escolaridad						
Primaria incompleta	10	14.5	4	12.5	14	13.9
Primaria completa	6	8.7	2	6.3	8	7.9
Secundaria	23	33.3	5	15.6	28	27.7
Preparatoria o bachillerato	14	20.3	6	18.8	20	19.8
Estudios técnicos	5	7.2	4	12.5	9	8.9
Licenciatura	6	8.7	11	34.4	17	16.8
Posgrado	4	5.8	0	0	4	4
Otro	1	1.4	0	0	1	1
Total	69	68.3	32	31.7	101	100
X ² =14.28, p=.046						
Vivienda						
Rentada	20	29	7	21.9	27	26.7
Propia	35	50.7	20	62.5	55	54.5
Prestada	13	18.8	3	9.4	16	15.8
Hipotecada	1	1.4	2	6.3	3	3
Total	69	68.3	32	31.7	101	100
X ² =3.90, p=.272						
Lugar de Residencia						
Distrito Federal	55	79.7	21	65.6	76	75.2
Estado de México	11	15.9	10	31.3	21	20.8
Otro	3	4.3	1	3.1	4	4
Total	69	68.3	32	31.7	101	100
X ² =3.12, p=.210						

Fuente: Directa

En cuanto a las variables económicas se puede observar en la tabla 2 que el 53.6% de las mujeres no tenían dependientes económicos mientras que los hombres tenían de uno a tres dependientes económicos en su mayoría 43.8%. (X²=.201, p=.904)

Para el financiamiento del tratamiento dental las mujeres fueron quienes solventaron su tratamiento en un 69.6%; mientras que los hombres lo hicieron en un 65.6%, mientras los porcentajes de quienes no pagan su tratamiento y de quienes si reciben ayuda económica varia poco entre sí, de 10.8% a 17.4% de los entrevistados. ($X^2=.570$, $p=.752$)

Para los servicios de salud el 37.7% de las mujeres reportó ser derechohabiente del IMSS, siendo un porcentaje menor del 24.6% que contaba con SSA o Seguro Popular. Por otra parte el 28.1% de los hombres esta registrado en el IMSS o bien no contaban con seguro alguno respectivamente. ($X^2=3.78$, $p=.436$)

Tabla 2. Frecuencia y distribución de las variables económicas por sexo.

	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino			
	N	%	N	%	N	%
Dependientes Económicos						
De 1 a 3	27	39.1	14	43.8	41	40.6
Más de 3	5	7.2	2	6.3	7	6.9
No	37	53.6	16	15.8	53	52.5
Total	69	68.3	32	31.7	101	100
$X^2=.201$, $p=.904$						
Financiamiento						
Si	48	69.6	21	65.6	69	68.3
No	12	17.4	5	15.6	17	16.8
Recibo ayuda	9	13	6	18.8	15	14.9
Total	69	68.3	32	31.7	101	100
$X^2=.570$, $p=.752$						
Servicio de Salud						
IMSS	26	37.7	9	28.1	35	34.7
ISSSTE	8	11.6	7	21.9	15	14.9
SSA o Seguro Popular	17	24.6	5	15.6	23	21.8
SEDENA	0	0	0	0	0	0
Otro	2	2.9	2	6.3	4	4

Ninguno	15	23.2	9	28.1	24	24.8
Total	69	68.3	32	31.7	101	100
X ² =3.78, p=.436						

Fuente: Directa

Para el registro de las variables culturales se puede apreciar en la tabla 3 que la mayoría de las personas acostumbra leer, siendo más frecuente las mujeres en un 62.3%, mientras que los hombres acostumbra leer un poco menos con un porcentaje del 53.1%. (X²=2.37, p=.306)

Con respecto a la asistencia a algún evento cultural, las mujeres reportaron no asistir o asistir ocasionalmente en un 34.8% respectivamente. Siendo los hombres quienes lo hacían de manera ocasional con el 40.6%. (X²=.971, p=.615)

Tabla 3. Frecuencia y distribución de las variables culturales por sexo.

	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino		n	%
	n	%	N	%		
Acostumbra Leer						
Si	43	62.3	17	53.1	60	54.9
No	10	14.5	3	9.4	13	12.9
Ocasionalmente	16	23.2	12	37.5	28	27.7
Total	68.3	68.3	32	31.7	101	100
X ² =2.37, p=.306						
Evento culturales (danza, museos, exposiciones)						
Si	21	30.4	11	34.4	32	31.7
No	24	34.8	8	25	32	31.7
Ocasionalmente	24	34.8	13	40.6	37	36.6
Total	69	68.3	32	31.7	101	100
X ² =.971, p=.615						

Fuente: Directa

En la tabla 4, con relación al tiempo de traslado se observa que el tiempo que se emplea de la casa del paciente a la Facultad de Odontología, UNAM; para ser

atendido, fue entre las mujeres de más de 30 minutos a 1 hora con el 40.6%, mientras que los hombres registró un tiempo 30 minutos hasta 1 hora y media con el 34.4% ($X^2=3.10$, $p=.376$).

Asimismo el principal motivo por el que los entrevistados decidieron ser atendidos en la Facultad de Odontología, UNAM; para ambos sexos fue el costo a los tratamientos: respectivamente las mujeres en 53.6% y los hombres 46.9% seguido por la recomendación y la presencia de algún familiar (estudiante) en alguna de las Facultades de la UNAM. ($X^2=8.40$, $p=.135$)

Al preguntar si habían sido atendidos con anterioridad en la Facultad de Odontología, UNAM; más de la mitad en ambos sexos refirieron no haber sido atendidos con anterioridad, mujeres en un 55.1% y hombres en un 59.4%. ($X^2=5.77$, $p=.749$)

En cuanto a la razón por la que los pacientes se enteraron de los servicios brindados por la Facultad de Odontología, UNAM; el 37.7% de las mujeres y el 34.4% de los hombres mencionó que por amistad y/o familiares, y sólo un porcentaje menor, de entre 1.4% a 6.3% por difusión UNAM o alguna publicación periódica. ($X^2=6.23$, $p=.284$)

Dentro de las expectativas que los pacientes tienen de los tratamientos dentales tanto mujeres como hombres indicaron querer una rehabilitación total con el 71% y 62.5% respectivamente. Cabe mencionar que un porcentaje menor sólo busca eliminar el dolor, 2.9% a 6.3% y del 3.1% a 10.1% una revisión preventiva entre ambos sexos. ($X^2=4.00$, $p=.405$)

Entre los principales motivos de consulta se encontraron la prevención, urgencia por dolor, rehabilitación y ortodoncia. La prevención ocupó el primer lugar entre las mujeres con un 77.8%, mientras que para los hombres la atención principal fue de una urgencia por dolor representando un 45.5%. ($X^2=1.37$, $p=.716$)

Tabla 4. Frecuencia y distribución de las condiciones de asistencia a la Facultad de Odontología, UNAM; en variables de sexo.

	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino			
	N	%	N	%	n	%
Tiempo de Traslado						
Menos de 30 minutos	4	5.8	2	6.3	6	5.9
De 30 minutos hasta 1 hora	28	40.6	11	34.4	39	38.6
Hasta 1 hora 30 minutos	13	18.8	11	34.4	24	23.8
Más de 1 hora 30 minutos	24	34.8	8	25	32	31.7
Total	69	68.3	32	31.7	101	100
X ² =3.10, p=.376						
¿Porque eligió la Facultad de Odontología, UNAM?						
Cercanía	0	0	3	9.4	3	3
Costo	37	53.6	15	46.9	52	51.5
Atención	3	4.3	0	0	3	3
Familiar (estudiante)	12	17.4	6	18.8	18	17.8
Recomendación	16	23.2	7	21.9	23	22.8
Otro	1	1.4	1	3.1	2	2
Total	69	68.3	32	31.7	101	100
X ² =8.40, p=.135						
Atendido anteriormente						
Si	31	34.5	13	40.6	44	43.6
No	38	55.1	19	59.4	57	56.4
Total	69	68.3	32	31.7	101	100
X ² =5.77, p=.749						
Como se enteró de los servicios						
Amistades	26	37.7	11	34.4	37	36.6
Publicación periódica	1	1.4	2	6.3	3	3
Familiar	24	34.8	7	21.9	31	30.7
Difusión UNAM	1	1.4	2	6.3	3	3

Estudiante	12	17.4	5	15.6	17	16.8
Otro	5	7.2	5	15.6	10	9.9
Total	69	68.3	32	31.7	101	100
X ² =6.23, p=.284						
Expectativas						
Arreglar un solo diente	7	10.1	5	15.6	12	11.9
Rehabilitación total	49	71	20	62.5	69	68.3
Eliminar dolor	2	2.9	2	6.3	4	4
Comer bien	4	5.8	4	12.5	8	7.9
Limpieza dental	7	10.1	1	3.1	8	7.9
Total	69	68.3	32	31.7	101	100
X ² =4.00, p=.405						
Motivo de Consulta						
Prevención	7	77.8	3	22.2	10	9
Rehabilitación	50	68.5	23	31.5	73	73
Urgencia	6	71.4	5	45.5	11	11
Ortodoncia	5	68	2	28.6	7	7
Total	68	68.3	32	31.7	101	100
X ² =1.37, p=.716						

Fuente: Directa

En cuanto a la frecuencia y distribución sociodemográfica por grupos de edad, se puede observar en la tabla 5, que el porcentaje mayor de asistencia fue para los estudiantes 73.3% con un rango de edad de entre 9 y 20 años, seguido por empleados, con un 52.4% en el rango de 21 a 40 años. (X²=62.20, p=.000)

La percepción de ingresos fue muy baja o nula en todos los rangos de edad, entre 3.33% a 44.4% en ambos sexos; como es de esperarse los grupos etáreos no productivos no reciben ingresos y los grupos con alguna actividad remunerada mencionaron tener ingresos de entre 1 a 4 salarios mínimos. (X²=23.72, p=.070)

La escolaridad para el primer grupo de edad, 9 a 20 años registró una mayoría con estudios de preparatoria o bachillerato, con un 26.4% y un valor igual para el

grado de primaria, secundaria y licenciatura 20%, el segundo grupo de edad entre los 21 a 40 años refirió mayoría de estudios en licenciatura 28.6% seguido por preparatoria o bachillerato con el 23.8% respectivamente; Lo que cambió considerablemente en los continuos grupos de edad, fue la primaria incompleta con porcentajes bajos de 1% a un 27.8%. ($X^2=17.54$, $p=.678$)

Como ya se mencionó anteriormente, en el análisis por sexo del lugar donde viven, (casa, departamento etc.), la mayoría mencionó vivir en un sitio propio. ($X^2=6.29$, $p=.710$)

Asimismo el lugar de residencia fue mayormente para el Distrito Federal entre todos los grupos de edad con un 60% hasta 83.3%, y fue menor para el Estado de México con el 13% a 40% y un mínimo para algún otro sitio 0 a 8.7%. ($X^2=9.72$, $p=.137$)

Tabla 5. Frecuencia y distribución de las variables sociodemográficas por grupos de edad.

	Edad								Total	
	9 - 20 años		21 - 40 años		41 - 60 años		61 - 90 años		N	%
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Ocupación										
Ama de casa	3	13.3	5	23.8	15	32.6	5	27.8	28	28
Empleado	1	6.7	11	52.4	18	39.1	7	38.9	37	37
Empleo informal	0	0	0	0	8	17.4	2	11.1	10	10
Desempleado	1	6.7	1	4.8	2	4.3	2	11.1	6	6
Estudiante	11	73.3	2	9.5	0	0	0	0	13	13
Otro	0	0	2	9.5	3	6.5	2	11.1	7	7
Total	16	100	21	100	46	100	18	100	101	100
$X^2=62.20$, $p=.000$										
Ingreso mensual										
No percibo ingresos	15	93.3	7	33.3	15	32.6	8	44.4	45	45

Menor a 1 salario mínimo al mes (\$2.102)	0	0	4	19	7	15.2	2	11.1	13	13
De 1 a 2 salarios mínimos al mes (2.103 a \$4.205)	0	0	3	14.3	8	17.4	4	22.2	15	15
De 2 a 3 salarios mínimos al mes (\$4.206 a \$6.308)	1	6.7	2	9.5	10	21.7	1	5.6	14	14
De 3 a 4 salarios mínimos al mes (\$6.309 a \$8.411)	0	0	2	9.5	3	6.5	1	5.6	6	6
Mayor a 4 salarios mínimos al (\$8.412)	0	0	3	14.3	3	6.5	2	11.1	8	8
Total	16	100	21	100	46	100	18	100	101	100
X ² =23.72, p=.070										
Escolaridad										
Primaria incompleta	3	20	1	4.8	5	10.9	5	27.8	14	14
Primaria completa	0	0	1	4.8	5	10.9	2	11.1	8	8
Secundaria	3	20	4	19	17	37	4	22.2	28	28
Preparatoria o bachillerato	5	26.7	5	23.8	7	15.2	3	16.7	20	20
Estudios técnicos	2	13.3	2	9.5	3	6.5	2	11.1	9	9
Licenciatura	3	20	6	28.6	6	13	2	11.1	17	17
Posgrado	0	0	2	9.5	2	4.3	0	0	4	4
Otro	0	0	0	0	1	2.2	0	0	1	1
Total	15	100	21	100	46	100	18	100	101	100
X ² =17.54, p=.678										
Vivienda										
Rentada	4	20	7	33.3	13	28.3	3	16.7	27	27
Propia	10	66.7	11	52.4	22	47.8	12	66.7	55	55
Prestada	2	13.3	3	14.3	8	17.4	3	16.7	16	16
Hipotecada	0	0	0	0	3	6.5	0	0	3	3

Total	16	100	21	100	46	100	18	100	101	100
X ² =6.29, p=.710										
Lugar de Residencia										
Distrito federal	9	60	16	76.2	36	78.3	15	83.3	76	76
Estado de México	7	40	5	23.8	6	13	3	16.7	21	21
Otro	0	0	0	0	4	8.7	0	0	4	4
Total	16	100	21	100	46	100	18	100	101	100
X ² =9.72, p=.137										

Fuente: Directa

En la tabla 6, como era de esperarse también, los grupos de menor edad de 8 a 20 años representaron a un 93.3%, mientras que el grupo de 21 a 40 años fue de 52.4% y el grupo de 41 a 60 estuvo con un 55.6%, asimismo mencionaron no tener dependientes económicos, sin embargo el grupo de 41 a 60 años el 56.5% indicó tener de 1 hasta 3 personas a su cargo. (X²=16.15, p=.013)

En cuanto al financiamiento de los tratamientos también va a depender de la actividad remunerada, así que es lógico saber que el grupo más joven de edad recibió ayuda económica en un 66.7%, mientras que el resto de los grupos de edad contaban con ingresos económicos en un 84.8%. (X²=45.88, p=.000)

Todos los grupos de edad en su mayoría contaban con algún tipo de seguro de salud mencionaron pertenecer al IMSS con porcentajes de hasta 53.3%, seguido por SSA o el Seguro Popular con asegurados de hasta el 28.6% de los encuestados representados por el grupo de 21 a 40 años. Sin embargo ningún entrevistado era afiliado al SEDENA, y pocos pacientes pertenecían a algún tipo de seguro pagado que no describen del 4.3% al 6.7%, y otro porcentaje de pacientes refirió no pertenecer a ningún sistema de salud público o privado, de entre el 13% hasta el 28.3%. (X²=9.67, p=.644)

Tabla 6. Frecuencia y distribución de las variables económicas por grupos de edad.

	Edad								Total	
	9 - 20 años		21 - 40 años		41 - 60 años		61 - 90 años			
	N	%	N	%	N	%	n	%		
Dependientes económicos										
De 1 a 3	0	0	8	38.1	26	56.5	7	38.9	41	41
Más de 3	1	6.7	2	9.5	3	6.5	1	5.6	7	7
No	15	93.3	11	52.4	17	37	10	55.6	53	53
Total	16	100	21	100	46	100	18	100	101	100
X ² =16.15, p=.013										
Financiamiento										
Si	3	20	17	81	39	84.8	10	55.6	69	69
No	11	66.7	3	14.3	2	4.3	1	5.6	17	17
Recibo ayuda	2	13.3	1	4.8	5	10.9	7	7	15	15
Total	16	100	21	100	46	100	18	100	101	100
X ² =45.88, p=.000										
Servicio de Salud										
IMSS	8	53.3	8	38.1	12	26.1	7	38.9	35	35
ISSSTE	3	20	1	4.8	7	15.2	4	22.2	15	15
SSA o seguro popular	1	6.7	6	28.6	12	26.1	3	16.7	22	22
SEDENA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Otro	1	6.7	1	4.8	2	4.3	0	0	4	4
Ninguno	3	13.3	5	23.8	13	28.3	4	22.2	25	25
Total	16	100	21	100	46	100	18	100	101	100
X ² =9.67, p=.644										

Fuente: Directa

En el registro de las variables culturales de la tabla 7, para todos los grupos de edad mostraron el hábito de lectura con porcentajes elevados desde 54.3% hasta 66.7%, con un mínimo por quienes no acostumbran leer con un 17.4%. (X²=3.33, p=.765)

En razón a la asistencia de eventos culturales, se registraron los valores más elevados en los grupos de edad más jóvenes de 9 a 20 años y de 21 a 40 años con el 46.7% y 47.6% respectivamente así como los del grupo de edad 60 a 90 años con el 44.4%. ($X^2=10.48$, $p=.106$)

Tabla 7. Frecuencia y distribución de las variables culturales por grupos de edad.

	Edad								Total	
	9 - 20 años		21 - 40 años		41 - 60 años		61 - 90 años			
	N	%	N	%	N	%	n	%		
Acostumbra Leer										
Si	10	66.7	13	61.9	25	54.3	12	66.7	60	60
No	2	6.7	1	4.8	8	17.4	2	11.1	13	13
Ocasionalmente	4	26.7	7	33.3	13	28.3	4	22.2	29	29
Total	16	100	21	100	46	100	18	100	101	100
$X^2=3.33$, $p=.765$										
Eventos Culturales										
Si	7	46.7	6	28.6	11	23.9	8	44.4	32	32
No	1	6.7	5	23.8	18	39.1	7	38.9	31	31
Ocasionalmente	8	46.7	10	47.6	17	37	3	16.7	38	38
Total	16	100	21	100	46	100	18	100	101	100
$X^2=10.48$, $p=.106$										

Fuente: Directa

En la tabla 8, para el tiempo de traslado no se observaron diferencias por grupos de edad, la mayoría mencionó hasta 1 hora u hora y media en su tiempo de traslado. ($X^2=10.16$, $p=.337$)

Como se explicó en el análisis por sexo, en cuanto al motivo para elegir a la Facultad de Odontología, UNAM; para ser atendido, todos los grupos de edad fue el costo lo que los hizo acudir, encontrándose en un 40% hasta 56.5%, de acuerdo

a la recomendación fue de algún familiar 11.1% hasta un 28.6% sin observar diferencias significativas entre los grupos. ($X^2=14.15$, $p=.514$)

El rubro de la atención brindada con anterioridad fue casi igual para todos los grupos, excepto para el grupo de edad más joven donde casi el 86.7% reportó no haber tenido atención dental con anterioridad, en la Facultad de Odontología, UNAM. ($X^2=7.30$, $p=.063$)

En cuanto al medio por el que se enteró de los servicios brindados por la Facultad de Odontología, UNAM; para todos los grupos de edad indicaron que fue por alguna amistad o familiares el conocimiento en la institución, con porcentajes de 27.8% hasta 53,3% por amistades y entre familiares de entre 22.2% a 38.1% respectivamente. ($X^2=20.83$, $p=.142$)

Por otra parte lo concerniente al motivo de consulta el mayor porcentaje recayó en motivo de rehabilitación con valores desde 40% hasta 84.8% presentándose en el grupo de 41 a 60 años el mayor porcentaje. ($X^2=22.47$, $p=.007$)

Tabla 8.Frecuencia y distribución de las condiciones de asistencia a la Facultad de Odontología, UNAM; por grupos de edad.

	Edad								Total	
	9 - 20 años		21 – 40 años		41 – 60 años		61 – 90 años			
	N	%	N	%	n	%	n	%		
Tiempo de Traslado										
Menos de 30 minutos	0	0	1	4.8	5	10.9	0	0	6	6
De 30 minutos hasta 1 hora	7	46.7	5	23.8	21	45.7	6	33.3	39	39
Hasta 1 hora 30 minutos	3	20	8	38.1	7	15.2	6	33.3	24	24
Más de 1 hora 30 minutos	6	33.3	7	33.3	13	28.3	6	33.3	32	32

Total	16	100	21	100	46	100	18	100	101	100
X ² =10.16, p=.337										
¿Porque eligió la Facultad de Odontología, UNAM?										
Cercanía	2	13.3	0	0	1	2.2	0	0	3	3
Costo	7	40	9	42.9	26	56.5	10	55.6	52	52
Atención	0	0	1	4.8	1	2.2	1	5.6	3	3
Familiar (estudiante)	3	20	5	23.8	8	17.4	2	11.1	18	18
Recomendación	3	20	6	28.6	10	21.7	4	22.2	23	23
Otro	1	6.7	0	0	0	0	1	5.6	2	2
Total	16	100	21	100	46	100	18	100	101	100
X ² =14.15, p=.514										
Atendido con anterioridad										
Si	3	13.3	11	52.4	20	43.5	10	55.6	44	44
No	13	86.7	10	47.6	26	56.5	8	44.4	57	52
Total	16	100	21	100	46	100	18	100	101	100
X ² =7.30, p=.063										
Total										
Como se enteró de los servicios										
Amistades	8	53.3	8	38.1	15	32.6	5	27.8	36	36
Publicación periódica	0	0	1	4.8	0	0	2	11.1	3	3
Familiar	4	26.7	8	38.1	15	32.6	4	22.2	31	31
Difusión UNAM	1	6.7	0	0	2	24.3	0	0	3	3
Estudiante	3	13.3	4	19	9	19.6	2	11.1	18	18
Otro	0	0	0	0	5	5	5	5	10	10
Total	16	100	21	100	46	100	18	100	101	100
X ² =20.83, p=.142										
Motivo de Consulta										
Prevención	2	13.3	1	4.8	5	10.9	1	5.6	9	9
Rehabilitación	6	40	14	66.7	39	84.8	14	77.8	73	73
Urgencia	3	20	3	14.3	2	4.3	3	16.7	11	11
Ortodoncia	4	26.7	3	14.3	0	0	0	0	8	8
Total	15	100	21	100	46	100	18	100	101	100
X ² =22.47, p=.007										

Fuente: Directa

10. Discusión

El presente estudio se realizó sobre una muestra de pacientes que acudieron a la Facultad de Odontología, UNAM; durante el curso de verano 2015. Si bien los cursos de verano son cursos abiertos expresamente para aquellos alumnos que reprobaron alguna materia clínica, los pacientes que acuden a estas clínicas no tienen características diferentes a los pacientes que acuden durante los cursos normales.

La atención odontológica tradicional representa una importante carga económica para muchos países en desarrollo donde el gasto sanitario público guarda relación con la salud bucodental afectando el presupuesto individual y familiar a través de los gastos de salud en atención odontológica. Como consecuencia, se observa desatención y ausencia en la prevención oral, generando grandes padecimientos que afectan su vida social, económica y cultural.

Se sabe que lo ideal en materia de salud bucal sería recibir atención dental de calidad y de manera periódica, a un costo accesible. Tristemente esto no siempre es así, el estado de salud bucal no es el óptimo entre la población mexicana al igual que en muchos otros países en vías de desarrollo, donde la mayoría de las personas presentan algún tipo de padecimiento oral, ya sea caries, ausencia dental, periodontitis, entre otras enfermedades orales.⁷⁶

La Organización Mundial de Salud (OMS) menciona que las enfermedades orales son la cuarta causa más costosa de tratar.¹ La Ciudad de México se encuentra entre las entidades de mayor demanda de atención en los servicios de salud del país¹, así en la Facultad de Odontología, UNAM; en los últimos cuatro años, se han presentado más de 12,000 pacientes solicitando algún tipo de servicio odontológico.⁷⁷

Aunque una buena parte de la población cuenta con seguro médico como prestación por su trabajo o bien por parte de la Secretaría de Salud Pública y/o

Seguro Popular⁸³ el uso de los servicios dentales no son requeridos en estas instituciones, ya sea por decidía, temor, desconocimiento, falta de tratamientos especializados o porque no existe la cultura de prevención.

Se sabe que la atención odontológica es costosa y que no toda la población tiene acceso a estos servicios. Asimismo, se sabe que en los servicios públicos no siempre se ofrecen todos los tratamientos que la población requiere, ya sea porque las enfermedades bucales han sido un problema de salud pública que demanda altos costos de servicio para las instituciones del sector salud y por lo tanto limitan su campo de acción a actividades curativas en un bajo porcentaje y mutilantes en la mayoría de los casos.

Desde hace varias décadas el sector de salud trata de hacer énfasis a las actividades preventivas sin conseguir los resultados deseados.⁸² Una vez establecido un padecimiento se debe tratar más a fondo, y es ahí donde los pacientes se encuentran limitados nuevamente buscando alguna solución más accesible y de calidad para ser atendidos.

El servicio privado resulta muy costoso y pocos tienen acceso a él. La Facultad de Odontología, UNAM; ofrece servicios dentales que si bien no son gratuitos, tiene costos muy accesibles. Los tratamientos resultan entre 50% hasta un 80% más económico en comparación con los servicios privados. Esto hace mucho más accesible el servicio a la población, brindando también un amplio nivel de rehabilitación comparándolo con el sector salud.

Dentro de las ventajas de ser atendido en la Facultad de Odontología, UNAM; ya sea por iniciativa propia, por publicidad o recomendación, los pacientes encuentran costos accesibles, buen trato, diversidad en los horarios de atención, áreas clínicas especializadas (Operatoria Dental, Radiología, Endodoncia, Prótesis bucal, Cirugía oral, Exodoncia, Periodoncia, Odontopediatría, Odontología Preventiva, Prostodoncia), así como actualización continua de los conocimientos

de los profesionales de la salud bucal y tecnología, todo dentro de un mismo campus.

Encontramos que se han realizado estudios que carecen de elementos como factores culturales, económicos y sociales que no permiten observar cuál es la población que asiste a los servicios de salud oral, en este estudio se observó que los pacientes que acuden con mayor frecuencia a los servicios dentales son las mujeres y los estudiantes, no importando el grupo étnico al que pertenezca. *El principal motivo de consulta fue por rehabilitación seguido de alguna urgencia por dolor*, así mismo estos pacientes pertenecían a la Ciudad de México. Datos muy importantes en la discusión porque parecería lógico que al tratarse de una universidad los estudiantes sean los que tienen mayor acceso o conocimiento de los servicios que se ofrecen dentro de las instalaciones de la UNAM.

Estudios mencionan que las mujeres acuden con mayor frecuencia a recibir atención médica ya que se preocupan más por su estado general de salud, lo que resulta un factor importante, se cree que tienen más capacidad de pedir ayuda y buscar para ellas y sus hijos un bienestar completo de salud, por lo tanto esta rama dental no es la excepción.⁸¹ Aunque muchas amas de casa no perciben ingresos, cuentan con ayuda de algún familiar para pagar su tratamiento dental ya sea por parte del esposo o los padres; es importante mencionar que también la gran mayoría de asistentes no cuentan con algún dependiente económico.^{78, 17}

Se observa también que casi la mitad de las mujeres no perciben ingresos, y que los hombres tienen un ingreso con el cual ayudan en los gastos de tratamiento a la familia, como esposa e hijos estudiantes. Aunado a esto, los hombres cuentan con un mayor grado de estudios y con un lugar propio de vivienda. En este sentido, los varones aunque tienen más oportunidad de estudio son los que menos se atienden en cuestiones dentales y pocos de estos cuentan con algún tipo de seguro médico, además que al ser los principales proveedores en los hogares, el tiempo laboral contribuye para no poder asistir a una consulta dental.



México está clasificado como un país en vías de desarrollo, el ingreso promedio es de uno a tres salarios mínimos de la población económicamente activa. Los ingresos económicos de la población de manera general son bajos en todos los rangos de edad y sexo; por tanto no es fácil poder solventar los costos de atención oral privada, considerando que en promedio un tratamiento dental puede costar entre 5 a 8 veces más que en la Facultad de Odontología, UNAM; Esto hace que los pacientes demanden el servicio y la rehabilitación dental para mejorar su salud.

Diferentes estudios muestran que el nivel cultural en México es bajo, ya que la asistencia a eventos culturales y el hábito de la lectura es escaso⁷⁹, la mayoría de los entrevistados mencionó que las actividades culturales están presente dentro de sus actividades de manera ocasional, dato que parece coherente dado que gran parte de los entrevistados son estudiantes o bien son personas jubiladas.

El tiempo que se utiliza en el traslado también puede resultar un impedimento importante cuando se habla de salud. Es importante resaltar que los tiempos de traslado no varían mucho entre pacientes considerando las condiciones, costos de transporte y vías de acceso a la Facultad de Odontología, UNAM;⁷⁵ Las personas que más solicitaron atención dental en la Facultad de Odontología, UNAM son residentes de la Ciudad de México, seguido del Estado de México. Los costos de traslado son relativamente bajos y de calidad, contribuyendo a facilitar el acceso a la institución.

Por otro lado, se entiende que los alumnos son parte primordial para la divulgación y promoción de los servicios ofrecidos en la Facultad de Odontología, UNAM; ya que son los mismos estudiantes los que buscan a los pacientes y los orientan en cuanto a los servicios que se ofrecen. Poco más de la mitad de los pacientes de este estudio reportaron que era la primera vez que acudía a las instalaciones de la Facultad de Odontología, UNAM; para ser atendido. La difusión escrita refiere poco grado de asistencia a la institución.

Los resultados obtenidos en este estudio nos ayudan a entender la relación económica, cultural y social que condiciona la decisión de los pacientes para solicitar atención dental en la Facultad de Odontología, UNAM; entendiendo la expectativa de los pacientes para un óptimo resultado de los tratamientos. La mayoría de los pacientes busca medidas preventivas de salud oral y una rehabilitación total a bajo costo como prioridad, seguida de alguna urgencia por dolor y tratamiento de ortodoncia respectivamente.

Como se sabe la mayoría de los pacientes acuden al dentista sólo cuando tienen dolor, alguna molestia o sintieron algo raro. Por ello, es importante como profesionales de la salud fomentar el hábito de la prevención debido a que la boca es primordial para el bienestar, que también es parte del organismo para detectar muchas enfermedades que solo el especialista en salud oral podría diagnosticar.

El odontólogo no solo revisa dientes, tiene la obligación de hacer una revisión general, por lo tanto los pacientes deberían estar conscientes de que dicha prevención inicia desde casa con cuidados básicos como son: la higiene oral (técnica de cepillado, uso de hilo dental, enjuague bucal), visitas periódicas al odontólogo y la autoexploración bucal.

La educación en la higiene bucal es una de las tareas odontológicas que toda persona debe recibir desde edades tempranas por parte de la familia, del médico general, familiar o pediatras; que son quienes deben generar habilidades, hábitos de preservación entre otros aspectos la salud bucal, fomentando la práctica constante del auto cuidado en la vida cotidiana

Así se ayuda a vencer el problema de la fragmentación del conocimiento que implica desarrollar esfuerzos de integración diagnóstica multidisciplinaria e interdisciplinaria, pues por más que el odontólogo se esmere en el cuidado de la dentadura, las encías y sus conexiones básicas con otros órganos, aparatos y sistemas del cuerpo humano, difícilmente logrará resultados al 100% si se



enfrenta a muros de descalificación a su trabajo o incluso a la ignorancia total de sus esfuerzos. Es indispensable una conexión amplia con y entre el resto de los médicos, especialistas y profesionales que comparten la responsabilidad de velar por la salud de las personas.

Si se considera a la boca como parte integral del cuerpo entendiendo el cuidado que está ligado a fenómenos de orden antropológico, fisiológico y psicológico participando de diversas determinantes culturales, económicas y sociales derivadas no sólo del contexto de las personas, sino de la percepción que tienen de sí mismas para la prevención y tratamiento de enfermedades bucales se logrará tener una integración médico-paciente efectiva para lograr una óptima salud bucal.

11. Conclusiones

La conexión entre las ciencias sociales y la salud está directamente vinculada en el desarrollo histórico y sociocultural. Por ello el proceso salud-enfermedad, debe estar acorde con la verdadera causa de las enfermedades y ante la enfermedad recuperar la salud, es necesario no circunscribir la acción a medidas de carácter biológico, sino que se debe profundizar el estudio para aclarar la influencia del ambiente social, cultural y económico del comportamiento de cada individuo en relación con la enfermedad. Esto implica comenzar a romper con inercias que mantienen desprotegidas a las personas en ámbitos que podrían contribuir al fomento de la salud, porque el conocimiento de la historia en la medicina y el cuidado del cuerpo es un instrumento para la transformación que debe redundar en el beneficio de la humanidad.

Por lo anterior podemos entonces concluir:

1. Las mujeres y los estudiantes universitarios son el grupo poblacional que tiene mayor asistencia a los servicios ofrecidos por la Facultad de Odontología, UNAM; no importando el grupo étnico al que pertenezca.
2. La población que demanda los servicios ofrecidos por la Facultad de Odontología, UNAM; reporta un ingreso económico que oscila entre uno y cuatro salarios mínimos al mes.
3. Los servicios de mayor demanda en las clínicas de la Facultad de Odontología, UNAM; son rehabilitación 73% (operatoria dental, odontología preventiva, endodoncia, prótesis bucal, cirugía bucal, exodoncia, periodoncia, odontopediatría, prostodoncia), urgencia por dolor 11%, prevención 9%, y ortodoncia 7 %.

12 Referencias bibliográficas

¹ World Health Organization (WHO). Recent advances in oral health. WHO technical report series No. 826. Geneva: WHO publications. 1992; pp 16–17.

²Distribución por edad y sexo INEGI 2010. Disponible en: <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/sisept/Default.aspx?t=mdemo01&s=est&c=17497>. Tomado: 10 enero 2015.

³Distribución por edad de la población en México. Disponible en: http://www.indexmundi.com/es/mexico/distribucion_por_edad.html. Tomado: 13 enero 2015.

⁴Censo de Población y Vivienda INEGI, Disponible en: <http://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/habitantes.aspx?tema=P>. Tomado: 18 enero 2015.

⁵Economía, geografía y población. Disponible en: <http://www.economia.gob.mx/delegaciones-de-la-se/estatales/distrito-federal>. Tomado: 23 enero 2015.

⁶La Secretaría de Economía (SE) clasifica 6 clases sociales en México. Disponible en: <http://www.dineroenimagen.com/2014-05-21/37539>. Tomado: 09 enero 2015.

⁷Clases de Trabajo, subordinado y dependiente. Disponible en: <http://jorgemachicado.blogspot.mx/2010/07/trabajo-clases.html>. Tomado: 18 enero 2015.

⁸INEGI, Censo de Población y Vivienda. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/comunicados/estrucbol.pdf> pag 8. Tomado: 12 enero 2015.

⁹Denominación, clases de trabajo, México. Disponible en: <http://www.oocities.org/derecholaboraluno/denominacionesclasesdetrabajo.htm>

¹⁰Comunicados de prensa INEGI Censo de Población y Vivienda, Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/comunicados/estrucbol.pdf> pag 10. Tomado: 12 enero 2015.

¹¹Salarios Mínimos en México. Disponible en: http://www.conasami.gob.mx/pdf/tabla_salarios_minimos/2015/01_01_2015.pdf. Tomado: 12 enero 2015.

¹²Distribución área geográfica de salarios mínimos D-F. Disponible en: http://www.conasami.gob.mx/pdf/estructura%20municipal/nueva_area_geografica_A/DISTRITO%20FEDERAL.pdf. Tomado: 12 enero 2015.

¹³Distribución de área geográfica en salarios mínimos Edo de México. Disponible en: http://www.conasami.gob.mx/pdf/estructura%20municipal/nueva_area_geografica_A/MEXICO.pdf. Tomado: 15 enero 2105.

¹⁴Secretaria del Trabajo y Previsión Social, Salarios mínimos: Disponible en: http://www.conasami.gob.mx/salarios_minimos.html. Tomado: 12 enero 2015.

¹⁵Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO). Disponible en: http://www.inegi.org.mx/prod_Serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/compendio/2005_p1.pdf pag 15. Tomado: 19 enero 2105.

¹⁶ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Artículo 3ro. Disponible en: <http://info4.juridicas.unam.mx/ijure/fed/9/4.htm?s>. Tomado: 22 abril 2015.

¹⁷Instituto Nacional de Estadística y Geografía INEGI. Mujeres y Hombres en México 2013. Disponible en: http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/integracion/sociodemografico/mujeresyhombres/2013/Myh_2013.pdf. Tomado: 27 enero 2015.

¹⁸Instituto Nacional de Estadística y Geografía INEGI, Educación, Escolaridad y Analfabetismo. Disponible en:

<http://cuentame.inegi.org.mx/monografias/informacion/df/poblacion/educacion.aspx?tema=me&e=09>. Tomado: 03 febrero 2105.

¹⁹Secretaría de Educación Pública. Estudiantes nivel básico. Disponible en: <http://www.sep.gob.mx/es/sep1/bol4081208#.VGGCvPmG8WI>. Tomado: 22 enero 2015.

²⁰Bachillerato y Educación Técnica. Disponible en: <http://planeacion.sep.gob.mx/estadistica>. Tomado: 22 enero 2015.

²¹SEP, Sistema Educativo de los Estados Unidos Mexicanos. Disponible en: http://www.sep.gob.mx/work/models/sep1/Resource/1899/3/images/principales_cifras_2011_2012.pdf pag 97,111, 127, 145,146. Tomado: 22 enero 2105.

²²Instituto Nacional de Estadística y Geografía INEGI, Educación, Escolaridad y Analfabetismo. Disponible en: <http://cuentame.inegi.org.mx/monografias/informacion/df/poblacion/educacion.aspx?tema=me&e=09>. Tomado: 28 enero 2015.

²³Clasificación de Grupos etareos laborales. Disponible en: http://www.stps.gob.mx/bp/secciones/conoce/areas_atencion/areas_atencion/web/Glosario/glosario.htm. Tomado: 02 febrero 2015.

²⁴Características de los diferentes grupos etareos. Disponible en: <http://es.slideshare.net/jjc92/caracteristicasdelosdiferentesgruposetareos12044862031597482>. 02 febrero 2015.

²⁵Metodología para la medición multidimensional de la pobreza en México. (2010). CONEVAL (Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social.) Disponible en: <http://cisav.mx/pobreza-multidimensional-en-mexico>. 05 febrero 2015

²⁶INEGI, Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Estadísticas a Propósito del Día Mundial de la Justicia Social. Disponible en:

<http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/Contenidos/estadisticas/2013/justicia0.pdf>. 03 febrero 2015.

²⁷Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Clasificación de Grado de Carencia Nacional. Disponible en: <http://www.coneval.gob.mx/Medicion/Paginas/Medici%C3%B3n/Que-es-la-medicionmultidimensional-de-la-pobreza.aspx>. Tomado: 03 febrero 2015.

²⁸INEGI, Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Carencias Sociales. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/Contenidos/estadisticas/2013/justicia0.pdf>. Tomado: 25 enero 2015.

²⁹INEGI, Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Principales Empleos de México. Disponible en: http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/metodologias/clasificadores/SINCO_2011.pdf. Tomado: 25 enero 2015. Tomado: 23 febrero 2015.

³⁰Bolsa de trabajo, Trabajos más comunes en México. Disponible en: <http://labolsadetrabajo.com.mx/trabajos-mas-comunes-en-mexico.html>. Tomado: 19 febrero 2015. Tomado: 21 enero 2105.

³¹OMS y OPS (s.f.), Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, 6-12 de septiembre de 1978, 2. Disponible en: http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm. Tomado: 05 marzo 2015.

³²La cita procede del Preámbulo de la Constitución de la que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (Official Records of the World Health Organization, N° 2, p. 100), entró en vigor el 7 de abril de 1948 OMS. Disponible en: <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>. Tomado: 05 marzo 2015.

- ³³Organización Mundial de la Salud (OMS). Salud Bucodental. Nota informativa N°318, septiembre 2012. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/>. Tomado: 29 enero 2015.
- ³⁴Dirección General de Epidemiología, Patologías Bucales. Disponible en: http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/vig_epid_manuales/20_2012_Manual_PatBucal_vFinal.pdf. Tomado: 05 febrero 2015.
- ³⁵Principales Enfermedades Bucales, Plan Nacional de Salud (PNS). Disponible en: <http://www.cirbiomedicas.uady.mx/revbiomed/pdf/rb061745.pdf> pag 278. Tomado: 12 febrero 2015.
- ³⁶Secretaría de Salud, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. Resultados del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales SIVEPAB 2011 (en prensa). Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/162863667/Manual-Bucal#scribd>. Tomado: 12 febrero 2015.
- ³⁷Epidemiología, Salud, Caries. Mandel ID. Dental Caries. Am Sci 1979; 67:680-8. Disponible en: <http://www.epidemiologia.salud.gob.mx>. Tomado: 13 febrero 2015.
- ³⁸Dirección General de Epidemiología, Salud Bucal, México. Disponible en: http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/vig_epid_manuales/20_2012_Manual_PatBucal_vFinal.pdf. Tomado: 19 febrero 2015.
- ³⁹Petersen PE, Ogawa H. Strengthening the prevention of periodontal disease: the WHO approach. J Periodontol 2005; 76(12):2187–2193.
- ⁴⁰Mandel ID. Calculus update: prevalence, pathogenicity and prevention. J Am Dent Assoc 1995 May;126:573-80.
- ⁴¹Caton J. Periodontal Diagnosis and Diagnostic Aids. In: Proceedings of the World Workshop in Clinical Periodontics; 1989 July 23-27. Princeton (NJ): American Academy of Periodontology; 1989. p 1-112.
- ⁴²Genco RJ. Current view of risk factors for periodontal diseases J Periodontal 1996 Oct; 67 (10 Suppl): 1041-9.
- ⁴³Grossi SG, Genco RJ, Machtei EE, Ho AW, Koch G, Dunford R, Zambon JJ, Hausmann E. Assessment of risk for periodontal disease. II. Risk indicators for alveolar bone loss. J Periodontal 1995; 66 (1): 23-9
- ⁴⁴Cianciola LJ y col. Prevalence of periodontal disease in insulin-dependent diabetes mellitus (juvenile diabetes), J Am Dent Assoc 104:653,1982.

⁴⁵Sheiham A. Oral Health, general health and quality of life. Bull World Health Organ 2005; 83(9):641–720

⁴⁶Ismail AI, Hasson H. Fluoride supplements, dental caries and fluorosis: a systematic review. J Am Dent Assoc. 2008 Nov;139(11):1457-68

⁴⁷Grimaldo M., Borjaaburto V. H., Ramirez A. L., Ponce M., Rosas M., Diazbarriga F., Endemic Fluorosis in San-Luis-Potosi, México .1. Identification of Risk-Factors Associated with Human Exposure to Fluoride, Environmental Research, Volume 68, Issue 1, January 1995, Pages 25-30

⁴⁸Indermitte E, Saava A, Karro E. Exposure to High Fluoride Drinking Water and Risk of Dental Fluorosis in Estonia. Int. J. Environ. Res. Public Health 2009, 6, 710-721

⁴⁹Limeback H, Ismail A, Banting D, DenBesten P, Featherstone J, Riordan PJ. Canadian Consensus Conference on the appropriate use of fluoride supplements for the prevention of dental caries in children. J Can Dent Assoc. 1998 Oct; 64 (9):636-9.

⁵⁰Beltrán-Aguilar ED, Griffin SO, Lockwood SA. Prevalence and trends in enamel fluorosis in the United States from the 1930s to the 1980s. J Am Dent Assoc. 2002 Feb; 133(2):157-65.

⁵¹Riordan PJ, Banks JA. Dental fluorosis and fluoride exposure in Western Australia. J Dent Res. 1991 Jul; 70 (7):1022-8.

⁵²Álvarez JA, Rezende KM, Marocho SM, Alves FB, Celiberti P, Ciamponi AL. Dental fluorosis: Exposure, prevention and management. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2009 Feb 1;14 (2):E103-7

⁵³Vallejos-Sánchez AA, Medina-Solís CE, Casanova-Rosado JF, Maupomé G, Minaya-Sánchez M, Pérez-Olivares S. Dental fluorosis in cohorts born before, during, and after the national salt fluoridation program in a community in Mexico. Acta Odontol Scand. 2006 Aug; 64 (4):209-13.

⁵⁴Jimenez-Farfan MD, Hernandez-Guerrero JC, Loyola-Rodriguez JP, Ledesma-Montes C. Fluoride content in bottled waters, juices and carbonated soft drinks in Mexico City, Mexico. Int J Paediatr Dent. 2004 Jul;14(4):260-6. 49.

⁵⁵Global Data on Incidence Map of Oral Cancer. WHO/NMH/CHP/HPR/ORH Oral cancer 2005. Disponible en: http://www.who.int/entity/oral_health/publications/oral_cancer_brochure.pdf. Tomado: 12 febrero 2015.

⁵⁶Epidemiología, Salud Bucal. México. Disponible en: http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/vig_epid_manuales/20_2012_Manual_PatBucal_vFinal.pdf. Tomado: 05 marzo 2015.

⁵⁷Axell T, Pindborg JJ, Smith CJ et al. Oral white lesions with special reference to precancerous and tobacco-related lesions: conclusions of an international symposium held in Uppsala, Sweden, May 18-21 1994. *J Oral Pathol Med* 1996; 25: 49-54.

⁵⁸Mehta FS, Pindborg JJ, Bhonsle RB, SinorPN. Incidence of leukoplakia among 20,358 Indian villagen in a 7 year period. *Brit J Cancer* 1976;33:549-554.

⁵⁹Hansen LS, Olson JA, Silverman S Jr. Proliferative verrucousleukoplakia. A long-term study of thirty patients. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1985;60:285-298

⁶⁰Axell T, Holmstrup P, Kramer IR, Pindborg JJ, Shear M. International seminar on oral leukoplakia and associated lesions related to tobacco habits. *Comm Dent Oral Epidemiol* 1984; 12: 145-54.

⁶¹Silverman Jr. S. Early diagnosis of oral cancer. *Cancer* 1988; 62: 1796-99.

⁶²Reichart PA, Philipsen HP. Oral erythroplakia-a review. *Oral Oncology* (2005) 41, 551–561

⁶³Epidemiología, Salud Bucal. México. Disponible en: http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/vig_epid_manuales/20_2012_Manual_PatBucal_vFinal.pdf. Tomado: 15 marzo 2015.

⁶⁴El derecho a la salud. Disponible en: <http://corrientessalud.blogspot.mx/>. Tomado: 17 enero 2015.

⁶⁵Ley de Salud del Distrito Federal. Disponible en: <http://www.aldf.gob.mx/archivo-57709e169c4252ec9d2c639d24d94142.pdf>. Tomado 23 de abril 2015.

⁶⁶Derechos Humanos, Derecho a la Salud: Disponible en: http://www.cndh.org.mx/Cuales_Son_Derechos_Humanos. Tomado: 25 enero 2015.

⁶⁷Derecho a la salud de acuerdo a artículo 4to de la Constitución Mexicana: Disponible en: <http://info4.juridicas.unam.mx/ijure/fed/9/5.htm?s>. Tomado: 01 febrero 2015

⁶⁸Constitución política de los Estados Unidos Mexicanos. Disponible en: <http://info4.juridicas.unam.mx/ijure/fed/9/5.htm?s>. Tomado: 21 enero 2015.

⁶⁹Acceso a los servicios de salud, México DF. Disponible en: <http://blogconeval.gob.mx/wordpress/index.php/tag/acceso-a-los-servicios-desalud>. Tomado: 09 febrero 2015

⁷⁰Catálogo Universal de los Servicios de Salud (CAUSES) 2012. Disponible en: http://www.salud.df.gob.mx/ssdf/seguro_popular/index/pdf/causes2012.pdf. Tomado: 09 febrero 2015.

⁷¹Servicios Odontológicos que brinda del Seguro Popular en Odontología. Disponible en: <http://seguropopular.saludsonora.gob.mx/atencionmedica.shtml>. Tomado: 12 febrero 2015

⁷²Servicios odontológicos brindados a trabajadores de PEMEX. Disponible en: http://www.pemex.com/acerca/marco_normativo/Documents/reglamentos/REGLAMENTO_PERSONALCONFIANZA2000.pdf pag 22,23. Tomado: 17 febrero 2015.

⁷³Servicios dentales brindados a trabajadores y derechohabientes de la SEDENA. Disponible en: <http://www.sedena.gob.mx/sanidad-militar/unidad-de-especialidades-odontologicas>. Tomado: 18 febrero 2015.

⁷⁴Declaración de Helsinki de la AMM - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Disponible en: http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/17c_es.pdf apartados del 25 a 32, Tomado 21 abril 2015.

⁷⁵Nuevas Tarifas de Transporte Público en la Ciudad de México. Disponible en: http://www7.df.gob.mx/wb/stv/nuevas_tarifas_de_trasporte_publico_vigentes. Tomado 25 octubre 2015.

⁷⁶Salud Bucodental, OMS. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/> Tomado 15 noviembre 2015.

⁷⁷Plan de Desarrollo Mtro. José Arturo Fernández Pedrero. Disponible en: <http://www.odonto.unam.mx/pdfs/plandedesarrollo28marzo.pdf> Tomado 15 noviembre 2015.

⁷⁸¿Solicitan las mujeres más consultas al área médica que los hombres? Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-71992005001100003&script=sci_arttext
Rosa-Jimenez, F.; Montijano Cabrera, A. M.;a Iliá Herraiz Montalvo, C. y ZAMBRANA GARCIA, J. L. ¿Solicitan las mujeres más consultas al área médica que los hombres? *An. Med. Interna (Madrid)* [online]. 2005, vol.22, n.11, pp. 515-519. ISSN 0212-7199. Tomado 16 noviembre 2015.

⁷⁹Sistema de Información Cultural. Encuesta Publica de Museos, Teatros, Filij (Feria Internacional del Libro Infantil y Juvenil) Disponible en: http://sic.conaculta.gob.mx/publicaciones_sic.php Tomado 19 noviembre 2015

⁸⁰Organización Mundial de la Salud, causas: Disponible en: <https://investigacionuod.files.wordpress.com/2015/11/diagnostico-de-las-lesiones-malignas-y-benignas-de-la-cavidad-oral-hospital-traumatologico-doctor-dario-contreras-septiembre-diciembre-2015>. Pdf. Tomado Enero 2016

⁸¹Rosa Jiménez, F. (2005) ¿Solicitan las mujeres más consultas al área médica que los hombres?, *Anales de Medicina Interna*; 22: 515-519. Tomado Enero 2016

⁸²Costos en tratamiento de salud oral de servicios de salud públicos. Disponible en: http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/publicaciones/2011/monografias/P_EPI_DE_LA_SALUD_BUCAL_EN_MEXICO_2010.pdf pag 97. Tomado Enero 2016

⁸³Registro del número e institución del derechohabiente en México. Disponible en: <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/sisept/default.aspx?t=msoc01&s=est&c=22594>. Tomado Enero 2016

⁸⁴Determinantes culturales, económicos, históricos, políticos y sociales de la salud bucal. Disponible en: <http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Revisiones/Analisis/5452> Tomado Febrero 2016.



13 Anexo



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA



ID: _____

Cuestionario

El objetivo del presente estudio, es determinar las características económicas, culturales y sociales que tienen los pacientes que acuden a recibir atención bucodental en las clínicas de la Facultad de Odontología UNAM, con la finalidad de brindarle un mejor servicio de atención dental y salud. Por tal motivo, le solicito de la manera más atenta lea las siguientes preguntas y las responda con sinceridad.

La información que nos proporcione será confidencial y utilizada únicamente con fines estadísticos. De antemano gracias por su cooperación.

Instrucciones: Lea detenidamente cada una de las preguntas y encierre la letra que corresponda.

1.- Edad (años): _____

2.- Sexo:

- a) Femenino b) Masculino

3.- ¿A qué se dedica?

- a) Ama de casa b) Empleado c) Empleo informal
d) Desempleado e) Estudiante F) Otro

4.- Ingreso actual:

- a) No percibo ingresos
- b) Menos de un salario mínimo al mes (\$2.102)
- c) De uno a dos salarios mínimos al mes (\$2.103 a \$4.205)
- d) De dos a tres salarios mínimos al mes (\$4.206 a \$6.308)
- e) De tres a cuatro salarios mínimos al mes (\$6.309 a \$8.411)
- f) Mayor a cuatro salarios mínimos al mes (\$8.412)

5.- Escolaridad:

- a) Analfabeta b) Primaria incompleta c) Primaria completa
- d) Secundaria e) Preparatoria o bachillerato f) Estudios técnicos
- g) Licenciatura h) Posgrado i) Otro

6.- La vivienda que habita es:

- a) Rentada b) Propia c) Prestada d) Hipotecada

7.- ¿Cuál es su lugar de residencia?

- a) Distrito Federal b) Estado de México c) Otro

8.- ¿Tiene dependientes económicos?

- a) De 1 a 3 b) Mas de 3 c) No

9.- ¿Ud. financia su tratamiento buco dental?

- a) Sí b) No c) Recibo ayuda económica

10.- ¿Cuenta con algún servicio de salud?

- a) IMSS b) ISSSTE c) SSA o Seguro Popular
d) PEMEX e) SEDENA f) Otro g) Ninguno

11.- ¿Acostumbra leer?

- a) Sí b) No c) Ocasionalmente

12.- ¿Asiste eventos culturales como danza, teatro, museos, exposiciones?

- a) Sí b) No c) Ocasionalmente

13.- ¿Cuál es el tiempo de traslado de su casa a la Facultad de Odontología, UNAM?

- a) Menos de 30 minutos b) De 30 minutos hasta 1 hora
c) Hasta 1 hora 30 minutos d) Más de 1 hora 30 minutos

14.- ¿Porque eligió la Facultad de Odontología, UNAM; para ser atendido?

- a) Cercanía b) Costo c) Atención
d) Familiar (estudiante) e) Recomendación f) Otro

15.- Si su lugar de residencia NO es en el Estado de México o D.F ¿Por qué eligió ser atendido en la Facultad de Odontología, UNAM?

- a) Costos b) Recomendación
c) Tratamiento en específico d) Otro, especifique cual: _____

16.- ¿Ha sido atendido con anterioridad en la Facultad de Odontología, UNAM?

- a) Sí b) No



17.- ¿Cómo se enteró de los servicios brindados en la Facultad de Odontología, UNAM?

- a) Amistades b) Publicación periódica c) Familiar
d) Difusión UNAM e) Estudiante F) Otro

18.- ¿Cuáles son sus expectativas de tratamiento buco - dental?

- a) Arreglar un solo diente b) Rehabilitación total
c) Eliminar dolor d) Comer bien e) Limpieza dental

19.- ¿Cuál es el motivo de su consulta?

Especifique cual: _____