



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

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

TRAYECTORIA DE PÉRDIDA DENTAL EN PERSONAS ADULTAS MAYORES DE  
LA COHORTE 1937 – 1956: APROXIMACIÓN DESDE EL CURSO DE VIDA.

T E S I S

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE

**DOCTOR EN CIENCIAS ODONTOLÓGICAS**

P R E S E N T A:

MIRIAM ORTEGA MALDONADO

TUTORAS:

DRA. SOCORRO AÍDA BORGES YÁÑEZ

Facultad de Odontología –UNAM

DRA. VERONICA ZENAIDA MONTES DE OCA ZAVALA

Instituto de Investigaciones Sociales-UNAM

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Borges Aída'.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Verónica Montes de Oca'.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Elba Rosa'.

COMITÉ TUTOR:

DRA. ELBA ROSA LEYVA HUERTA

Facultad de Odontología-UNAM

Ciudad Universitaria, CD. Mx. Junio. 2021



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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.

**RESPONSABLE DE LA ENTIDAD ACADÉMICA**


DR. MARCO ANTONIO ÁLVAREZ PÉREZ



---

**SUSTENTANTE**

MTRA. MIRIAM ORTEGA MALDONADO



---

## AGRADECIMIENTOS

A mi tutora la Dra. Socorro Aída Borges Yáñez quien me brindó la oportunidad de continuar con mi formación académica y con quien construí este proyecto. Gracias por todas sus atenciones y su paciencia.

A los miembros de mi comité tutorial: Dra. Verónica Montes de Oca Zavala y Dra. Rosa Elba Leyva Huerta por su tiempo y apoyo científico que recibí para el desarrollo de este trabajo. Así como un agradecimiento especial al Dr. Telésforo Ramírez García por acompañarme en la aventura del Curso de Vida.

A los revisores: Dra. Ma. Esther Irigoyen, Dra. Ma. del Carmen García Peña, Dr. Javier Portilla, Dr. Sergio Sánchez por sus observaciones y comentarios que enriquecieron este trabajo.

A todas las personas que siguen con nosotros y a las que se adelantaron muchas gracias por dejarme entrar a sus casas y compartir sus experiencias de vida, sin ustedes no hubiera podido concluir este proyecto... ¡gracias!

A la Universidad Nacional Autónoma de México por permitir que mi formación continúe en el plano personal, profesional y académico.

Y finalmente a todos los que caminaron a mi lado durante mi trayectoria académica, pero en especial a Víctor y Alonso que son parte fundamental en mi vida ... mis motores que me impulsan a seguir adelante ... ¡Muchas gracias!

*“Por mi raza hablará el espíritu”*

<b>INDICE</b>	<b>Pág.</b>
Resumen	5
Abstract	6
<b>1. INTRODUCCIÓN</b>	<b>7</b>
<b>2. MARCO TEÓRICO. EL ENFOQUE DE CURSO DE VIDA Y EL ESTUDIO DE LAS TRAYECTORIAS EN MÉXICO</b>	<b>8</b>
2.1 Antecedentes sobre la perspectiva de curso de vida en la literatura	13
2.2 Perspectiva de curso de vida y salud bucal	16
2.2.1 Estudios longitudinales	23
<b>3. ANTECEDENTES, SUCESOS QUE EXPERIMENTARON NACIDAS ENTRE 1937 Y 1956 RELACIONADAS CON ESCOLARIDAD, OCUPACIÓN Y SALUD DENTAL</b>	<b>30</b>
3.1 Servicio dental en México	38
3.2 Pérdida dental y edentulismo en personas adultas mayores	42
<b>4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	<b>46</b>
<b>5. JUSTIFICACIÓN</b>	<b>47</b>
<b>6. OBJETIVO GENERAL</b>	<b>48</b>
6.1 Objetivos Específicos	48
<b>7. METODOLOGÍA</b>	<b>49</b>
7.1 Temas de interés	49
7.2 Procedimiento para la recolección de la información	50
7.3 Reclutamiento de los participantes	52
7.4 Consideraciones éticas	54
7.5 Recursos (Humanos, materiales y financieros)	54
7.6 Análisis de la información	55
<b>8. RESULTADOS</b>	<b>56</b>
8.1 Descripción de las condiciones sociodemográficas de las personas entrevistadas	56
8.2 Análisis de los temas, categorías y subcategorías para la construcción de trayectorias	57
8.3 Reconstrucción de las trayectorias	60
8.4 Descripción de las trayectorias	62
<b>9. DISCUSIÓN</b>	<b>121</b>
<b>10. CONCLUSIONES</b>	<b>126</b>
<b>11. REFERENCIAS</b>	<b>128</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>132</b>

## Resumen

**Objetivo:** Identificar la relación entre posición socioeconómica, escolaridad y uso de servicios dentales con la trayectoria de pérdida dental en mexicanos nacidos entre 1937 y 1956, desde la perspectiva de curso de vida. **Material y método:** Se llevaron a cabo entrevistas semiestructuradas en 36 participantes de 60 a 79 años, de una localidad de la Ciudad de México mediante la técnica bola de nieve. Los datos se organizaron, se transcribieron y codificaron en el programa Atlas Ti © para analizarlos con el enfoque de curso de vida. **Resultados:** Los temas vinculados con la pérdida dental fueron 1) experiencias de dolor, 2) libertad de elección, para los hombres el trabajo y para las mujeres los hijos y, 3) decisión de terceros (para las mujeres la decisión del cónyuge, la decisión del dentista). Como temas secundarios se encontró la inserción en el mercado laboral. **Conclusiones:** El estudio ha proporcionado información respecto a factores relacionados con la pérdida dental que no se habían reportado anteriormente y que no están influenciados por la presencia de la enfermedad. Se ha destacado el inicio de la trayectoria reproductiva y el papel del cónyuge en la transición a la pérdida dental. Sería interesante explorar esta vinculación en una cohorte joven e identificar si los roles de género actuales se comportan de la misma manera.

**Palabras clave:** pérdida dental, enfoque de curso de vida, historias de vida, adulto mayor.

## **Abstract**

**Objective:** To identify the relationship between socioeconomic position, schooling and use of dental services with the trajectory of tooth loss in Mexicans born between 1937 and 1956, from a life course perspective. **Material and method:** Thirty-six semi-structured interviews were carried out in with participants between 60 and 79 years of age from a borough in Mexico City. The information was organized, transcribed and encoded with the Atlas Ti © software to analyze them according to the life course approach. **Results:** The themes linked to tooth loss were: 1) experiences of pain, 2) agency (for men it was the employment, and for women were their children), and 3) decision of third parties (for women the decision of the spouse, the decision of the dentist). The insertion in the labor market was found as a secondary theme. **Conclusions:** The study has provided information regarding factors related to tooth loss that have not been previously reported and that are not influenced by the presence of the disease. The onset of the reproductive trajectory and the role of the spouse in the transition to tooth loss have been highlighted. It would be interesting to explore this linkage in a young cohort and identify whether current gender roles influence in the same way.

**Key Word:** tooth loss, life course perspective, life stories, older adults.

## 1. INTRODUCCIÓN

El envejecimiento es un fenómeno presente a lo largo del ciclo vital que tiene consecuencias económicas, políticas y sociales. Actualmente, es uno de los fenómenos sociales de mayor impacto y de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el siglo XX se produjo un cambio en la longevidad, por la reducción en los índices de natalidad, el incremento en la esperanza de vida al nacer y una caída de las tasas de mortalidad. Estos acontecimientos han hecho que el mundo experimente la llamada transición demográfica, en la cual se estima que para el año 2050, el número de personas de 60 años y más aumente de 600 millones a casi 2000 millones, duplicando el porcentaje de personas adultas mayores de 10% a 21%. Esto implicará cambios en las capacidades de trabajo, en la demanda de bienes y servicios, de seguridad social y de salud.

Respecto a la salud bucal, existen cambios propios del envejecimiento observados principalmente en la coloración, fragilidad y permeabilidad de los dientes, lo que aunado a una mala higiene conlleva a la pérdida parcial o total de los dientes. Sin embargo, la pérdida dental no es un cambio propio del envejecimiento, sino un indicativo de mal estado de salud bucal que puede reflejar una calidad de vida disminuida en este grupo de personas.

Desde la perspectiva de curso de vida, el daño acumulado en los dientes de las personas adultas mayores provee evidencia de historias complejas que representan diferentes procesos de enfermedad; por lo que, analizar la pérdida dental a partir de esta perspectiva permitirá identificar el impacto de la posición socioeconómica, la escolaridad y el uso de servicios dentales en la trayectoria de pérdida dental de un grupo de adultos mexicanos pertenecientes a la cohorte de personas nacidas entre 1937 y 1956.



## **2. MARCO TEÓRICO. EL ENFOQUE DE CURSO DE VIDA Y EL ESTUDIO DE LAS TRAYECTORIAS EN MÉXICO.**

Desde finales del siglo XIX y hasta los años 1960, la investigación tanto en sociología como en psicología se concentró casi exclusivamente en la fase de la vida que va desde el nacimiento hasta el inicio de la vida adulta, principalmente por influencia del momento histórico que se vivía. Sin embargo, en los últimos decenios, en el ámbito de las ciencias sociales se comenzó a considerar a la vida humana y a su desarrollo como una totalidad; como una organización de esa totalidad analizada a lo largo del tiempo. Fue así como surgió el paradigma interdisciplinario del "*parcours de vie, o curso de la vida*", el cual, empezó a desarrollarse plenamente a partir de la década de 1970 en Estados Unidos, con las participaciones del sociólogo norteamericano Glen Elder y la historiadora Tamara Hareven (1977). Ya para la década de 1990 el uso de este paradigma o perspectiva teórica se extendió a América Latina, aunque de manera esporádica.

Como ha señalado Tamara Hareven, la perspectiva de curso de vida explora la sincronización entre el tiempo individual, el tiempo familiar y el tiempo histórico, buscando integrar la biografía, la estructura, la historia y los procesos del nivel micro y macro con la finalidad de explorar las relaciones recíprocas entre el cambio social y el cambio demográfico.

Esta perspectiva teórica incorpora el tiempo y la dimensión temporal a través de las trayectorias de vida individuales o colectivas y aporta algunas premisas: 1) pone de manifiesto que el curso de vida es un proceso compuesto por un entretejido de complejos dinamismos; 2) reconocen las relaciones recíprocas entre el individuo y el entorno institucional y social; 3) recuperan la historia de los individuos, sus motivos y elecciones personales y sitúan estos elementos en el centro del análisis; y; 4) cuestionan los modelos estáticos, enfatizando la enorme "plasticidad humana" y la capacidad que tienen los individuos para modificar sus comportamientos.

El curso de vida parte de tres conceptos fundamentales y cinco principios generales que permiten guiar los estudios enmarcados en este enfoque. Los tres principios básicos o ejes organizadores del análisis del curso de vida son: trayectoria, transición y puntos de inflexión<sup>1</sup>.

El concepto de *trayectoria* se refiere a una línea de vida, una carrera, un camino a lo largo de toda la vida, que puede variar y cambiar en dirección, grado y proporción. En cierto sentido, corresponde a la visión a largo plazo del enfoque del curso de vida y se puede definir por el proceso de envejecimiento o el movimiento a lo largo de la estructura de la edad. Las trayectorias son los recorridos o las acciones (algunas de ellas ya normadas por la sociedad) que una persona realiza a lo largo de su vida y que pueden estar secuenciadas o no. Las trayectorias abarcan una variedad de ámbitos tales como: trabajo, escolaridad, vida reproductiva, migración, etc.<sup>1</sup>.

La *transición* hace referencia a cambios de estado (soltero a casado; casado a divorciado); de posición (empleado a gerente de área); de nivel (primaria a secundaria) o de situación (empleado a desempleado), sin embargo éstas transiciones no necesariamente están predeterminadas o son previsibles, aunque –al igual que con las trayectorias–, algunas transiciones tienen mayores o menores probabilidades de ocurrir, por ejemplo, las entradas y salidas del sistema escolar, la transición al matrimonio y la llegada de los hijos. Algunas transiciones están normadas por la edad, la sociedad, la cultura del país o la región en la que se desenvuelvan las personas, por ello, el enfoque de curso de vida destaca que las transiciones no son fijas y que pueden ocurrir varias simultáneamente o presentarse en diferentes momentos. Las transiciones pueden describirse por su tiempo de ocurrencia (calendario), su secuencia y su duración, características que le dan sentido a las trayectorias, por ello las transiciones acompañan siempre a las trayectorias<sup>1</sup>.

El tercer concepto, asociado a los anteriores, es el de *punto de inflexión* - también descrito como evento crucial- y se trata de eventos que provocan fuertes modificaciones originando la interrupción en una o más de las trayectorias. Este

“cambio de estado”, como lo conciben algunos autores, puede surgir de acontecimientos fácilmente identificables, sean “desfavorecedores”, como la muerte de un familiar muy cercano y significativo o bien, pueden tratarse desituaciones que se califican como subjetivas<sup>1</sup>.

A diferencia de las trayectorias y las transiciones, los puntos de inflexión no pueden ser determinados prospectivamente; es decir, no son predecibles no podemos saber qué o cuando sucederán, sólo podemos describirlos una vez que ya hayan ocurrido<sup>2</sup>. Una característica de los puntos de inflexión es que implican cambios que modifican a largo plazo el curso de vida del individuo. Un ejemplo del punto de inflexión puede ser el diagnóstico de una enfermedad grave, ya que cambia al individuo en su cotidianidad, en sus hábitos y la estructura de su familia.

El curso de vida puede analizar tres aspectos en la vida de una persona a lo largo del tiempo histórico y social en que vivió. Pero para llegar a este análisis se sustenta en cinco principios fundamentales, los cuales se enlistan a continuación:<sup>2</sup>

### **1. Desarrollo a largo plazo.**

Se refiere a la necesidad de tener una perspectiva de largo plazo en la investigación y el análisis, ya que el desarrollo humano es un proceso que inicia con el nacimiento y culmina con la muerte.

### **2. Tiempo y lugar.**

Este principio apunta a la importancia de lo contextual. Los individuos están incrustados y son modelados por los tiempos históricos y los lugares en los que se encuentran a lo largo de su vida.

### **3. Año calendario – tiempo en la vida de las personas (timing)**

Se refiere al momento en la vida de una persona en el cual le sucede un evento, puede ser durante la infancia, la adultez, o durante una transición, etc. El impacto de una sucesión de transiciones o eventos depende de cuándo ocurren en la vida de una persona. Los roles y comportamientos están asociados con grupos de

edad particulares, según la edad biológica, psicológica, social y espiritual.

#### **4. Vidas interconectadas o vinculadas.**

Las vidas se viven de manera interdependiente y las influencias sociales e históricas se expresan a través de esta red de relaciones compartidas. Las vidas humanas son interdependientes y la familia es el escenario principal para experimentar e interpretar fenómenos históricos, culturales y sociales más amplios. Por ejemplo, la vinculación entre los miembros de una familia (la del marido y su cónyuge, la de los hijos, padres y abuelos, etc.).

#### **5. Libre albedrío (agencia)**

Lo que destaca este principio, es que los individuos no son entes pasivos que sólo aceptan las influencias o los cambios que se presentan durante su paso, sino que los individuos construyen su propia vida a través de las limitaciones y oportunidades de la historia que viven y las circunstancias sociales en las que se encuentran<sup>2</sup>.

Estos principios ponen en relieve la perspectiva temporal y social, y permiten examinar de forma retrospectiva las experiencias de vida de una persona, de una cohorte o de varias generaciones. Entendiendo por cohorte a los "individuos nacidos en una misma época que se mueven a lo largo de sus vidas en un contexto histórico determinado y que sus integrantes, conforme envejecen tienen una variedad de experiencias en común que los puede llevar a elecciones comportamentales similares<sup>3</sup>.

Las transiciones pueden girar o modificar las trayectorias de vida, generando tensiones en las rutinas cotidianas o afectando importantes dimensiones de la vida cuyas consecuencias no pueden ser evaluadas sin tomar en cuenta el tiempo y el orden de las propias transiciones<sup>1</sup>.

Desde el punto de vista individual y familiar, las transiciones son importantes porque reflejan eventos cruciales en la vida de las personas, pero a su vez, movimientos socialmente creados, reconocidos y sancionados. En este sentido, el tiempo biográfico se ve afectado por cambios culturales, económicos y sociales que

influyen en el tiempo en el cual los roles, las posiciones o las identidades están disponibles para los individuos. En otras palabras, la dinámica del curso de vida emerge en parte del Inter juego entre trayectorias y transiciones, las cuales representan una visión a largo y corto plazo.

Los primeros trabajos publicados en 1970 con enfoque de curso de vida recibieron importantes críticas por minimizar su capacidad analítica, pues se argumentaba que esta conceptualización era sentido común, por lo que su promoción era innecesaria<sup>2</sup>.

Sin embargo, uno de los desarrollos más importantes que provienen del enfoque del curso de vida es el concepto de ventaja/desventaja acumulada (**modelo de riesgos acumulados**). Concepto que analiza cómo las disparidades en la salud a lo largo de la vida pueden ser el resultado de las desigualdades de base socioeconómica. La idea de que la desventaja aumenta la exposición al riesgo y la ventaja aumenta la exposición a la oportunidad indica que un mayor estrato socioeconómico ayudaría a reducir la morbilidad y la incapacidad en los últimos años de vida, y que lo contrario sucede con un estrato socioeconómico más bajo<sup>4</sup>.

Otro de los estudios más importantes es el que corresponde a la hipótesis de los orígenes fetales (**modelo del periodo crítico**), el cual intenta vincular las condiciones en el entorno intrauterino con el desarrollo posterior de enfermedades crónicas en adultos. La hipótesis se originó de la explicación de cómo determinados sucesos sociales traumáticos que llevaron a la población a vivir en situaciones extremas pudieron afectar a generaciones posteriores. Es en estos periodos críticos cuando las habilidades influyen fuertemente en las trayectorias del curso de vida, con implicaciones importantes para la salud en la vida posterior<sup>4</sup>.

Otra aportación al respecto es el **modelo de movilidad social** que explica como las distintas trayectorias temporales por diferentes niveles de orden socioeconómico dan lugar a diferencias en los perfiles de salud y enfermedad<sup>4</sup>.

El enfoque de curso de vida, por lo tanto, es una perspectiva teórica que se utiliza para entender cómo los distintos eventos o cambios que experimenta una persona

tienen efectos diversos dependiendo de su edad, sexo, raza, etnia y clase social dentro de un tiempo y una sociedad determinada.

En el área odontológica, éste enfoque se ha utilizado por lo general con metodología cuantitativa y han encontrado asociaciones entre el nivel educativo, el ingreso económico, las experiencias adversas durante la infancia y la condición dental de las personas; sin embargo, no se trata de sumar variables, sino de interpretarlas dentro de la estructura social donde adquieren sentido. Razón por la cual, recientemente la investigación ha integrado la metodología cualitativa para recuperar la historia de los individuos, sus motivos y elecciones personales para reconstruir las trayectorias de salud y los puntos de inflexión que derivaron en la pérdida dental principalmente en personas adultas mayores<sup>4</sup>.

## **2.1 Antecedentes sobre la perspectiva de curso de vida en la literatura.**

En México, la literatura sobre el curso de vida se ha incrementado, enfocándose en temas relacionados con las transiciones a la adultez (en temas relacionados con el ámbito laboral principalmente) y las trayectorias vitales de hombres y mujeres (en aspectos relacionados con la unión conyugal y la escolaridad). Ambos elementos del curso de vida permiten observar un proceso longitudinal con consecuencias de eventos vitales que se orientan a largo plazo<sup>5</sup>.

Algunos trabajos sobre trayectorias estudian las carreras o itinerarios que las personas siguen en determinado ámbito de la vida, del cual se observan las distintas transiciones y/o estados que la conforman. Dentro de las principales líneas de investigación se encuentra el estudio de las trayectorias laborales, donde se precisa las entradas y salidas del sector formal e informal del mercado laboral de hombres y mujeres; la movilidad intra - generacional <sup>6</sup> y los patrones de movilidad ocupacional de varones regiomontanos. Respecto a la relación entre el ámbito conyugal y reproductivo con el laboral de las mujeres, a partir del análisis de las trayectorias, algunos estudios presentan aproximaciones donde la trayectoria que prevalece es la conyugal, y a partir de ella se observa su relación con las demás. Por ejemplo, la discontinuidad de las trayectorias laborales producto de la relación

con la trayectoria reproductiva<sup>7-9</sup>.

Respecto al análisis de las transiciones, algunos autores analizan las transiciones entre la coresidencia, la constitución familiar y el uso por primera vez de la anticoncepción, la formación de uniones conyugales y el establecimiento de arreglos residenciales, la ocurrencia de la migración y de los eventos con los cuales se relaciona inmediatamente: trabajo, escolaridad y matrimonio; así mismo también se ha analizado la presencia de la migración previa a la vida familiar<sup>9</sup>.

Entre los trabajos sobre trayectoria donde la primera unión es el eje de los análisis, destaca el presentado por Mier y Terán en el año 2012 y referido por Pérez Baleón, donde relaciona el noviazgo y la unión conyugal en mujeres y hombres mexicanos nacidos entre 1921 y 1997, basada en la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Familias. Pérez Baleón destaca la edad en la que ocurren las transiciones y busca conocer la manera en que éstas se entrelazan con la permanencia en el hogar paterno<sup>9</sup>.

En un análisis similar, a partir de las trayectorias de una cohorte de mujeres y varones de la Encuesta Demográfica Retrospectiva (EDER) 1998, Echeverri analizó la constitución de la familia y la coresidencia de las personas con sus padres, cónyuges e hijos. Y a partir de estos elementos generó ocho trayectorias donde interrelacionó la salida del hogar paterno con la entrada en unión y el nacimiento de los hijos, posteriormente analizó la situación familiar de los individuos a los 30 años, el tiempo que permanecieron en cada situación y la edad mediana de las transiciones. Entre los resultados encontrados destaca el hecho de que la mayoría de las personas incluidas en el estudio ya habían conformado un hogar independiente de sus padres y habían iniciado la reproducción, con intervalos cortos entre la unión y la descendencia al momento del corte<sup>9</sup>.

Solís en el 2008 analizó la primera unión marital, la primera relación sexual y el embarazo, y a partir del análisis de tres cohortes de mujeres nacidas entre 1951 y 1975 (información proporcionada por la Encuesta Nacional sobre Niveles de Vida de los Hogares - ENNVIH, 2002), se determinó si había alteración en la secuencia normativa o tradicional dada por el primer enlace conyugal, la ocurrencia de la

primera relación sexual y del primer embarazo. A partir del análisis de la edad de ocurrencia de las tres trayectorias y la obtención de ocho secuencias se encontró que la trayectoria normativa pareció haber cedido lugar a una trayectoria diferente en las mujeres de la cohorte más joven (1971 — 1975), quienes en su mayoría no experimentaron ninguna transición de las tres mencionadas. Sólo cuatro de cada diez mujeres jóvenes continuaron apegándose al patrón normativo<sup>10</sup>.

Un aspecto muy importante que es analizado de igual forma con enfoque de curso de vida ha sido la migración. Desde hace algunas décadas el tema migratorio se ha enfocado en el movimiento de mexicanos hacia la frontera norte, o bien del movimiento de centro y Sudamérica en territorio mexicano que atraviesa la frontera sur. Sin embargo, también existe otro movimiento migratorio en el interior de México, y es precisamente la migración rural a zonas urbanas <sup>8, 11</sup>.

Los estudios sobre migración interna del campo a las ciudades en territorio mexicano comenzaron en la década de 1960 y se dedicaron en su mayoría al estudio de las comunidades indígenas establecidas en la parte norte del país cerca de la frontera con Estados Unidos, especialmente en el estado de Baja California. A finales de 1970, el estado mexicano adopta un proyecto de modernización lo que separa a la agricultura de la industria y con ello desata una fuerte crisis en el campo y otros sectores agrícolas lo que lleva a los habitantes del campo a migrar a las ciudades y los centros urbanos con mayor desarrollo económico del país. Esta migración produjo un exceso de habitantes y una disminución de los espacios para la habitación y con ello la escasez de los empleos. Para la década de los noventa, la crisis en el campo mexicano continuó, así como la gente que siguió migrando a las ciudades en busca de recursos económicos y mejor calidad de vida<sup>11, 12</sup>.

Entre los trabajos relacionados con migración interna y trayectorias de vida se encuentra el elaborado por Rojas Rangel Teresa en 2017, en el cual a partir de construcciones históricas liga a la infancia con la noción de propiedad privada y patrimonio familiar. Es decir, la mano de obra de los hijos pertenece a los padres a partir de contratos verbales, situación que modifica las trayectorias educativas de los niños migrantes <sup>13</sup>.



Ramírez G. en el año 2009, realizó un trabajo de investigación relacionado con la migración masculina a Estados Unidos y el trabajo femenino extra doméstico, en el cual documenta el impacto de la migración internacional en la vida de los hogares, tanto en los de origen como en aquellos que forman los migrantes en los países de destino; y menciona que en México los estudios realizados desde la perspectiva de género en las comunidades de origen, tienen efecto tanto en las condiciones económicas como en la vida cotidiana de los que se van y de los que se quedan, redefiniendo los roles, las relaciones de género, las actividades productivas y aunque de manera más lenta las reproductivas<sup>14</sup>.

Asimismo, Montes de Oca y Hebrero en 2012, presentan una reflexión teórica sobre la relación entre la masculinidad y la migración en contextos de pobreza a través del análisis de la trayectoria familiar vista a lo largo de tres generaciones. En ella, concluyen que las condiciones de vulnerabilidad, la decisión de migrar y el rol de proveedor mantienen un mismo patrón a través de las tres generaciones, lo que permite se perpetúe la migración hacia Estados Unidos. De tal forma que la migración se convierte en un patrón aprendido y heredado de padres a hijos, y la única opción de sobrevivencia familiar, dado que no visualizan otras alternativas que permitan mejorar sus condiciones de vida, a la vez, que esta acción migratoria reafirma la condición de masculinidad entre los hombres<sup>15</sup>.

## **2.2 Perspectiva de curso de vida y salud bucal**

La epidemiología del curso de vida examina una variedad de procesos potenciales a través de los cuales las exposiciones que actúan en diferentes etapas de la vida pueden, individualmente o en combinación, influir en la morbilidad y los efectos a largo plazo <sup>2</sup>.

Esta perspectiva metodológica ha conjuntado el enfoque de curso de vida y los estudios de salud, situando como principio de análisis los procesos potenciales de exposición que actúan a lo largo de la vida y la manera en la que estos influyen en la prevalencia e incidencia de las enfermedades<sup>2</sup>. La conjunción de los factores de exposición, el estrato socioeconómico, las distintas etapas de la vida y los cambios

epigenéticos de la población pueden analizarse desde la perspectiva de curso de vida y su influencia en la salud de la población <sup>2</sup>.

A pesar de que en el área de la Salud Oral existe un intento por integrar los principios de la perspectiva de curso de vida reconstruyendo desde la infancia la salud oral del adulto; involucrando las creencias de los padres respecto a la salud oral de los hijos y su repercusión en etapas sucesivas; así como el efecto acumulativo de experiencias propias o ajenas respecto al cuidado mismo de la salud, aún se requiere que estas aportaciones integren como características el tiempo y el lugar del evento, para conocer la repercusión del momento histórico en la salud oral<sup>16</sup>.

Desde la perspectiva de salud se ha desarrollado una amplia gama de estudios cuantitativos como cualitativos bajo la perspectiva teórica del enfoque de curso de vida, pero su impacto no ha sido suficiente en la investigación odontológica (CUADRO 1).

**Cuadro 1. Síntesis de trabajos publicados con enfoque de curso de vida.**

Año de publicación	Autor	Lugar	N	Tipo de estudio	Título
2018	Schuch HS	Pelotas, Brasil	539	Cuantitativo	Effect of life-course family income trajectories on periodontitis: Birth cohort study. <sup>17</sup>
2018	Macedo	Sobral, Brasil	1021	Cuantitativo	Iniquidades na assistência odontológica ao longo do curso de vida de jovens: um estudo de coorte. <sup>18</sup>
2014	Matsumaya	Japón	38 731	Cuantitativo	Experience of childhood abuse and later number of remaining teeth in older Japanese: a life course study from Japan Gerontological Evaluation Study project. <sup>19</sup>
2014	Broadbent	Nueva Zelanda	1037	Cuantitativo	Oral Health-related Beliefs, Behaviors, and Outcomes through the Life Course. <sup>20</sup>
2014	Dezhdar	Irán	15	Cualitativo	Transition from being OK to NOTOK with tooth loss among a selection of older people in Iran: a qualitative study. <sup>21</sup>

2012	Muirhead	Canadá, Montreal	10	Cualitativo	Life course experiences and lay diagnosis explain low-income parents' child dental decisions: a qualitative study <sup>22</sup>
2010	Hebrero	México	696	Cuantitativo/ Cualitativo	Transiciones en el proceso salud – enfermedad en la población con 60 – 79 años residente en el Distrito Federal: El caso de Iztapalapa. <sup>23</sup>

Fuente: Elaboración propia

De los estudios realizados bajo este enfoque dentro del área de la salud, se encuentra el de Schuch HS en colaboración con otros autores en 2018, quienes realizaron la reconstrucción de la trayectoria de ingreso familiar dando inicio con el nacimiento (año 1982) y continuando a la edad de 15, 19, 23 y 30 años en individuos de la localidad de Pelotas, Brasil. La finalidad fue analizar la relación entre ingreso familiar y la presencia de periodontitis moderada/ grave para identificar grupos vulnerables. La relación que encontraron se presentó entre los individuos con una trayectoria de ingreso familiar bajo a lo largo de su curso de vida y la presencia de periodontitis moderada/grave a los 31 años. A pesar de que los autores reconstruyen la trayectoria de ingreso familiar en cuatro momentos, el análisis de los resultados es interpretado de forma transversal, encontrando una asociación estadísticamente significativa, pero sin una explicación de cómo la variación o no del ingreso, impacta en la presencia de la enfermedad, ya sea de forma positiva o negativa<sup>17</sup>.

En el mismo sentido, se encuentra el trabajo encabezado por Macedo y cols. en el año 2018, quienes siguieron a un grupo de jóvenes entre los 5 y 9 años de edad durante los años 2000, 2006 y 2012 en el municipio de Sobral en Brasil. La finalidad del estudio, basándose en una perspectiva de curso de vida, fue analizar la trayectoria dental con relación al tratamiento restaurador, las condiciones socioeconómicas, la utilización de servicios y las acciones preventivas de salud bucal. Los resultados permitieron concluir que la presencia de peores condiciones socioeconómicas de los adolescentes entre los 5 y/o 9 años hasta los 17 y/o 21 años (periodo de seguimiento), fue un factor de riesgo para la falta de utilización del servicio odontológico. Asimismo, destacan que la participación de los

adolescentes en grupos se relacionó con un mayor uso del servicio dental y una mayor participación para recibir información sobre salud bucal. Aunado a que el estudio reveló la presencia de inequidad en la asistencia odontológica a lo largo de la vida de la población estudiada. Desafortunadamente el análisis de los resultados refiere una relación entre las condiciones socioeconómicas seguidas en adolescentes desde los cinco o nueve años hasta los 17 o 21 años, pero no mencionan cómo las variables que describen como independientes modifican o moldean la trayectoria dental con relación al tratamiento, siendo el eje rector del trabajo de investigación<sup>18</sup>.

En el año 2016 Matsuyama y cols., realizaron un trabajo con perspectiva de curso de vida para describir cómo las experiencias adversas de la infancia (ACE) como el abuso infantil (psicológico o de negligencia infantil), pueden ser factores de riesgo para el desarrollo de enfermedades en la vida adulta, incluso causar una salud dental deficiente e iniciar comportamientos poco saludables. El objetivo del estudio fue investigar la asociación entre la experiencia de abuso infantil hasta la edad de 18 años y la presencia de dientes en boca utilizando datos del Estudio de Evaluación Gerontológica de Japón (JAGES) en 2013, que incluyó a 27 525 japoneses de  $\geq 65$  años de edad. Los resultados dejaron en evidencia que 46.6% de las personas que reportaron un abuso infantil antes de los 18 años presentaban  $\geq 20$  dientes presentes en boca; 22.0% entre 10 y 19 dientes; 11.4% entre 5 y 9 dientes; 8.2% entre 1 y 4; mientras que 11.8% reportó ser edéntulo. Pese a que la información referida por los autores con relación a la asociación entre los ACE y la presencia de dientes presentes en boca controlando por condiciones socioeconómicas fue estadísticamente significativa, el análisis no permitió determinar si el abuso infantil tuvo un efecto longitudinal adverso sobre la salud dental en la vejez<sup>19</sup>.

Broadbent, en conjunto con un equipo de investigadores en el año 2016, publicaron un trabajo titulado “Creencias, comportamientos y resultados relacionados con la salud oral a través del curso de vida”, este documento con perspectiva de curso de vida tuvo por objetivo analizar una base de datos longitudinales de una cohorte de

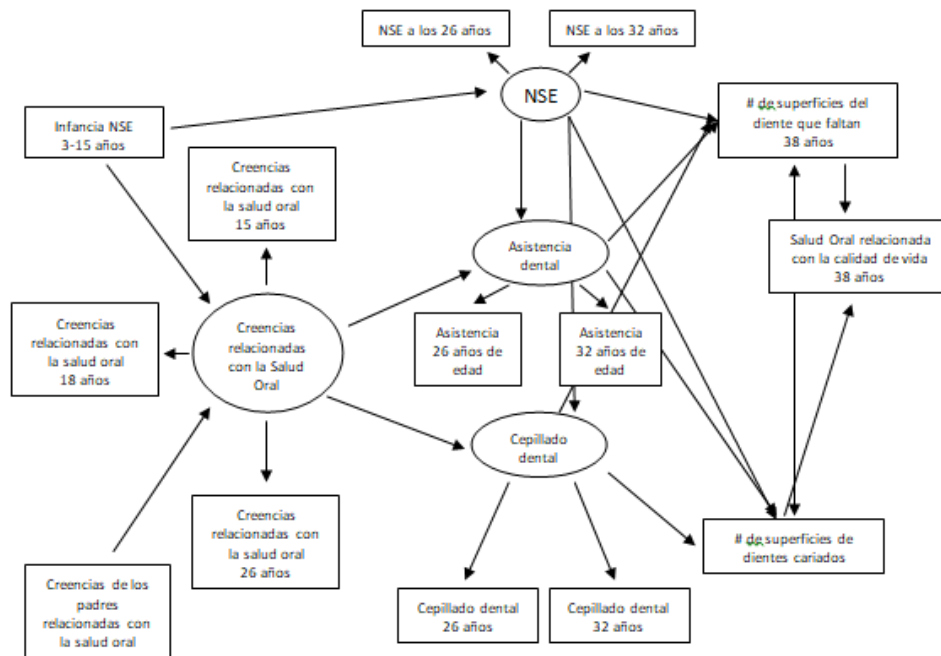
personas nacidas entre 1972 y 1973 en una comunidad de Nueva Zelanda, considerando el estado socioeconómico, las creencias sobre la atención de la salud (de las propias personas y de sus padres), las conductas de autocuidado y los resultados de salud bucal. El producto final del análisis fue la creación de un modelo de salud para identificar posibles asociaciones entre las variables de creencias y comportamientos con la salud bucal; partiendo de la premisa de que una posición socioeconómica alta en la niñez puede predecir creencias favorables sobre la salud bucal en la adolescencia y la adultez temprana, lo que a su vez, predeciría comportamientos favorables de autocuidado y asistencia dental; estos llevarían a una menor experiencia de caries dental y por lo tanto, a una mejor salud bucal auto reportada a la edad de 38 años. La información se obtuvo en tres momentos a los 15, 26 - 28 y 32 años<sup>20</sup>.

La información obtenida señaló que las creencias tempranas relacionadas con la salud bucal, como son el uso del cepillo y del servicio dental se asociaron con las creencias actuales; el cepillado dental y el uso del servicio a su vez se asociaron con la cantidad de superficies dentales cariadas y dientes faltantes en la edad adulta. Al mismo tiempo, el número de superficies cariadas y los dientes faltantes se asociaron con una calidad de vida relacionada con la salud bucal deficiente. Sin embargo, lo que hay que resaltar de este trabajo, es el abordaje de dos de los principios de la perspectiva del curso de vida que resaltan los autores. Ellos mencionan que al final de la cuarta década de la vida la salud bucal se asocia con factores intergeneracionales (principio de vidas interconectadas) y diversos aspectos de las creencias de las personas (principio de tiempo y lugar), y la explicación que refieren, es que la salud bucal de las personas con quienes nos desenvolvemos durante la infancia es el indicador de cómo esperamos vernos en la edad adulta, asimismo refieren que las creencias de las personas respecto a la cultura del autocuidado depende de la influencia del tiempo histórico y social que experimenta cada persona<sup>20</sup>.

Una aportación de Broadbent y cols. en el trabajo publicado fue la esquematización de una posible relación entre el comportamiento, las creencias y los resultados de

la salud bucal a lo largo del curso de vida de las personas entrevistadas (Figura 1), que puede ser considerado como un acercamiento a la trayectoria de salud dental de los individuos<sup>20</sup>.

**Figura 1. Modelo de curso de vida de la salud bucal relacionado con creencias, comportamientos y resultados de salud. SES, estado socioeconómico.** <sup>20</sup>



Traducción del Modelo de Broadbent (2016)

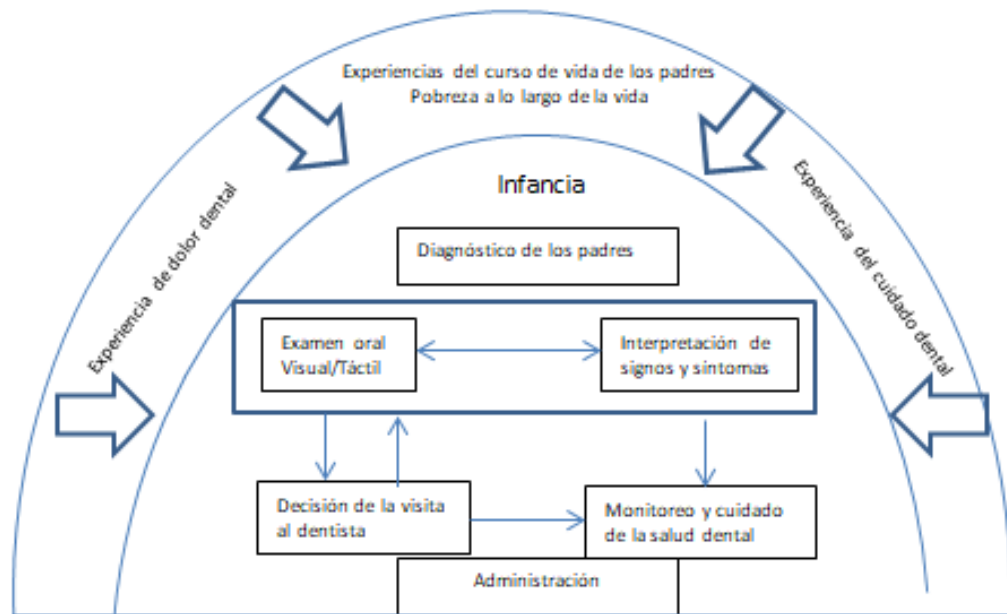
Por otro lado, en 2017, Dezhdar y cols. llevaron a cabo 15 entrevistas en personas adultas mayores de 60 años de edad en Irán, bajo la perspectiva de curso de vida, a partir de las cuales analizaron la percepción de transitar por la pérdida dental y la búsqueda de la atención. En el análisis encontraron cuatro temas relevantes asociados con la pérdida dental; la necesidad de enfrentar el problema (continuidad en la rutina diaria); la búsqueda de información sobre salud dental; el desafío de la adaptación; y la búsqueda de rehabilitación dental. Los cuales pueden explicarse a partir de la cohorte de nacimiento y la edad en la que la persona experimentó la pérdida dental. Ellos describen el caso de las personas que vivieron en tiempos

de guerra donde la pérdida dental era irrelevante y la adaptación era más fácil por las experiencias de pérdida vividas a lo largo de su vida y lo comparan con la situación que experimentaron las mujeres que transitaron a la viudez y las cohortes más jóvenes, donde la pérdida es vista como un evento negativo. Asimismo, refieren que las personas que iniciaron la pérdida dental entre los 15 y 20 años de edad hasta llegar al edentulismo, la adaptación a la falta de dientes fue más fácil debido a la pérdida gradual y su adaptación a la rutina diaria. Resultados que hacen referencia a dos teorías del curso de vida: movilidad social determinada por la cohorte de nacimiento y la desigualdad acumulada, descrita a partir de lo experimentado a temprana edad y que repercute en la edad adulta<sup>21</sup>.

Otro ejemplo del uso de la perspectiva de curso de vida en la salud bucal es el desarrollado en 2012 por Muirhead y cols., en el cual analizan el momento (timing) en el que los padres con bajos recursos deciden acudir o solicitar atención dental profesional para el cuidado de la dentición temporal de sus hijos. Para ello, recopilaron 10 entrevistas de padres con bajos recursos en Montreal, Canadá e identificaron que las principales razones para solicitar atención es cuando las herramientas adquiridas a partir de las experiencias personales de dolor o atención odontológica se agotan. En este sentido los padres a pesar de contar con el servicio de asistencia social deciden brindarles atención a sus hijos considerando la experiencia y las alternativas que ellos de niños experimentaron. Estos resultados hacen referencia al principio del curso de vida relacionado con vidas interconectadas, donde el vínculo entre la trayectoria individual y la familiar se entremezclan<sup>22</sup>.

Las razones que proporcionaron los padres para diagnosticar alguna afección de la dentición temporal de sus hijos fueron integradas por los autores en la FIGURA 2, donde hacen referencia al dolor dental, a experiencias de los abuelos transmitidas a los padres y a la experiencia propia del cuidado dental. Asimismo, los padres refieren que su diagnóstico se basa en la inspección visual, la interpretación de signos de acuerdo con sus experiencias vividas, el monitoreo y cuidado de la salud oral de los hijos y que a partir de estas características ellos toman la decisión para visitar al dentista<sup>22</sup>.

**Figura 2. Esquemización de los temas emergentes relacionados con las decisiones del cuidado dental de los padres<sup>22</sup>.**



Traducción del Modelo de Muirhead (2012)

El trabajo de Muirhead utiliza la perspectiva de curso de vida e integra el concepto de diagnóstico “intuitivo” como una variable que describe a las experiencias previas como estrategia para decidir el momento en que los padres solicitan atención dental del profesional. De esta forma Muirhead entrelaza el timing (momento en que suceden el evento) y el principio de vidas interconectadas <sup>22</sup>.

### 2.2.1 Estudios longitudinales

La información longitudinal ha sido uno de los aportes esenciales para el enfoque del curso de vida. Por su naturaleza estas fuentes de información ayudan a realizar inferencias válidas sobre distintos fenómenos sociales y de salud que le acontecen a la población. El dar seguimiento a los mismos individuos, conforme van creciendo y envejeciendo, proporciona información y puntos de vista diferentes a los estudios longitudinales <sup>2</sup>.

Los estudios longitudinales son el estándar de oro para el enfoque del curso de vida.



Sin embargo, se deben aceptar una serie de limitaciones prácticas en el momento de llevarlos a cabo, ya que la mayoría son extremadamente costosos. Por ello, se ha optado por considerar como información longitudinal aquella que puede provenir de encuestas tanto de carácter prospectivo como retrospectivo <sup>2</sup>.

En el cuadro 2, se presenta una síntesis de diversos estudios siguiendo el enfoque de curso de vida con datos longitudinales.

**Cuadro 2. Estudios longitudinales con perspectiva de curso de vida.**

Año	Autor	Lugar	N	Título
2015	Gülcan	Suecia	5 697	Inequality in oral health related to early and later life social conditions: a study of elderly in Norway and Sweden. <sup>24</sup>
		Noruega	3 733	
2014	Aström	Suecia	6 346	Life – course social influences on tooth loss and attitudes among older people: evidence from a prospective cohort study. <sup>25</sup>
2011	Peres	Brasil	720	The Influence of Family Income Trajectories from Birth to Adulthood on Adult Oral Health: Findings from the 1982 Pelotas Birth Cohort. <sup>26</sup>
2002	Poulton	Nueva Zelanda	1 000	Association between children’s experience of socioeconomic disadvantage and adult health: a life-course study. <sup>27</sup>
2004	Thomson	Nueva Zelanda	1 019	Socioeconomic inequalities in oral health in childhood and adulthood in a birth cohort. <sup>28</sup>

Fuente: Elaboración propia

Un ejemplo de trabajos con perspectiva de curso de vida e información longitudinal es el trabajo publicado por Gülcan F. y cols., quienes analizaron adultos suecos (n=3 733) y noruegos (n=5 697) entre 65 y 70 años, en el periodo de 2007 a 2012 con la finalidad de conocer cómo las condiciones sociales en la infancia repercuten en la pérdida dental en edades posteriores y en el impacto de la salud respecto a las actividades diarias de los adultos. Para ello, se definieron las condiciones sociales en la infancia por género, educación y lugar de nacimiento y posteriormente las condiciones sociales de la edad adulta a partir de las horas de trabajo por semana, el estado civil y las redes sociales (misma que se preguntó cómo:

"¿Cuántas personas conoces o con cuántas personas platicas durante una semana común?"). Se consideraron además variables como estado de la dentición a partir de la pregunta: ¿Cuántos dientes tiene en la actualidad? y calidad de vida a partir de la pregunta: Durante los últimos seis meses, "¿qué tan a menudo tiene problemas con los dientes o la boca para: comer y disfrutar de la comida; para hablar y pronunciar claramente las palabras; limpiar sus dientes; dormir y descansar; sonreír y mostrar los dientes sin vergüenza; mantener el estado emocional habitual; disfrutar el contacto con personas y llevar a cabo un trabajo importante?"<sup>24</sup>.

Los resultados mostraron asociación entre las condiciones sociales en la infancia y la pérdida dental; asimismo se observó asociación entre el nivel de escolaridad bajo (descrito como educación primaria, secundaria y bachillerato) y la presencia de pérdida dental. Desafortunadamente no existe una explicación del impacto de las condiciones sociales en la presencia de la pérdida dental a través de los años de seguimiento o como el nivel de escolaridad moldeó o configuró la trayectoria de pérdida dental en los adultos de los diferentes países. No se explica cómo las estructuras sociales (instituciones, cultura, familia, etc.) afectan la pérdida dental o favorecen la presencia de dientes remanentes en los distintos países <sup>24</sup>.

Otro ejemplo de este tipo de estudios con perspectiva de curso de vida es el desarrollado por Astrøm y cols., en 2014, quienes examinan la relación de las trayectorias de la condición social con las actitudes respecto a la cavidad bucal y la pérdida dental. Para su análisis, utilizaron como modelos la movilidad social y el modelo epidemiológico de acumulación de riesgos, en una cohorte de adultos suecos que nacieron en 1942 y que para el año 2014 tenían entre 65 y 70 años. Los resultados obtenidos señalaron que los adultos que presentaban una movilidad social constante antes de los 65 años tenían actitudes negativas respecto a su condición bucal y una mayor pérdida de dientes, lo cual se mantenía estable al llegar a la edad de la jubilación y el retiro. Lo que sostiene que la acumulación de riesgos a lo largo del curso de vida de las personas y la movilidad social son factores de riesgo para la presencia de pérdida dental, misma que se observa de forma lineal después de los 70 años (25). Este trabajo cuenta con datos longitudinales y asociaciones transversales que no permiten llevar a cabo un análisis con perspectiva

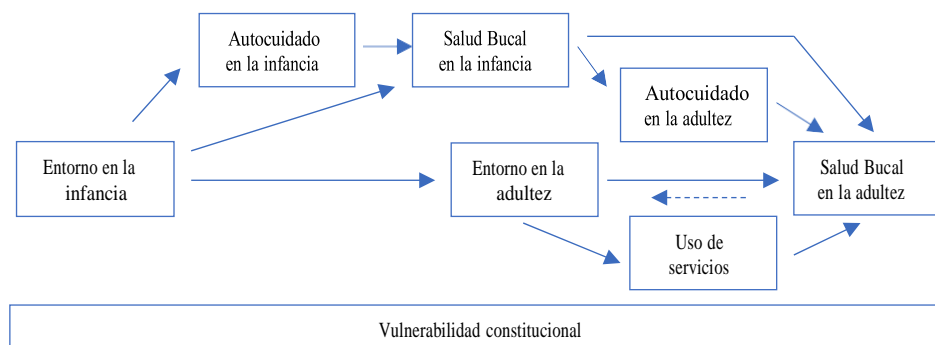
de curso de vida que permita entrelazar el tiempo histórico y social con la presencia de pérdida dental<sup>25</sup>.

De igual forma Peres y cols. (2011) evaluaron las trayectorias del ingreso familiar de 888 personas de 15 años, y 720 de 24 años a partir de la base de 5 914 niños nacidos en 1982 en la comunidad de Pelotas en Brasil. Para su análisis se consideraron los tres modelos epidemiológicos del curso de vida (periodo crítico, acumulación de riesgos y movilidad social) con relación a la condición socioeconómica a partir del recuento del número de episodios de pobreza en el nacimiento, a la edad de 15 años y a los 23 años, y se clasificó como: *siempre fueron pobres*, o bien, *nunca fueron pobres*), también se integraron como variables la educación y el auto reporte del color de la piel/raza (blanca, negra, morena, amarilla o indígena). Se incluyeron como probables confusores peso al nacer; hábito de fumar a los 24 años; uso de servicios dentales antes de los 15 años y en la actualidad; haber recibido consejos de higiene dental durante su visita al dentista antes de los 15 años; revisión dental como motivo de la última visita al dentista y porcentaje de dientes con cálculo dental en la actualidad. Entre los resultados encontrados destacan que en el grupo de personas que *nunca fueron pobres*, la instrucción educativa era alta y tenían mejores indicadores de asistencia dental, consejos de higiene dental durante la visita al dentista antes de los 15 años, dientes sanos y eran menos propensos a fumar y presentar cálculo dental en comparación con personas ubicadas en el grupo de *siempre fueron pobres*, cuyos resultados fueron inversos<sup>26</sup>.

Otro trabajo con perspectiva de curso de vida a partir de encuestas longitudinales fue el realizado por Puolton y cols., donde representaron la variación de la salud (psicológica, mental y dental) con relación al nivel socioeconómico descrito como persistente alta, alta, baja y persistente baja. Sin embargo, no mencionan en qué momento del curso de vida el nivel socioeconómico presenta cambios, lo cual podría permitir identificar si estos cambios impactaron o moldearon la salud de las personas<sup>27</sup>.

Respecto a la relación entre la desigualdad acumulada y la salud bucal Thomson y cols. en el año 2004, partieron de una base de datos de un estudio longitudinal realizado en niños de Dunedin (Nueva Zelanda) durante el periodo comprendido de 1972 a 1973, para determinar si la salud bucal de los adultos podía ser pronosticada por: la ventaja o desventaja socioeconómica de la infancia; por la salud bucal de la infancia; o bien, por los cambios en el nivel socioeconómico durante el transcurso de la vida. El estudio se realizó a partir de datos registrados desde su nacimiento (cohorte de 1972) hasta la edad de 26 años. Los participantes fueron revisados sistemáticamente a los 5, 7, 9, 11, 13, 15,18, 21 y 26 años de edad, en la última revisión se incluyó la recopilación de datos sobre enfermedad periodontal, pérdida dental y presencia de biopelícula. El nivel socioeconómico (NSE) infantil se determinó utilizando la ocupación parental y el nivel socioeconómico del adulto a partir de la ocupación que desempeñaba a los 26 años. En sus resultados describen que la acumulación de eventos (cadena de riesgos, FIGURA 3) descritos desde la infancia modificó la salud bucal a la edad de 26 años. Sin embargo, con un seguimiento por tantos años, y con el uso de los principios del curso de vida, podrían haber explicado cómo la variación del nivel socioeconómico, el tiempo de ocurrencia y las vidas interconectadas de la familia pudieron impactar en la trayectoria de salud o enfermedad de los participantes<sup>28</sup>.

**Figura 3. Cadenas de riesgo para la salud bucal a lo largo de la vida. Adaptado de Kuh <sup>28</sup>.**



En el año 2016 Brondani y cols., publicaron el documento “Enfoque del curso de vida para el Taller de Investigación de Salud Oral: Un informe sumativo”, en el cual destacan la importancia de la integración de nuevas alternativas para el estudio de la caries dental considerada “la epidemia silenciosa”, en el que mencionan: <sup>29</sup>

“...A lo largo de la vida de las cohortes y los individuos, las afecciones orales crónicas, que incluyen la caries dental y la enfermedad periodontal, son en su mayoría acumulables pero prevenibles...”<sup>29</sup>

“...Las enfermedades orales crónicas siguen distribuidas de forma desigual dentro de las poblaciones: los grupos desfavorecidos de bajo nivel socioeconómico parecen soportar la mayor parte de la carga psicosocial y financiera desde la infancia hasta el final de la vida...” No obstante, los modelos biomédicos y las definiciones de salud bucal centrados clínicamente continúan prevaleciendo cuando se estudian las causas y la progresión de la caries dental y otras enfermedades orales. Dado que tales modelos y definiciones bioclínicas no explican la compleja interacción de las características socio ambientales, de los factores psicológicos y de comportamiento de progresión de la enfermedad longitudinalmente, teorías alternativas y enfoques de investigación multinivel que fomentan una colaboración interdisciplinaria son necesarios para comprender el curso de la enfermedad oral a lo largo del tiempo...” (Brondani et al., 2016).

“...De tal manera que surge el enfoque de curso de vida como alternativa para explorar las vidas de las personas en contextos estructurales, sociales y culturales a lo largo de la vida...” (Brondani et al., 2016).

Con lo cual se refuerza la necesidad de utilizar esta alternativa metodológica de la perspectiva de curso de vida para examinar la historia de vida de un individuo y las influencias de eventos como la situación conyugal, las enfermedades propias de la infancia, el riesgo de enfermedad, entre otros eventos. De tal manera, que pueda incluir una interacción de las disciplinas sociales y de la salud, a la vez que se dirige atención en la conexión de las vidas individuales y el contexto histórico y

socioeconómico en el que se desenvuelven los individuos; uno de los principios en los que se basa el análisis del curso de vida (vidas interconectadas, tiempo y lugar, y momento en el que sucedieron los eventos)<sup>30</sup>.

El curso de vida enfatiza una perspectiva temporal y social donde las experiencias personales pueden reproducir patrones actuales de salud y enfermedad. Por lo que, es importante analizar las variables de nivel socioeconómico, escolaridad, ocupación, uso de servicios dentales y características demográficas en la infancia referidas con impacto en la trayectoria de pérdida dental, pero bajo el análisis del efecto cohorte en un grupo de personas adultas mayores.

### **3. ANTECEDENTES. SUCESOS QUE EXPERIMENTARON LAS PERSONAS NACIDAS ENTRE 1937 Y 1956 RELACIONADAS CON ESCOLARIDAD, OCUPACIÓN Y SALUD DENTAL.**

La forma con la que las personas conciben el mundo social depende en parte de los condicionantes del tiempo histórico que les tocó vivir, del tiempo en que nacieron y vivieron sus primeros años, de los eventos, oportunidades y límites dados por la sociedad en un momento determinado.

En la década de los cuarenta, el país iniciaba un proceso de industrialización y urbanización, comenzaba a prosperar económicamente, sin embargo, en las zonas rurales la población vivía aislada y en pobreza, mientras que, en torno a las ciudades se extendían cinturones de miseria conformados por personas que migraban del campo a la ciudad en busca de oportunidades. Como consecuencia de la urbanización y de la industrialización, la población económicamente activa, que en su mayoría era masculina, crecía en forma acelerada. A causa de las diferencias de género y de la normatividad vivida en ese tiempo, la población femenina vivía bajo una fuerte dependencia y sumisión a la autoridad masculina. La mayoría de las mujeres estaba centrada en el trabajo doméstico y la transición a la unión conyugal se presentaba en una edad promedio de 21 años, en contraste con la de los hombres que era aproximadamente tres años más (24 años); el número de hijos era mayor y el uso de métodos anticonceptivos nulo. Las oportunidades ocupacionales para las mujeres estaban limitadas y dirigidas a las mujeres aún solteras, razón por la cual, las mujeres que iniciaron su trayectoria laboral en la década de los cincuenta trabajaron como empleada doméstica antes de los 30 años <sup>31</sup>.

Para 1940, el porcentaje de personas consideradas analfabetas era 54% y el número promedio de años de estudio en población mayor de 15 años era apenas de dos años. Sin embargo, para 1960 la reducción del porcentaje de personas sin escolaridad se vio reflejado por la incorporación del Plan de Once Años, que permitió a más niños acceder a la educación primaria tanto en las zonas rurales como urbanas, sobre todo en los primeros tres grados de escolaridad, y contar por primera

vez con libros de texto gratuitos. La intervención del Estado mediante la política educativa que buscó abatir las desigualdades de la educación elemental cambió las trayectorias educativas de las personas de esta cohorte, sin embargo, el hecho de que aún bajo estos cambios existiera una concentración de mujeres sin educación formal es una clara expresión de la preferencia de las familias por invertir en mayor medida en los varones por considerarlos un bien necesario para el futuro familiar<sup>9</sup>.

A comienzos de 1960, las personas que nacieron en 1937 contaban ya con más de 23 años y vivían sus primeros años en un periodo de rápido crecimiento económico en México, aún bajo el modelo industrial de sustitución de importaciones presente desde 1940. No obstante, a principio de los años 70's este modelo económico venía en decremento y las condiciones laborales de los trabajadores empezaron a deteriorarse, estancándose el proceso de asalarización de la fuerza de trabajo y dando cabida al fenómeno de terciarización del empleo (aumento de las actividades transformadoras de bienes materiales), lo que abrió paso a la incorporación paulatina de las mujeres al mercado laboral <sup>31</sup>.

Para 1970, la población alcanzó una escolaridad promedio de 3.4 años y el analfabetismo se situó en 31.6% entre las personas de 15 años y más. A inicios de los 80's el país comenzaba a realizar su transición hacia el modelo industrial exportador y de apertura económica liberal, caracterizándose esta etapa por el continuo deterioro de las condiciones laborales y de los ingresos en México, así como por la reducción del empleo asalariado<sup>9</sup>. La terciarización del empleo asalariado creció, así como el trabajo familiar sin pago y el asalariado a destajo, además, aumentó la población trabajadora sin acceso a prestaciones. En ésta misma década, las mujeres que tradicionalmente se habían mantenido al margen del mercado laboral por estar casadas, tener hijos en edad escolar o por no contar con estudios, comenzaron su trayectoria laboral, probablemente por la necesidad de las familias a un mayor ingreso, al descenso de la fecundidad, a las transformaciones en las relaciones de género, al aumento de la tasa de migración masculina (IMAGEN 1), al cambio en los niveles educativos, o bien, al aumento en la frecuencia de los divorcios y/o separaciones conyugales<sup>9</sup>.



## Imagen 1. Programa "Bracero"



Fuente: Durand J. El programa bracero (1942-1964).

Es así como el contexto económico y social a través de la educación y la inclusión al mercado laboral son parte importante para explicar la trayectoria de pérdida dental de personas nacidas a partir de 1937 y que en la actualidad son consideradas como adultas mayores. Por el sentido de contar con un trabajo asalariado que permite la inclusión al sistema de salud y por ende, al servicio dental <sup>9, 31</sup>. Sin embargo, el tiempo individual que se engrana en el tiempo histórico a partir de la evolución del sistema de salud permite con otra visión indagar como esta relación pudiera explicar la presencia o elección de la pérdida dental.

En la década de 1930, el país reflejó la necesidad de contar con la intervención gubernamental en la política social, lo que llevó a poner en manos del Estado la prestación de los servicios como el financiamiento de la política de salud<sup>32</sup>.

Sin embargo, al contar con recursos limitados el gobierno comenzó por fortalecer el Departamento de Salubridad Pública (creado en 1917) y reunir a un conjunto de organizaciones heterogéneas y poco coordinadas que hasta ese momento había sido operado de manera voluntaria, mediante instituciones religiosas y organismos de caridad. Dadas las dificultades políticas y económicas de esa década, el gobierno restringió sus acciones y se concentró a reglamentar las instituciones existentes, públicas y privadas, que prestaban atención médica. Las políticas se dirigían en especial a mejorar la higiene en las zonas urbanas y a combatir las enfermedades contagiosas<sup>32</sup>.

El Departamento de Salubridad Pública (IMAGEN 2) funcionó bajo el esquema administrativo diseñado desde mediados de la década de los veinte hasta 1937, cuando el presidente Lázaro Cárdenas creó la Secretaría de Asistencia Pública y dividió sus funciones. Al primero le quedó la responsabilidad de la protección sanitaria y al segundo, los servicios asistenciales para la población<sup>33</sup>.

### Imagen 2. Departamento de Salubridad Pública



Fuente: Cien años de Salud Pública en México, Historia en imágenes, 2010.

En 1943, el presidente Manuel Ávila Camacho decretó la fusión de ambas dependencias para crear la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) y su primer director fue el doctor Gustavo Baz, quien durante su gestión promovió importantes acciones como la construcción de una moderna infraestructura hospitalaria en la ciudad de México y en provincia<sup>33</sup>.

El 19 de enero de 1943 fue publicada la Ley del Seguro Social que garantizaba a los trabajadores (no rurales) y sus familias el derecho a la salud, la asistencia médica, quirúrgica y hospitalaria, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo. El Instituto Mexicano del Seguro Social - IMSS materializó los servicios que esta ley ofrecía, sin embargo, al finalizar el periodo del presidente Ávila Camacho, en diciembre de 1946 sólo existían dos clínicas del Seguro Social, lo que hacía inminente la edificación de una sólida infraestructura arquitectónica que incluyera hospitales, clínicas, centros vacacionales y unidades multifamiliares para atender las demandas de la población (IMAGEN 3)<sup>33</sup>.

### **Imagen 3. Imagen de cómo lucían algunas de las clínicas del Instituto Mexicano del Seguro Social**



Fuente: Cien años de Salud Pública en México, Historia en imágenes, 2010.

Para completar la tríada institucional de los años cuarenta, la instauración de la SSA y la creación del IMSS es necesario incluir el Hospital Infantil, el cual se inauguró en 1943, mismo que ha sido pilar de lo que se conoce como Institutos Nacionales de Salud<sup>33</sup>.

Asimismo, durante la presidencia de Ávila Camacho (1958 — 1964) se constituyó el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) en 1960, cuya función fue cubrir a los trabajadores y sus familiares con servicios de seguridad social que incluían asistencia a la salud, así como prestaciones sociales, culturales y económicas<sup>33</sup>.

Para esta fecha la instauración del IMSS e ISSSTE creó un enfoque en el cual, el acceso de la seguridad social se basará no en las necesidades, sino en la situación ocupacional y la capacidad de pago, lo que a su vez ocasionó una asignación de recursos y un acceso a los servicios de salud sustentados en la influencia política y económica de los distintos grupos socioeconómicos (sindicatos, trabajadores del estado y grupos urbanos, entre otros). Como resultado, el Estado asignaba la mayor parte de sus recursos a la prestación de servicios de salud a los trabajadores organizados en las zonas urbanas, pues este grupo cumplía una función clave en el sostenimiento de la estabilidad política del país y su desarrollo económico. Sin embargo, el sistema dejaba a quienes no tenían contratos laborales formales bajo

régimen de asalariados (como los auto empleados, los trabajadores urbanos del sector informal y la población rural) prácticamente sin cobertura y dependiendo de los servicios prestados por la SSA <sup>32,34</sup>.

Así mientras que los sistemas de Seguridad Social eran financiados por un convenio tripartita entre empleados, trabajadores y el gobierno, la SSA era financiada únicamente por el gobierno federal. Esto generó un desequilibrio de recursos, la disminución de la calidad de servicios y la concentración de estos, en especial de alta especialización, en las zonas urbanas (en particular la Ciudad de México). Descuidando las zonas rurales en donde los servicios se pusieron a disposición, primero, de los trabajadores que participaban en la producción comercial en el sector exportador y que, con frecuencia, pertenecían a algún sindicato con actividad política, dejando a la población rural dispersa con una atención deficiente y sin protección<sup>32, 34</sup>.

Durante la década de 1960, los desequilibrios en el acceso de los servicios de salud eran más acentuados, aunque se introdujeron medidas especiales en la Ley del Seguro Social para ampliar la cobertura obligatoria a los trabajadores temporales y rurales, con pocas excepciones, lo que generó la diferenciación entre la población “derechohabiente” o la población asegurada y la llamada población “abierta” o no asegurada (y atendida por la SSA). Los esfuerzos por eliminar esta diferencia mediante una mayor inversión durante esta década fueron interrumpidos por la desaceleración económica del siguiente decenio. Durante esa época, el Estado recurrió al sistema de Seguridad Social para aumentar el acceso parcial a las prestaciones e incorporar otros grupos en las zonas rurales y de la economía informal.<sup>35</sup>

En el caso de los servicios de salud, esto significó la creación de un segundo segmento de servicios de menor calidad, que ofrecía cuidados básicos de salud a los trabajadores rurales y del sector informal y a la población en general. Y fue entonces cuando se creó el esquema llamado Solidaridad (1998 a 1997); Progresá (1997 a 2002); Oportunidades (2002 a 2014) y finalmente Prospera (2014 a 2019) que se orientó a prestar servicios de salud a habitantes de zonas marginadas,

urbanas y rurales; financiado por el gobierno, pero operado por el IMSS.<sup>35</sup>

En la década de 1980, las reformas políticas estaban orientadas a ampliar y mejorar el acceso a los servicios de todo el sistema, lo que combinó una mejor coordinación intersectorial entre la SSA y los prestadores de la Seguridad Social (SS) y un primer intento por descentralizar los servicios de SSA (1984 — 1988); como apoyo político a la descentralización se estableció un Gabinete de Salud encabezado por el Presidente, y se creó un Sistema Nacional de Salud (SNS) como solución organizacional para dar a la SSA la responsabilidad por el diseño y coordinación de la política nacional de salud. En 1983, se aprobó una enmienda constitucional, que daba a cada persona el derecho a la protección de la salud y la SSA cambió su nombre a Secretaría de Salud, sin embargo, este proceso de cambio se interrumpió una vez más a raíz de la adversidad económica, lo cual, imposibilitó que el gobierno financiara los costos transitorios de la reforma.

En el periodo de 1995 a 2000 las autoridades establecieron un Plan de Reforma para el Servicio de Salud con la finalidad de mitigar el impacto de las condiciones económicas sobre los más pobres, el cual, en un inicio respondía al nombre Solidaridad y actualmente cambió a Prospera, sin embargo, el programa no respondía a las necesidades de las zonas rurales<sup>36</sup>.

En el año 2000 se publicó en el Diario Oficial la Ley de los derechos de las Personas Adultas Mayores y con el surgió el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM) en sustitución del Instituto Nacional de la Senectud (INSEN) creado en 1979 como vía para reforzar las acciones que ya venía realizando el Gobierno Federal para atender a las personas de edad avanzada. En 2003 se modificó la Ley General en Salud (LGS) en el Diario Oficial de la Federación del 15/05/2003 (CDHCU, 2009), para crear el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) mejor conocido como “Seguro Popular”, el cual operaba desde el 2004<sup>37</sup>.

Para el año 2007 gracias al trabajo multidisciplinario de 33 especialistas en envejecimiento y salud se creó el instituto dedicado a la investigación en salud, a la formación óptima de profesionales y al desarrollo tecnológico de áreas específicas para la atención geriátrica y gerodontológica en México, y fue hasta el

año 2012 cuando por decreto presidencial se crea el Instituto Nacional de Geriatría<sup>38</sup>.

El 1 de enero del año 2020, el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI) creado por el gobierno de Andrés Manuel López Obrador sustituyó al Seguro Popular. Con el modelo de brindar atención primaria en salud a la población sin seguridad social, otorgando atención médica ambulatoria y hospitalaria de calidad, integral y gratuita<sup>39</sup>

### 3.1 Servicio dental en México

Dentro del ámbito odontológico, la enseñanza llega a Estados Unidos importada de Inglaterra a partir de 1630. Donde los primeros trabajos los realizaban empíricos inhábiles quienes atendieron las enfermedades bucales, más adelante el mejoramiento fue gradual, aunque lento de acuerdo con los avances de la ciencia. Los primeros odontólogos en México llegaron del extranjero y se establecieron principalmente en la Cd. de México, Guadalajara, Toluca, Puebla y Guanajuato<sup>40</sup>.

Los dentistas más famosos de la época fueron Emigdio Carrillo y Zacarias Esponda Moguel, quienes publicaban en los diarios capitalinos su práctica dental. Zacarias Esponda se especializó en Estados Unidos y regresó a México estableciéndose en la calle de Tacuba, al igual que diversos dentistas extranjeros de la época<sup>40</sup>.

Desde 1904 y por casi dos décadas la enseñanza de la odontología se centró en la Ciudad de México, sin embargo, para 1923 la situación empezaría a cambiar con la inauguración de la primera escuela dental en Mérida, la Universidad Autónoma de Yucatán (UADY)<sup>40</sup>.

En Guadalajara por otro lado, existieron dos escuelas de odontología que no estaban avaladas ni patrocinadas por una institución educativa oficial, la primera se estableció en 1914 y la segunda en 1925, ambas independientes de las Escuelas de Medicina<sup>41</sup>.

Un adelanto que amplió los horizontes de la práctica dental independiente de la ampliación de la enseñanza dental a otros estados de la República Mexicana fue la incorporación de las sulfamidas y los antibióticos (imagen 4). En los años 40 se empezaron a publicar artículos sobre los beneficios que ofrecían estos medicamentos, un ejemplo fue la aportación del Dr. Miguel Morayta en 1945, quien escribió en el Boletín Odontológico Mexicano (BOM) lo siguiente: <sup>40</sup>

Meses después en la sección editorial de la misma revista se volvió a tocar el tema: “Es de suponer que la penicilina tomará su lugar como agente de primer orden en tratamientos de lesiones gingivales, periodontales y de otros tipos superficiales de la boca” “Penicilina en BOM septiembre — octubre 1945”<sup>40</sup>.

**Imagen 4. El avance de la penicilina en la odontología (1940).**



Fuente: Enfermería avanzada. Historia de las medicinas en España

La incorporación de la penicilina en el ejercicio de la odontología facilitó la realización de tratamientos dentales; principalmente en las áreas de cirugía, endodoncia y periodoncia que hasta entonces se realizaban con poco éxito. La odontología fue cada vez más conservadora y menos mutilante.

Asimismo, para 1942 se fundó la Asociación Dental Mexicana (ADM) manteniendo como punto sustancial de la práctica dental el tratamiento a nivel individual, limitándose a las enfermedades bucales ya establecidas<sup>40</sup>.

En la segunda mitad del siglo XX, la práctica dental llegó la tecnología de punta y el intercambio científico. Y en ese momento la demanda de trabajo superaba con mucho a la oferta lo que contribuyó a una saturación ocupacional que orilló al dentista a aislarse en el trabajo individualista del consultorio dental dentro del sector privado<sup>36</sup>.

El Instituto Mexicano del Seguro Social (1943), que poco antes había iniciado sus labores, prestaba igual que lo hace actualmente, un servicio dental limitado casi



exclusivamente a la práctica curativa y restauradora, (donde las políticas en salud bucal no eran un tema de importancia); lo mismo sucedía en los centros de salud y hospitales de la Secretaría de Salubridad y Asistencia<sup>36</sup>.

A partir de 1960 surgen nuevas escuelas dentales que se establecieron en casi todos los estados de la República, e inició el surgimiento de las especialidades (Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco, Centro Interdisciplinario de Ciencias de la Salud del Instituto Politécnico Nacional, Escuela Nacional de Estudios Profesionales Zaragoza, Universidad Autónoma de Zacatecas, y en escuelas privadas como la Universidad Tecnológica de México y la Universidad del Bajío, A.C., entre otras<sup>41</sup>.

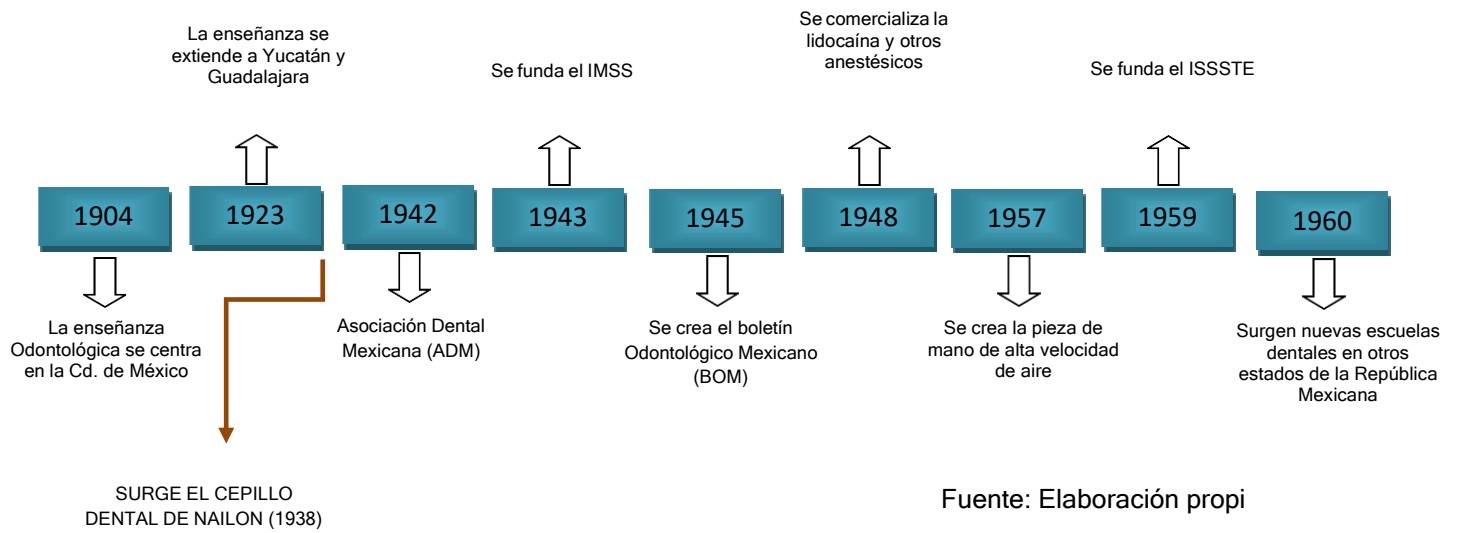
Dentro de los descubrimientos que acompañan a la enseñanza odontológica se encuentra la pieza de mano, invento de John Borden en 1957. La pieza de mano de alta velocidad reducía el tiempo de trabajo y el sobrecalentamiento de las piezas dentales al ser talladas; un año después se inventó la primera silla dental totalmente reclinable que permitía al paciente mayor comodidad, asimismo a partir de 1948 se empezó a comercializar en Estados Unidos la lidocaína como anestésico local, más utilizado en la odontología y la mepivacaína; la prilocaína bupivacaína y etidocaína comienzan a desarrollarse a partir de los años 60's, medicamentos que hacen soportable la consulta odontológica <sup>41</sup>.

Una aportación importante para el cuidado y aseo de los dientes fue la universalización del cepillo dental. El cual surgió en China en el año 1498 y llevado a Europa por los mercaderes y las rutas comerciales <sup>42</sup>.

En el año 1935 Wallace Hume Carothers inventó el nylon, pero es hasta el año 1938 cuando se utilizó para la fabricación de los cepillos dentales descartando así las cerdas de origen animal que favorecían la aparición de hongos y bacterias, y con ello el riesgo de infección<sup>42</sup>.

A manera de resumen en la imagen 5, se presenta la línea del tiempo con los avances de la odontología partiendo de la incorporación de la enseñanza odontológica en la Ciudad de México.

## Imagen 5. Línea del tiempo en la odontología



### **3.2 Pérdida dental y edentulismo en personas adultas mayores.**

La pérdida dental no sólo refleja el historial de enfermedad de un individuo y su tratamiento, sino también, las actitudes de los pacientes y de los dentistas, la accesibilidad de los servicios dentales y los modelos de atención a lo largo de la vida del individuo<sup>43</sup>. Por ello, se considera un marcador eficaz de la salud bucodental de la población.

Desafortunadamente la epidemiología de la pérdida dental aún no se comprende completamente, la variación de las encuestas y lo cambiante de la salud bucal durante las últimas cuatro décadas dificultan la comparación de la pérdida dental entre países <sup>44</sup>. La información disponible sugiere una disminución de la prevalencia de pérdida dental en países desarrollados, sin embargo, faltan datos de países en desarrollo y emergentes, por lo que se requiere de datos nuevos con regularidad <sup>44</sup>.

Las enfermedades y trastornos bucales como la caries, las enfermedades periodontales y la pérdida dental afectan a una gran cantidad de personas en México y en todo el mundo. Según el informe sobre la “Carga Mundial de Enfermedades Orales” (Global Burden of Disease Study 2017), la caries dental es el trastorno de salud más frecuente y se estima afecta a 3 500 millones de personas en todo el mundo<sup>45</sup>. Por tanto, representa un grave problema de salud bucodental para los sistemas de salud.

A medida que la población envejece, aumenta la prevalencia de enfermedades bucales lo que compromete el envejecimiento saludable, se afecta la calidad de vida y la salud en general. El dolor que genera los problemas dentales, los altos costos de los tratamientos y la falta de una cultura de autocuidado da como resultado una mala nutrición que agrava las condiciones crónicas de las personas adultas mayores <sup>44</sup>. Por lo que, la salud bucal en este grupo de edad ha atraído la atención en la investigación en los últimos años, a partir de metodología cuantitativa y más recientemente a partir de metodología cualitativa con enfoque de curso de vida.

Se han identificado algunas variables para comprender como se modifica la salud, dentro de las cuales están: a) la biología humana (genética, envejecimiento); b) el medio ambiente (situación psicosocial, socioeconómica y cultural); c) el estilo de vida (conductas de salud, contexto social), y d) el sistema de asistencia sanitaria<sup>46</sup>.

a) Biología humana. Factores internos estructurales que determinan el riesgo de desarrollar trastornos sistémicos, tanto en individuos aislados como en poblaciones, y están íntimamente relacionados con la predisposición genética. Por ejemplo, el aumento de la esperanza de vida ha ocasionado cambios en el perfil socio epidemiológico, tanto a nivel mundial como en México, con el consecuente aumento de algunas enfermedades como la diabetes, que puede ocasionar pérdida prematura de las piezas dentales.

b) Medio ambiente. Factores externos donde se desarrolla la vida humana y en el cual se establecen los riesgos, y la vulnerabilidad de la población para enfermar o morir. Entre estos factores destaca la pobreza relacionada con escasa escolaridad, falta de satisfactores básicos y de valor a la salud general y bucal, y a su cuidado. Los países con bajos ingresos per cápita muestran una mayor inequidad que los desarrollados, por ello, la pobreza es un determinante fundamental de la salud.

c) Estilo de vida. Deriva del entorno social y comprende los aspectos culturales que definen la importancia que la sociedad da al cuidado de la salud, así como las representaciones simbólicas y reales que pueden traer el establecimiento de hábitos para preservarla o no.

d) Sistema de asistencia sanitaria. Las políticas que se desprenden orientan el uso de los recursos en la búsqueda de igualdad y equidad en el terreno sanitario, y en conjunto estructuran la respuesta social a la enfermedad. En el caso de la odontología, la atención en instituciones públicas es marginal y ofrece servicios limitados. La práctica privada soluciona cualquier necesidad y se encuentra regida por el mercado, lo cual fomenta las desigualdades en el terreno sanitario.

Respecto a las desigualdades, en México durante el año 2009, el porcentaje de pobres disminuyó de 44.4% a 41.9% para el año 2018. Asimismo, el acceso a los

servicios de salud y a la seguridad social también experimentaron una reducción de 42.8% a 20.2% y de 72.5% a 71.7% respectivamente <sup>46</sup>.

La cobertura de servicios de salud en México es proporcionada por el Sistema Nacional de Salud (SNA), más el Instituto de salud para el bienestar (INSABI)<sup>39</sup>. Lo cual, no es similar para la salud oral, en nuestro país, la atención odontológica se brinda principalmente a través del modelo de práctica privada debido a que las instituciones gubernamentales, por sus recursos limitados, tienen una cobertura muy baja que, aunada a la ausencia de acciones conservadoras, favorece la pérdida parcial o total de las piezas dentales (edentulismo). Este panorama se complica en poblaciones indígenas o en comunidades rurales, por la limitada oferta de programas preventivos, el fracaso de la atención adecuada, oportuna e integral, así como el alto costo de los servicios dentales, lo que convierte estos factores culturales en desventajas sociales<sup>47</sup>.

La pérdida total de las piezas dentales o edentulismo, es un problema de salud pública importante a nivel mundial por su alta prevalencia (superior al 10% en adultos  $\geq$  50 años), siendo esta condición más prevalente en los socialmente desfavorecidos <sup>48</sup>. A diferencia de otras afecciones mórbidas crónicas que pueden ser susceptibles de tratamiento terapéutico, el edentulismo es una afección definitiva que afecta la apariencia facial, la nutrición y la capacidad de comer, hablar y socializar; reflejando un estado de discapacidad a lo largo del curso de vida de una persona <sup>48</sup>.

Existen diversos factores asociados con el proceso de pérdida dental, como son el ser mujer, el nivel bajo de escolaridad, ingresos bajos, condiciones o enfermedades crónicas, discapacidad, tabaquismo, utilización de servicios dentales, soledad, carencia de redes de apoyo, depresión, migración, experiencias de pérdida dental en cohortes de mayor edad, entre otras<sup>49, 50</sup>

Durante los últimos 20 años, a diferencia de los países de ingresos altos donde la prevalencia de pérdida dental está disminuyendo, se observa una tendencia opuesta en los países de ingresos bajos y medianos donde la tasa de pérdida dental está aumentando, principalmente como resultado de incrementos en enfermedades periodontales y caries<sup>43</sup>.

La pérdida dental está fuertemente asociada con la falta o acceso limitado a atención dental y mayores desigualdades de ingresos, lo cual es más común en países de ingresos bajos o medianos. Por ejemplo, en entornos con recursos limitados, la extracción dental es el único tratamiento disponible para los problemas dentales; una práctica que conduce a la pérdida temprana de las piezas dentales<sup>51</sup>. Además, la atención restauradora a partir de prótesis funcionales no es asequible en muchos países por lo que, el edentulismo puede tener un efecto negativo pronunciado en la salud mental y el bienestar psicológico de las personas con recursos limitados<sup>43</sup>.

#### **4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La salud bucal no ha mejorado en los años recientes y representa un reto de salud pública global que no se ha atendido adecuadamente en la actualidad, lo que continuará teniendo un impacto negativo dado que muchas poblaciones siguen envejeciendo; se estima que para el 2050, una de cada cuatro personas tendrá necesidades relacionadas con el envejecimiento<sup>52</sup>.

Los datos muestran que hay 3500 millones de problemas derivados de caries dental, de los cuales 267 millones presentan pérdida dental, la cual se acentúa en el grupo de personas entre 60 y 84 años que viven en países con índices sociodemográficos más desfavorecidos. La evidencia también indica que las personas adultas mayores tienen a subutilizar los servicios dentales, lo cual implicaría un efecto negativo sobre su calidad de vida y sobre su bienestar general.

Las condiciones negativas en la salud bucal de las personas adultas mayores se han vinculado con condiciones socioeconómicas a lo largo de la vida como los determinantes de la pérdida dental. Han sido pocos los estudios que han explorado la influencia de las experiencias tempranas adversas y el curso de vida sobre la salud bucal y hay propuestas de que la exposición a este tipo de eventos en diferentes momentos de la vida genera un efecto acumulativo sobre la salud y aumenta el riesgo de desarrollar condiciones negativas.

La salud bucal está inmersa en esta dinámica y la pérdida dental vinculada a factores económicos, sociales, culturales y a las decisiones de los pacientes y los profesionales de esta área continuará contribuyendo al fenómeno.

Por lo anterior surge la siguiente pregunta de investigación:

¿La trayectoria de pérdida dental de un grupo de personas adultas mayores está relacionada con su posición socioeconómica, escolaridad y uso de servicios dentales?

## 5. JUSTIFICACIÓN

Existen trabajos que han documentado al ingreso económico y a las condiciones de salud como factores de riesgo clave para la pérdida dental en la edad adulta<sup>27, 49, 50</sup>. Asimismo, investigaciones más recientes se han enfocado en la asociación entre las adversidades de la vida temprana y la salud bucal centrandose su interés en factores socioeconómicos como un predictor de la salud bucal a lo largo del tiempo<sup>4</sup>. Sin embargo, aún faltan estudios de adultos mayores que contengan información sobre la salud bucal actual e información en retrospectiva sobre la niñez. Por lo que, introducir el enfoque de curso de vida y reconstruir las trayectorias de salud bucal de las personas adultas mayores contribuirá a identificar los puntos de inflexión que dieron origen a la pérdida dental y a explorar el impacto de las creencias y comportamientos de los miembros de la familia en la salud del individuo.

Al mismo tiempo, permitirá identificar si las dificultades financieras tienen repercusión en el estado de salud de las personas que experimentan esas dificultades.



## **6. OBJETIVO GENERAL**

Identificar cómo se relacionan la posición socioeconómica, la escolaridad y el uso de servicios dentales con la trayectoria de pérdida dental a partir de los 10 años de edad en adultos mexicanos nacidos entre los años 1937 y 1956, bajo la perspectiva de curso de vida.

### **6.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Identificar la variabilidad de la posición socioeconómica percibida a lo largo del curso de vida de un grupo de personas adultas mayores mexicanas nacidas entre los años 1937 y 1956.
2. Identificar si la edad de inicio y término de los estudios identificada como trayectoria de escolaridad se asocia con la pérdida dental.
3. Identificar si la utilización del servicio dental a lo largo del curso de vida se asocia con la presencia de pérdida dental.

## **7. METODOLOGÍA**

Se trata de un estudio cualitativo con perspectiva de curso de vida, en el cual se utilizó como herramienta metodológica la entrevista a profundidad, como medio para obtener la información de los participantes<sup>53</sup>.

Asimismo, se consideró trabajar con personas que pertenecieran a la cohorte de 1937 a 1956 para determinar cómo los efectos a nivel macro experimentados por México a partir de la década de 1940 en cuestiones de economía, educación y salud influyeron de manera micro en las historias de vida individuales. Esto en función de que las personas no envejecen exactamente de la misma manera y que el cambio social diferencia los patrones de vida de cohortes sucesivas.

### **7.1 Temas de interés**

Los temas de interés que se incluyeron en el estudio para la reconstrucción de las trayectorias se categorizaron como:

#### **A. Posición socioeconómica**

- ✓ Antes de los 10 años (posición socioeconómica familiar percibida)
- ✓ En la edad adulta (ocupación, ingreso económico, posición socioeconómica percibida).
- ✓ En la actualidad (ocupación, ingreso/pensión, posición socioeconómica percibida).

#### **B. Escolaridad**

- ✓ Nivel de escolaridad (último grado de estudios concluido).
- ✓ Edad de inicio y término de la escolaridad.
- ✓ Periodo (edad y año en que existieron periodos de interrupción).

### **C. Uso de servicios dentales**

- ✓ Edad y/o fecha en la que utilizó por primera y última vez el servicio dental.
- ✓ Tipo de servicio que utilizó desde el primero hasta el último.
- ✓ Motivo (s) por los cuales hizo uso del servicio.

### **D. Pérdida dental**

- ✓ Edad y/o fecha de la primera hasta la última pieza dental.
- ✓ Motivos por los cuales perdió cada una de sus piezas dentales.
- ✓ Número de dientes perdidos

## **7.2 Procedimiento para la recolección de información**

Una vez aprobado el protocolo de investigación por el Comité de Investigación y Ética de la Facultad de Odontología, se realizó la revisión de la literatura sobre metodología cualitativa con enfoque de curso de vida y salud bucal utilizando como palabras clave: older people, tooth-loss, life-course, access to care, growth/development, oral health over the life course. A partir de la información recabada se identificaron las trayectorias de posición socioeconómica, acceso a los servicios de salud dental y seguridad social con impacto en la historia de pérdida dental de adultos mayores<sup>48, 49, 51, 55</sup>. A partir de la información se construyó la primera versión de la guía con 90 preguntas, la cual fue revisada por cuatro expertos en el área de la salud (tres odontólogos y un psicólogo especialista en salud mental y en el manejo de la metodología cualitativa)<sup>56</sup>, quienes a partir del método Delphi<sup>57</sup> evaluaron el contenido, el orden de las preguntas y organizaron su distribución en diez secciones. De acuerdo con las recomendaciones y considerando la dificultad para precisar ciertos eventos, se eliminaron 38 preguntas y algunas opciones de respuesta que fueron confusas. Se construyó un segundo borrador con 52 preguntas organizadas en cinco secciones, el cual se envió al grupo de expertos en el manejo de la perspectiva de curso de vida, quienes evaluaron la pertinencia y la lógica de las preguntas para la reconstrucción de las trayectorias a partir de ejercicios de simulación. Como resultado final se obtuvo una guía con preguntas

semi estructuradas distribuidas en cuatro secciones: 1) datos generales; 2) seguridad social 3) posición socioeconómica percibida 4) pérdida dental) (ANEXO 2).

Para la preparación de las entrevistas se realizaron simulaciones consecutivas en un grupo de trabajo conformado por cinco estudiantes de posgrado y un profesor experto en la perspectiva teórica de curso de vida. Las simulaciones se llevaron a cabo en el aula donde el profesor realizó observaciones referentes a la modulación de la voz, desenvolvimiento de la entrevista, tiempo dedicado a cada pregunta y recopilación de datos objetivos para controlar los datos subjetivos. Asimismo, se realizaron observaciones en la gesticulación del entrevistador al momento de realizar las preguntas. Este proceso permitió la disminución de los errores al elaborar las preguntas y evitar las inconsistencias entre los entrevistados. Asimismo, el uso de la guía contribuyó a mejorar la calidad de la información derivada de la entrevista.

Para probar la pertinencia de la guía considerando la reconstrucción de las trayectorias (posición socioeconómica, escolaridad, uso de los servicios dentales y pérdida dental); el cálculo del tiempo en el desarrollo de la entrevista; la aceptación y orden de las preguntas, se invitó a participar a 67 personas mayores de 60 años de edad residentes de una casa de día ubicada en la alcaldía de Álvaro Obregón (Ciudad de México), de los cuales 10 aceptaron ser entrevistados.

Durante el desarrollo de la entrevista el principal problema que se observó fue la dificultad para registrar la edad o la fecha en la que sucedieron los eventos para la reconstrucción de las trayectorias. Por ello, se decidió construir un formato con datos personales, se realizaron preguntas con información referente a la edad, sexo, lugar de nacimiento, estado civil, lugar de residencia actual, ocupación, migración, seguridad social y pensión, para dirigir las respuestas subjetivas y apoyar el desarrollo de la entrevista. (ANEXO 3).

Dentro del formato en lo que respecta a situación laboral se colocó una tabla<sup>23, 58</sup> que permitió recabar y organizar la información de los diferentes trabajos formales

e informales de la persona, así como las fechas o edades en los que ingreso o concluyó el trabajo.

Una vez construida la guía de entrevista y el formato de identificación, se llevaron a cabo las entrevistas de acuerdo con lo establecido en la Declaración de Helsinki<sup>59</sup> en el domicilio de la persona identificada como líder. La entrevista inició con una descripción breve del proceso y la firma del consentimiento informado (ANEXO 1). A partir de la primera entrevista, el participante número uno proporcionó la información de otras personas, a quienes se les contactó vía telefónica y se les explicó el objetivo del estudio y el procedimiento de la entrevista. Las entrevistas se realizaron en el domicilio la persona previo consentimiento informado en un espacio iluminado, con una duración en promedio de una hora con 30 minutos. Al finalizar la entrevista, se contabilizaron los dientes ausentes para validar la consistencia de la información durante la entrevista y se le asignó un número a cada participante para garantizar el anonimato. Todas las entrevistas se audiograbaron y se transcribieron posteriormente para su análisis.

La entrevista fue suspendida cuando surgió un inconveniente como la llegada de un familiar o amigo (a); cuando el entrevistado recibió una noticia que motivó la suspensión de la entrevista o bien, cuando la persona se sintió indispuesta. Las entrevistas que no se concluyeron dentro de la reprogramación de tres visitas entraron dentro de los criterios de eliminación.

El cierre de las entrevistas se llevó a cabo cuando la información recopilada no aportó nada nuevo al desarrollo de las trayectorias relacionadas con posición socioeconómica, escolaridad, uso de servicios y pérdida dentales, lo que se define como saturación teórica.

### **7.3 Reclutamiento de los participantes**

La muestra fue intencional, con una participación de 36 voluntarios nacidos entre los años 1937 y 1956 para que al momento de la entrevista tuvieran entre 60 y 79 años de edad, y cuyo domicilio estuviera ubicado en alguna de las siguientes alcaldías: Magdalena Contreras, Álvaro Obregón, Venustiano Carranza, Miguel

Hidalgo, Cuajimalpa y Coyoacán de la Ciudad de México.

Se decidió la estrategia no probabilística de reclutamiento de Bola de Nieve, para facilitar la identificación de personas que cumplieran con los criterios de selección. Como estrategia para localizar a las personas adultas mayores, primero se ubicaron los grupos de adultos mayores que realizaran actividades en centros de salud, parques y/o plazas en las alcaldías ya mencionadas. Posteriormente se realizó una visita a cada uno de los lugares con la intención de identificar a la persona líder del grupo, teniendo éxito en dos sitios, uno ubicado dentro de la Unidad Habitacional "Independencia" en la colonia San Jerónimo (Magdalena Contreras) y otro en el parque de "Axiomatla" ubicado en la Alcaldía Álvaro Obregón. Tras varias visitas a los dos sitios se pudo identificar a la persona que organizaba las actividades y al grupo en general.

En el primer acercamiento que tuvimos con la persona líder se planteó el motivo de las visitas y la intención de realizar una serie de entrevistas con algunos de sus compañeros que desearan incluirse, teniendo como beneficio una revisión y una consulta dental, así como una plática sobre el cuidado de su boca y su dentadura.

A partir de la relación entablada entre el entrevistador y la persona líder se desencadenaron las entrevistas posteriores. El participante número uno proporcionó la información de otras personas, a quienes se les contactó vía telefónica y se les explicó el objetivo del estudio y el procedimiento de la entrevista. Las entrevistas se realizaron en el domicilio de la persona previo consentimiento informado (ANEXO 1), con una duración en promedio de una hora con 30 minutos. Los criterios para seleccionar a los participantes fueron: 1) hombres y mujeres que nacieron entre 1937 y 1956, y que al momento de la entrevista tuvieran entre 60 y 79 años de edad y, 2) que aceptaron participar de forma verbal y por escrito en las entrevistas y la revisión bucal.

Para evitar una mala interpretación de las respuestas que dieron los participantes durante la transcripción, se excluyeron a las personas con problemas auditivos o con alguna dificultad para comunicarse.

Por último, la entrevista fue suspendida cuando surgió un inconveniente como la llegada de un familiar o amigo (a); cuando el entrevistado recibió una noticia que motivó la suspensión de la entrevista o bien, cuando la persona se sintió indispuesta. Las entrevistas que no se concluyeron dentro de la reprogramación de tres visitas entraron dentro de los criterios de eliminación.

El cierre de las entrevistas se llevó a cabo cuando la información recopilada no aportó nada nuevo al desarrollo de las trayectorias relacionadas con posición socioeconómica, escolaridad, uso de servicios dentales y pérdida dental, lo que se define como saturación teórica.

#### **7.4 Consideraciones Éticas**

El presente estudio no implicó la realización de ninguna intervención, sin embargo, de acuerdo con la Ley General de Salud, artículo 17, esta investigación se consideró con riesgo mínimo debido a que se hicieron revisiones bucales<sup>60</sup>. Por lo que fue necesaria la solicitud de consentimiento informado asegurando a la persona entrevistada y a sus familiares confidencialidad de la información proporcionada.

Aprobación del protocolo de investigación por el Comité de Investigación y Ética de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Autónoma de México (CIE/0910/03/2017).

#### **7.5 Recursos (Humanos, materiales y financieros)**

- Alumna de doctorado, responsable de la investigación. Encargada de capturar y seleccionar la muestra, de establecer contacto con los adultos mayores y sus familiares y de realizar los cuestionarios y la valoración dental.
- Tutoras: Dra. Socorro Aída Borges Yáñez y Dra. Verónica Zenaida Montes de Oca Zavala.

- Especialista en salud mental: Mtro. José Alberto Jiménez Tapia
- Profesor del Seminario “Curso de vida” del Instituto de Investigaciones Sociales UNAM: Dr. Telésforo Ramírez García.
- Los gastos referentes a insumos, material y equipo corrieron a cargo de la alumna.

## **7.6 Análisis de la información**

Para el análisis de la información, las entrevistas fueron transcritas textualmente en Word y se importaron al software Atlas Ti<sup>61</sup> (versión 7) y se analizaron los datos utilizando el método inductivo, que implica la exploración de los datos, codificación y análisis temático. Esto implicó escuchar las grabaciones del audio múltiples veces, releendo las transcripciones y codificando de manera iterativa. Se construyó una lista inicial de temas y subtemas los cuales se fueron depurando paulatinamente durante el análisis. El análisis fue apoyado a través de discusiones internas entre el investigador y el equipo de trabajo hasta alcanzar el consenso de los puntos de inflexión y la reconstrucción de las trayectorias de pérdida dental.



## 8. RESULTADOS

### 8.1 Descripción de las condiciones socio demográficas de las personas entrevistadas.

Se realizaron 45 entrevistas, cinco incompletas por ruidos ambientales o interrupciones familiares, dos que no se transcribieron porque un familiar decidió retirar el consentimiento y dos por falta de información para la reconstrucción de las trayectorias de interés y la identificación de los puntos de inflexión. En total se transcribieron y analizaron 36 entrevistas.

Las entrevistas se realizaron a 19 mujeres y 17 hombres de 60 a 79 años de edad con una media de  $67.5 \pm 5.0$  años; de los 36 entrevistados, 24 mencionaron encontrarse en unión; 19 contar con escolaridad  $\leq$  seis años; 22 haber acudido al servicio dental público; 19 haber nacido en algún estado de la República Mexicana y migrar a la Ciudad de México antes de los 10 años (CUADRO 3).

**Cuadro 3. Características sociodemográficas de las personas entrevistadas de la cohorte de 1937 a 1956 (n=36).**

		<b>Frecuencia(n)</b>	<b>(%)</b>
<b>Edad</b>	60-69	18	(50.0)
	70-79	18	(50.0)
<b>Sexo</b>	Mujer	19	(53.0)
	Hombre	17	(47.0)
<b>Estado civil</b>	En unión	24	(67.0)
	Sin unión	12	(32.0)
<b>Lugar de nacimiento</b>	Puebla	4	(11.0)
	Estado de México	4	(11.0)
	CDMX	17	(47.0)
	Michoacán	6	(17.0)
	Guanajuato	3	(8.0)
	Hidalgo	2	(6.0)

	Empleado	19	(53.0)
<b>Ocupación</b>	Desempleado	14	(39.0)
	Pensionado	3	(8.0)
	Sin estudios	2	(5.0)
<b>Escolaridad</b>	≤ 6 años	19	(53.0)
	≥ 7 años	15	(42.0)
<b>Uso de servicios dentales</b>	Público	22	(61.2)
	Privado	12	(33.3)
	Ambos	2	(5.5)
<b>Atención médica</b>	IMSS	14	(39.0)
	ISSSTE	8	(22.0)
	Ninguna	14	(39.0)

---

Fuente: Directa

Poco más de los entrevistados (61%) mencionó recibir atención médica en instituciones de seguridad social, la mayoría atendidos por el IMSS. Respecto a la atención dental, 61.2% mencionó acudir al servicio público.

## **8.2 Análisis de los temas, categorías y subcategorías para la construcción de las trayectorias.**

Las entrevistas fueron transcritas en Word y analizadas individualmente con la finalidad de identificar las palabras que las personas relacionan con la pérdida dental (códigos). Para describir el proceso se tomó la transcripción de las entrevistas y se señalaron las palabras/ códigos que permitieron la construcción de las categorías y las subcategorías. (TABLA 1).

**Tabla 1. Construcción de las categorías y subcategorías de acuerdo con la repetición de palabras durante la entrevista (Programa Atlas Ti).**

Tema 1	Categorías	Subcategorías	Algunas narraciones
<b>Por decisión propia (libre albedrío).</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Continuidad con la rutina durante la vida diaria.</li> <li>• Percepción de prioridades</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Continuidad en las funciones básicas (hablar, comer, socializar).</li> <li>• Prioridad por el trabajo y/ o los hijos.</li> <li>• Pérdida dental como proceso del envejecimiento.</li> <li>• Falta de interés.</li> </ul>	<p>... "ya para qué, (hace una pausa) ... ..ahora...en el taxi nadie se fija, <b>además puedo comer, beber y hablar</b> y a mi mujer no le molesta verme chimuelo..." (P13, 77 años)</p> <p>... "No, porque <b>sólo me quitaron dos muelas de abajo y eso no es malo...</b>" (P 3, 70 años)</p> <p>... "Además <b>es normal</b> que con el uso se vayan desgastando... y ya ipues después se caen!... (P 10, 68 años)</p> <p>... "(uy)... <b>y aunque me dolía como le hacía para ir a revisarme si lueguito destetaba y ya estaba esperando al otro...</b>" (P 2, 70 años)</p> <p>... " que era lo más rápido, <b>ipues sacarlas!, solo faltabas un día y listo...</b> (P19, 71 años)</p>

Tema 2	Categorías	Sub categorías	Algunas narraciones
<b>Por experiencias pasadas.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Relacionadas con enfermedades bucales.</li> <li>• Relacionadas con dolor.</li> <li>• Pérdida dental</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dolor por caries.</li> <li>• Extracción dental.</li> <li>• Pérdida dental recurrente.</li> </ul>	<p>... " recuerdo muy bien, la primera vez que <b>se me rompió una muela, fue un dolor insoportable...</b>" (P 27, 70 años)</p> <p>... " ya cuando tienes casi toda la boca chimuela, <b>te da igual</b></p>

			<p><i>si te quitan otra, ..." (P28, 73 años)</i></p> <p><i>..." si vas con el dentista...que te va a decir... que <b>no hay otro remedio</b> que es mejor <b>que te la saques...</b>" (P6, 60 años)</i></p>
--	--	--	---

Tema 3	Categorías	Sub categorías	Algunas narraciones
<p><b>Por decisión de terceros.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De la madre.</li> <li>• Del cónyuge.</li> <li>• Del dentista.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Es la opción más sencilla.</li> <li>• Es la opción rápida y económica.</li> <li>• Es la única opción.</li> </ul>	<p><i>..." ya sabía que <b>si me quejaba de algún diente mi mamá me llevaría a que me los quitaran</b>" (P 8, 75 años)</i></p> <p><i>..." cuando me casé <b>mi esposo me llevó a que me quitaran los dientes</b> porque estaba <b>trompuda ...</b> (P 14, 72 años)</i></p> <p><i>..." muchas veces <b>ibas al dentista y no era lo que querías,</b> pero al final solo decían <b>no hay otra opción</b> la tenemos que quitar... (P 6, 60 años)</i></p>

### 8.3 Reconstrucción de las trayectorias

Una vez identificados los códigos relacionados con la pérdida dental se reconstruyeron las trayectorias de escolaridad (edad de inicio y término de la escuela, número de años de estudio), uso de servicios dentales (tipo y motivo) y posición socioeconómica (percepción durante la infancia, la edad adulta y la vejez)

TABLA 2.

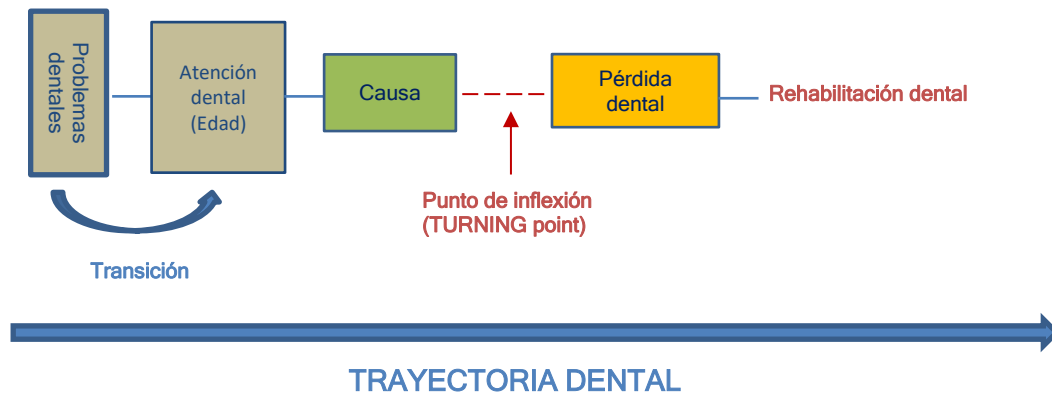
**Tabla 2. Información de la ficha de identificación respecto a la escolaridad, uso de servicios dentales y variación en la posición socioeconómica por participante.**

#	Sexo	Edad de la pérdida dental		Dientes Perdidos (No.)	Escolaridad	Uso de servicios dentales		Variación en la posición socioeconómica percibida
		Primera	Última			Sin estudios ≤ 6 años ≥ 7 años	Privado/Público	Motivo
1	M	16	34	14	≥ 7 años	Público-Privado	Dolor, dientes flojos y caries	Media-Baja-Media
2	H	8	57	10	Sin estudios	Privado	Dolor y caries	Baja-Alta-Media
3	M	19	35	5	≥ 7 años	Privado	Estética	Media – Alta – Alta
4	H	21	23	2	≤ 6 años	Privado	Dolor	Baja – Media – Alta
5	H	38	38	1	Sin estudios	Público	Dolor de oído (dentista)	Baja – Media – Media
6	M	22	44	10	≤ 6 años	Público	Dolor	Baja – Baja – Alta
7	M	35	35	8	≤ 6 años	Público	Dolor	Baja – Baja – Baja
8	M	10	38	2	≤ 6 años	Público	Dolor	Alta – Media – Baja
9	H	20	44	6	≥ 7 años	Privado	Dolor	Baja – Media – Alta
10	M	16	25	5	≤ 6 años	Público	Dolor	Baja – Media – Media
11	M	25	58	3	≤ 6 años	Público	Dolor	Baja – Media – Alta
12	M	16	55	7	≤ 6 años	Privado	Caries	Alta – Alta – Baja
13	H	41	43	14	≥ 7 años	Público	Revisión – caries	Baja – Alta – Baja
14	M	42	42	3	≥ 7 años	Privado	Revisión	Alta – Alta – Alta
15	M	38	38	1	≥ 7 años	Público	Caries	Baja – Baja – Media
16	M	16	51	20	≥ 7 años	Privado	Dolor	Alta – Alta – Alta
17	H	31	36	28	≥ 7 años	Público	Dolor	Baja – Baja – Alta

18	M	9	30	22	≤ 6 años	Privado	Dolor	Baja – Baja – Baja
19	H	16	28	10	≥ 7 años	Público	Dolor	Alta – Alta – Alta
20	M	10	25	8	≥ 7 años	Público	Dolor	Baja – Media – Baja
21	H	8	25	3	≥ 7 años	Público	Dolor	Baja – Media – Media
22	H	25	53	26	≤ 6 años	Público	Dolor, movilidad dental	Baja – Media – Alta
23	M	11	35	8	≤ 6 años	Público	Dolor	Baja – Baja – Baja
24	M	8	33	18	≤ 6 años	Público	Dolor	Baja – Baja – Alta
25	H	10	15	2	≤ 6 años	Privado	Dolor	Baja – Baja – Baja
26	H	12	32	4	≤ 6 años	Privado	Dolor	Baja – Baja – Baja
27	H	16	60	10	≤ 6 años	Privado	Dolor	Baja – Media – Alta
28	M	8	50	27	≤ 6 años	Público	Dolor	Baja – Baja – Media
29	M	10	52	28	≥ 7 años	Privado	Dolor	Baja – Media – Alta
30	H	9	28	28	≥ 7 años	Público - Privado	Dolor	Baja – Media – Media
31	H	9	28	28	≥ 7 años	Público - Privado	Dolor	Baja – Media – Media
32	H	9	21	8	≤ 6 años	Público	Caries	Baja – Media – Media
33	M	9	39	10	≥ 7 años	Público	Caries	Media – Media – Media
34	H	15	15	6	≥ 7 años	Público	Accidente	Media – Media – Media
35	H	-	-	0	≤ 6 años	Público	-	Baja – Baja – Baja
36	M	19	25	28	≤ 6 años	Público	Dolor	Baja – Baja – Media

Con la información de la tabla dos y la edad de la persona al momento de solicitar atención dental se reconstruyó la trayectoria de salud bucal. Las transiciones se representan en cuadros de color café, el cuadro en color verde representa el motivo por el cual solicitan atención dental, la línea punteada el punto de inflexión y el cuadro en color amarillo señala la pérdida de la pieza dental (IMAGEN 6).

**Imagen 6. Ejemplo de la reconstrucción de la trayectoria, la transición y el punto de inflexión de la condición dental.**



## 8.4 Descripción de las trayectorias

### Participante 1.

Refiere sensación de esclavitud por parte de la madre y los hermanos, lo que repercute en el inicio de su trayectoria marital. Esta nueva transición en su curso de vida es un parteaguas para iniciar la transición de pérdida dental.

*[...] de niña me debía a mi madre y al cuidado de mis hermanos, que iba a conocer de cepillo de dientes, uno se bañaba de vez en vez porque teníamos que acarrear el agua...ya casada fue lo mismo, pero ahora me debía a mi esposo y mis hijos...*

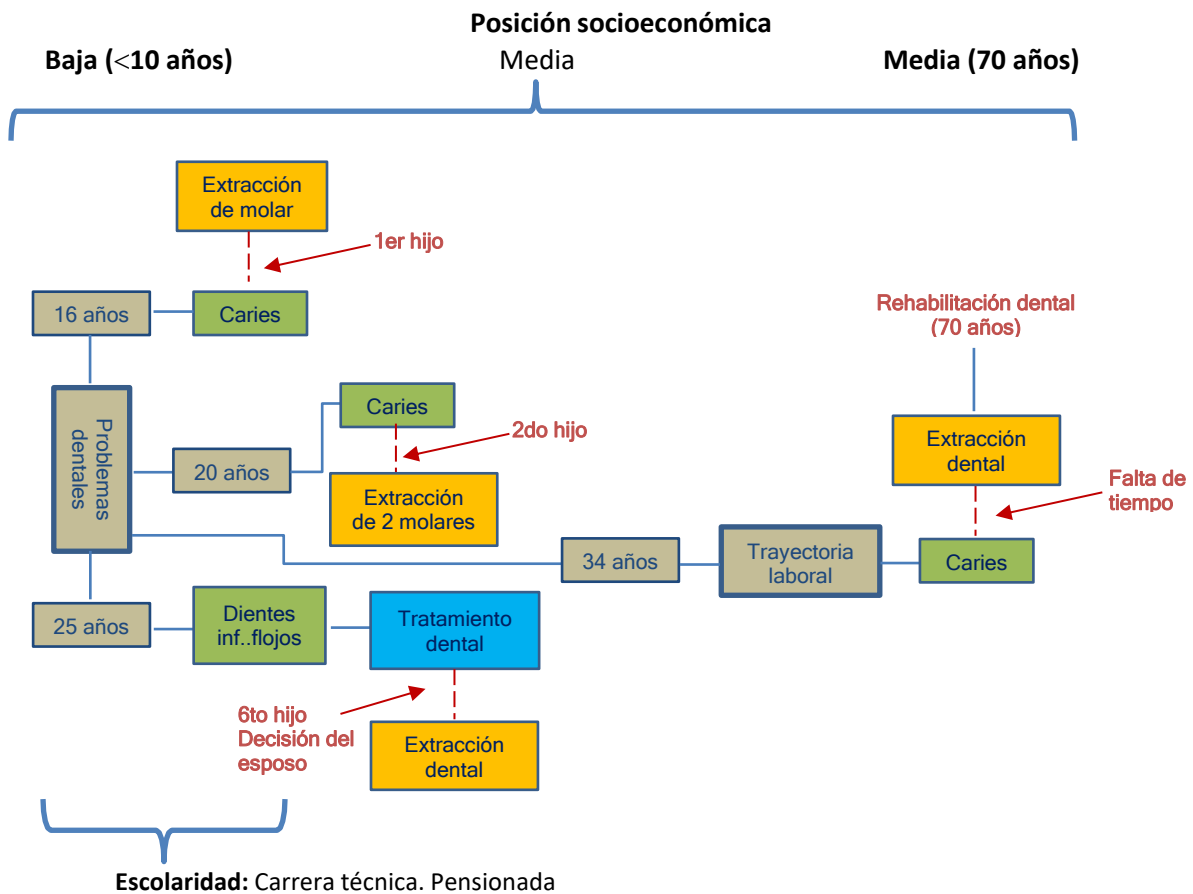
La trayectoria marital desencadena la trayectoria reproductiva que se acompaña de maltrato y abuso físico, por lo que, la atención dental es recibida hasta que el dolor es insoportable y el tratamiento para la pieza dental es la extracción.

El esposo se convierte en el proveedor y con ello el que toma las decisiones de cuándo y qué tratamiento se debe elegir. Es así como su primera trayectoria inicia a los 16 años y termina a la edad de 34 años con un total de 14 piezas perdidas.

Después de los 34 años fallece su esposo e inicia su trayectoria laboral, lo que propicia la transición para rehabilitar la pérdida de sus piezas dentales a la edad de 70 años.

*[...] enviudar es esa sensación de ser libre por primera vez, y ver a tus hijos ya grandes es cuando realmente empiezas a vivir... lástima que ya estés vieja...*

### Trayectoria P1.





## **Participante 2.**

El nulo conocimiento sobre la salud bucal y la importancia de las piezas dentales se ven reflejadas con el participante dos, quien refiere ser una persona abandonada por la familia con la necesidad de sentir pertenencia a alguien o a algo.

Utiliza el servicio dental por dolor, su primera transición a la pérdida dental se presenta a la edad de 8 años, el punto de inflexión para las primeras piezas perdidas fue el maltrato de su madre, el cual lo orilla a vivir unos meses en situación de calle hasta que tuvo la oportunidad de migrar a los EUA, trabajando en el campo hasta cumplir los 15 años de edad.

A los 15 años regresa a la CDMX e inicia su trayectoria laboral formal como guía de turistas y dos años más tarde inicia su trayectoria marital. Su posición económica mejora y se convierte en padre de dos mujeres. A los 40 años de edad aproximadamente fallece su esposa y presenta crisis de depresión que se convirtieron en puntos de inflexión para la pérdida de un total de ocho piezas.

Con el casamiento de su hija mayor conoce a su segunda esposa quien lo motiva a rehabilitar su dentadura, colocándose una prótesis fija con la finalidad de volverse a casar y no terminar sus días solo.

*[...] Además con la muerte de mi mujer, pues uno quiere volver a verse bonito, porque así me decían que era muy bonito... y pues quería volverme a casar. Mi mujer ya me conocía chimuelo, pero la nueva mujer... ella que no me vea sin dientes... (risita) ... sino con un viejo no se va a querer juntar"*

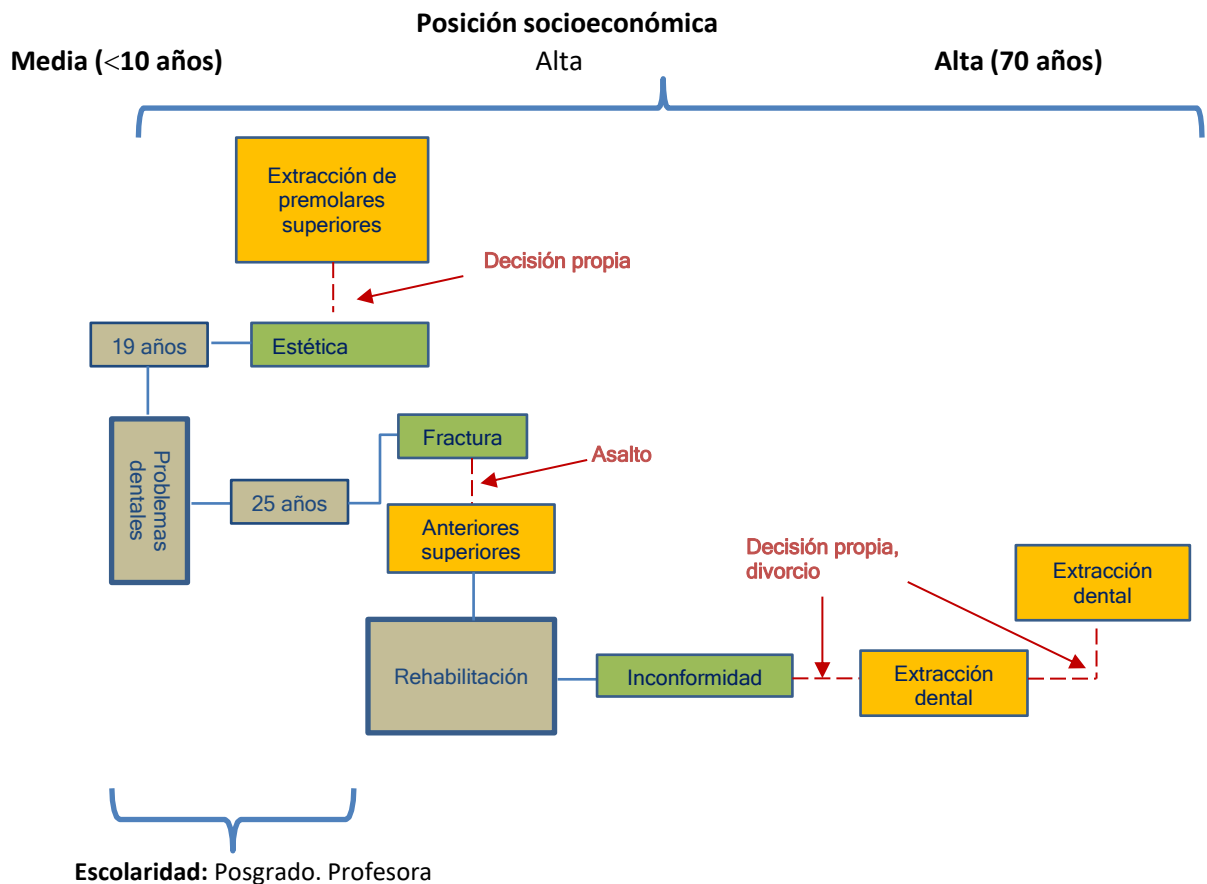


[...] siempre hice lo que él quería, y al final aun así me cambió por otra...

[...] los dientes se pierden todo el tiempo, es algo que uno va experimentando cuando va envejeciendo, sólo que yo me adelanté...

¿Colocarme los dientes que perdí?, ya para que, ya quien me ve...ya sola para que hago el gasto y pierdo mi tiempo.

### Trayectoria P3.



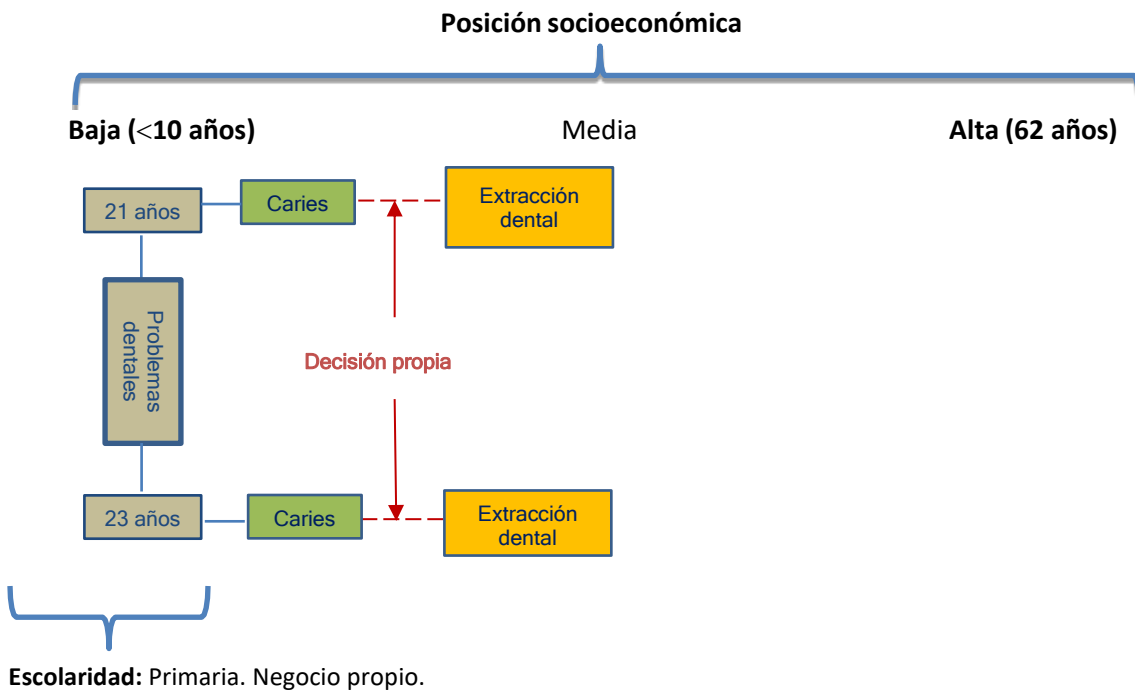
## Participante 4

Durante su curso de vida presentó variación positiva en su posición socioeconómica, cursó la primaria y abrió un negocio propio. Utilizó por primera vez el servicio dental a la edad de 21 años por fractura de un molar, en ese momento experimentó su primera transición de pérdida dental. La segunda transición fue a los 23 años por dolor de un molar superior. Los puntos de inflexión estuvieron relacionados con la decisión del dentista y decisión propia (respectivamente).

*[...] la primera me la quité porque ya estaba rota, y comiendo se terminó de romper, visité al dentista y me comentó que la del otro lado estaba igual, pero me mató el nervio y empezó a doler hasta que me desesperé y pedí que la quitaran...*

*[...] empiezan con esa maquinita que te taladra es horrible, mejor que la saquen para eso sí te dormían el diente.*

### Trayectoria P4.



## Participante 5.

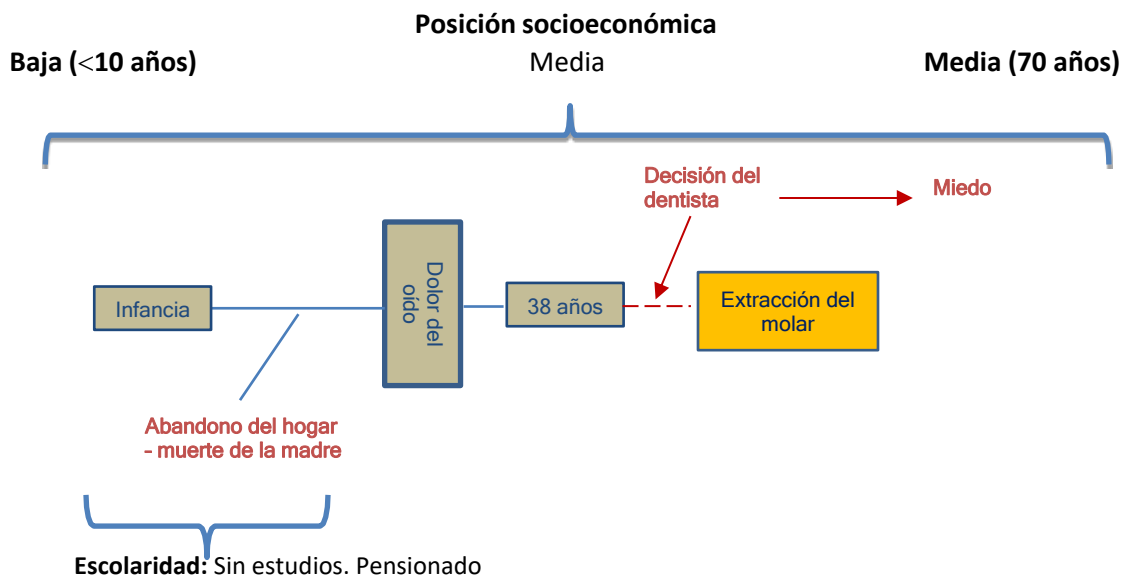
La percepción socioeconómica fue mala durante la infancia, mejoró en la etapa adulta. La única transición a la pérdida dental que experimentó fue por la decisión del dentista, su caso es un ejemplo de considerar la intervención de terceros y de la ignorancia o confianza del paciente.

Su narración inicia con la descripción de un dolor intenso en el oído acompañado por un zumbido intermitente. Como era beneficiario del seguro social (IMSS) acudió a una revisión por un lapso de tres meses en los cuales la respuesta fue la misma - *no tiene nada*-. Después de seis meses, el médico solicitó una interconsulta con el servicio dental de la misma institución para solicitar la extracción de la pieza que causaba el dolor. El dentista sin realizar preguntas revisó el expediente y retiró la pieza. Años más tarde, tinnitus fue el diagnóstico final derivado de una caída.

*[...] por un problema de oído acudí al doctor y él me mando con el dentista, él no preguntó solo me sentó...*

*[...] ya cuando estaba afuera la muela me la enseñó y estaba blanquita y completa y me dijo: yo no sé porque pidió el doctor que te la sacara mira si está bien...*

## Trayectoria P5.



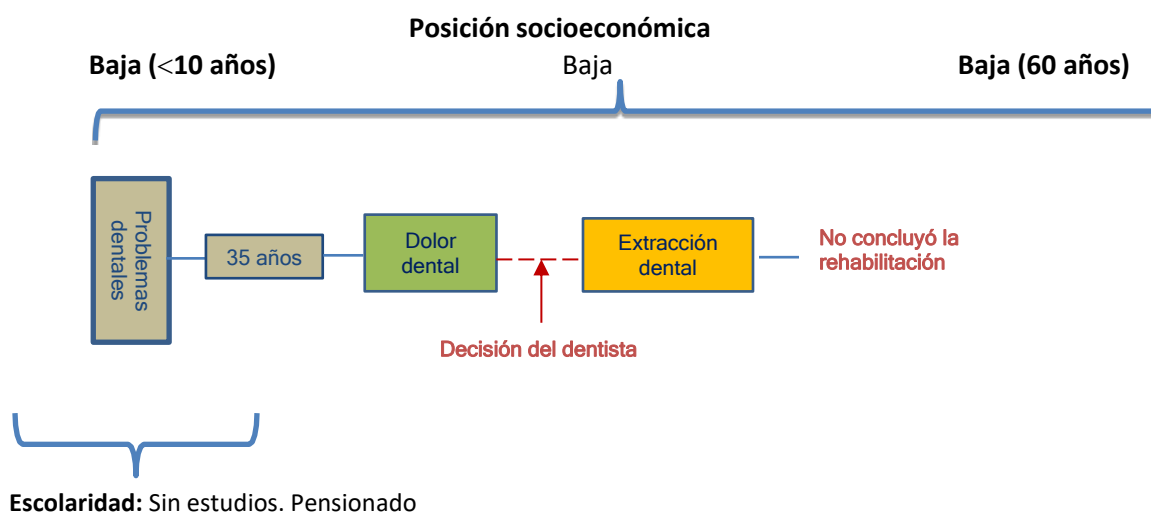
## Participante 6.

La trayectoria de pérdida dental inicia a los 35 años por dolor de un molar inferior. Migró a la Ciudad de México con su familia a la edad de 15 años e inició su trayectoria laboral, lo que le permitió acudir por primera vez al dentista. Tuvo visitas recurrentes a partir de ese momento para controlar el dolor sin concluir los tratamientos, esto originó que a la edad de 35 años transitar a la pérdida de ocho dientes, identificando como punto de inflexión la decisión del dentista.

La rehabilitación siguió la misma trayectoria de atención dental, inició posterior a la pérdida dental pero no se concluyó.

*“yo sólo iba al dentista cuando me dolía una muela y él la revisaba y la quitaba... siempre pensé que eso era lo que se hacía, cuando cambié de trabajo, la señora me dijo que por qué no me ponía los dientes para poder comer y ella me llevó a las clínicas de la UNAM, allí me explicaron que los dientes no sólo se sacan... [gesto de duda]...y empecé a colocarme los que me quitaron, pero después ya no regresé.”*

### Trayectoria P6.



## Participante 7.

Existe una variación positiva de la posición socioeconómica, la cual no se entrelaza con la transición a la pérdida dental. La primera transición se presentó a los 22 años y consecutivamente a los 25, 27, 35 y por último a los 44 años).

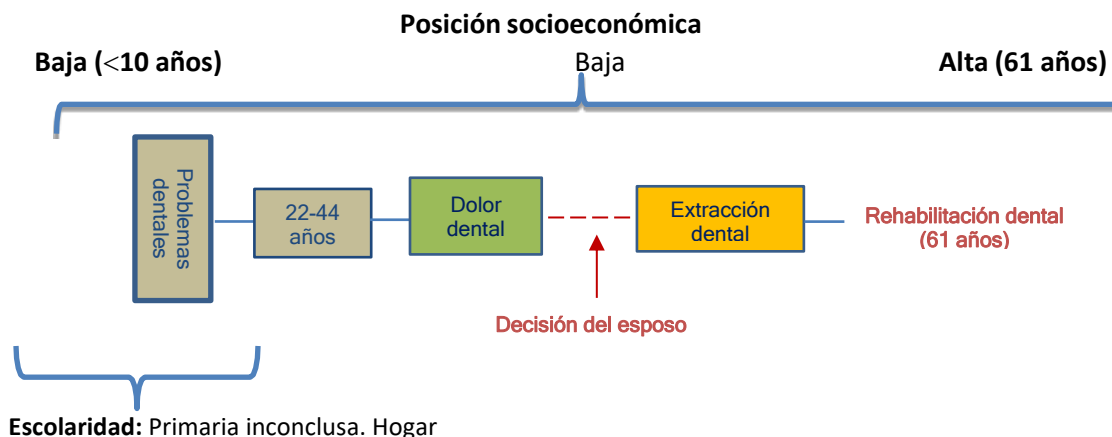
Los puntos de inflexión se relacionan con la decisión del esposo. Durante la narración la persona responsabilizó a su pareja por su condición bucal de manera negativa, sin asumir la falta de higiene como una actitud personal.

*[...] me llevaba mi viejo cuando tenía tiempo, si podía seguir comiendo mejor me esperaba porque con los hijos uno ya no puede y si el señor no tiene dinero como le hace, uno se aguanta hasta que el señor puede llevarte, total de todas maneras te la van a sacar...*

Esta responsabilidad fue adquirida por los hijos cuando iniciaron la trayectoria laboral.

*“yo me casé para que me cuidaran, me dolía, él me llevaba y listo. Perdí todas mis muelas y algunos dientes, ya después mis hijos me llevaron a que me pusieran mis puentes para que pudiera medio comer... [risita]...y a veces me los quito, ya me acostumbré a andar sin ellos”.*

## Trayectoria P7.



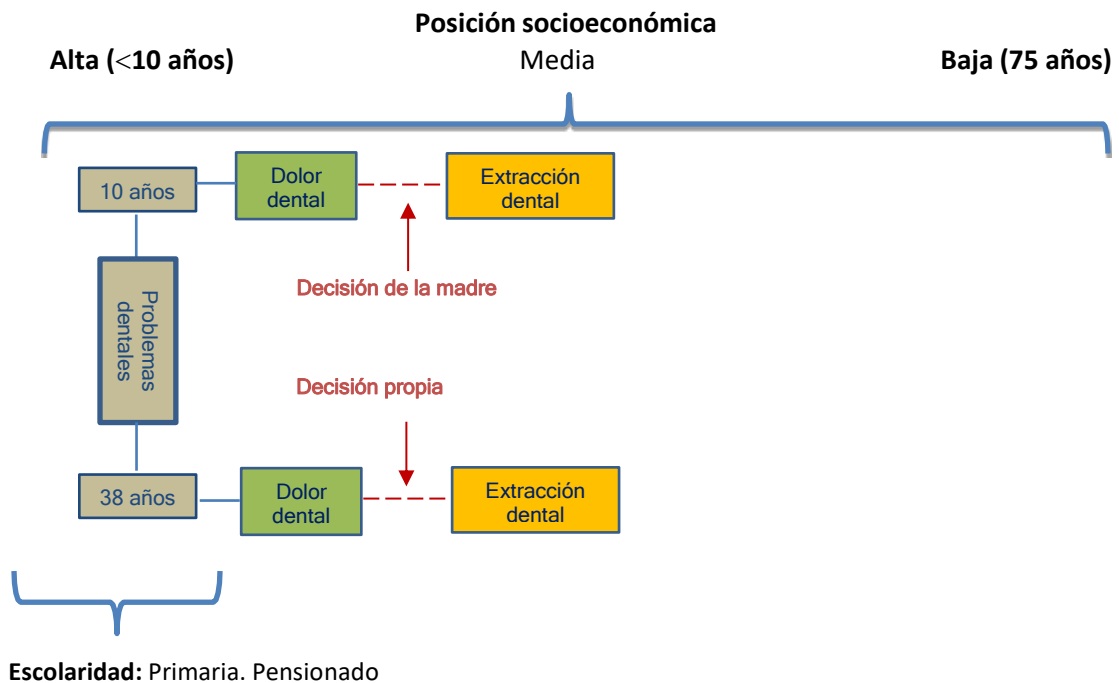
## Participante 8.

Perdió dos piezas dentales, la primera transición fue a los 10 años e identifica como punto de inflexión la falta de interés de la madre y la progresión de la enfermedad. La segunda pérdida fue a los 38 años y refiere deberse por falta de cuidado y desinterés por la higiene bucal. Probablemente reflejo de la falta de atención que observó en su madre.

*La primera vez fue decisión de mi mamá, yo tenía rota la muela, pero no me dolía, mi mamá me llevó hasta que empezó la molestia y se me hinchó el cachete, estando en la clínica pidió que me la quitaran, la segunda vez, la verdad ya fue por descuido, fui al dentista cuando ya no había remedio y decidí mejor que la quitaran.*

El paciente no buscó rehabilitar los dientes perdidos por no afectar su rutina diaria.

## Trayectoria P8.





## Participante 9.

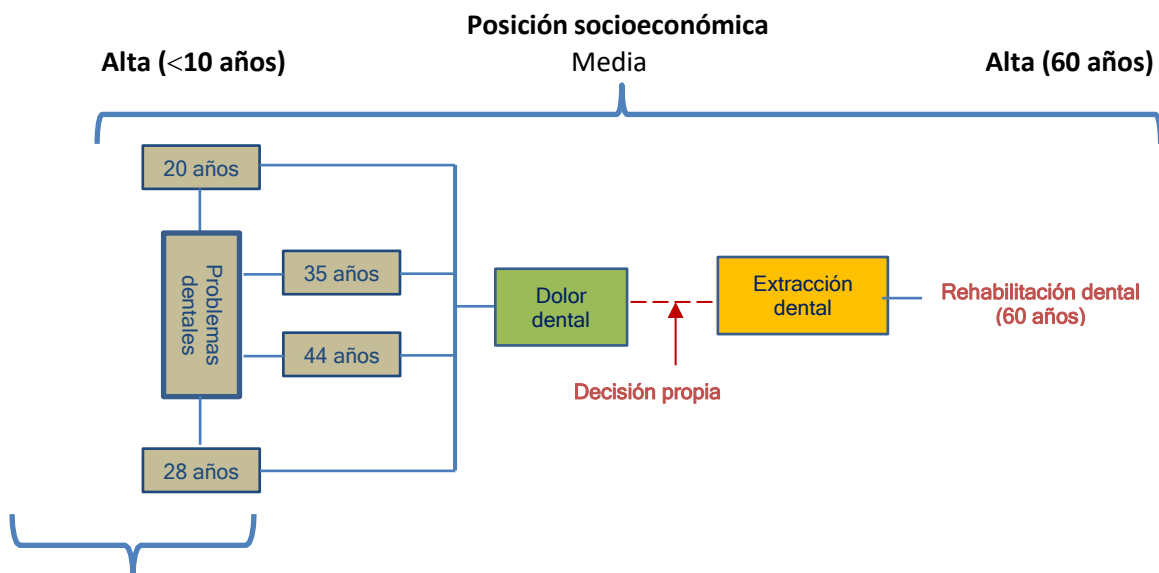
La primera transición se registró a los 20 años, la segunda se ubicó alrededor de los 28, posteriormente, tuvo una transición en su trayectoria laboral lo que originó que la salud bucal no estuviera en la lista de sus prioridades, razón por la cual, a los 30, 35 y 44 años se sumaron otras transiciones con un total de seis dientes perdidos.

En este participante, se identifica cómo la transición en su trayectoria laboral modificó la trayectoria de cuidado dental, sin embargo, para el participante, los puntos de inflexión están relacionados con falta de interés por la conservación de sus piezas.

*Me la pasaba trabajando, la primera vez fue por descuido totalmente, las otras veces si me atendí, pero no cepillaba la boca con frecuencia entonces lo que me arreglaban se perdía y después para no perder tiempo y además porque sabía cómo terminaba todo... [Sube los hombros]... prefería que la sacaran de una vez...y ¡no! nunca busqué ponérmelas después.*

A la edad de 60 años buscó rehabilitar sus piezas faltantes al afectar la elección de los alimentos. En su trabajo acostumbra a salir a comer y la pérdida dental empezó a afectar su rutina.

## **Trayectoria P9.**



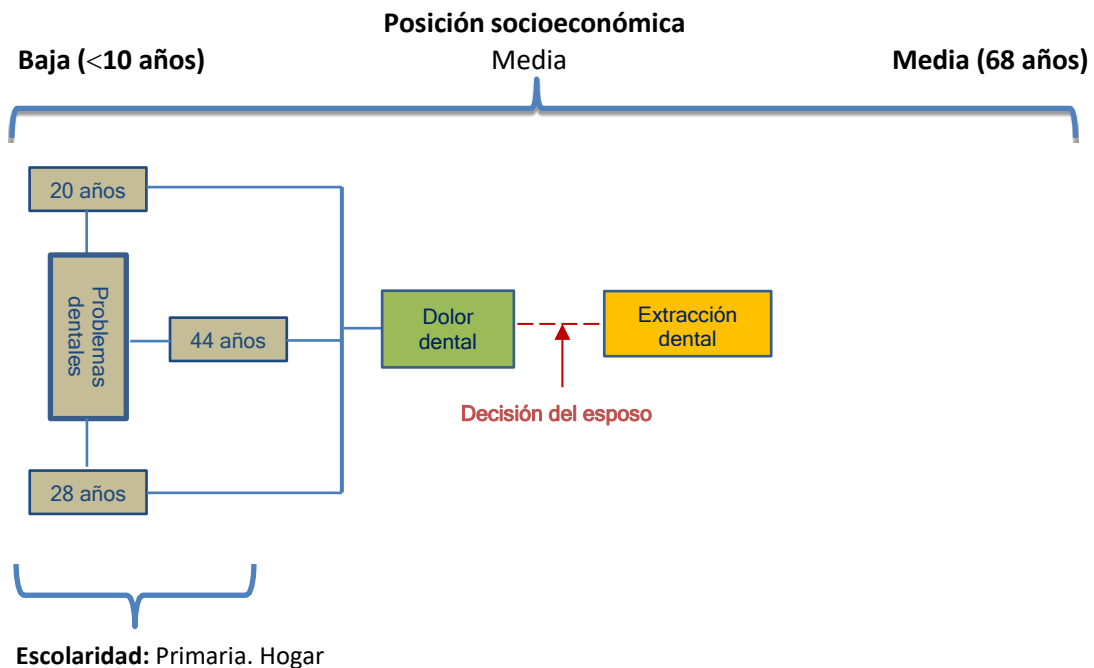
## Participante 10.

La transición a la pérdida dental inició a la edad de 16 años junto con su trayectoria marital. Al casarse su posición socioeconómica mejoró, pero perdió la oportunidad de elegir.

El punto de inflexión para las transiciones a la pérdida dental fue por decisión del esposo. Durante la última extracción tuvo una experiencia desagradable que la motivó a cuidar y conservar sus piezas y las de sus hijos.

*[...] estábamos muy jóvenes y sólo hacíamos lo que nuestros papás hicieron... la mujer se debe al esposo y él es quien decidía cuando ir al dentista y que se me iba a hacer, yo estaba muy joven...*

## Trayectoria P10.

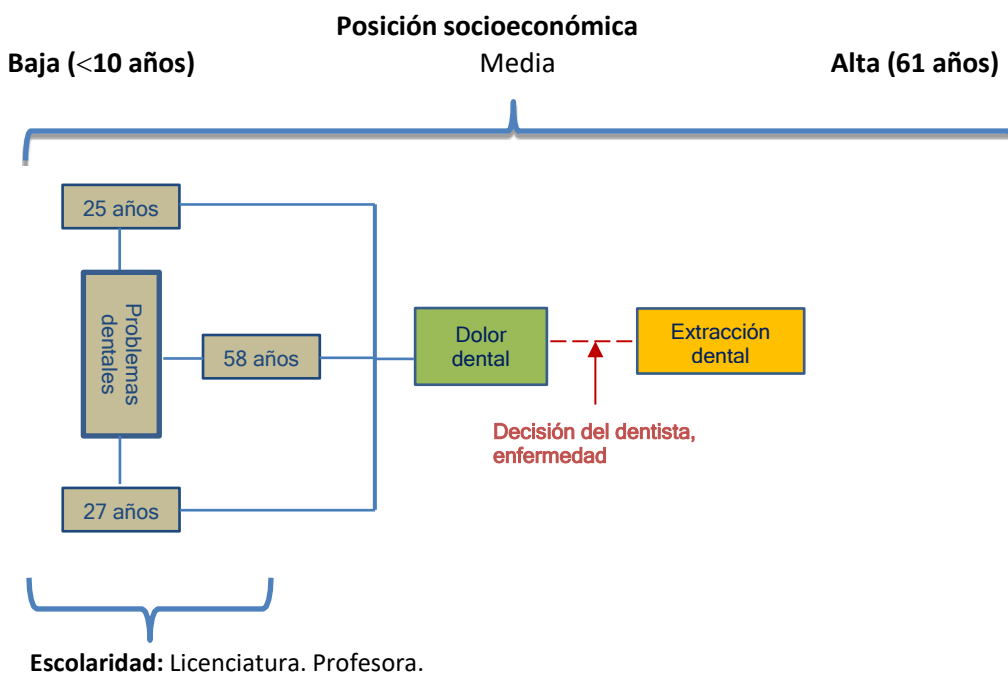


## Participante 11.

La transición a la pérdida dental se presentó a una edad muy joven (25 años) por problemas periodontales, refiere que nunca presentó dolor, acudió al dentista por la movilidad de la pieza. Situación que se repitió dos años más tarde (27). A los 58 años acudió al dentista por sensibilidad de una pieza y al realizar la eliminación de cálculo perdió la tercera pieza. Por lo que se identifica como punto de inflexión por la progresión de la enfermedad, sin embargo, bajo la perspectiva del participante fue por decisión del dentista.

*Yo tenía bien mis dientes, todo surgió por hacerme una limpieza...usan unas cosas que sientes que te jalan todo...yo pienso que eso los aflojó, cuando la sacaron estaba completita y nunca tuvo molestia, el que me dolía era otro diente.*

## Trayectoria P11.



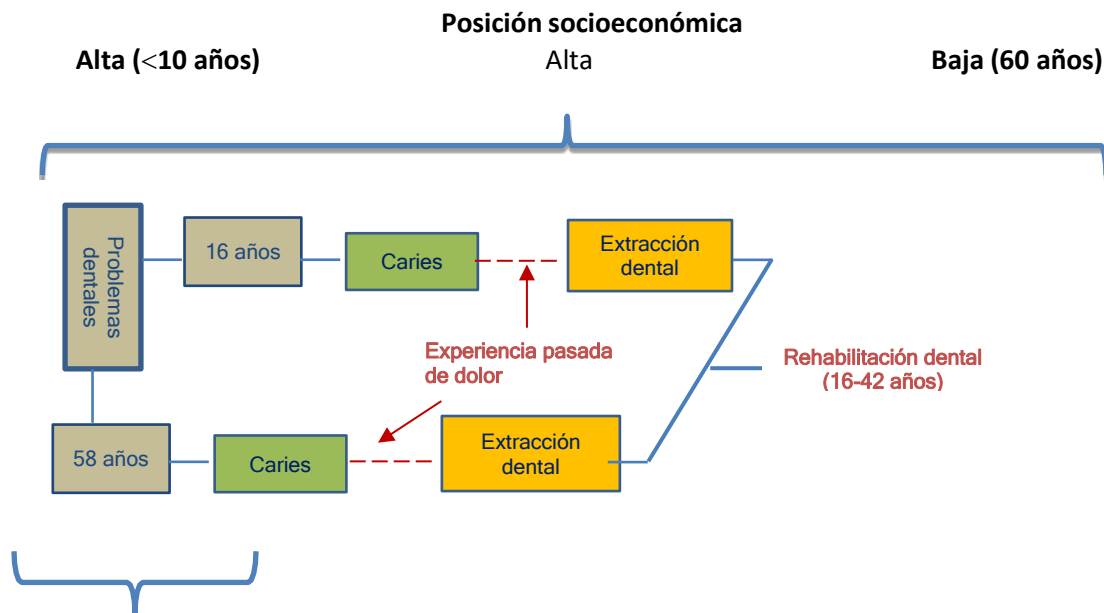
## Participante 12.

La variación de la posición económica fue en declive hasta el momento de la entrevista. Durante la adolescencia y la etapa adulta la solvencia económica fue el punto de inflexión para que a la edad de 16 años iniciara su primera transición a la pérdida dental, y a partir de los 20 años se presentaran otras subsecuentes, para finalizar a los 58 años con un total de siete piezas perdidas.

*Yo tenía el dinero, y después me casé con alguien que me daba lo que quería... antes de que me dolieran me los quitaba, y los reemplazaba por unos más bonitos.*

*[...] nunca me gustó el color de mis dientes...[suspira]... los últimos dos dientes ya no pude arreglarlos, nos quedamos sin dinero...*

## Trayectoria P12.



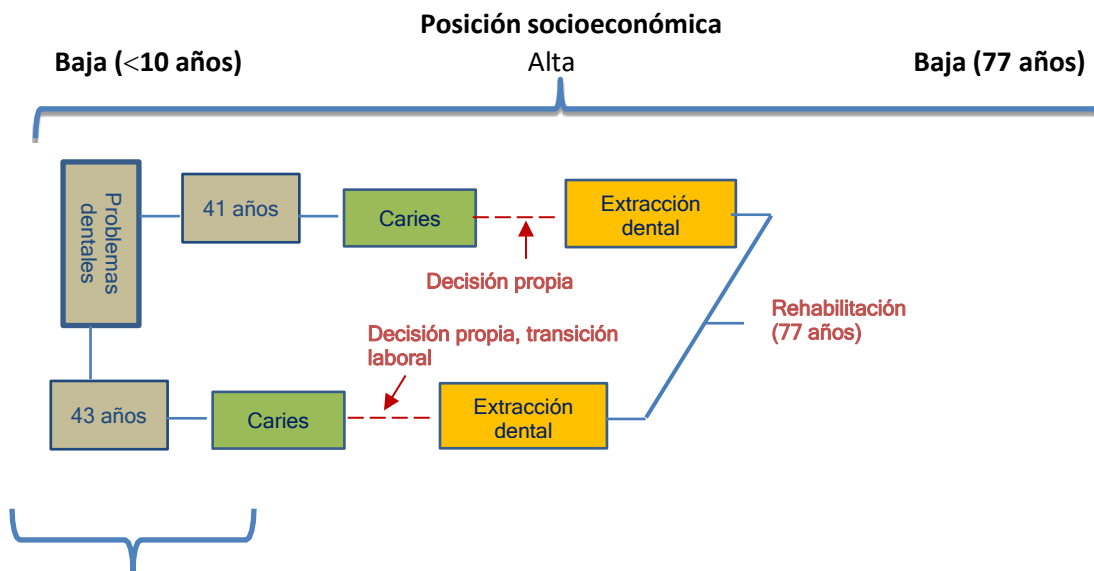
**Escolaridad:** Secundaria. Cuidadora.

### Participante 13.

A los 41 años, sufrió un accidente y acudió por atención dental, por su situación laboral, el tratamiento quedó inconcluso. Con el paso de los años y la progresión de la enfermedad el participante transitó a la pérdida dental de sus dientes. Su ingreso económico era alto, lo que le restó importancia al cuidado dental, su meta era sustituir las piezas con prótesis, sin embargo, a los 43 años perdió el empleo. Actualmente es taxista independiente y no ha podido reemplazar las piezas perdidas.

*Trabajaba y me iba muy bien, por el trabajo decidí quitarme los dientes y muelas, ya después me arreglaría toda la boca... pero... perdí el trabajo y me quedé así...y si no lo hice antes ahora menos...*

### Trayectoria P13.



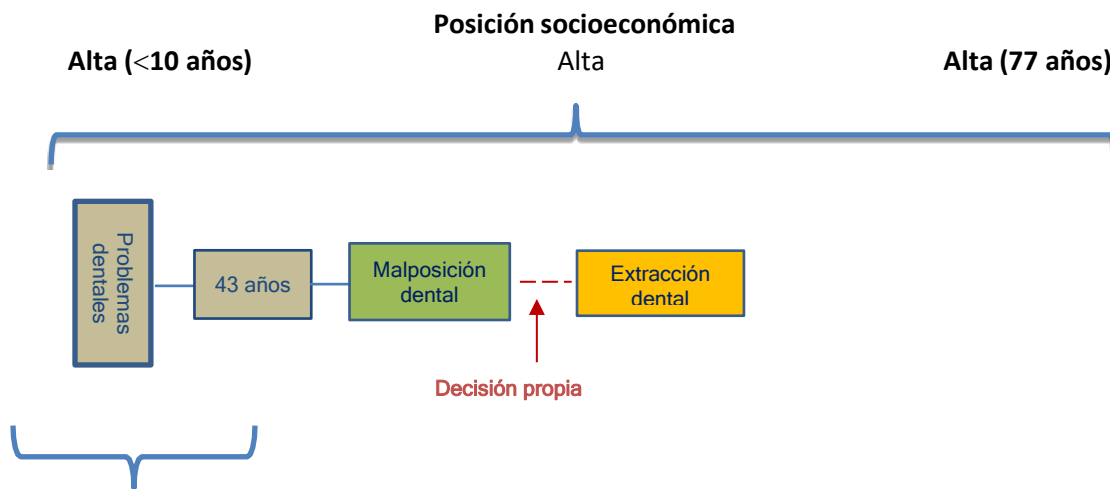
**Escolaridad:** Carrera técnica. Taxista.

## Participante 14.

La posición socioeconómica no tuvo variaciones, la ventaja económica se entrelazó con la transición a la pérdida dental, a la edad de 42 años decidió retirar sus tres dientes inferiores por un comentario de su esposo referente a la malposición de sus piezas. Lo comentó con el dentista quien estuvo de acuerdo en retirarlas y reemplazarlas por una prótesis fija.

*[...] él, es quien sabe... me comentó que podía acomodar mis dientes porque mi esposo decía que se veían muy chuecos y no le gustaba... así que me los quité y me gustó como quedaron.*

## Trayectoria P14.



**Escolaridad:** Carrera técnica. Pensionada.



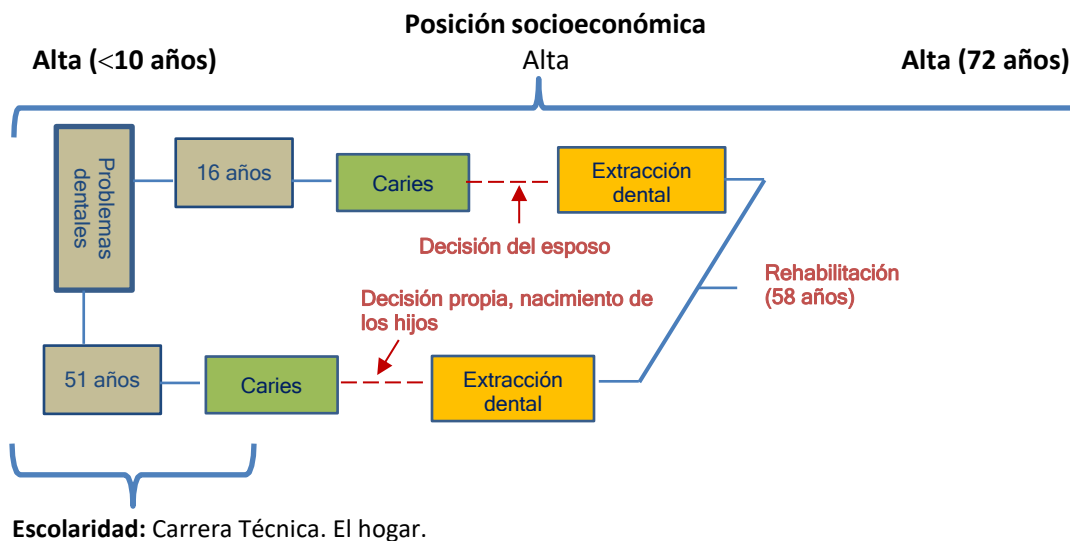
## Participante 16.

La trayectoria de salud bucal inició con su primera transición a los 16 años y continuó hasta los 51 años por problemas de caries no atendidas. Los puntos de inflexión identificados estuvieron asociados con la decisión del esposo y la llegada de los hijos que sumaron en total 11 transiciones con 20 piezas perdidas. La trayectoria reproductiva se entrelazó con las transiciones de pérdida dental.

*¡Ay!, uno que hace... con tantos niños, primero ellos y después uno, además mi esposo se enojaba si me quejaba, él sólo decía te duele... ten para que te la saques [...] porque eso sí, él siempre pagó para que me atendieran.*

*Ya cuando no pude comer, entonces sí fui a que me pusieran una placa... además ya de vieja es normal que te quedes sin dientes.*

### Trayectoria P16.





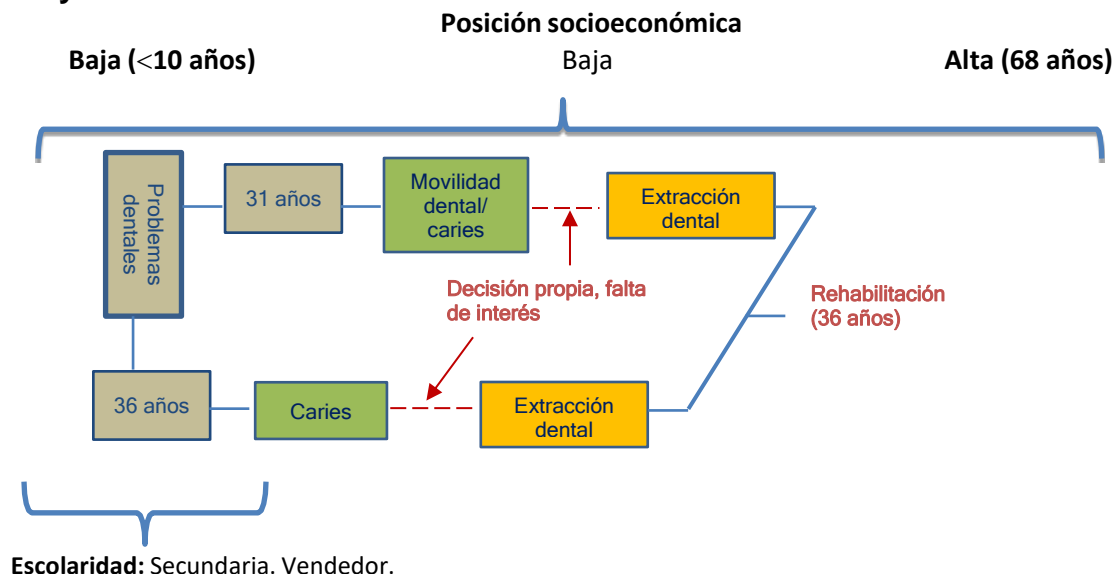
## Participante 17.

El participante migró a la CDMX del estado de Tlaxcala a la edad de 8 años, no recuerda darle importancia al cuidado de sus dientes durante su infancia o la adolescencia por lo que empezaron a ponerse negros, a sangrar y a moverse. La primera transición inició a los 35 años y en un solo año perdió la totalidad de sus dientes; algunos por caries dental y otros por decisión del dentista para facilitar la colocación de la dentadura completa.

*La verdad nunca me cuidé los dientes, a veces los lavaba cuando me acordaba o se me metía la carne entre los dientes, ya al final recuerdo que me metí la uña y saqué un pedazo blanco que creí que era diente, fue cuando fui con el dentista y el me comentó que era sarro... y de ahí me fue quitando uno por uno todos los dientes... tenía 36 años cuando me quedé chimuelo...*

*[...] todos dicen que un dolor de dientes no se aguanta, así que cuando una muela se rompía corría a que me la sacara, no me sentía mal porque recuerdo a mi papá sin muelas desde muy joven... [risita]... yo digo que se hereda eso de los dientes malos ...*

### Trayectoria P17.

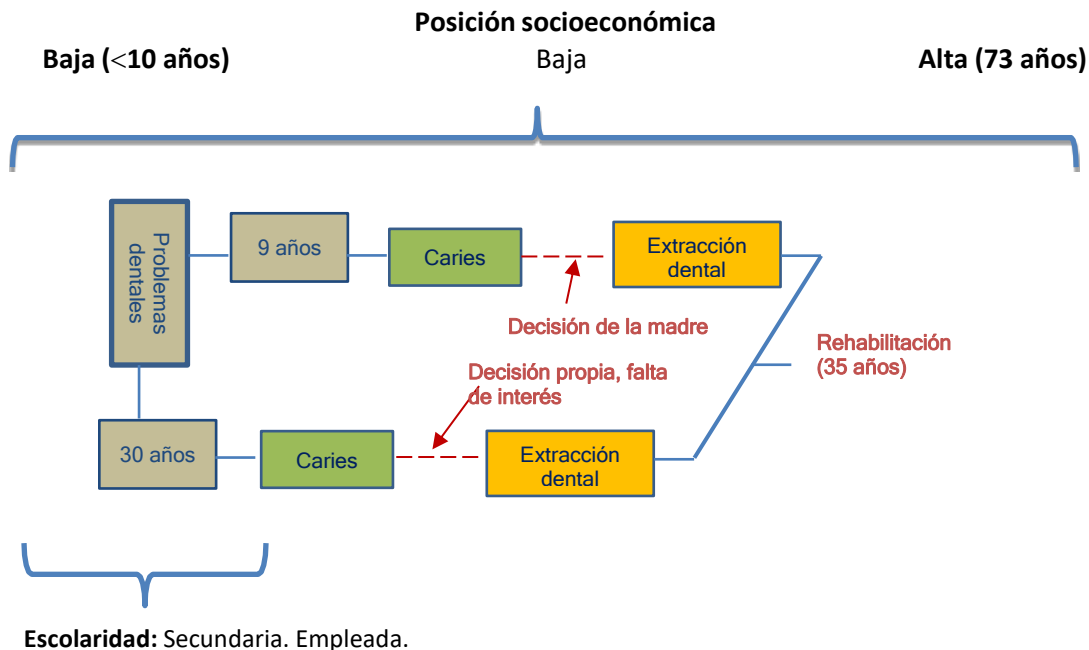


## Participante 18.

La transición inicio a una corta edad (9 años) por decisión de la madre, contar con cepillo de dientes era algo eventual, por lo que su uso no fue frecuente. A los 17 años inició su trayectoria marital y su trayectoria reproductiva. A los 22 años por la situación financiera inició su trayectoria laboral y descuidó su higiene bucal. A los 30 años una fuerte infección inició su transición de pérdida dental y el punto de inflexión para acumular 22 piezas perdidas fue por decisión del dentista, justificando la ventaja para colocar una prótesis total.

*[...] un día me salió una bola de pus que no me dejaba abrir la boca, el dolor llegaba hasta el ojo y el doctor la revisó y me dijo que ya no tenía remedio que mejor fuera a sacármela y así pasó primero una y después los demás...  
[...] yo al menos me quedé con algunos dientes... mi mamá los perdió más joven...  
La dentadura ya fue después, cuando tuve dinero...*

## Trayectoria P18.



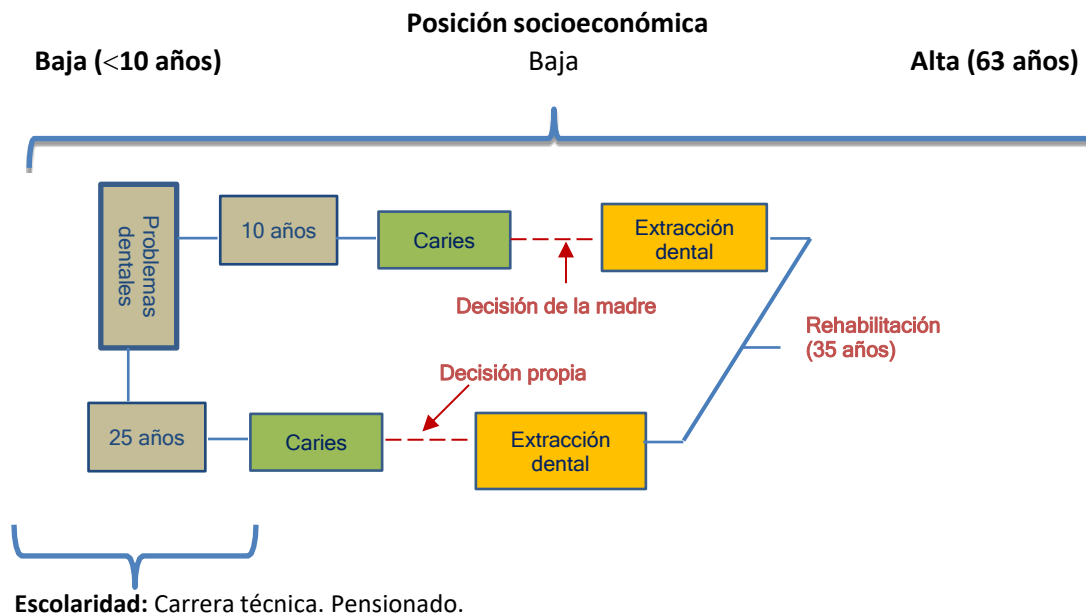


## Participante 20.

Se identificó como transición para la pérdida dental, el dolor, y como puntos de inflexión la decisión de la madre durante la infancia y la subsecuente pérdida como un proceso natural ante la progresión de caries dental.

[...] Pues sí, mi mamá me llevó al dentista porque empezaron a dolerme las muelas... yo no sabía, pero ya eran las de adulto, después esas contagiaron a las otras hasta que me sacaron ocho... la última tenía 25 años...

## Trayectoria P20.





## **Participante 22.**

La trayectoria de pérdida dental inicia a los 25 años, el participante no recuerda experiencias previas de dolor o de cuidado dental antes de esta edad. Narración similar a la de personas que migraron de un estado de la República Mexicana a la Ciudad de México antes de la adolescencia. En su mayoría respondieron aprender a cepillarse los dientes por imitación de un compañero de trabajo.

Para este hombre de 70 años, las transiciones que sucedieron con el inicio de la pérdida dental están relacionadas con episodios de dolor y movilidad de las piezas, después de los 40 años menciona que la movilidad fue por problemas en las encías (enfermedad periodontal) relacionados con el desarrollo de la Diabetes.

*[...] el dentista me dijo que se me movían los dientes por la diabetes y porque tenía un problema periodontal o de las encías como me explicó.*

El diagnóstico de Diabetes declarado a partir de los 40 años fue un evento crucial que dio pauta para la mutilación completa de la dentadura superior por parte del Seguro Social (IMSS).

Esta situación se relaciona con el tiempo histórico que experimentó el participante, donde la atención dental era de carácter mutilante. Con la llegada de la penicilina en 1948, se proporciona un tratamiento alternativo en la conservación de los dientes.

*[...] quedé viudo y me sentía mal, no dejé que nadie se me acercara, al final pude continuar y enamorarme por segunda vez.*

*Me quedé sin dientes a los 53 años y después, cuando ya no pude comer, decidí colocarme la dentadura.*

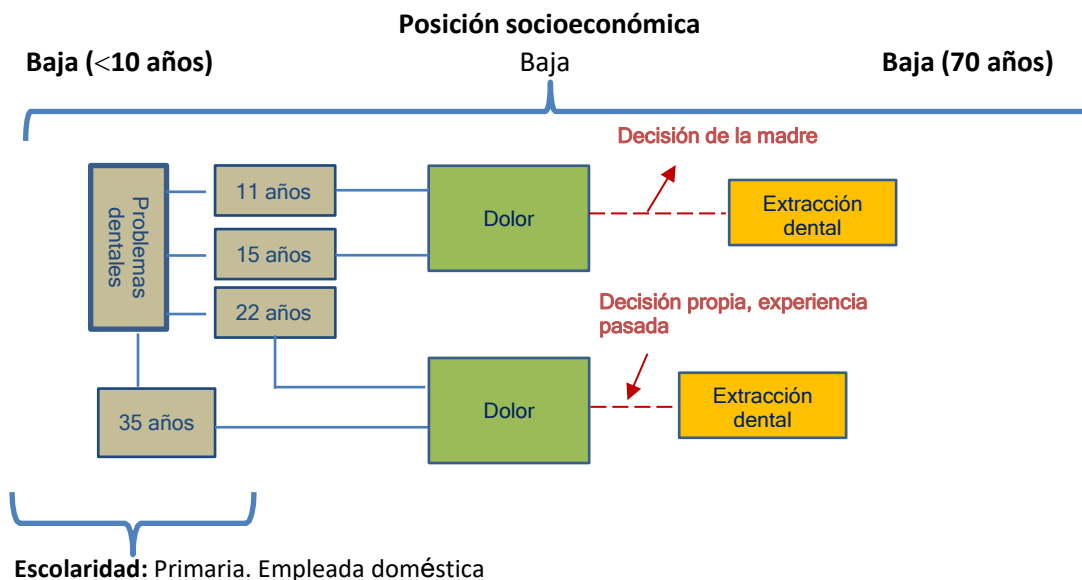


### Participante 23.

La secuencia de las transiciones fue la siguiente: a los 11, 15, 22 y 35 años. Las primeras transiciones tuvieron como punto de inflexión la decisión de la madre y una cultura de pérdida dental presente en los miembros más viejos de la familia. A los 22 años, el descuido originó la progresión de la enfermedad lo que sumó seis piezas perdidas, el punto de inflexión se debió a experiencias del tratamiento.

*[...] pues es normal que se te caigan los dientes... las muelas esas sí, te las quitan cuando ya tienen hoyos... pero es normal, ya de viejos se caen... [jajajaja]... bueno yo empecé muy joven y ahorita tengo otros que están muy mal, pero esos ya no me los quito...*

### Trayectoria P23.







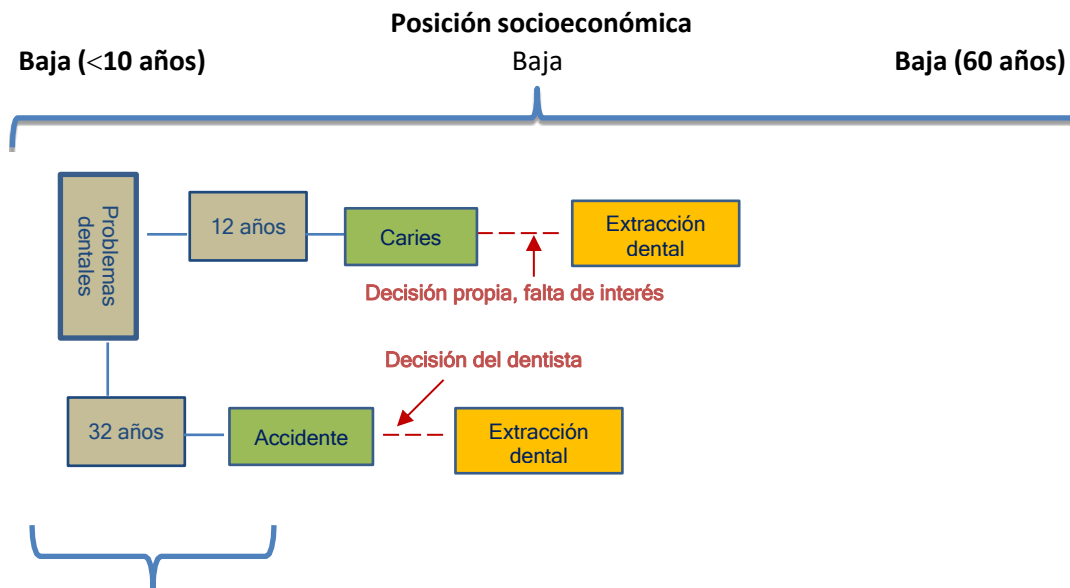


## Participante 26.

La primera transición fue a los 12 años, por descuido perdió su primer molar, los tres dientes subsecuentes fueron por un accidente. La rehabilitación no la percibió como necesidad a pesar de que la pérdida por el accidente se tratara de dientes estéticamente visibles.

*[...] estaba montando la madera para poner una barda y me caí de frente... solo vimucha sangre y sentí mis dientes flojos...*

## Trayectoria P26.



**Escolaridad:** Primaria. Albañil

## Participante 27.

La transición inicio a los 16 años por costumbre, experiencias previas de la madre. Las siguientes transiciones ocurrieron entre los 18 y 60 años, sumandoun total de 10 piezas perdidas.

Los puntos de inflexión que se identifican son descuido, falta de información y experiencias de dolor.

*[...] antes cuando se lavaban los dientes... conocí el cepillo hasta que llegué a la capital... y cuando ibas al doctor era porque te dolía alguna muela y necesitabas que te la quitaran... Así me enseñaron...*

## Trayectoria P27.



## Participante 28.

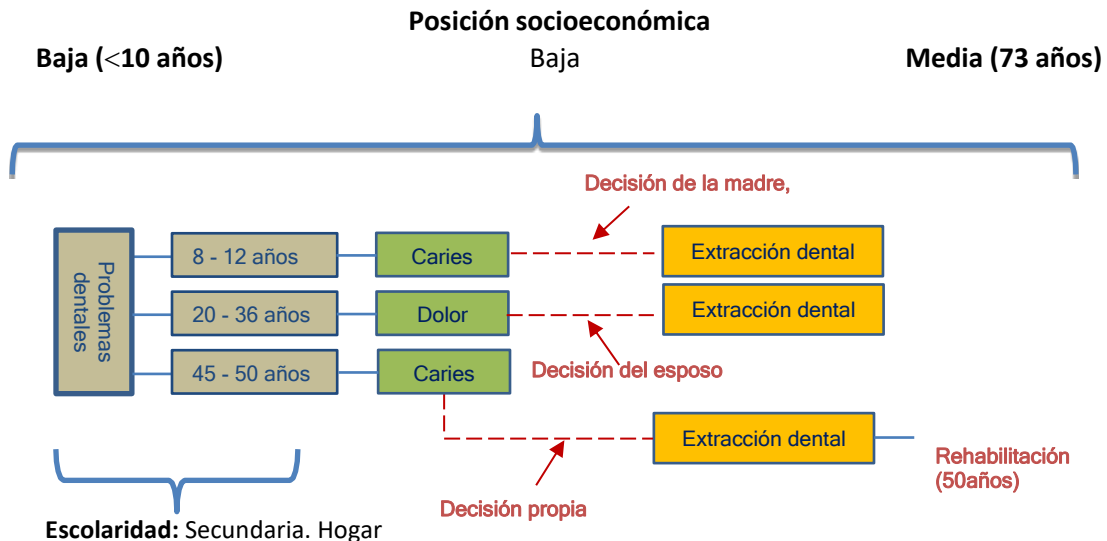
Su primera transición sucedió a los 8 años por descuido, posteriormente tuvo transiciones recurrentes, la última fue a los 50 años de edad. Los puntos de inflexión se agrupan en tres categorías, antes de los 12 años por decisión de la madre; después de su trayectoria marital, por decisión de su esposo y las últimas por decisión propia. Alrededor de los 50 años sólo conservaba una pieza que sostenía la prótesis inferior.

*[...] mi esposo se quejaba de lo caro que eran las consultas... lo mismo te cobran por revisar una que todas, así que iba ya cuando me dolía más de una...*

*[...] un diente como sea te duele, pero cuando llevas la mitad perdidos, uno más o menos da igual...*

*[...] te sale más barata la dentadura que arreglarte cada uno...*

## Trayectoria P28.



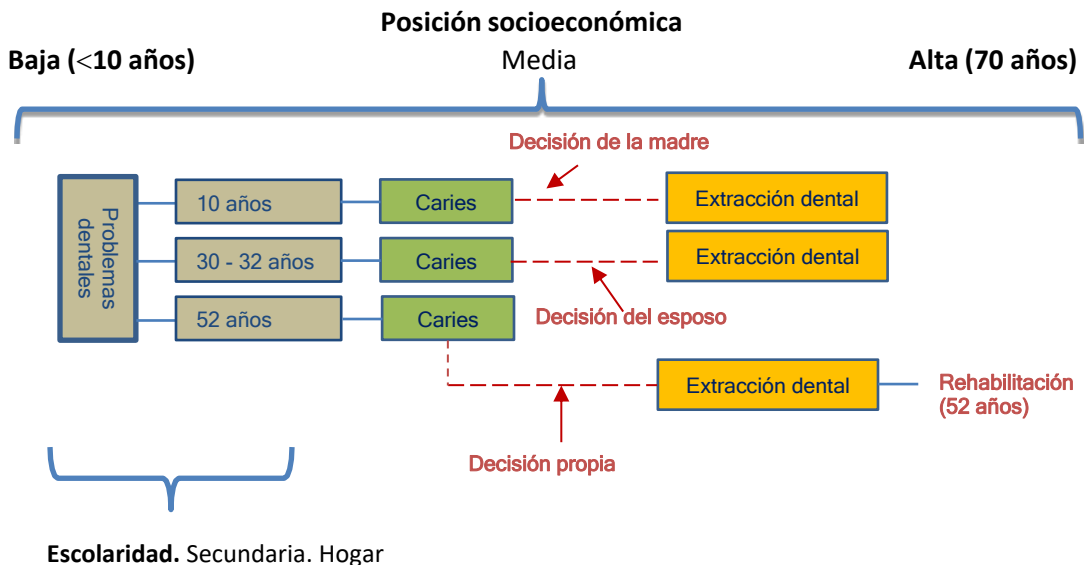
## Participante 29.

La trayectoria es similar a la anterior, las transiciones tienen puntos de inflexión de acuerdo con las tres etapas de la vida: la infancia, la juventud y la etapa adulta. En la primera transición, el punto de inflexión fue la decisión de la madre, en la segunda transición, el punto de inflexión fue la decisión del esposo y la última transición fue por decisión propia.

*[...] por desidia si lo quiere ver así... mi mamá, mi tía, mi papá, toda la gente que conozco ha perdido sus dientes, es algo normal, uno se va haciendo vieja... ya no es igual que cuando estabas joven..."*

*[...] ya al final el dentista me dijo que era mejor quitarme todos para que quedara bonita mi placa..."*

## Trayectoria P29.



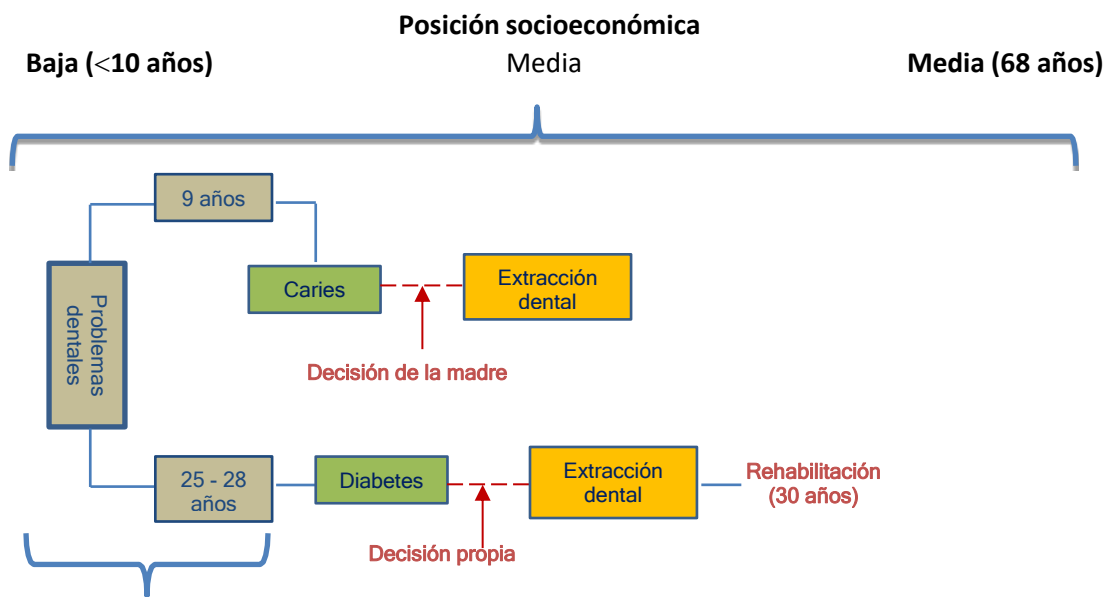
### Participante 30.

El descuido de sus dientes en la infancia y después el diagnóstico de diabetes, ocasionaron movilidad de las piezas y la pérdida de ellas. Las pocas que se mantuvieron en boca se rompieron y tuvieron que extraerse para evitar una infección y complicar la diabetes.

*[...] se me cayeron por descuido, nunca me preocupé por mi boca, primero se me fueron cayendo los de arriba y cuando me di cuenta ya sólo tenía pedazos...*

*Dicen que es por la enfermedad... me enfermé de la azúcar y a partir de ahí se me fueron moviendo... me acuerdo de que el primero me dio mucho miedo, después se movió el segundo y fue cuando me decidí por quitarme todos de una vez...*

### Trayectoria P30.



**Escolaridad.** Primaria. Desempleado

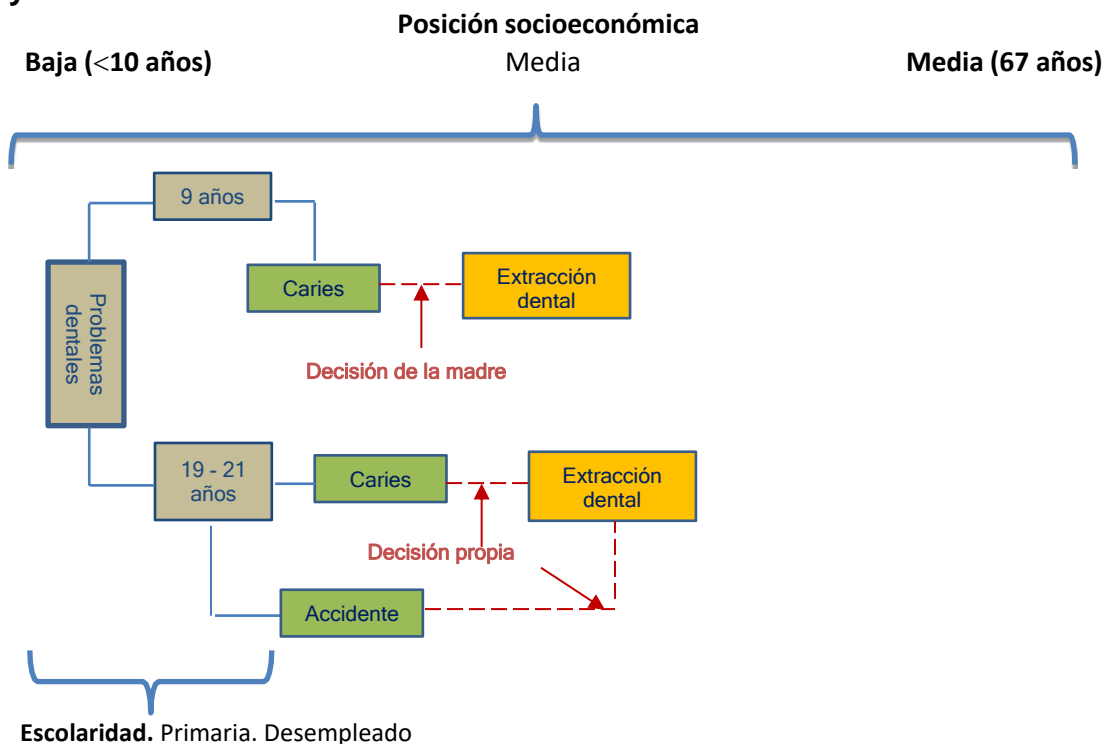
### Participante 31.

Menciona que la pérdida de sus dientes se debe a la falta de cuidado desde pequeño, su madre no les daba importancia a los dientes por lo que desde pequeño empezó a tener problemas de caries y a perder piezas. La falta de atención por parte de la madre provocó en el desnutrición y abandono en todos los sentidos. A los 19 años su madre fallece y se queda solo en compañía de su hermana mayor. Cuando inicia su trayectoria laboral empieza a fumar lo que afectó más su dentadura, alrededor de los 21 años pierde sus muelas y tras un accidente un diente frontal. En total suma 8 piezas perdidas.

*[...] mi mamá nunca nos cuidó los dientes ni nos enseñó a comer sano, nos la pasábamos comiendo dulces ... ya después ella murió y nos quedamos solos mi hermana mayor y yo.*

*[...] empecé a trabajar y a comer donde caía y como nunca me preocupé por los dientes se me fueron cayendo a pedazos por la caries, el de enfrente ese lo perdí en un accidente...*

### **Trayectoria P31.**





### **Participante 32.**

La participante mencionó descuidar sus dientes desde pequeña, no le dio importancia a su dentadura y siempre creyó que con la edad se perdían los dientes poco a poco, eso lo observó en su abuela y con su madre. Cuando se casó, su esposo también presentaba pérdida dental lo que restó importancia al cuidado de su boca.

Sin embargo, con sus hijos fue diferente con ellos tuvo más cuidado porque no quería que pasaran por lo mismo.

*Pues si empiezo a contar ya no tengo mis muelas de abajo, y perdí dos de arriba, los dientes de enfrente también ya los perdí y esos me dolieron más que las muelas porque esos si se ven...*

*[...] crecí pensando que era normal que los dientes se cayeran, mi mamá y mi abuela decían que con cada hijo se pierden los dientes y yo tuve cuatro... [jajaja] lo que me faltaron entonces fueron hijos*

*Nunca me sentí mal porque mi marido también estaba chimuelo, lo que hace una es si te duele pues vas a que te los quiten para que ya no te duela.*

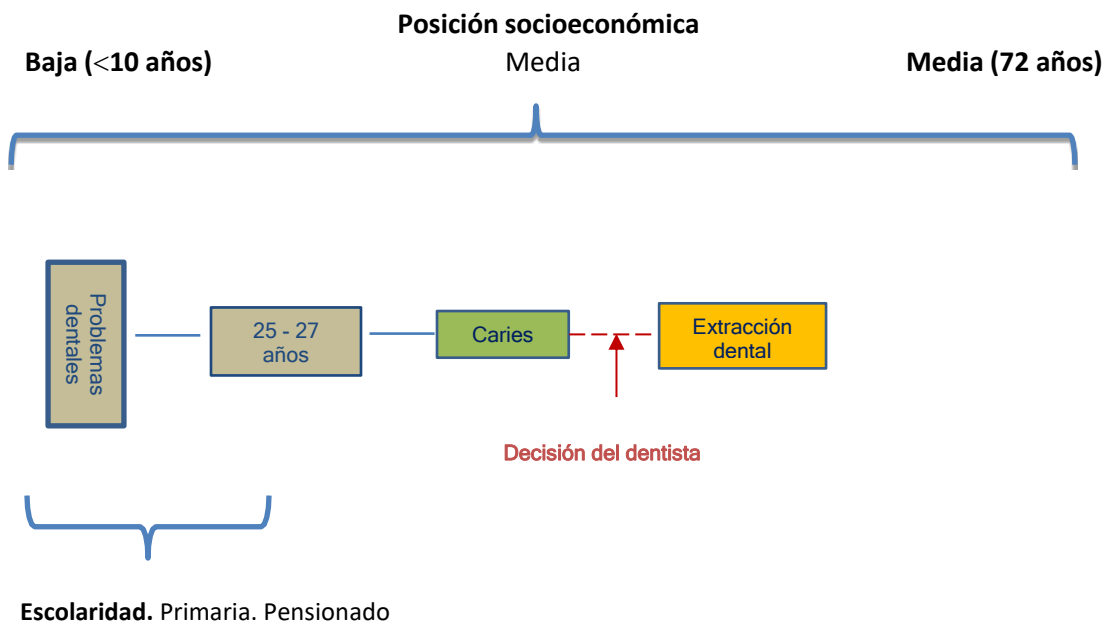


### Participante 33.

No recuerda haber perdido dientes de niño ni que lo hayan llevado al dentista, el creció en el estado de Puebla en una familia conformada por ocho hermanos y tres hermanas. Sus papás se dedicaban al campo y entre los hermanos se cuidaban, es el tercero de la familia. Recuerda que se vino a la CDMX después de hacer su servicio militar, entró a trabajar a una fábrica de telas y una vez que estaba en el turno de la noche tuvo un dolor tremendo de muelas, lo revisó el doctor de la fábrica y lo envió al otro día al seguro para que se la sacaran.

[...] *yo nunca padecí de dolor de muelas o dientes, es más no recuerdo que me hayan quitado alguna de niño, sólo recuerdo que cuando entré a trabajar en la fábrica me mandó el doctor por un dolor de muelas a que me la sacaran al otro día, pero no me quitaron una, poco a poco me sacaron todas en cachitos.*

### Trayectoria P33.



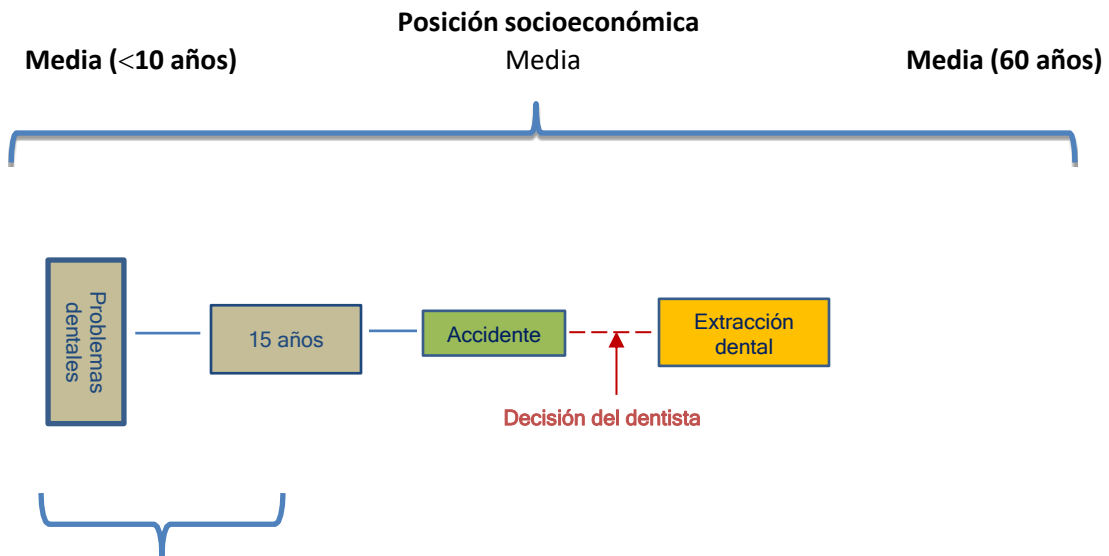
### Participante 34.

Perdió sus dientes a la edad de 8 años por un accidente en la cocina, sin darse cuenta jaló la olla de agua que estaba en la estufa y se quemó parte de la boca, la piel le quedó pegada y durante el tratamiento por las quemaduras ingería todo con popote, lo que ocasionó que sus dientes anteriores inferiores presentaran más tarde movilidad y por indicación del dentista fueron extraídos.

Buscó la rehabilitación hasta que empezó a trabajar con motivación de su esposa.

*Perdí mis dientes por un accidente en la cocina si no yo tendría toda mi dentadura, lo que sí, es que gracias a mi esposa, me puse mi puente cuando empecé a trabajar.*

### Trayectoria P34.



**Escolaridad.** Bachillerato. Empleado

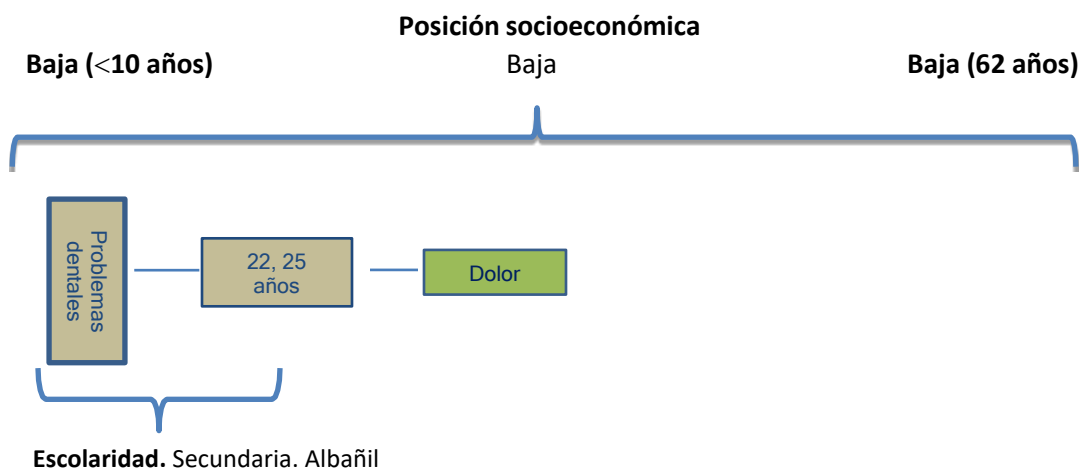
### Participante 35.

El paciente refiere no haber perdido dientes o muelas, las tres visitas con el dentista estuvieron vinculadas con dolor principalmente de las muelas como así lo menciona. Recuerda que el dentista le extendía una receta y programaba una siguiente revisión, pero por cuestiones de trabajo no se presentaba a la cita, y no la consideraba necesaria porque el dolor desaparecía. Las primeras dos veces visitó al dentista y posteriormente cuando el dolor regresaba actuaba conforme a la experiencia anterior y bajo el mismo medicamento recetado anteriormente. El participante no permitió la revisión bucal, sin embargo, durante la entrevista se pudo apreciar pérdida de la estructura dental por un proceso carioso.

*Yo no he perdido ningún diente, si he ido al dentista, pero fue porque tenía dolor en alguna muela, pero visité al dentista como en dos ocasiones y siempre me recetaba lo mismo, le pedía que me sacara la muela, pero respondía que no podía quitármela así, primero necesitaba mandarme medicamento, con el medicamento se me quitaba el dolor y ya no regresaba por cuestiones de trabajo. Después cuando me dolía tomaba lo mismo y así he hecho siempre.*

*... No tengo un solo diente perdido, quizá si cachitos de muelas, pero puedo comer muy bien...*

### **Trayectoria P35.**

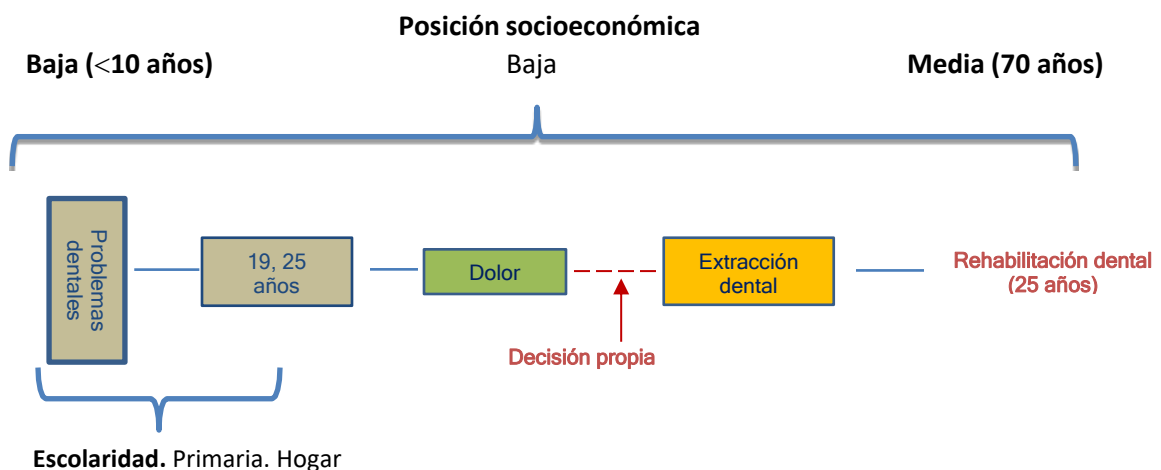


### Participante 36.

La paciente recuerda que de niña tuvo muchos problemas con los dientes y pasó mucho dolor, su mamá la llevaba al centro de salud y ahí solo le quitaban las muelas, la experiencia de dolor fue desagradable. Recuerda que el primer dolor de muelas en la adultez fue a los dos o tres meses de tener a su primer hijo, pero como estaba amamantando no pudo tomar medicamento, así que se le fue cayendo a pedazos; a los 25 años volvió a tener dolor y fue al dentista para que se lo arreglaran y le comentaron que ya tenía muchas piezas en mal estado, por lo que decidió retirar todos los dientes y colocarse una dentadura postiza.

*Recuerdo el dolor de ir al dentista, de niña sufrí mucho y cuando tuve a mi primer hijo una muela se me picó y no pude tomar nada porque estaba dando pecho... después como a los 25 años me volvió el dolor y fui a ver a un dentista particular y me comentó que tenía muchas muelas en mal estado... no quise pasar por dolor así que me las quité todas, buenas y malas y mejor me puse dentadura. ... el dentista solo me dijo que era mejor, así quedaría bien derecha....*

### Trayectoria P36.



La reconstrucción de la trayectoria de salud bucal no se vinculó con la escolaridad, el uso de los servicios dentales o con la posición socioeconómica, sin embargo, se identificaron puntos de inflexión que modificaron las transiciones durante la trayectoria de salud bucal.

Los puntos de inflexión fueron agrupados en tres categorías, además de la experiencia de dolor como evento que marca la trayectoria de salud bucal:

- 1) el papel de la madre durante la infancia;
- 2) decisión de la pareja y del dentista durante la edad adulta y;
- 3) envejecimiento;

Un hallazgo importante fue la falta de responsabilidad individual, sólo tres personas de las 36 entrevistadas mencionaron que la pérdida dental fue por falta de interés en el cuidado de sus dientes desde edades tempranas.

## 9. DISCUSIÓN

Se reconstruyeron las trayectorias de posición socioeconómica percibida, escolaridad y uso de servicios dentales con la finalidad de identificar cómo el desarrollo de éstas de forma individual o en conjunto promovían un cambio en la presencia de pérdida dental. No obstante, durante la participación de las personas mayores lo que más resaltó fueron las causas que provocaron una ruptura o puntos de inflexión en las transiciones de atención dental originando la pérdida de las piezas dentales.

Los puntos de inflexión que fueron citados en múltiples ocasiones estuvieron relacionados con tres etapas de la vida; la influencia de la madre durante la infancia, la influencia del cónyuge y del dentista durante la etapa adulta, y el envejecimiento como un proceso natural en la pérdida dental.

Durante la infancia, la experiencia de dolor por la progresión de la enfermedad o por el tratamiento dental de la madre y de los integrantes del entorno familiar influyen en la decisión de pérdida de las piezas dentales en los hijos. Y durante la etapa adulta la transición al matrimonio promueve cambios en atención dental, percibiendo diferencias por género establecidas por los roles dentro de la familia. Esto puede deberse al papel del hombre a principios de los años treinta que se vinculaba con prácticas de dominio y poder dentro de la familia, y a la práctica odontológica mutilante que imperaba en esa época<sup>47, 40, 41</sup>.

Las condiciones negativas en la salud bucal se han vinculado con la falta de recursos económicos en las personas adultas mayores por la falta de acceso a tratamientos dentales conservadores<sup>19, 62</sup>, sin embargo, en el estudio las descripciones de los participantes no identificaron el factor económico como punto de inflexión, para ellos el dolor asociado con la progresión de la enfermedad, desencadenó la decisión de extraer la pieza y resolver de forma rápida el problema que impedía continuar con sus actividades diarias. Es así como se identifica al dolor como promotor de cambios en las transiciones de salud bucal de los participantes durante su infancia y la edad adulta.



La influencia de experiencias tempranas adversas y el curso de vida sobre la salud bucal ha sido poco explorado en personas adultas mayores<sup>19, 49,50</sup>, las propuestas que existen son en escolares y sugieren que la exposición a este tipo de eventos en diferentes momentos de la vida genera un efecto acumulativo sobre la salud y aumentan el riesgo de desarrollar condiciones negativas<sup>64</sup>. Los puntos de inflexión que actualmente son referidos en estudios con enfoque cualitativo apuntan a la influencia paterna durante la infancia y la falta de compromiso con la salud bucal durante la etapa adulta<sup>22, 49, 50</sup>. En nuestros resultados la influencia materna a través de las experiencias adversas representó el principal punto de inflexión durante la infancia y, la falta de compromiso con la salud bucal se identificó en sólo tres participantes masculinos durante la etapa adulta. A diferencia de Broadbent, la posición socioeconómica no se consideró modeladora de las creencias o conductas de autocuidado en etapas posteriores a la infancia<sup>20</sup>.

Las vidas interconectadas dentro del entorno familiar juegan un papel importante para la toma de decisiones en lo que respecta a la salud; una característica de los participantes es la importancia que le asignan a las experiencias de los miembros más viejos de la familia relacionados con el dolor, lo que se vincula con la decisión de extraer las piezas<sup>64, 65</sup>. Por lo tanto, considerando los modelos epidemiológicos, el modelo que permite explicar la pérdida dental en la trayectoria de salud bucal de los participantes es el de periodo crítico, partiendo de la decisión de la madre por las experiencias de dolor percibidas durante su infancia y vinculadas con las vidas interconectadas de los miembros de la familia, por lo que, el cuidado dental es una conexión directa con las acciones familiares<sup>63, 65</sup>.

Un dato que resaltó en las personas que migraron a la Ciudad de México antes de los 15 años fue el desapego del entorno familiar y la adquisición de medidas observadas del entorno laboral al que se vinculaban<sup>58</sup>. La adopción del cepillo dental fue una acción positiva que se observó en los hombres que migraron e iniciaron su trayectoria laboral. En el caso de las mujeres, sólo una persona vinculó la adopción del cepillo dental y la búsqueda de atención dental al incorporarse al trabajo

doméstico y adoptar las medidas de higiene de su entorno laboral.

Otro dato importante fue la influencia del profesional de la salud (médico/odontólogo) respecto a la extracción dental, recordemos que la generación entrevistada compartió la ideología mutilante de la práctica odontológica como solución rápida para el dolor dental sumado a la falta de posibilidades de tratamiento. La especialidad de endodoncia se introdujo después del año 1963 a un costo elevado y a cargo de unos cuantos a nivel privado, razón por la que no estaba al alcance de todos<sup>33, 41</sup>. La falta de atención dental en las primeras etapas de la enfermedad, las experiencias de dolor del individuo y de su entorno familiar aunado a la falta de responsabilidad individual sobre el cuidado dental fueron los temas que surgieron durante las entrevistas y que pueden seguir explorándose no sólo en las personas adultas mayores sino también en los hijos y nietos de éstos para comparar los resultados entre diferentes generaciones principalmente por la asociación entre la pérdida dental y el proceso del envejecimiento.

Para los participantes la creencia de la pérdida dental y el proceso de envejecimiento estuvo moldeado por el momento histórico que experimentaron durante su infancia y la etapa adulta. En la época del cine de oro la imagen de la persona anciana se representaba cansada, enferma, en algunos momentos abandonada y con la característica zona peribucal arrugada que imprimía una mala pronunciación por la pérdida generalizada de las piezas dentales, lo que moldeó la creencia de una pérdida dental asociada con el envejecimiento.

Es importante resaltar la influencia del entorno social en la práctica odontológica, por ello, se sugiere seguir adoptando metodología cualitativa como herramienta para la inclusión de trayectorias personales en la investigación de factores asociados a la pérdida dental mediante el enfoque de curso de vida, lo cual, permite a los investigadores analizar si la interrelación de una trayectoria con otra promueve una transición o un punto de inflexión, y cómo se vinculan con el proceso de pérdida dental en personas adultas mayores<sup>66</sup>.

La investigación odontológica en un futuro debe incluir el acercamiento del curso de vida con información epidemiológica para profundizar en las asociaciones complejas que llevan a la pérdida de los dientes. Esto se puede lograr interrelacionando la exposición a un factor en la vida temprana con la exposición a otro factor(s) más adelante en la vida, y explicando cómo estas exposiciones se acumulan y cambian el riesgo de perder dientes, este enfoque se ha utilizado para describir el envejecimiento saludable<sup>67</sup>.

## **Ventajas**

El uso de metodología cualitativa con enfoque de curso de vida en la odontología permite analizar si la interrelación de una trayectoria con otra promueve un cambio, una ruptura, y cómo éstas se vinculan con el proceso de pérdida dental desde la experiencia del individuo.

La reconstrucción de la trayectoria de salud bucal y el reconocimiento de los puntos de inflexión que dan origen a la pérdida dental permiten entender la importancia del cuidado de los dientes como un concepto familiar influenciado por el entorno en el que se encuentre inmerso el individuo, lo cual, es de suma importancia para dirigir las propuestas de promoción y prevención de las enfermedades bucales y, moldear las prácticas de higiene bucal.

La inclusión de la cuadrícula de vida facilitó el recordatorio minimizando sesgos de memoria y promoviendo la entrevista interactiva, pero, sobre todo, destacó la importancia de las experiencias tempranas y el impacto de ellas en la trayectoria de la salud bucal.

Analizar la pérdida dental a partir de la reconstrucción de trayectorias de salud bucal han permitido resaltar el papel del odontólogo en las decisiones del tratamiento y reflexionar sobre si realmente la práctica mutilante de años atrás ha sido sustituida por la práctica preventiva y restauradora sin caer en la sobreutilización de los servicios.

## **Limitaciones**

1. La construcción de un diagrama a partir del desarrollo de una breve encuesta y la guía de entrevista facilita la recopilación de la información y la reconstrucción de las trayectorias, pero provoca que el adulto mayor se centre en la trayectoria que más impacto tuvo en su curso de vida lo que conlleva a redireccionar la entrevista en diferentes momentos.
2. No fue posible obtener información completa de 9 participantes, por problemas para el registro u obtención de la información o retiro del consentimiento, lo que puede haber omitido información relacionada con los aspectos familiares y que puede también estar relacionada con deficiencias en el procedimiento de las entrevistas.

## 10.CONCLUSIONES

Al inicio del estudio el propósito se planteó para describir la trayectoria de salud bucal de un grupo de personas adultas mayores, sin embargo, durante las entrevistas lo que resaltaron fueron los puntos de inflexión que llevaron a las personas a transitar a la pérdida dental, por lo que, durante la reconstrucción de las trayectorias nos centramos en la descripción y categorización de los puntos de inflexión.

Encontramos un dato muy interesante, para las personas con diferentes transiciones en su posición socioeconómica, con escolaridad menor a seis años y con falta de atención pública en el cuidado bucal, el punto de inflexión no fue el económico, sino la decisión de la madre durante la infancia. Es común observar que el primer molar al no tener un precedente en su erupción es confundido por una pieza temporal restándole importancia a su cuidado, lo que repercute en la decisión de extraerlo a temprana edad, sumando dientes perdidos en la etapa adulta, y dejando a las personas vulnerables ante esta decisión cuando soy menores de edad.

Otro dato que resalto fue la decisión del esposo al tratamiento dental de las mujeres cuando presentaban dolor, lo que nos permitió entender cómo el lugar que ocupaba la mujer dentro de la familia en este grupo de personas representó un punto de inflexión para la pérdida dental a partir del matrimonio.

Esta práctica repetitiva de pérdida dental como solución al dolor no sólo experimentada por el participante sino también en la familia de éste, contribuyó a que la persona le restara importancia a la conservación de las piezas dentales, considerará normal perder piezas a lo largo de su trayectoria de vida, fortaleciera la imagen del anciano desdentado y considerara a la pérdida dental como parte natural del envejecimiento.

Considerando los modelos epidemiológicos podemos apegarnos al modelo de periodos críticos para explicar nuestros resultados, resaltando dos periodos en

particular, la infancia y la etapa adulta. Sería interesante retomar la guía de entrevista en los familiares de los participantes más jóvenes y comparar los resultados para identificar si se explican bajo el mismo modelo o se apegan al modelo de efectos acumulativos.

Por ello, consideramos necesario enfatizar en las nuevas generaciones de odontólogos la importancia en las estrategias de promoción y prevención del cuidado y conservación de las piezas dentales, dirigida a los encargados del cuidado de los menores de edad. Asimismo, es necesario enfatizar la importancia de las campañas de salud a nivel poblacional y el seguimiento de estas para evitar prácticas mutilantes a temprana edad.

## 11. REFERENCIAS

1. Blanco M. El enfoque del curso de vida: orígenes y desarrollo. *Revista Latinoamericana de Población*. 2011;5(8):5 - 31.
2. Cenobio-Narcizo FJ, Guadarrama-Orozco JH, Medrano-Loera G, Mendoza-de la Vega K, González-Morales D. Una introducción al enfoque del curso de vida y su uso en la investigación pediátrica: principales conceptos y principios metodológico. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*. 2019; 76:203-9.
3. Tuirán R. Transición demográfica, trayectorias de vida y desigualdad social en México: lecciones y opciones. *Papeles de Población*. 2002;8(31):25 - 66.
4. Lee H. A life course approach to total tooth loss: Testing the sensitive period, accumulation, and social mobility models in the Health and Retirement Study. *Community Dentistry And Oral Epidemiology*. 2019;47(4):333-9.
5. Blanco M, Pacheco E. Trabajo y familia desde el enfoque del curso de vida: dos subcohortes de mujeres mexicanas. *Papeles de Población*. 2003;9(38):159 - 93.
6. Parrado E, Zenteno R. Entrada en unión de hombres y mujeres en México: perspectiva de los mercados matrimoniales. En: *Cambio demográfico y social del México del siglo XX Una perspectiva de historias de vida*. México: El Colegio de la Frontera Norte; 2004. p. 528.
7. Castro N. Temporalidades reproductivo-laborales de las mujeres mexicanas de tres cohortes. *Papeles de Población*. 2004;10(41):107 - 39.
8. Pacheco E. La movilidad ocupacional de los hijos frente a sus padres. *Cambio demográfico y social en el México del siglo XX*. Tijuana, B.C.: El Colegio de la Frontera Norte; 2004. p. 227 - 58.
9. Pérez Baleón GF. Análisis de la salida de la escuela por cohorte, género y estrato socioeconómico. *Estudios Demográficos y Urbanos*. 2012;27(3):699 - 737.
10. Solís P, Gayet C, Juárez F. Las transiciones a la vida sexual, a la unión y a la maternidad en México: cambios en el tiempo y estratificación social. *Salud reproductiva y condiciones de vida en México*: El Colegio de México; 2008. p. 397-428.
11. Pérez Campuzano E. Transformación urbano-regional y migración de clases medias de la Ciudad de México hacia Querétaro. *Alteridades*. 2007;17(34):93-104.
12. Velasco Ortiz L. Migraciones indígenas a las ciudades de México y Tijuana. *Papeles de Población*. 2007;13(52):183 - 209.
13. Rojas-Rangel T. Migración rural jornalera en México: la circularidad de la pobreza. *Revista de Ciencias Sociales de la Universidad Iberoamericana*. 2017;12(23):1-35.
14. Ramírez-García T, Gandini L. Trabajadoras calificadas: las mujeres mexicanas en el mercado de trabajo estadounidense en perspectiva comparada. *Revista Latinoamericana de Población*. 2016;10(19):33-56.
15. Montes de Oca Zavala V, Díaz Ábrego M, Hebrero Martínez M. Migración, salud y masculinidad. Don Leovigildo y su familia: tres generaciones entrelazadas por la salud y migración en Guanajuato. Estudio de caso. *Revista del Centro de Investigación Universidad La Salle*. 2012;10(38):85 - 101.
16. Lynch J, Smith GD. A life course approach to chronic disease epidemiology. *Annual Review of Public Health*. 2005; 26:1-35.
17. Schuch H, Peres K, Demarco F, Horta B, Gigante D, Peres M, et al. Effect of life course family income trajectories on periodontitis: Birth cohort study. *Journal of Clinical Periodontology*. 2018;45(4):394 - 403.

18. Macedo Teixeira AK, Roncalli AG, Augusto Noro LR. Iniquidades na assistência odontológica ao longo do curso de vida de jovens: um estudo de coorte. *Ciencia & Saúde Colectiva*. 2018;23(1):249 - 58.
19. Matsuyama Y, Fujiwara T, Aida J, Watt R, Kondo N, Yamamoto T. Experience of childhood abuse and later number of remaining teeth in older Japanese: a life course study from Japan Gerontological Evaluation Study project. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. 2016;44(6):531 - 9.
20. Broadbent JM, Zeng J, Foster Page LA, Baker SR, Ramrakha S, Thomson WM. Oral Health-related Beliefs, Behaviors, and Outcomes through the Life Course. *Journal of Dental Research*. 2016;95(7):808 - 13.
21. Dezhdar S, Fereidoonpoor N, Mostaghni E, Jahanpour F, Ravanipour M. Transition from being OK to OT OK with tooth loss among a selection of older people in Iran: a qualitative study. *Gerodontology*. 2017;34(2).
22. Miurhead V, Levine A, Nicolau B, Landry A, Bedos C. Life course experiences and laydiagnosis explain low-income parent's child dental decisions: a qualitative study. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. 2013;41(1).
23. Hebrero - Martínez M. Transiciones en el proceso salud - enfermedad en la población con 60 - 79 años residente en el Distrito Federal: El caso de Iztapalapa. [Doctorado]. México: El Colegio de México; 2013.
24. Gülcan F, Ekback G, Ordell S, Atle L, Nordrehaug A. Inequality in oral health related to early and later life social conditions: a study of elderly in Norway and Sweden. *BMC Oral Health*. 2015;15:3 - 10.
25. Astrom A, Ekback G, Lie S, Ordell S. Life-course social influences on tooth loss and oral attitudes among older people: evidence from a prospective cohort study. *European Journal of Oral Sciences*. 2015;123:30 - 8.
26. Peres M, Peres K, Thomson M, Broadbent J, Gigante D, Horta B. The influence of family Income Trajectories from Birth to adulthood on adult Oral Health: Findings from the 1982 Pelotas Birth Cohort. *American Journal of Public Health*. 2011;101:730 - 6.
27. Poulton R, Caspi A, Milne B, Thomson WM, Taylor A, Sears M, et al. Association between children's experience of socioeconomic disadvantage and adult health: a life-course study. *Lancet*. 2002;360(9346):1640 - 5.
28. Thomson WM, Poulton R, Milne BJ, Caspi A, Broughton JR, Ayers KM. Socioeconomic inequalities in oral health in childhood and adulthood in a birth cohort. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. 2004;32(5):345-53.
29. Brondani MA, Amin MS, Poon B. Life Course Approach to Oral Health Research Workshop: A Summative Report. *Journal of the Canadian Dental Association*. 2016;82(g25):g25.
30. Abreu LG, Elyasi M, Badri P, Paiva SM, Flores-Mir C, Amin M. Factors associated with the development of dental caries in children and adolescents in studies employing the life course approach: a systematic review. *European Journal of Oral Sciences*. 2015;123(5):305-11.
31. Sollova V. Industrialización, cambio demográfico y participación económica femenina en el Estado de México y la ZMT, 1970-2000. *Papeles de Población Universidad del Estado de México*. 2008(55):201 - 35.
32. Frenk J, González Pier E, Gómez Dantés E, Lezana MA, Knaul FM. Reforma integral para mejorar el desempeño del sistema de salud en México. *Salud Pública de México*. 2007;supl 1(49):S23 - S36.
33. Hernández-Ávila M, Gudiño Cejudo M, Aguilar Cervantes I. Cien años de Salud Pública en México. Historia en imágenes. Capítulo 3. Instituciones, formación de médicos y personal sanitario. España: Brizzolis; 2010.



34. Ruiz Medina MI. Políticas Públicas en Salud y su impacto en el Seguro Popular en Culiacán, Sinaloa [tesis doctoral] [Internet]. 2011. Available from: [http://s2.medicina.uady.mx/observatorio/docs/ss/li/SS2011\\_Li\\_Ruiz.pdf](http://s2.medicina.uady.mx/observatorio/docs/ss/li/SS2011_Li_Ruiz.pdf).
35. Casas Patiño A, Rodríguez Torres D. La caída de la Seguridad Social en México: caso IMSS. Archivos de Investigación Materno Infantil. 2014;6(2):85-94.
36. Gómez - Dántes O, Sesma S, Becerril VM, Knaut FM, Arreola H, Frenk J. Sistema de Salud de México. Salud Pública de México. 2011;53(supl 2):S220 - S32.
37. Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. 2016 [Available from: <https://www.gob.mx/inapam/articulos/inapam-37-anos-al-servicio-de-los-adultos-mayores-de-mexico?idiom=es>].
38. Instituto Nacional de Geriátria. 2019 [Available from: <http://geriatria.salud.gob.mx/contenidos/institucional/que-hacemos.html>].
39. Instituto de Salud para el Bienestar. Instituto de Salud para el Bienestar 2020 [Available from: <https://www.gob.mx/insabi/articulos/instituto-de-salud-para-el-bienestar-230778>].
40. Díaz de Kuri M. Historia de la Odontología en México. Inicio y desarrollo en México. México: Odontología actual; 2015.
41. Ortega M. Historia de la Estomatología (odontología) siglo XX a la actualidad. 2013.
42. Nápoles González IdJ, Fernández Collazo ME, Jiménez Beato III P. Evolución histórica del cepillo dental. Revista Cubana de Estomatología. 2015;52(2):208 - 16.
43. Tyrovolas S, Koyanagi A, Panagiotakos DB, Haro JM, Kassebaum NJ, Chrepa V, et al. Population prevalence of edentulism and its association with depression and self-rated health. Science Reports. 2016; 6:37083.
44. Casanova-Rosado AJ, Casanova-Rosado JF, Minaya-Sanchez M, Robles-Minaya JL, Casanova-Sarmiento JA, Marquez-Corona ML, et al. Association of Edentulism with Various Chronic Diseases in Mexican Elders 60+ Years: Results of a Population-Based Survey. Healthcare (Basel). 2021;9(4):404.
45. GBD 2017 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. Lancet. 2018 Nov 10;392(10159):1789-1858.
46. Luengas-Aguirre MI, Sáenz-Martínez LP, Tenorio-Torres G, Garcilazo-Gómez A, Díaz-Franco MA. Aspectos sociales y biológicos del edentulismo en México: un problema visible de las inequidades en salud. Ciencias Clínicas. 2015;16(2):29-36.
47. Damián A. Pobreza y desigualdad en México. La construcción ideológica y fáctica de ciudadanías diversas y desiguales. El Trimestre Económico. 2019;86(343):623-66.
48. Peltzer K, Hewlett S, Yawson AE, Moynihan P, Preet R, Wu F, et al. Prevalence of loss of all teeth (edentulism) and associated factors in older adults in China, Ghana, India, Mexico, Russia and South Africa. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2014;11(11):11308-24.
49. Andrade FB, Antunes JLF, Souza Junior PRB, Lima-Costa MF, Oliveira C. Life course socioeconomic inequalities and oral health status in later life: ELSI-Brazil. Revista de Saúde Pública. 2018;52Suppl 2(Suppl 2):7s.
50. Costa Faleiro J, Giatti L, Barreto SM, do Valle Camelo L, Härter Griep R, Guimarães JMN, et al. Posição socioeconômica no curso de vida e comportamentos de risco relacionados à saúde: ELSA-Brasil. Cadernos de Saúde Pública. 2017;33(3).
51. Islas-Granillo H, Borges-Yanez SA, Lucas-Rincon SE, Medina-Solis CE, Casanova-Rosado AJ, Marquez-Corona ML, et al. Edentulism risk indicators among Mexican elders 60-year-old and older. Archives of Gerontology and Geriatrics. 2011;53(3):258-62.

52. Kassebaum NJ, Bernabe E, Dahiya M, Bhandari B, Murray CJ, Marcenes W. Global Burden of Severe Tooth Loss: A Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of Dental Research*. 2014;93(7 Suppl):20S-8S.
53. Turner III Daniel W. Qualitative Interview Design: A Practical Guide for Novice Investigators. *The Qualitative Report*. 2010;15(3):754 - 60.
54. Romero T. Posición Socioeconómica, Salud y Expectativas de vida: la insuficiencia cardíaca como ejemplo. *Revista Chilena de Cardiología*. 2009; 28:91-3.
55. Niesten D, van Mourik K, van der Sanden W. The impact of having natural teeth on the QoL of frail dentulous older people. A qualitative study. *BMC Public Health*. 2012;12:839.
56. Moral Santaella C. Criterios de Validez En la investigación cualitativa actual. *Revista de Investigación Educativa*. 2006;4(1):147-64.
57. Varela-Ruiz M, Díaz-Bravo L, García-Durán R. Descripción y usos del método Delphi en investigaciones del área de la salud. *Investigación en Educación Médica*. 2012;1(2):90 - 5.
58. Ramírez García T. El efecto de la migración masculina a Estados Unidos en el trabajo femenino extradoméstico: un estudio de caso en el estado de Guanajuato. [Tesis doctoral] México: El Colegio de México. 2009.
59. Asociación Médica Mundial. 2017 [Available from: <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>].
60. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos.: Secretaría de Salud; 2012 [Available from: [http://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5284148&fecha=04/01/2013](http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5284148&fecha=04/01/2013)].
61. Friese S. ATLAS. Ti 7 user manual. Berlin: ATLAS Ti Scientific Software Development GmbH. 2012.
62. Ramsay SE, Papachristou E, Watt RG, Lennon TL, Papacosta AO, Whincup PH, Wannamethee SG. Socioeconomic disadvantage across the life course and oral health in older age: findings from a longitudinal study of older British men. *Journal of Public Health* 2018; 40(4): e423-e430.
63. Lee H. A life course approach to total tooth loss: Testing the sensitive period, accumulation, and social mobility models in the Health and Retirement Study. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. 2019; 47(4): 333-339.
64. Dannefer D. Cumulative advantage/disadvantage and the life course: Cross-fertilizing age and social science theory. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences* 2003; 58(6): S327-S337.
65. Kettle JE, Warren L, Robinson PG, Walls A, Gibson BJ. 'I didn't want to pass that on to my child being afraid to go the dentist': making sense of oral health through narratives of connectedness over the life course. *Sociology of Health and Illness*. 2019; 41(4): 658-672.
66. Cohen D, Crabtree B. Qualitative research guidelines Project. 2006; <http://qualres.org/index.html>.
67. Kuh D, Cooper R, Hardy R, Ben-Shlomo Y, Richards M. *A Life Course Approach to Healthy Ageing*. Oxford University Press; 2014.

# ANEXOS



## CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



**Título del proyecto: Pérdida dental de personas mayores.**

Investigadores principales: **M. C. Miriam Ortega Maldonado y Dra. Socorro Aída Borges Yáñez**

A usted se le está invitando a participar en este estudio de investigación odontológica. Siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto. Una vez que haya comprendido el estudio y si usted desea participar, entonces se le pedirá que firme esta forma de consentimiento, de la cual se le entregará una copia firmada y fechada.

### **JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO.**

El análisis de la trayectoria de la salud bucal en el curso de vida de los adultos mayores posibilitará esclarecer la influencia que tienen factores tempranos de la vida, en la salud durante la edad adulta y sobre todo en el envejecimiento. Una perspectiva de enfoque de curso de vida ayuda a identificar cadenas de riesgos que se pueden romper y momentos en los cuales las intervenciones pueden ser especialmente eficaces. Por ejemplo, durante el paso de la adolescencia al inicio de la adultez, necesitamos proporcionar no sólo redes de seguridad sino también herramientas que puedan modificar la trayectoria de toda una vida, con repercusiones ulteriores para la salud.

Una de las ventajas de utilizar éste tipo de enfoque es la integración de explicaciones sociales y biológicas, lo que posibilitará la elaboración de estrategias específicas para la salud e intervenciones que ayuden a disminuir la aparición de enfermedades en etapas tardías.

### **OBJETIVO DEL ESTUDIO**

A usted se le está invitando a participar en un estudio de investigación que tiene como objetivo: Identificar el impacto del desarrollo del curso de vida en la pérdida dental de un grupo de personas adultas mayores.

### **BENEFICIOS DEL ESTUDIO**

En estudios realizados anteriormente por otros investigadores se ha observado que: existe asociación entre variables biológicas y la presencia de pérdida dental pero aún se desconoce la influencia de variables sociales con relación a la condición o trayectoria de salud bucal en los individuos.

Este estudio permitirá que en un futuro se generen propuestas de promoción y prevención dirigidas no sólo al adulto mayor sino también a los familiares (adultos y adolescentes).

### **PROCEDIMIENTOS DEL ESTUDIO**

En caso de aceptar participar en el estudio se le realizarán algunas preguntas sobre su edad, sexo, estado civil, escolaridad, situación económica, acceso a servicios de salud, uso de servicios dentales y presencia de pérdida dental. Posteriormente se realizará la exploración bucal. Cabe mencionar que para la exploración bucal solo se contará el número de dientes perdidos auxiliándonos de un espejo bucal previamente estéril (desinfectado y empaquetado).

## RIESGOS ASOCIADOS CON EL ESTUDIO

De acuerdo con el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, en el Título Segundo (De los aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos) artículo 17, esta investigación se clasifica entre las Investigaciones sin riesgo debido a que no es invasivo, es decir no existe riesgo de infecciones ya que todo el instrumental empleado estará totalmente estéril.

- Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación, puede, si así lo desea, firmar la Carta de Consentimiento Informado anexa a este documento.

En caso de tener cualquier duda relacionada con el procedimiento de este estudio, usted puede comunicarse con la M. en C. C.D Miriam Ortega Maldonado a los teléfonos: 65870714, 67963818 o al 044 55 85 75 80 16.

Si quisiera recibir más información respecto a sus derechos como participante de este estudio o discutir posibles lesiones como consecuencia de este estudio, puede comunicarse con el Dr. Higinio Arzate (Presidente del Comité de Ética) Facultad de Odontología a la siguiente dirección: [harzate@unam.mx](mailto:harzate@unam.mx)

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

Recibí una copia firmada y fechada de esta forma de consentimiento.

\_\_\_\_\_  
**Nombre y Firma del participante**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

**Domicilio:** \_\_\_\_\_

**Teléfono:** \_\_\_\_\_

**Esta parte debe ser completada por el Investigador:**

He explicado al Sr(a) \_\_\_\_\_ la naturaleza y los propósitos de la investigación; le he explicado acerca de los riesgos y beneficios que implica su participación. He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tiene alguna duda. Acepto que he leído y conozco la normatividad correspondiente para realizar investigación con seres humanos y me apego a ella. Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas, se procedió a firmar el presente documento.

\_\_\_\_\_  
**Firma del investigador**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

## GUÍA DE ENTREVISTA

**PROYECTO:** Impacto de la posición socioeconómica en el curso de vida y la pérdida dental de personas adultas mayores.

### SECCIÓN 1. DATOS GENERALES

Objetivo: Hacer una breve explicación sobre el tema de la entrevista, de los objetivos del proyecto y sobre la entrevista en particular (se le recordará el asunto del anonimato y se le aclarará que se manejará un seudónimo para preservar su identidad).

Se solicita la autorización **VERBAL** para iniciar la entrevista.

### PREGUNTAS PROBABLES

Las primeras preguntas están relacionadas con datos generales como:

Saludar... ¿Me podría decir como le dicen de cariño?

... (Mencionar el seudónimo) ... ¿Me podría decir su edad?

¿En qué lugar de la República Mexicana nació? Si contestan Edo de la RP, preguntar...

¿A qué edad llegó a la Cd? de México?

¿Cuál fue el motivo?

¿Llegó solo (a) o con su familia?

¿Volvió a regresar a donde nació o se quedó de forma permanente aquí (Cd. de México)?

*¿Cuánto tiempo estuvo nuevamente en el lugar donde nació?*

*¿Qué edad tenía cuando regresó nuevamente a la Cd. de México?*

*Preguntar por el número de veces que regreso al lugar donde nació y el tiempo que permaneció allí e igualmente la edad que tenía cuando regreso a la Cd. de México.*

¿Su estado civil, en este momento cuál es? ...Si responde viuda (o) continuar con:

*Viuda (o)... ¿Cuánto tiempo tiene que enviudo?, ¿Qué edad tenía cuando se casó?*

Si la respuesta es casada (o) continuar con:

*Casada (o) / Unión libre...* ¿Qué edad tenía cuando se casó o vivió en unión libre?

¿Sólo tuvo una unión o ha tenido otros matrimonios? *Si es así indagar la edad en la(s) que volvió a casarse y el tiempo que duró la unión.*

¿Cómo considera que es o fue su matrimonio?... ¿Por qué?

¿Tiene hijos?

¿Cuántos?

¿Me podría decir qué edad o que edades tienen?

¿Viven con usted? Si contesta si, darle seguimiento con:

¿En la misma casa? o ¿En la misma casa, pero de manera independiente?

Ahora regresando con usted, ¿Sabe leer y/o escribir?

¿Fue a la escuela?,

¿Hasta qué año estudió o cuál es su último grado de estudios?

Si responde sólo primaria preguntar, ¿Estudió la... cuando era niña (o) o ya de grande?

¿Sus años fueron continuos?, Si la respuesta es no:

*¿Cuántos años pasaron, o bien, que edad tenía cuando continuo sus estudios?*

¿Por qué no siguió estudiando?

¿Le hubiese gustado estudiar más?... ¿Por qué?

¿Actualmente trabaja? Si... ¿En qué trabaja?,

No... ¿Por qué razón ya no trabaja?

¿Le gustaría seguir trabajando?

Haciendo memoria sobre todos sus trabajos:

¿Recuerda su primer trabajo?

¿Qué edad tenía cuando trabajo por primera vez? o ¿En qué fecha trabajó por primera vez?

¿En qué trabajaba?, ¿cuánto duró en ese trabajo?

¿Tuvo otro trabajo después del que mencionó?

¿Y en ese trabajo que hacía?, ¿cuánto tiempo duró en él?

*Preguntar por todos los trabajos consecutivos, tanto el oficio u ocupación como el tiempo que duró en ellos.*

## SECCIÓN 2. TRAYECTORIA DE SEGURIDAD SOCIAL

Objetivo: A partir de las preguntas relacionadas con la seguridad social indagar sobre el servicio (público, privado o mixto) al que se acude para recibir la atención de salud y conocer la percepción sobre la salud general y bucal de las personas. Asimismo, reconstruir la trayectoria sobre el uso que se ha hecho respecto a los servicios dentales.

Hilar las preguntas anteriores con la seguridad social.

¿En sus trabajos anteriores contó con seguro médico? Si, ¿Qué tipo de seguridad es con la que contaba?... ¿Por cuánto tiempo tuvo ese beneficio?...  
*En caso de ya no contar con ese beneficio... preguntar,*  
¿Por qué razón lo perdió?...

¿Actualmente cuenta con seguro médico? Si, ¿Qué tipo de seguro tiene?...  
¿Por qué razón cuenta con ese beneficio? (trabajo o familiar)  
¿Cuándo se siente mal o se enferma hace uso de esa prestación?  
*¿Cuándo fue la última vez que hizo uso de ese servicio público y/o privado?*  
*¿Por qué razón?*

*¿Su seguro médico lo ha utilizado para atenderse los dientes?*  
*¿Por qué?*  
*No cuenta con seguro médico.... ¿A dónde acude cuando se enferma o se siente mal?*  
*¿Cuándo fue la última vez que hizo uso de ese servicio?*  
*¿Por qué razón?, si contara con seguridad social, ¿acudiría a ese lugar?*  
Hablando sobre la salud...  
Actualmente ¿cuándo tiene un problema en su boca a donde acude?  
¿Por qué?

¿Cómo considera que fue su salud en la infancia (antes de los 10 años)?  
(Buena, mala o regular) ... ¿Por qué?

Después a los 20 años ¿cómo considera que fue su salud?  
(Buena, mala o regular) ... ¿Por qué?

Y a los 40 años, ¿cómo considera que fue su salud?



(Buena, mala o regular) ... ¿Por qué?

A partir de los 10 años hasta la fecha ¿considera que su salud fue la misma?

¿A qué edad empezó a notar que su salud empeoró (o mejoró)?

¿Por qué?

¿Qué enfermedades recuerda ha tenido a lo largo de su vida?

*Indagar sobre las enfermedades de la infancia y crónicas que refiera la persona, preguntar:*

¿Qué edad o en qué fecha fue diagnosticada cada una de las enfermedades que padeció?

¿Recibió atención cuando enfermó? ¿En cuáles de las enfermedades que me señalo si y en cuales no?

¿A dónde acudió?

¿Cómo considera que fue la atención que recibió?

Actualmente ¿padece alguna enfermedad? No

¿En qué fecha o a qué edad fue diagnosticada?

¿Recibe atención?

¿Por parte de quien, recibe la atención? (servicio público o privado)

¿Por qué razón acude a ese servicio?

¿Le gustaría acudir a otro tipo de servicio? (servicio público o privado)

¿Por qué?

¿Cómo percibe su salud (general) en este momento?

Comparada su salud de este año, con la del año pasado, ¿Podría decir que es (mejor, igual o peor)?

¿Por qué razón?

Hablando de la boca,

¿Cómo percibe su salud bucal?

Comparada su salud de este año, con la del año pasado, ¿Podría decir que es (mejor, igual o peor)?

¿Por qué razón?

¿Cuándo fue la última vez que acudió a recibir atención dental?

¿Cuál fue el motivo?

¿A dónde acudió?... ¿Por qué?

¿Le dieron algún diagnóstico?

¿Solucionaron su problema?

¿Quedó satisfecho (a) con la atención que recibió?  
¿Por qué?

Ahora bien, haciendo un esfuerzo por recordar su primera visita con el dentista, me podría decir ¿qué edad tenía o en qué fecha acudió por primera vez al dentista?

¿Cuál fue el motivo?

¿A dónde acudió?

¿Por qué razón fue allí?

¿Recuerda si le agrado la atención que recibió? ¿Por qué?

¿Después de esa visita tuvo otras?

¿Recuerda la edad o la fecha en la que acudió por segunda vez al dentista?

¿Cuál o cuáles fueron los motivos de esa segunda visita?

¿A dónde acudió esa segunda vez?

¿Por qué razón fue allí?

¿Recuerda las visitas posteriores a esa segunda vez?

¿Podríamos hablar sobre ellas?, ¿haciendo referencia a la edad o la fecha en la que acudió y los motivos por los cuáles acudió?

*Trazar las visitas posteriores por edad o fecha y los motivos por los que acudió*

*Si responde haber asistido a un servicio público o mixto, preguntar, si le hubiese gustado acudir a un servicio privado o viceversa*

En general ¿podría decir que su salud bucal a los 10 años, a los 20, a los 40 y actualmente ha sido la misma?

¿A qué edad o en qué fecha considera que empezó a empeorar (omejorar) su salud bucal?

¿A qué le atribuye ese cambio?

¿Pensando en algo imaginario, si el servicio dental no tuviera costo a donde le hubiera gustado que la atendieran siempre?

¿Por qué?

¿Y en dónde nunca le gustaría que la atendieran?

¿Por qué?

### SECCIÓN 3. TRAYECTORIA SOBRE LA POSICIÓN SOCIOECONÓMICA

Objetivo: Conocer algunos aspectos relacionados con la posición socioeconómica de las personas e identificar como consideraban su posición en la infancia y en la actualidad, así como conocer en qué momento de su curso de vida consideraron tener la posición más baja y alta.

#### PREGUNTAS PROBABLES

Ahora le voy a realizar unas preguntas respecto a su economía y empezaré con preguntarle,

¿Antes de los 10 años con cuántas personas vivía?

¿Quién era la persona o personas que apoyaban económicamente para los gastos de la casa?

¿Cómo considera que era su posición económica antes de los 10 años?

*Buena, regular o mala*

¿Por qué razón?

Y ¿a los 20 años como considera que fue su posición económica?

*Buena, regular o mala*

¿Por qué razón?

¿A los 40 años su posición económica fue la misma o cambio?

¿Por qué razón?

*Sólo en caso de encontrar respuestas con variaciones en la posición económica preguntar:*

En general en qué etapa de su vida o a qué edad considera que su posición económica cambió?

¿A qué le atribuye el cambio o por qué razón considera que se dio ese cambio?

*Si la persona refiere que hubo varios cambios de situación económica a lo largo de su vida preguntar qué edad tenía o en qué fecha sucedieron y a qué le atribuye esos cambios.*

¿Actualmente como considera su posición económica? Buena, regular o mala

¿Por qué?

¿Actualmente usted cuenta con algún apoyo del Gobierno o de algún familiar?

¿Con cuántas personas vive actualmente?

¿Comparte los gastos de la vivienda con las personas con las que vive?... ¿Por qué?...

#### **SECCIÓN 4. TRAYECTORIA SOBRE PÉRDIDA DENTAL**

Objetivo: Indagar si la persona conoce el número de piezas dentales que ha perdido a lo largo de su vida, los motivos por los que sucedieron y la percepción que tiene sobre la pérdida dental.

#### **PREGUNTAS PROBABLES**

Siguiendo con las preguntas relacionadas con su salud bucal.

¿Usted sabe cuántos dientes o muelas ha perdido?

¿Qué edad tenía o en qué año, perdió su primer diente o muela?

¿Recuerda por qué motivo lo perdió?

*Si menciona que lo perdió por caries preguntar,*

¿Ese diente se lo atendió antes de que lo perdiera?

¿Por qué?

¿Qué sintió o cómo se sintió cuando se lo quitaron?

¿Por qué?

Después de ese diente o muela ¿tuvo otros dientes o muelas que haya perdido?

¿Recuerda la edad o la fecha en la que perdió su segundo diente o muela?

¿Recuerda el motivo?

*De igual manera indagar en el caso de caries, si tuvo atención antes (si, no y ¿por qué? Y ¿Cómo se sintió después de haberlos perdido? ¿Por qué?*

*Trazar las trayectorias siguiendo el orden de las preguntas anteriores respecto a las pérdidas dentales consecutivas.*

Con relación a los dientes o muelas que ha perdido:

¿Antes de que le quitaran los dientes o muelas le dieron opciones para salvarlos?

¿Cuál fue la explicación o sugerencia que le dieron?

¿Por qué motivo la siguió o por qué no la siguió?  
¿Si hubiera tenido la oportunidad de elegir sin que el factor económico o tiempo fuera el importante, que hubiera elegido?  
¿Por qué?  
¿Usted sabe a qué edad es normal que uno empiece a perder dientes?  
¿Considera que una persona cuando llega a la vejez es normal que pierda dientes?  
¿Por qué?

¿Actualmente ha reemplazado con alguna prótesis (puente) los dientes o muelas que ha perdido?

¿Por qué?

*Para las personas con prótesis*

¿Cómo se siente con su prótesis?

¿Por qué?

¿La prótesis le afecta la elección de su comida?

*Para las personas sin prótesis*

¿Cómo se siente sin el reemplazo de sus dientes o muelas?

¿La pérdida de sus dientes o muelas afecta la elección de sus alimentos o le impide comer bien?

¿Por qué?

¿Antes de que perdiera sus dientes o muelas como considera que era su vida en general?

¿Su vida se modificó después de perder sus dientes o muelas? ¿Por qué?

¿Recuerda que edad tenía o en qué fecha acudió por primera vez al dentista?

Nunca he asistido ... Años... Edad

Tipo de servicio (Público/Privado/Ambos/No sabe/No contesta)

¿Recuerda cuál fue el motivo? Dolor/Caries/revisión/Otro/No sabe/No contesta

Podría decirme ¿en qué año o qué edad tenía cuando volvió a recurrir a dentista?  
(preguntar sobre las ocasiones por las que tuvo que hacer uso del servicio)

Visitas al dentista	EDAD															
1ª																
2ª																
3ª																
4ª																
5ª																
6ª																
7ª																
8ª																
9ª																
10ª																
11 o más																
Año calendario																

¿Usted sabe cuántos dientes o muelas ha perdido? Si/No/Número

Por último, podría decirme ¿en qué año o a qué edad perdió su primer diente o muela? (En caso de haber perdido más piezas dentales preguntar por las que recuerde).

Pérdida dental	EDAD															
1ª																
2ª																
3ª																
4ª																
5ª																
6ª																
7ª																
8ª																
9ª																
10 o más																
Año calendario																

**Condiciones bucodentales**

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

Fecha de la entrevista |\_\_|\_\_|-|\_\_|\_\_|-|\_\_|\_\_|  
D D M M A A

FOLIO |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|



**“TRAYECTORIA DE PÉRDIDA DENTAL EN  
PERSONAS ADULTAS MAYORES”.**



Seudónimo del entrevistado (a) \_\_\_\_\_ Sexo: Hombre (1)  
Mujer (2)

Hora de inicio de la entrevista |\_\_|☺\_\_|

Hora de término de la entrevista |\_\_|☺\_\_|

Tipo de entrevista: Completa ( ) Incompleta ( )

Aplazada ( ) Visita 1 |\_\_| Fecha: |\_\_|\_\_|-|\_\_|\_\_| Hora: |\_\_|\_\_|☺\_\_|\_\_|

Visita 2 |\_\_| Fecha: |\_\_|\_\_|-|\_\_|\_\_| Hora: |\_\_|\_\_|☺\_\_|\_\_|

Visita 3 |\_\_| Fecha: |\_\_|\_\_|-|\_\_|\_\_| Hora: |\_\_|\_\_|☺\_\_|\_\_|

*(Explicación breve de lo que será la entrevista y como se llevará a cabo)*

¿Puedo seguir con la entrevista?

Si |\_\_| No |\_\_|

Firma de la entrevistadora que certifica de que la entrevista fue aceptada.

\_\_\_\_\_

## 1. DATOS PERSONALES

Le voy a preguntar sobre algunos datos importantes como donde nació y si fue a la escuela

Fecha de nacimiento		Grado escolar	
<b>1. ¿Cuál es su fecha de nacimiento?</b>  Día / Mes / Año  _ _ / _ _ / _ _ _ _ _ _  d d / m m / aaa No contesta ....99/99/9999 1.1 Entonces ¿Qué edad tiene usted?  EDAD  _ _ _  No Sabe .....88 No Contesta..... 99		<b>5. ¿Cuál es el último grado que aprobó en la escuela?</b>  NIVEL Ninguno.....0 Primaria..... 1 Secundaria..... 2 Carrera técnica o comercial con secundaria terminada..... 3 Preparatoria o bachillerato .....4 Carrera técnica o profesional con preparatoria terminada..... 5 Normal. ....6 Profesional. ....7 No sabe .....8 No contesta .....9	
<b>Estado civil</b> <b>2. En estos momentos ¿Cuál es su estado civil?</b> Soltero (a)..... 0 Casado (a)..... 1 Unión libre..... 2 Divorciado (a) .....3 Viudo (a) ..... 4 No sabe..... 8 No contesta ..... 9   _		<b>6. ¿Sus años en la escuela fueron continuos?</b>  Si.....1 No..... 2 PASE A 6 No Contesta ..... 9  <b>Incompleta (1)</b>	
<b>Lugar de nacimiento</b> <b>3. ¿En qué lugar de la RM nació?</b> Cd. de México..... 1 Edo de la República ..... 2 Especifique _____		<b>7. ¿Qué edad tenía cuando dejó de ir o terminó la escuela?</b> Edad  _ _ _  No sabe ..... 88 No recuerda .....99	
<b>Alfabetismo</b> <b>4. ¿Sabe leer y escribir?</b>  Si.....1 No.....2 No sabe.....8 No Contesta.....9		<b>8. ¿Cuántos años pasaron, o bien, que edad tenía cuando continuó con sus estudios?</b>  Años  _ _ _  o Edad  _ _ _	

Acceso a los servicios de salud	
<b>9. ¿Actualmente cuenta con seguridad social?</b>  Si.....1 No.....0 PASE A 13 No sabe.....8 No contesta .....9	<b>10. ¿Qué tipo de seguridad es con la que cuenta?</b>  IMSS .....1 ISSSTE ..... 2 Seguro Popular ..... 3 PEMEX..... 4 Otro ..... 5 No sabe .....8 No contesta ..... 9



<b>11. ¿Recibe esos servicios o prestaciones porque es:</b> Trabajador? .....1 Afiliado por cuenta propia..... 2 Jubilado o pensionado.....3 Conyugue de asegurado .....4 Padre o madre de asegurado ..... 5 Beneficiario de algún programa ...6 Otro ..... 7 No sabe.....8 No contesta ..... 9	<b>12. ¿Desde qué año o qué edad tenía cuando contó por primera vez con seguridad social?</b>  Años  __ __ ó Edad  __ __   No aplica ..... 10	_
--	---	---

## 2. SITUACIÓN LABORAL

Ahora haré preguntas relacionadas con su ocupación o situación laboral, que hace, a qué se dedica, etc.

Trabajo	Trabajo actual
<b>13. ¿Usted trabaja actualmente?</b>  Si ..... 1PASE A 28 No .....2 No sabe ..... 8 No contesta .....9	<b>14. ¿En qué trabaja actualmente?</b>  _____
_	_
Edad a la que empezó a trabajar	
<b>15. ¿En qué año o a qué edad comenzó usted su primer trabajo (actividad que realizaba sin pago)?</b> Edad  __ __  Año  __ __ __ __  No recuerda..... 7777  <b>Nota:</b> Pregunta detonadora de la trayectoria de ocupación o laboral, que puede guiarse con la de seguridad social.	

## 16. Podría decirme ¿en qué año o qué edad tenía cuando tuvo sus trabajos posteriores?

Número de trabajos	EDAD															
1ª																
2ª																
3ª																
4ª																
5ª																
5ª																
5ª																
7ª o más																
Año calendario																

Trabajo		Pensión	
<b>17. De los trabajos que ha tenido, ¿Cuál es el nombre del oficio, profesión, puesto o cargo que ha sido su ocupación o actividad por más tiempo a lo largo de su vida?</b>	_	<b>18. ¿Usted recibe algún tipo de pensión?</b> Si..... 1 PASE A 19 No..... 2 PASE A 20 No contesta..... 9	_
<b>19. ¿Recibe algún tipo de pensión su cónyuge?</b> Si..... 1 No..... 0 PASE A 20 No contesta ..... 9 PASE A 20	_	<b>20. ¿Cuál es la razón por la que ud. está pensionado?</b> Jubilación ..... 1 Invalidez ..... 2 Viudez ..... 3 Seguro privado ..... 4 (aseguradora)	_