



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CIENCIAS Y
ARTES DE CHIAPAS**
FACULTAD DE CIENCIAS ODONTOLOGÍCAS Y SALUD PÚBLICA

Utilización de los servicios de salud bucal, en estudiantes de una preparatoria pública del municipio de Berriozábal, Chiapas, México (2024-2025)

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRA EN SALUD PÚBLICA Y SUSTENTABILIDAD**

PRESENTA
PAOLA CRISTINA REYES RIVERA

DIRECTOR
DR. EN C. JUAN CARLOS NÁJERA ORTIZ
FACULTAD DE CIENCIAS ODONTOLOGÍCAS Y SALUD PÚBLICA
COORDINACIÓN DE POSGRADOS EN SALUD PÚBLICA



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CIENCIAS Y ARTES DE CHIAPAS

SECRETARÍA ACADÉMICA

Dirección de Investigación y Posgrado

Tuxtla Gutiérrez, Chiapas a 04 de noviembre de 2025

Oficio No. SA/DIP/1346/2025

Asunto: Autorización de Impresión de Tesis

C. Paola Cristina Reyes Rivera

CVU: 1316049

Candidata al Grado de Maestra en Salud Pública y Sustentabilidad

Facultad de Ciencias Odontológicas y Salud Pública

UNICACH

Presente

Con fundamento en la **opinión favorable** emitida por escrito por la Comisión Revisora que analizó el trabajo terminal presentado por usted, denominado **Utilización de los servicios de salud bucal, en estudiantes de una preparatoria pública del municipio de Berriozábal, Chiapas, México (2024-2025)** y como Director de tesis el Dr. Juan Carlos Nájera Ortiz (CVU: 44549) quien avala el cumplimiento de los criterios metodológicos y de contenido; esta Dirección a mi cargo **autoriza** la impresión del documento en cita, para la defensa oral del mismo, en el examen que habrá de sustentar para obtener el **Grado de Maestra en Salud Pública y Sustentabilidad**.

Es imprescindible observar las características normativas que debe guardar el documento, así como entregar en esta Dirección una copia de la Constancia de Entrega de Documento Receptoral que expide el Centro Universitario de Información y Documentación (CUID) de esta Casa de estudios, en sustitución al ejemplar empastado.

ATENTAMENTE
“POR LA CULTURA DE MI RAZA”

Dra. Dulce Karol Ramírez López
DIRECTORA



DIRECCIÓN DE
INVESTIGACIÓN Y POSGRADO

C.c.p. Dr. Adrián Sesma Pereyra, Director de la Facultad de Ciencias Odontológicas y Salud Pública, UNICACH. Para su conocimiento.

Dra. Rosa Margarita Durán García, Coordinadora del Posgrado, Facultad de Ciencias Odontológicas y Salud Pública, UNICACH. Para su conocimiento.

Archivo/minutario.

EPL/DKRL/gp/gtr



2025, Año de la mujer indígena
Año de Rosario Castellanos



Ciudad Universitaria, Libramiento Norte
Poniente 1150, Col. Lajas Maciel,
C.P. 29039 Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, México
Tel: (961) 6170440 Ext. 4360
investigacionyposgrado@unicach.mx

AGRADECIMIENTOS

Al Consejo Nacional de Humanidades, Ciencias y Tecnologías (CONAHCYT), hoy Secretaría de Ciencia, Humanidades, Tecnología e Innovación, por la Beca Nacional de Posgrado otorgada. Su apoyo fue fundamental para la realización de esta investigación y para la culminación de esta etapa académica.

A la Universidad Autónoma de Ciencias y Artes de Chiapas, mi alma mater, agradezco profundamente por brindarme la oportunidad de crecer en los ámbitos académico y profesional.

A la Coordinación de los Posgrados en Salud Pública —en especial al Dr. Juan Carlos Nájera, Dra. Georgina Rivas y Dra. Rosa Margarita Durán— por ser mis maestros, compañeros de trabajo y sobre todo por brindarme su amistad. Su apoyo y disposición fueron esenciales para la culminación de esta tesis. Aprecié profundamente su confianza en mi trabajo y el aprendizaje que me ofrecieron.

Al Dr. Juan Carlos Nájera Ortiz, Director de esta tesis. Su experiencia, paciencia, apoyo y motivación constante fueron fundamentales para la realización de este trabajo. Le expreso mi gratitud, admiración y respeto.

DEDICATORIAS

A Dios, por siempre guiar mi camino y ser mi fortaleza, por darme la claridad y la perseverancia necesarias para superar cada reto, por haberme permitido llegar hasta aquí.

A mi familia, mis padres, esposo y hermanos por su apoyo incondicional, por enseñarme a no rendirme y a confiar en mí misma.

A mis hijos, José Ricardo y Santiago, por ser mi mayor inspiración. Ustedes me recordaron cada día la razón por la que vale la pena esforzarse. Esta tesis está dedicada a ustedes, con todo mi amor.

A mis amigos y compañeros de la maestría que estuvieron conmigo en los momentos de estrés y alegría durante este largo camino. Cada uno de ustedes contribuyó a que este proceso fuera más llevadero y significativo.

A todas las personas que contribuyeron con el desarrollo de esta investigación, su ayuda en la recopilación de datos, revisión de mi trabajo y valiosos comentarios que enriquecieron este proyecto.

A todos, gracias por ser parte.

CONTENIDO

RESUMEN

I. INTRODUCCIÓN	1
1.1. Planteamiento del problema	3
1.2. Justificación.....	7
II. MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL.....	9
2.1. Salud bucal y su situación actual en México	9
2.2. Utilización de los servicios de salud.....	10
2.2.1. Modelos explicativos sobre la utilización de servicios de salud	12
3.2.1.1. Modelo epidemiológico	12
3.2.1.2. Modelo psicosocial	13
3.2.1.3. Modelo sociológico	14
3.2.1.4. Modelo económico	14
2.2.2. Utilización y acceso a los servicios de salud bucal.....	16
2.2.3 Factores asociados a la utilización de servicios de salud odontológicos	18
III. <u>OBJETIVOS</u>	26
3.1. Objetivo general.....	26
3.2. Objetivos específicos	26
IV. METÓDO	27
4.1. Diseño del estudio.....	27
4.2. Descripción del área de estudio	27
4.3. Muestra de estudio.....	27
4.4. Selección de las unidades de estudio	28
4.4.1. Criterios de inclusión.....	28
4.4.2. Criterios de exclusión.....	28
4.4.3. Criterios de eliminación.....	28
4.5. Variables de estudio.....	28
4.6. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos.....	33
4.7. Plan de análisis de resultados.....	33
4.8. Aspectos éticos	34

V. RESULTADOS.....	35
5.1. Caracterización sociodemográfica de la población estudiada.....	35
5.2. Caracterización de utilización de los servicios de salud bucal (USSB) de la población estudiada	36
5.3. Percepción de la salud bucal, conocimientos sobre salud bucal y hábitos de higiene bucal de la población estudiada	38
5.4. Análisis de los factores relacionados a la utilización de servicios de salud bucal	38
VI. DISCUSIÓN	41
VII. CONCLUSIONES	48
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	50
IX. Anexos	60

RESUMEN

En México, la utilización de los servicios odontológicos en niños y adolescentes está marcada por desigualdades socioeconómicas. A nivel nacional, los servicios de salud bucal públicos son limitados y fragmentados. En muchos casos, las familias deben recurrir al sector privado, lo que implica un gasto directo considerable. Una parte importante de la población enfrenta carencias en atención preventiva, motivadas por la falta de programas institucionales sólidos, los altos costos en el sistema privado y una baja cultura de prevención.

Con el propósito de analizar la utilización de los servicios de salud bucal (USSB) y los factores relacionados en estudiantes de una preparatoria pública del municipio de Berriozábal, Chiapas, México, se realizó un estudio de corte transversal. A través de un cuestionario autoadministrado, se recolectó información sobre las variables de interés. Se determinó el tamaño de la muestra con un nivel de confianza del 95 %, resultando en una muestra conformada por 248 estudiantes inscritos. Se aplicó un diseño de muestra estratificado, complementado con un muestreo aleatorio simple. El análisis estadístico se realizó mediante el software SPSS versión 25.

Los resultados indican que la prevalencia de utilización de los servicios de salud bucal en estos estudiantes, con edades entre 15 y 20 años, fue del 63.7 %. La mayoría residía en zonas urbanas y pertenecía a un estrato socioeconómico medio-bajo. Los hombres representaron el 55.2 % de la muestra. En cuanto a la derechohabiencia a servicios de salud, solo el 25.4 % refirió contar con afiliación a ellos.

La percepción de la salud bucal y los hábitos de higiene bucal se asociaron significativamente con la USSB en los 12 meses previos. Entre los estudiantes que no tenían una buena percepción de su salud bucal ($n=146$), el 70 % no utilizó los servicios de salud bucal. Asimismo, el 72.2 % de los estudiantes con hábitos regulares de higiene bucal ($n=165$) tampoco hizo uso de estos servicios.

En contraste, variables como derechohabiencia a los servicios de salud, edad, sexo, tipo de localidad, ocupación del jefe(a) del hogar, nivel socioeconómico y conocimientos sobre salud bucal no mostraron una relación estadísticamente significativa con la utilización de los servicios de salud bucal.

Estos hallazgos sugieren que la simple disponibilidad de servicios no garantiza su uso efectivo, especialmente entre aquellos con una percepción negativa de su salud bucal o que mantienen hábitos de higiene regulares. Se destaca la necesidad de implementar estrategias educativas y preventivas que refuerzen la importancia del uso regular de los servicios odontológicos, incluso en ausencia de síntomas, y que tomen en cuenta factores subjetivos como la percepción individual de salud.

Palabras clave: Salud bucal, adolescentes, servicios de salud, utilización de servicios odontológicos, México.

I. INTRODUCCIÓN

De acuerdo con Medina-Solís et al. (2009), en México la salud bucodental y el acceso a tratamientos odontológicos, tanto preventivos como curativos, están determinados por las condiciones socioeconómicas. Factores como el nivel de ingresos, la posesión de seguridad social, la frecuencia del cepillado y una temprana educación en higiene bucal son determinantes clave, especialmente en la población infantil y juvenil.

Estas desigualdades se agudizan en estados con altos niveles de marginación, como Chiapas, donde la situación resulta particularmente crítica. Mientras que en la Ciudad de México existen aproximadamente 19 odontólogos por cada 100,000 habitantes, en Chiapas apenas se alcanza una tasa de 1.6. Esta diferencia refleja una marcada inequidad en la distribución de los recursos humanos en salud bucal. Además, en regiones como esta, predominan las intervenciones mutilantes (como extracciones) por encima de las restaurativas (como obturaciones), en contraste con lo que ocurre en entidades con mayor desarrollo (Luengas-Aguirre *et al.*, 2015).

El acceso a servicios de salud, especialmente a los odontológicos, es un componente esencial para garantizar el bienestar general de la población (OMS, 2010). Sin embargo, es fundamental distinguir entre dos conceptos que frecuentemente se confunden: utilización y accesibilidad. Mientras que la utilización se refiere al uso efectivo que hacen las personas de los servicios disponibles, la accesibilidad abarca las condiciones que permiten o impiden dicho uso, como la disponibilidad de profesionales, la cobertura geográfica, los costos económicos, y las barreras culturales o administrativas (Peters *et al.*, 2008; Gulliford *et al.*, 2002). Esta diferencia resulta crucial, ya que una baja utilización no siempre indica baja necesidad, sino que puede ser reflejo de una accesibilidad limitada. Por lo tanto, en el presente trabajo se analiza la utilización de los servicios odontológicos, considerando también los factores de accesibilidad que influyen directamente en dicha utilización.

En este sentido, la utilización de los servicios de salud se comprende como el resultado de la interacción entre las características del paciente, del proveedor y del propio sistema de salud. Esta interacción está influida por múltiples factores, entre ellos la disponibilidad, accesibilidad y calidad de los servicios, así como por condiciones socioeconómicas y culturales, además de la percepción individual sobre el daño a la salud (Medina *et al.*, 2004).

Cuando se habla específicamente de la utilización de los servicios de salud bucal, se hace referencia al porcentaje de personas que acceden a atención odontológica dentro de un periodo determinado. No obstante, este acceso no ocurre de forma homogénea en la población, ya que está condicionado por una amplia gama de factores individuales como la edad, el sexo, el nivel educativo, los ingresos, la ocupación, el estatus socioeconómico, la ubicación geográfica, así como por aspectos culturales, actitudes frente a la salud, experiencias previas de atención y la presencia o ausencia de síntomas (Ramírez, 2008; Dho, 2018).

En este contexto, resulta fundamental analizar la utilización de los servicios de salud bucal (USSB) en estudiantes de preparatoria pública en el municipio de Berriozábal, Chiapas. Este grupo poblacional, por su etapa de desarrollo, representa un sector estratégico para la promoción de la salud bucodental. La presente investigación tiene como propósito analizar el uso de dichos servicios y los factores que los condicionan, considerando tanto las barreras estructurales como la insuficiente cobertura pública y la escasa disponibilidad de recursos y los aspectos socioculturales y subjetivos, entre ellos la percepción individual de la salud bucal y los hábitos de higiene.

Estudios de este tipo permiten comprender con mayor profundidad las dinámicas que limitan o facilitan el acceso a los servicios odontológicos en contextos vulnerables. Esta comprensión es clave para diseñar estrategias educativas y preventivas que fomenten el uso regular y efectivo de los servicios de salud bucal, contribuyendo así a reducir las desigualdades en salud desde etapas tempranas de la vida.

1.1. Planteamiento del problema

En México, la salud bucodental representa un importante desafío para la salud pública. Se estima que el 90 % de la población presenta alguna lesión cariosa y que el 70 % padece alguna enfermedad periodontal (Secretaría de Salud, 2023). Estas cifras reflejan no solo la magnitud del problema, sino también la necesidad urgente de atención en este ámbito. Dado que los recursos disponibles en el país suelen ser limitados, resulta fundamental identificar y cuantificar estas necesidades en distintos grupos poblacionales para orientar de manera más eficiente la planificación y asignación de recursos.

A pesar de los esfuerzos institucionales, los resultados del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Buceales (SIVEPAB) (actualizado por última vez en 2021) evidencian un rezago considerable en materia de promoción, prevención y control de enfermedades bucales (Secretaría de Salud, 2023). Esta situación se relaciona, en parte, con las características estructurales del sistema de salud mexicano. Mientras que las instituciones públicas concentran su atención en servicios básicos y preventivos, el sector privado ofrece tratamientos odontológicos más especializados, aunque a costos elevados que resultan inaccesibles para gran parte de la población. En consecuencia, debido a esta oferta desigual y al financiamiento de bolsillo por parte de los usuarios, la atención odontológica se ha convertido en una de las áreas menos desarrolladas y estudiadas dentro del sistema nacional de salud (Orellana-Centeno & Guerrero-Sotelo, 2023).

Desde un enfoque teórico, la utilización de los servicios de salud puede entenderse como una secuencia de eventos que inicia con la percepción de una necesidad y culmina con el acceso, uso o continuidad del servicio. Esta secuencia ha sido abordada a través de diferentes modelos analíticos: el modelo epidemiológico, centrado en las necesidades objetivas de salud; el modelo psicosocial y el modelo social, que exploran la motivación y búsqueda de atención; y el modelo económico, que analiza las decisiones de inicio o continuidad del tratamiento en función de los recursos disponibles (Arredondo & Meléndez, 1991).

Uno de los marcos conceptuales más utilizados para estudiar el uso de servicios de salud es el modelo propuesto por Andersen y Newman. Este integra factores que influyen en la conducta del individuo al momento de buscar atención, agrupándolos en tres categorías: (a) factores predisponentes, como las características sociodemográficas, las creencias sobre la salud y la estructura familiar; (b) factores facilitadores, que incluyen el ingreso económico, la existencia de seguros médicos, la accesibilidad geográfica y la organización de los servicios; y (c) factores de necesidad, los cuales se refieren a cambios en el estado de salud, ya sean percibidos por el individuo o evaluados clínicamente (Medina *et al.*, 2009). Este modelo ha sido especialmente útil en el estudio de los servicios odontológicos, ya que permite analizar cómo las desigualdades socioeconómicas impactan en el acceso a la atención.

Las investigaciones referentes a la utilización de los servicios de salud bucal, en la literatura especializada son pocos, los que más se relacionan a esta investigación son los siguientes.

Por su parte Medina (2004), reportó en un estudio realizado con niños menores de cuatro años, encontró que el 31 % había acudido al dentista al menos una vez en el último año, y que la mayoría de las consultas fueron por motivos curativos.

En una investigación de tipo transversal analítico, Pontigo-Loyola *et al.* (2012) evaluaron a 1,538 adolescentes mexicanos de 12 y 15 años para determinar los predictores asociados a la utilización de servicios odontológicos. El estudio, que definió como variable dependiente la visita al dentista en el último año, integró datos sociodemográficos, socioeconómicos, conductuales y clínicos obtenidos mediante cuestionarios y examen clínico. Los hallazgos revelaron una baja prevalencia (15%) en el uso reciente de estos servicios. Asimismo, se identificó una asociación significativa entre la utilización y variables como la movilidad geográfica, el consumo de agua purificada, el nivel educativo de los padres, el índice de dientes sanos y la experiencia de caries. Esta evidencia pone de manifiesto la existencia de

inequidades en el acceso a la salud bucal y resalta la urgencia de implementar políticas focalizadas para mitigar estas disparidades.

Dho (2018), realizó un estudio en Corrientes, Argentina, encontró que el 67.2 % de los adultos encuestados había utilizado servicios odontológicos en los últimos 12 meses. Se identificó que el nivel socioeconómico, la cobertura de salud dental, la percepción de salud bucal, los conocimientos y los hábitos de higiene se asociaron significativamente con el uso de dichos servicios. Sin embargo, solo el 27 % lo hizo con fines preventivos.

Paredes-Solís (2015), realizó un estudio en módulos dentales públicos en Acapulco, Guerrero, encontró una fuerte asociación entre el uso de los servicios por parte de escolares y el hecho de que los padres también acudieran a consulta dental, así como la permanencia en la misma institución educativa.

De acuerdo con el estudio transversal de Jiménez-Gayosso et al. (2015), realizado en una población de 1,404 escolares de 6 a 12 años en Pachuca, Hidalgo (México), se determinó que la prevalencia de haber utilizado servicios de salud bucal (USSB) alguna vez en la vida fue del 71.4%. Esta prevalencia mostró una tendencia ascendente con la edad de los participantes. La investigación identificó la presencia de desigualdades socioeconómicas significativas en este indicador, asociándose positivamente con la tenencia de seguro médico, automóvil, así como con características de la vivienda y bienes del hogar.

Un hallazgo particular reveló que, si bien la escolaridad materna no presentó una asociación estadística con la USSB, la del padre exhibió una relación inversa a la hipotetizada. El estudio subraya que un 28.6% de la muestra nunca había accedido a una consulta odontológica, lo que evidencia un importante gap en la atención. Se concluye que existen marcadas desigualdades en la utilización de servicios de salud bucal, las cuales están determinadas por variables específicas de la posición socioeconómica de las familias.

En su investigación cualitativa, Rotemberg et al. (2020) examinaron las percepciones sobre salud bucal en una población adolescente y joven (14-24 años)

en tratamiento por trastornos por uso de sustancias, en el Centro de Referencia Nacional de la Red de Atención en Drogas – Portal Amarillo, Uruguay. Mediante la aplicación de entrevistas semiestructuradas, el estudio indagó dimensiones como la autopercepción del estado bucal, los hábitos de higiene, la experiencia de dolor y la posible asociación con el consumo de drogas. Los hallazgos revelaron una valoración predominantemente negativa de la salud bucal entre los participantes, quienes refirieron condiciones como caries, edentulismo, dolor, sangrado gingival y afectaciones estéticas. En contraste, la salud bucal ideal fue conceptualizada en términos de dentaduras limpias, blancas y alineadas. Se identificó un patrón de deterioro en los cuidados bucodentales, con hábitos regulares previos al consumo que se volvieron irregulares durante la fase de dependencia. La investigación concluye que el consumo de sustancias actúa como una barrera para el acceso a servicios odontológicos, limitándolo principalmente a urgencias, y que los jóvenes son conscientes de que dicho deterioro —con impacto funcional, estético, psicosocial y en la calidad de vida— es una consecuencia directa del uso de drogas.

Dentro de los distintos grupos poblacionales, los adolescentes representan un sector prioritario. Durante esta etapa de la vida ocurren importantes cambios dentomaxilares y conductuales que influyen de manera directa en la formación de hábitos de cuidado bucal. Sin embargo, es también una etapa en la que se incrementa el riesgo de caries, maloclusiones, periodontitis juvenil y otras afecciones relacionadas con el estilo de vida, como el consumo de tabaco, alcohol, uso de piercings orales y una alimentación deficiente. Además, el aumento de la autonomía personal y la disminución del control parental dificultan la adopción y mantenimiento de hábitos adecuados de higiene bucal (Secretaría de Salud, 2012).

Esta realidad se traduce en un incremento en la prevalencia de caries y enfermedades periodontales graves, las cuales pueden provocar, incluso, la pérdida de dientes a edades tempranas. No obstante, sensibilizar a los adolescentes sobre la importancia del cuidado bucal representa un reto, ya que son pocos los que desarrollan hábitos preventivos eficaces. Ante ello, el autocuidado, los controles periódicos y los programas de promoción y prevención deben impulsarse desde espacios clave como la escuela. La implementación de actividades educativas con

un enfoque multidisciplinario puede facilitar la adopción de prácticas saludables y prevenir futuras complicaciones (Secretaría de Salud, 2012).

Dado este panorama, la utilización de los servicios de salud bucal se convierte en un indicador clave para evaluar tanto las necesidades clínicas como las barreras estructurales y sociales que enfrentan diferentes grupos poblacionales. Asimismo, permite visibilizar las desigualdades en salud existentes entre sectores vulnerables (Alvarado, 2014).

En este contexto, surge la necesidad de analizar la situación específica de los adolescentes de una preparatoria pública en el municipio de Berriozábal, Chiapas, una región marcada por desigualdades sociales y limitaciones en el acceso a servicios especializados. Por tanto, este estudio se plantea responder a las siguientes preguntas de investigación: ¿Cuál es el porcentaje de utilización de los servicios de salud bucal entre los estudiantes de una preparatoria pública en el municipio de Berriozábal, Chiapas?, ¿Cuáles son los factores asociados a dicha utilización en esta población estudiantil?

1.2. Justificación

Según el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, Chiapas es el estado con mayor nivel de carencia de servicios de salud (CONEVAL, 2023). En el municipio de Berriozábal según cifras del CONEVAL, las principales carencias sociales fueron de carencia por acceso a la seguridad social, carencia a los servicios básicos en la vivienda y carencia por acceso a los servicios de salud. La carencia por acceso a la seguridad social afectó a 75% de la población (Secretaría de Economía, 2020) dada esta problemática, el realizar este estudio en una preparatoria pública que se caracteriza por atender alumnos de la zona urbana, conurbana y rural (distintos ejidos o colonias), y que pertenecen a distintos estratos sociales, culturales, económicos, políticos y religiosos. Se hace necesario conocer las modalidades bajo las cuales los estudiantes de bachillerato público de esta localidad utilizan los servicios de salud bucal, tanto para prevenir como para resolver problemas orales.

El identificar más a fondo los patrones y factores que influyen en la utilización de los servicios de salud bucal en los diferentes grupos de población mexicana, se contribuye a disminuir la alta prevalencia de las enfermedades bucales, debido a que visitar al dentista al menos una vez al año ofrece la oportunidad para la atención preventiva, el diagnóstico precoz y el tratamiento de los problemas orales, se evitan problemas de ausentismo escolar y gastos de bolsillo por motivos de salud que rebasan la capacidad de la población y del mismo sistema de salud. (Medina *et al.*, 2004), dando un aporte importante para el diseño de políticas y estrategias para mejorar los servicios de salud de la comunidad.

En México se han realizado estudios que evalúan la utilización de servicios de salud bucal, aunque casi exclusivamente en escolares de entre 6 a 12 años y pocos resultados sobre estudios en adolescentes. En el estado de Chiapas aún no existe información referente a los patrones y factores que determinan la utilización de estos servicios, y contar con ella será de gran beneficio para una población con grandes necesidades de salud bucal.

II. MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL

2.1. Salud bucal y su situación actual en México

La Organización Mundial de la Salud define a la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente como la ausencia afecciones o enfermedades (OMS, 1948). Un componente fundamental de la salud general, es la salud bucal que se define como la ausencia de dolor orofacial crónico, cáncer de boca o garganta, llagas bucales, defectos congénitos como labio leporino o paladar hendido, enfermedades periodontales (de las encías), caries dental y pérdida de dientes, y otras enfermedades y trastornos que afectan a la boca y la cavidad bucal (OMS, 2022). La salud bucodental es un indicador clave de la salud, el bienestar y la calidad de vida en general (Secretaría de Salud, 2015).

De acuerdo a la Secretaría de Salud en México de la población total, el 90% tiene caries y el 70% padece alguna enfermedad periodontal. La caries, gingivitis y maloclusión son los problemas bucodentales más comunes del país (Secretaría de Salud, 2023). El Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Buceales (SIVEPAB) presenta información referente a las condiciones de Salud Bucal de pacientes de unidades centinela de las entidades federativas del país. En su último informe en el 2021 arroja los siguientes resultados:

Salud bucal de niñas, niños y adolescentes: Se examinó la cavidad bucal de un total de 26,714 pacientes de 2 a 19 años de edad, que acudieron a los servicios de salud, 59.3 % eran mujeres y 40.7% hombres, de éstos menos de tres niñas, niños y adolescentes, estuvieron libres de caries dental; de la población de 6 a 19 años tenían un periodonto sano (72.9 %), de los cuales 14.5 % presentaba sangrado gingival y 12.1% cálculo dental en por lo menos un sextante.

Salud bucal en población adulta: Se examinó la cavidad bucal de un total de 78,260 personas de 20 a 99 años de edad de los cuales 67.74 % eran mujeres y 32.26 % hombres. El 92.5 % presentó caries dental, así mismo se estudió la prevalencia de caries en relación con la edad, encontrándose que en todos los

grupos de edad esta fue elevada, siendo superior al 83 %, sin embargo, en la población a partir de los 50 años la prevalencia fue superior a 95 %.

De un total de 75,368, 43.8 % de la población tenía un periodonto sano. En el grupo de 20 a 34 años, casi cinco de cada diez pacientes no presentaron enfermedad periodontal, mientras que, a partir de los 50 años, la cifra disminuye a cuatro de cada diez. Poco menos de la mitad de los pacientes que acudieron a los servicios de salud, tenían un periodonto sano. Se observó que la prevalencia de gingivitis es mayor al 50 % a partir de los 35 años y hasta los 79. En los mayores de 80 años, la gingivitis aparentemente disminuye, sin embargo, no debemos olvidar que el número de dientes presentes en este grupo de edad es muy reducido (Secretaría de Salud, 2023).

En el caso específico de la fluorosis dental, el informe detalla que, de un total de 100,068 pacientes con edades entre 7 y 99 años nacidos en México, 2,358 fueron reportados con fluorosis dental. Estos datos corresponden a los casos registrados en el sistema durante el año 2021. Los datos epidemiológicos sobre incidencia y mortalidad de cáncer bucal ubican a México como uno de los países con las tasas más bajas a nivel mundial. La distribución de las lesiones de mucosas bucales encontradas en las personas de 20 años y más atendidas registraron 328 lesiones sospechosas de cáncer bucal (tres o más semanas de evolución) el tipo de lesión predominante fue el aumento de volumen (Secretaría de Salud, 2023).

2.2. Utilización de los servicios de salud

De acuerdo con el modelo de Donabedian (*citado en Arredondo & Meléndez, 1991*), el proceso de atención médica se conceptualiza como dos trayectorias paralelas de acciones y eventos emprendidas, de forma no siempre interconectada, por el proveedor de servicios de salud y el paciente. Este proceso se inicia a partir de una necesidad percibida, comúnmente asociada a una alteración del estado de salud o bienestar. Si bien en ciertos escenarios el profesional sanitario puede ser el agente que identifique primariamente dicha necesidad y así dé inicio al proceso, lo más

frecuente es que sea el propio paciente quien, al reconocer su estado de carencia, active la búsqueda de atención.

Los dos pilares fundamentales del proceso de atención médica, la conducta del paciente y la conducta del proveedor, convergen en la utilización de los servicios, lo que debería aliviar un poco la necesidad que origina inicialmente el proceso (Arredondo & Meléndez, 1991; Gamboa, 2001).

Por tanto, se puede decir que el proceso de atención médica posee la característica de ser circular: se inicia con la necesidad y concluye con una alteración de esta, ya sea aliviándola parcialmente o neutralizándola de manera más exhaustiva; también es posible que no se consiga aliviar la necesidad y, si la terapia se aplica de manera incorrecta, se intensifique, o incluso que se invente una nueva (Arredondo & Meléndez, 1991; Levesque, Harris & Russell, 2013).

De esta forma, se puede concluir que la utilización de los servicios de salud puede concebirse como la interfase de un proceso dinámico y complejo que pone en contacto a los actores, la población y el personal de salud, con el propósito de satisfacer una condición de salud determinada (Quispe Huamán, 2017).

En un enfoque ampliado, la utilización y sus determinantes tienen mucho que ver con el estudio de la accesibilidad; es más, algunos autores afirman que bajo este enfoque "el estudio de la accesibilidad se hace idéntico al de los determinantes de la utilización de los servicios" (Arredondo & Meléndez, 1991, p. 38). Este enfoque contempla la utilización como un proceso que inicia con la aparición de la necesidad de atención y continúa hasta que se busca y utiliza el servicio. En este proceso influyen factores como las creencias sobre la salud, la confianza en el sistema de salud, y la tolerancia al dolor o a la incapacidad, lo cual ha dado lugar al desarrollo de diversos modelos explicativos sobre por qué las personas deciden acudir (o no) a los servicios de salud (Andersen, 1995; Penchansky & Thomas, 1981; Arredondo & Meléndez, 1991; Levesque, Harris & Russell, 2013).

Los modelos teóricos que explican la utilización de servicios de salud pueden categorizarse de acuerdo con la fase del proceso asistencial en la que centran su análisis. Según la síntesis de Arredondo y Meléndez (1991, p. 41) y Martínez-López (2015), existe un modelo epidemiológico que se focaliza en las necesidades de salud; modelos psicosocial y social que examinan la etapa del deseo y la búsqueda de atención; y un modelo económico que aborda principalmente la iniciación y continuación del tratamiento.

2.2.1. Modelos explicativos sobre la utilización de servicios de salud

El estudio de la utilización de los servicios de salud se puede abordar desde diversas perspectivas teóricas que buscan explicar los factores que determinan cómo y por qué las personas acceden a dichos servicios. Estos modelos tienen implicaciones tanto para la planificación y el diseño de políticas de salud como para el entendimiento de las conductas individuales y colectivas en relación con la salud. Entre los modelos más relevantes se encuentran los modelos epidemiológicos, psicosociales, sociológicos y económicos, cada uno de los cuales ofrece una visión particular de las dinámicas que explican la demanda de atención médica y su relación con los determinantes sociales, psicológicos, culturales y económicos (Arredondo & Meléndez, 1991).

2.2.1.1. Modelo epidemiológico

El modelo se basa en el análisis de las necesidades de salud de la población, entendidas como cualquier alteración en la salud y el bienestar que requiera atención médica. Este modelo establece que la utilización de los servicios de salud está directamente influenciada por la existencia de factores de riesgos a los cuales está expuesta la población, que pueden ser de diversos tipos: iniciadores, promotores y pronósticos. Los riesgos iniciadores son aquellos que ocurren antes de que la enfermedad se vuelva irreversible, lo que motiva el uso de servicios de prevención. Los riesgos promotores están asociados con la aparición de una enfermedad ya irreversible, lo que impulsa la utilización de servicios de diagnóstico y tratamiento. Por último, los riesgos pronósticos se relacionan con la fase terminal

de la enfermedad y determinan la necesidad de servicios de mantenimiento y rehabilitación (Arredondo & Meléndez, 1991; Hernández-Girón *et al.*, 2012).

Este modelo también introduce la noción de exposición al riesgo, sugiriendo que las personas que se exponen a servicios de salud, especialmente de prevención, tienen un efecto protector en comparación con quienes no lo hacen, reduciendo su vulnerabilidad a la enfermedad. Sin embargo, esta exposición no está exenta de riesgos, como la iatrogenia, que se refiere a los daños causados por el propio tratamiento médico. La calidad de los servicios de salud juega un papel clave en determinar si el efecto protector superará los efectos negativos derivados de la exposición al riesgo. La calidad, por lo tanto, puede influir significativamente en el grado de utilización de los servicios y en la prevención de efectos adversos (López-Lara, 2018).

2.2.1.2. Modelo psicosocial

El modelo psicosocial, propuesto por Irwon M. Rosenstock (*citado* en Arredondo & Meléndez, 1991) se basa en el comportamiento de salud de los individuos, particularmente en cómo las personas que creen estar sanas toman decisiones para prevenir enfermedades. Este modelo se basa en la teoría psicosocial, especialmente en el trabajo de Kurt Lewin (*citado* en Hernández, 2011) y propone que el comportamiento relacionado con la salud es el resultado de un proceso psicológico en el que el individuo atraviesa varios estadios antes de decidir buscar atención médica.

De acuerdo con este modelo teórico, la conducta de búsqueda de atención sanitaria se determina por la valoración subjetiva que realiza el individuo respecto a dos dimensiones centrales: la amenaza percibida de la enfermedad y el balance costo-beneficio de la acción. La primera dimensión integra la susceptibilidad percibida –la evaluación personal del riesgo de contraer una condición de salud– y la severidad percibida –la valoración de sus consecuencias clínicas y su impacto psicosocial en ámbitos laborales, familiares y relaciones–. La segunda dimensión comprende las barreras y beneficios percibidos, que aluden a las creencias sobre

la eficacia de la atención médica frente a los obstáculos –económicos, logísticos o emocionales– para acceder a ella.

El modelo también destaca la importancia de los factores detonantes que impulsan la acción. Estos pueden ser internos, como la percepción del estado corporal, o externos, como la interacción interpersonal o el impacto de los medios de comunicación. Así, el comportamiento preventivo está influenciado por una combinación de estos factores y por las percepciones y creencias individuales sobre la salud (Arredondo & Meléndez, 1991).

2.2.1.3. Modelo sociológico

El modelo sociológico pone énfasis en los aspectos sociales y culturales que determinan la utilización de los servicios de salud. Un enfoque fundamental en este modelo es el de Suchman (*citado en Arredondo & Meléndez, 1991*) que se desarrolló entre 1964 y 1966 y subraya la importancia de las redes de relaciones sociales en la determinación de la utilización de los servicios de salud. Según este modelo, las personas toman decisiones sobre la utilización de los servicios de salud en función de sus interacciones y relaciones con sus familias, amigos y otros miembros de su red central social. Estas redes influyen en el conocimiento que una persona tiene sobre los procesos de salud-enfermedad, lo cual a su vez impacta sus actitudes y decisiones frente a la enfermedad y el tratamiento.

Además, este modelo resalta que los niveles de conocimiento sobre la salud y la disponibilidad de servicios juegan un papel crucial en la forma en que las personas se enfrentan a la enfermedad y a la necesidad de atención médica. Sin embargo, se ha criticado que este modelo no tiene en cuenta suficientemente la dimensión sociológica del proceso de planificación de servicios, dado que las redes de relaciones sociales son constantes e individuales, lo que dificulta generalizar sus efectos (Arredondo & Meléndez, 1991; Andersen, 1995).

El marco conceptual propuesto por Andersen y Newman (*citados en Medina et al., 2009; Díaz Álvarez, 2021*) postula que los factores determinantes en la utilización de los servicios de salud pueden clasificarse en tres dimensiones

principales. La primera de ellas agrupa los factores predisponentes, relacionados con las características sociodemográficas, las creencias, actitudes y la estructura familiar del individuo. La segunda dimensión comprende los factores facilitadores o capacitantes, que incluyen condiciones como los ingresos económicos, la posesión de un seguro de salud y la accesibilidad geográfica, las cuales pueden favorecer o restringir el acceso. Finalmente, la tercera dimensión corresponde a la necesidad, concepto que abarca tanto la valoración clínica profesional como la percepción subjetiva del individuo sobre su estado de salud.

El modelo de Mechanic (*citado en De Jesús, 2004*) postula que la utilización de los servicios de salud se determina por factores como la visibilidad, la frecuencia y la persistencia de los síntomas, así como por la disponibilidad de información y de tratamiento. Asimismo, el modelo subraya la influencia decisiva que ejercen las definiciones sociales y culturales que los demás atribuyen a dichos síntomas en el proceso de buscar atención médica.

2.2.1.4. Modelo económico

El modelo económico de la utilización de servicios de salud se enfoca en el análisis de la demanda, utilizando herramientas de la teoría económica. Los primeros modelos en este campo se basaban en la maximización de la utilidad dentro de una restricción presupuestaria, donde el individuo decide cómo gastar su ingreso entre servicios médicos y otros bienes. La elasticidad de la demanda es un concepto clave en este modelo, que mide cómo la demanda de servicios de salud responde a cambios en el precio, en el ingreso o en los precios de otros bienes (Arredondo & Meléndez, 1991; Temporelli, 2010).

Los estudios han mostrado que la demanda de servicios de salud es generalmente inelástica, lo que significa que las personas no son muy sensibles a los cambios en los precios de los servicios médicos. Sin embargo, los modelos también consideran la importancia del tiempo como un factor limitante, sugiriendo que el costo de tiempo asociado con la obtención de servicios médicos puede ser tan relevante como el costo económico directo. Esto ha llevado a desarrollar

modelos que analizan la elasticidad del tiempo y su relación con la demanda de servicios (Arredondo & Meléndez, 1991).

En resumen, los modelos explicativos de la utilización de los servicios de salud proporcionan una visión integral de los factores que influyen en la decisión de buscar atención médica. Estos factores incluyen desde las necesidades y riesgos epidemiológicos, las creencias y actitudes psicosociales, los determinantes sociales y culturales y los aspectos económicos, hasta la interacción entre estos factores y la calidad de los servicios disponibles. La comprensión de estos modelos es esencial para mejorar el acceso y la efectividad de los sistemas de salud, así como para diseñar políticas que respondan adecuadamente a las necesidades de la población.

2.2.2. Utilización y acceso a los servicios de salud bucal

En el estudio de los servicios de salud, la diferenciación entre utilización y accesibilidad es fundamental para entender las disparidades en la atención sanitaria, particularmente en servicios odontológicos.

Según Andersen (1995), la utilización de servicios de salud es el resultado de la interacción entre características predisponentes, factores habilitantes y necesidad percibida o evaluada. Es decir, el uso de servicios no depende únicamente de la presencia de necesidad, sino también de la capacidad del individuo para acceder a los recursos disponibles. En este sentido, la accesibilidad se concibe como un componente clave que puede facilitar o limitar el uso efectivo de los servicios.

Penchansky y Thomas (1981) propusieron un modelo ampliamente utilizado que descompone la accesibilidad en cinco dimensiones: disponibilidad, accesibilidad geográfica, acomodación organizacional, asequibilidad y aceptabilidad. Estas dimensiones permiten analizar con mayor precisión las barreras que enfrentan los individuos para acceder a servicios de salud, incluyendo los odontológicos. Por ejemplo, la falta de infraestructura odontológica en zonas

rurales, el costo elevado de los tratamientos, o los largos tiempos de espera para obtener una cita pueden afectar negativamente la utilización.

En América Latina, autores como Frenk (1990) también han abordado esta problemática desde un enfoque sistémico, señalando que los servicios de salud no siempre responden a las necesidades reales de la población, y que los obstáculos estructurales deben ser analizados como parte del diseño e implementación de políticas públicas. Así, un análisis de la utilización de los servicios odontológicos debe ir más allá de los datos de uso y considerar las barreras de accesibilidad como determinantes sociales y estructurales del comportamiento en salud.

Cuando se habla específicamente de la utilización de los servicios de salud bucal, se hace referencia al porcentaje de personas que acceden a atención odontológica dentro de un periodo determinado. Esta definición implica un requisito importante que es el de la medición (Ramírez & Morales, 2008; Lara Flores & López Cámara, 2002a).

De acuerdo con Alvarado (2014), la utilización de los servicios de salud puede analizarse a través de diversas dimensiones. La primera de ellas es el tipo de servicio, que en el contexto mexicano se clasifica en privado, público o de seguridad social. Cabe destacar que el acceso a estos servicios puede ocurrir sin una solicitud explícita del usuario, como sucede en programas de prevención, campañas de vacunación o atención escolar. Otra dimensión fundamental es el propósito de la consulta, que distingue entre atenciones preventivas, de urgencia o de tratamiento no consecutivo a una dolencia. Finalmente, la dimensión de volumen cuantifica la frecuencia de uso, referida al número de visitas a servicios de salud odontológica en un periodo definido.

Lara Flores & López Cámara (2002a) y Olmos Valverde (2024) destacan que la propensión de los individuos a adoptar conductas de salud bucal varía según múltiples factores. Entre estos se encuentran las características demográficas, sociales, emocionales y de personalidad, así como los factores cognitivos que influyen en la forma en que las personas manejan su salud oral.

Se ha demostrado que las variables que influyen en la decisión de buscar atención dental preventiva difieren con respecto a las que se asocian con la solicitud de servicios curativos. En el primer caso, la educación, el nivel socioeconómico y los estilos de vida parecen más importantes, mientras que en el segundo, la necesidad percibida, puede aparecer como el factor desencadenante de la solicitud de servicios (Lara Flores & López Cámara, 2002a).

La utilización de los servicios de salud odontológicos está determinada por una multiplicidad de factores. De acuerdo con Lara Flores y López Cámara (2002a), estos incluyen variables sociodemográficas (edad, sexo, educación, ingreso, ocupación y estatus socioeconómico), la accesibilidad geográfica de los servicios, así como componentes culturales y psicosociales, tales como actitudes, valores, estilos de vida, experiencias previas y la percepción de sintomatología.

2.2.3 Factores asociados a la utilización de servicios de salud odontológicos

En investigaciones más recientes, Mejía Plata et al. (2018) confirman que los factores señalados por Lara Flores y López Cámara (2002a) continúan siendo determinantes en la utilización de los servicios odontológicos. Sin embargo, estos autores amplían la comprensión del fenómeno al resaltar la influencia de las actitudes hacia la salud, los valores personales, los estilos de vida y las experiencias previas de atención, los cuales interactúan con variables sociodemográficas y estructurales como el nivel educativo, los ingresos y la disponibilidad de servicios. En conjunto, estos elementos condicionan el acceso, la frecuencia y la decisión de buscar atención odontológica.

Según Ramírez y Morales (2008) la utilización no se da en forma homogénea en la población, sino que depende de la combinación de diferentes aspectos que se relacionan con las características de los individuos y grupos, las necesidades presentes y las condiciones de acceso a los servicios. Aunque la situación socioeconómica juega un papel importante, no es el único determinante. Estudios, principalmente en países desarrollados, han mostrado patrones diferenciados de uso de servicios según las características de la población:

a) Sexo y edad: La literatura evidencia disparidades de género en la utilización de servicios odontológicos, con una mayor prevalencia en mujeres adultas (Lara Flores & López Cámara, 2002a). Esta tendencia se inicia en la adolescencia y se consolida en la adultez, donde factores sociodemográficos como el nivel educativo y la edad moderan dicha utilización. Estudios longitudinales, como el de Dye et al. (2007), confirman esta asociación, registrando en Estados Unidos un incremento general en la demanda entre 1983 y 1997, con tasas consistentemente superiores en mujeres, en personas con mayor educación y una disminución progresiva en grupos etarios avanzados.

La frecuencia de la atención odontológica presenta variaciones significativas según la edad, siendo los niños en edad preescolar y los adultos mayores los grupos con menor acceso a los servicios dentales. A nivel internacional, la evidencia sugiere que los programas de salud pública, como los implementados en escuelas europeas, han logrado aumentar la cobertura en poblaciones escolares (Petersen, 2003). No obstante, persisten disparidades en grupos vulnerables, incluyendo niños de familias con bajos ingresos y minorías étnicas. Por otro lado, intervenciones específicas, como los programas para adolescentes en Nueva Zelanda, han demostrado eficacia no solo en la reducción de la prevalencia de caries, sino también en la promoción de una cultura de prevención (Murray et al., 2015).

b) Educación: La influencia del factor educativo en la utilización de servicios odontológicos es un hallazgo consistente en la literatura, con un impacto diferenciado a lo largo del ciclo vital. En la población infantil y adolescente, el nivel educativo de los padres se identifica como un determinante primario. Estudios longitudinales y transversales confirman que los hijos de padres con mayor escolaridad acceden con mayor frecuencia a la atención dental (Lara Flores & López Cámara, 2002a; Minervini et al., 2023). Sin embargo, es crucial reconocer que la variable "escolaridad" puede no reflejar plenamente los aspectos culturales y actitudinales hacia la salud. Estrategias complementarias, como la socialización temprana y la orientación directa a los padres, han demostrado ser eficaces para mejorar esta utilización, como lo ejemplifica el programa preventivo de Schneider (1993), el cual logró incrementar la asistencia y promover hábitos saludables.

Dicha influencia se mantiene durante la adolescencia, observándose una utilización de servicios en proporción directa al nivel educativo de los padres (Blinkhorn, 1992; Minervini *et al.*, 2023). En la etapa adulta, este patrón se consolida, documentándose que una menor educación y un nivel socioeconómico bajo son predictores de una menor utilización de servicios odontológicos.

En síntesis, la educación, entendida de manera integral —abarcando tanto el capital académico como la construcción de actitudes proactivas hacia el cuidado de la salud—, se erige como una de las variables explicativas más significativas para el uso adecuado de los servicios odontológicos a lo largo de la vida (Lara Flores & López Cámara, 2002a; Systematic review, 2025).

c) Actitudes y valores: La utilización limitada de los servicios odontológicos se asocia a una gama de factores subjetivos, entre los que destacan las actitudes, los valores y las emociones vinculadas a la atención dental. Dentro de este espectro, el miedo y la ansiedad hacia los tratamientos odontológicos emergen como determinantes psicológicos primordiales, los cuales pueden derivar en una evitación persistente de la consulta dental (Lara Flores & López Cámara, 2002b; Armfield, 2010). En el caso específico de la población infantil, la literatura identifica que el temor al dentista suele estar condicionado por experiencias previas negativas, la anticipación del dolor o la ansiedad transferida por las figuras parentales (Crego *et al.*, 2013; Klingberg & Broberg, 2007).

Por otro lado, Misrachi y Saenz (1989), estudiaron los conceptos sobre el proceso salud enfermedad de una población rural chilena, específicamente en relación con las enfermedades bucales, con el propósito de contribuir al conocimiento de sus comportamientos en la búsqueda de atención. Estos autores señalan que las creencias en salud conforman una gama de elementos culturales que se vinculan con factores socioeconómicos y que se expresan en respuestas de la población que abarcan desde el uso de tratamientos tradicionales hasta el uso del sistema médico oficial. Por ejemplo, la identificación de los principales problemas de salud bucal reconocidos por la población, los llevó a establecer cuáles fueron las conductas que llevaron a cabo para afrontarlos y en qué medida estas

conductas correspondían con las que los profesionales consideraron adecuadas en términos de prevención efectiva y solicitud de atención profesional.

La literatura especializada identifica las actitudes, los valores y las costumbres de la población como variables determinantes en la utilización de los servicios de salud dental. Estos factores culturales no solo influyen en la demanda de atención preventiva, sino que también condicionan las estrategias de cuidado, como el recurso a remedios caseros, la automedicación y la elección del proveedor de salud, ya sea institucional, privado o tradicional (Lara Flores & López Cámara, 2002b). Un ejemplo empírico de esta dinámica se observa en familias de origen mexicano, donde la adherencia a valores culturales tradicionales por parte de los padres se asoció significativamente con una menor probabilidad de que los jóvenes accedieran a servicios dentales rutinarios (González *et al.*, 2016).

d) Estatus socioeconómico: El nivel de ingresos del jefe del hogar constituye un determinante significativo en la utilización de servicios, al representar la capacidad económica para afrontar su costo. Esta variable se erige como una de las barreras de acceso más citadas en la literatura. Investigaciones como las de Lara Flores y López Cámara (2002a) y Jiménez-Gayosso *et al.* (2015) respaldan esta relación, señalando que, si bien no siempre es perfectamente lineal, en la práctica se constatan disparidades notables en el uso de servicios entre grupos socioeconómicos con distintos niveles de renta.

Con respecto al estatus socioeconómico, este indicador para algunos autores está compuesto por ingreso, ocupación y educación. Usando este criterio se ha observado que la utilización de servicios, tanto médicos como dentales se incrementa en la medida en que el estatus es más alto. Sin embargo, esta medida tampoco explica de manera suficiente las diferencias en el por qué la gente visita al dentista (prevención vs atención restaurativa) y qué opinión tienen respecto a la frecuencia con que es necesario realizar dichas visitas. La ocupación del jefe de familia se ha empleado para estudiar la utilización de los dependientes y la ocupación de cada uno de los adultos ha sido usada para estudios en población en

edad económicamente activa (Lara Flores & López Cámara, 2002a; Senavirathna *et al.*, 2025).

Según Gifth, (*citado en* Lara Flores & López Cámara, 2002a) los grupos ocupacionales clasificados en rangos por diferentes niveles de capacitación muestran que los que estuvieron en niveles profesionales y ejecutivos tenían mayor utilización que aquéllos cuyos niveles de ocupación eran de rango medio o más bajo. Cuando se ha analizado la influencia del estatus socioeconómico frente a otras variables como son: edad, sexo y condiciones de salud bucal, el riesgo relativo para no visitar al dentista se concentra en las variables socioeconómicas y de educación. Estos hallazgos son particularmente importantes ya que los estudios se han realizado en países cuya población, en general, tiene un nivel de vida alto, lo cual hace suponer que en países con grandes diferencias socioeconómicas y bajo nivel de vida de su población, estos factores pueden tener mayor peso.

e) Características de los servicios dentales: La investigación evidencia que la relación entre el acceso geográfico a los servicios odontológicos y su utilización no es lineal, sino que está mediada por el contexto. En entornos urbanos con una amplia oferta, la proximidad física no determina necesariamente un mayor uso (Lara Flores & López Cámara, 2002a). No obstante, en zonas rurales o con dificultades de transporte, la distancia y la conectividad sí constituyen obstáculos decisivos para obtener atención dental oportuna (Vargas *et al.*, 2018).

Más determinante que la ubicación resulta la posesión de una fuente regular de atención odontológica, la cual ejerce una influencia positiva directa sobre la frecuencia de uso (Lara Flores & López Cámara, 2002a; Thomson *et al.*, 2019). Un factor clave asociado a este concepto es la cobertura de un seguro dental. Como ya se señalaba en estudios pioneros (Kronnenfeld, *citado por* Lara Flores & López Cámara, 2002a), y que investigaciones recientes confirman, los usuarios con este beneficio acuden al dentista en una proporción muy superior. Esta garantía se asocia con un mayor número de visitas preventivas, una mayor adherencia a los tratamientos y mejores resultados de salud oral (Patrick *et al.*, 2016).

En consecuencia, disponer de un proveedor estable no solo fomenta la utilización de servicios, sino que también se correlaciona con mejores outcomes de salud, como la adopción de mejores hábitos de higiene bucal, una mayor conservación de la dentición y un incremento en las consultas preventivas asintomáticas, lo que denota un cambio hacia comportamientos de salud más proactivos (Thomson *et al.*, 2019).

f) Contacto previo y satisfacción con los servicios: La satisfacción del paciente en odontología es un constructo multidimensional que surge de las percepciones, emociones y actitudes generadas hacia el profesional y el servicio recibido. Estas percepciones no solo se derivan de la interacción directa con el dentista, sino que también están influenciadas por el entorno social del individuo, como familiares y amigos, factores que en conjunto determinan la evaluación final del servicio. Este concepto de satisfacción es considerado un indicador crucial para medir la calidad y el éxito en los servicios de salud (Lara Flores & López Cámara, 2002b). Asimismo, la literatura especializada resalta que los pacientes otorgan un valor significativo a la competencia del odontólogo para mitigar el miedo, la ansiedad y el dolor, subrayando la relevancia de una atención basada en la empatía y la comunicación efectiva (Kriesberg & Treiman, como se citó en Lara Flores & López Cámara, 2002b). Adicionalmente, se ha identificado que aspectos como la personalidad del profesional, sus habilidades comunicativas y la provisión de información preventiva son elementos determinantes en la generación de satisfacción (Lara Flores & López Cámara, 2002b; Schouten *et al.*, 2003).

g) Conductas preventivas y percepción de las necesidades de atención: La literatura evidencia que la influencia parental, particularmente la materna, es un determinante crucial en la adopción de conductas preventivas de salud bucal en niños. Estudios clásicos, recogidos por Lara Flores y López Cámara (2002b), señalan que la orientación preventiva de los padres influye significativamente en la utilización oportuna de servicios odontológicos. Esta idea es reforzada por evidencia empírica reciente, que asocia directamente las conductas orales de las madres (como la frecuencia de cepillado y las visitas al dentista) con el estado de salud

dental de sus hijos (Olak *et al.*, 2018). Por lo tanto, promover hábitos saludables en los padres, especialmente mediante programas de educación preventiva dirigidos a las madres, se erige como una vía efectiva para mejorar la salud bucal infantil (Rayner, *citado en* Lara Flores & López Cámara, 2002b).

Paralelamente, el acceso a estos servicios está mediado por un complejo entramado de factores socioeconómicos y psicosociales. De acuerdo con Lara Flores y López Cámara (2002b), factores como el nivel socioeconómico, la educación y los aspectos culturales influyen determinantemente en los hábitos de prevención, lo que se confirma al observar que niños de hogares con menores recursos presentan peores condiciones de salud bucodental (García Pérez *et al.*, 2021). El acceso a seguros de salud que incluyen programas de prevención dental se ha identificado como un facilitador clave para mejorar hábitos como el cepillado y la frecuencia de revisiones (Ahlberg y William, *citados en* Lara Flores & López Cámara, 2002b). No obstante, persisten barreras significativas, como la percepción de dolor dental, que si bien puede motivar la búsqueda de atención (Andersen & Newman, *citado en* Lara Flores & López Cámara, 2002b), su ausencia es también un motivo común para no visitar al dentista (Baerum & Arnljot, *citados en* Lara Flores & López Cámara, 2002b). Finalmente, la autopercepción de la salud bucal, evaluada mediante instrumentos subjetivos, emerge como un indicador relevante que se relaciona con diversas variables clínicas y sociodemográficas (Fahim *et al.*, 2022).

Los resultados señalan que las percepciones cambian de acuerdo a factores demográficos como la edad y el sexo y con haber usado servicios dentales (Lara Flores & López Cámara, 2002b). Otros trabajos han encontrado que la percepción de una mala salud bucal está inversamente relacionada con el número de visitas anuales al dentista (Afonso-Souza *et al.*, 2007). Se puede afirmar que las conductas preventivas y las necesidades percibidas se asocian con la utilización de los servicios, pero mediadas por otros factores que han sido analizados anteriormente. Como se puede apreciar, en el caso de la percepción de las necesidades, éstas no se manifiestan exclusivamente por el dolor, aunque éste es uno de los más importantes indicadores, sino también en problemas de la vida cotidiana muy estrechamente relacionados con aspectos psicológicos y sociales.

Sin embargo, llama la atención el que, por un lado, los síntomas percibidos sean frecuentemente los detonadores de la búsqueda de atención y por el otro, las personas que se autoperciben con una mala salud bucal sean las que tienen una baja utilización de los servicios. Esto permite suponer que cuando se utilizan los servicios como respuesta al dolor, esta utilización es esporádica y discontinua, en contraste con lo que ocurre cuando los servicios se usan para prevención o en forma regular.

III. OBJETIVOS

3.1. Objetivo general

Determinar la utilización de servicios de salud bucal (USSB) y los factores relacionados en estudiantes de bachillerato del municipio de Berriozábal, Chiapas, México (2024-2025).

3.2. Objetivos específicos

- Caracterizar sociodemográficamente a los estudiantes de bachillerato del municipio de Berriozábal, Chiapas, participantes del estudio.
- Determinar y caracterizar la utilización de los servicios de salud bucal (USSB) de los participantes del estudio.
- Determinar la percepción de salud bucal, conocimientos sobre salud bucal y hábitos de higiene bucal de los participantes del estudio.
- Analizar posibles factores relacionados a USSB de los participantes del estudio.

IV. METÓDO

4.1. Diseño del estudio

Se realizó un estudio de corte transversal, en la Preparatoria Salomón González Blanco ubicada en el municipio de Berriozábal, en la localidad del mismo nombre, con dirección catorce sur poniente s/n en el Barrio Juan Sabines, Cp. 29130. Como referencia la Calle Central Sur, Calle Al Panteón, Manzana 05.

4.2. Descripción del área de estudio

El municipio de Berriozábal ocupa el 0.48% de la superficie del estado, cuenta con 297 localidades y una población total de 112, 075 habitantes, se encuentra a 21 kilómetros de distancia de la capital chiapaneca (INEGI, 2020).

El plantel educativo actualmente en su turno vespertino cuenta con una población de 699 alumnos, distribuidos aproximadamente de 30-45 alumnos por aula, teniendo un total de 19 grupos: en primer semestre (7 grupos), tercer semestre (6 grupos) y quinto semestre (4 grupos). Estos alumnos vienen de distintos ejidos o colonias del municipio, y pertenecen a distintos estratos sociales, culturales y económicos.

4.3. Muestra de estudio

A partir de los datos proporcionados por el área de control escolar, se identificó un universo de 699 estudiantes, conformado por 371 hombres y 328 mujeres y dividido en estratos según el semestre escolar: primer semestre un total de 313 estudiantes distribuidos en 7 grupos, tercer semestre un total de 216 estudiantes distribuidos en 6 grupos y en el quinto semestre un total de 60 estudiantes distribuidos en 4 grupos. Para calcular el tamaño de la muestra se utilizó una fórmula matemática para población finita, resultando una muestra final de 248 estudiantes.

El número de estudiantes seleccionado de cada grupo fue proporcional a su tamaño dentro del total de la población, mediante un muestreo estratificado.

Posteriormente, dentro de cada estrato, se aplicó un muestreo aleatorio simple para seleccionar a los participantes.

4.4. Selección de las unidades de estudio

4.4.1. Criterios de inclusión

Estudiantes matriculados de sexo indistinto, que desearon participar voluntariamente teniendo la autorización de padres o tutores.

4.4.2. Criterios de exclusión

Estudiantes no autorizados por sus padres o tutores

Estudiantes que faltaron el día de la administración del cuestionario.

4.5. Variables de estudio

En la siguiente tabla se realiza una descripción conceptual y operacional de las variables consideradas en el presente estudio; asimismo, se hace referencia a los tipos de variable. (Tabla 1)

Tabla1. Definición conceptual y operacional de las variables.

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable
Edad	Lapso de tiempo que transcurre desde el nacimiento hasta el momento de referencia. Cada uno de los períodos evolutivos en que, por tener ciertas características comunes, se divide la vida humana: infancia, juventud, edad adulta y vejez (Universidad de Navarra, 2024).	Lo que el participante señale: En números enteros	Cuantitativa Discreta
Sexo	El concepto sexo refiere a las características biológicas, anatómicas, fisiológicas y cromosómicas de la especie humana, sobre todo relacionadas a funciones de la procreación (SNIMH, s.f.).	Lo que el participante señale: Hombre Mujer	Cualitativa Nominal Dicotómica.

Tipo de lugar de residencia	<p>Se trata de agrupaciones de las entidades singulares de población con el objeto de conseguir una repartición de población en grupos homogéneos respecto una serie de características que atañen a su modo de vida (Eustat, s.f).</p> <p>Población urbana: La que habita en localidades de más de 2.500 habitantes.</p> <p>Población rural: La que habita en localidades con no más de 2.500 habitantes (INEGI, 2020).</p>	<p>Lo que el participante señale:</p> <p>Zona urbana.</p> <p>Zona rural</p>	Cualitativa Nominal
Derechohabiencia a servicios de salud.	<p>Derecho de las personas a recibir servicios médicos en instituciones de salud públicas o privadas, como resultado de una prestación laboral por ser pensionado o jubilado, por inscribirse o adquirir un seguro médico o por ser familiar designado beneficiario (segunda institución) (INEGI, 2023).</p>	<p>Lo que el participante señale:</p> <p>PEMEX</p> <p>SEDENA</p> <p>ISSSTE</p> <p>ISSSTECH</p> <p>MARINA</p> <p>IMSS</p> <p>Seguro privado</p> <p>No tiene derecho a servicios de salud.</p>	Cualitativa Nominal Policotómica
Ocupación del jefe (a) del hogar.	<p>La ocupación de jefe (a) del hogar es a que se dedica o en que trabaja la persona reconocida como tal por los integrantes del hogar. Este reconocimiento se otorga al miembro de mayor jerarquía, ya sea por ser el principal sostén económico, la persona de más edad o el que toma las decisiones dentro del grupo (INEGI, 2012).</p> <p>El INEGI clasifica las actividades económicas de México en tres grandes sectores: primario,</p>	<p>Lo que el participante señale:</p> <p>Sector primario: incluye actividades de extracción de recursos naturales como agricultura, ganadería, pesca y minería.</p> <p>Sector secundario: comprende la transformación de materias primas, como la industria manufacturera y la construcción.</p> <p>Sector terciario: incluye servicios como comercio, transporte,</p>	Cualitativa Nominal Policotómica

	secundario y terciario (INEGI, 2024).	educación, salud, finanzas, turismo.	
Nivel Socioeconómico (NSE)	<p>El índice de Niveles Socioeconómicos (NSE) es la regla, basada en un modelo estadístico, que permite agrupar y clasificar a los hogares mexicanos en siete niveles, de acuerdo a su capacidad para satisfacer las necesidades de sus integrantes (AMAI, 2022).</p>	<p>De acuerdo los resultados de la aplicación del Cuestionario para la aplicación de la regla AMAI 2022.</p> <p>Se clasificarán en:</p> <ul style="list-style-type: none"> A/B (alto) C+ (medio alto) C (medio) C- (medio bajo) D+ (bajo) D (bajo) E (muy bajo) 	Cualitativa Ordinal
Utilización de servicios de salud bucal	<p>Se refiere a la cantidad de personas que tuvieron acceso a estos servicios en un periodo de tiempo determinado. (Ramírez y Morales, 2008)</p> <p>La utilización puede ser medida en diferentes dimensiones:</p>	<p>Se referirá si el estudiante visitó algún servicio de salud bucal, tanto público como privado en los últimos 12 meses, previos a la entrevista.</p> <p>Sí, No</p>	Cualitativa Nominal Dicotómica.
Motivos para no utilización de los servicios de salud odontológico.	Personas que no tuvieron acceso a estos servicios en un periodo de tiempo determinado, por diferentes circunstancias.	<p>Lo que el participante señale:</p> <ul style="list-style-type: none"> Por falta de tiempo Por falta de confianza. Por falta de recurso Por no tener la necesidad, entre otros. 	Cualitativa Policotómica
Tipo de servicio utilizado	Se refiere a cuál es el servicio usado. En México, las personas pueden haber usado servicios privados, públicos o de la seguridad social y en ciertas circunstancias pueden recibirlas sin solicitud previa, como en el caso de programas	<p>Lo que el participante señale:</p> <ul style="list-style-type: none"> Servicio privado Servicio público Seguridad social. 	Cualitativa Nominal Policotómica

	preventivos. (Alvarado, 2014)		
Propósito de la consulta	Son los motivos de solicitud: prevención, urgencia o tratamiento no consecutivo a dolor o malestar. (Alvarado, 2014)	Lo que el participante refiera: Prevención Urgencia	Cualitativa Nominal Policotómica
Número de visitas al servicio de salud bucal	Es la cantidad de servicios odontológicos utilizados, en un periodo de tiempo determinado. (Alvarado, 2014)	Dolor o malestar Lo que el participante señale: 1 vez al año 2 veces al año 3 veces al año 4 veces al año 5 veces al año 6 o más veces al año	Cualitativa Ordinal
Percepción de la salud bucal	Se refiere a lo que la población cree tener o no de enfermedades y la necesidad de tratamiento para solucionar el problema, esto puede variar de una población a otra, ya que en muchos lugares esa percepción está relacionada directamente con la presencia o la ausencia del dolor dental; es decir, si existe dolor también existe la necesidad de acudir al dentista y si no existe dolor no se percibe la necesidad de atención dental. (Ramírez y Morales, 2008)	Las opciones de respuesta serán de acuerdo a la escala de valoración subjetiva con la siguiente pregunta: ¿Cómo consideras que se encuentra la salud de tu boca? 1) Muy Buena 2) Buena 3) Regular 4) Mala 5) Muy mala.	Cualitativa Ordinal
Conocimientos sobre salud bucal.	Elemento de la cultura que comprende hechos e información que las	Esta variable comprenderá dos preguntas	Cualitativa Nominal Dicotómica.

	<p>personas acumulan con el tiempo. Los conocimientos de salud bucodental se encuentran directamente relacionados con el nivel de instrucción, con el nivel socioeconómico, con las actitudes hacia la prevención de patologías bucales y con el estado de salud bucal que presentan los individuos (Dho, 2015). Se consideraron específicamente los conocimientos referentes a la consulta periódica al odontólogo como factor que contribuye a prevenir las enfermedades bucales más frecuentes.</p>	<p>indicadoras:</p> <p>“¿La consulta periódica al odontólogo puede ayudar a prevenir la caries dental?”</p> <p>Sí, No</p> <p>“¿La consulta periódica al odontólogo puede ayudar a prevenir la inflamación de las encías?”. </p> <p>Sí, No</p> <p>(Dho, 2018)</p>	
Hábitos de higiene bucal	<p>Herramienta crítica para mantener una buena salud oral, influenciada por múltiples factores, como el sistema de valores del individuo, motivaciones, o estatus socioeconómico y cultural, que dan como resultado patrones muy diferentes en los distintos grupos poblacionales. (Varela <i>et al.</i> 2020)</p>	<p>La Escala de Hábitos de Higiene Bucal (EHHB) de Rodríguez y Moral (2016), está integrada por 10 ítems tipo Likert. Las puntuaciones en los factores y la escala se obtienen sumando las puntuaciones en los ítems y dividiendo por el número de ítems sumados, por lo que varían en un continuo de 0 a 4. Las puntuaciones en el intervalo: [0 a 1] se interpretaron como bajas (malos hábitos de higiene bucal). [1 a 2.125] como medio. [2,125 a 4] alto (buenos hábitos de higiene bucal).</p>	Cualitativa Nominal Policotómica

Fuente: Elaboración propia

4.6. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos

Para la recolección de datos se aplicó a los estudiantes un cuestionario autoadministrado, el cual contempló las variables sociodemográficas como edad, sexo, lugar de residencia, derechohabiencia a los servicios de salud, ocupación del jefe (a) del hogar y nivel socioeconómico, la variable utilización de los servicios de salud bucal los últimos 12 meses previos, medida en el tipo de servicio utilizado, motivo de la consulta, frecuencia de visitas al dentista al año; y las variables de percepción de salud bucal, conocimientos sobre salud bucal y hábitos de higiene bucal (Anexo 1).

Previo a la aplicación definitiva, el cuestionario fue sometido a una prueba piloto en una muestra representativa para verificar la comprensión de los reactivos y realizar los ajustes necesarios. La validez interna del instrumento se evaluó mediante el cálculo del coeficiente alfa de Cronbach, obteniéndose un valor ($\alpha=0,84$) para el índice: nivel socioeconómico y un valor ($\alpha=0,87$) para la escala de hábitos de higiene bucal, sugiriendo valores fiables e ítems consistentes. (Anexo 2).

Tras la recolección de los cuestionarios aplicados a los estudiantes de la muestra, los datos fueron ingresados en una base de datos elaborada en el programa estadístico IBM SPSS para su análisis.

4.7. Plan de análisis de resultados

Para la descripción univariada de variables categóricas, se emplearon frecuencias absolutas y relativas.

Por otra parte, para establecer la posible asociación estadística entre la variable dependiente (Utilización de servicios de salud bucal) y las variables independientes consideradas, se utilizó el estadígrafo chi-cuadrada, donde, un valor p menor de 0.05 fue considerado como un resultado estadísticamente significativo.

4.8. Aspectos éticos

En cuanto a los aspectos, cada participante, aprobó su contribución mediante consentimiento y asentimiento informado (Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación). Este escrito enfatizó el propósito de la investigación, confidencialidad, participación voluntaria/retiro, riesgos potenciales/compensación, aviso de privacidad simplificado (Anexo 4).

V. RESULTADOS

Se analizaron 248 estudiantes de entre 15 y 20 años, inscritos en la Escuela Preparatoria Salomón González Blanco, municipio de Berriozábal, Chiapas. En primer término, se presentan las distribuciones de frecuencia de las variables sociodemográficas. Posteriormente, se describen la utilización de los servicios de salud bucal (USSB), la percepción de salud bucal, el nivel de conocimientos y los hábitos de higiene bucal. Finalmente, se muestran los análisis bivariados de los factores asociados a la USSB.

5.1. Caracterización sociodemográfica de la población estudiada

El 82.7 % de los participantes (n=205) pertenecía al grupo de 15–16 años. En cuanto al sexo, se observó una ligera predominancia de varones (55.2 %) sobre mujeres (44.7 %). La gran mayoría (n=240) reportó residir en localidades de zona urbana. Respecto a la derechohabiencia, únicamente el 25.4 % (n=63) refirió contar con afiliación a servicios de salud.

La ocupación del/de la jefe(a) del hogar se clasificó con base en los sectores económicos de México (INEGI, 2012); el sector terciario concentró el mayor porcentaje (63.7%). Para el nivel socioeconómico, clasificado según la Regla AMAI 2022, la clase media (45.9%) fue ligeramente más frecuente que la clase baja (43.5%) (Véase Tabla 2).

Tabla 2. Distribución de las características sociodemográficas de los estudiantes de bachillerato, Berriozábal, Chiapas.

Variable	Frecuencia	%
Edad		
15-16 años	205	82.7
17-18 años	38	15.3
19-20 años	5	2.0
Sexo		
Hombre	137	55.2
Mujer	111	44.7
Tipo de lugar de residencia		
Zona urbana	240	96.7
Zona rural	8	3.2

Nivel socioeconómico		
Clase alta	24	9.6
Clase media-baja	114	45.9
Clase baja	108	43.5
Clase muy baja (marginal)	2	.8
Derechohabiencia a los servicios de salud		
Con derechohabiencia	63	25.4
Sin derechohabiencia	185	74.6
Tipo de servicios de salud		
PEMEX	7	4.8
SEDENA	7	4.8
ISSSTE	15	10.4
ISSTECH	4	2.7
MARINA	2	1.3
IMSS-BIENESTAR	20	69.9
Seguro privado	8	3.2
Sin derechohabiencia a servicios de salud	185	74.6
Total	248	100.0
Ocupación del jefe (a) del hogar por sector económico de México.		
Sector primario		
Actividades de agricultura, ganadería, pesca y silvicultura.	26	11.1
Sector secundario		
Actividades de la industria manufacturera, construcción, minería y energía.	49	21.0
Sector terciario		
Actividades de comercio, turismo, transporte y comunicaciones, educación, salud, administración pública.	158	67.8
Total	233*	100.0

Fuente: Elaboración propia con base en los datos obtenidos del cuestionario sobre la USSB aplicado a los estudiantes de preparatoria Salomón González Blanco, Berriozábal, Chiapas, 2024-2025.

* n diferente a 248, 15 ocupaciones sin poder clasificarse

5.2. Caracterización de la utilización de los servicios de salud bucal (USSB) de la población estudiada

El 63.7 % de los estudiantes reportó haber acudido a algún servicio de salud bucal durante los 12 meses previos al estudio. El tipo de servicio más utilizado fue el público (52.5%), seguido del privado (29.7 %) y la seguridad social (17.7 %). El motivo principal de consulta fue la prevención (67.7 %), mientras que el dolor o molestia representó el 30.3% y las urgencias el 1.8 %.

En cuanto a la frecuencia anual, la categoría más común fue “una vez al año” (36.0 %), seguida de “dos veces al año” (25.3 %). Entre quienes no utilizaron servicios (n=65), las razones se vincularon principalmente con barreras externas (50.7 %; p. ej., falta de tiempo) y, en segundo término, con factores de percepción o actitudes (47.6%; p. ej., no considerar necesario acudir) (Tabla 3).

Tabla 3. Caracterización de la utilización de los servicios de salud bucal (USSB) de los estudiantes de bachillerato, Berriozábal, Chiapas.

Variable	Frecuencia	%
Visitó al dentista los últimos 12 meses previos		
Sí	158	63.7
No	90	36.3
	Total	248
		100.0
Tipo de servicio utilizado		
Servicio público	83	52.5
Servicio privado	47	29.7
Seguridad social	28	17.7
Motivo de la consulta		
Prevención	107	67.7
Urgencia	3	1.8
Dolor o molestia	48	30.3
Frecuencia de visitas al dentista al año		
1 vez al año	57	36.0
2 veces al año	40	25.3
3 veces al año	18	11.3
4 veces al año	13	8.2
5 veces al año	6	3.7
6 o más veces al año	24	15.1
	Total	158
		100.0
No USSB		
Motivos relacionados con percepción o actitud	31	47.6
Motivos relacionados con barreras externas	33	50.7
Motivos emocionales	1	1.5
	Total	65*
		100.0

Fuente: Elaboración propia con base en los datos obtenidos del cuestionario sobre la USSB aplicado a los estudiantes de preparatoria, Salomón González Blanco, Berriozábal, Chiapas, 2024-2025
n* diferente a 90 No USSB, 25 no contestaron

5.3. Percepción de la salud bucal, conocimientos sobre salud bucal y hábitos de higiene bucal de la población estudiada

La percepción de salud bucal se calificó predominantemente como “regular” en el 54.8 % (n=136). En la escala de conocimientos, el 89.5 % (n=222) obtuvo una calificación de “bueno”. En relación con los hábitos de higiene (EHHB), el 66.5% (n=165) presentó hábitos “regulares”, el 27.8 % “buenos” y el 5.6 % “malos” (Tabla 4).

Tabla 4. Percepción de salud bucal, conocimientos sobre salud bucal y hábitos de higiene bucal de los estudiantes de bachillerato, Berriozábal, Chiapas.

Variable	Frecuencia	%
Percepción de la salud bucal		
Muy buena	20	8.1
Buena	82	33.1
Regular	136	54.8
Mala	8	3.2
Muy mala	2	0.8
Conocimientos sobre salud bucal		
Conocimiento bueno	222	89.5
Conocimiento regular	19	7.7
Conocimiento deficiente	7	2.8
Hábitos de higiene Bucal (EHHB)		
Hábitos de Higiene bucal buenos	69	27.8
Hábitos de Higiene bucal regulares	165	66.5
Hábitos de Higiene bucal malos	14	5.6
Total	248	100.0

Fuente: Elaboración propia con base en los datos obtenidos del cuestionario sobre la USSB aplicado a los estudiantes de preparatoria, Salomón González Blanco, Berriozábal, Chiapas, 2024-2025

5.4. Análisis de los factores relacionados a la utilización de servicios de salud bucal

En el análisis bivariado, la percepción de salud bucal y los hábitos de higiene se asociaron de forma estadísticamente significativa con la USSB (χ^2 , $\alpha=0.05$). En específico, entre quienes no utilizaron servicios, una alta proporción (70 %) se ubicó en el grupo “sin percepción buena” de su salud bucal. Asimismo, los estudiantes

con hábitos “regulares” en la EHHB mostraron mayor proporción de no utilización de servicios (72.2 %).

El nivel de conocimientos sobre salud bucal no alcanzó la significancia estadística, aunque quedó en el umbral ($P=0.051$): las personas con “conocimiento bueno” tendieron a utilizar en mayor proporción los servicios. Por el contrario, las variables edad ($P=0.689$), sexo ($P=0.940$), tipo de residencia ($P=0.155$), ocupación del/de la jefe(a) del hogar ($P=0.533$), derechohabiencia ($P=0.342$) y nivel socioeconómico ($P=0.170$) no mostraron diferencias significativas en relación con la USSB en este estudio (Tablas 5 y 6).

Tabla 5. Utilización de los servicios de salud bucal (USSB) según percepción de salud bucal, conocimientos sobre salud bucal y hábitos de higiene bucal de los estudiantes de bachillerato, Berriozábal, Chiapas.

Variable	USSB			Valor p*
	Sí n(%)	No n(%)	Total n(100%)	
Percepción de la salud bucal				
Individuos con percepción buena	75(47.5)	27(30.0)	102(41.1)	0.005
Individuos sin percepción buena	83(52.5)	63(70.0)	146(58.9)	
Conocimientos sobre salud bucal				
Conocimiento bueno	137(86.7)	85(94.4)	222(89.5)	0.051
Conocimiento regular	17(10.8)	2(2.2)	19(7.7)	
Conocimiento deficiente	4(2.5)	3(3.3)	7(2.8)	
Hábitos de higiene Bucal (EHHB)				
Hábitos buenos	53(33.5)	16(17.8)	69(27.8)	0.005
Hábitos regulares	100(63.3)	65(72.2)	165(66.5)	
Hábitos malos	5(3.2)	9(10.0)	14(5.6)	
Total	158(63.7)	90(36.2)	248(100.0)	

Prueba de Chi-cuadrado (nivel de significancia de 95%)

Tabla 6. Utilización de los servicios de salud bucal (USSB) según características sociodemográficas de los estudiantes de bachillerato, Berriozábal, Chiapas.

Variable	USSB			Valor p*
	Sí n(%)	No n(%)	Total n(100%)	
Edad				
15-16 años	131(82.9)	74(82.2)	205(82.7)	0.689
17-18 años	23(14.6)	15(16.7)	38(15.3)	
19-20 años	4(2.5)	1(1.1)	5(2.0)	
Sexo				
Hombre	87(55.1)	50(55.6)	137(55.2)	0.940
Mujer	71(44.9)	40(44.9)	111(44.8)	
Tipo de lugar de residencia				
Zona urbana	151(95.6)	89(98.9)	240(96.8)	0.155
Zona rural	7(4.4)	1(1.1)	8(3.2)	
Derechohabiencia a los servicios de salud				
Con derechohabiencia	42(26.6)	21(23.3)	63(25.4)	0.342
Sin derechohabiencia	116(73.4)	69(76.7)	185(74.6)	
Nivel socioeconómico				
-Clase alta	18(11.4)	6(6.7)	24(9.6)	0.170
-Clase media-baja	78(49.4)	36(40.0)	114(45.9)	
-Clase baja	61(38.6)	47(52.2)	108(43.5)	
-Clase muy baja	1(0.6)	1(1.1)	2(.80)	
Total	158(63.7)	90(36.2)	248(100.0)	
Ocupación del jefe (a) del hogar				
Por sector económico de México				
-Sector Primario	16(10.81)	10(11.76)	26(11.15)	0.533
-Sector Secundario	27(18.24)	22(25.88)	49(21.03)	
-Sector Terciario	105(70.94)	53(62.35)	158(67.81)	
Total	148(63.7)	85(36.2)	*233(100.0)	

*Prueba de Chi-cuadrado (nivel de significancia de 95%)

* n diferente a 248, 15 ocupaciones sin poder clasificarse

VI. DISCUSIÓN

El presente estudio contribuye a llenar vacíos de información sobre la salud bucodental en el Estado de Chiapas. Para ello, se alinea con las directrices de la Organización Mundial de la Salud (OMS), orientando su indagación hacia dos de sus áreas prioritarias: la producción de datos epidemiológicos locales y la evaluación del uso de los servicios de odontología entre los habitantes de la entidad.

De acuerdo a los resultados, el porcentaje de utilización de los servicios de salud bucal en los últimos 12 meses, fue de 63.7 %, cifra cercana al reporte publicado por Pontigo-Loyola et al. (2012) donde estiman que las prevalencias de la USSB de adolescentes en México oscilan entre el 31 y el 65%. Además, este porcentaje también es similar a lo que Davoglio et al. (2009) publican, donde el porcentaje de USSB entre adolescentes brasileños de clase media fue del 68.9 %. Esto puede deberse, si consideramos a las características socioeconómicas como elemento determinante, a que en grupos con parecidas características de esta variable, suelen tener acceso y barreras similares para acudir a servicios de salud, lo que genera patrones parecidos en su utilización (Patrick et al., 2006). Cabe mencionar que el 45.9 % de la población estudiada tuvo un NSE medio-bajo.

En contraste, Echeverria et al. (2018) reportaron el 45% de USSB en un estudio realizado a jóvenes brasileños de entre los 18 y 23 años, esta diferencia podría estar relacionada a la edad, ya que la mayor prevalencia de USSB citada anteriormente fue de adolescentes menores de 18 años, siendo probable que los adolescentes con menor edad suelan tener mayor supervisión y apoyo para acudir a servicios de salud en comparación con los de mayor edad (Silva et al., 2020).

Un gran porcentaje de los participantes de este estudio (67.7%) manifestó como principal motivo de consulta a la prevención, lo cual pone de manifiesto una tendencia positiva en la población joven de esta localidad, a buscar atención odontológica con un enfoque preventivo, en lugar de esperar a que se presente una necesidad clínica o urgencia, lo cual contrasta con la tendencia observada en otros estudios, tanto en México como en el extranjero. Por ejemplo, el estudio de Medina

(2019), realizado también en México con adolescentes de entre 16 y 25 años, mostró que la atención curativa (particularmente relacionada con caries no tratadas) predominó como principal motivo de consulta. Esta diferencia puede explicarse desde diversos factores contextuales y estructurales. En primer lugar, aunque ambos estudios se desarrollan en el mismo país, las características socioeconómicas, el acceso a servicios de salud y las estrategias locales de promoción de la salud bucal pueden variar significativamente entre regiones. Además, otra posible explicación podría estar relacionada con la edad de los participantes. Mientras Medina incluyó a adolescentes y jóvenes adultos (hasta 25 años), este estudio se centró exclusivamente en estudiantes de nivel medio superior, lo cual podría significar que se encuentran aún bajo mayor supervisión escolar o familiar, donde los mensajes sobre prevención son más frecuentes y efectivos.

Por otro lado, en el estudio realizado por Dooh (2014), con adolescentes de entre 12 y 18 años residentes en dos zonas del norte de Florida, se identificó que el principal motivo de búsqueda de atención dental fue de tipo estético, más que preventivo o curativo; observándose una diferencia sociocultural significativa. En países como Estados Unidos existe una cultura de la prevención en salud oral más desarrollada. Según Lebrun-Harris et al. (2019), la mayoría de los estadounidenses tienen conciencia sobre la importancia de la higiene bucal, promovida desde edades tempranas a través de programas escolares y servicios de salud. Por ello, en estos contextos donde las necesidades clínicas suelen estar controladas, la estética adquiere un mayor peso como motivo de consulta.

En México, las personas pueden utilizar servicios privados, públicos o de la seguridad social y en algunos casos de programas preventivos, en este estudio los estudiantes que hicieron uso de los servicios de salud bucal, utilizaron principalmente el servicio público con el 52.5 %, en contraste con lo reportado por Echeverria et al. (2018), en un estudio hecho en Brasil con jóvenes entre 18 y 23 años de clase alta, mostraron una mayor prevalencia de uso regular de los servicios dentales privados. La diferencia entre el tipo de servicio usado podría estar relacionado a factores socioeconómicos, pues a pesar de que los estudios fueron

hechos en poblaciones con edades similares, el nivel socioeconómico de ambas es diferente.

En muchos contextos, los jóvenes de clase media-baja dependen del sistema público de salud, que puede estar reforzado a través de campañas y programas preventivos, lo cual aumenta su utilización (Petersen, 2003; Borrell & Crawford, 2012). Las personas con un nivel económico alto suelen usar más los servicios de salud privados, incluyendo los servicios odontológicos, ya sea porque presentan una mayor capacidad de pago o bien por la preferencia de una atención personalizada y rápida (Fagundes *et al.*, 2021).

De acuerdo a los resultados en esta investigación, la frecuencia de visitas al odontólogo al año es baja, ya que el mayor porcentaje solo acudió una vez al año (36.0%), seguida de dos veces al año con un 25.3 %, en contraste a los resultados encontrados por Alcaina *et al.* (2020), en preadolescentes y adolescentes españoles de 12 a 17 años, donde sólo el 48,7 % visitaron al odontólogo una vez al año. El bajo porcentaje de visitas al odontólogo observado en ambos estudios podría explicarse por una problemática común entre España y México: la atención a la salud bucodental continúa siendo una de las áreas más desatendidas dentro de los sistemas públicos de salud de ambos países. Una posible explicación de esta situación radica en la limitada asignación de recursos destinados a este ámbito. En el caso de España, por ejemplo, se destina aproximadamente el 10.7 % del PIB al sector salud, de los cuales alrededor del 6.5 % corresponde al gasto público (EuroHealth Observatory, 2024); sin embargo, solo el 2 % de ese gasto se dirige específicamente a la atención odontológica, lo que refleja una clara dependencia del sector privado (Malo Segura, 2025).

En comparación, México destina aproximadamente el 5.9 % de su PIB al sector salud (Statista, 2024), de los cuales solo entre el 2.5 % y el 3 % corresponden al gasto público. Esta limitación presupuestaria también se refleja en una alta dependencia del sector privado: alrededor del 50 % del gasto en salud en México proviene de fuentes privadas, lo que implica que una parte considerable de la

población debe asumir los costos médicos —incluidos los odontológicos— mediante recursos propios o seguros privados (México News Daily, 2023; Index Mundi, 2023).

Esta situación expone barreras comunes entre los adolescentes de ambos países, como las limitaciones económicas y la baja disponibilidad de servicios odontológicos públicos adecuados. Es ampliamente aceptado que las visitas al dentista son importantes para prevenir la aparición y progresión de la caries dental, en este sentido, la American Academy of Pediatrics y la American Academy of Pediatric Dentist recomiendan que la edad de inicio para las revisiones de salud sea el primer año de vida, con exámenes periódicos subsecuentes al menos dos veces al año (Pontigo-Loyola *et al.*, 2012).

Al analizar las variables asociadas con la USSB, la percepción de salud bucal mostró significancia estadística ($p=.005$), de esta manera, los resultados indican que el 70% de los estudiantes sin una buena percepción de su salud bucal ($n=146$), no utilizaron estos servicios en los últimos 12 meses. Lo que contrasta con lo reportado por Saliba *et al.* (2009) en Brasil, donde los adolescentes de entre 15 y 17 años con percepción regular o mala de su salud bucal eran más propensos a haber visitado al dentista recientemente. Un hallazgo adicional relevante proviene de Brasil, donde Teles *et al.* (2011) reportaron que escolares que percibían su salud bucal como mala utilizaron menos los servicios dentales. Esta evidencia sugiere que la percepción de la salud bucal influye de manera compleja en la demanda de atención: en ciertos contextos, una percepción negativa no se traduce en una mayor demanda de servicios, posiblemente debido a una percepción errónea de necesidad, o a falta de urgencia percibida o normas socioculturales de cada país que inhiben la búsqueda proactiva de atención como se ha planteado en estudios previos (Dooh, 2014).

Durante la adolescencia, los jóvenes presentan una mayor vulnerabilidad a problemas de salud bucal, tales como caries y enfermedades periodontales. Esto se debe a que atraviesan por una etapa de numerosos cambios, tanto hormonales (propios de la pubertad), como físicos (cambio de dentición y crecimiento maxilar), además de factores conductuales como hábitos alimentarios inadecuados,

adopción de modas sociales y una higiene bucal con frecuencia deficiente (Secretaría de Salud, 2012).

La variable Hábitos de Higiene Bucal (EHHB), también presentó significancia estadística en relación a la utilización de servicios de salud bucal (USSB), encontrándose que los estudiantes con hábitos regulares de higiene bucal ($n=165$) fueron más propensos a no utilizar los servicios de salud bucal (72.2 %) en los últimos 12 meses. Este hallazgo sugiere que los estudiantes con hábitos de higiene "regulares", aunque no óptimos, podrían percibir que su autocuidado es suficiente, lo que reduce su percepción de necesidad de acudir al odontólogo. Es decir, una higiene bucal parcialmente adecuada podría generar una falsa sensación de control, disminuyendo la búsqueda de atención odontológica; también existe la posibilidad de que influencias culturales y sociales jueguen un papel importante en estos adolescentes de preparatoria pública. En algunos contextos, la salud bucal no se percibe como una prioridad en comparación con otras necesidades básicas, por lo que los adolescentes podrían minimizar la importancia de las visitas preventivas, aunque tengan una higiene parcial que consideran "adecuada".

No obstante, estos resultados contrastan con lo reportado por Freddo et al. (2008), quienes encontraron que adolescentes brasileños con estilos de vida saludable, incluyendo buenos hábitos de higiene bucal estaban asociados con visitas dentales más frecuentes. Esta evidencia podría sugerir que los hábitos de higiene bucal están influenciados por múltiples factores, entre ellos el sistema de valores del individuo, su motivación, y su estatus socioeconómico y cultural, lo cual genera diferencias marcadas en los patrones de cuidado bucal entre distintos grupos poblacionales (Varela, 2020).

Por tanto, si bien una higiene bucal adecuada constituye el fundamento de la prevención en odontología, para lograr una utilización efectiva y sostenida de los servicios de salud bucal es necesario complementarla con estrategias que fortalezcan la percepción de necesidad, incluso en ausencia de signos o síntomas clínicos. Tal como lo proponen García et al. (2024), se deben promover conductas como el cepillado correcto, el uso diario del hilo dental y las visitas regulares al

dentista, entendidas no como respuesta a una molestia, sino como parte esencial del autocuidado preventivo.

En este estudio, la variable conocimientos sobre salud bucal, se definió como el entendimiento de la importancia de la consulta odontológica periódica como estrategia fundamental para la prevención de enfermedades orales frecuentes, como la caries dental y la enfermedad periodontal. Sin embargo, aunque los participantes presentaron un nivel de conocimiento calificado como bueno en un 89.5 %, esta variable no mostró una asociación estadísticamente significativa con el uso de servicios de salud bucal (USSB) en los últimos 12 meses ($p = 0.051$), a pesar de encontrarse al borde de la significancia estadística.

Este hallazgo sugiere que, aunque los adolescentes tengan una comprensión general adecuada sobre la importancia del cuidado bucal, dicho conocimiento no necesariamente se traduce en acciones concretas, como acudir regularmente al odontólogo. Es decir, el conocimiento por sí solo no garantiza la adopción de comportamientos preventivos.

Resultados similares fueron reportados por He et al. (2022) en un estudio realizado con adolescentes de 12 años en China. Los autores encontraron que, aunque la alfabetización en salud bucal está estrechamente relacionada con un mayor uso de servicios dentales en adultos, en adolescentes el uso de estos servicios estaba más influenciado por factores sociodemográficos y familiares, como el nivel educativo de los padres y el acceso físico a la atención, que por el conocimiento en sí. Este estudio refuerza la idea de que el conocimiento es una condición necesaria pero no suficiente para modificar conductas, y que existen barreras contextuales y estructurales que influyen en la toma de decisiones.

Cabe destacar que el papel del contexto educativo también podría explicar las diferencias observadas en cómo se traduce el conocimiento en acción. En países como Brasil, por ejemplo, se ha observado un enfoque más estructurado hacia la educación en salud bucal desde edades escolares. Un estudio encontró que el 79.1 % de los estudiantes identificaron a la escuela como la principal fuente

de información sobre salud bucal, lo cual respalda la estrategia del Ministerio de Salud brasileño, que considera a la escuela como un espacio privilegiado para promover conocimientos y fomentar cambios de comportamiento saludables (Ministerio da Saúde, 2006, citado en Freddo *et al.*, 2008).

Este tipo de enfoque permite no solo informar, sino crear una cultura preventiva sostenida desde la niñez, reforzando conductas saludables como parte del desarrollo cotidiano de los estudiantes. A diferencia de ello, en el contexto de esta investigación, el conocimiento reportado por los adolescentes, aunque clasificado como “bueno”, parece no estar acompañado de estructuras escolares o comunitarias que promuevan activamente su aplicación práctica. Esto podría explicar por qué el conocimiento no se traduce en un mayor uso de servicios preventivos entre los adolescentes mexicanos estudiados.

Por tanto, el entorno en el que se adquiere el conocimiento es tan relevante como el conocimiento mismo. Cuando el aprendizaje sobre salud bucal está integrado en un sistema educativo que estimula la práctica, brinda acceso a servicios y normaliza la prevención, los resultados en términos de comportamiento pueden ser notablemente distintos (Jackson-Morris *et al.*, 2024).

En este estudio las demás variables como la edad ($P=0.689$), sexo ($P=0.940$), el tipo de lugar de residencia ($P=0.155$), la ocupación del jefe (a) del hogar ($P=0.533$), derechohabiencia a los derechos de salud ($P=0.342$), nivel socioeconómico ($P=0.170$) no presentaron relación estadística significativa con la USSB.

VII. CONCLUSIONES

El presente estudio permitió determinar la utilización de servicios de salud bucal (USSB) y los factores relacionados en una población de adolescentes de bachillerato en Berriozábal, Chiapas, cumpliendo con el objetivo general planteado.

En cuanto a los objetivos específicos, se logró: 1) caracterizar sociodemográficamente a la población de estudio, identificando un perfil predominantemente urbano, de nivel socioeconómico medio-bajo y con baja afiliación a servicios de salud (25.4%); 2) determinar que la prevalencia de USSB en los últimos 12 meses fue del 63.7%, con una tendencia hacia la prevención como motivo principal de consulta (67.7%) y el sector público como principal proveedor (52.5%); 3) establecer que la percepción de la salud bucal fue mayoritariamente regular (54.8%), se identificó un alto nivel de conocimientos sobre salud bucal (89.5%) y unos hábitos de higiene bucal predominantemente regulares (66.5%); y 4) analizar los factores relacionados, encontrando que solo la percepción de la salud bucal y los hábitos de higiene bucal mostraron una asociación estadísticamente significativa con la USSB.

El resultado más destacado que emerge del análisis integral es la preeminencia de los factores conductuales y subjetivos (percepción y hábitos) sobre los factores estructurales tradicionales (nivel socioeconómico, derechohabiencia, etc.) para explicar la utilización de servicios en este contexto. Contrario a lo reportado frecuentemente en la literatura, la simple disponibilidad de servicios o la condición socioeconómica no fueron determinantes principales. En su lugar, se observa una paradoja donde una autopercepción negativa de la salud bucal y unos hábitos de higiene meramente regulares se asociaron con una menor utilización de los servicios. Esto sugiere la existencia de una "barrera perceptiva" o una normalización del estado de salud regular que no impulsa la búsqueda de atención, incluso cuando el conocimiento sobre su importancia es alto.

Entre las limitaciones del estudio, se reconoce su diseño transversal, el cual impide establecer relaciones de causalidad. Asimismo, la dependencia de datos auto-reportados puede introducir sesgos de memoria o deseabilidad social. La

muestra, aunque calculada estadísticamente, proviene de una sola institución educativa, lo que limita la generalización de los resultados a otros contextos.

Como rutas de investigación futura, se sugiere:

1. Desarrollar estudios longitudinales o cualitativos para profundizar en la comprensión de la "barrera perceptiva" y los mecanismos por los cuales una autovaloración regular no se traduce en una acción preventiva.
2. Evaluar la efectividad de intervenciones educativas en el ámbito escolar que, más allá de transmitir conocimiento, busquen modificar la percepción de riesgo y fomentar la valoración positiva de la salud bucal y las visitas preventivas rutinarias.
3. Explorar la viabilidad y el impacto de modelos de atención odontológica escolar o comunitaria que acerquen los servicios a este grupo poblacional, superando así barreras logísticas y de accesibilidad.
4. Extender la investigación a otras regiones de Chiapas con diferentes grados de marginación para contrastar los hallazgos y diseñar políticas públicas con un enfoque diferenciado.

VIII. REFERENCIAS

- Afonso-Souza, G., Nadanovsky, P., Chor, D., Faerstein, E., Werneck, G. L., & Lopes, C. S. (2007). *Association between routine visits for dental check-up and self-perceived oral health in an adult population in Rio de Janeiro: The Pró-Saúde Study*. Community Dentistry and Oral Epidemiology, 35(5), 393–400. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0528.2006.00343.x>
- Alcaina Lorente A, Saura López V, Pérez Pardo A, Guzmán Pina S, Cortés Lillo O. Salud oral: influencia de los estilos de vida en adolescentes. Rev Pediatr Aten Primaria. 2020;22:251-61.
- Alvarado Meneses, M. (2014). Modelo Multivariado sobre la no Utilización de Servicios de Salud Bucal alguna vez en la vida en niños escolares de Pachuca, Hidalgo [Tesis de Maestría, Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo].
<http://dgsa.uaeh.edu.mx:8080/jspui/bitstream/231104/3652/1/AT19371.pdf>
- Andersen, R. M. (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care: Does it matter? *Journal of Health and Social Behavior*, 36(1), 1–10. <https://doi.org/10.2307/2137284>
- Armfield, J. M. (2010). How do we measure dental fear and what are we measuring anyway? *Oral Health & Preventive Dentistry*, 8(2), 107–115.
- Arredondo, A, Meléndez, V. (1991). Modelos explicativos sobre la utilización de los servicios de salud: Revisión y análisis. *Salud Pública Mex.* 34 (1). 36-49
<https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5469/5802>
- Asociación Mexicana de Agencias de Inteligencia de Mercado y Opinión (AMAI). (2022). Índice de Niveles Socioeconómicos (NSE).
<https://www.amai.org/NSE/index.php>
- Blinkhorn, A. S. (1992). *The effect of parental influence on dental attendance of children*. Journal of Dentistry for Children, 59(5), 367-371.
- Borrell LN, Crawford ND. Social disparities in oral health. *Dent Clin North Am.* 2012 Oct;56(4):99-109. doi:10.1016/j.cden.2012.06.005. PMID: 22999143.
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL). (2023). El derecho a la salud para las entidades federativas de México: compendio de indicadores para su diagnóstico. Ciudad de México: CONEVAL,
https://www.coneval.org.mx/InformesPublicaciones/Documents/Compendio_Derecho_Salud_Int.pdf#search=acceso%20a%20servicios%20de%20salud%20por%20entidad%20federativa

Crego, A., Carrillo-Durán, M. V., & Armfield, J. M. (2013). The role of parental anxiety and beliefs in child dental fear. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 41(4), 384–391. <https://doi.org/10.1111/cdoe.12022>

Davoglio, R. S., Abegg, C., & Aerts, D. R. G. de C. (2009). Factors related to the use of dental services among adolescents from Gravataí, RS, Brazil, in 2005 / Fatores associados ao uso de serviços odontológicos entre adolescentes de Gravataí, RS, em 2005. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(3), 655–667. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X20090003000>

De Jesús, M. D. L. A. (2004). *Perfil de los usuarios frecuentes de los servicios de salud primarios en el Centro de Diagnóstico y Tratamiento de Ciales*. University of Puerto Rico, Rio Piedras (Puerto Rico).

Dho, MS. (2015). Conocimientos de salud bucodental en relación con el nivel socioeconómico en adultos de la ciudad de Corrientes, Argentina. Rev. Fac. Nac. Salud Pública. 33(3) 360-369. <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v33n3a05>

Dho, MS. (2018). Factores asociados a la utilización de servicios de salud odontológicos. Corrientes, Argentina.

Dooh, V. J., Logan, H., Brown, C. D., Calderon, A., & Catalanotto, F. (2014). Perceptions of oral health, preventive care, and care-seeking behaviors among rural adolescents. *Journal of School Health*, 84(12), 802–809. <https://doi.org/10.1111/josh.12215>

Díaz Álvarez, J. C. (2021). *Modelos de Gestión Hospitalaria y su Influencia en la Calidad de Atención al usuario del Servicio de Salud: Revisión Sistemática Rápida de la literatura* (Master's thesis, Maestría en Administración de Empresas-MBA–Virtual).

Dye, B. A., Tan, S., Smith, V., Lewis, B. G., Barker, L. K., & Thornton-Evans, G. (2007). *Trends in oral health status: United States, 1988–1994 and 1999–2004* (Vital Health Stat. 11, No. 248). National Center for Health Statistics

Echeverria, M. S., Silva, A. E. R., Agostini, B. A., Schuch, H. S., & Demarco, F. F. (2020). Uso regular de serviços odontológicos entre alunos de uma universidade do sul do Brasil. *Revista De Saúde Pública*, 54, 85. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001935>

EuroHealth Observatory. (2024). *Spain: Health System Review – Financing*. <https://eurohealthobservatory.who.int/monitors/health-systems-monitor/countries-hspm/hspm/spain-2024/financing/health-expenditure/>

Eustat-Euskal Estatistika Erakundea-Instituto Vasco de Estadística. (s.f).https://www.eustat.eus/documentos/opt_0/tema_159/elem_15397/definicion.html

Fagundes, M. L. B., Bastos, L. F., Amaral Júnior, O. L., Menegazzo, G. R., Cunha, A. R., Stein, C., ... [otros autores] (2021). *Socioeconomic inequalities in the use of dental services in Brazil: An analysis of the 2019 National Health Survey [Suplemento 2]*. Revista Brasileira de Epidemiologia, 24(Supl. 2), e210004. <https://doi.org/10.1590/1980-549720210004.SUPL.2>

Fahim, A., Mahmood, R., Haider, I., Luqman, M., Ikhlaq, I., & Alam, M. K. (2022). Association between clinical oral health status and perceived oral health in different age groups. *PeerJ*, 10, e14152. <https://doi.org/10.7717/peerj.14152>

Freddo, S. L., Aerts, D. R. G. C., Abegg, C., Davoglio, R. S., Vieira, P. C., & Monteiro, L. (2008). *Oral hygiene habits and use of dental services among teenage students in a city in southern Brazil*. Cadernos de Saúde Pública, 24(9), 1991–2000. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000900005>

Frenk, J. (1990). La epidemiología y la salud de la población. *Salud Pública de México*, 32(1), 1–5. <https://doi.org/10.1590/S0036-36341990000100001>

Gamboa, D. L. H. (2001). Relación médico-paciente y la calidad de la atención médica. *COnAMED*, 9(20), 25-29.

García Pérez, Á., García Pérez, M. A., López-Sánchez, A. F., & de la Fuente-Hernández, J. (2021). *Socioeconomic inequalities in oral health among children: A cross-sectional study in Spain*. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(18), 9724. <https://doi.org/10.3390/ijerph18189724>

García-Román, J., Moreno-Pineda, R., & Baldovinos-Leyva, I. (2024). Estudio sobre el nivel de conocimiento de salud bucodental en los alumnos de una universidad mexicana de Acapulco. *Revista Acciones Médicas*, 3(2), 19–31. <https://doi.org/10.35622/j.ram.2024.02.002>

Gobierno de México. (2023). *Municipio de Berriozábal, Chiapas: Análisis de la situación social y económica*. Secretaría de Bienestar. Recuperado de <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/792729/07012-Berriozabal23.pdf>

Gulliford, M., Figueroa-Munoz, J., Morgan, M., Hughes, D., Gibson, B., Beech, R., & Hudson, M. (2002). *What does 'access to health care' mean?* *Journal of Health Services Research & Policy*, 7(3), 186–188. <https://doi.org/10.1258/135581902760082517>

He, J., Yuan, B., Zhou, S., Peng, S., Xu, Y., Cai, H., Cheng, L., You, Y., & Hu, T. (2022). *Socio-demographic factors, dental status, oral health knowledge and*

attitude, and health-related behaviors in dental visits among 12-year-old Shenzhen adolescents: A multilevel analysis. BMC Oral Health, 22, 102. <https://doi.org/10.1186/s12903-022-02110-8>

Hernández, I. R. (2011). Comunicación en salud: Conceptos y modelos teóricos. *Perspectivas de la Comunicación-ISSN 0718-4867*, 4(1), 123-140.

Hernández-Girón, C., Orozco-Núñez, E., & Arredondo-López, A. (2012). Modelos conceptuales y paradigmas en salud pública. *Revista de salud pública*, 14, 315-324.

Index Mundi. (2023). *Mexico - Private domestic health expenditure (% of current health expenditure)*. <https://www.indexmundi.com/facts/mexico/domestic-private-health-expenditure>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2012). *Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 2010: Resultados por entidad federativa*. https://www.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/historicos/2104/702825491697/702825491697_10.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2024). Sistemas de Cuentas Nacionales de México. <https://www.inegi.org.mx/app/biblioteca/ficha.html?upc=702825098704>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2020). Población total según tamaño de la localidad para cada entidad federativa, 1950 - 2010. Censo de Población y Vivienda 2020. https://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/rur_urb.aspx?tema=P#:~:text=El%20n%C3%BAmero%20de%20habitantes%20de,viven%20m%C3%A1s%20de%202%2C500%20personas.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2023). Censo de Población y Vivienda 2010. <https://www.inegi.org.mx/rnm/index.php/catalog/71/variable/F14/V715?name=DHSERSAL2>

Jackson-Morris, A., Watt, R. G., Marinho, V. C., Listl, S., & Walsh, T. (2024). School-based oral health promotion interventions for children aged 3–17 years in low- and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis. *BMC Oral Health*, 24(1), 132. <https://doi.org/10.1186/s12903-024-03650-3>

Jiménez-Gayoso, S. I., Medina-Solís, C. E., Lara-Carrillo, E., Scougal-Vilchis, R. J., de la Rosa-Santillana, R., Márquez-Rodríguez, S., ... & de Jesús Navarrete-Hernández, J. (2015). Desigualdades socioeconómicas en la utilización de servicios de salud bucal (USSB) alguna vez en la vida por

escolares mexicanos de 6-12 años de edad. *Gaceta medica de México*, 151(1), 27-33.

Klingberg, G., & Broberg, A. G. (2007). Dental fear/anxiety and dental behaviour management problems in children and adolescents: A review of prevalence and concomitant psychological factors. *International Journal of Paediatric Dentistry*, 17(6), 391–406. <https://doi.org/10.1111/j.1365-263X.2007.00872.x>

Lara Flores, N., & López Cámara, V. (2002a). *Factores que influyen en la utilización de los servicios odontológicos: Revisión de la literatura*. Revista ADM, 59(3), 100–109.

Lara Flores, S., & López Cámara, R. (2002b). *Actitudes, conocimientos y prácticas en salud bucal*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.

Lebrun-Harris, L. A., Canto, M. T., & Vodicka, P. (2019). Preventive oral health care use and oral health status among US children: 2016 National Survey of Children's Health. *Journal of the American Dental Association*, 150(4), 246–258. <https://doi.org/10.1016/j.adaj.2018.11.023>

Levesque, J. F., Harris, M. F., & Russell, G. (2013). *Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations*. International Journal for Equity in Health, 12(18). <https://doi.org/10.1186/1475-9276-12-18>

López-Lara, R. (2018). El análisis de situación de salud poblacional en América Latina y el Caribe, entre 2000 y 2017. Reflexiones y desafíos. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 36(3), 18-30.

Luengas-Aguirre, M. I., Sáenz-Martínez, L. P., Tenorio-Torres, G., Garcilazo-Gómez, A., & Díaz-Franco, M. A. (2015). Aspectos sociales y biológicos del edentulismo en México: un problema visible de las inequidades en salud. *Ciencias Clínicas*, 16(2), 29-36.

Malo Segura, P. (2025, mayo 13). *La salud bucodental, la gran olvidada de la sanidad pública: “Somos 1.200 dentistas públicos para atender a 49 millones de españoles”*. iSanidad. <https://isanidad.com/330088/la-salud-bucodental-la-gran-olvidada-de-la-sanidad-publica/>

Martínez López, J. (2015). Atención Primaria de salud: de la teoría a la práctica aplicada a un problema de salud. *Proyecto de investigación*:

Medina Solís, C, Maupomé, G, Ávila Burgos, L, Casanova Rosado, J, Vallejos Sánchez, A, Segovia Villanueva, A. (2004). Utilización de servicios odontológicos de salud por niños menores de cinco años con seguridad social. *Revista Mexicana de Pediatría*. 71 (5), 222-228. <https://www.medicgraphic.com/pdfs/pediat/sp-2004/sp045c.pdf>

Medina-Solís, C. E., Villalobos-Rodelo, J. J., Márquez-Corona, M. D. L., Vallejos-Sánchez, A. A., Portillo-Núñez, C. L., & Casanova-Rosado, A. J. (2009). Desigualdades socioeconómicas en la utilización de servicios de salud bucal: estudio en escolares mexicanos de 6 a 12 años de edad. *Cadernos de Saude Publica*, 25(12), 2621-2631. *Pública*, 25(12), 2621–2631. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009001200009>

Medina-Solís, C. E., Maupomé, G., del Socorro Ruiz-Rodríguez, M., López-Castañeda, J., Pontigo-Loyola, A. P., Hernández-Cruz, P., & Patiño-Marín, N. (2010). Socioeconomic inequalities in use of dental health services in children aged 6 to 12 in Mexico. *Revista de Saude Pública*, 44(1), 75–82. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102010000100008>

Medina-Solís, C. E., García-Cortés, J. O., Robles-Minaya, J. L., Casanova-Rosado, J. F., Mariel-Cárdenas, J., Ruiz-Rodríguez, M. D. S., Navarrete-Hernández, J. J., Ávila-Burgos, L., & Maupomé, G. (2019). Clinical and non-clinical variables associated with preventive and curative dental service utilisation: A cross-sectional study among adolescents and young adults in Central Mexico. *BMJ Open*, 9(9), e027101. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-027101>

Mejía Plata, A. J., Jiménez Rojas, A. P., & Siachoque Uribe, B. S. (2018). Factores económicos, socioculturales y geográficos que influyen en la adherencia al control prenatal en la gestante de un centro de salud de Bucaramanga en el primer semestre de 2018.

México News Daily. (2023). *Mexican households pay a high proportion of health spending*. <https://mexiconewsdaily.com/news/mexican-households-high-proportion-health-spending/>

Minervini, G., Franco, R., Marrapodi, M. M., et al. (2023). Children oral health and parents education status: A cross-sectional study. *BMC Oral Health*, 23, 787. <https://doi.org/10.1186/s12903-023-03424-x>

Misrachi, C., & Sáez, M. (1989). Valores, creencias y prácticas populares en relación a la salud oral. *Cuadernos Médico Sociales*, 30(2), 27-33.

Moral-de-la-Rubia, J., & Rodríguez-Franco, N. I. (2017). Estructura factorial y consistencia interna de la Escala de Hábitos de Higiene Bucal en muestras de población general y clínica odontológica. *CienciaUAT*, 12(1), 36–51. <https://doi.org/10.29059/cienciauat.v12i1.85>

Murray, C., Densie, I. K., & Morgan, C. (2015). Dental attendance, perceptions of cost and self-care of school year 12 and 13 students: A focus on Southland, New Zealand. *New Zealand Dental Journal*, 111(4), 133-141.

Olak, J., Nguyen, M. S., Nguyen, T. T., Nguyen, B. B., & Saag, M. (2018). *The influence of mothers' oral health behaviour and perception thereof on the*

dental health of their children. EPMA Journal, 9(2), 187-193.
<https://doi.org/10.1007/s13167-018-0134-x>

Olmos Valverde, M. (2024). Influencia de la personalidad tipo A y otros factores en la salud oral de los estudiantes de Odontología: un análisis de los patrones de alimentación, estilos de vida e higiene del sueño.

Orellana-Centeno, J. E., & Guerrero-Sotelo, R. N. (2023). Democratización de los servicios en salud odontológica en México. *Acta Odontológica Colombiana*, 13(1), 69-78. <https://doi.org/10.15446/aoc.v13n1.104146>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (1948). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud.* Ginebra: OMS.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2010). *Marco sobre sistemas de salud: mejorar el desempeño.* OMS.
<https://www.who.int>

Paredes Solís, S., Juárez Soto, P., Mosqueda Domínguez, A. (2015). Factores que influyen en la asistencia de los preescolares al servicio dental público en Acapulco, Guerrero, México. *Revista odontológica mexicana*, 19(1), 8-14.
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870199X2015000100002&lng=es&tlng=es.

Patrick, D. L., Lee, R. S., Nucci, M., Grembowski, D., Jolles, C. Z., & Milgrom, P. (2006). Reducing oral health disparities: A focus on social and cultural determinants. *BMC Oral Health*, 6(Suppl 1), S4.
<https://doi.org/10.1186/1472-6831-6-S1-S4>

Penchansky, R., & Thomas, J. W. (1981). The concept of access: Definition and relationship to consumer satisfaction. *Medical Care*, 19(2), 127–140.
<https://doi.org/10.1097/00005650-198102000-00001>

Peters, D. H., Garg, A., Bloom, G., Walker, D. G., Brieger, W. R., & Rahman, M. H. (2008). *Poverty and access to health care in developing countries.* Annals of the New York Academy of Sciences, 1136(1), 161-171.
<https://doi.org/10.1196/annals.1425.011>

Petersen PE. The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century – the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2003 Dec;31 Suppl 1:3-24. doi:10.1046/j.2003.com122.x. PMID: 15015713.

Pontigo-Loyola, A. P., Medina-Solís, C. E., Márquez-Corona, M. de L., Vallejos-Sánchez, A. A., Minaya-Sánchez, M., Escoffié-Ramírez, M., & Maupomé, G. (2012). Influencia de variables predisponentes, facilitadoras y de necesidades sobre la utilización de servicios de salud bucal en adolescentes mexicanos en un medio semirrural. *Gaceta Médica de México*, 148, 218–226.

Quispe Huamán, L. (2017). Participación articulada de actores sociales como determinante de la calidad del servicio en salud del sector público en la región Huancavelica.

Ramírez Román, M, Morales Valencia, MJ. (2008). Morbilidad Bucal y Utilización de Servicios de Salud Bucal en escolares de una comunidad de Santiago Pinotepa Nacional, Oaxaca [Tesis de Licenciatura, Universidad Autónoma de México].
https://ru.dgb.unam.mx/bitstream/20.500.14330/TES01000635360/3/0635360_A1.pdf

Rotemberg, E., Salveraglio, I., Piovesán, S., Almaráz, M. T., Ferreira, B., Smaisik, K., & Mazzuco, M. D. C. (2020). Percepción del estado de salud bucal de adolescentes y adultos jóvenes en tratamiento por drogodependencia. *Odontoestomatología*, 22(36), 44-54.

Saliba-Garbin, C. A., Isper-Garbin, A. J., Moreira-Arcieri, R., Saliba, N. A., & Gonçalves, P. E. (2009). La salud bucal en la percepción del adolescente. *Revista de Salud Pública*, 11(2), 268–277. Recuperado de <https://www.scielosp.org/pdf/rsap/v11n2/v11n2a11.pdf>

Secretaría de Salud (20 de marzo de 2015). Día mundial de la salud bucodental.
<https://www.gob.mx/salud/articulos/dia-mundial-de-la-salud-bucodental>

Secretaría de Salud. (09 de agosto de 2023). Resultados del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Buceales SIVEPAB 2021.
<https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/sivepab-sistema-de-vigilancia- epidemiologica-de-patologias-buceales>

Secretaría de Salud. (2002). *Condiciones de salud: México 2002*. Secretaría de Salud. Recuperado de <https://salud.gob.mx/unidades/evaluacion/evaluacion/condiciones.pdf>

Secretaría de Salud. (2012). La Salud bucal en la adolescencia. chrome-extension://efaidnbmnnibpcajpcglclefindmkaj/https://salud.edomex.gob.mx/isem/docs/sbucal/Manuales/MANUAL%20SALUD%20BUCAL%20ADOLSE SCENCIA.pdf

Secretaría de Salud. (2023). Salud bucodental. Consultado el 27 de agosto de 2024. Recuperado de: <https://www.gob.mx/salud/es/articulos/tiene-alguna-afeccion-bucal-90-de-la-poblacion-mexicana-secretaria-de-salud?idiom=es#:~:text=En%20M%C3%A9xico%2C%2090%20por%20cient,que%20generan%20las%20bacterias%20buceales.>

Schouten, B. C., Eijkman, M. A. J., & Hoogstraten, J. (2003). *Dentists' and patients' communicative behaviour and their satisfaction with the dental encounter*. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 31(5), 404–412.
<https://doi.org/10.1034/j.1600-0528.2003.00009.x>

- Schneider, H. S. (1993). Parental education leads to preventive dental treatment for patients under the age of four. *ASDC Journal of Dentistry for Children*, 60(1), 33-37.
- Silva, R. A., Mialhe, F. L., Sousa, M. L. R., & Wamba, A. C. (2020). Oral health literacy, sociodemographic, family, and clinical predictors of dental visits among Brazilian early adolescents. *International Journal of Paediatric Dentistry*, 30(3), 365–373. <https://doi.org/10.1111/ipd.12596>
- Sistema Nacional para la Igualdad entre Mujeres y Hombres (SNIMH). (s.f). Glosario para la Igualdad. <https://campusgenero.inmujeres.gob.mx/glosario/terminos/sexo>
- Statista. (2024). *Gasto en salud como porcentaje del PIB en México de 2005 a 2024*. <https://www.statista.com/statistics/947944/mexico-health-expenditure-share-gdp/>
- Systematic review. (2025). Socioeconomic status and dental service utilization among children and adolescents: Systematic reviews and meta-analysis. *BMC Oral Health*. <https://bmccoralhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12903-025-06742-4>
- Teles, D., Peres, M. A., & Vargas, A. M. D. (2011). Utilización de servicios odontológicos y su relación con las condiciones de salud bucal y la autopercepción en escolares. *Brazilian Oral Research*, 25(2), 143–149. <https://doi.org/10.1590/S1806-83242011000200008>
- Temporelli, K. L. (2010). Oferta y demanda en el sector sanitario: un análisis desde la economía de la salud.
- Thomson, W. M., Mejia, G. C., Broadbent, J. M., & Poulton, R. (2019). Socioeconomic inequalities in oral health in childhood and adulthood: A 30-year cohort study. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 47(3), 203–210. <https://doi.org/10.1111/cdoe.12442>
- World Health Organization. (2022). *Global oral health status report: Towards universal health coverage for oral health by 2030*. Ginebra: OMS. Recuperado de <https://iris.who.int/handle/10665/364538>
- Universidad de Navarra. (2024). Diccionario Médico. <https://www.cun.es/diccionariomedico/terminos/edad#:~:text=f.,juventud%20edad%20adulta%20y%20vejez>
- Varela Centelles, P, Bugarín González, R, Blanco Hortas, A, Varela Centelles, A, Seoane Romero, JM, Romero Méndez, A. (2020). Hábitos de higiene oral. Resultados de un estudio poblacional. Anales del Sistema Sanitario de Navarra, 43(2), 217-223. <https://dx.doi.org/10.23938/assn.0869>

Vargas, C. M., Arevalo, O., & Crall, J. J. (2018). Geographic distribution of dental care utilization in the United States: Implications for access. *Journal of Public Health Dentistry*, 78(3), 231-239. <https://doi.org/10.1111/jphd.12264>

IX. Anexos

Anexo 1. Cuestionario de Utilización de los servicios de salud bucal en estudiantes de una escuela preparatoria pública del estado de Chiapas.



Utilización de los servicios de salud bucal en estudiantes de una escuela preparatoria del municipio de Berriozábal, Chiapas (2024-2025)".

Número de folio: _____

Universidad de Ciencias
y Artes de Chiapas

Estimado (a) Participante:

El presente cuestionario tiene como propósito recabar información sobre la utilización de los servicios de salud bucal en estudiantes de preparatoria, consta de 28 preguntas, al leerlas concienta tu atención de manera que la respuesta que des sea entendible y confiable. La información que se recaba tiene por objeto la realización de un trabajo de investigación relacionado con dichos aspectos.

¡Muchas gracias, por tu valiosa colaboración!

Indicaciones: Lee cuidadosamente cada pregunta y marca con una (x) tu respuesta.

1.1 Características demográficas del (a) participante

1. Edad (años cumplidos) al momento de la encuesta:	Tengo _____ años	No escribir aquí
2. Sexo:	1. Hombre 2. Mujer	No escribir aquí
3. Lugar de residencia:	1. Localidad: _____ 2. Municipio: _____	No escribir aquí
4. Tienes derecho a uno de los siguientes servicios de salud:	1. PEMEX 2. SEDENA 3. ISSSTE 4. ISSTECH 5. MARINA 6. IMSS-BIENESTAR 7. SEGURO PRIVADO 8. NO TIENE DERECHO A SERVICIOS DE SALUD	No escribir aquí

1.2. Características socioeconómicas del (a) participante. (Marca con una (x) tu respuesta)

5.- Pensando en la persona que mantiene la casa, ¿Cuál es su ocupación principal?	1. Peón, jardinero, labores agropecuarias, jornalero (trabaja para otro). 2. Campesino en su parcela. 3. Artesano. 4. Obrero. 5. Comerciante. 6. Oficinista, empleado. 7. Al hogar. 8. Estudiante. 9. Sirvienta, lavandera. 10. Albañil. 11. Maestro de escuela. 12. Ninguna, no trabaja. 13. Otra (especifique): _____	No escribir aquí
6.- Pensando en la persona que mantiene la casa, ¿Cuál es el último grado de estudios que tiene?	1. No estudió 2. Primaria incompleta 3. Primaria completa 4. Secundaria incompleta 5. Secundaria completa 6. Carrera comercial 7. Carrera técnica 8. Preparatoria incompleta 9. Preparatoria completa 10. Licenciatura incompleta 11. Licenciatura completa 12. Diplomado o maestría 13. Doctorado	No escribir aquí



Utilización de los servicios de salud bucal en estudiantes de una escuela preparatoria del municipio de Berriozábal, Chiapas (2024-2025)".

Universidad de Ciencias
y Artes de Chiapas

Número de folio: _____

7.- ¿Cuántos baños, regaderas y escusados hay en tu vivienda?	1. Cero (ninguno) 2. Uno 3. 2 o más	No escribir aquí
8.- ¿Cuántos automóviles o camionetas tienes?	1. Cero (ninguno) 2. Uno 3. 2 o más	No escribir aquí
9.- Sin tomar en cuenta la conexión móvil que pudiera tener desde algún celular, ¿tu vivienda cuenta con internet?	1. Si tiene 2. No tiene	No escribir aquí
10.- De todas las personas de 14 años o más que viven en el hogar, ¿Cuántas trabajaron en el último mes?	1. Cero (ninguno) 2. Uno 3. Dos 4. Tres 5. 4 o más	No escribir aquí
11.- En tu vivienda, ¿cuantos cuartos se usan para dormir?	1. Cero (ninguno) 2. Uno 3. Dos 4. Tres 5. 4 o más	No escribir aquí

2. Utilización de los Servicios de Salud Bucal. (Marca con una (x) tu respuesta)

12.- ¿Visitaste algún servicio de salud bucal, tanto público como privado en los últimos 12 meses, previos a la entrevista?	1. Sí 2. No ¿Por qué? _____ ↓ Pasa a la pregunta No. 16	No escribir aquí
13.- ¿Qué tipo de servicio utilizaste?	1. Servicio público 2. Servicio privado 3. Seguridad social	No escribir aquí
14.- ¿Por qué motivo acudiste a la consulta dental?	1. Prevención 2. Urgencia 3. Dolor o molestia	No escribir aquí
15.- ¿Con qué frecuencia visitas al dentista al año? (número de veces)	1. Una vez al año 2. Dos veces al año 3. Tres veces al año 4. Cuatro veces al año 5. Cinco veces al año. 6. Seis o más veces al año	No escribir aquí

3. Percepción de salud bucal, conocimientos de salud bucal y hábitos de higiene bucal. (Marca con una (x) tu respuesta)

16.- ¿Cómo consideras que se encuentra la salud de tu boca?	1. Muy buena 2. Buena 3. Regular 4. Mala 5. Muy mala	No escribir aquí
17.- ¿Consideras que la consulta periódica al odontólogo puede ayudar a prevenir la caries dental?	1. Sí 2. No	No escribir aquí
18.- ¿Consideras que la consulta periódica al odontólogo puede ayudar a prevenir la inflamación de las encías?	1. Sí 2. No	No escribir aquí



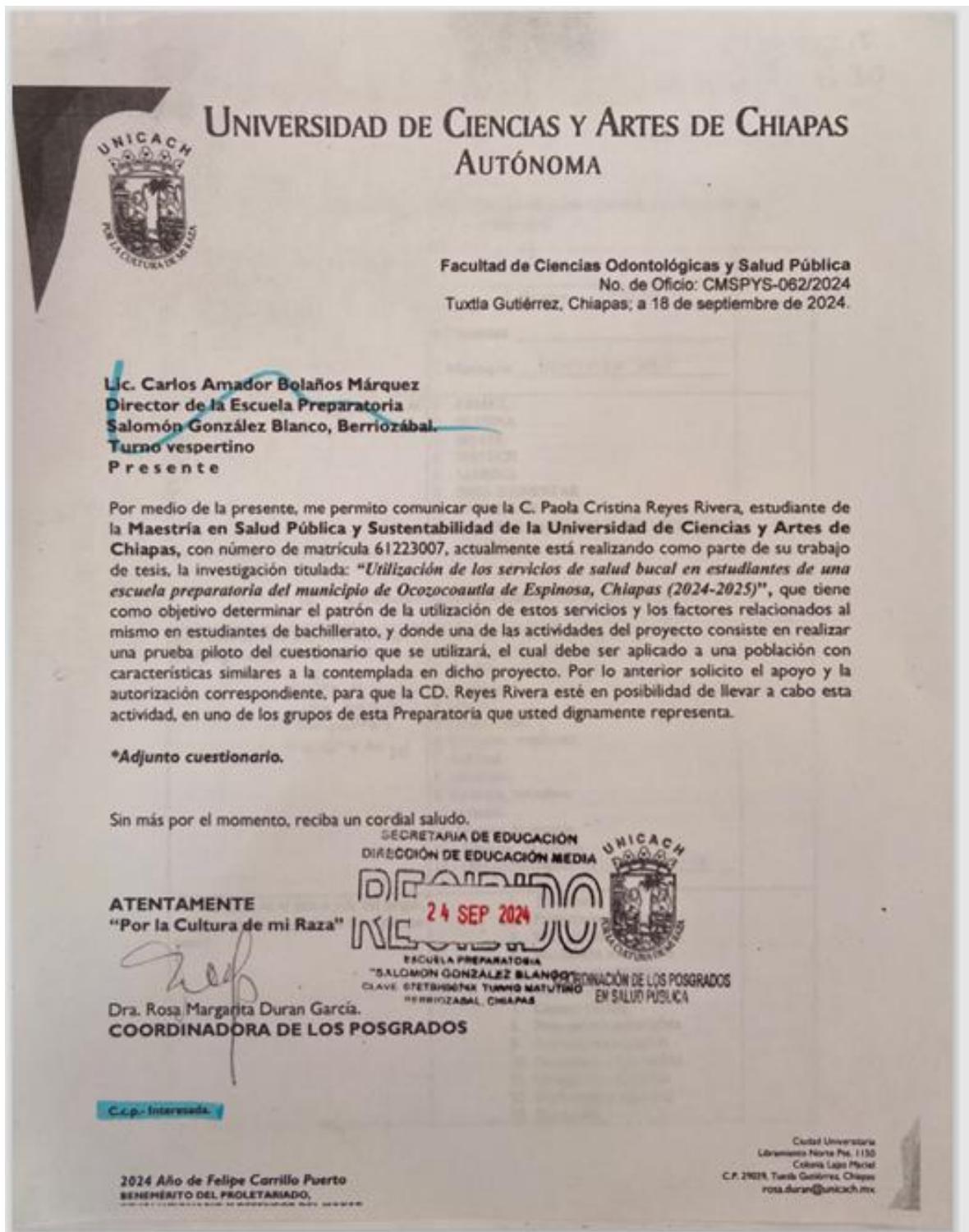
Utilización de los servicios de salud bucal en estudiantes de una escuela preparatoria del municipio de Berriozábal, Chiapas (2024-2025).

Universidad de Ciencias
y Artes de Chiapas

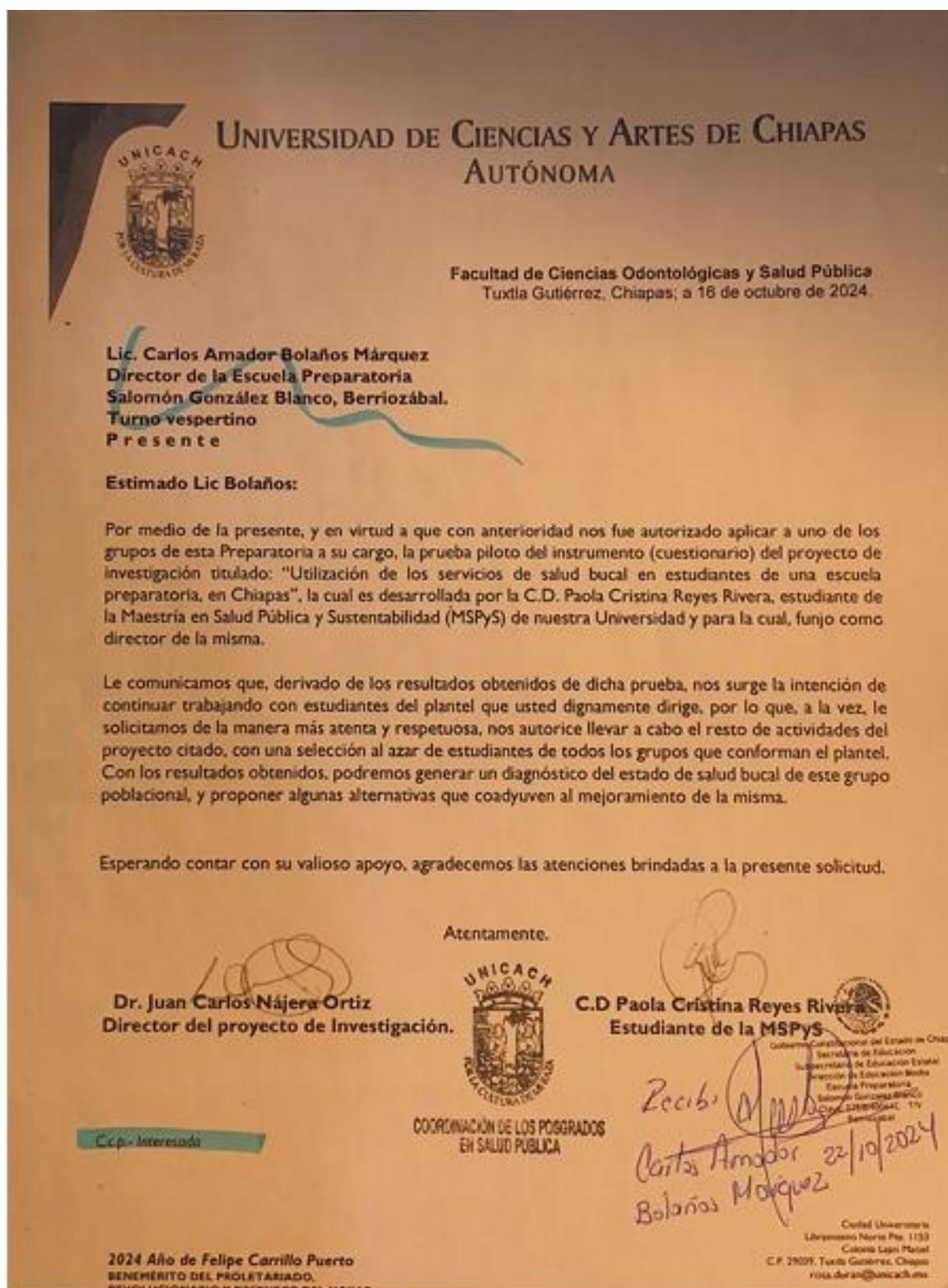
Número de folio: _____

19.- ¿Con qué frecuencia sucede que no cepillas tus dientes en todo el día?	0. Nunca 1. Una o dos veces 2. Muchas veces 3. Al menos una vez al mes 4. Al menos una vez a la semana	No escribir aquí
20.- ¿Usualmente con qué frecuencia cepillas tus dientes?	0. Varias veces a la semana o menos 1. Casi todos los días 2. Al menos una vez al día 3. Al menos dos veces al día 4. Al menos tres veces al día	No escribir aquí
21.- ¿Utilizas pasta dental durante el cepillado?	0. Nunca 1. A veces 2. Frecuentemente 3. Muy frecuentemente 4. Siempre	No escribir aquí
22.- ¿Cuánta atención prestas al cepillado?	0. No le presto ninguna atención 1. Le doy poca atención 2. Presto suficiente atención 3. Realmente presto atención 4. Le doy mucha atención	No escribir aquí
23.- ¿Aproximadamente cuánto tiempo empleas cada vez que cepillas tus dientes?	0. Menos de un minuto 1. Un minuto 2. Más de un minuto 3. Dos minutos 4. Más de dos minutos	No escribir aquí
24.- ¿Cada cuánto tiempo cambias tu cepillo dental?	0. Una vez al año o menos 1. Dos veces al año (cada 6 meses) 2. Tres veces al año (cada 5 o 4 meses) 3. Cuatro veces al año (cada 3 meses) 4. Más de cuatro veces al año	No escribir aquí
25.- ¿Utilizas hilo dental como parte de tu higiene bucal?	0. Nunca 1. A veces 2. Frecuentemente 3. Muy frecuentemente 4. Siempre	No escribir aquí
26.- ¿Cuánta atención prestas a la limpieza del espacio interdental? (entre dientes)	0. No presto atención 1. Presto poca atención 2. Presto suficiente atención 3. Realmente presto atención 4. Presto mucha atención	No escribir aquí
27.- ¿Usualmente con qué frecuencia utilizas hilo dental al día?	0. No lo uso a diario 1. Al menos una vez al día en algunos dientes 2. Al menos dos veces al día en algunos dientes 3. Al menos una vez al día en todos los dientes 4. Al menos dos veces al día en todos los dientes	No escribir aquí
28.- ¿Con qué frecuencia usas el hilo dental después del cepillado de dientes?	0. Nunca 1. A veces 2. Frecuentemente 3. Muy frecuentemente 4. Siempre	No escribir aquí

Anexo 2. Solicitud de prueba piloto.



Anexo 3. Autorización recolección de datos.



Anexo 4. Carta de consentimiento y asentimiento informado



CARTA DE CONSENTIMIENTO Y ASENTIMIENTO INFORMADO

Universidad de Ciencias
y Artes de Chiapas

Dirigido a: Padres/madres/tutores y estudiantes de una preparatoria del estado de Chiapas.

Título de proyecto: *"Utilización de los servicios de salud bucal en estudiantes de una escuela preparatoria de Chiapas (2024-2025)"*.

Estimado(a) padre/madre o tutor:

Mi nombre es Paola Cristina Reyes Rivera, soy estudiante de la Maestría en Salud Pública y Sustentabilidad de la Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas y como parte de mi proyecto de titulación estoy realizando este estudio, al cual su hijo (a) ha sido invitado (a) a participar. El estudio se realizará en (**La Preparatoria Salomón González Blanco-turbo vespertino, del municipio de Berriozábal, Chiapas**).

Si Usted decide que su hijo (a) participe en el estudio, es importante que considere la siguiente información. Siéntase libre de preguntar cualquier asunto que no le quede claro.

El propósito del estudio es: Determinar el patrón de utilización de servicios de salud bucal (USSB) y los factores relacionados al mismo en estudiantes de bachillerato del municipio de Berriozábal, Chiapas.

La USSB se refiere a la cantidad de personas que tuvieron acceso a estos servicios en un periodo determinado; esta utilización no se da de forma homogénea en la población, sino que depende de la combinación de diferentes aspectos de cada individuo y puede verse afectada por: *Edad, sexo, educación, ingreso, ocupación, estilos de vida, entre otros*.

Evaluar más a fondo los patrones y factores que influyen en la USSB en los diferentes grupos de la población mexicana, se contribuye a disminuir la alta prevalencia de las enfermedades bucales, se evitan problemas de ausentismo escolar y gastos de bolsillo por motivos de salud.

La utilización de servicios de salud bucal, es un acto que pone de manifiesto las necesidades de salud bucal que presenta la población.

La autorización consistirá en:

- Permitir a su hijo (a) la aplicación del (**cuestionario**) el cual abarca varias preguntas sobre características sociodemográficas, la utilización de los servicios de salud bucal, percepción de salud bucal, conocimientos sobre salud bucal y hábitos de higiene bucal.
- La entrevista será realizada en las instalaciones de la Preparatoria Salomón González Blanco, de Berriozábal.
- No hay un beneficio directo por la participación de su hijo (a) en el estudio, sin embargo, si usted autoriza su participación estará colaborando con la Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas como aportación importante para el posible diseño de políticas y estrategias para mejorar los servicios de salud de la comunidad.

Confidencialidad: Toda la información que se nos proporcione para el estudio será de carácter estrictamente confidencial, será utilizada únicamente por el equipo de investigación del proyecto y no estará disponible para ningún otro propósito. Los resultados de este estudio serán publicados con fines científicos, pero se presentarán de tal manera que no podrán ser **identificados (as)**.

Participación Voluntaria/Retiro: la participación en este estudio es absolutamente voluntaria. Usted está en plena libertad de negar la participación de su hijo (a) y de retirarla en cualquier momento. La decisión de participar o no en el estudio no implicará ningún tipo de consecuencia, ni afectará de ninguna manera a su hijo (a).



CARTA DE CONSENTIMIENTO Y ASENTIMIENTO INFORMADO

Riesgos Potenciales/Compensación:

Con base la **Ley General de Salud en Materia de Investigación**, la presente propuesta es considerada de bajo riesgo. Si alguna de las preguntas le hiciera sentirse un poco **incómodo(a)**, tiene el derecho de no ser respondida.

Aviso de Privacidad Simplificado: Como investigador/a principal de este estudio, yo Paola Cristina Reyes Rivera, soy responsable del tratamiento y resguardo de los datos personales que nos proporcione, los cuales serán protegidos conforme a lo dispuesto por la **Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados**. Los datos personales que le solicitaremos serán utilizados exclusivamente para las finalidades expuestas en este documento. Usted puede solicitar la corrección de sus datos o que sus datos se eliminen de nuestras bases o retirar su consentimiento para su uso. En cualquiera de estos casos le pedimos dirigirse al investigador responsable del proyecto a la siguiente dirección de correo: paola.reyes@unicach.mx

Números a Contactar: Si usted tiene alguna pregunta, comentario o preocupación con respecto al proyecto, por favor comuníquese con el Director de tesis de Maestría Dr. en C. Juan Carlos Nájera al siguiente correo electrónico: juan.najera@unicach.mx

Si usted tiene preguntas generales relacionadas con sus derechos como participante de un estudio de investigación, le pedimos comunicarse con la PhD. MSc. Rosa Margarita Durán García Investigadora de Tiempo Completo y Coordinadora de los Posgrados en Salud Pública de la UNICACH, al teléfono (961) 61 70 440 ext. 4252 de 8:00 am a 16:00 horas o si lo prefiere puede escribirle a la siguiente dirección de correo electrónico rosa.duran@unicach.mx

Si usted acepta que su hijo (a) participe en el estudio, le entregaremos una copia de este documento que le pedimos sea tan amable de firmar.

Declaración de la persona que da el consentimiento:

- Se me ha leído esta Carta de consentimiento.
- Me han explicado el estudio de investigación incluyendo el objetivo, los posibles riesgos y beneficios, y otros aspectos sobre la participación de mi hijo (a) en el estudio.
- He podido hacer preguntas relacionadas a la participación en el estudio, y me han respondido satisfactoriamente mis dudas.

Si usted entiende la información que le hemos dado en este formato, está de acuerdo en que su hijo (a) participe en este estudio, de manera total o parcial, y también está de acuerdo en permitir que su información de salud sea usada como se describió antes, entonces le pedimos que indique su consentimiento para la participación de su hijo (a): _____ en este estudio.

Registre su nombre y firma en este documento:

PADRE/MADRE/TUTOR:

Nombre: _____.

Parentesco: _____.

Firma: _____ Fecha: ___/___/___.



CARTA DE CONSENTIMIENTO E ASENTIMIENTO INFORMADO

Declaración de la persona que da el asentimiento:

Con fundamento en el Art. 4, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, párrafos 9, 10 y 11.

Mi nombre es: _____ soy estudiante de grado y grupo:
_____, de la Preparatoria _____.

El investigador me ha invitado a participar en este proyecto titulado "**Utilización de los servicios de salud bucal en estudiantes de una escuela preparatoria del municipio de Berriozábal, Chiapas (2024-2025)**".

- Sé que puedo decidir no participar, y nada malo ocurrirá por ello.
- Si tengo alguna duda en cualquier momento de la actividad, puedo preguntar todas las veces que necesite.
- Sé que la información que entregue en esta actividad sólo la sabrá el Investigador responsable del proyecto y la usará sólo para su investigación.
- Si mis respuestas fueran publicadas, no estarán relacionadas con mi nombre, así que nadie sabrá cuales fueron mis decisiones o respuestas.
- Si acepto participar en la actividad debo firmar este documento.

Nombre y firma de participante: _____.

Nombre y firma del investigador o persona que obtiene el consentimiento:
_____.