

# UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

ESCUELA DE SALUD PUBLICA



## EPIDEMIOLOGIA BUCAL Y ESTRATO SOCIAL

Estudio comparativo de dos comunidades.  
Ciudad Guadalupe, N. L., julio de 1977.

## TESIS

QUE EN OPCION AL TITULO DE MAESTRO EN SALUD PUBLICA  
CON ESPECIALIDAD EN ODONTOLOGIA SOCIAL

PRESENTAN:

*YOLANDA ALVAREZ GUDINI*

*SOLEDAD GUZMAN ANDRADE*

*SILVIA E. FERNANDEZ QUIROGA*

*ELDA H. MORALES DE LA FUENTE*

TM  
RK301  
.E65  
1978  
c.1

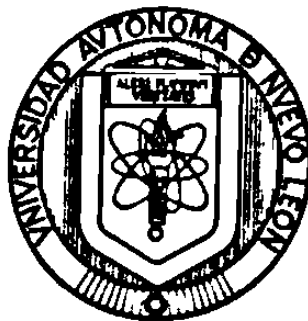


1080128551



# UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

ESCUELA DE SALUD PUBLICA



## EPIDEMIOLOGIA BUCAL Y ESTRATO SOCIAL

Estudio comparativo de dos comunidades.  
Ciudad Guadalupe, N. L., julio de 1977.

### TESIS

QUE EN OPCION AL TITULO DE MAESTRO EN SALUD PUBLICA  
CON ESPECIALIDAD EN ODONTOLOGIA SOCIAL

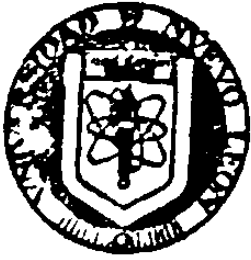
PRESENTAN:

*YOLANDA ALVAREZ GUDINI*

*SOLEDAD GUZMAN ANDRADE*

*SILVIA E. FERNANDEZ QUIROGA*

*ELDA H. MORALES DE LA FUENTE*



FACULTAD DE SALUD PUBLICA  
BIBLIOTECA

002607



**ASESORES: Dr. Alfredo Gómez Castellanos.  
Lic. Ma. Guadalupe Martínez Martínez.  
Dr. Joaquín Sánchez y Castillo.  
Lic. Víctor Zúñiga González.**

**Participaron en la recolección  
de datos los alumnos del Curso  
de Odontología Social:**

**Antonio García Lesprón,  
Honorio Treviño Villarreal,  
José Luis González Tamez,  
Liliana S. Tijerina González,  
Yolanda Álvarez Gudini,  
Soledad Guzmán Andrade,  
Silvia E. Fernández Quiroga,  
Elda H. Morales de la Fuente,  
Ma. del Pilar Ramos Sánchez y  
Alma Nora Rodríguez Lira.**

**Agradecemos muy especialmente  
la colaboración de los Dres.:**

**Rodrigo González Pérez y  
Liliana Tijerina de Mendoza.**

# **I N D I C E**

	<b>Pág.</b>
<b>I. ANTECEDENTES.</b>	<b>1</b>
<b>II. PROBLEMA DE LA INVESTIGACION:</b>	
<b>1. Planteamiento del Problema.</b>	<b>3</b>
<b>2. Delimitación del Problema.</b>	<b>5</b>
<b>III. JUSTIFICACION TEORICA.</b>	<b>10</b>
<b>IV. APARATO DE MEDICION.</b>	<b>15</b>
<b>V. ANALISIS.</b>	<b>22</b>
<b>VI. CONCLUSIONES.</b>	<b>39</b>
<b>VII. BIBLIOGRAFIA.</b>	<b>41</b>
<b>VIII. APENDICE DE CUADROS.</b>	<b>42</b>
<b>IX. ANEXOS:</b>	
<b>1. Indicadores.</b>	<b>95</b>
<b>2. Cuestionarios.</b>	<b>100</b>



## **I. ANTECEDENTES**

**La Odontología en América Latina ha venido experimentando en los últimos años una serie de cambios importantes, motivados por los problemas de Salud Bucal y por una serie de factores sociales en las poblaciones; lo que ha propiciado que estos problemas se hayan agudizado y hayan traído como consecuencia la reformulación de los objetivos y la concepción científica de la Salud establecidos con anterioridad, tanto en la formación de los recursos humanos, como en la prestación de los servicios de atención odontológica.**

**La formación de la Comisión Nacional de Odontología en Ecuador, los Laboratorios de Diseño y Comprobación de Venezuela, la formación de Operatoristas Dentales en Colombia, el Módulo de Odontología de Ciudad Netzahualcóyotl en el Estado de México, los Consultorios Escolares, el Módulo de Odontología del Plan de Salud de Guadalupe en Nuevo León, y el Curso de Especialidad en Odontología Social de la Escuela de Salud Pública de la Universidad Autónoma de Nuevo León, entre otras, son sólo algunas de las acciones que demuestran claramente la preocupación odontológica para modificar el sistema de ejercicio profesional por otras formas que permitan a la Odontología superar la crisis profesional, a través de un equipo**

de Salud Odontológica que esté conciente de la problemática social.

El presente trabajo es una muestra más de interés, que en to dos los niveles académicos universitarios se le ha dado, a fin de buscar nuevas estrategias, y así tratar de plantear soluciones a los problemas en estudio.

Estamos concientes que la presente investigación solamente - sentará las bases generales, de un estudio que requiere mayor profundización en cada uno de los aspectos tratados y de seamos sea generadora de la inquietud y la decisión de efectuar nuevas investigaciones por las generaciones venideras.

## II. PROBLEMA DE LA INVESTIGACION

### 1.- Planteamiento del Problema:

En la actualidad los procesos reales han tenido incremento en el ritmo en el que se suceden presentándole al científico nuevos problemas; concretamente, en el campo de la Odontología, consideramos que el problema más importante es que: NO SE HA LOGRADO RESOLVER EL PROBLEMA DE SALUD BUCAL EN NUESTRO PAIS.

Esto ha traído como consecuencia que la profesión odontológica se encuentra en crisis.

Esta crisis la definimos en base a los siguientes aspectos:

- a) Aumento en el número de Odontólogos en el país, trayendo como consecuencia una subutilización de dichos recursos por la mala distribución que existe en los Modelos de Servicio, tanto Institucionales como Privados, ya que estos recursos humanos están preparados con conocimientos y técnicas pseudocientíficas, con tendencias a la especialización sin correspondencia específica a las necesidades de la población.
- b) Aumento de demanda potencial por parte de la población

sin que los modelos de servicio, tanto institucionales como privados, tiendan a remediar dichas necesidades por la falta de recursos económicos y de profesionales con conocimientos específicos para resolverlas.

Al no haber demanda real de dichos profesionales en las Instituciones, los obliga a dejar la práctica profesional para emplearse en otro tipo de actividades.

El conocimiento científico ha adquirido en esta profesión, una gran importancia, pudiendo ser ésta la solución deseada a la problemática expuesta; más, sin embargo, sólo ha traído resultados en zonas restringidas de la población y éstas en forma parcial. Llegamos por lo tanto, de este modo, a la siguiente conclusión:

Ocurre que se está logrando una visión parcial del problema de salud bucal en la ciencia odontológica, que no permite dar una solución al mismo y pierda así la visión general en la que se encuentra ubicado el objeto del conocimiento de la Odontología.

Por lo que, urge tener una visión general sistemática - que le permita al Odontólogo abordar científicamente los problemas con los que se encuentra actualmente, y buscar las alternativas para superar la crisis profesional.

**ESTE ES EL PROBLEMA ESENCIAL DEL CUAL PARTE NUESTRA INVESTIGACION.**

## 2.- Delimitación del Problema:

Todo sistema es un conjunto de elementos interactuando - desde sus posiciones específicas, con funciones y objetivos bien definidos.

Es de conocimiento común reconocer en el sistema de Salud, tres elementos que lo integran: La situación de salud de la comunidad, los Modelos de Servicio, y, la Institución formadora de recursos humanos.

Desde la perspectiva de nuestro marco teórico, el proceso de salud característico de una comunidad es el resultante de una serie de factores económicos, políticos y sociales. Los modelos de servicio no son simplemente la prestación de atención que parte de un esquema funcional para cubrir las necesidades, sino que el modelo de servicio debe surgir de la estructura misma de la comunidad, en la que se encuentra, para realizar una atención de tipo integral, que por el momento no tenemos clara, es a través de los datos y de la investigación científica como se irá diseñando la nueva estructura que adquieran es tos modelos.

Un modelo es una forma de utilizar los recursos que se tienen para un cierto tipo de actividad, de acuerdo a una

serie de conceptualizaciones establecidas sobre la actividad de que se trate; según esto, un modelo siempre es una representación supraestructural, es decir, determinada por la matriz de combinaciones entre los factores sociales y por el modo de interpretación en boga de la realidad, en un momento histórico.

Los modelos de servicio a través de los años se han visto directamente modificados por el avance científico, tecnológico y la forma cultural de prestación de servicios, la evaluación de los mismos han determinado las características de éstos.

El sistema de salud, en su conjunto, adquiere diferentes configuraciones dependiendo de la política de salud que lo determine.

La política de salud de un país o de una región, precisamente, es el conjunto de lineamientos que determina las relaciones y las funciones de los elementos que integran el sistema de salud.

La política de salud la establece el grupo de poder institucional o sea el Estado. Esta política forma parte de todo un programa de distribución de los servicios en la población, sobre todo de aquella que no puede adquirir dichos servicios, por su baja capacidad de compra.

Los recursos humanos que se han venido formando en Odon-

tología han tenido como base los planes curriculares altamente dependientes del avance tecnológico de la profesión, sin tomar en cuenta los factores sociales como variables explicativas del problema con el que se enfrenta la profesión odontológica.

Debido a esto, en los últimos años se ha comenzado a visualizar la parcialidad del enfoque tradicional de la Odontología como Ciencia y como práctica profesional. Por lo que se ha venido desarrollando una fuerte tendencia a la formación de recursos humanos dentro de los modelos de servicio, tratando de llevar a cabo la integración Docente-Asistencial, con objeto de colocar al estudiante frente a la problemática social y utilizar las capacidades de las áreas de servicios disponibles; teniendo como finalidad ayudar a resolver los problemas de salud bucal de la población.

Esta última parte se ha visto obstaculizada por diferentes factores:

- a) Falta de coordinación entre los diferentes sectores profesionales (Gremio, Instituciones de Servicio, y Universidades).
- b) Factores de política interna universitaria que no permiten una planeación académica adecuada e impiden una selección en base a la orientación vocacional y por

el aumento excesivo en las inscripciones, sin aumento de los recursos docentes, físicos y económicos, reflejando así situaciones poco favorables para obtener una preparación profesional cualitativamente óptima.

- c) Otro elemento importante es que las Universidades del país permanecen ajenas en muchos de sus objetivos, a los intereses de los sectores populares, a pesar de los intentos que en los últimos años se han detectado para integrarse a la problemática social que las rodea.
- d) La falta de planificación de nuestro sistema económico, hace que la producción de recursos humanos sea desproporcional a la demanda, así como la distribución de los recursos formados.
- e) Aún cuando actualmente se hayan venido realizando intentos en algunas Escuelas o Facultades del País, por efectuar modificaciones curriculares que permitan la integración de la prevención al conocimiento odontológico, como filosofía profesional, la mayoría de ellas ni siquiera han iniciado este proceso de cambio, el cual está motivado por un nuevo concepto de las Ciencias de la Educación, que desea integrar la teoría a la realidad.
- f) Las Asociaciones Profesionales Odontológicas y la Legislación de la Profesión provocan la monopolización



de la práctica profesional y evitan la diversificación del recurso auxiliar (técnico clínico estomatológico, auxiliares, etc.) que descentralicen y abatan - costos de la atención odontológica.

Esta nueva fisonomía de las instituciones encargadas de la formación de recursos humanos que aquí apenas vislumbramos no puede ser diseñada en el mero discurso teórico, y es solamente a partir de la investigación científica - concreta como podrá irse vislumbrando una institución - formadora de recursos humanos que tenga en cuenta las - condiciones sociales como factores explicativos del proceso de salud-enfermedad y que pueda así; al menos, superar los obstáculos mencionados en los modelos de servicio y que permitan una participación mayor dentro de la comunidad donde preste sus servicios.

De las instituciones formadoras de los recursos humanos depende la calidad y la capacidad de todo el sistema de salud, y su función no es sólo la de formar personal, si no además está en sus manos la filosofía social que tenga el profesional de la salud, a la vez que es responsable de la creación y reproducción de los conocimientos - científicos y técnicos necesarios para su actividad.

### III. JUSTIFICACION TEORICA

Para el desarrollo de nuestro trabajo consideramos indispensable explicar el concepto que sustentamos del proceso Salud-Enfermedad, considerando que éste se dá en una unidad dialéctica y que fundamenta todo el estudio.

Intentamos encontrar una explicación científica al fenómeno Salud-Enfermedad; intención que sería deficientemente realizada, si nos detuviéramos en una explicación meramente biológica o funcional.

La salud, como cualquier otro fenómeno que se dá en la sociedad, está condicionada por todos los factores que conforman un conjunto social, al grado de que CONSIDERAMOS QUE ESTO SE ESTABLECE COMO VARIABLE EXPLICATIVA DEL FENOMENO. Ahora - bien, ésto es aún parcial, porque en la sociedad, el juego - entre los factores que la forman, no se da por movimientos o impulsos aleatorios. La sociedad es un conjunto de conciencias en interacción unos con otros (hombres), a través del mundo transformado por ellas. Esto nos hace referencia a la determinación, que establece la base material o económica sobre los demás factores sociales: Jurídicos, políticos, artísticos, científicos, técnicos, ideológicos, etc.

El proceso Salud-Enfermedad es un fenómeno que incluye aspectos de la base material (económicos) y también de los factores supraestructurales (políticos e ideológicos). Además, el proceso Salud-Enfermedad está determinado por la forma en que se combinan entre sí los elementos que contribuyen a una formación social.

La salud es pues un fenómeno complejo, de tal manera lo es, - que encontrar una explicación científica de él, no es tarea sencilla. El proceso Salud-Enfermedad no se determina por líneas causales simples.

De esta primera aproximación teórica se deducen aun conclusiones más cercanas: La situación socio-económica de una formación social crea condiciones ecológicas que se expresan en el proceso Salud-Enfermedad colectivo. Ya que el proceso productivo implica cambios en el medio natural, que lo modifican física, química y hasta biológicamente, causando con esto, patologías características.

Además, este proceso productivo supone determinadas relaciones entre los grupos que determinan y producen situaciones psico-individuales y psico-sociales. Es por éso que los modelos de desarrollo económico, que el país elige, deberían de tener en consideración que el fenómeno de la Salud, no es un fenómeno periférico o adyacente; el proceso Salud-Enfermedad va a ser determinado al menos en forma latente, desde la adop

ción del modelo; sólo basta recordar que la nutrición de un país muchas veces no depende sólo de su capacidad productiva, o de sus inversiones sobre el terreno de alimentación. Esto vendría a ser un modelo de desarrollo "ingenuo".

Junto a estas condiciones ecológicas-económicas, nos encontramos los factores ideológicos y políticos, que hacen aun más compleja la comprensión científica del proceso Salud-Enfermedad.

"La relación entre Salud-Enfermedad tiene una dimensión biológica y otra oculta de carácter ideológico". (1) Esta dimensión ideológica muchas veces no se tiene en cuenta y es por tal razón que muchos planes y programas de Salud fracasan rotundamente o se convierten en una agresión para el grupo social al que están dirigidos.

EL CONCEPTO DE SALUD ES SIEMPRE UN PRODUCTO CULTURAL y por lo tanto cambiante, lo que para un grupo es altamente sano, para otro grupo podrá ser signo de enfermedad.

Cuando una sociedad establece un determinado concepto de salud como tipo de concepto imitable y criterio de todas las otras concepciones, sencillamente está reificando etnocéntricamente sus pretensiones culturales en una forma patente.

---

(1) Laurell, Cristina., "Medicina y Capitalismo en México"., Cuadernos Políticos 1975, Págs. 80-93., Polycopiado, U.A.N.L./E.S.P/o.s/18, Pág. 1.

Qué pasa cuando el Estado toma en sus manos la salud de toda una sociedad específica y establece sistemas de salud y de servicios según un concepto de salud previamente aceptado?

Esta pregunta adquiere necesariamente un colorido político, cuando la participación de los grupos mayoritarios en las decisiones políticas es considerable, el Estado no sólo puede sino que debe hacerse cargo de la producción de bienes y de la distribución de servicios. Pero cuando el Estado representa sólo intereses minoritarios de las élites, implementa criterios de producción y de servicios únicamente favorables a los intereses de dichos grupos; es por éso que la total inadecuación de los modelos de salud es palpable en nuestro país.

En conclusión el grupo considera que el proceso Salud-Enfermedad es el proceso bio-psicológico del individuo o grupo, - resultante de cada uno de los factores sociales y de la combinación de ellos en un momento histórico.

El presente trabajo integra desde un análisis transversal la siguiente hipótesis referente a las relaciones entre los factores sociales y el proceso de Salud-Enfermedad en el área odontológica; elementos incluidos en la presente hipótesis - pueden ser útiles al menos como elementos explicativos del fenómeno y tal vez como elementos predicativos del mismo.

Téngase en cuenta la ausencia real de estudios sistemáticos

acerca del tema, lo que no nos permite partir de premisas -  
científicas altamente válidas.

## **HIPOTESIS**

El proceso de Salud-Enfermedad de una comunidad está determin  
nado por el estrato social de la misma.

## **DEFINICIONES**

**Proceso Salud-Enfermedad.-**

Es el proceso biopsicológico del individuo, grupo, o, comunid  
dad, resultante de cada uno de los factores sociales y de la  
combinación de ellos en un momento histórico.

**Estrato Social.-**

Posición del individuo en la esfera del consumo.

#### IV. APARATO DE MEDICION

En el estudio de comunidad que se realizó se maneja la variable estrato social a fin de que sean más fácilmente comparables los datos. Es decir, la manipulación experimental de una variable nos permite detectar la variación significativa de la otra.

La forma más operativa que se encontró para lograr este procedimiento de control fué la siguiente: Se eligieron solamente dos estratos sociales, el estrato alto (A) y estrato bajo (B), los cuales se encuentran en los polos de variación de los estratos; ésto hace mucho más sencillo el estudio y a la vez permite encontrar rápidamente las coincidencias y las diferencias de las otras variables.

En los resultados se presentan datos que describen la situación familiar y las características socioeconómicas de las comunidades en estudio, posteriormente hacemos el tratamiento estadístico de los datos para la comprobación de la hipótesis propuesta, con ésto lograremos un estudio descriptivo y científico de las condiciones del proceso Salud-Enfermedad en las áreas de estudio.

Por ser de nuestro particular interés efectuar un análisis más amplio del proceso salud-enfermedad, el estrato social quedó establecido por dos variables: El grado de urbanización, e ingreso familiar.

Se eligieron dos colonias como representativas de los estratos alto y bajo en Ciudad Guadalupe, Nuevo León, las colonias Contry la Silla y Guadalupe Victoria, respectivamente, los cuales difieren notablemente en ambos indicadores. Con respecto al ingreso se consideró una familia de estrato bajo aquella que percibe un ingreso menor de \$5,000.00 mensuales, y de estrato alto aquella que percibe un ingreso mayor o igual a \$15,000.00 mensuales. (2)

El proceso salud-enfermedad conllevó más variables: Prácticas preventivas individuales; Actitudes de la comunidad sobre salud bucal; Existencia del servicio Odontológico; e Indicadores epidemiológicos bucales.

Los aparatos de medición fueron dos entrevistas dirigidas (cuestionarios) y observación directa e intensiva (ficha epidemiológica bucal).

---

(2) La clasificación de estrato para dichas colonias se basó en la Encuesta Nacional de Hogares realizada, en el Área Metropolitana de Monterrey, por la Dirección General de Estadística de la Secretaría de Programación y Presupuesto.



**Orden de recolección de datos:****A. Entrevista que midió los siguientes Indicadores:**

1. Distribución de la población por grupos de edad.
2. Ingreso familiar.
3. Ocupación del padre.
4. Escolaridad del padre.
5. Escolaridad de la madre.
6. Número de cuartos que tiene la vivienda.
7. Prácticas preventivas individuales.
8. Actitudes frente al proceso salud-enfermedad.
9. Grado de conocimiento de la comunidad sobre salud bucal.
10. Existencia del Servicio Odontológico.

El tipo de preguntas en las entrevistas fueron tanto abiertas como cerradas (Anexo I).

**B. Encuesta epidemiológica bucal, con la que se midieron los siguientes Indicadores: Mortalidad y Morbilidad dental, - por medio de los índices C.P.O., c.e.o.; I.P.; I.H.O.S.; Maloclusiones; y, Necesidad de Prótesis. (Anexo I).****Muestra:**

La unidad de muestreo fué la familia.

El procedimiento utilizado para la obtención de la muestra - fue por etapas. La primera etapa consistió en la selección - de conglomerados (manzanas), en base al número de viviendas.

En la colonia Contry la Silla se tienen 97 manzanas, con un promedio de 7 viviendas por manzana y una desviación estándar de 5.9 .

En la colonia Guadalupe Victoria el número de manzanas fué - de 45, con un promedio de 17 viviendas por manzana y una des<sub>viación</sub> estándar de 4.0 .

Para determinar la muestra de manzanas a encuestar en cada - colonia se utilizó la variable vivienda.

El tamaño de muestra se calculó mediante la siguiente fórmula:

$$n = \frac{z^2 s^2}{E^2}$$

donde  $z^2$  = es el nivel de confianza.

$s^2$  = es la desviación estándar.

$E^2$  = es el error máximo que un investigador está dispuesto a aceptar.

En la colonia Contry la Silla, se acepta un error máximo de 2 viviendas y con una confianza del 95%, el tamaño de muestra resultó ser:

$$n = \frac{(1.96)^2 (5.9)^2}{(2)^2} = 33 \text{ manzanas}$$

En la colonia Guadalupe Victoria, con el mismo nivel de confianza (95%) y el mismo error (2) el tamaño de muestra fué:

$$n = \frac{(1.96)^2 (4.0)^2}{(2)^2} = 15 \text{ manzanas}$$

Una vez determinada la muestra de manzanas, por muestreo aleatorio simple se procedió a la segunda etapa, que corresponde al número de familias. Para seleccionar el tamaño de muestra óptimo, se hicieron estimaciones con diferentes parámetros: Ingreso familiar, número de miembros por familia, y conocimiento de alimentación dañina a los dientes.

En el cuadro I se presentan los tamaños de muestra obtenidos con cada parámetro, para la colonia Contry la Silla.

### CUADRO I

#### TAMAÑOS DE MUESTRA ESTIMADOS CON TRES PARAMETROS Colonia Contry la Silla

	Ingreso familiar.	Promedio de miembros por familia.	Conocimiento de alimentación dañina a los dientes.
Promedio ( $\bar{x}$ )	\$15,204.00	5	50%
Nivel de Confianza del 95% (z)	1.96	1.96	1.96
Desviación estándar (s)	3,457.00	2.26	- ✓
Error (E)	1,000	1	15%
Tamaño de muestra (n)	46	20	43

✓ Se tomó la máxima varianza o sea la probabilidad de que una familia conozca la alimentación dañina a los dientes  $p = .5$

En este caso 
$$n = \frac{z^2 Pq}{E^2}$$

Para la colonia Guadalupe Victoria los tamaños de muestra obtenidos para los diferentes parámetros se presentan en el Cuadro II.

**CUADRO II**  
**TAMAÑOS DE MUESTRA ESTIMADOS CON TRES PARAMETROS**  
**Colonia Guadalupe Victoria**

	Ingreso familiar.	Promedio de miembros por familia.	Conocimiento de alimentación dañina a los dientes.
Promedio ( $\bar{x}$ )	\$4,796.00	8	50%
Desviación estándar (s)	3,456.00	2.78	- ✓
Error (E)	1,000	1	15%
Tamaño de muestra (n)	46	30	43

✓ Se tomó la máxima varianza o sea la probabilidad de que una familia conozca la alimentación dañina a los dientes  
 $p = .5$

$$\text{En este caso } n = \frac{z^2 Pq}{E^2}$$

Como en ambos casos la muestra estimada con la variable ingreso familiar fué la mayor, se decidió tomar una muestra de 50 familias en cada colonia, con lo cual el error aceptado disminuye a \$958.00, o bien nuestro nivel de confianza aumenta a 95.96%.

Se consideró que para hacer más preciso el análisis, al comparar dos mediciones iguales en poblaciones de diferente estrato, era necesario aplicar pruebas de hipótesis que permitieran conocer las diferencias significativas con un 95% de confianza en la estimación. Cada uno de los resultados serán analizados posteriormente en su manejo estadístico.

## V. ANALISIS

### 1.- Descripción de la situación socioeconómica de las comunidades elegidas:

A pesar de que las diferencias de la constitución por edades de las comunidades estudiadas es prácticamente imperceptible, como se ve en el Cuadro 1 del apéndice, las diferencias en los aspectos económicos y sociales son contrastantes; es decir, los estratos están ampliamente definidos. Esto favorece la confiabilidad y la validez de nuestras posteriores mediciones.

Un porcentaje muy elevado de familias en la colonia Contry tienen un ingreso superior a \$15,000.00 (véase el Cuadro 2), contrastando con un 68% de familias de la colonia Guadalupe Victoria que tienen un ingreso menor de \$5,000.00. Estas diferencias se correlacionan obviamente con las características ocupacionales y escolares de los padres de familia de cada una de las comunidades: En el estrato alto, la mayoría de los padres son profesionales; mientras que, en el estrato bajo, la mayoría son obreros, trabajadores artesanos, o trabajadores en el sector terciario. Así mismo, el 78% de los padres de la Col. Contry

han obtenido títulos universitarios y solamente un 4% de los de la Col. Guadalupe Victoria se ubican en ese status escolar (confrontar los Cuadros 3, 4, y 5).

La urbanización de las colonias estudiadas es considerada por la Dirección General de Estadística de la Secretaría de Programación y Presupuesto, en el proceso de estratificación, y se demuestra que el consumo de servicios urbanos es muy superior en el estrato alto. Este privilegio en el consumo de servicios de vivienda, se observa (Cuadro 6), que las familias de la Col. Guadalupe Victoria, en un 82%, tienen una vivienda deficientemente equipada y un 32% de ellas tienen un equipamiento a nivel de subsistencia; las viviendas de la Col. Contry, en un 90%, - se pueden considerar de consumo suntuario (Cuadro 6).

En la perspectiva de que el estrato social está medido por las diferencias sociales, en cuanto al acceso al consumo, producto de las diferencias en las relaciones de producción; las colonias elegidas para medir el proceso de salud-enfermedad y correlacionar este proceso con el estrato social, nos parecen ser muestras perfectamente adecuadas al estudio: El acceso al consumo de los habitantes de la Col. Contry, se puede clasificar como un alto acceso al consumo; inversamente, los habitantes de la Col. Guadalupe Victoria, tienen un bajo acceso al consumo.

## **2.- El proceso de Salud-Enfermedad de las comunidades elegidas: Estrato Social y Salud.**

El proceso de Salud-Enfermedad en nuestro estudio fué me di do por indicadores bien precisos que definimos en el - Capítulo IV. Posiblemente estos indicadores presenten - una fisonomía muy general de lo que es el proceso de - Salud-Enfermedad, sin embargo de ahí podremos inferir al gunas de las leyes que determinan socialmente el fenómeno de la salud. No basta para un estudio científico esta blecer diferencias y correlaciones entre las variables, lo primordial es descubrir el proceso en el cual se desenvuelve un fenómeno determinado. Para conseguir este - objetivo, nuestro estudio tiene una limitación: Es un - análisis transversal y sincrónico que no toma en cuenta el desarrollo histórico de las variables en cuestión, tal como se especifica en el Capítulo IV. Posiblemente, a - pesar de estas limitaciones, los resultados empíricos y teóricos, de la presente investigación, aporten a la com prensión global del fenómeno de la salud (tal como lo - conceptualizamos), lineamientos precisos para la prácti ca profesional y la práctica científica.

En los Cuadros 7 a 17 encontramos los resultados de las mediciones realizadas acerca del nivel de "Conocimiento en Salud" (área Odontológica), que tienen las comunidades elegidas.



El estrato alto tiene un mayor conocimiento acerca de la Salud Bucal, como se puede comprobar en anexo de pruebas de Hipótesis en donde, a partir de las calificaciones obtenidas, se rechaza que ambos estratos tienen igual conocimiento. Específicamente, en el Cuadro 12, se observa - que un porcentaje superior de familias de la Col. Contry tiene conocimiento de la permanencia de los dientes, de la alimentación que los daña y de la repercusión de las enfermedades bucales al resto del organismo: en un 90%, y 82%, respectivamente.

Los hábitos preventivos practicados por las familias de las comunidades en caso, también difieren significativamente para un nivel de confianza de 95% en relación a - los estratos. Se visualiza ésto en el Cuadro 8: Un 98% de familias de la Col. Contry practica el cepillado diario, y solamente un 68% de la Col. Guadalupe Victoria lo efectúa.

Ambas comunidades poseen los recursos mínimos para practicar una higiene oral simplificada y adecuada: El 94% - de las familias de estrato alto y el 84% de las familias de estrato bajo, como se ve en el Cuadro 11 del apéndice. Esto significa que el costo proporcional de la higiene - oral es muy superior en los estratos bajos.

Es sorprendente, el porcentaje de personas de estratos -

bajos que optan por quedarse edéntulos, ante su baja capacidad de compra frente al servicio de salud rehabilitador. Además, sus actitudes desfavorables frente a los problemas dentales y a infecciones dentales tienen un porcentaje muy alto: 30% y 46% respectivamente, como se puede observar en el Cuadro 13. El estrato alto presenta un porcentaje insignificante de actitudes desfavorables frente a los mismos problemas: 6% y 10% respectivamente. El Cuadro 16 corrobora lo anteriormente afirmado; véase cómo un 54% de las familias de estrato bajo demandan servicio de exodoncia. Nuestros datos no nos permiten distinguir si esta demanda está provocada por el servicio al cual este estrato tiene acceso, sin embargo nos parece altamente probable que el Odontólogo que presta sus servicios a este tipo de estratos, prefiere practicar la exodoncia. Esta preferencia puede estar determinada por el manejo de precios de los servicios de salud, o, por las políticas institucionales de los servicios. Incluso, la causalidad de la prevalencia de este tipo de servicio, puede encontrarse en el currículum mismo de las Facultades de Odontología del país.

Los estratos bajos y los estratos altos no difieren significativamente en la adscripción a algún tipo de institución de salud, como se puede observar en el anexo de pruebas de Hipótesis y en los mismos Cuadros 14, 15, y 17.

Las diferencias en la cercanía de la institución de salud son muy relativas, ya que la medición no toma en cuenta la rapidez del transporte.

### 3.- Estudio Epidemiológico y Estrato Social.

Análisis particulares por edades:

#### I. Índice C.P.O.

##### a) Grupo de 6 a 14 años.

Los cuadros que nos presentan datos sobre el primer grupo de edades nos indican claras diferencias en las lesiones cariosas (Cuadro 18) de los dos estratos considerados y las diferencias en los hábitos higiénicos; obviamente, la alimentación blanda y de carbohidratos son los factores que determinan estos resultados, pero principalmente las determinaciones en el acceso al consumo de servicios odontológicos, prueba de esto es la diferencia encontrada en el promedio de obturaciones por persona, en dientes permanentes entre los dos grupos (Cuadro 19). Aún más clara es la diferencia encontrada en el Cuadro 23, en donde no se detecta ningún diente temporal obturado en el estrato bajo.

Al mismo tiempo que la posición de clase de las famílias determina su acceso a los servicios odonto-

lógicos, éstos orientan con criterios de mercado - el servicio que ofrecen; quedan así especificadas las causalidades centrales.

Sin embargo, no en todas las mediciones epidemiológicas concentradas en los Cuadros que reúnen datos para estas edades se observan diferencias; por ejemplo, en los Cuadros 20, 21, 22, y 24, correspondientes a: extracciones, extracciones indicadas, lesiones cariosas en dientes temporales, y dientes temporales con extracción indicada, no se encuentra - diferencia significativa. De esto podemos inferir que ambos estratos comparten una dieta con similar frecuencia de consumo de carbohidratos, como es característico de la alimentación de las clases urbanas. Estas coincidencias pueden resultar por los mismos cambios de dentición que se presentan en estas edades. Probablemente, el hecho de que el promedio de extracciones no difiera estadísticamente en ambos estratos, no tiene el mismo significado; los estratos altos podrían tener la costumbre de demandar las extracciones de los dientes de sus hijos por razones ortodóncicas y éste sería un claro indicio de su cultura de clase.

b) Grupo de 15 a 24 años.

En los cuadros que concentran datos epidemiológicos de las edades de 15 a 24 años, las diferencias

significativas entre los estratos sociales en cuanto a promedios de lesiones cariosas por persona - (Cuadro 25) son patentes; asimismo, es muy clara - la diferencia significativa en cuanto a obturaciones por persona (Cuadro 26), en este caso la diferencia es muy grande.

Los estratos bajos presentan un promedio mayor de lesiones cariosas y los estratos altos presentan - un promedio mucho mayor de obturaciones.

Junto a estos datos, se presenta en los Cuadros - 27, y 28, un conjunto de resultados de ambos estratos, que no presentan diferencias significativas. Es decir, ambos grupos están igualmente afectados por lesiones cariosas e igualmente mutilados. Los estratos altos y bajos sólo difieren en cuanto al tipo de atención odontológica que reciben; esto, - obviamente, es debido al hecho de que ambos grupos representan posiciones diferentes en el mercado de bienes y servicios odontológicos. El estrato alto tiene una posición privilegiada en la apropiación de éstos; pero, al mismo tiempo, se descubre la incapacidad del profesional de la Odontología para - resolver el índice de prevalencia de caries dental; su intervención como profesional de la salud no es ninguna variable importante que modifique la presencia de la enfermedad, ni el avance de la misma.

Esta incapacidad es resultado de dos líneas causales: Por un lado la necesidad del Odontólogo de - ampliar y asegurar su mercado de trabajo; y, por - otro lado, su falta de visión científica para esta- blecer grupos profesionales intermedios que asegu- ren la eficacia necesaria en los trabajos técnicos de prevención y curación.

Todos estos datos nos plantean problemas conceptua- les y económicos, que, sin duda alguna, aquí sola- mente empiezan a establecerse, y cuya solución pre- senta múltiples cuestionamientos.

c) Grupo de 25 a 34 años.

En los Cuadros 29, 30, 31, y 32 se concentran los datos epidemiológicos de los individuos entre los 25 y 34 años de edad. En los Cuadros 29, 31, y 32 puede verse que, tanto en los promedios de lesio- nes cariosas por persona, como en el número de ex- tracciones indicadas y el número de extracciones, no hay diferencias significativas entre los estratos. Solamente el Cuadro 30 reúne datos de ambos estratos en los que se presenta una diferencia es- tadística, éste es el cuadro de promedio de obtura- ciones por persona, en donde el estrato alto pre- senta un promedio mayor de piezas obturadas por - persona.

Estos resultados nos permiten inferir la presencia de prácticas iatrogénicas en el servicio odontológico privado y público. El hecho de que, tanto estratos altos como bajos presenten mismos promedios de mutilación y enfermedad, a pesar de que en el estrato alto existe un índice claro de presencia del profesional en odontología y la recepción de sus servicios, ésto es revelador. Solamente cabría señalar el discutido problema de la concepción de la enfermedad en la Odontología en donde se habla de "piezas cariadas" y no de individuo enfermo de caries; se evita una visión unitaria y sistematizada de la patología, creando con ésto concepciones atomizadas que provocan prácticas preventivas, curativas y rehabilitadoras parciales e iatrogénicas: se coloca una prótesis inadecuada y se aumenta muchas veces la probabilidad de la caries, u obtura una pieza dental en presencia de la enfermedad caries dental.

La inferencia es altamente aceptable, porque los grupos que tienen promedios de lesiones cariosas iguales, con diferentes grados de atención odontológica, mantienen procesos cariogénicos iguales y grados de mutilación similares.

d) Grupo de 35 y más años.

Acerca del último grupo de edades los Cuadros presentan datos que corroboran los análisis anteriormente descritos, aunque con ciertas variantes. El promedio de lesiones cariosas por persona es significativamente más alto en los estratos bajos, y el promedio de dientes obturados por persona es significativamente más alto en estratos altos, mientras que el promedio de piezas extraídas no presenta diferencia estadística aceptable. Solamente el promedio de dientes con extracción indicada por persona casi alcanza un nivel de significación para un nivel  $\alpha=.05$ , lo que significa que es aceptable para un  $\alpha=.10$ .

Esta diferencia en este grupo de edad es fácilmente explicable, dado que la alta proporción de piezas obturadas y probablemente con prótesis total o parcial disminuye la proporción de extracciones indicadas por personas.

En general, los datos recolectados para este grupo de edades justifica y apoya el conjunto de inferencias hasta el momento manejadas.



## II. Índice Periodontal.

### a) Grupo de 15 a 24 años.

El Cuadro 37 nos presenta una diferencia estadísticamente significativa, en la proporción de personas entre 15 y 24 años con lesiones periodontales, de los estratos alto y bajo. La proporción de personas con lesiones periodontales en los estratos bajos es mayor, provocada por la insuficiente nutrición, la frecuencia de consumo de carbohidratos, por la falta de hábitos preventivos y, principalmente, por las dificultades de acceso a un servicio periodontal.

El profesional de la Odontología difícilmente realiza una práctica clínica integral, dejando a un lado muchos problemas de encía. Cuando las lesiones son graves recomienda la consulta de un especialista, pero, como es bien conocido, los servicios periodontales están al nivel del consumo suntuario y del mercado de élites, las clases bajas difícilmente podrían obtener estos servicios.

### b) Grupo de 25 a 34 años.

El Cuadro 38 presenta una diferencia significativa de la misma índole que la anteriormente analizada, y la causalidad iría en el mismo sentido.

**c) Grupo de 35 y más años.**

En el caso de los grupos de edades arriba de 35 - años, en el Cuadro 39 se observa un resultado diferente: la Hipótesis nula estadísticamente no puede rechazarse.

Es conocido en microbiología, que a través de los años, cuando no ha habido una intervención preventiva, la acción de la placa dentobacteriana es contínua, aumentando así su capacidad de irritación y su actuación destructiva a nivel gingival, por el proceso de calcificación.

Por tal razón, es probable que al nivel de este - grupo de edad no se presenten diferencias significativas, haciendo manifiesta la falta de acciones preventivas por parte del profesional de la Odontología.

**III. Índice de Higiene Oral Simplificado. (I.H.O.S.).**

Los datos recolectados para medir este índice epidemiológico, nos permite observar las diferencias significativas, en cuanto a los hábitos higiénicos practicados, en los estratos estudiados. Estos hábitos son producto del grado y la calidad de escolaridad que - los individuos reciben, y del nivel de consumo a informaciones sobre la salud y la manera de prevenir la enfermedad. El grado de acceso al consumo que posee - un estrato, forma parte de su misma definición.

Los Cuadros 41, 42, 43, 44, y 45 presentan claras diferencias estadísticamente significativas, en cuanto al promedio de dientes con materia alba y en cuanto al promedio de dientes con cálculo dental. Solamente en el Cuadro 40 se presenta una diferencia nó significativa, pero creemos que no interfiere de manera importante en la aprobación de nuestra hipótesis.

Se puede observar un ascenso en la probabilidad de las diferencias de los promedios que miden este índice con respecto a la edad (véase Cuadros 40, 41, 43, 44, y 45).

#### IV. Necesidad de Prótesis.

La necesidad protésica de los grupos entre 25 y 34 años, y 35 años y más, no presenta diferencias significativas con respecto a los estratos; ésto se puede observar en los Cuadros 47 y 48. Solamente el número de individuos con necesidad de prótesis en los grupos entre 15 y 24 años difiere significativamente con respecto al estrato.

En este sentido, nuestra hipótesis central no puede apoyarse en estos datos; sin embargo, muestra claramente el elevado precio que tiene, dentro del mercado de bienes y servicios odontológicos, la atención protésica.

#### **v. Oclusiones.**

Puede observarse en el Cuadro 49, que para los individuos de 7 a 14 años los porcentajes de los diferentes tipos de oclusiones, no difieren significativamente con respecto a los estratos. Las maloclusiones no tienen causalidad social, sino son determinadas por factores biológicos. Además, de los servicios ortodóncicos están privados no solamente en las clases bajas sino inclusive en las clases medias.

#### **4.- Epidemiología y Estrato Social.**

##### **Análisis General:**

El estudio epidemiológico realizado en los componentes de la unidad familiar, en ambas colonias, se analiza en base a los problemas caries dental y periodontopatías, de acuerdo a grupos etários, con los resultados siguientes:

El factor lesiones cariosas en dientes permanentes demuestra una diferencia estadísticamente significativa en los grupos de 6 a 14 años (Cuadro 18), de 15 a 24 (Cuadro 25), y 35 y más (Cuadro 33), indicándonos una incidencia siempre en aumento, conforme avanza la edad, en las personas de la Col. Guadalupe Victoria, debido probablemente al tipo de dietas (azúcares) y diferencias en un conocimiento adecuado de educación para la salud.

El factor obturaciones en dientes permanentes es estadísticamente significativo en los grupos de 6 a 14 años (Cuadro 19), de 15 a 24 (Cuadro 26), de 24 a 35 (Cuadro 30), y de 35 y más (Cuadro 34), en las personas de la Col. Contry la Silla, corroborando que el aspecto económico, tipo de servicios, y hábitos frente al servicio, de la clase alta, o sea, el conocimiento en salud bucal, es mayor.

Los factores de dientes extraídos y extracciones indicadas son similares en los diferentes grupos etáricos de ambas comunidades (Cuadros 20, 21, 27, 28, 31, 32, y 36), demostrando que en el proceso de la historia natural de la enfermedad, en su extremo final, la mutilación es un servicio que tiende a prevalecer en las dos comunidades, sobre todo en la Col. Guadalupe Victoria, donde los dientes obturados, en todas las edades, siempre es desfavorable.

El problema caries dental en dientes temporales, en los estratos corrobora que las lesiones cariosas son más prevalentes en la Col. Guadalupe Victoria (Cuadro 22), así también las obturaciones se presentan en los niños de la Col. Contry la Silla. Lo anterior indica la gravedad del fenómeno en zonas de estrato bajo, en edad preescolar, lo cual tiende a aumentar, como ya fué indicado, en los grupos etáricos de dicho estrato. Los factores causa-

les, de tipo biológico y ecológico, se determinan por la acción profesional que está fundamentada por la supraestructura política-ideológica imperante en la sociedad mexicana.

Respecto al segundo problema, periodontopatías, se concluye:

Existe una mayor prevalencia, estadísticamente significativa, en los grupos de adolescentes (Cuadro 37), adultos (Cuadro 38), que se explican por conocimientos mínimos - preventivos, tipo de dietas y deficiencias nutricionales de este estrato social; lo interesante a notar es la similitud en el problema a partir de los 35 años.

Otro parámetro utilizado fue el índice de higiene bucal que en sus componentes manifiesta la correlación positiva de materia alba y cálculo dental prevalente en los grupos etáricos mencionados de la colonia Guadalupe Victoria (Cuadros 41, 42, 43, 44, y 45).

Por último, el problema protésico en ambas comunidades es similar, resultado de un conocimiento teórico que no es llevado a la práctica por los grupos mencionados, lo cual indica en el tipo de actividad prevalente en los modelos de servicio: rehabilitación.

## VI. CONCLUSIONES

Fundamentando en los resultados obtenidos del conocimiento - en salud e investigación epidemiológica en dos comunidades - de diferente estrato social, se concluye que: El proceso - Salud-Enfermedad está determinado por el estrato social, ya que las condiciones biológicas del estrato bajo son estadísticamente significativas en las variables epidemiológicas - caries dental y periodontopatías, las cuales se correlacionan con el bajo conocimiento, prácticas y actitudes de dicha población difiriendo del estrato alto, Contry la Silla, en - el 90% de las variables utilizadas; tal como se presenta en el capítulo de análisis, a un nivel de significación del 5%.

Los resultados presentados se establecieron mediante el estudio de una muestra representativa y habiendo manipulado totalmente la variable estrato social, por tal razón contamos con un alto grado de probabilidad de que nuestras conclusiones son válidas para los estratos bajos y altos del País, - exceptuando los casos en donde variables no-sociales interfieren en la relación (variables climatológicas, raciales, - etc.).

Al parecer del equipo de investigación, estos resultados en-

contrados presentaron múltiples cuestionamientos a otras áreas de interés para la Odontología: por un lado cabría redefinir el rol profesional y la capacitación del Odontólogo, esto conlleva un rediseño al currículum tradicional de nuestras Universidades en las Facultades de Odontología, y por otro lado habría que revisar los Modelos de Servicio prevalentes en nuestro País. Estos deberían tomar en cuenta que tanto la enfermedad como el tipo, cantidad y calidad del servicio odontológico tienen carácter de clase, es decir, varían de acuerdo a la clase social a que vaya dirigido.



## VII. BIBLIOGRAFIA

- Brehil, Jaime., Notas acerca de Sociedad y Salud. Area de Medicina Popular., Universidad Central del Ecuador., Polico-  
piado, U.A.N.L., E.S.P., 1975.
- Chávez, Mario M., ODONTOLOGIA SANITARIA, Publicacio-  
nes Científicas, No. 63, Organiza-  
ción Panamericana de la Salud, Jul.  
1962.
- Guimaraes Luis O.,  
Bojanini N. Jorge,  
Mejía V. Raúl; y  
Arboleda R. Ignacio., Métodos y Criterios al Aplicar In-  
dices Epidemiológicos de Enfermeda-  
des Orales., Boletín de la O.P.S.,  
Vol. LXV, No. 3, pp. 210-219, 1968.
- Laurell, Cristina., "Medicina y Capitalismo en México",  
Cuadernos Políticos. 1975, pp. 80-93.
- Politzer G., CURSOS DE FILOSOFIA. Principios -  
Elementales y Principios Fundamen-  
tales.
- Stephen P. Sho., ESTADISTICA PARA ECONOMISTAS Y AD-  
MINISTRADORES DE EMPRESA.
- Tecla, Alfredo., TECNICAS DE LA INVESTIGACION SOCIAL,  
Ediciones Populares, 1976.
- Venegas, Martha Elva., "La práctica de la estomatología -  
en México, Análisis de su función  
social", Apunte de la Escuela de -  
Salud Pública de la U.A.N.L., ESP/  
o.s./8.
- Ya-Lun, Chou., ANALISIS ESTADISTICO, Editorial In-  
teramericana.

**VIII. APENDICE DE CUADROS**

## CUADRO 1

## DISTRIBUCION DE LA POBLACION POR GRUPOS DE EDAD Y ESTRATO (1)

Grupos de edad	Estrato alto		Estrato bajo	
	No. Abs.	%	No. Abs.	%
7 - 14 años	80	49.1	67	43.5
15 - 24 "	30	18.4	24	15.6
25 - 34 "	22	13.5	28	18.2
35 y más "	31	19.0	35	22.7
T O T A L	163	100.0	154	100.0

(1) Tamaño de la muestra en cada estrato: 50 familias.

## CUADRO 2

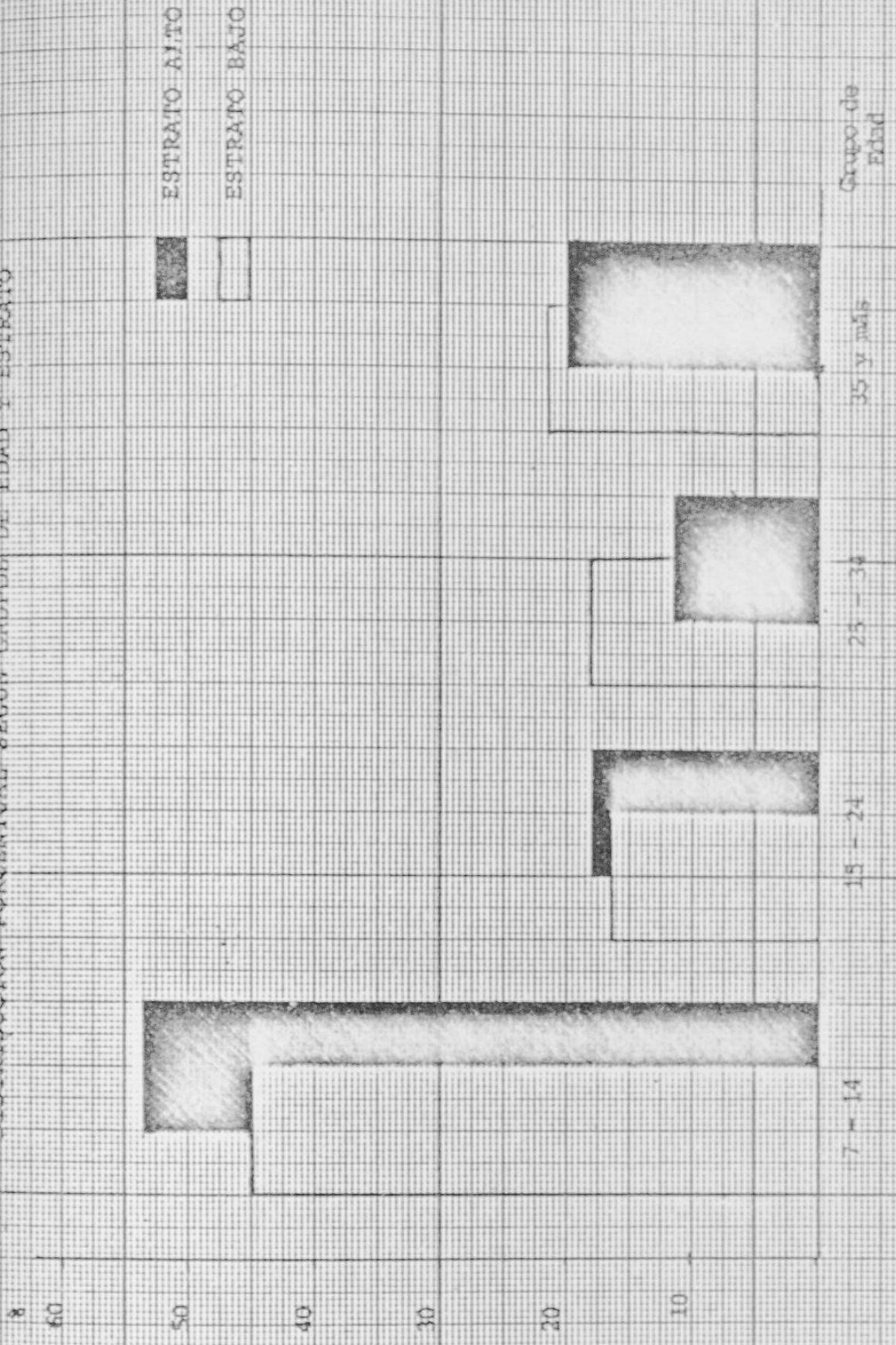
 INGRESO FAMILIAR (1) POR ESTRATO  
 ( Porcentaje)

Ingreso	Estrato alto %	Estrato bajo %
Menos de \$ 5,000.00	--	68
\$5,000.00 a \$15,000.00	30	30
Más de \$15,000.00	68	--
No contestaron	2	2
T O T A L	100	100

(1) Tamaño de la muestra en cada estrato: 50 familias.

GRAFICA 1

DISTRIBUCION PORCENTUAL SEGUN GRUPOS DE EDAD Y ESTRATO



Fuente: CUADRO 1

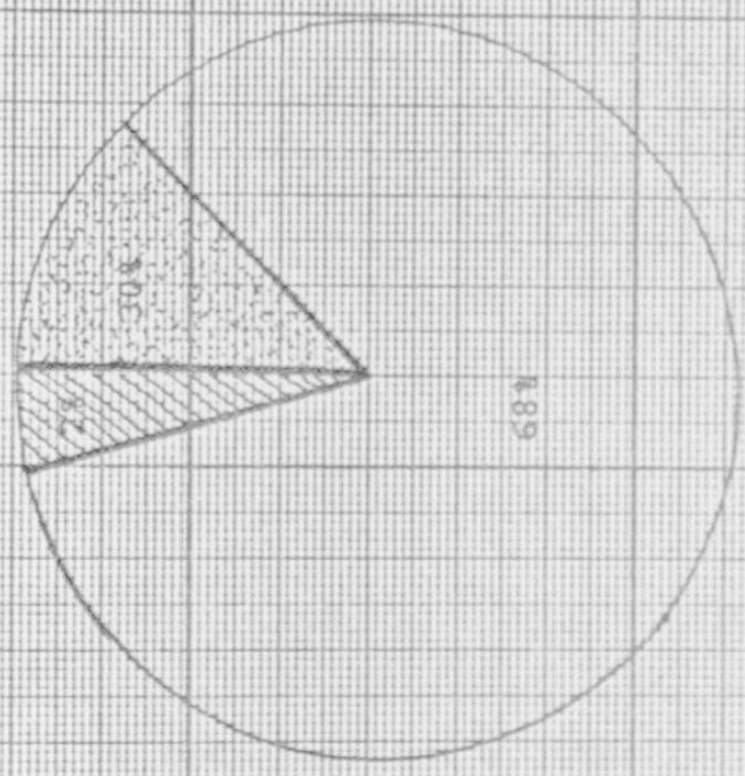
GRAFICA 2

DISTRIBUCION PORCENTUAL DEL INGRESO FAMILIAR SEGUN ESTRATO

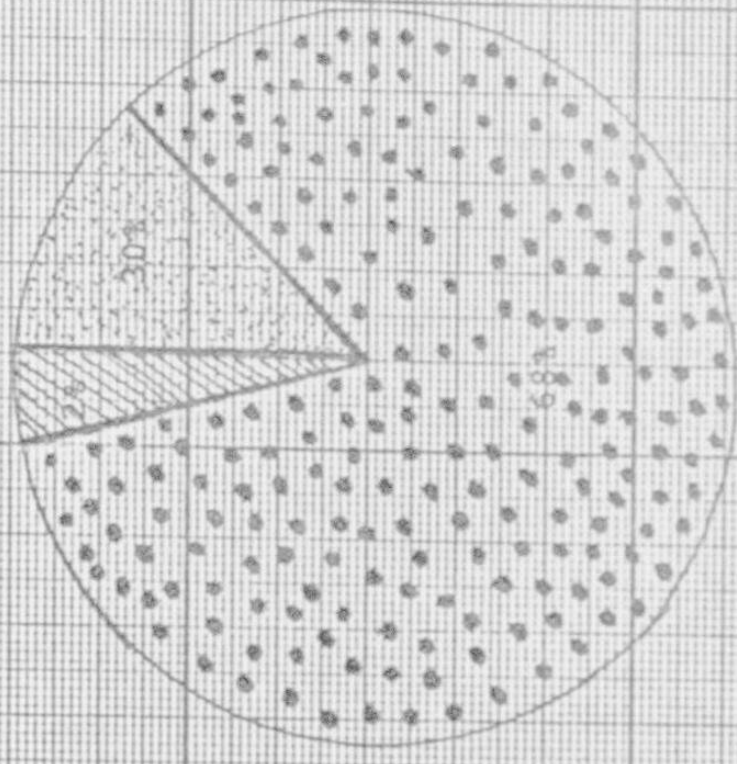
CLAVE:

- Menos de \$5,000
- \$5,000 a \$15,000
- Más de \$15,000
- No contestaron

ESTRATO ALTO



ESTRATO BAJO



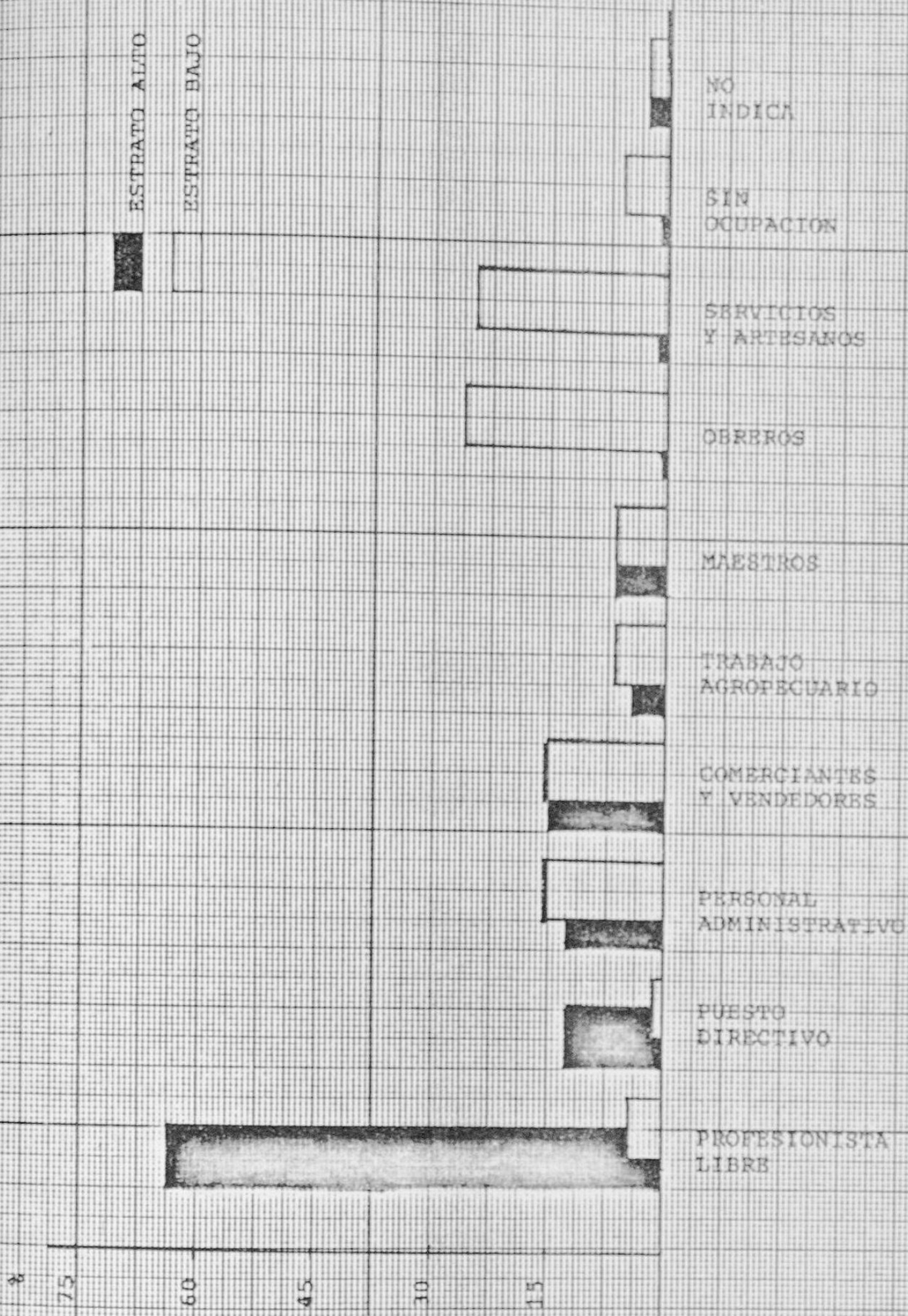
Fuente: CUADRO 2

**CUADRO 3**  
**OCUPACION DEL PADRE DE FAMILIA (1) POR ESTRATO**  
**(Porcentaje)**

Ocupación	Estrato alto %	Estrato bajo %
Profesionista libre	62	2
Puestos directivos públicos	2	--
Puestos directivos privados	8	--
Personal administrativo S. Púb.	4	16
Personal administrativo S. Priv.	6	--
Comerciantes y vendedores	10	10
Trabajador agropecuario	2	4
Maestros	4	4
Obreros	--	30
Servicios y artesanos	--	28
Sin ocupación	--	4
No indica	2	2
<b>T O T A L</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

(1) Tamaño de la muestra de cada estrato: 50 familias.

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE OCUPACION DE PADRES DE FAMILIA SEGUN ESTRATO



## CUADRO 4

GRADO DE ESCOLARIDAD DEL PADRE DE FAMILIA POR ESTRATO (1)  
(Porcentaje)

Escolaridad	Estrato alto %	Estrato bajo %
Sin especificar	2	8
Hasta 3o. de Primaria	2	36
4o. Prim. a 3o. Sec.	14	48
Preparatoria y Técnica	4	4
Profesionista y Post-Grado	78	4
<b>T O T A L</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

(1) Tamaño de la muestra en cada estrato: 50 familias.

## CUADRO 5

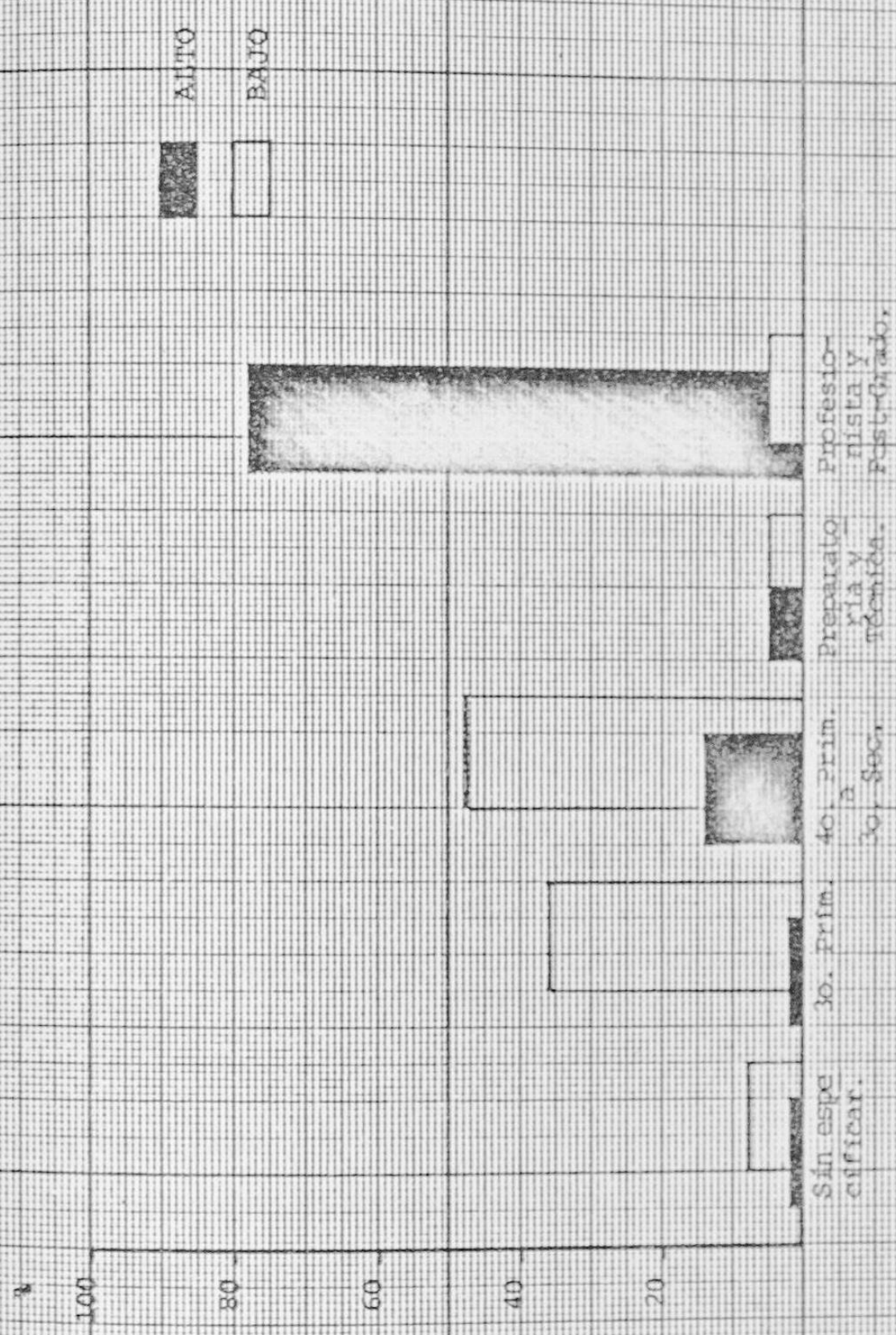
GRADO DE ESCOLARIDAD DE LA MADRE DE FAMILIA POR ESTRATO (1)  
(Porcentaje)

Escolaridad	Estrato alto %	Estrato bajo %
Sin especificar	4	8
Hasta 3o. de Primaria	4	32
4o. Prim. a 3o. Sec.	62	58
Preparatoria y Técnica	24	2
Profesionista y Post-Grado	6	0
<b>T O T A L</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

(1) Tamaño de la muestra en cada estrato: 50 familias.



GRADO DE ESCOLARIDAD DE PADRES DE FAMILIA SEGUN ESTRATO



## CUADRO 6

NUMERO DE CUARTOS DE LA VIVIENDA POR ESTRATO (1)  
(Porcentaje)

No. cuartos	Estrato alto %	Estrato bajo %
1 a 2	8	32
3 a 4	2	50
5 y más	90	18
<b>T O T A L</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

(1) Tamaño de la muestra en cada estrato: 50 familias.

## CUADRO 7

ACCIONES REALIZADAS PARA LA CONSERVACION  
DE LOS DIENTES POR ESTRATO (1)  
(Porcentaje)

Acciones para conservar los dientes	Estrato alto %	Estrato bajo %
Realizan cepillado	98	90
Han recibido aplicación de Fluor	2	2
Ninguna acción	-	8
<b>T O T A L</b>	<b>100</b>	

(1) Tamaño de la muestra en cada estrato: 50 familias.



**CUADRO 8**  
**FRECUENCIA DEL CEPILLADO REALIZADA POR ESTRATO (1)**  
**(Porcentaje)**

<b>Frecuencia del cepillado</b>	<b>Estrato alto</b> %	<b>Estrato bajo</b> %
<b>Diario</b>	<b>98</b>	<b>68</b>
<b>Ocasional</b>	<b>2</b>	<b>28</b>
<b>Nunca</b>	<b>-</b>	<b>4</b>
<b>T O T A L</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

(1) Tamaño de la muestra en cada estrato: 50 familias.

**CUADRO 9**  
**CONSUMO DE ALIMENTOS QUE DAÑAN A LOS DIENTES POR ESTRATO (1)**  
**(Porcentaje)**

<b>Consumo de alimentos que dañan a los dientes</b>	<b>Estrato alto</b> %	<b>Estrato bajo</b> %
<b>Sí consumen</b>	<b>92</b>	<b>82</b>
<b>No consumen</b>	<b>8</b>	<b>18</b>
<b>T O T A L</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

(1) Tamaño de la muestra en cada estrato: 50 familias.

CUADRO 10

HIGIENE ORAL REALIZADA DESPUES DEL CONSUMO DE ALIMENTOS  
QUE DAÑAN A LOS DIENTES POR ESTRATO (1)

(Porcentaje)

Higiene oral realizada des- pues del consumo de alimen- tos que dañan a los dientes.	Estrato alto %	Estrato bajo %
Sí realizan	40	28
No realizan	60	70
No contestaron	-	2
<b>T O T A L</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

(1) Tamaño de la muestra en cada estrato: 50 familias.

CUADRO 11

RECURSOS PARA HIGIENE ORAL POR ESTRATO (1)

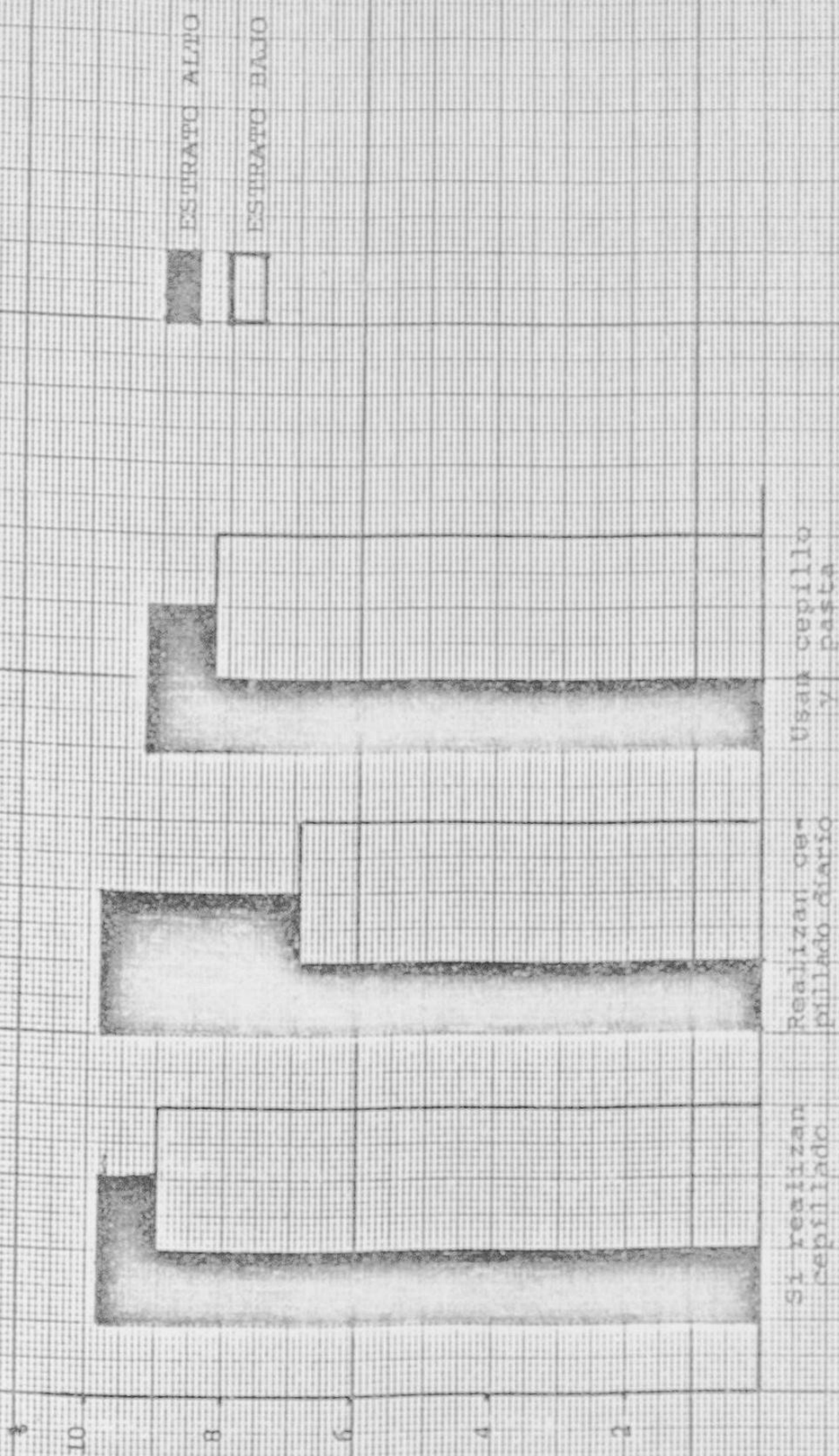
(Porcentaje)

Recursos para higiene oral	Estrato alto %	Estrato bajo %
Usan cepillo y pasta	94	84
Usan sólo cepillo dental	2	6
Usan sólo pasta dental	4	6
Otros	-	2
No contestaron	-	2
<b>T O T A L</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

(1) Tamaño de la muestra en cada estrato: 50 familias.

GRAFICA 5

PRACTICAS PREVENTIVAS INDIVIDUALES SEGUN ESTRATO



## CUADRO 12

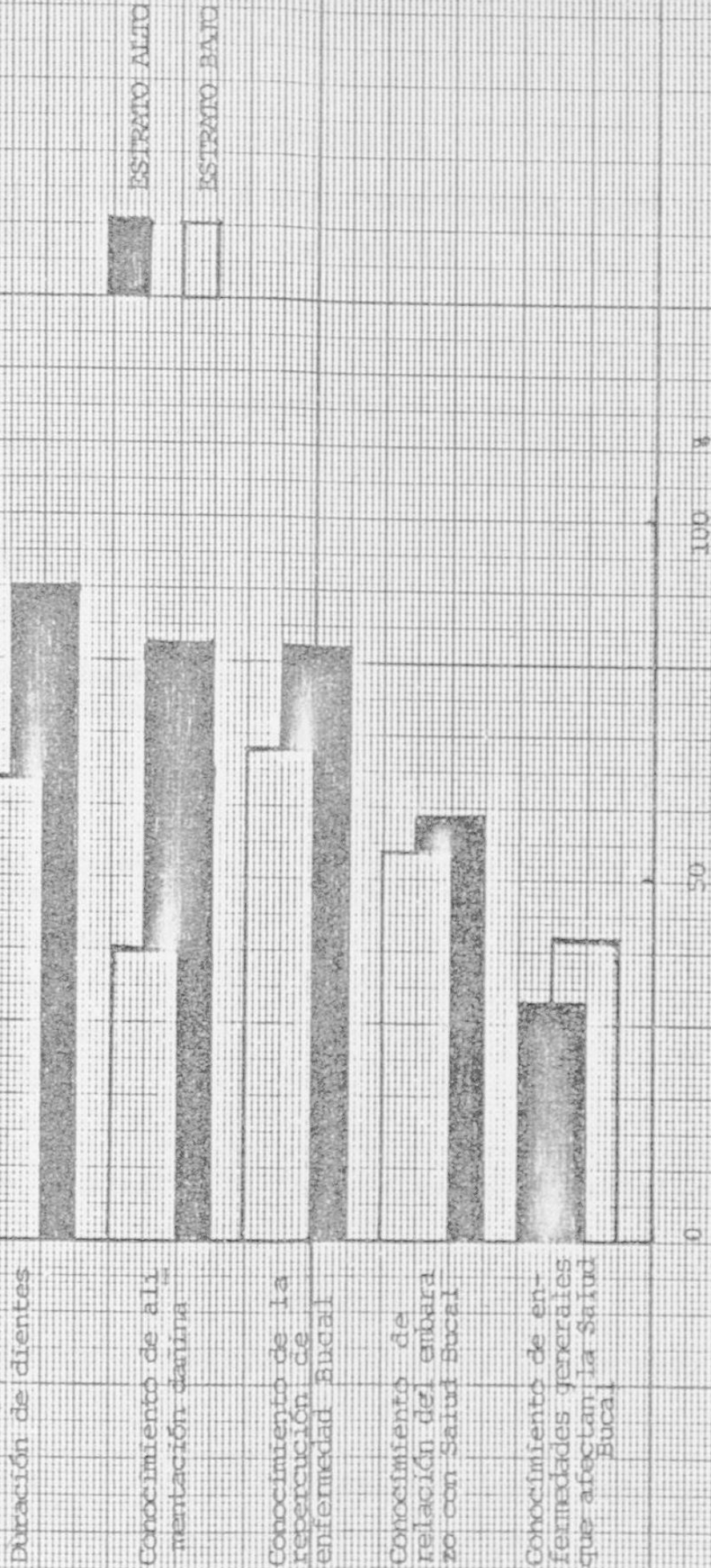
GRADO DE CONOCIMIENTO EN RELACION A SALUD BUCAL POR ESTRATO (1)  
(Porcentaje)

Conocimiento de la duración de los dientes.	Estrato alto %	Estrato bajo %
Toda la vida	90	64
16 años a 30 años	10	26
Menos de 15 años	--	10
Conocimiento de alimentación dañina a los dientes.		
Conocen	82	42
Desconocen	10	24
No contestan	8	34
Conocimiento de la repercusión de enfermedades bucales al resto del organismo.		
Sí conocen	82	66
No conocen	18	34
Conocimiento de la relación del embarazo con salud bucal.		
Sí conocen	58	54
No conocen	30	30
No contestan	12	16
Conocimiento de enfermedades generales que afectan la salud bucal (Diabetes).		
Creen que sí afectan	34	42
Creen que no afectan	46	54
No saben	20	4

(1) Tamaño de la muestra en cada estrato: 50 familias.

GRAFICA 6

GRADO DE CONOCIMIENTO DE LA POBLACION SOBRE SALUD BUCAL



## CUADRO 13

ACTITUD DE LA POBLACION ANTE ENFERMEDADES SEGUN ESTRATO (1)  
(Porcentaje)

Actitud	Estrato alto %	Estrato bajo %
<b>Actitud frente a problemas dentales:</b>		
Favorable	94	68
Desfavorable	6	30
No contestan	—	2
<b>Actitud frente a infección de piezas dentales:</b>		
Favorable	90	54
Desfavorable	10	46
<b>Actitud frente a falta de piezas dentales:</b>		
Reponer la pieza	76	54
Quedarse así	6	22
Solicitar presupuesto	16	22
Sin contestar	6	2

(1) Tamaño de la muestra en cada estrato: 50 familias.

## CUADRO 14

ADSCRIPCION A INSTITUCION DE SALUD POR ESTRATO (1)  
(Porcentaje)

Pertenencia a alguna Institución	Estrato alto %	Estrato bajo %
Sí	34	32
No	66	68
<b>T O T A L</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

(1) Tamaño de la muestra en cada estrato: 50 familias.