

Nivel socioeconómico y salud oral en estudiantes universitarios de la Licenciatura en Educación Física de la UV¹

Torres Capetillo, E. G.; Rodríguez Leal, M.; Capetillo Hernández, G. R.; Tiburcio Morteo, L.; Díaz Castillejos, M. Á.; Roesch Ramos, L.; Mantilla Ruiz, M.; Moreno Marín, F.

RESUMEN

Introducción: la prevalencia de caries se incrementa con el aumento del nivel socioeconómico en los países que aún no han alcanzado un sólido desarrollo económico, mientras que en las naciones desarrolladas disminuye al aumentar el nivel socioeconómico, ya que en los primeros no se han definido correctos patrones de consumo alimenticio, a diferencia de los segundos [1]. *Objetivo:* identificar la relación que existe entre el nivel socioeconómico y la salud oral en estudiantes universitarios de la Licenciatura en Educación Física de la Universidad Veracruzana (UV). *Metodología:* se realizó un estudio observacional, transversal y descriptivo durante el segundo semestre de 2019. *Resultados:* 33.33 %, nivel c; 30.11 %, nivel c+; 16.13 %, nivel D+; 15.05 %, nivel A/B; y 5.38 %, nivel D. Los resultados permiten observar que la influencia del nivel socioeconómico no influye en la salud oral. *Conclusión:* la vida universitaria genera en los estudiantes cambios y adaptaciones a lo largo de su formación que pueden poner en peligro su salud oral.

Palabras clave: salud oral; caries; higiene oral; socioeconómico.

ABSTRACT

Introduction: The prevalence of caries increases with the increasing socioeconomic level in countries that have not yet achieved solid economic development, while in developed countries it decreases with the increasing socioeconomic level since in the former correct food consumption patterns have not been defined, as is the case of the later [1]. *Objective:* To identify the relationship between socioeconomic level and oral health of university students. *Methodology:* An observational, cross-sectional, and descriptive study was conducted during the second semester of 2019. *Results:* 33.33%, level c; 30.11%, level c+; 16.13%, level D+; 15.05%, level A/B; and 5.38%, level D. The results show that the influence of socioeconomic level does not influence

1 Universidad Veracruzana (UV); Cuerpo Académico “Educación, Salud y Epidemiología Oral” (UV-CA-288); Cuerpo Académico “Materiales Dentales y Odontología Integral” (UV-CA-449).

in oral health. *Conclusion:* University life generates changes and adaptations in students throughout their education that can endanger their oral health.

Keywords: oral health; caries; oral hygiene; socioeconomic.

INTRODUCCIÓN

la prevalencia de caries se incrementa con el aumento del nivel socioeconómico en los países que aún no han alcanzado un sólido desarrollo económico, mientras que en las naciones desarrolladas disminuye al aumentar el nivel socioeconómico, ya que en los primeros no se han definido correctos patrones de consumo alimenticio, a diferencia de los segundos [1].

El desarrollo económico de la población marca un nivel de diferenciación cuando de enfermedades se trata. La prevalencia de enfermedades propias de la pobreza ha significado durante mucho tiempo un indicador de la salud de los pueblos; sin embargo, con el tiempo se ha demostrado en los estudios de multicausalidad que los hábitos higiénicos asociados con el nivel educativo presentan un nivel elevado para la manifestación de la enfermedad. Un ejemplo son las enfermedades bucales en donde la salud dental ha sido estudiada con mayor detalle.

El nivel o estatus socioeconómico es una medida total económica y sociológica combinada de la preparación laboral de una persona y de la posición económica y socioindividual o familiar en relación con otras personas basada en sus ingresos, educación y empleo. Al analizar el nivel socioeconómico de una familia, se analizan los ingresos del hogar, los niveles de educación y la ocupación, así como el ingreso combinado comparado con el individual, además de los atributos personales de sus miembros [4].

El estatus socioeconómico se clasifica por lo general en tres categorías: alto, medio, y bajo en las que una familia puede ser ubicada. Para ubicar a una familia o a un individuo en una de estas tres categorías, una de las siguientes tres variables, o todas (ingreso, educación y ocupación), pueden ser analizadas. Una cuarta variable, riqueza, también puede ser analizada para determinar el estatus socioeconómico. Adicionalmente, se ha establecido

que un bajo nivel de ingresos y un bajo nivel de educación son importantes indicadores de un rango de problemas de salud mental y física, que van desde dolencias respiratorias, artritis, enfermedades coronarias y esquizofrenia. Estas pueden deberse a las condiciones ambientales en el sitio de trabajo o en el caso de enfermedades mentales, pueden ser la causa misma del estatus social de la persona [2].

Lograr la cobertura universal en salud es un reto central para los sistemas de salud alrededor del mundo y en particular para países de ingresos bajos y medios. Por ello, es de vital importancia contribuir a la equidad social para asegurar la protección a la salud. La Agenda 2030 sobre el Desarrollo Sostenible que la Organización de las Naciones Unidas aprobó en 2015 para lograr la equidad en el mundo explicita el compromiso de “lograr la cobertura sanitaria universal, en particular la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas seguros, eficaces, asequibles y de calidad para todos” (Meta 3.8). Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS) promueve la necesidad en la reducción de inequidades de salud, que reflejan las inequidades sociales y repercuten en la vida de las poblaciones. Para alcanzar estos objetivos, el acceso efectivo a los servicios de salud es un elemento central e implica tanto eliminar las barreras financieras como una oferta adecuada de servicios de calidad acorde con las características de la población [5].

En México existen seis niveles socioeconómicos, cada uno con diferentes ingresos y hábitos de consumo.

El nivel de ingresos familiar, según el nivel socioeconómico, es el siguiente:

Nivel	Ingreso mínimo	Ingreso máximo	Clase
A/B	\$ 85 000.00	+	Rica
C+	\$ 35 000.00	\$ 85 000.00	Media alta
C	\$ 11 600.00	\$ 34 000.00	Media
D+	\$ 6800.00	\$ 11 599.00	Media baja
D	\$ 2700.00	\$ 6799.00	Pobre
E	\$ 0.00	\$ 2699.00	

Fuente: Regla NSE AMAI 2018; Comité de Niveles Socioeconómicos AMAI.

Los niveles comprenden:

- *Nivel A/B*: es el estrato que contiene a la población con el más alto nivel de vida e ingresos del país;
- *Nivel C+*: en este segmento se considera a las personas con ingresos o un nivel de vida ligeramente superior al medio;
- *Nivel C*: este grupo está compuesto por los individuos con ingresos o un nivel de vida medio;
- *Nivel D+*: en este segmento se considera a los sujetos con ingresos o un nivel de vida ligeramente por debajo del medio, es decir, es el nivel bajo que se encuentra en mejores condiciones (es por eso que se llama bajo/alto o D+);
- *Nivel D*: este grupo está compuesto por personas con un nivel de vida austero y bajos ingresos;
- *Nivel E*: este segmento está compuesto por la gente con menores ingresos y un nivel de vida bajo en todo el país [4].

En la mayoría de los países del mundo, se ha puesto en evidencia la existencia de desigualdades socioeconómicas en el ámbito de la salud, siendo la población menos favorecida la que presenta peor estado de salud [9]. Las desigualdades en salud son enormes causando en muchos casos un exceso de mortalidad y de morbilidad superior al que ocasionan la mayoría de factores de riesgo de enfermar conocidos. Además, en aquellos rubros donde se ha estudiado estas desigualdades casi siempre aumentan, ya que la salud mejora más rápidamente en las clases sociales más aventajadas [10].

Las desigualdades en salud han sido reportadas alrededor del mundo a través de diferentes indicadores o aproximaciones basadas en la esperanza de vida; conductas relacionadas con el tabaco y el alcohol; acceso a servicios de salud; autorreporte del estado de salud; tasas de mortalidad general o infantil; bajo peso al nacer; y algunas enfermedades crónicas [11].

La OMS ha definido la caries dental como un proceso localizado de origen multifactorial que se inicia después de la erupción dentaria, determinando el reblandecimiento del tejido duro del diente y que evoluciona hasta la formación de una cavidad. También, la OMS ha declarado que se estima que

cinco mil millones de personas en el planeta han sufrido caries dental.

El Índice de Dientes Permanentes Cariados, Perdidos y Obturados (CPOD) fue desarrollado por Klein, Palmer y Knutson durante un estudio del estado dental y la necesidad de tratamiento de niños asistentes a escuelas primarias en Maryland, Estados Unidos, en 1935. Se ha convertido en el índice fundamental de los estudios odontológicos que se realizan para cuantificar la prevalencia de la caries dental. Señala la experiencia de caries, tanto presente como pasada, pues toma en cuenta los dientes con lesiones de caries y con tratamientos previamente realizados.

El Índice CPOD se utiliza para obtener una visión global de cuánto ha sido afectada la dentición por enfermedades dentales. Se calcula con base en veintiocho dientes permanentes, excluyendo los terceros molares. Se obtiene de la sumatoria de los dientes permanentes cariados, perdidos y obturados, incluidas las extracciones indicadas, entre el total de individuos examinados, por lo cual es un promedio.

El control de la placa bacteriana es la eliminación de esta en forma regular y la prevención de su acumulación sobre los dientes y superficies gingivales adyacentes.

OBJETIVO

Identificar la relación que existe entre el nivel socioeconómico y la salud oral de los estudiantes universitarios de la Licenciatura en Educación Física de la UV.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio observacional, transversal y descriptivo durante el segundo semestre de 2019 con estudiantes de la Facultad de Educación Física, Deporte y Recreación de la UV. Se solicitó el padrón de inscripción de alumnos de todos los semestres del Programa de Educación Física y se realizó un análisis para determinar la capacidad de los jóvenes para atender por día el módulo de atención odontológica que se encuentra en dicha facultad. Se integraron diversos grupos de trabajo.

RESULTADOS

Se utilizó una muestra de 93 estudiantes con una edad de 17 a 27 años, con una media de 20.24 y desviación estándar de 1.9 años. Se identificó que 23.7 % de los estudiantes tenía 20 años y 22.6 %, 18 años. Y se tomó como referencia para agrupar los resultados de acuerdo con el nivel socioeconómico (Tabla 1).

Tabla 1. Distribución del nivel socioeconómico en alumnos de Educación Física de la Universidad Veracruzana

Nivel	Frecuencia	%
A/B	14	15.05
C+	28	30.11
C	31	33.33
D+	15	16.13
D	5	5.38
Total	93	100

Fuente: elaboración propia.

Los resultados obtenidos fueron interesantes al ver que de acuerdo con el nivel socioeconómico encontrado, se identificó que 33.33 % (31) de los estudiantes presentó un nivel c, el cual los ubica en un nivel de vida medio, seguidos de 30.11 % (28) del nivel c+, que es ligeramente superior al nivel medio. Posteriormente, el nivel D+ con 16.13 % (15), que representa una condición de vida ligeramente baja en relación con el nivel medio; seguido del nivel A/B con 15.05 % (14), el cual es el estrato que contiene a la población con el nivel más alto de vida y, finalmente, el nivel D (5) con 5.38 %.

En relación con el uso de técnicas de cepillado, se encontró:

Tabla 2. Frecuencia en el cepillado de los dientes

Frecuencia		%
Nunca	2	2.2
Cuando me acuerdo, no diario	3	3.2
Una vez al día	5	5.4
Cada vez que como algo o más de tres veces al día	83	89.2
Total	93	100

Fuente: elaboración propia.

Respecto al nivel socioeconómico y la presencia de caries, se identificó lo siguiente:

De 14 estudiantes con el mayor nivel de vida, 21.4 % (3) no presentó ninguna caries, mientras que 6.7 % (1 de 15) con el nivel medio bajo (D+) tampoco tuvo incidencia; asimismo, 40 % (2) del nivel más bajo también se encontró libre de caries. En relación con los órganos dentarios extraídos, se identificó lo siguiente: en el caso de los jóvenes que no presentaron extracciones 92.9 % (13) correspondió al nivel A/B, mientras que el nivel más bajo no presentó extracciones en 80 % (4). De igual manera, llama la atención que la mayor prevalencia de estudiantes con más de una extracción correspondió a la mayor clase socioeconómica con 7.1 % (1), mientras que la más baja corresponde al nivel D con 0 %. Finalmente, en la comparación por nivel socioeconómico y la presencia de órganos dentarios obturados se encontró que no existe una diferencia significativa por nivel en los alumnos que no presentan obturaciones; de igual forma, en el caso de quienes tuvieron más de tres obturaciones corresponde al nivel c+ (medio alto) con 17.9 % y nivel D+ (medio bajo) con 20 % (Figura 1).

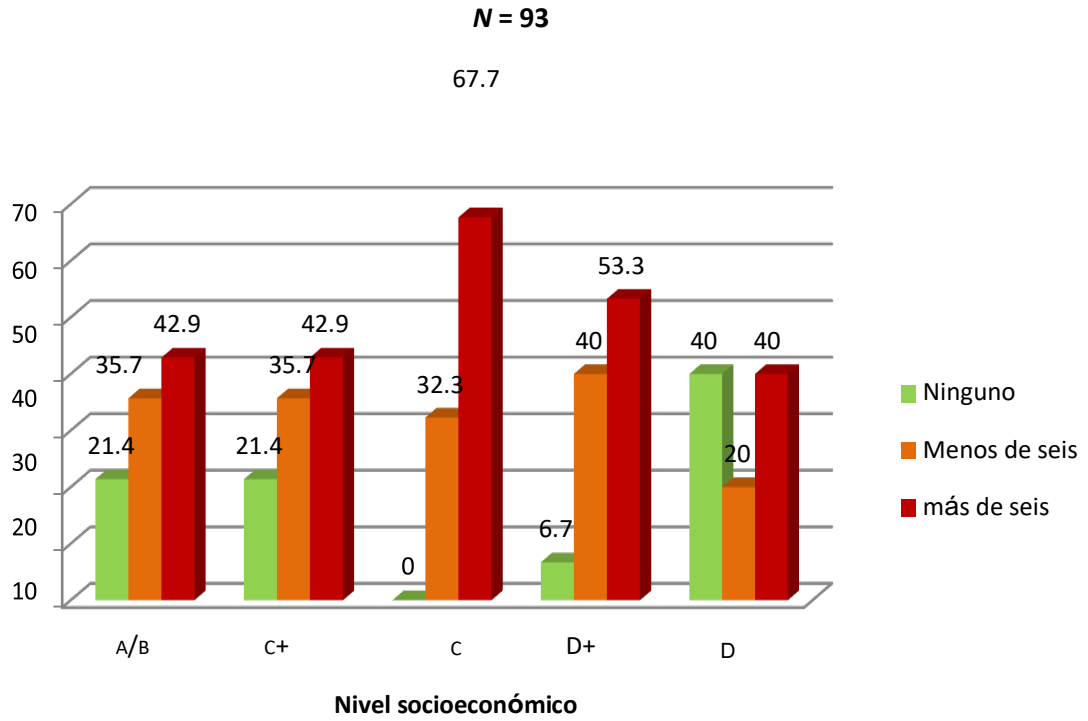
Los resultados permiten observar que la influencia del nivel socioeconómico sobre la presencia de caries o de extracciones u obturaciones no se ve determinada por esta condición.

Al analizar la frecuencia del cepillado como primer acto de la higiene oral, tampoco se encontró una relación de que a mayor higiene corresponde una menor prevalencia de caries. Esto nos lleva a plantearnos si en la encuesta los jóvenes universitarios tienden a responder hábitos de higiene en una frecuencia menor a la reportada o si la calidad misma de los procesos de salud que realizan muestra deficiencias que estén impactando de forma definitiva en su salud (Figura 2).

DISCUSIÓN

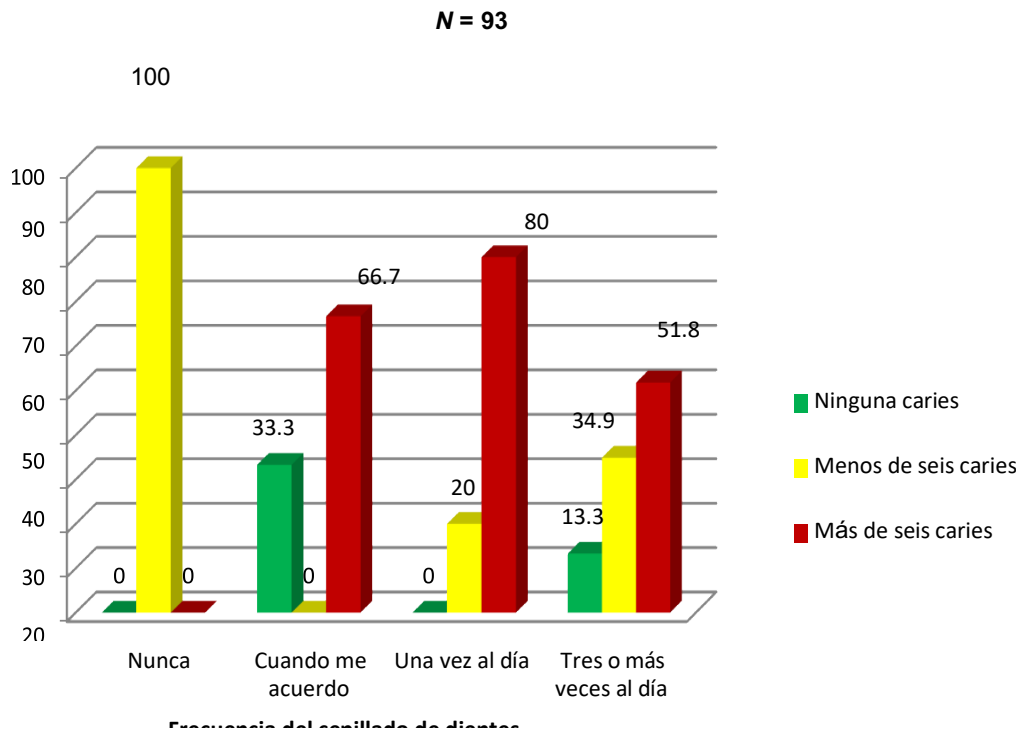
Nuestro estudio coincide con el estudio realizado por Ma. Silvina Dho (2015) en el que dice que los individuos de nivel socioeconómico bajo presentan un nivel de conocimientos de salud bucodental similar a los sujetos de nivel socioeconómico medio-

Figura 1. Frecuencia de caries en jóvenes universitarios, de acuerdo con el nivel socioeconómico



Fuente: elaboración propia.

Figura 2. Distribución del cepillado de dientes y la presencia de caries



Fuente: elaboración propia.

alto/alto. Las personas de nivel socioeconómico medio-bajo presentan un nivel de conocimientos de salud bucodental significativamente menor que el resto de los grupos de estudio. Nosotros encontramos que los estudiantes de nivel socioeconómico alto y medio/alto tuvieron menor presencia de caries dental.

Arrieta-Vargas y colaboradores (2019) y Espinoza Santander y colaboradores (2010) coinciden con nuestro estudio en que los estudiantes universitarios requieren la implementación de programas preventivos promocionales de salud bucal, que se apliquen de manera efectiva para que impacten en un mejor estado de la misma.

CONCLUSIÓN

La vida universitaria genera en los estudiantes cambios y adaptaciones a lo largo de su formación que, de no tener una mejor orientación, puede poner en peligro su salud empezando por el incremento en el número de caries.

BIBLIOGRAFÍA

- [1] Sanabria-Castellanos, C. M., Suárez-Robles, M. A., & Estrada-Montoya, J. H. (2015). Relación entre determinantes socioeconómicos, cobertura en salud y caries dental en veinte países. *Rev. Gerenc. Polít. Salud*, 14(28), 161-189. <http://www.doi.org/10.11144/Javeriana.rgygs18-28.rdsc>
- [2 y 7] Arrieta-Vargas, L. M., Paredes-Solís, S., Flores-Moreno, M., Romero-Castro, N. S., & Andersson, N. (2019). Prevalencia de caries y factores asociados: estudio transversal en estudiantes de preparatoria de Chilpancingo, Guerrero, México. *Rev. Odontol. Mex.*, 23(1), 31-41. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-199X2019000100031&lng=es&tlng=es
- [3] Dho, M. S. Conocimientos de salud bucodental en relación con el nivel socioeconómico en adultos de la ciudad de Corrientes, Argentina (2015). *Rev. Fac. Nac. Salud Públ.*, 33(3), 361-369. <http://www.doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v33n3a05>
- [4] National Center for Educational Statistics (2008). <http://nces.ed.gov/programs/coe/glossary/s.asp>
- [5] Gutiérrez, J., Heredia-Pi, I., Hernández-Serato, M., Pelcastre-Villafuerte, B., Torres-Pereda, P., & Reyes-Morales, H. (2019). Desigualdades en el acceso a servicios: base de las políticas para la reducción de la brecha en salud. *Salud Públ. Méx.*, 61(6), 726-733. <http://www.doi.org/10.21149/10561>
- [6] Aguilar Martínez, M. C., Fernández Guerrero, X., Luna Gutiérrez, G., Ocampo Bandera, R., Torres Olivo, A., & Gutiérrez Castellón, P. Cédula socioeconómica comparada con estudio social. Análisis en el Instituto Nacional de Pediatría <http://repositorio.pediatria.gob.mx:8180/handle/20.500.12103/1364>
- [8] Regla NSE AMAI 2018; Comité de Niveles Socioeconómicos AMAI.
- [9] Benach, J., Daponte, A., Borrell, C., Artazcoz, A., & Fernández, E. (2004). Las desigualdades en la salud y la calidad de vida en España. En: V. Navarro (Ed.), *El estado de bienestar en España*. Tecnos.
- [10] Benach, J. (1997). La desigualdad perjudica seriamente la salud. *Gac. Sanit.*, 11, 255-257.
- [11] Donoso, S. E. (2004). Desigualdad en mortalidad infantil entre las comunas de la provincia de Santiago. *Rev. Méd. Chile*, 132, 461-466.
- [12] Espinoza Santander, I., Muñoz Poblete, C., Lara Molina, M., & Uribe Cifuentes, J. P. (2010). Hábitos de higiene oral en estudiantes de Odontología de la Universidad de Chile. *Rev. Clín. Period., Implant. Rehab. Oral*, 3(1), 11-18. <http://www.doi.org/10.4067/S0719-01072010000100002>