



Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo
Instituto de Ciencias de la Salud
Área Académica de Medicina
Maestría en Salud Pública

**FACTORES ASOCIADOS A LA AUTOPERCEPCIÓN
DE LA SALUD BUCODENTAL EN
UNIVERSITARIOS DE PACHUCA DURANTE 2022:
ANÁLISIS DESDE UNA PERSPECTIVA DE
GÉNERO**

**PROYECTO TERMINAL DE CARÁCTER PROFESIONAL
PARA OBTENER EL GRADO DE:**

MAESTRA EN SALUD PÚBLICA

PRESENTA:

C. D. Karen Kristel Santos García

DIRECTOR (A) DE PROYECTO TERMINAL:

D. en E. Carlo Eduardo Medina Solís

COMITÉ TUTORIAL:

CODIRECTOR: M. en S.P. ARTURO CAMPOS SALAZAR
ASESOR: M. en C.S. NORA ELENA SOSA BERMÚDEZ
LECTOR: M. en C.S PABLO ÓSCAR ROMERO ISLAS
TUTOR: D. en O. AMÉRICA PATRICIA PONTIGO LOYOLA

Pachuca, Hidalgo; Noviembre 2023.



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
 Instituto de Ciencias de la Salud
School of Health Sciences
 Área Académica de Medicina
Department of Medicine
 Maestría en Salud Pública
Master in Public Health


Oficio Núm. ICSa/AAM/MSP/252/2023
Asunto: Autorización de Impresión de PPT
 Pachuca de Soto, Hgo., noviembre 01 del 2023

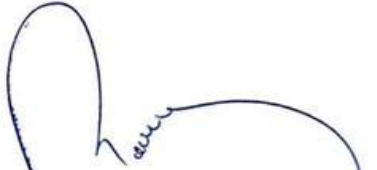
L.C.D. KAREN KRISTEL SANTOS GARCÍA
EGRESADA DE LA MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA
GRADUATED FROM THE MASTER'S DEGREE IN PUBLIC HEALTH

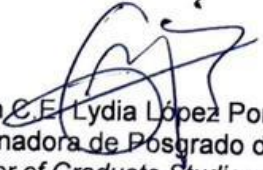
Con fundamento en el Título Tercero, Capítulo V en su Artículo 51, Fracc. III y IV del Estatuto General de la UAeH y en relación con lo establecido por el Título Quinto, Capítulo V, Sección Primera en su Artículo 127 y Artículo 130 Fracción III de dicho ordenamiento legal, comunicamos a usted, que el Comité Tutorial de su Proyecto Terminal denominado **"FACTORES ASOCIADOS A LA AUTOPERCEPCIÓN DE LA SALUD BUCODENTAL EN UNIVERSITARIOS DE PACHUCA DURANTE 2022: ANÁLISIS DESDE UNA PERSPECTIVA DE GÉNERO"**, considera que ha sido concluido satisfactoriamente, por lo que puede proceder a la impresión de dicho trabajo.

Atentamente.
 "Amor, Orden y Progreso"




 M.C.Esp. Enrique Espinosa Aquino
 Director del Instituto de Ciencias de la Salud
Dean of the School of Health Sciences


 MC.Esp. Luis Carlos Romero Quezada
 Jefe del Área Académica de Medicina
Chair of the Department of Medicine


 D. en C.E. Lydia López Pontigo
 Coordinadora de Posgrado del ICSa
Director of Graduate Studies of ICSa


 M. en C.S. María del Consuelo Cabrera Morales
 Coordinadora de la Maestría en Salud Pública
Director of Graduate Studies Master in Public Health

RMEGS/LCRQ/LLP/MCCM/mchm*



Eliseo Ramírez Ulloa Num. 400
 Col Doctores
 Pachuca de Soto, Hidalgo, C.P. 42090
 Teléfono 52(771) 71 720 00 Ext. 2366
 mtra.saludpublica@uaeh.edu.mx

www.uaeh.edu.mx

**M. en C.S. MARÍA DEL CONSUELO CABRERA MORALES
COORDINADORA DE LA MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA
Presente.**

Los integrantes del Comité Tutorial de la egresada **KAREN KRISTEL SANTOS GARCÍA**, con número de cuenta **183388**, comunicamos a usted que el Proyecto Terminal denominado **"FACTORES ASOCIADOS A LA AUTOPERCEPCIÓN DE LA SALUD BUCODENTAL EN UNIVERSITARIOS DE PACHUCA DURANTE 2022: ANÁLISIS DESDE UNA PERSPECTIVA DE GÉNERO"** está concluido y se encuentra en condiciones de continuar el proceso administrativo para proceder a la autorización de su impresión.



Atentamente.
"Amor, Orden y Progreso"

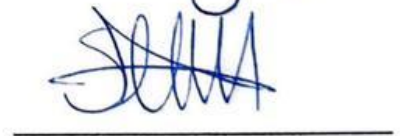
Dr. Carlo Eduardo Medina Solís

Director



M. en S.P. Arturo Campos Salazar

Codirector



M. en C. S. Nora elena Sosa Bermúdez

Asesora



M. en C. S. Pablo Óscar Romero Islas

Lector



Dra. América Patricia Pontigo Loyola

Tutora



Agradecimientos

A la **UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO** por haberme permitido formar parte de sus filas e impulsarme a proyectar mi vida académica desde que ingresé al bachillerato y hasta el día de hoy.

A **MIS PADRES**, quienes han sido pilar fundamental en mi formación integral como persona y como profesionista. Gracias, **MAMÁ**, porque a pesar de todas las adversidades no te rendiste ni permitiste que me rindiera y todos tus esfuerzos nos trajeron a este lugar, sin ti absolutamente nada de esto habría sido posible. Gracias, **PAPÁ** por tu tenacidad y todos tus esfuerzos para impulsarme a ser una mujer valiente e independiente.

A **MIS HERMANAS, DIANA Y DENIS**, que nunca dudaron de mi capacidad y confiaron en mi en cada paso dado en mis estudios. Por sus palabras de aliento y momentos de complicidad que siempre llevaré en mi corazón.

A **MIS SOBRINOS**, Óscar y Oliver, quienes con sus miradas curiosas me acompañaron en muchas tardes de trabajo y estudio. Con su alegría iluminan mi vida y me motivan a ser alguien de quien sentirse orgullosa.

A **MI DIRECTOR DE TÉSIS: DR. CARLO MEDINA**, que siempre se mostró dispuesto y comprometido con este proyecto desde el inicio, compartiendo conmigo su amplio conocimiento de manera puntual y paciente. Gracias Dr. Por ser un excelente maestro.

A mi **COMITÉ DE TÉSIS** por su valioso tiempo dedicado en este proyecto, así como por su compromiso en mi desarrollo profesional.

A **MIS MAESTROS**, quienes siempre me guiaron en este camino, compartiendo sus conocimientos y sabiduría impulsándome a ser la mejor.

“No deseo que las mujeres tengan más poder sobre los hombres, sino que tengan más poder sobre ellas mismas”

-Mary Shelley-

Índice

Resumen.....	I
Abstract.....	II
1. Introducción.....	1
2. Marco teórico	2
2.1 Salud Bucal	2
2.1.1 <i>Concepto y definición</i>	2
2.1.2 <i>Principales procesos patológicos de la cavidad bucal</i>	4
2.1.3 <i>Epidemiología de enfermedades bucales</i>	6
2.2 La Salud Auto percibida	7
2.2.1 <i>Definición y componentes de La autopercepción de salud.</i>	7
2.2.2 <i>Autopercepción de salud bucal.</i>	10
2.2.3 <i>El Autoreporte de salud bucal.</i>	11
2.3 Perspectiva de Género en Investigación en Salud	12
2.3.1 <i>Género como orden de categoría en salud</i>	12
2.3.2 <i>Desigualdades de género y vinculación con otros determinantes</i>	13
2.3.3 <i>Análisis de género en estadísticas de Salud</i>	15
2.3.4 <i>Modelo para la investigación con perspectiva de género:</i>	17
3. Antecedentes.....	19
4. Planteamiento del problema.....	22
5. Justificación.....	24
6. Objetivos.....	26
6.1 General	26
6.2 Específicos	26
7. Hipótesis.....	27
8. Material y Métodos.....	28
8.1 Diseño de estudio	28
8.2 Ubicación espacio temporal	28
8.3 Selección de la población y muestra de estudio	28
8.4 Tamaño muestral y técnica de muestreo	29
8.5 Variables de estudio	29
8.6 Método de evaluación	32
8.7 Plan de análisis estadístico	33

9. Aspectos bioéticos	34
10. Resultados	35
10.1 Análisis univariado	35
10.1 Análisis bivariado	38
10.3 Análisis multivariado	48
11. Discusión.....	51
<i>Diferencias entre hombres y mujeres en el análisis bivariado</i>	51
<i>Modelos multivariados para hombres y para mujeres</i>	52
12. Conclusiones	56
13. Recomendaciones	57
14. Limitaciones.....	58
15. Materiales y Presupuesto	59
16. Cronograma de Actividades.....	60
17. Referencias bibliográficas	61
18. Anexos.....	69
Índice de figuras	69
Índice de cuadros	69
19. Abreviaturas.....	71

Resumen

Objetivo: Analizar, desde una perspectiva de género, los factores asociados a la autopercepción de la salud bucodental aproximándonos a la situación de la población sobre sus necesidades percibidas.

Material y Métodos: Se trata de un estudio transversal realizado en una muestra de 997 alumnos de una universidad pública de Hidalgo, México. La variable dependiente fue la autopercepción de la salud bucal en general que se evaluó únicamente con el ítem: “¿Cómo consideras tu salud bucal en general?”. Se incluyeron diversas variables independientes sociodemográficas (sexo biológico, edad, estado civil) y sensibles al género (Dependencia económica, trabajo, familia, tareas domésticas y uso del tiempo. Se realizó el diseño y aplicación de un cuestionario de manera individual a través de un formulario digital de Google Forms y se ejecutó un análisis multivariado sobre los indicadores sensibles al género utilizando el programa estadístico STATA versión 16.

Resultados: Del total de la muestra, el 53.3% (n=531) fueron mujeres y el 46.7% (n=466) fueron hombres. Se observó que los hombres reportaron peor salud bucal general que las mujeres (8.8% vs 4.3%; $p=0.014$), siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p<0.05$). En el modelo multivariado para los hombres se observó que la edad (OR=0.82, $p=0.005$), el tener pareja (OR=0.11, $p<0.01$), estuvieron asociadas al autoreporte de salud bucal positivo. Mientras que, en el modelo multivariado para las mujeres, los factores como la dependencia económica de sus padres, (OR=0.44, $p=0.039$), el tener pareja (OR=0.15, $p=0.020$), el número de integrantes en su núcleo familiar (OR=0.81, $p=0.002$) resultaron asociados con el auto reporte de salud bucal positivo.

Conclusión: En este estudio se encontró que, dentro de la comunidad universitaria, los hombres perciben peor su salud bucodental que las mujeres. Se observaron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la dependencia económica de las mujeres y el número de integrantes que componen su hogar, mientras que en los hombres resultaron estadísticamente significativos factores como la edad y el estado civil.

Palabras clave: Salud bucal, sexo, género, diferencias biológicas, diferencias sociales, desigualdades en salud.

Abstract

Objective: To analyze, from a gender perspective, the factors associated with self-perception of oral health, approaching the situation of the population regarding its perceived needs.

Material and Methods: This is a cross-sectional study carried out in a sample of 997 students from a public university in Hidalgo, Mexico. The dependent variable was self-perception of oral health in general, which was evaluated only with the item: "How do you consider your oral health in general?". A variety of independent sociodemographic variables (biological sex, age, marital status) and gender-sensitive variables (economic dependency, work, family, domestic tasks and use of time) were included. A questionnaire was designed and applied individually through a digital form of Google Forms and a multivariate analysis was carried out on gender-sensitive indicators using the statistical program named STATA version 16.

Results: Of the total sample, 53.3% (n=531) were women and 46.7% (n=466) were men. It was observed that men reported worse overall oral health than women (8.8% vs 4.3%; $p=0.014$), this difference being statistically significant ($p<0.05$). In the multivariate model for men, it was observed that the age (OR=0.82, $p=0.005$), having a partner (OR=0.11, $p<0.01$), were associated with positive self-report of oral health. While, in the multivariate model for women, factors such as economic dependence on their parents (OR=0.44, $p=0.039$), having a partner (OR=0.15, $p=0.020$), the number of members in their family nucleus (OR=0.81, $p=0.002$) were associated with positive self-report of oral health.

Conclusion: In this study it was found that, within the university community, men perceive their oral health worse than women. Statistically significant differences were observed in terms of women's economic dependence and the number of members that make up their household, while in men there were statistically significant factors such as age and marital status.

Keywords: Oral health, sex, gender, biological differences, social differences, health inequalities.

1. Introducción

La salud bucal refleja nuestro estado de salud general e influye en el de manera significativa, por lo que es totalmente necesaria para gozar de una buena calidad de vida. Las enfermedades bucodentales se constituyen en una de las mayores afecciones de la salud global y de no ser tratadas pueden tener un impacto sobre la calidad de vida en una persona (Franco-Giraldo, 2021). Entre los principales padecimientos que se presentan en la cavidad bucal se encuentran la caries y la enfermedad periodontal que, eventualmente, culmina con la pérdida de dientes, sin embargo, no son las únicas que se presentan, aunque si las más recurrentes en la población.

La OMS identifica como la caries dental como la tercera patología que afecta a la población mundial en un 95%. Los hallazgos obtenidos en el estudio sobre Carga de Afecciones bucales (GBD Oral Disorders, 2017) concluyen que las afecciones siguen siendo un importante desafío para la Salud tanto para hombres como para mujeres, aunque de maneras diferenciadas.

Las relaciones de género se han constituido histórica y culturalmente reproduciendo una lógica de diferenciación de los roles sexuales (Sabater, 2014). Es así como existen diferencias y desigualdades entre hombres y mujeres que pueden ser explicadas desde una perspectiva de género ya que la percepción sobre el impacto negativo en la calidad de vida derivado de problemas bucales, ocurren dentro de contextos sociales, económicos, culturales e históricos específicos.

Una alternativa útil para la medición de la salud bucal es la aplicación sobre la percepción de estado de salud bucal, por tanto, en este trabajo se implementará el uso y diseño de un cuestionario semiestructurado para caracterizar el estado de salud bucal de la población universitaria y analizar la base de datos junto con indicadores sensibles al género para comprobar la existencia de diferencias que se convierten en desigualdades entre hombres y mujeres.

Por esta razón, la principal aportación que se pretende realizar con este trabajo es aproximar el estudio de la salud bucal de la población universitaria desde una perspectiva de género.

2. Marco teórico

2.1 Salud Bucal

La salud bucal refleja nuestro estado de salud general e influye en el de manera significativa, por lo que es totalmente necesaria para gozar de una buena calidad de vida. Las enfermedades bucodentales se constituyen en una de las mayores afecciones de la salud global y de no ser tratadas pueden tener un impacto sobre la calidad de vida en una persona (Franco-Giraldo, 2021). A través de los años, esta es concebida como un complemento primordial de la salud y bienestar general de las personas a pesar de la significancia individual que tiene para cada uno en particular dicha definición (Glick, y otros, 2016)

Además de un factor importante en la salud de una persona, la salud bucal es considerada como un derecho humano (Rueda-Albuquerque, 2017) ya que, al igual que la salud integral de un individuo, debe ser tutelada y monitoreada a través de diversas entidades e instituciones para determinar su prevalencia, analizar sus determinantes y crear programas para su cuidado y prevención.

2.1.1 Concepto y definición

El concepto de SALUD de la Organización Mundial de la Salud refiere “Estado completo de bienestar físico, mental y social y no solamente ausencia de enfermedad”; que incluye por se a la salud bucal y la manera en la que se ve reflejada en la salud general de las personas. Y no solo se habla de los dientes, sino de órganos dentarios que participan en procesos importantes como la fonación y la masticación, y otros componentes del aparato estomatognático (Huesos, músculos, nervios, vasos sanguíneos etc.) con fisiología propia. (Instituto Nacional de Pediatría, 2015)

Sin embargo, a través de diversas reflexiones de la comunidad odontológica se crea la necesidad de estimar los diversos factores y dimensiones que abarca la salud bucodental buscando redefinirla para una mejor concepción del estado de salud bucal de la población en concordancia con lo establecido por la OMS sobre la definición interdisciplinaria de la salud. (Figura 1)

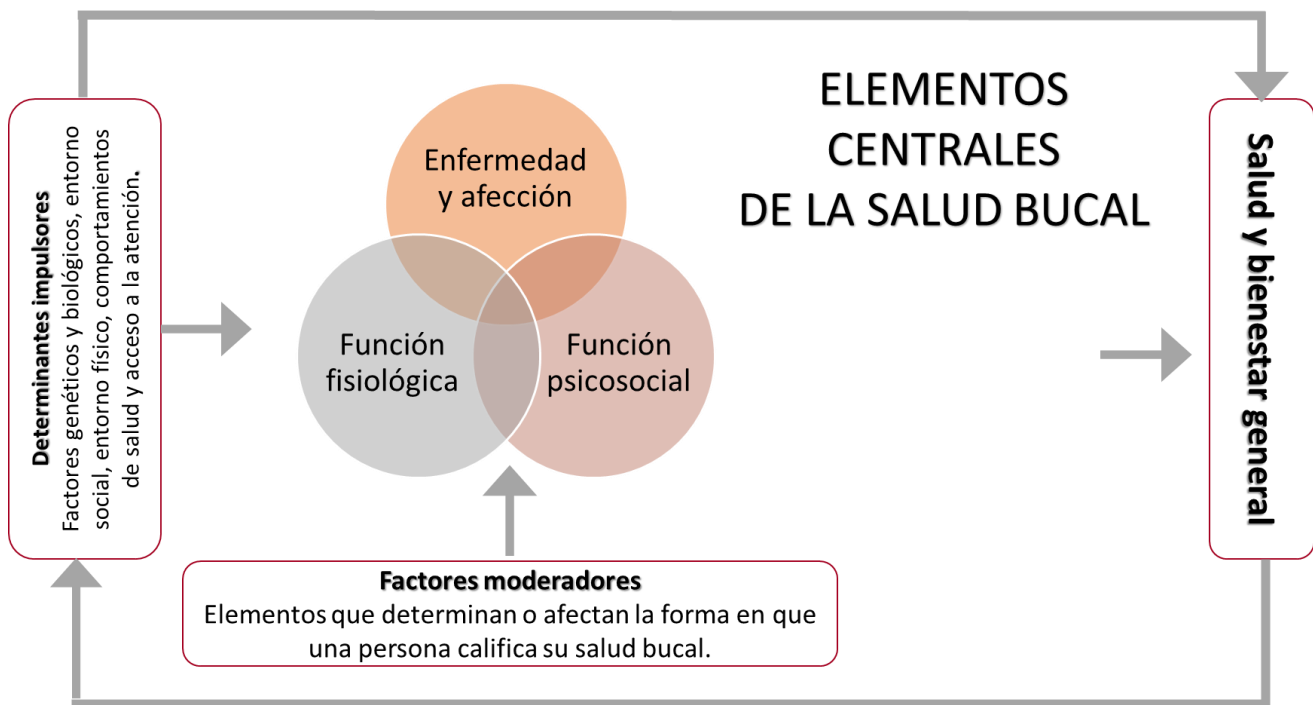


Figura 1. Marco para la nueva definición de salud bucal propuesto por la FDI.

Tomado de: Glick et al, 2016.

De esta manera, la Asamblea general de la Federación Dental Mundial en el 2016 logró la aprobación de una nueva y actualizada definición de la salud bucal, en donde, a partir de la identificación de sus implicaciones redefine a la salud bucal como multifacética que incluye diversas capacidades como hablar, sonreír tocar, masticar y transmitir múltiples emociones mediante expresiones orofaciales sin que haya interposición de dolor, malestar, enfermedad de todo el complejo. (Glick et al., 2016).

A partir de la definición anterior, se puede destacar la presencia de los componentes socioculturales atribuidos a la salud bucal, como lo mencionan Glick y otros en el 2016, la salud es un componente necesario para el bienestar no solo físico, sino psicológico que está influenciada por valores y actitudes que tiene una persona frente a su comunidad, reflejando que la presencia de dichos atributos es esencial para la calidad de vida.

Una definición clara de salud bucal proporciona una base sólida para la promoción de la salud oral y la prevención de enfermedades bucodentales. Permite una comprensión holística de la salud bucal, que va más allá de la mera ausencia de enfermedad y considera la función oral, la calidad de vida y los aspectos psicossociales relacionados.

Además, una definición precisa facilita la planificación de programas de salud, la implementación de políticas y la evaluación de los resultados del cuidado oral de una población.

2.1.2 Principales procesos patológicos de la cavidad bucal

Al igual que el resto del cuerpo, la boca es susceptible de padecer diversos trastornos y enfermedades que, en nuestro país, son atendidos tanto por el sector público como el privado. Como un componente del cuerpo, la boca y los padecimientos que en ella se generan aumentan el riesgo de enfermedades crónicas como enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares entre otras. (SIVEPAB, 2019).

Entre los principales padecimientos que se presentan en la cavidad bucal son la caries y la enfermedad periodontal que eventualmente culmina con la pérdida de dientes, sin embargo, no son las únicas que se presentan, aunque si las más recurrentes en la población. De acuerdo con el estudio mundial realizado sobre la carga de enfermedades bucales, se concluyó que las enfermedades bucales siguen siendo muy prevalentes y afectan alrededor de 4 millones de personas en el planeta (Marcenes et al., 2013).

Derivado de ello, el presente trabajo se abordará únicamente la caries, enfermedad periodontal y pérdida de dientes por la alta morbilidad que tienen sobre la población en México (SUIVE/DGE/Secretaría de Salud/Estados Unidos Mexicanos, 2019)

- *Caries*

Anteriormente, la caries fue considerada como proceso patológico, irreversible, localizado de origen externo que se caracteriza por una desmineralización provocada por ácidos a partir de la placa dentobacteriana o biofilm provocando una lesión primaria que evoluciona hasta formar una cavidad (Oleg & Edwina, 2008). Aunque si bien es cierto que este padecimiento afecta la estructura de los tejidos duros, diversos estudios han asociado su fisiopatología a otros factores y se han establecido diversas teorías como la disbiosis para explicar su perfil patológico (Lamont, Koo, & Hajishengallis, 2018).

A partir de la teoría descrita en el estudio, la creación y adhesión del biofilm a la superficie del esmalte, la disbiosis ocurre gradualmente a través de un cambio de bacterias con perfiles diferentes y específicos provocando un desequilibrio en la microbiota de la cavidad bucal, aumentando la presencia de patógenos como *Streptococcus mutans*, *Actinomyces Lactobacillus*, *Candida Albicans* entre otros que provocan ruptura de la homeostasis de la

cavidad bucal y culmina con la generación de ácidos que desmineralizan el esmalte (Thomas et al., 2021).

- *Enfermedad Periodontal*

Abordando este padecimiento desde la teoría de la disbiosis, se considera que en la enfermedad periodontal la ruptura de la homeostasis de las especies que conforman el microbiota bucal conlleva a la formación de biofilm con diferente conformación que conduce a la destrucción de tejidos de soporte del diente hasta culminar con la destrucción irreversible del hueso y formación de bolsas periodontales (Cugini et al., 2021)

De acuerdo con lo que mencionan Marsh y Zaura 2017, en un estadio crónico de este padecimiento, el microbiota bucal pasa de un estado sano a uno predominantemente disbiótico, altamente patógeno y con predominancia grampositiva que conduce a una eventual pérdida de dientes.

Derivado de la revisión bibliográfica se puede argumentar que la a falta de higiene en la población mexicana, aunado a una dieta hipercalórica y falta de revisión periódica conducen a una alta prevalencia de la enfermedad periodontal, que a la postre conducirá al edentulismo causando problemas fisiológicos y psicológicos que influyen en la percepción que la persona sobre su salud bucal.

- *Edentulismo*

De acuerdo con la Academia Americana de Prostodoncia (AAP, 2005), Esta patología es definida como la pérdida de los órganos dentales permanentes, sin embargo, no se considera como un padecimiento como tal sino una consecuencia de las anteriores patologías descritas. El edentulismo es la condición de pérdida total de los dientes en la boca. Puede ser causado por diversas razones, como la caries dental avanzada, la enfermedad periodontal grave o factores genéticos. El edentulismo puede tener un impacto significativo en la calidad de vida de los individuos, afectando la capacidad de masticar, hablar y sonreír.

Al igual que otras patologías, la distribución del edentulismo en países con mayor y menor desarrollo suele estar influenciada por factores culturales, individuales, acceso a la atención y socioeconómicos (Felton, 2009). Esta condición puede tener efectos devastadores en la calidad de vida de las personas. La pérdida de dientes afecta la capacidad de masticar adecuadamente los alimentos, lo que puede llevar a una mala nutrición y una disminución del bienestar general. Además, la pérdida de dientes puede afectar la fonética del habla y

reducir la confianza para socializar y sonreír. Estos cambios pueden llevar a problemas psicológicos y emocionales, como la depresión y la ansiedad (Yao et al., 2018).

Varios estudios han demostrado que la calidad de vida de las personas con edentulismo mejora significativamente después de recibir prótesis dentales adecuadas. Las prótesis dentales removibles o fijas y los implantes dentales son opciones de tratamiento efectivas para restaurar la función oral y mejorar la calidad de vida de los pacientes edéntulos (Al Quran et al., 2015) (World Dental Federation., 2020). La educación y concientización sobre la importancia del cuidado bucodental desde una edad temprana también son fundamentales para fomentar hábitos saludables y prevenir la aparición del edentulismo en la edad adulta (Cunha-Cruz et al., 2007).

2.1.3 Epidemiología de enfermedades bucales

La vigilancia epidemiológica de las patologías bucales anteriormente expuestas adquiere importancia en la medida en que aportan elementos útiles para la programación, organización, integración, control y dirección de programas de salud bucal que orienta a la atención de la población mediante la medición oportuna de indicadores en salud bucal (SIVEPAB, 2019)

Las enfermedades bucales, por su alta morbilidad se encuentran entre las de mayor demanda de atención de los servicios de salud de nuestro país, e intervienen de manera directa en fenómenos sociales como el ausentismo, bajo rendimiento académico y laboral, así como otras actividades individuales de la población (Secretaría de Salud, Dirección General de Epidemiología México., 2021).

La OMS identifica a patologías como la caries dental como la tercera patología que afecta a la población mundial en un 95%. Los hallazgos obtenidos en el Estudio sobre Carga de afecciones bucales (GBD Oral Disorders, 2017) concluyen que las afecciones bucales siguen siendo un importante desafío para la salud de la población.

En México para el 2019, el Anuario de Morbilidad publicado en el sitio de Epidemiología de la Secretaría de Salud, reportó que, en Hidalgo, la gingivitis y enfermedad periodontal ocupan el quinto puesto entre las principales causas de enfermedades con 37,423 nuevos casos, en donde los servicios de Salud de Hidalgo reportaron 25,277 nuevos casos de la enfermedad sobre el total estatal (SUIVE/DGE/Secretaría de Salud/Estados Unidos Mexicanos, 2019).

A su vez, el informe de resultados del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales en México (SIVEPAB, 2019) del mismo año, se reportó que existen diferencias significativas entre hombres y mujeres con respecto al IHOS (Índice de Higiene Oral Simplificado) y CPOD (Índice de Caries). Siendo que el IHOS fue mayor para las mujeres de 20-49 años, mientras que el CPOD del mismo grupo presentaron un promedio mayor en el número de dientes cariados en comparación con los hombres de la misma edad (México/SSA/SPPS/DGE/DIE/SIVEPAB, 2019).

2.2 La Salud Auto percibida

Sin duda alguna, a través de los datos anteriormente expuestos, la medición de indicadores en salud nos ofrece la oportunidad de, al tener información estadística, medir la magnitud de las enfermedades no solo bucales si no en general. Es así como la salud medida es una herramienta imperante y necesaria para la toma de decisiones en salud.

Sin embargo, la salud también implica subjetividad, toda vez que involucra un proceso dinámico salud-enfermedad en el cuerpo de una persona que vive, piensa y siente. De ahí la actualización de la definición de salud no solo como la ausencia de la enfermedad, sino como un equilibrio entre lo biológico, psicológico y social (OMS).

Por tanto, la salud bucal es un componente importante en el estado de salud de una persona que implica, no solo la ausencia de dolor, si no funciones necesarias para que el ser humano se desenvuelva e interactúe dinámicamente en su entorno; como la fonación y estética, factores que nos obligan a abandonar la postura biologicista y referirnos a ella tomando en cuenta la autopercepción del individuo. (Instituto Nacional de Pediatría, 2015).

2.2.1 Definición y componentes de La autopercepción de salud.

La teoría de la salud percibida es un enfoque teórico que explora cómo las personas perciben y evalúan su propia salud. Desarrollada por los sociólogos Irwin M. Rosenstock y Norman Anderson en la década de 1960, esta teoría se ha utilizado ampliamente en el campo de la psicología de la salud y la promoción de la salud para comprender las actitudes, creencias y comportamientos relacionados con la salud.

La teoría de la salud percibida se basa en dos conceptos fundamentales:

- Creencias de susceptibilidad: Las creencias de susceptibilidad se refieren a la percepción de una persona sobre su riesgo individual de experimentar una enfermedad o condición de salud específica. Estas creencias se basan en factores

personales, como la historia familiar, la exposición a riesgos ambientales y la presencia de síntomas o signos tempranos. Por ejemplo, una persona puede considerarse más susceptible a desarrollar enfermedades cardíacas si tiene antecedentes familiares de dicha enfermedad (Rosenstock, 1974).

- Creencias de gravedad: Las creencias de gravedad se refieren a la percepción de una persona sobre la gravedad y las consecuencias de una enfermedad o condición de salud. Estas creencias están influenciadas por el conocimiento personal, la información proporcionada por profesionales de la salud y los medios de comunicación, así como las experiencias previas. Por ejemplo, una persona puede considerar que el cáncer de pulmón es una enfermedad grave debido a la alta tasa de mortalidad asociada y los efectos negativos en la calidad de vida. (Rosenstock, 1974).

La teoría de la salud percibida también plantea que la probabilidad de que una persona tome medidas para proteger o mejorar su salud está influenciada por dos factores adicionales:

- Beneficios percibidos: Los beneficios percibidos se refieren a las creencias de una persona sobre los beneficios o resultados positivos que se pueden obtener al adoptar medidas de salud recomendadas. Estos beneficios pueden incluir una mejor salud, mayor bienestar, prevención de enfermedades o mejora de la calidad de vida. (Champion&Skinner, 2008)
- Barreras percibidas: Las barreras percibidas son los obstáculos o desafíos que una persona percibe al intentar adoptar medidas de salud. Estas barreras pueden ser de naturaleza práctica, como el costo o la accesibilidad de los servicios de atención médica, o de naturaleza psicológica, como la falta de motivación o la resistencia al cambio. (Champion&Skinner, 2008)

De acuerdo con otras teorías, la salud bucal auto percibida es una medida aceptada en las estadísticas de salud, que por lo general se obtiene de una sola pregunta, “¿Cómo consideras tu salud?”. Sin embargo, a pesar de su aceptabilidad, no está claro qué capta exactamente su constructo. (Layes, Asada y Kephard, 2011).

La salud auto reportada se puede conceptualizar por dos componentes principales (Figura 2): Estado de salud latente y comportamiento de notificación; Definiendo a la salud latente como un valor intrínseco asignado a la duración de la vida y que es modificado por deficiencias, estados funcionales y que está influenciada por una enfermedad, tratamiento o lesión (Patrick & Erickson, 1993). Entendiendo al comportamiento de notificación como el error de medición sistemático entre la salud bucal auto reportada y la salud latente; es análogo a un filtro a través del cual latente salud pasa cuando se le pide a un individuo que califique su salud. (Layes, Asada y Kephart, 2011).

La literatura proporciona alguna evidencia de que la respuesta de los individuos a su salud latente no es aleatoria. Los informes de los individuos sobre su salud están influenciados por: el conocimiento sobre la propia salud (Baron-Epel et al., 2005; Menec, Chipperfield y Perry, 1999.), normas sociales y expectativas para la enfermedad (Baron-Epel et al., 2005; Singh-Manoux & Marmot, 2005) y adaptabilidad y aceptabilidad de la enfermedad (Bailis, Segall, & Chipperfield, 2003; Shmueli, 2003).

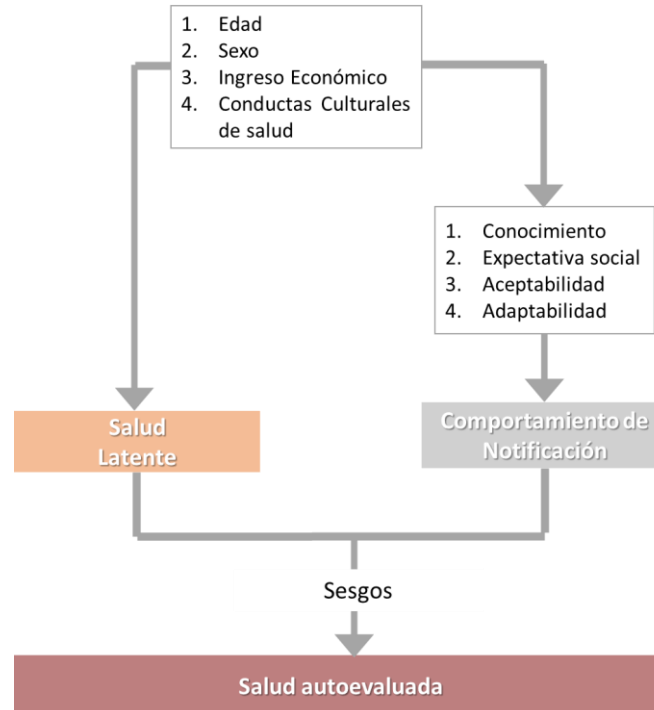


Figura 2. Componentes de la salud autoevaluada.
Tomado de: Layes, Asada & Kephart, 2011.

En conjunto, estas creencias y percepciones influyen en las actitudes y comportamientos relacionados con la salud. Las personas que perciben un mayor riesgo de enfermedad, una mayor gravedad de la enfermedad, una mayor eficacia de las medidas preventivas y menos barreras tienden a estar más motivadas para tomar medidas para proteger y mejorar su salud.

2.2.2 Autopercepción de salud bucal

LA OMS define a la autopercepción como la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y el sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, normas e inquietudes (WHO, 2007). En Odontología, diversos autores han recalcado que la salud está influenciada por perspectivas subjetivas como comportamientos y que se complementan con aspectos clínicos para obtener una visión integral de la salud de un individuo (Nava Romero, 2006). Cabe recordar que la salud bucal participa del sentimiento de aceptación regido por las pautas culturales del grupo social de pertenencia, ya que esta es impactada por la percepción estética como un factor determinante sobre el estado de salud del individuo.

La autopercepción de salud bucal es un componente importante para evaluar la calidad de vida y el bienestar general de las personas. Se refiere a la evaluación subjetiva que cada individuo realiza sobre su propio estado de salud oral. La autopercepción de salud bucal puede influir en los comportamientos de cuidado oral, así como en la búsqueda de atención dental y la adhesión a los tratamientos (Teutli, 2022).

Derivado de lo anterior, en esta investigación se examinó la autopercepción de salud bucal desde diferentes perspectivas, considerando los factores que influyen en la percepción individual y su impacto en la salud oral:

Experiencias previas y conocimientos: Las experiencias previas relacionadas con la salud oral, como visitas al dentista, tratamientos dentales y episodios de enfermedades bucodentales, pueden influir en la autopercepción de salud bucal. Además, el nivel de conocimiento sobre hábitos de higiene oral y cuidado bucal puede influir en la percepción individual de la salud bucal (Chhabra & Chhabra, 2016).

Factores socioeconómicos: Los factores socioeconómicos, como el nivel educativo, el ingreso económico y el acceso a servicios de atención dental, pueden influir en la autopercepción de salud bucal. Estos factores pueden afectar la percepción individual de la salud bucal y la capacidad para mantener una buena higiene oral (Sanders, Spencer, Slade, & Turrell, 2006).

Influencia cultural: Las creencias y normas culturales pueden influir en la autopercepción de salud bucal. Por ejemplo, algunas culturas pueden tener diferentes estándares de belleza dental que pueden influir en la forma en que una persona percibe su propia salud bucal (Dolan, Atchison, & Huynh, 2005).

Autoeficacia: La autoeficacia se refiere a la creencia en la propia capacidad para mantener una buena salud bucal. Una mayor autoeficacia está asociada con una mejor autopercepción de salud bucal y una mayor adherencia a los comportamientos de cuidado oral (Broadbent, Thomson, & Poulton, 2013).

Salud general: La salud bucal está estrechamente relacionada con la salud general. La presencia de enfermedades crónicas, como la diabetes o enfermedades cardiovasculares, puede influir en la autopercepción de salud bucal. Además, el bienestar emocional y la calidad de vida general pueden afectar la forma en que una persona percibe su salud oral (Locker, Matear, & Stephens, 2001).

Género: Las experiencias y normas sociales pueden influir en la autopercepción de salud bucal y difieren entre géneros. Por ejemplo, en muchas sociedades se espera que las mujeres tengan una apariencia física más cuidada, lo que puede llevar a una mayor atención y preocupación por la salud bucal. Además, las experiencias de discriminación de género pueden afectar la autopercepción de salud bucal, ya que las personas pueden internalizar estereotipos y expectativas asociadas a su género (Baldani, Antunes, & Inês de Sousa, 2017).

2.2.3 El Autoreporte de salud bucal

En la actualidad, la autopercepción es considerada como una medida simple pero compleja que nos permite aproximarnos al estado de salud de una población (Idler & Benyamini, 1999). Es por tanto el auto reporte un instrumento válido y relevante en esta aproximación que asiste a los investigadores y demás personal de la salud en la priorización y diseño de intervenciones en salud.

Un ejemplo de ello son indicadores como el Auto reporte de sangrado de encías, dónde a través de un ítem se puede evaluar la condición periodontal del individuo y su correlación

con lo clínicamente observable, lo que lo convierte en un ítem validado al establecer esta correlación (Lawal & Dosumu, 2021).

El estado de salud bucal autopercibido (SROH, por sus siglas en inglés) se ha implementado cada vez más en la odontología, prueba de ello es un estudio en una población de Brasil donde se examinó la asociación entre el SROH, la pérdida de dientes y afecciones coronarias, lo que nos da una visión de lo amplio y confiable que puede ser el uso de este instrumento (Schünke & Augustin, 2012).

2.3 Perspectiva de Género en Investigación en Salud

La perspectiva de género en la investigación en salud es fundamental para comprender las diferencias y desigualdades de salud entre hombres y mujeres, así como las interacciones complejas entre el género y otros factores sociales, biológicos y culturales. En este apartado, exploraremos la importancia de incorporar la perspectiva de género en la investigación en salud y cómo puede contribuir a una comprensión más completa y equitativa de los determinantes de la salud.

2.3.1 Género como orden de categoría en salud

En una primera instancia, es importante puntualizar que sexo no es sinónimo de género. Definiendo como sexo biológico a las características fenotípicas que nos distinguen biológicamente entre hombre y mujer mientras que el género constituye todo aquello que la sociedad espera de un individuo en función de su sexo biológico (lo masculino y lo femenino) (OMS, 2007).

Históricamente las mujeres y los hombres, mediante el rol de género del que participan en la sociedad está establecido por normas o pautas que esta misma espera de nosotros respecto al sexo biológico asignado (estereotipo). Además de que constituye uno de los ejes primarios alrededor de los cuales se organiza la vida social. (Organización Panamericana de la Salud. OPS, 2004). Partiendo de una idea biologicista donde o masculino se reconoce como lo universal y lo femenino es considerado ausencia de masculinidad se desarrollaron pensamientos analíticos que redefinían el concepto de lo femenino y lo masculino con el fin de disminuir desigualdades e inequidades en campos de la salud.

2.3.2 Desigualdades de género y vinculación con otros determinantes

Existen diferencias entre hombres y mujeres que parten desde un ámbito biológico y derivan en desigualdades. Dichas desigualdades en materia de poder, decisión recursos y normas han puesto a la mujer en condiciones de desventaja marcadas por relaciones de dominio de los hombres sobre las mujeres (Rosa et al., 2015).

Estas diferencias pautan diversos comportamientos de manera individual y social en el desarrollo de actividades diferenciadas con respecto a la salud en campos como la determinación de necesidades de tratamiento o acceso a servicios de salud.

A partir de la revisión de la literatura, la OPS sugiere un modelo para explicar las diferencias en el estado de salud entre hombres y mujeres (Fig. 2), aunque (Gacía-Calvante, 2004) establece que un buen modelo debe tener en cuenta la existencia de efectos recíprocos entre sexo y género.

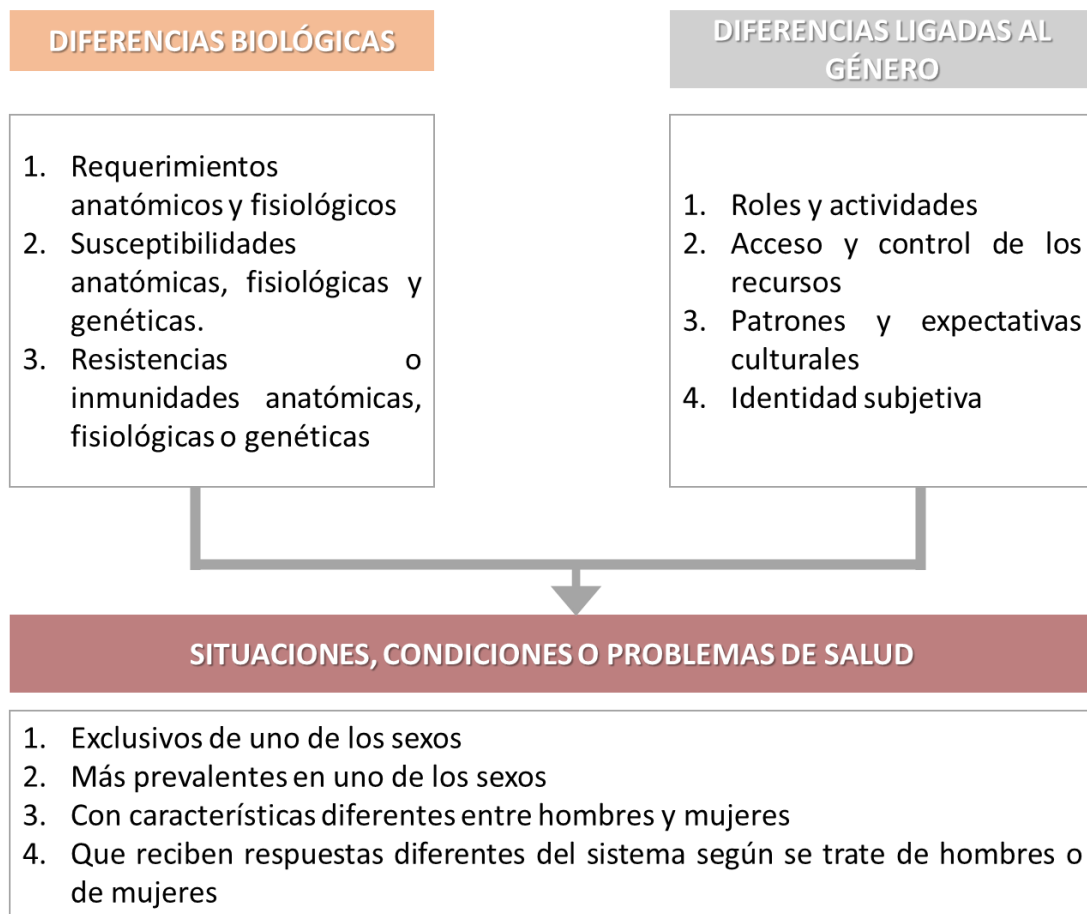


Figura 3. Modelo de origen de las diferencias en el proceso salud-enfermedad-atención. Tomado de: OPS. 2004

De acuerdo con la concepción cultural de la salud, esta se ha definido como un estado que permite el correcto desempeño de roles dentro de una sociedad. Incluso, esta concepción de salud cultural depende del estado de desarrollo en la que se encuentre un país y según los roles sociales que la persona deba cubrir. Ello quiere decir que cada grupo social, sea concebido tan grande como un país o tan pequeño como un núcleo familiar, posea una definición particular de salud establecida con lo que considera normal de acuerdo con el rol que cubre en la sociedad. La diversidad sociocultural de nuestro país nos permite suponer contextos diferentes y relativos de lo que es la salud o enfermedad prevalecientes (Kornblit, 2000).

Cabe destacar que según la literatura la autopercepción de la salud es considerada como un indicador de nivel intermedio con sensibilidad de género. El rol de género, como expresión de lo que espera la sociedad de ser mujer u hombre determina en gran manera la percepción que se tiene sobre el cuerpo y la salud. Así lo revela un estudio realizado en La Pampa Argentina sobre la autopercepción de las mujeres rurales, en donde se concluyó que el género a través de sus roles tendría un papel importante en la definición de salud, ya que se encontró una fuerte asociación entre esta variable y el concepto de “ser mujer” (Sanz Barbero, 2008).

Dentro de diversas causas, se vincula el género con determinantes estructurales que afectan la salud (Fig. 3). La edad junto con el género es considerada uno de los determinantes más importantes de la salud ya que los hombres y las mujeres van adquiriendo distintas características físicas y psicológicas, así como pautas y patrones sociales muy diferentes para cada uno en un momento determinado de su vida (García Calvente et al., 2015).

Respecto con factores intermedios, se considera al género como un elemento primordial para el ordenamiento de valores, conductas y comportamientos que conducen a la desigualdad. Por último, se considera como un elemento determinante de sesgos de género por su acción determinante sobre lo masculino y lo femenino que se refleja en los sistemas de salud (García Calvente et al., 2015).

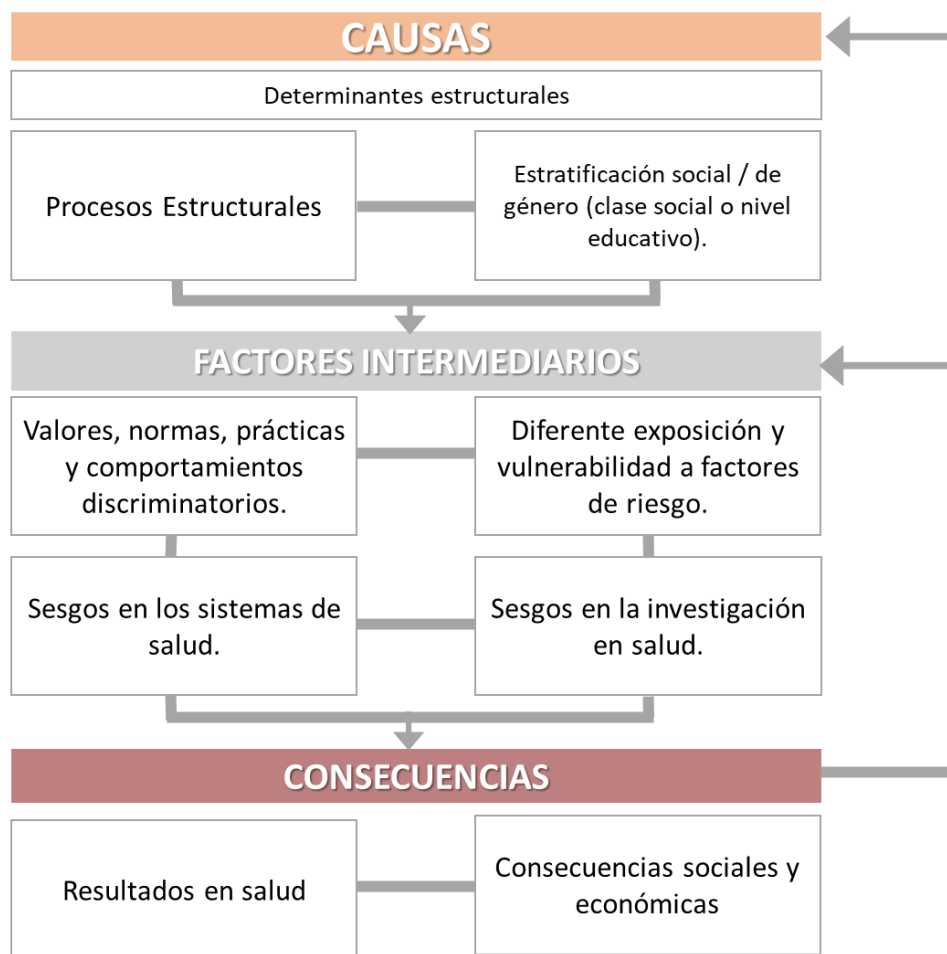


Figura 4. Modelo conceptual sobre el papel del género como determinante de la salud y sus factores. Tomado de: Sen, George y Östlin, 2007.

2.3.3 Análisis de género en estadísticas de Salud

Durante los últimos años se han generado importantes avances en investigaciones científicas y creación de programas de análisis sobre igualdad y equidad de género. Los estudios de género como son determinados hoy en día nacen de la mano del feminismo en donde se consolida el género como herramienta de análisis sobre características específicas entre hombres y mujeres en función de la identificación y atención de desigualdades (Connell, 2012).

El análisis de género es una herramienta fundamental para comprender las dinámicas sociales y las desigualdades que existen entre hombres y mujeres en diversas etapas de la vida (Kabeer, 2005). El análisis de género en estadísticas de salud es fundamental para comprender las desigualdades en salud entre hombres y mujeres, así como para identificar

y abordar los factores que influyen en la salud de cada género. Esta perspectiva permite examinar cómo las diferencias biológicas, sociales y culturales pueden afectar el acceso a servicios de salud, la prevalencia de enfermedades y los resultados de salud.

También puede identificar las brechas de salud existentes entre hombres y mujeres. Esto incluye examinar las diferencias en la esperanza de vida, la mortalidad por causas específicas, la prevalencia de enfermedades crónicas y la utilización de servicios de salud (Sen, 1999)., así como también ayuda a comprender los factores sociales y culturales que influyen en la toma de decisiones reproductivas (World Health Organization, 2019).

La integración de la perspectiva de género en salud implica la vinculación de la información con diversos indicadores sensibles al género que puedan permitir la expresión de desigualdades entre hombres y mujeres, como lo son: Capacidad de decidir sobre su propia salud, división del trabajo, uso del tiempo, asignación desigual de tareas del hogar entre otros. Los indicadores sensibles al género son herramientas utilizadas para medir y monitorear las desigualdades de género en diferentes áreas, como la salud, la educación, la economía y la participación política (). Estos indicadores permiten identificar y analizar las disparidades y brechas de género, así como diseñar estrategias y políticas más efectivas para abordarlas.

A través de la revisión de literatura, se presentan algunos ejemplos de indicadores sensibles al género:

Índice de Brecha de Género (Gender Gap Index):

El Índice de Brecha de Género, desarrollado por el Foro Económico Mundial, es un indicador global que mide las disparidades de género en cuatro áreas clave: salud y supervivencia, logro educativo, participación económica y empoderamiento político (World Economic Forum, 2020). Proporciona una visión integral de las desigualdades de género a nivel mundial y permite comparaciones entre países.

Índice de Género en Salud (Gender Health Index):

El Índice de Género en Salud es un indicador que evalúa las desigualdades de género en el acceso a la atención médica, los resultados de salud y el uso de servicios de salud preventivos. Este indicador tiene en cuenta factores como la esperanza de vida, la mortalidad materna e infantil, el acceso a servicios de planificación familiar y la cobertura de seguros de salud (World Health Organization, 2019).

Uso del tiempo

El análisis del tiempo ha revelado desigualdades de género en la distribución de las actividades. Las mujeres tienden a dedicar más tiempo al trabajo doméstico y al cuidado de los niños, mientras que los hombres tienden a dedicar más tiempo al trabajo remunerado y el tiempo de ocio. Estas disparidades de género pueden tener implicaciones para la participación en el mercado laboral y la equidad de género (Bianchi et al., 2000).

2.3.4 Modelo para la investigación con perspectiva de género:

El enfoque de género en la investigación es esencial para comprender y abordar las desigualdades y diferencias entre mujeres y hombres en diversos aspectos de la sociedad, incluida la salud, la educación, la economía y mucho más. Al diseñar una investigación con perspectiva de género, es importante considerar cómo los roles de género, las normas culturales y las estructuras de poder pueden influir en los resultados y las experiencias de diferentes grupos de personas.

Específicamente para el desarrollo de esta investigación, la metodología estuvo basada en la metodología propuesta por la Escuela Andaluza de Salud Pública de España. (García-Calvente, 2015). La propuesta presenta una serie de recomendaciones para integrar la perspectiva de género en las diferentes etapas y tareas del proceso de investigación, desde el diseño hasta la implementación e interpretación de los datos.

Estas recomendaciones son transversales, otras son específicas de una o más fases de la investigación. La Figura 5 resume los elementos considerados en la elaboración de la propuesta.

▼ PERSPECTIVA DE GÉNERO ▼

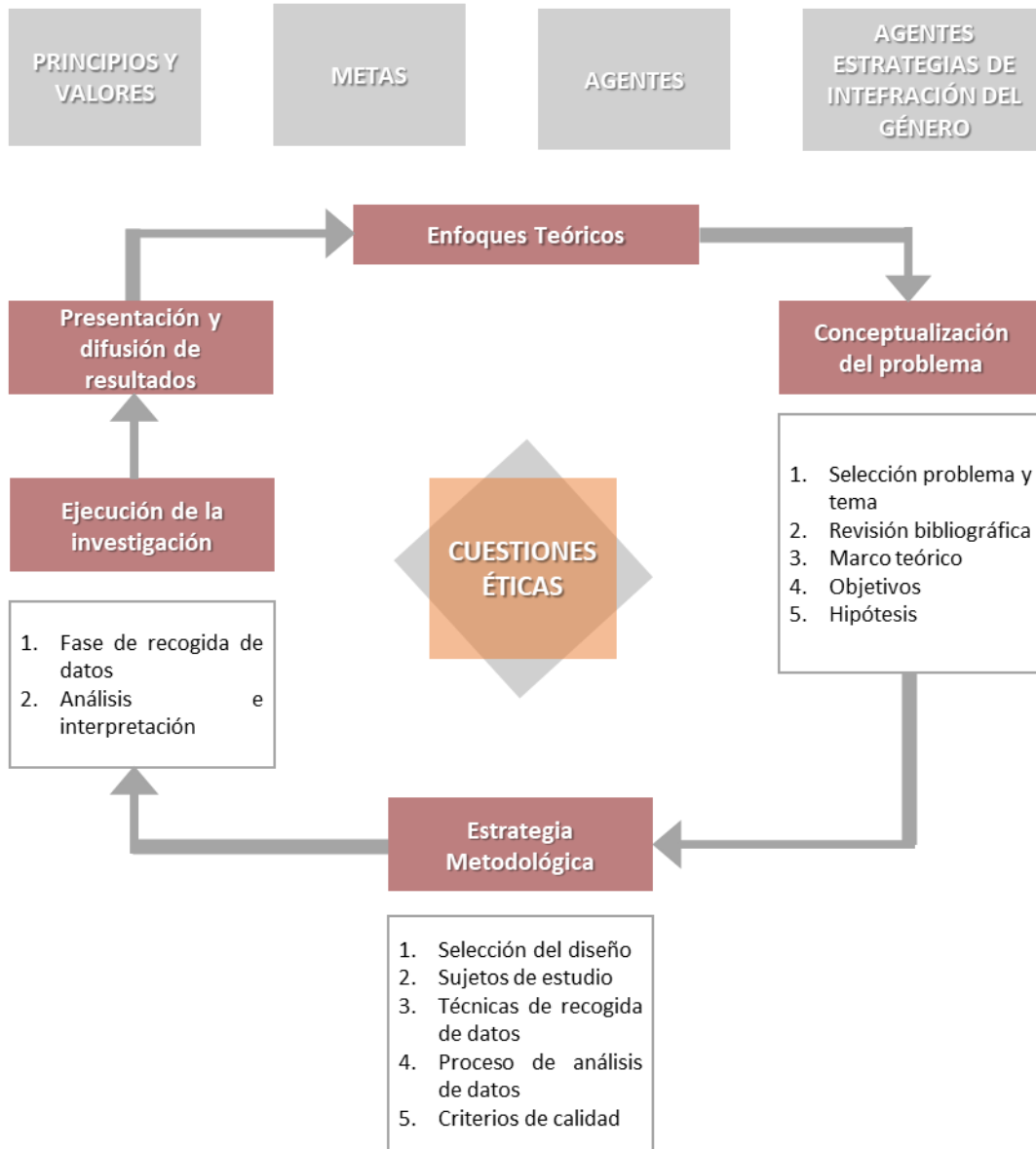


Figura 5. Modelo sobre el diseño y ejecución de proyectos de investigación en salud con perspectiva de género. Tomado de: García-Calvente, 2015

3. Antecedentes

En tiempos recientes, la salud bucal autopercebida ha sido objeto de investigación en numerosos estudios científicos que buscan comprender su importancia y su relación con la salud oral en general. La salud bucal auto percibida es un indicador subjetivo que refleja la percepción del individuo sobre su propia salud bucal (Quicalte, 2022). Si bien es cierto que los profesionales de la salud bucal pueden proporcionar diagnósticos y evaluaciones precisas, la percepción de los pacientes sobre su salud bucal también es esencial. La salud bucal autopercebida puede influir en el comportamiento de búsqueda de atención dental y en la adherencia a las recomendaciones de tratamiento, lo que tiene un impacto directo en la prevención y el manejo de enfermedades bucodentales (Delgado, Cornejo & Jadue, 2013).

Tal es el caso de Breidablik et al (2008), examinaron las relaciones entre la salud autoevaluada y un amplio espectro de variables estructurales, médicas, psicológicas y sociales, en donde se obtuvieron como resultados asociaciones significativas con un amplio espectro de variables independientes que reflejan factores médicos, sociales y personales. Las asociaciones también estuvieron presentes en el análisis multivariado controlando las interrelaciones entre las variables independientes.

Los extremos negativo y positivo de la escala se vieron afectados de la misma manera. La asociación con el bienestar fue especialmente fuerte, llegando a la conclusión de que los adolescentes conceptualizan la salud como un constructo relacionado con factores médicos, psicológicos y de estilos de vida.

Varios estudios han demostrado que la salud bucal autopercebida está estrechamente relacionada con la calidad de vida de las personas. Una buena salud bucal autopercebida se asocia con una mayor satisfacción con la apariencia y la funcionalidad oral, así como con una mejor salud psicosocial y bienestar general. Por otro lado, una mala salud bucal autopercebida puede provocar problemas de autoestima, ansiedad social, dificultades para hablar y comer, y una menor calidad de vida relacionada con la salud oral.

En un estudio realizado sobre la relación entre salud bucal autopercebida y calidad de vida (Sabbagh et al, 2010) en Arabia Saudita, se investigó la relación entre la salud bucal autopercebida y la calidad de vida en niños. Los resultados mostraron que los niños que tenían una percepción positiva de su salud bucal también informaron una mejor calidad de vida en términos de bienestar psicosocial y funcionalidad oral.

Una revisión sistemática realizada por Tsakos et al. (2009) evaluó la asociación entre la salud bucal autopercebida y la salud bucal medida objetivamente. Los resultados mostraron una correlación significativa entre ambas mediciones, lo que sugiere que la salud bucal autopercebida puede ser un buen indicador de la condición oral real de un individuo. Un estudio longitudinal realizado por Gift et al. (2016) investigó la relación entre la salud bucal autopercebida y el uso de servicios dentales en adultos mayores. Los resultados indicaron que aquellos que tenían una salud bucal autopercebida deficiente tenían una mayor probabilidad de buscar atención dental y seguir un plan de tratamiento a lo largo del tiempo. En un estudio sobre la relación entre salud bucal autopercebida y salud oral objetiva (Montero et al., 2016) se evaluó la relación entre la salud bucal autopercebida y las medidas clínicas de salud oral en una población de adultos mayores. Se encontró una correlación positiva significativa entre la percepción de la salud oral y la condición clínica de la misma, lo que sugiere que la salud bucal autopercebida puede ser un indicador válido de la salud oral objetiva.

Por último, en un estudio australiano (Brennan et al., 2010), se examinó la relación entre la salud bucal autopercebida, la necesidad normativa de atención dental y el uso de servicios dentales en adultos. Los resultados mostraron que aquellos que tenían una percepción negativa de su salud bucal tenían una mayor probabilidad de buscar atención dental y seguir un plan de tratamiento a lo largo del tiempo.

Por otro lado, en el campo de la salud bucal son pocos, aunque significativos los estudios que han hecho acerca de la salud bucal auto reportada y su aproximación desde una perspectiva de género.

El género y la sexualidad permiten evaluar el impacto de los determinantes de salud bucal, es así como Perozo et al., (2021) en su estudio “Concepciones de la salud/enfermedad bucal: aproximaciones desde una perspectiva de género”, identificaron las concepciones de la salud/enfermedad bucal desde esta perspectiva obteniendo que; el 42% de las mujeres tuvieron una concepción de la cavidad bucal asociada a la belleza y apariencia. El 82% de ellas identificó a la buena presencia e imagen como beneficios de tener buena salud bucal, en contraposición de con los hombres con un 58%. También encontraron que el 68% de las mujeres manifestó acudir a consultas odontológicas cuando tenían tiempo, y las razones de su no asistencia fueron atribuidas a la combinación de trabajo productivo y reproductivo (79%).

De acuerdo con un estudio realizado en Brasil (Abreu et al., 2016) en donde se examinaron las diferencias de género en la calidad de vida relacionada con la salud bucal en

adolescentes, se observó que las mujeres tenían puntuaciones significativamente más bajas en la autopercepción de salud bucal en comparación con los hombres, lo que sugiere que las adolescentes pueden ser más susceptibles a experimentar una disminución en su calidad de vida relacionada con la salud oral.

En un estudio similar se investigaron las diferencias de género en el impacto auto percibido de la salud bucal en la calidad de vida, pero de adultos mayores (Zuluaga et al., 2021). Los resultados revelaron que las mujeres informaron una mayor influencia negativa de la salud bucal en su calidad de vida en comparación con los hombres, lo que sugiere que las mujeres pueden ser más sensibles a los problemas relacionados con la salud oral y experimentar un mayor impacto en su bienestar general.

Estos estudios proporcionan evidencia sólida de que la salud bucal autopercebida está relacionada con diversos aspectos de la salud oral y el bienestar general de las personas. Además, destacan la importancia de tener en cuenta la perspectiva del paciente al evaluar la salud oral y planificar intervenciones y políticas de salud bucodental.

4. Planteamiento del problema

La boca es una de las partes más importantes del cuerpo que cumple diversas funciones vitales como lo es la masticación, deglución, fonación, estética entre otras. Así pues, la salud bucal es considerada como un indicador importante de las necesidades en salud y calidad de vida de las personas. (SIVEPAB, 2019).

Se estima que alrededor de 3500 millones de personas en el mundo padecen al menos una enfermedad bucodental, siendo la caries no tratada la afección más prevalente (Kassebaum et al., 2017). En México para el 2019, el Anuario de Morbilidad publicado en el sitio de Epidemiología de la Secretaría de Salud, reportó que, en Hidalgo la caries y enfermedad periodontal ocupan el quinto puesto entre las principales causas de enfermedades con 37,423 nuevos casos, en donde los servicios de Salud de Hidalgo reportaron 25,277 nuevos casos de la enfermedad sobre el total estatal (SUIVE/DGE/Secretaría de Salud/Estados Unidos Mexicanos, 2019) lo que las convierte en enfermedades de interés en la agenda de salud pública y con mayor necesidad de atención.

Una forma de medir las necesidades en salud bucal es a través de estudios epidemiológicos donde, a partir de análisis estadísticos, se toman medidas para mejorar los programas en salud. De esta manera en México, el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Bucles (SIVEPAB) reportó que existen diferencias significativas entre hombres y mujeres con respecto al IHOS (Índice de Higiene Oral Simplificado) y CPOD (Índice de caries). Siendo que el IHOS fue mayor para las mujeres de 20 – 49 años mientras que el CPOD del mismo grupo presentaron un promedio mayor en el número de dientes cariados en comparación con los hombres de la misma edad, lo que nos brinda un panorama de la existencia de diferencias entre hombres y mujeres. (México/SSA/SPPS/DGE/DIE/SIVEPAB, 2019).

No obstante, el concepto de salud también implica subjetividad ya que depende de otros factores, no solo biológicos, entre ellos la autopercepción, la cual es referida por los propios individuos y se basa en el conocimiento, las creencias y las expectativas personales, (Fayers & Sprangers, 2022). Algunos estudios han referido la importancia del autor reporte de salud bucal y su validez para hacer evidentes las necesidades en salud.

Los hombres y las mujeres cumplimos con un rol de género que trasciende una estructura social, donde este mismo es el que dictamina, estratifica y condiciona toda una serie de actividades incluyendo los comportamientos de cuidado a la salud (Krieger, 2033). De esta

manera, la forma en la que percibimos la salud está determinada en gran medida por factores sociales, demográficos y de género entre otros.

El estudio de factores sociales demográficos que condicionan la salud brinda un panorama diferenciado sobre la salud de hombres y mujeres lo que permite identificar diferencias significativas y evitar que se conviertan en desigualdades (García-Calvente et al., 2015).

La falta de conocimiento en análisis de género y su relación con la salud auto percibida no ha permitido observar las necesidades específicas de salud entre hombres y mujeres sobre todo en edad universitaria donde, los jóvenes universitarios interactúan y modifican sus comportamientos en función a diversos factores que modifican su forma de actuar ante sus condiciones de su salud (Silas, 2005) por lo que surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son los factores asociados, desde una perspectiva de género, a la autopercepción de la salud bucodental en una población universitaria durante el 2022?

5. Justificación

En México, las enfermedades bucales representan un problema de salud pública debido a su alta prevalencia y magnitud de afectación. Esta sumada a la gingivitis y enfermedad periodontal, son las principales causas de pérdida dental, por lo que es imperante su estudio desde un enfoque integral y atención interdisciplinaria.

Si bien es cierto que estas enfermedades son estudiadas desde un enfoque epidemiológico predominante, existe la necesidad de dar mayor reconocimiento a estudios de percepción con el fin de humanizar los servicios de salud y brindar calidad, comodidad y satisfacción a la población.

Es así como el estudio de la percepción de la salud bucal nos aproxima a la situación de la población sobre sus necesidades percibidas, al ser factor importante en funciones como estética, fonación y otros vínculos que tiene el ser humano con su entorno que con regularidad se ven influenciados con factores sociales, normas, usos, costumbres y estereotipos, estableciendo la necesidad de su estudio no solo desde un enfoque biológico. Considerando que los hombres y las mujeres son diferentes biológicamente y en función a lo anterior de enferman de formas diferenciadas, la auto percepción de la salud influye, también de forma diferenciada, en la capacidad de adoptar estilos de vida saludables, calidad de vida y acercamiento a servicios de salud, por lo que es necesario el uso de indicadores subjetivos que permitan vislumbrar diferencias más allá de los datos epidemiológicos.

El usar indicadores sensibles en investigaciones epidemiológicas sobre la percepción de salud bucal a través del análisis de género, permitirá en este proyecto una aproximación real y profundizada del estato de salud bucal de la población universitaria. Medir las condiciones en las que viven, trabajan, se interrelacionan los hombres y las mujeres muestra la brecha que existe entre ambos en su desarrollo integral y las implicaciones que esto conlleva en la salud.

El análisis de género en la presente investigación está destinado a observar las consecuencias en la salud bucal del género como construcción social y, así ayudar a comprender el fenómeno y sus consecuencias para el desarrollo de programas e intervenciones diferenciadas en salud bucal y vinculación de la población universitaria a programas estratégicos de salud bucal en las clínicas odontológicas de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

Mediante la aplicación de este tipo de análisis en el campo de la salud bucodental se espera contribuir al fortalecimiento de sistema de recolección y procesamiento de datos de epidemiología bucal con perspectiva de género y, en combinación con otros determinantes, adoptar indicadores que contribuyen al diagnóstico de la situación de salud bucal entre hombres y mujeres de la población en general.

Centrarse en el género en la investigación en salud puede aumentar su rigor científico y la validez de sus resultados ya que uno de los problemas tradicionales de la investigación en salud pública ha sido la inclusión de variables sensibles al género, ignorando así los determinantes sociales centrales de la salud, omitiendo nuevas explicaciones e invalidando los hallazgos.

Es imperante promover la equidad y la igualdad en la salud de hombres y mujeres alentando tanto a mujeres como a hombres a beneficiarse de los resultados de la investigación, llenando hasta ahora los vacíos de conocimiento recurrentes en la práctica de la salud. En conclusión, un enfoque de género en la investigación significa mejor ciencia y salud.

6. Objetivos

6.1 General

Analizar, desde una perspectiva de género, los factores asociados a la autopercepción de la salud bucodental en una población universitaria durante el 2022.

6.2 Específicos

- Caracterizar el estado de salud de la población universitaria a partir del auto reporte de salud bucal.
- Identificar diferencias en la autopercepción de la salud partir de indicadores sensibles al género.
- Determinar, desde una perspectiva de género, diferenciados entre hombres y mujeres que se asocian a la autopercepción de salud bucal.

7. Hipótesis.

Supuesto hipotético: Existen diferencias entre hombres y mujeres universitarios en la autopercepción de la salud bucodental.

8. Material y Métodos

8.1 Diseño de estudio

Se trata de un estudio transversal analítico.

8.2 Ubicación espacio temporal

Tiempo: Enero - Diciembre 2022.

Lugar: Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

Persona: Población universitaria de 18 a 25 años

8.3 Selección de la población y muestra de estudio

El estudio se realizó con un universo de trabajo calculado con alumnos universitarios inscritos en la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo de ambos sexos biológicos, en los institutos: Instituto de Ciencias Básicas en ingeniería (ICBI), Instituto de Ciencias Económico Administrativas (ICEA) e Instituto de Ciencias Sociales y Humanidades (ICSHu); en un periodo de enero a diciembre del 2022.

Criterios de inclusión

- Alumnos de 18 a 25 años de ambos sexos biológicos que se encuentren inscritos en la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.
- Alumnos que se encuentren inscritos en los campus ubicados en Pachuca Hgo y municipios conurbados.
- Alumno que autorice por medio del consentimiento informado, ser incluido en la investigación.

Criterios de exclusión

- Rechazo del alumno a contestar la encuesta
- Alumnos que se encuentren bajo tratamiento médico y/o odontológico estético.
- Alumnos inscritos en el Instituto de Ciencias de la Salud.

Criterios de eliminación

- Auto reporte que no cuente con los registros de las variables de estudio.

8.4 Tamaño muestral y técnica de muestreo

El tipo de muestreo de este estudio fue probabilístico, aleatorio simple, donde todos los alumnos inscritos en la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo en los institutos mencionados, que cumplieron con los criterios de elegibilidad, tuvieron la misma probabilidad de ser elegidos (N=14,849). Los cálculos arrojaron un tamaño de muestra preliminar de 996 alumnos. Después de ajustar a un 5% de pérdidas debido a información incompleta, la muestra final obtenida fue de 1048 participantes, procurando un modelo 1:1; es decir, la participación de un hombre por cada mujer.

8.5 Variables de estudio

Variable dependiente

Nombre	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición	Categorías
Salud bucal autoevaluada	Constructo que permite a la persona describir su propio estado de salud (física, cognitiva y emocional), a través de su propia percepción.	Estado de salud bucal auto reportado por el sujeto de estudio	Cualitativa Ordinal	1= Buena 2=Moderada 3= Mala

Variables independientes

Nombre	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición	Categorías
Sexo Biológico	Diferencias físicas y de conducta que distingue a los organismos individuales según los procesos individuales que realizan en los procesos de reproducción	Diferencia por sexo.	Cualitativa Nominal Dicotómica	0= Masculino 1= Femenino
Edad	Lapso transcurrido desde el nacimiento hasta el momento que se realiza el estudio	Número de años cumplidos manifestado por el sujeto al momento del estudio.	Cuantitativa Discreta	18-25 años
Estado civil	Condición particular que caracteriza a una persona en lo que respecta a sus vínculos personales con individuos de otro sexo o de su mismo sexo.	Estado civil reportado por el sujeto de estudio mediante la encuesta.	Cualitativa Nominal Politómica	1=Soltero(a) 2= Casado(a) 3= Divorciado(a) 4= Viudo(a) 5= Unión libre

Dependencia económica	Subordinación de una persona respecto de otra, por necesitar de su ayuda o auxilio para llevar una vida digna	Dependencia económica de los padres reportada por el sujeto de estudio	Cualitativa Nominal Dicotómica	0= No depende 1= Si depende
Trabajo	Acciones para la producción de bienes o prestación de servicios realizado para terceros, a cambio de una remuneración o beneficio.	Además de estudiar también trabaja	Cualitativa Nominal Dicotómica	0 = No trabaja 1 = Si trabaja
Familia	Miembros que componen el núcleo familiar	Número de personas que componen el núcleo familiar reportado por el sujeto al momento del estudio.	Cuantitativa Discreta	
Tareas domésticas	Actividades productivas que se realizan para uso final propio o para terceros, pero sin recibir remuneración, que incluye el	Realización de tareas domésticas	Cualitativa Nominal Dicotómica	0 = No 1 = Si

	trabajo de producción de los hogares, prestación de servicios para los integrantes del hogar.			
Uso del tiempo*	Dedicación en horas a tareas definidas por los tiempos sociales: empleo (y estudios), trabajo doméstico y cuidado personal	Horas que dedicó el sujeto de estudio a determinada actividad durante una semana.	Cualitativa Ordinal dicotómica	1-5 horas 6-10 horas 11 o más horas

* Se utilizaron 4 indicadores del uso del tiempo: horas dedicadas al empleo, tareas domésticas, estudios y cuidado personal.

8.6 Método de evaluación

Se solicitaron los permisos por medio de oficios dirigidos a los directores de cada instituto de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo para acceder a la comunidad estudiantil y aplicar el instrumento.

Una vez aceptado el permiso, los coordinadores académicos de las licenciaturas de cada instituto facilitaron un aula para la aplicación del cuestionario donde la comunidad estudiantil abierta fue invitada a participar, cuidando así una adecuada representación de mujeres y hombres atendiendo la heterogeneidad requerida en el modelo.

El cuestionario fue aplicado por la CD. Karen Kristel Santos García, titular de esta investigación, mediante dispositivos electrónicos con internet como medios propios; se explicó, de manera clara y concisa, las indicaciones a los alumnos interesados en participar, indicando el propósito de ser partícipe en el estudio, así como el contenido del instrumento.

Una vez comprendidas las instrucciones y aceptando participar, bajo consentimiento informado, se procedió a la aplicación del instrumento.

La aplicación fue de manera individual a través de un formulario digital de Google Forms en el aula destinada donde el alumno contestó el cuestionario en el dispositivo. Durante la aplicación del instrumento se cuidaron las condiciones de bioseguridad y sana distancia, no permitiendo la completa ocupación de la sala.

8.7 Plan de análisis estadístico

Después de aplicar los criterios de elegibilidad, los datos se compilaron en una hoja de cálculo de Microsoft Excel®, posteriormente se analizó la base de datos en el programa estadístico Stata® (Statistics Data Analysis) versión 16.0. A partir de esta, se exploraron los datos para su análisis estadístico y la obtención de resultados dividido en 3 fases:

En una primera fase, se segregaron los datos por sexo biológico, masculino y femenino, e identificaron frecuencias y porcentajes de las variables cualitativas y medias y desviaciones estándar de las variables cuantitativas.

Posteriormente, en la segunda fase se realizó un análisis bivariado para identificar las diferencias en los indicadores sensibles al género y los resultados del auto reporte de salud bucal, aplicando pruebas estadísticas paramétricas y no paramétricas y estableciendo existencia de resultados estadísticamente significativos.

En una tercera y última fase, se llevó a cabo un análisis multivariado por cada sexo biológico que permitió la identificación de factores diferenciados entre hombres y mujeres con respecto a su salud bucal auto percibida.

9. Aspectos bioéticos

Para la elaboración de este estudio se solicitaron los permisos necesarios por parte del comité de ética de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

De acuerdo con la Ley General de Salud en materia de investigación y atendiendo al artículo 17 fracción I y II, se considera que este estudio es factible y no conlleva riesgo debido a que no compromete la integridad física, moral o emocional de las personas que participan. Aquellos individuos que accedieron a participar en el estudio lo hicieron a través de un consentimiento informado por escrito garantizando la voluntariedad del individuo.

Así mismo, y de acuerdo con el Art. 16 del mismo reglamento, se protegió la privacidad y confidencialidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo solo cuando los resultados lo requieren y éste autorice. Se garantizó el anonimato de la persona que proporcionó sus datos evitando su uso para fines diferentes a los que autorizó el sujeto de estudio. Los datos derivados del presente estudio tendrán únicamente fines estadísticos.

Carta de consentimiento informado.

Con base al Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas, el consentimiento informado “es la decisión de participar en una investigación, tomada por un individuo competente que ha recibido la información necesaria, la ha comprendido adecuadamente y la ha considerado. Toma la decisión sin haber sido sometido a coerción, intimidación, influencias o incentivos indebido”. Una vez firmado y autorizado por el paciente se procede a incluirlo al estudio de investigación.

Sustento legal para la aplicación del consentimiento informado

La carta de consentimiento informado es requisito indispensable para solicitar la autorización de un proyecto o protocolo de investigación, por lo que deberá cumplir con las especificaciones que se establecen en los artículos 20, 21 y 22 del Reglamento (numeral 11.3, NOM-012-SSA3-2012).

10. Resultados

10.1 Análisis univariado

En el **cuadro 1** se observa la distribución de la muestra total (n=997), la tasa de participación fue de 95%, de los cuales el 53.3% (n=531) fueron mujeres y el 46.7% (n=466) fueron hombres. El promedio de edad para los hombres fue de 20.75 ± 1.85 años y para las mujeres de 20.89 ± 1.94 años. También se encontró que el 86.3% (n= 402) de los hombres (n=466) refieren estar solteros, el 5.4% (n=25) casados y el 8.1% (n=38) en unión libre. Mientras que las mujeres el 97.4% (n=517) refiere estar soltera, el 1.7% (n=9) casada y el 0.9% (n=5) en unión libre. No hubo divorciados ni viudos en ambos sexos biológicos.

Cuadro 1. Distribución de las variables sociodemográficas incluidas en el estudio por sexo biológico.

Variable	Hombres (n=466)		Mujeres (n=531)	
	Promedio	Desviación Estándar	Promedio	Desviación estándar
Edad	20.75	1.85	20.89	1.94
Variable	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Sexo	466	46.7	531	53.3
Estado civil				
Casado(a)	25	5.4	9	1.7
Separado(a)	1	0.2	0	0
Soltero(a)	402	86.3	517	97.4
Unión libre	38	8.1	5	0.9

En cuanto al instituto de procedencia, el 41.4% (n=413) pertenecen al Instituto de Ciencias Básicas e Ingeniería, el 30.9% (n=308) al Instituto de Ciencias Económico-Administrativas y el 27.7% (n=276) al Instituto de Ciencias Sociales y Humanidades (Cuadro 2).

Cuadro 2. Distribución de la variable Instituto de procedencia.

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Instituto		
ICBI	413	41.4
ICEA	308	30.9
ICSHu	276	27.7

Segregados los datos de acuerdo con el sexo biológico, en el Instituto de Ciencias Básicas e Ingeniería el 43.8% (n=181) son hombres y el 56.2% son mujeres, en el Instituto de Ciencias Económico - Administrativas el 53.3% (n=164) son hombres y el 46.7% (n=144) son mujeres, mientras que en el Instituto de Ciencias Sociales y Humanidades el 43.8% (n=121) son hombres y el 56.2% (n=155) son mujeres.

Cuadro 3. Distribución de la variable Instituto de procedencia por sexo biológico.

Variable	Hombres		Mujeres	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Instituto				
ICBI	181	43.8	232	56.2
ICEA	164	53.3	144	46.7
ICSHu	121	43.8	155	56.2

En el cuadro 4, se presentan los datos descriptivos de la variable percepción de salud bucal, en donde se observó que el 49.1% (n=229) de los hombres reportó tener en general una buena salud bucal, el 42.0% (n=196) reportó tener salud bucal moderada y el 8.9% (n=41) reportó tener una mala salud bucal en general. Mientras que, en las mujeres, el reportó tener una buena salud bucal, el 45.9% (n=244) reportó una salud bucal moderada y el 4.3% (n=23) consideró tener una mala salud bucal en general.

Cuadro 4. Distribución de la variable percepción de salud bucal por sexo biológico.

Variable	Hombres		Mujeres	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Salud bucal autoevaluada				
Buena	299	49.1	264	49.8
Moderara	196	42.0	244	45.9
Mala	41	8.9	23	4.3

En el cuadro 5 observamos la distribución de las variables sensibles al género por sexo biológico en las cuales el 86.9% (n=405) de los hombres dependen económicamente de sus padres y el 13.1% (n=61) no lo hacen. Así mismo, en su mayoría las mujeres (93.4%; n=496) reportaron depender económicamente de sus padres.

De los hombres, el 41.4 % (n=273) reportaron trabajar además de estudiar, de igual manera que el 48.0% (n=255) de las mujeres participantes. De los hombres participantes que reportaron trabajar además de estudiar, refirieron dedicarle en su mayoría (58.6%; n=113) 11 horas o más a la semana. Con respecto a las mujeres participantes que refirieron estudiar y trabajar, el 59.2% (n=151) refirió dedicar 11 horas o más a la semana a su trabajo. El porcentaje promedio de los miembros que conforman el núcleo familiar fue de 6.88+ 2.52.

Cuadro 5. Distribución de las variables sensibles al género por sexo biológico.

Variable	Hombres		Mujeres	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Dependencia económica de los padres				
No	61	13.1	35	6.6
Si	405	86.9	496	93.4
Estudia y trabaja				
No	273	53.6	276	52.0
Si	193	41.4	255	48.0
Horas dedicadas al trabajo				
1-5 horas				
6-10 horas	33	17.1	51	20.0
11 o más horas	47	24.3	53	20.8
	113	58.6	151	59.2
Variable	Promedio	DE	Promedio	DE
Miembros que conforman el núcleo Familiar	4.27	1.64	4.35	1.49
Variable	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Realización de tareas domésticas				
No	53	11.4	43	8.1
Si	413	88.4	488	91.9
Horas dedicadas a tareas domésticas				
1-5 horas	294	71.2	349	71.5
6-10 horas	93	22.5	108	22.1
11 o más horas	36	6.3	31	6.4
Horas dedicadas a la escuela				
1-5 horas	77	16.5	68	12.8
6-10 horas	99	21.2	127	23.9
11 o más horas	290	62.3	336	63.3
Horas dedicadas al cuidado personal				
1-5 horas	228	48.9	281	52.9
6-10 horas	190	40.8	196	36.9
11 o más horas	48	10.3	54	10.2

10.1 Análisis bivariado

En el cuadro 6 se muestra el análisis bivariado entre la percepción de salud bucal en general y el sexo, se observó que los hombres reportaron peor salud bucal general que las mujeres (8.8% vs 4.3%; $p=0.014$), siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p<0.05$).

Cuadro 6. Distribución de la percepción de salud bucal por sexo.

	Buena	Moderada	Mala	Total
Sexo				
Hombres	299(49.1)	196 (42.1)	41(8.8)	100
Mujeres	264(49.7)	244(46.0)	23(4.3)	100

$X^2= 8.5824$ $p = 0.014$

En el cuadro 7 se muestra el análisis bivariado entre La percepción de alineación de los dientes y el sexo. En el análisis de chi cuadrada se observó que las mujeres reportaron tener peor alineados sus dientes que los hombres (15.3% vs 14%; $p<0.01$), siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p<0.05$).

Cuadro 7. Distribución de la alineación de los dientes por sexo.

	Buena	Moderada	Mala
Sexo			
Hombres	238 (51.0)	142(30.5)	86 (18.5)
Mujeres	148 (27.9)	274(51.6)	109 (20.5)

$X^2= 61.6060$ $p <0.01$

El cuadro 8 muestra el análisis bivariado entre la edad y la percepción de salud bucal en los hombres participantes. Los sujetos que perciben una buena salud presentaron un promedio de edad de 20.33 ± 1.74 años, los que señalaron tener una salud bucal moderada presentaron una media de edad de 21.21 ± 1.84 años y los que señalaron tener una mala salud bucal presentaron una media de edad de 20.97 ± 2.00 años. El valor de p obtenido aplicando la prueba de Kruskal-Wallis fue de $p=0.0001$, lo cual significa que existe diferencia estadísticamente significativa.

Con respecto al análisis entre la edad y la percepción de salud bucal en las mujeres participantes. Las mujeres que perciben una buena salud presentaron un promedio de edad de 20.54 ± 1.56 , las que señalaron tener una salud bucal moderada presentaron una media de edad de 21.19 ± 2.02 y las que señalaron tener una mala salud bucal presentaron una

media de edad de 21.69 ± 1.89 . El valor de p obtenido aplicando la prueba de Kruskal-Wallis fue de $p = 0.0015$, lo cual significa que existe diferencia estadísticamente significativa.

Cuadro 8. Distribución de la percepción de salud bucal por edad.

Variable	Hombres		Mujeres	
	Promedio de edad	D.E.	Promedio de edad	D.E.
Salud bucal autoevaluada				
Buena	20.33	1.74	20.54	1.56
Moderada	21.21	1.84	21.19	2.02
Mala	20.97	2.00	21.69	1.89
Valor de p	0.0001* z = 3.64; < 0.01†		0.0015 z = 3.66; < 0.001†	

* Kruskal-Wallis, †Prueba de tendencia no paramétrica

En el cuadro 9 se muestran los resultados de las comparaciones múltiples de las categorías de la percepción de salud bucal de los hombres. Se observó que, en la comparación del promedio de edad de percepción de buena salud vs promedio de edad de mala salud es estadísticamente significativo ($p < 0.001$). Sin embargo, no existe una diferencia estadísticamente significativa entre el promedio de edad de los hombres que señalaron tener una buena salud con respecto al promedio de edad de quienes indicaron tener una salud bucal moderada ($p = 0.062615$). El promedio de edad de percepción de mala salud vs promedio de edad de moderada salud no es estadísticamente significativo (0.141627).

Cuadro 9. Análisis de comparaciones múltiples de percepción de salud bucal en hombres

	Valor p ajustado para la significancia $p < 0.0083$
Percepción de salud bucal en general	
Buena vs Mala	$p < 0.001$
Buena vs Moderada	$p = 0.062615$
Mala vs Moderada	$p = 0.141627$

Kruskal-Wallis

En el cuadro 10 se muestran los resultados de las comparaciones múltiples de las categorías de la percepción de salud bucal de las mujeres. Se observó que el promedio de edad de percepción de buena salud vs promedio de edad de mala salud es estadísticamente significativo ($p = 0.001839$). Sin embargo, no existe una diferencia

estadísticamente significativa entre el promedio de edad de las mujeres que señalaron tener una buena salud con respecto al promedio de edad de quienes indicaron tener una salud bucal moderada ($p=0.003909$). El promedio de edad de percepción de mala salud vs promedio de edad de moderada salud no es estadísticamente significativo ($p= 0.070972$).

Cuadro 10. Análisis de comparaciones múltiples de percepción de salud bucal en mujeres

	Valor p ajustado para la significancia $p < 0.0083$
Percepción de salud bucal en general	
Buena vs Mala	$p = 0.001839$
Buena vs Moderada	$p = 0.003909$
Mala vs Moderada	$p = 0.070972$

Kruskal-Wallis

En el cuadro 11 se muestra el análisis bivariado entre La percepción de salud bucal en general y el estado civil, mediante el análisis de chi cuadrada se observó que los hombres que no tienen pareja consideran tener una mejor salud bucal en comparación con quienes si la tienen (55.1% vs 11.1%; $p < 0.01$), siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.01$).

Cuadro 11. Distribución de la percepción de salud bucal por estado civil en hombres.

	Buena	Moderada	Mala
Estado civil			
Con pareja	7(11.1)	44 (69.8)	63 (19.1)
Sin pareja	222(55.1)	142 (37.7)	403 (7.2)

$X^2 = 43.5061$ $p < 0.01$

En el análisis bivariado entre La percepción de salud bucal en general y el estado civil se observó en el análisis de chi cuadrada que las mujeres que no tienen pareja consideran tener una mejor salud bucal en comparación con quienes si la tienen (50.75% vs 14.3%; $p = 0.027$), siendo esta diferencia estadísticamente significativa (Cuadro 12).

Cuadro 12. Distribución de la percepción de salud bucal por estado civil en mujeres.

	Buena	Moderada	Mala
Estado civil			
Con pareja	2 (14.3)	11 (78.6)	1 (7.1)
Sin pareja	262(50.7)	233 (45.1)	22 (4.2)

$\chi^2= 7.2230$ $p =0.027$

En el análisis bivariado entre la percepción de salud bucal en general y si dependen económicamente de los padres (cuadro 13) se observó en el análisis de chi cuadrada que los hombres que no dependen económicamente de sus padres perciben peor su salud con respecto a los que si dependen de ellos, (18.0% vs 7.4%; $p=0.003$) siendo esta diferencia estadísticamente significativa.

Cuadro 13. Distribución de la percepción de salud bucal por dependencia económica de los hombres.

	Buena	Moderada	Mala
Depende económicamente de sus padres			
No	20(32.8)	30(49.2)	11(18.0)
Si	209 (51.6)	166 (41.0)	30 (7.4)

$\chi^2= 11.4692$; $p =0.003$

Sin embargo, en el análisis bivariado entre la percepción de salud bucal en general y si dependen económicamente de los padres de las mujeres (cuadro 14) se observó en el análisis de chi cuadrada que las que no dependen económicamente de sus padres perciben mejor su salud con respecto a las que si dependen de ellos, (54.3% vs 49.4%; $p=0.310$) sin embargo esta diferencia no fue estadísticamente significativa.

Cuadro 14. Distribución de la percepción de salud bucal por dependencia económica de las mujeres.

	Buena	Moderada	Mala
Depende económicamente de sus padres			
No	19 (54.3)	13 (37.1)	3 (8.6)
Si	245 (49.4)	231 (46.6)	20 (4.0)

$\chi^2= 2.3451$; $p =0.310$

En el análisis bivariado entre la percepción de salud bucal en general y las actividades que realizan, se observó en el análisis de chi cuadrada que, tanto los hombres (Cuadro 15)

como las mujeres (cuadro 16) que no trabajan además de estudiar, perciben mejor su salud bucal con respecto a quienes si trabajan, siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p=0.030$), ($p=0.013$).

Cuadro 15. Distribución de la percepción de salud bucal por estudio y trabajo; hombres.

	Buena	Moderada	Mala
Estudia y trabaja			
No	148 (54.2)	102 (37.4)	23 (8.4)
Si	81 (42.0)	94 (48.7)	18 (9.3)

$X^2= 7.0116$; $p =0.030$

Cuadro 16. Distribución de la percepción de salud bucal por estudio y trabajo; mujeres.

	Buena	Moderada	Mala
Estudia y trabaja			
No	152 (55.1)	110 (39.9)	14 (5.0)
Si	112 (43.9)	134 (52.6)	9 (3.5)

$X^2= 8.6913$; $p =0.013$

En el cuadro 17 se muestra el análisis bivariado entre la percepción de salud bucal y el número de integrantes por familia en los hombres. Se observó que, los hombres que tienen más integrantes en su núcleo familiar peor consideraron su salud bucal, siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p=0.0313$). Al aplicar una prueba de tendencia no paramétrica se observó una tendencia ascendente, es decir, a más integrantes tengan en su núcleo familiar, pero consideran su salud bucal ($z=2.20$; $p=0.028$).

Cuadro 17. Distribución de percepción de salud bucal por número de integrantes promedio hombres.

	Percepción de salud bucal		
No de integrantes	Buena 4.29±1.8	Moderada 4.15±1.4	Mala 4.70±1.05
Valor de p	0.0313*		
Valor de z	2.20; 0.028†		

* Kruskal-Wallis, †Prueba de tendencia no paramétrica

Mientras tanto, en el análisis bivariado entre la percepción de salud bucal y le número de integrantes por familia en las mujeres (Cuadro 18) se observó que, las que tienen más

integrantes en su núcleo peor consideran su salud bucal, siento esta diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.001$). Se aplicó de igual manera una prueba de tendencia no paramétrica donde se observó una tendencia ascendente, esto es a más integrantes en su familia, peor consideran su salud ($z = 4.65$; $p = < 0.001$).

Cuadro 18. Distribución de percepción de salud bucal por número de integrantes promedio mujeres.

	Percepción de salud bucal		
No de integrantes	Buena 4.10±1.66	Moderada 4.62±1.2	Mala 4.47±.09
Valor de p	<0.001*		
Valor de z	4.65; 0.000†		

* Kruskal-Wallis, †Prueba de tendencia no paramétrica

En el cuadro 19 se muestra el análisis de la percepción de salud bucal por realización de tareas domésticas, en donde se observó que, mediante la aplicación de la prueba exacta de Fisher, los hombres que si realizan tareas domésticas perciben mejor su salud bucal con respecto a los que no (52.3% vs 24.5%) siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p = 0.000$).

Cuadro 19. Distribución de la percepción de salud bucal por realización de tareas domésticas en el hogar; hombres

	Buena	Moderada	Mala
Realiza tareas domésticas			
No	13(24.5)	40 (75.5)	0 (0.0)
Si	216(52.3)	156 (37.7)	41 (10.0)

Prueba exacta de Fisher; $p = 0.000$

De igual manera, en el análisis de percepción de salud bucal por realización de tareas domésticas con una prueba exacta de Fisher se observó que las mujeres que si realizan tareas domésticas perciben igual su salud bucal con respecto a las que no, ya que no se observó diferencias estadísticamente significativas ($p = 0.672$) (Cuadro 20).

Cuadro 20. Distribución de la percepción de salud bucal por realización de tareas domésticas en el hogar en mujeres.

	Buena	Moderada	Mala
Realiza tareas domésticas			
No	21 (48.8)	19(44.2)	3(7.0)
Si	243(49.8)	225(46.1)	20(4.1)

* Prueba exacta de Fisher; $p = 0.672$

En el cuadro 21 y cuadro 22 se muestran los sujetos de estudio que reportaron si trabajar además de estudiar. En el análisis de chi cuadrada para la distribución de la percepción de salud bucal con respecto a las horas que dedican a su trabajo, se observó que los hombres perciben mejor su salud mientras más tiempo le dedican al trabajo ($p=0.012$) siento esta diferencia estadísticamente significativa. Al aplicar una prueba de tendencia no paramétrica se observó que, conforme aumenta el número de horas la percepción de la salud bucal mejora ($z=-2.38$; $p=0.017$).

Cuadro 21. Distribución de la percepción de salud bucal por horas dedicadas al trabajo en los hombres.

	Buena	Moderada	Mala
Horas dedicas al trabajo			
1-5 horas	14 (42.4)	14 (42.4)	5 (15.2)
6-10 horas	14 (29.8)	24 (51.1)	9 (19.1)
11 o más horas	53 (46.9)	56 (49.6)	4 (3.5)
Valor de p	0.012* -2.38; 0.017†		

* $X^2= 12.7765$, †Prueba de tendencia no paramétrica

De igual manera, en el análisis de chi cuadrada para la distribución de la percepción de salud bucal con respecto a las horas que dedican a su trabajo se observó que las mujeres identifican mejor su salud bucal entre más tiempo le dedican al trabajo, aunque en ellas la diferencia no fue estadísticamente significativa (cuadro 22) ($p= 0.167$). Al aplicar una prueba de tendencia no paramétrica se observó una tendencia. ($z=1.28$; $p=0.202$).

Cuadro 22. Distribución de la percepción de salud bucal por horas dedicadas al trabajo en las mujeres.

	Buena	Moderada	Mala
Horas dedicadas al trabajo			
1-5 horas	25 (49.0)	26 (51.0)	0 (0.0)
6-10 horas	26 (49.0)	23 (43.4)	4 (7.6)
11 o más horas	61 (40.4)	85 (56.3)	5 (3.3)
Valor de p	0.167* 1.28; 0.202†		

* Prueba exacta de Fisher, †Prueba de tendencia no paramétrica

En el cuadro 23 y cuadro 24 se muestran los sujetos de estudio que reportaron si realizar tareas domésticas. En el análisis de prueba Exacta de Fisher para la distribución de la percepción de salud bucal con respecto a las horas que dedican a realizar tareas domésticas se observó que los hombres perciben mejor su salud mientras más tiempo le dedican al trabajo ($p=0.026$) siendo esta diferencia estadísticamente significativa. Al aplicar una prueba de tendencia no paramétrica no se observó alguna tendencia ($z=-0.16$; $p=0.876$).

Cuadro 23. Distribución de la percepción de salud bucal por horas dedicadas a la realización de tareas domésticas en los hombres.

	Buena	Moderada	Mala
Horas dedicadas al trabajo			
1-5 horas	158 (53.7)	104 (35.4)	32 (10.9)
6-10 horas	39 (41.9)	45 (48.4)	9 (9.7)
11 o más horas	19 (73.0)	7 (26.9)	0 (0.0)
Valor de p	0.026* -0.16; 0.876†		

* Prueba exacta de Fisher, †Prueba de tendencia no paramétrica

De igual manera, en el análisis de prueba exacta de Fisher para la distribución de la percepción de salud bucal con respecto a las horas que dedican a la realización de tareas domésticas (cuadro 24) se observó que las mujeres identifican mejor su salud bucal entre menos tiempo le dedican a la realización de estas tareas, siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p= 0.00$). Al aplicar una prueba de tendencia no paramétrica no se observó alguna tendencia ($z=5.01$; $p=0.200$).

Cuadro 24. Distribución de la percepción de salud bucal por horas dedicadas al trabajo en las mujeres.

	Buena	Moderada	Mala
Horas dedicadas al trabajo			
1-5 horas	206 (59.0)	125 (35.8)	18 (5.2)
6-10 horas	31 (28.7)	69 (69.4)	2 (1.9)
11 o más horas	6 (19.3)	25 (80.7)	0 (0.0)
Valor de p	0.000* 5.01; 0.200†		

* Prueba exacta de Fisher, †Prueba de tendencia no paramétrica

En el cuadro 25 se muestra el análisis bivariado entre la percepción de salud bucal y las horas que le dedican a la escuela. En el análisis de chi cuadrada para la distribución de la percepción de salud bucal con respecto a las horas que dedican a realizar tareas domésticas se observó que los hombres perciben mejor su salud mientras más tiempo le dedican a la escuela ($p=0.003$) siento esta diferencia estadísticamente significativa. Al aplicar una prueba de tendencia no paramétrica no se observó alguna tendencia ($z=-0.23$; $p=0.816$).

Cuadro 25. Distribución de la percepción de salud bucal por horas dedicadas a la escuela en los hombres.

	Buena	Moderada	Mala
Horas dedicadas a la escuela			
1-5 horas	38 (49.3)	30 (39.0)	9 (11.7)
6-10 horas	42 (42.4)	56 (56.6)	1 (1.0)
11 o más horas	149 (51.4)	110 (37.9)	31 (10.7)
Valor de p	0.003* -0.23; 0.816†		

* $X^2= 16.244$, †Prueba de tendencia no paramétrica

De igual manera, de chi cuadrada para la distribución de la percepción de salud bucal con respecto a las horas que dedican a la escuela (Cuadro 26) se observó que las mujeres perciben mejor su salud mientras más tiempo le dedican a la escuela ($p=0.389$) aunque esta diferencia no resultó estadísticamente significativa, sin embargo no se observó alguna tendencia ($z=-0.18$; $p=0.854$).

Cuadro 26. Distribución de la percepción de salud bucal por horas dedicadas a la escuela en las mujeres

	Buena	Moderada	Mala
Horas dedicadas a la escuela			
1-5 horas	28 (41.2)	36 (52.9)	4 (5.9)
6-10 horas	69 (54.3)	55 (43.3)	3 (2.4)
11 o más horas	167 (49.7)	153 (45.5)	16 (4.8)
Valor de p	0.389* -0.18; 0.854†		

* $X^2= 4.1287$, †Prueba de tendencia no paramétrica

En el cuadro 27 se muestra el análisis bivariado entre la percepción de salud bucal y las horas que le dedican al cuidado personal. En el análisis de la prueba exacta de Fisher para la distribución de la percepción de salud bucal con respecto a las horas que dedican al cuidado personal se observó que los hombres perciben mejor su salud mientras más tiempo le dedican ($p<0.01$) siendo esta diferencia estadísticamente significativa. Al aplicar una prueba de tendencia no paramétrica se observó una tendencia. ($z=-2.63$; $p=0.008$).

Cuadro 27. Distribución de la percepción de salud bucal por horas dedicadas al cuidado personal en los hombres

	Buena	Moderada	Mala
Horas dedicadas al cuidado personal			
1-5 horas	91 (39.9)	121 (53.1)	16 (7.0)
6-10 horas	111 (58.4)	54 (28.4)	25 (13.2)
11 o más horas	27 (56.3)	21 (43.7)	0 (0.0)
Valor de p	$p< 0.01^*$ -2.63; 0.008†		

* Prueba exacta de Fisher, †Prueba de tendencia no paramétrica

De igual manera, en el análisis de chi cuadrada para la distribución de la percepción de salud bucal con respecto a las horas que dedican al cuidado personal (cuadro 28) se observó que las mujeres identifican mejor su salud bucal entre más tiempo le dedican a la realización de estas tareas, sin embargo, esta diferencia no fue estadísticamente significativa ($p= 0.721$). Al aplicar una prueba de tendencia no paramétrica se observó una tendencia ascendente, es decir, a menos horas dedicadas al cuidado personal mejora su percepción de salud bucal ($z=0.03$; $p=0.978$).

Cuadro 28. Distribución de la percepción de salud bucal por horas dedicadas al cuidado personal en las mujeres

	Buena	Moderada	Mala
Horas dedicadas al cuidado personal			
1-5 horas	139 (49.5)	131 (46.6)	11 (3.9)
6-10 horas	99 (50.5)	86 (43.9)	11 (5.6)
11 o más horas	26 (48.2)	27 (50.0)	1 (1.8)
Valor de p	0.721* 0.03; 0.978†		

* $\chi^2= 2.0800$, †Prueba de tendencia no paramétrica

10.3 Análisis multivariado

Se generaron dos modelos multivariados, uno para la percepción de salud bucal en los hombres y otro para las mujeres. La fuerza de asociación entre las variables dependiente e independientes se expresó como Odds Ratio (OR) con intervalos de confianza (IC) del 95%. Para la construcción del modelo se tuvieron en cuenta las variables que en el análisis bivariado mostraron un valor de $p < 0.25$.

Análisis multivariado Hombres:

El modelo multivariado para la percepción de salud bucal en los hombres se presenta en el cuadro 29. Por cada año de incremento de la edad, la posibilidad de percibir su salud bucal de manera positiva disminuye 21% (OR=0.82, IC del 95%= 0.72 – 0.94, $p=0.005$). Los hombres con pareja tuvieron menor posibilidad de percibir su salud de manera positiva que los hombres que se encontraban sin pareja (OR=0.11, IC del 95%=0.04 – 0.29; $p < 0.01$). Con respecto a las horas dedicadas a la realización de tareas domésticas, los hombres que dedicaron de 1 a 10 horas a su realización tienen 1.9 veces (OR=1.9, IC del 95%=0.88 – 4.3; $p=0.096$) más posibilidad de percibir su salud bucal de manera positiva con respecto a los que no realizan estas tareas. De igual manera, la probabilidad de percibir de manera positiva su salud disminuyó (OR=0.50, IC del 95%=0.28 – 0.90; $p=0.022$) entre los que dedican al menos 1-10 horas a la semana al trabajo con respecto a quienes no trabajan. Finalmente, aquellos hombres que dedicaron 11 o más horas a la semana a su cuidado personal tuvieron 2.16 veces (OR=2.16, IC del 95%= 0.96–4.8; $p=0.019$) más probabilidades de percibir su salud de manera positiva con respecto a quienes no dedicaron ninguna hora.

Cuadro 29. Resultados multivariados de los factores asociados a la percepción de salud bucal en los hombres

Variable	Percepción de salud bucal en los hombres	
	OR (IC 95%)	Valor de p
Edad	0.82 (0.72 – 0.94)	0.005
Estado Civil		
Sin pareja	1*	
Con pareja	0.11 (0.04 – 0.29)	<0.01
Horas dedicadas a la realización de tareas domésticas		
No Realiza	1*	
Realiza de 1-10 horas a la semana	1.9 (0.88 – 4.3)	0.096
Realiza 11 o más horas	4.6 (1.4 – 15.01)	0.011
Horas dedicadas al trabajo		
No Realiza	1*	
Realiza de 1-10 horas a la semana	0.50 (0.28 – 0.90)	0.022
Realiza 11 o más horas	1.7 (0.99 – 3.05)	0.050
Horas dedicadas al Cuidado personal		
Realiza de 1-10 horas a la semana	1*	
Realiza 11 o más horas	2.16 (0.96 – 4.8)	0.019

* Categoría de referencia

Análisis multivariado Mujeres:

El modelo multivariado para la percepción de salud bucal en las mujeres se presenta en el cuadro 30. Por cada año que aumenta la edad, la posibilidad de percibir su salud bucal de manera positiva disminuye 23% (OR=0.81, IC del 95%= 0.73 – 0.90; p<0.01). Las mujeres con pareja tuvieron menor posibilidad de percibir su salud de manera positiva que las que se encontraban sin pareja (OR=0.15, IC del 95%=0.03 – 0.74; p= 0.020). Si la mujer depende económicamente de sus padres tiene menor posibilidad de percibir su salud de manera positiva con respecto a quien no depende de ellos. (OR=0.44, IC del 95%=0.20 – 0.95; p=0.039). A medida que aumenta el número de integrantes en el núcleo familiar de las mujeres la probabilidad de percibir su salud bucal de manera positiva disminuye 23% (OR=0.81, IC del 95%= 0.71 – 0.92; p= 0.002). Finalmente, la posibilidad de percibir de manera positiva su salud disminuyó (OR=0.27, IC del 95%=0.43 – 1.04; p=0.078) entre los que dedican 11 horas o más a la semana a su trabajo con respecto a quienes no trabajan.

Cuadro 30. Resultados multivariados de los factores asociados a la percepción de salud bucal en las mujeres

Variable	Percepción de salud bucal en las mujeres	
	OR (IC 95%)	Valor de p
Edad	0.81 (0.73 – 0.90)	<0.01
Estado Civil		
Sin pareja	1*	
Con pareja	0.15 (0.03 – 0.74)	0.020
Depende económicamente de sus padres		
No depende	1*	
Si depende	0.44 (0.20 – 0.95)	0.039
Si depende	0.81 (0.71 – 0.92)	0.002
Número de integrantes en el núcleo familiar		
1*		
Horas dedicadas al trabajo		
No Realiza	0.85 (0.52 – 1.40)	0.543
Realiza de 1-10 horas a la semana	0.67 (0.43 – 1.04)	0.078
Realiza 11 o más horas		

* Categoría de referencia

11. Discusión

El presente estudio tuvo como objetivo analizar, desde una perspectiva de género, los factores asociados a la autopercepción de la salud bucodental en una población universitaria. La prevalencia de la buena salud bucal autopercebida fue del 49.1%, siendo este resultado menor a lo encontrado en un estudio canadiense donde la mayoría de sus participantes reportaron su salud bucal como buena /muy buena/excelente (92.5%, n=51,338), (Bassim et al., 2020). En otro estudio (Saliba et al., 2009) se reportó de igual manera, que la mayoría de los adolescentes reportaron una buena salud bucal (53.6% de los encuestados), siendo la estética uno de los principales motivos citados en cuanto a la importancia de los dientes. En contraste, un estudio en Argelia encontró una alta prevalencia de mala salud bucal auto percibida entre los adultos de 18-25 años (Pengpid & Peltzer, 2023), esto posiblemente asociado a varios factores sociodemográficos, condiciones bucales y comportamiento no saludable que compromete su salud bucal y la percepción que se tiene sobre de ella, al igual que en un estudio en Paraguay en donde los participantes en grupos de mayor edad de 20 años o más tenían más probabilidades de calificar una mala salud bucal (Arantes, 2018). La salud bucal es un componente fundamental de la salud general y el bienestar de los individuos. La autopercepción de la salud bucal es un aspecto importante que puede influir en los comportamientos de cuidado bucodental y en la búsqueda de atención médica. En el contexto de los universitarios, quienes experimentan un periodo de transición y cambios significativos en su estilo de vida, es esencial comprender cómo perciben y manejan su salud bucal. Las diferencias entre los diversos estudios pueden estar influenciadas por diversos factores, por ejemplo, los instrumentos de medición no son todos iguales. Otro aspecto para considerar es el desarrollo del país e incluso la posición socioeconómica de los sujetos de estudio. Además, aspectos culturales de cada país en donde la posición de los hombres y las mujeres en la sociedad puede ser diferente o de igualdad.

Diferencias entre hombres y mujeres en el análisis bivariado

En este estudio se encontró diferencia estadísticamente significativa de la percepción de salud bucal entre hombres y mujeres, siendo los hombres quienes reportaron peor salud bucal que las mujeres. Esto puede estar asociado con cambios en los comportamientos de higiene, alimentación y otras actividades de cuidado personal. Esto se observa en países

desarrollados, tal como lo menciona un estudio japonés, Nakahara et al (2022) donde se observó en las estudiantes universitarias una alta frecuencia diaria de cepillado de dientes, ellas tenían significativamente más probabilidades de percibir mejor su salud.

En concordancia, en un estudio elaborado en una población indígena canadiense (Hussain et al., 2021), los hombres adultos indígenas, en comparación con las mujeres adultas indígenas, tenían más probabilidades de reportar una mala salud bucal autoevaluada. Esto puede suceder porque la salud bucal es un aspecto ignorado del bienestar de los hombres, difiriendo en su comportamiento de notificación, haciéndolos más propensos a reportarla de manera negativa asociadas a una necesidad insatisfecha de tratamiento.

En contraste, un estudio llevado a cabo en Sudán las mujeres fueron quienes reportaron peor su salud bucal con respecto a los hombres debido a factores como la edad. Diversos estudios ofrecen explicaciones para este fenómeno entre ellas el hecho de que las mujeres que viven en países en vías de desarrollo, como Sudán, son más propensas a reportar síntomas de enfermedades ya que tienen menos acceso al cuidado de salud bucal que los hombres y son más autocríticas sobre sus necesidades. (Cheema et al., 2017) (Mejia et al., 2014) (Nico et al., 2016).

Algunos estudios sugieren también que las mujeres tienden a ser más conscientes de la salud bucal y a participar en prácticas preventivas, como el cepillado frecuente, el uso del hilo dental y las visitas regulares al dentista. Por ejemplo, un estudio realizado por Kim et al. en 2013 encontró que las mujeres eran más propensas a tener hábitos de cepillado regulares y a utilizar el hilo dental en comparación con los hombres (Kim et al., 2013). Las mujeres a menudo muestran una mayor preocupación por la estética dental y facial en comparación con los hombres. Esto puede influir en su percepción de la salud bucal y en su disposición a buscar tratamiento. Un estudio publicado en 2012 señaló que las mujeres consideraban más importante la estética dental que los hombres (Rajab et al., 2012).

Modelos multivariados para hombres y para mujeres

Con respecto al modelo de análisis multivariado se encontraron factores que modifican la percepción de salud bucal tanto en hombres como en mujeres, tales como la edad el estado civil y el hecho de dedicarse a trabajar además de estudiar. De acuerdo con la edad se observó que, la posibilidad de percibir su salud bucal de manera positiva tanto en hombres como en mujeres disminuyó, hallazgos que son consistentes con los resultados obtenidos en otros estudios, como el de Pengpid y Peltzer en el 2019 en Kenia en donde encontraron que a medida que la edad de una persona aumenta, la calificación de salud bucal auto

percibida disminuye. Esto puede suceder debido a que la responsabilidad en el cuidado bucal, la prevención de enfermedades y la importancia del uso de servicios sanitario empieza en la adolescencia e incrementa con la edad. Lo que puede resultar en reportar de manera “objetiva” las deficiencias en la salud bucal porque ya se tienen mejor conocimiento (Myers- Wright et al., 2018). Diversos autores señalan que factores como la enseñanza en hábitos de higiene y la adopción de estos hábitos al cuidado de la salud oral impacta de manera significativa a través de los años, mientras adquirimos madurez. (Maldonado et al., 2020) (Pacheco et al., 2029). Además, una investigación de Kumar et al., en el 2019 afirma que para un estudiante universitario es más difícil tener un juicio crítico sobre los cuidados en la salud oral mientras más joven sea.

De acuerdo con el estado civil, tanto hombres como mujeres con pareja tuvieron mayor posibilidad de percibir su salud de manera negativa con respecto a quienes se encontraban sin pareja en ese momento. Esto puede deberse a que la pareja a menudo puede precisar las necesidades del otro incluso antes de que él o ella misma lo perciban. Sobre este hallazgo, Erdsiek en 2017 en su estudio sobre comportamientos en salud oral concluye que, los adultos que viven o conviven con una pareja aumentaron sus posibilidades de recibir controles dentales más pronto ya que son conscientes de su estado de salud real y de sus necesidades de atención, que aquellos sin pareja.

La relación entre el trabajo y la autopercepción de la salud bucal es compleja y multidimensional. En esta investigación, el tiempo dedicado al trabajo fue un factor asociado a la autopercepción de la salud bucal, ya que observó que, la posibilidad de percibir de manera positiva su salud disminuía mientras más horas dedicaban a esta actividad, tanto hombres como mujeres. Esto se puede explicar debido a que, por un lado, el tipo de trabajo puede influir en cómo las personas se perciben a sí mismas en términos de salud bucal. Las ocupaciones que exigen una sonrisa estética, como aquellas en el ámbito del entretenimiento, pueden enfatizar la importancia de la apariencia dental y, por lo tanto, afectar la autopercepción. Por otro lado, la cantidad de tiempo que una persona dedica al trabajo puede tener un impacto significativo en su bienestar físico y mental. De acuerdo con diversos autores, el exceso de trabajo y largas jornadas laborales han sido asociados con problemas de salud física y mental (Kivimäki et al, 2015). También se ha demostrado una relación entre la satisfacción laboral y la percepción de la salud. Las personas que están satisfechas con su trabajo suelen informar una mejor salud percibida.

Un estudio publicado en 2003 (Judge et al., 2023) encontró que la satisfacción laboral estaba relacionada con una mejor salud percibida y una menor incidencia de problemas de

salud. La flexibilidad en el trabajo puede influir en cómo las personas perciben su salud. Tener la capacidad de ajustar los horarios laborales para acomodar las necesidades personales puede contribuir a una mayor percepción de bienestar. Un estudio publicado en 2018 (Jimenez et al., 2017) encontró que la flexibilidad laboral estaba relacionada con una mejor salud percibida.

Sobre los factores diferenciados, en este estudio se observó que los hombres que dedicaron 11 o más horas a la semana a su cuidado personal tuvieron más probabilidad de percibir su salud bucal de manera positiva con respecto a quienes no dedicaron ninguna hora. Estos resultados son similares a los de un estudio sobre la salud bucal de los hombres, en donde Lipsky (2021) reportó que, aunque los hombres son más propensos a ignorar su salud bucal y tener hábitos de higiene bucal deficientes, cuando estos se ven modificados a través de acciones de cuidado personal, mejora su percepción de salud en general. Esto puede ser debido a que, la implementación de técnicas adecuadas de higiene, empleo de auxiliares al cepillado, genera una sensación de bienestar y autoconfianza modificando, de manera positiva, la notificación de la propia salud percibida.

Se observó que las mujeres que dependen económicamente de sus padres tienen mayor posibilidad de percibir su salud de manera negativa con respecto a quien no depende de ellos. Huamanchaqui (2021) en Perú, informó que, sí existe una relación significativa entre la dependencia económica y la salud, siendo el factor predominante sus padres quienes no les permitieron proseguir con cuidados de salud especializados o atención médica. A diferencia del hijo varón, quien, sí debía llevarlo a cabo porque sería cabeza de familia, mientras que la mujer se debía casar y depender ahora, del marido. La dependencia económica puede influir en la capacidad de una mujer para tomar decisiones autónomas sobre su salud. Si una mujer depende económicamente de otra persona o entidad, es posible que tenga menos control sobre decisiones relacionadas con su salud, lo que podría afectar negativamente su bienestar (Upadhyay et al., 2014).

Por último, se observó que, a medida que aumentó el número de integrantes en el núcleo familiar de las mujeres, la probabilidad de percibir su salud bucal de manera positiva disminuyó. Esto puede ser porque el hecho de vivir con familia numerosa puede enfrentar dificultades económicas debido a la necesidad de cubrir las necesidades básicas de más miembros. Esto podría influir en la calidad de la alimentación, el acceso a la atención médica y otros recursos importantes para la salud. Resultados consistentes con el estudio de Raymo (2015) en Japón, en el que se determinó que vivir en una familia numerosa puede aumentar la carga financiera debido a los costos relacionados con los recursos necesarios

y la disponibilidad de estos. Aunque algunos estudios también demostraron asociación entre el tipo de hogar (no solo el número de miembros y el comportamiento de salud bucal) (Nakahara et al., 2021), ya que, si existe comunicación, administración y sana convivencia, los recursos limitados podrían no ser un obstáculo para el cuidado de la salud.

La autopercepción de la salud bucal con una perspectiva de género es un campo complejo que involucra factores sociales, culturales, biológicos y económicos. Reconocer estas diferencias es esencial para proporcionar una atención dental equitativa y sensible al género. Además, abordar las normas de género arraigadas y promover la educación sobre la importancia de la salud bucal para todos los géneros puede ayudar a reducir las disparidades en la autopercepción y el acceso a la atención dental. Al final, una sociedad saludable es aquella en la que todos pueden sonreír con confianza, independientemente de su género.

12. Conclusiones

En este estudio se encontró que, dentro de la comunidad universitaria, los hombres perciben peor su salud bucodental que las mujeres. Se observaron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la dependencia económica de las mujeres y el número de integrantes que componen su hogar, en el análisis multivariado estos factores se consideraron como riesgo a su percepción; sin embargo, en factores como la edad y el estado civil, las diferencias se centraron entre las categorías de las mismas variables, pero los resultados fueron consistentes tanto en hombres como en mujeres.

Un hallazgo importante es que, el hecho de realizar tareas domésticas no implicó un riesgo a la autopercepción bucal en hombres, siendo considerado un aliciente para mejorar su percepción.

Se observaron algunas tendencias en cuanto a las horas que dedican a determinada actividad, siendo la diferencia más importante las horas dedicadas al trabajo y su repercusión en la percepción de su salud bucal, considerando así al uso del tiempo como un factor importante que refleja las desigualdades de género en nuestra sociedad.

Se puede concluir que las diferencias biológicas y socio culturales entre los hombres y las mujeres inciden sobre su percepción de salud bucodental, muchas de las cuales son prevenibles.

13. Recomendaciones

En este estudio al identificar estas diferencias, se destaca la necesidad de realizar más investigaciones para comprender mejor estas disparidades y cómo incorporarlas en el desarrollo de estrategias de prevención, educación y tratamiento para mejorar la salud bucodental en los hombres y las mujeres de manera diferenciada

Brindar atención de la salud bucodental culturalmente adaptada puede mejorar la probabilidad de que los estudiantes universitarios perciban de manera oportuna sus necesidades en salud y visiten al dentista para recibir atención oportuna.

14. Limitaciones

La limitación principal de este estudio con perspectiva de género es que, al hacerlo desde un enfoque predominantemente cuantitativo se ahondara muy poco sobre el porqué de la dinámica social con respecto al género y las desigualdades que esto conlleva. Por lo tanto, el presente trabajo debe complementarse con estudios sociológicos que determinen y examinen a profundidad la estructura de nuestra sociedad que refuerza la desigualdad e inequidad de género y sus afectaciones consecuentes a la salud.

15. Materiales y Presupuesto

La titular esta investigación, Karen Kristel Santos García, realizó el trabajo cuando gozaba de una beca del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) de México. Los recursos utilizados fueron aportados por medios propios e incluyeron:

- 2 dispositivos móviles (IPad)
- 2 equipos de cómputo portátiles (Laptop)

16. Cronograma de Actividades

Actividad	Mes y Año					
	Julio Diciembre 2021	Septiembre 2022	Noviembre 2022	Marzo 2023	Diciembre 2023	Diciembre 2023
Planeación						
Recolección de Datos						
Análisis de Datos						
Presentación en Congreso						
Presentación de Resultados						
Proyecto Terminal Concluido						

17. Referencias bibliográficas

- Abreu LG, Melgaço CA, Valença AM, Paiva SM, Martins CC. (2016). Gender differences in the oral health-related quality of life among Brazilian adolescents. *Int J Paediatr Dent*. 26(4):259-66. doi: 10.1111/ipd.12195.
- Academy of Prosthodontics: Glossary of prosthodontic terms. *J Prosthet Dent* 2005;94:10-92.
- Al Quran FA, Al-Dwairi ZN, Al-Ghalayini RF. (2015). Satisfaction and oral health-related quality of life outcomes of implant overdentures and fixed complete dentures. *J Oral Implantol*. 41(5): 582-588.
- Bailis, D. S., Segall, A., & Chipperfield, J. G. (2003). Two views of self-rated general health status. *Social Science & Medicine* (1982), 56(2), 203-217.
- Baldani, M. H., Antunes, J. L. F., & Inês de Sousa, R. (2017). Gender differences in oral health in a population of older adults: A latent class analysis. *PLoS ONE*, 12(11).
- Baron-Epel, O., Kaplan, G., Haviv-Messika, A., Tarabeia, J., Green, M. S., & Kaluski, D. N. (2005). Self-reported health as a cultural health determinant in Arab and Jewish Israelis MABATeNational health and nutrition survey 1999e2001. *Social Science & Medicine* (1982), 61(6), 1256-1266.
- Bassim, C. W., MacEntee, M. I., Nazmul, S., Bedard, C., Liu, S., Ma, J., Griffith, L. E., & Raina, P. (2020). Self-reported oral health at baseline of the Canadian Longitudinal Study on Aging. *Community dentistry and oral epidemiology*, 48(1), 72–80.
- Bianchi, S. M., Robinson, J. P., & Milkie, M. A. (2000). *The changing rhythms of American family life*. Russell Sage Foundation.
- Breidablik, H. J., Meland, E., & Lydersen, S. (2008). Self-rated health in adolescence: a multifactorial composite. *Scandinavian journal of public health*, 36(1), 12–20.
- Brennan DS, Spencer AJ, Roberts-Thomson KF. (2010). Self-perceived oral health, normative need and dental services utilization among adults. *Community Dent Health*. 27(4):217-21.
- Broadbent, J. M., Thomson, W. M., & Poulton, R. (2013). Oral health beliefs in adolescence and oral health in young adulthood. *Journal of Dental Research*, 92(6), 592-597.
- Champion, V. L., & Skinner, C. S. (2008). The health belief model. In *Health behavior and health education: Theory, research, and practice* (4th ed., pp. 45-65).

Cheema S, Maisonneuve P, Al Tani MH, Al-Thani AAM, Anraham A, Al-Mannai GA, et al.(2017). Oral health behavior and factors associated with poor oral status in Qatar: results from a national health survey. *J Public Health Dent*, 77, 308-316.

Chhabra, N., & Chhabra, A. (2016). Self-perceived and clinically diagnosed dental needs among adults: a comparative study. *Journal of Oral Health and Community Dentistry*, 10(3), 126-130.

Connell R. Gender, health and theory: Conceptualizing the issue, in local and world perspective. *Social Science & Medicine*, 2012; 74(11):1675-1683.

Cugini, C., Ramasubbu, N., Tsiagbe, V. K., & Fine, D. H. (2021). Dysbiosis From a Microbial and Host Perspective Relative to Oral Health and Disease. *Frontiers in Microbiology*, 12(March), 1–23.

Cunha-Cruz J, Hujoel PP, Nadanovsky P. (2007). Secular trends in socio-economic disparities in edentulism: USA, 1972-2001. *J Dent Res*. 86(2): 131-136.

Delgado, I., Cornejo Ovalle, M., Jadue, L., & Huberman, J. (2013). Determinantes sociales y equidad de acceso en la salud dental en Chile.

Dolan, T. A., Atchison, K. A., & Huynh, T. N. (2005). Access to dental care among older adults in the United States. *Journal of Dental Education*, 69(9), 961-974.

Erdziek F., Waury D., Brzoska P. (2017). Comportamiento de salud oral en adultos inmigrantes y no inmigrantes en Alemania: la utilización de chequeos dentales regulares. *BMC Salud Bucal.*; 17:84.

Fayers, P., & Sprangers, M. (2002). Understanding self-rated. *Lancet*, 359(187-195).

Felton, D. A. (2009). Edentulism and comorbid factors. *Journal of Prosthodontics*, 18(2), 88–96.

Franco-Giraldo, Álvaro. (2021). La salud bucal, entre la salud sistémica y la salud pública. *Universidad y Salud*, 23(3), 291-300.

García Calvente, M. del M., del Río Lozano, M., & Marcos Marcos, J. (2015). Guía de indicadores para medir las desigualdades de género en salud y sus determinantes. *Escuela Andaluza de Salud Pública*, 33(7).

García Calvente, M. del M., Jiménez Rodrigo, M. L., & Martínez Morante, E. (2013). Guía para incorporar la perspectiva de género a la investigación en salud. *Escuela Andaluza de Salud Pública*, 33(7).

García-Calvente, M. del M., Ruiz-Cantero, M. T., del Río-Lozano, M., Borrell, C., & López-Sancho, M. P. (2015). Desigualdades de género en la investigación en salud pública y epidemiología en España (2007-2014). *Gaceta Sanitaria*, 29(6), 404–411.

GBD 2017 Oral Disorders Collaborators, Bernabe, E., Marcenes, W., Hernandez, C. R., Bailey, J., Abreu, L. G., Alipour, V., Amini, S., Arabloo, J., Arefi, Z., Arora, A., Ayanore, M. A., Bärnighausen, T. W., Bijani, A., Cho, D. Y., Chu, D. T., Crowe, C. S., Demoz, G. T., Demsie, D. G., Dibaji Forooshani, Z. S., ... Kassebaum, N. J. (2020). Global, Regional, and National Levels and Trends in Burden of Oral Conditions from 1990 to 2017: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease 2017 Study. *Journal of dental research*, 99(4), 362–373.

Gift HC, Reisine ST, Larach DC. (1992). The social impact of dental problems and visits. *American Journal of Public Health*. 82(12): 1663-1668.

Glick, M., Williams, D., Kleinman, D., Vujicic, M., Watt, G., & Weyant, R. (Diciembre de 2016). A new definition for oral health developed by the FDI World Dental Federation opens the door to a universal definition of oral health. *Int Dent J*, 322-324.

Huamanchaqui C. (2021). Relación entre dependencia económica y violencia contra las mujeres, asentamiento humano Las Lomas De Cerro Candela -Cañete 2019 – 2020. *Universidad Autónoma del Perú*. 98-99.

Hussain, A., Jaimes, S. B., & Crizzle, A. M. (2021). Predictors of self-rated oral health in Canadian Indigenous adults. *BMC oral health*, 21(1), 430.

Idler EL, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: A review of twenty-seven community studies. *J Health Soc Behav*. 1997;38:21-37.

Instituto Nacional de Pediatría. (2015). La importancia de la salud bucal reflejada en la salud general de los pacientes pediátricos con trastornos sistémicos. *Acta Pediátrica Mexicana*, 36, 311-315.

Jimenez, P., & Dunkl, A. (2017). The Buffering Effect of Workplace Resources on the Relationship between the Areas of Worklife and Burnout. *Frontiers in psychology*, 8, 12.

Judge, T. A., Thoresen, C. J., Bono, J. E., & Patton, G. K. (2001). The job satisfaction-job performance relationship: a qualitative and quantitative review. *Psychological bulletin*, 127(3), 376–407.

Kabeer, N. (2005). Gender equality and women's empowerment: A critical analysis of the third millennium development goal. *Gender & Development*, 13(1), 13-24.

Kim HY, Patton LL, Kim MS, et al. (2013). Gender differences in oral health behavior and general health habits in an adult population. *Journal of Clinical Periodontology*, 40(4), 293-301..

Kivimäki, M., Jokela, M., Nyberg, S. T., Singh-Manoux, A., Fransson, E. I., Alfredsson, L., Bjorner, J. B., Borritz, M., Burr, H., Casini, A., Clays, E., De Bacquer, D., Dragano,

N., Erbel, R., Geuskens, G. A., Hamer, M., Hooftman, W. E., Houtman, I. L., Jöckel, K. H., Kittel, F., ... IPD-Work Consortium (2015). Long working hours and risk of coronary heart disease and stroke: a systematic review and meta-analysis of published and unpublished data for 603,838 individuals. *Lancet (London, England)*, 386(10005), 1739–1746.

Kornblit, A. L., Sustas, S. E., & Di Leo, P. F. (2014). Género, derechos sexuales, biografía y escuela: articulaciones y tensiones en discursos de docentes de argentina. *Educação & Sociedade*, 35(126), 161-178.

Krieger, N. (2003). Genders, sexes, and health: what are the connections- and why does it matter? *International Journal of Epidemiology*, 32, 625-657. Recuperado el 2021.

Kumar P, Doshi D, Kulkarni S, Reddy P, Reddy S, Srilatha A. (2019). Effect of motivation on oral hygiene and caries status among young adults in Hyderabad City. *Indian J Dent Res.*;30(1):15-20.

Lamont, R., Koo, H., & Hajishengallis, G. (2018). The Oral Microbiota: Dynamic communities and host interactions. 16, 745-759.

Lawal, F. B., & Dosumu, E. B. (2021). Self-reported and clinically evident gingival bleeding and impact on oral health-related quality of life in young adolescents: a comparative study. *Malawi medical journal : the journal of Medical Association of Malawi*, 33(2), 121–126.

Layes, A., Asada, Y., & Kepart, G. (2012). Whiners and deniers - what does self-rated health measure?. *Social science & medicine* (1982), 75(1), 1–9.

Lipsky, M. S., Su, S., Crespo, C. J., & Hung, M. (2021). Men and Oral Health: A Review of Sex and Gender Differences. *American journal of men's health*, 15(3).

Locker, D., Matear, D., & Stephens, M. (2001). Lawrence HP. Comparison of self-reported and clinically derived oral health status. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 29(4), 298-305.

Maldonado-Mancillas JA. Cantú- Gallegos M. César G-MJ. Eduardo C-CH (2020). Las competencias clínicas en la enseñanza de la propedéutica médica. *Rev Educ y Desarrollo*. 53.

Marcenes, W., Kassebaum, N., Bernabé, J., Flaxman, A., Naghavi, M., López, A., & Murray, C. (2013). Global burden of oral conditions in 1990-2010: a systematic analysis. *Journal of dental research*, 92(7).

Marsh PD, Zaura E. Biopelícula dental: interacciones ecológicas en la salud y la enfermedad. *J Clin Periodontol* 2017; 44 (Suplemento 18): S12–S22.

Mejia G, Armfield JM, Jaimeson LM. Self-rated oral health and oral Health-related factors: the role of social inequality. (2014). *Aust Dent*. 59. 226-233.

Menec, V. H., Chipperfield, J. G., & Perry, R. P. (1999). Self-perceptions of health: a prospective analysis of mortality, control, and health. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 54(2), 85-93.

Montero J, Moya P, Llodra JC, Bravo M. (2016). Self-Perceived Oral Health and Clinical Oral Health Measures in an Elderly Population in Chile. *J Oral Res*. 5(7):305-311.

Myers-Wright, N., Cheng, B., Tafreshi, S. N., & Lamster, I. B. (2018). A simple self-report health assessment questionnaire to identify oral diseases. *International dental journal*, 68(6), 428–432.

Nakahara, M., Ekuni, D., Kataoka, K., Yokoi, A., Uchida-Fukuhara, Y., Fukuhara, D., Kobayashi, T., Toyama, N., Saho, H., Islam, M. M., Iwasaki, Y., & Morita, M. (2021). Living with Family Is Directly Associated with Regular Dental Checkup and Indirectly Associated with Gingival Status among Japanese University Students: A 3-Year Cohort Study. *International journal of environmental research and public health*, 18(1), 324.

Nakahara, M., Toyama, N., Ekuni, D., Takeuchi, N., Maruyama, T., Yokoi, A., Fukuhara, D., Sawada, N., Nakashima, Y., & Morita, M. (2022). Trends in Self-Rated Oral Health and Its Associations with Oral Health Status and Oral Health Behaviors in Japanese University Students: A Cross-Sectional Study from 2011 to 2019. *International journal of environmental research and public health*, 19(20), 13580.

Nava Romero, D. Y. (2006). *Percepción de salud bucal en los adolescentes*. México: UNAM.

Nico LS, Andrade SS, Malta DC, Pucca Júnir GA, Perez MA, (2016). Self-reported oral health in the Brazilian adult population: results of the 2013 National Health survey. *Cien Saude Colet*. 21. 389-398.

Oleg, F., & Edwina, K. (2008). *Dental Caries*. Iowa: Blackwell Munksgaard.

Organización Panamericana de la Salud. OPS. (2004). *Indicadores básicos para el análisis de la equidad de género en salud*. 1-11.

Östlin P, Sen G, Geroge, A. (2004). Paying Attention to Gender an Poverty in Health Research. *Bulletin of the World Health Organization*. 82(10): 740-745.

Pacheco KG. Enciso PA. Martinez Lizan. Pareja G. (2019). Motivation: A Key Element to Adopt Healthy Habits and Improve Oral Health. *Psychol Behav Sci Int J[Internet].*; 13(4).

Patrick, D. L., & Erickson, P. (1993). *Health status and health policy: Quality of life in health care evaluation and resource allocation*. New York: Oxford University Press.

Pengpid, S., & Peltzer, K. (2023). Poor Self-Rated Oral Health Status and Associated Factors Amongst Adults in Algeria. *International dental journal*, S0020-6539(23)00041-2. Advance online publication.

Perozo, N., Montero, Á., Julia, C., Morales, R. De, & Teresita, T. (2012). Concepciones de la salud/enfermedad bucal: aproximaciones desde una perspectiva de género. *Ciencia Odontológica*, 9(2), 103–111.

Quilcate Gonzales, A. R. (2022). Factores que influyen en el impacto subjetivo de la estética oral y la necesidad de tratamiento ortodóntico auto percibida en adolescentes.

Rajab LD, Petersen PE, Bakaeen G, Hamdan MA. (2012). Oral health behaviour of schoolchildren and parents in Jordan. *International Journal of Dental Hygiene*, 10(3), 176-183.

Raymo JM Vivir solo en Japón: Relaciones con la felicidad y la salud. *demográfico Res.* 2015; 32 :1267–1298. doi: 10.4054/DemRes.2015.32.46.

Rosa, A., Calixto, J., Abascal, I. C., Luis, P., & Martínez, V. (2015). Construcción y validación de instrumentos para directivos de salud desde la perspectiva de género Construction and validation of instruments for executives of health from the perspective of gender. *Horizonte Sanitario*, 14, 101–110.

Rosenstock, I. M. (1974). Historical origins of the health belief model. *Health Education Monographs*, 2(4), 328-335.

Rosenstock, I. M., Strecher, V. J., & Becker, M. H. (1988). Social learning theory and the health belief model. *Health Education Quarterly*, 15(2), 175-183.

Rueda Martínez, Gabriela, & Albuquerque, Aline. (2017). La salud bucal como derecho humano y bien ético. *Revista Latinoamericana de Bioética*, 17(1), 36-59.

S, Peltzer K. (2019). Self-rated oral health status and social and health determinants among community dwelling adults in Kenya. *Afr Health Sci.*19(4):3146–53

Sabbagh HJ, Mossey PA, Innes NP, Maguey J, Al-Hammad N, Baghdadi ZD. (2010). Self-perceived oral health and quality of life of children in Saudi Arabia. *Int J Paediatr Dent.* 20(6):405-14.

Saliba-Garbin, Cléa A, Ispere-Garbin, Artênio J, Moreira-Arcieri, Renato, Saliba, Nemre A, & Gonçalves, Patricia E. (2009). La Salud Bucal en la Percepción del Adolescente. *Revista de Salud Pública*, 11(2), 268-277.

Sanders, A. E., Spencer, A. J., Slade, G. D., & Turrell, G. (2006). Evaluating the role of dental behaviour in oral health inequalities. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 34(2), 71-79.

Sanz Barbero, Belén. (2008). Variables sociodemográficas, estilos de vida y salud autopercebida en la población inmigrante. *Gaceta Sanitaria*, 22(5), 413-414.

Schünke, M., & Augustin, C. H. (2012). Gomes et al_BOR_2012. 26(5), 436–442.

Secretaría de Salud, Dirección General de Epidemiología. (2021). Manual de Patologías Bucales. SIVEPAB. Manual de Procedimientos Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales. México.

Sen, G. (1999). Gender mainstreaming in health: Looking back, looking forward. *Gender and Development*, 7(3), 8-13.

Shmueli, A. (2003). Socio-economic and demographic variation in health and in its measures: the issue of reporting heterogeneity. *Social Science & Medicine* (1982), 57(1), 125-134.

Silas Casillas, J. C., (2005). Realidades y tendencias en la educación superior privada mexicana. *Perfiles Educativos*, XXVII(109-110), 7-37.

Singh-Manoux, A., & Marmot, M. (2005). Role of socialization in explaining social inequalities in health. *Social Science & Medicine* (1982), 60(9), 2129-2133.

SIVEPAB. (2019). Resultados del sistema de vigilancia epidemiológica de patologías bucales. Dirección General de Epidemiología.

SIVEPAB. (2019). Resultados del sistema de vigilancia epidemiológica de patologías bucales. Dirección General de Epidemiología. México.

SSA/SPPS/DGE/DIE/SIVEPAB.(2019). Resultados del sistema de vigilancia epidemiológica de patologías bucales. México.

SUIVE/DGE/Secretaría de Salud/Estados Unidos Mexicanos. (2019). Anuario de Morbilidad 1984-2019.

Teutli Mellado, K. (2022). Factores asociados a la adherencia al tratamiento en Estomatología. Universidad Iberoamericana de México.

Thomas, C., Minty, M., Vinel, A., Canceill, T., Loubières, P., Burcelin, R., Kaddech, M., Blasco-Baque, V., & Laurencin-Dalicieux, S. (2021). Oral microbiota: A major player in the diagnosis of systemic diseases. *Diagnostics*, 11(8), 1–29.

Tsakos G, Blair YI, Yusuf H, Wright W, Watt RG, Macpherson LMD. (2009). Assessing the construct validity of the Child Perceptions Questionnaire (CPQ11-14) in the United Kingdom. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. 37(5): 405-413.

- Upadhyay, U. D., Gipson, J. D., Withers, M., Lewis, S., Ciaraldi, E. J., & Fraser, A. (2014). Women's empowerment and fertility: A review of the literature. *Social Science & Medicine*, 115, 111-120.
- World Dental Federation. (2020). Implantology: FDI policy statement. Recuperado de <https://www.fdiworlddental.org/resources/policy-statements-and-resolutions/implantology>
- World Economic Forum. (2020). Global Gender Gap Report 2020. Recuperado de <https://www.weforum.org/reports/gender-gap-2020-report-100-years-pay-equality>
- World Health Organization. (2007). Gender, women, and health: What do we mean by "sex" and "gender"? Recuperado de <https://www.who.int/gender-equity-rights/knowledge/9789241563858/en/>
- World Health Organization. (2019). Gender, Equity, Human Rights and Health: Gender analysis in health. Recuperado de <https://www.who.int/gender-equity-rights/understanding/gender-analysis-health/en/>
- World Health Organization. (2019). Gender, Equity, Human Rights and Health: Gender analysis in health. Recuperado de <https://www.who.int/gender-equity-rights/understanding/gender-analysis-health/en/>
- World Health Organization. WHO . (2007). Oral Health Data Bank. . Geneva.
- Yao J, Yang X, Hu Y, Zhou J, Xu L, Peng B. (2018). Oral health related quality of life in older adults with denture experience: a systematic review and meta-analysis. *J Oral Rehabil.* 45(12): 940-950.
- Zuluaga DJ, Sánchez-Ayala A, López-López J. (2021). Gender Differences in the Self-Perceived Impact of Oral Health on Quality of Life. *JDR Clin Trans Res.* 6(2):149-157.

18. Anexos

Índice de figuras

Figura 1. <i>Marco para la nueva definición de salud bucal propuesto por la FDI</i>	3
<i>Tomado de: Glick et al, 2016.</i>	3
Figura 2. <i>Componentes de la salud autoevaluada.</i>	9
<i>Tomado de: Layes, Asada & Kephart, 2011.</i>	9
Figura 3. <i>Modelo de origen de las diferencias en el proceso salud-enfermedad- atención.</i> <i>Tomado de: OPS. 2004</i>	13
Figura 4. <i>Modelo conceptual sobre el papel del género como determinante de la salud y sus factores. Tomado de: Sen, George y Östlin, 2007.</i>	15
Figura 5. <i>Modelo sobre el diseño y ejecución de proyectos de investigación en salud con perspectiva de género. Tomado de: García-Calvente, 2015</i>	18

Índice de cuadros

Cuadro 1. Distribución de las variables sociodemográficas incluidas en el estudio por sexo biológico.	35
Cuadro 2. Distribución de la variable Instituto de procedencia.	35
Cuadro 3. Distribución de la variable Instituto de procedencia por sexo biológico.....	36
Cuadro 4. Distribución de la variable percepción de salud bucal por sexo biológico.	36
Cuadro 5. Distribución de las variables sensibles al género por sexo biológico.	37
Cuadro 6. Distribución de la percepción de salud bucal por sexo.	38
Cuadro 7. Distribución de la alineación de los dientes por sexo.....	38
Cuadro 8. Distribución de la percepción de salud bucal por edad.	39
Cuadro 9. Análisis de comparaciones múltiples de percepción de salud bucal en hombres	39
Cuadro 10. Análisis de comparaciones múltiples de percepción de salud bucal en mujeres	40
Cuadro 11. Distribución de la percepción de salud bucal por estado civil en hombres.....	40
Cuadro 12. Distribución de la percepción de salud bucal por estado civil en mujeres.	41

Cuadro 13. Distribución de la percepción de salud bucal por dependencia económica de los hombres.	41
Cuadro 14. Distribución de la percepción de salud bucal por dependencia económica de las mujeres.	41
Cuadro 15. Distribución de la percepción de salud bucal por estudio y trabajo; hombres.	42
Cuadro 16. Distribución de la percepción de salud bucal por estudio y trabajo; mujeres.	42
Cuadro 17. Distribución de percepción de salud bucal por número de integrantes promedio hombres.	42
Cuadro 18. Distribución de percepción de salud bucal por número de integrantes promedio mujeres.	43
Cuadro 19. Distribución de la percepción de salud bucal por realización de tareas domésticas en el hogar; hombres.	43
Cuadro 20. Distribución de la percepción de salud bucal por realización de tareas domésticas en el hogar en mujeres.	44
Cuadro 21. Distribución de la percepción de salud bucal por horas dedicadas al trabajo en los hombres.	44
Cuadro 22. Distribución de la percepción de salud bucal por horas dedicadas al trabajo en las mujeres.	45
Cuadro 23. Distribución de la percepción de salud bucal por horas dedicadas a la realización de tareas domésticas en los hombres.	45
Cuadro 24. Distribución de la percepción de salud bucal por horas dedicadas al trabajo en las mujeres.	46
Cuadro 25. Distribución de la percepción de salud bucal por horas dedicadas a la escuela en los hombres.	46
Cuadro 26. Distribución de la percepción de salud bucal por horas dedicadas a la escuela en las mujeres.	47
Cuadro 27. Distribución de la percepción de salud bucal por horas dedicadas al cuidado personal en los hombres.	47
Cuadro 28. Distribución de la percepción de salud bucal por horas dedicadas al cuidado personal en las mujeres.	48
Cuadro 29. Resultados multivariados de los factores asociados a la percepción de salud bucal en los hombres.	49
Cuadro 30. Resultados multivariados de los factores asociados a la percepción de salud bucal en las mujeres.	50

18.1 Dictamen de comité de Ética



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
Instituto de Ciencias de la Salud
School of Medical Sciences
Coordinación de Investigación
Area of Research

San Agustín Tlaxiaca, Hidalgo a 18 de marzo de 2022
Oficio Comiteei.icsa 044 /2022
Asunto: DICTAMEN DEL COMITÉ DE ÉTICA E INVESTIGACIÓN.

Santos García Karen Kristel
Investigador Principal
Correo electrónico
cd.karen.santos@gmail.com
PRESENTE

Título del Proyecto: Factores asociados a la autopercepción de la salud bucodental en universitarios de Pachuca durante 2022: Análisis desde una perspectiva de género.

Le informamos que su proyecto de referencia ha sido evaluado por el Comité de Ética e Investigación del Instituto de Ciencias de la Salud y las opiniones acerca de los documentos presentados se encuentran a continuación:

Decisión
APROBADO

Este protocolo tiene vigencia del 18 de marzo del 2022 al 17 de marzo del 2023.

En caso de requerir una ampliación, le rogamos tenga en cuenta que deberá enviar al Comité un reporte de progreso de avance de su proyecto al menos 60 días antes de la fecha de término de su vigencia.

Le rogamos atender las indicaciones realizadas por el revisor, y enviar nuevamente una versión corregida de su protocolo para una nueva evaluación.

Atentamente

Dra. María del Refugio Acuña Gurrola
Presidenta del Comité

Para la validación de este documento, informe el siguiente código en la sección Validador de documentos del sitio web del Comité de Ética e Investigación del Instituto de Ciencias de la Salud @G{;}+cc.
<https://sites.google.com/view/comiteei-icsa/validador-de-documentos>

18.2 Permisos de aplicación de Instrumento



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
Instituto de Ciencias de la Salud
School of Health Sciences
Área Académica de Medicina
Department of Medicine
Maestría en Salud Pública
Master in Public Health

Oficio No. ICsa/AAM/MSP/047/2022
Asunto: Aplicación de instrumento
Pachuca de Soto, Hgo., 31 de agosto 2022

DR. OTILIO ARTURO ACEVEDO SANDOVAL
DIRECTOR DEL INSTITUTO DE CIENCIAS BÁSICAS
E INGENIERÍA DE LA UAEH
PRESENTE

La formación de profesionales de la salud competitivos en el ámbito de la Salud Pública, ha representado una actividad sustantiva, principalmente debido a los diferentes desafíos que se están presentando en la actualidad. Tal es el caso de la Maestría en Salud Pública, de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, misma que cuenta con la certificación por CONACyT, lo que nos ha permitido garantizar la calidad educativa de nuestros egresados.

Como parte del posgrado, se requiere la realización de estudios de investigación que permitan ser el preámbulo en el desarrollo de estrategias y toma de decisiones en beneficio de la población hidalguense.

Es así, como solicito su amable intervención para que sea tan amable de facilitar a la maestrante **Karen Kristel Santos García**, alumna del 3er. semestre del posgrado mencionado, la aplicación de su instrumento de investigación derivado del proyecto terminal denominado *"Factores asociados a la autopercepción de salud bucodental en universitarios de Pachuca durante 2022: análisis desde una perspectiva de género"*, mismo que será dirigido a estudiantes de las diferentes licenciaturas que confirman el instituto a su cargo.

Atentamente
"Amor, Orden y Progreso"



M. en CS. Ma. del Consuelo Cabrera Morales
Coordinadora de la Maestría en Salud Pública
Director of Graduate Studies Master in Public Health



Eliseo Ramírez Ulloa Núm. 400
Col. Doctores
Pachuca de Soto, Hidalgo, C.P.42090
Teléfono:52(771) 71 720 00 Ext. 2366
mtria.saludpublica@uaeh.edu.mx

www.uaeh.edu.mx



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
 Instituto de Ciencias de la Salud
 School of Health Sciences
 Área Académica de Medicina
 Department of Medicine
Maestría en Salud Pública
 Master in Public Health

Oficio No. ICSSa/AAM/MSP/048/2022
 Asunto: Aplicación de instrumento
 Pachuca de Soto, Hgo., 31 de agosto 2022

DR. JESÚS IBARRA ZAMUDIO
DIRECTOR DEL INSTITUTO DE CIENCIAS
ECONÓMICAS ADMINISTRATIVAS DE LA UAEH
PRESENTE

La formación de profesionales de la salud competitivos en el ámbito de la Salud Pública, ha representado una actividad sustantiva, principalmente debido a los diferentes desafíos que se están presentando en la actualidad. Tal es el caso de la Maestría en Salud Pública, de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, misma que cuenta con la certificación por CONACYT, lo que nos ha permitido garantizar la calidad educativa de nuestros egresados.

Como parte del posgrado, se requiere la realización de estudios de investigación que permitan ser el preámbulo en el desarrollo de estrategias y toma de decisiones en beneficio de la población hidalguense.

Es así, como solicito su amable intervención para que sea tan amable de facilitar a la maestrante **Karen Kristel Santos García**, alumna del 3er. semestre del posgrado mencionado, la aplicación de su instrumento de investigación derivado del proyecto terminal denominado *"Factores asociados a la autopercepción de salud bucodental en universitarios de Pachuca durante 2022: análisis desde una perspectiva de género"*, mismo que será dirigido a estudiantes de las diferentes licenciaturas que confirman el instituto a su cargo.

Atentamente
"Amor, Orden y Progreso"



M. en CS. Ma. del Consuelo Cabrera Morales
Coordinadora de la Maestría en Salud Pública
Director of Graduate Studies Master in Public Health



Eliseo Ramírez Ulloa Núm. 400
 Col. Doctores
 Pachuca de Soto, Hidalgo, C.P. 42090
 Teléfono: 52(771) 71 720 00 Ext. 2366
 mtria.saludpublica@uaeh.edu.mx

www.uaeh.edu.mx



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
 Instituto de Ciencias de la Salud
 School of Health Sciences
 Área Académica de Medicina
 Department of Medicine
Maestría en Salud Pública
 Master in Public Health

Oficio No. ICSa/AAM/MSP/049/2022
 Asunto: Aplicación de instrumento
 Pachuca de Soto, Hgo., 31 de agosto 2022

DR. ALBERTO SEVERINO JAÉN OLIVAS
DIRECTOR DEL INSTITUTO DE CIENCIAS SOCIALES
Y HUMANIDADES DE LA UAEH
PRESENTE

La formación de profesionales de la salud competitivos en el ámbito de la Salud Pública, ha representado una actividad sustantiva, principalmente debido a los diferentes desafíos que se están presentando en la actualidad. Tal es el caso de la Maestría en Salud Pública, de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, misma que cuenta con la certificación por CONACyT, lo que nos ha permitido garantizar la calidad educativa de nuestros egresados.

Como parte del posgrado, se requiere la realización de estudios de investigación que permitan ser el preámbulo en el desarrollo de estrategias y toma de decisiones en beneficio de la población hidalguense.

Es así, como solicito su amable intervención para que sea tan amable de facilitar a la maestrante **Karen Kristel Santos García**, alumna del 3er. semestre del posgrado mencionado, la aplicación de su instrumento de investigación derivado del proyecto terminal denominado *"Factores asociados a la autopercepción de salud bucodental en universitarios de Pachuca durante 2022: análisis desde una perspectiva de género"*, mismo que será dirigido a estudiantes de las diferentes licenciaturas que confirman el instituto a su cargo.

Atentamente
"Amor, Orden y Progreso"



M. en CS. Ma. del Consuelo Cabrera Morales
Coordinadora de la Maestría en Salud Pública
Director of Graduate Studies Master in Public Health



Eliseo Ramírez Ulloa Núm. 400
 Col. Doctores
 Pachuca de Soto, Hidalgo, C.P. 42090
 Teléfono: 52(771) 71 720 00 Ext. 2366
 mtria.saludpublica@uaeh.edu.mx

www.uaeh.edu.mx

18.3 Constancias y reconocimientos



Universidad Autónoma del Estado de México

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

EL CA ODONTOPEDIATRÍA Y ORTODONCIA (UAEMEX), CA SALUD ENFERMEDAD BUCAL (UAEMEX),
CA EPIDEMIOLOGÍA ESTOMATOLÓGICA (UAEH), CA INVESTIGACIONES ODONTOLÓGICAS (UAC)
Y CA ATENCIÓN INTEGRAL DEL NIÑO Y EL ADOLESCENTE (U DE G). A TRAVÉS DE LA

RED DE INVESTIGACIÓN EN ESTOMATOLOGÍA

Otorga el presente

Reconocimiento

**A: Santos García Karen Kristel, Carlo Eduardo Medina Solís,
Arturo Salazar Campos, Nora Elena Sosa Bermúdez,
Pablo Óscar Romero Islas, América Patricia Pontigo Loyola,
María de Lourdes Márquez-Corona**

Por haber obtenido el **Primer lugar** en la Categoría Maestría,
Modalidad Proyecto de Investigación con el tema: **“Factores Asociados a la
Autopercepción de la Salud Bucal en Universitarios de Pachuca durante 2022:
Análisis desde una Perspectiva de Género”**

En el 2º Seminario de la Red de Investigación en Estomatología, que se llevó a cabo
en modalidad virtual los días 29, 30 de noviembre y 1º de diciembre de 2021.

Toluca de Lerdo, a 01 de diciembre de 2021

Patria, Ciencia y Trabajo

“2021, Celebración de los 65 años de la Universidad Autónoma del Estado de México”

Dra. en C.S. Norma Leticia Robles Bermeo

Encargada del Despacho de la Dirección de la
Facultad de Odontología





OTORGA EL PRESENTE

RECONOCIMIENTO

A Karen Kristel Santos-García, Carlo Eduardo Medina-Solís, Arturo Salazar Campos, Nora Elena Sosa-Bermúdez, Pablo Óscar Romero-Islas, América Patricia Pontigo-Loyola, María de Lourdes Márquez-Corona, Norma Leticia Robles-Bermeo.

Por la obtención del **PRIMER LUGAR** en la categoría **Revisión Literaria: Maestría** con el trabajo **“Factores asociados a la Autopercepción de la Salud Bucal en la población adulta: una revisión de la literatura”** presentado en el

3er Seminario de la Red de Investigación en Estomatología

llevado a cabo de manera virtual los días 30 de noviembre, 1 y 2 de diciembre por los Cuerpos Académicos Atención Integral del Niño y el Adolescente (U DE G), Salud Enfermedad Bucal (UAEMEX), Epidemiología Estomatológica (UAEH), Investigaciones Odontológicas (UAC) y Nanobiomateriales Aplicados (UASLP) a través del Centro Universitario de los Altos.

ATENTAMENTE

“PIENSA Y TRABAJA”

“2022, Guadalajara, Hogar de la FIL y Capital Mundial del Libro”
Tepatitlán de Morelos, Jalisco, diciembre de 2022

Dr. Antonio Ponce Rojo
Secretario Académico

CENTRO UNIVERSITARIO DE LOS ALTOS
SECRETARÍA ACADÉMICA





UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
SECRETARÍA DE EXTENSIÓN Y VINCULACIÓN

Otorga el presente

RECONOCIMIENTO

A

Karen Kristel Santos García

Coautores: Carlo Eduardo Medina Solís, Arturo Salazar Campos, Nora Elena Sosa Bermúdez,
Pablo Óscar Romero Islas, América Patricia Pontigo Loyola

Por su participación en la expo carteles con el trabajo

**Factores asociados a la autopercepción de la salud bucal en universitarios de Pachuca durante 2022:
análisis desde una perspectiva de género**



efectuado los días 2 y 3 de marzo de 2023.

Folio 42102032386

"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"
Ciudad Universitaria, 2 de marzo de 2023.


Dr. Francisco Javier Marichi Rodríguez
Director
Facultad de Odontología, UNAM


Esp. Ricardo Michigan Ito Medina
Secretario de Extensión
y Vinculación

CAPÍTULO 12

Género y salud bucal autopercebida, una ventana de oportunidad en la investigación en salud pública

ISBN: 978-607-99751-9-7

Karen Kristel Santos-García,¹ Carlo Eduardo Medina-Solís,^{2,3} Arturo Salazar-Campos,⁴ Nora Elena Sosa-Bermúdez,⁵ Pablo Óscar Romero-Islas,⁶ América Patricia Pontigo-Loyola,² María de Lourdes Márquez-Corona,² María del Consuelo Cabrera-Morale,^{4,7} José de Jesús Navarrete-Hernández.²

¹Programa de Maestría en Salud Pública del Área Académica de Medicina del Instituto de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. Pachuca, México. ²Área Académica de Odontología del Instituto de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. Pachuca, México. ³Centro de Investigación y Estudios Avanzados de la Facultad de Odontología de la Universidad Autónoma del Estado de México. Toluca, México. ⁴Área Académica de Medicina del Instituto de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. Pachuca, México. ⁵Secretaría de Salud, Hospital General de Pachuca. Pachuca, México. ⁶Secretaría de Salud, Subdirección de Etapas de la Vida Hidalgo. Pachuca, México. ⁷Delegación del ISSSTE Hidalgo. Pachuca, México.

Correspondencia

Carlo Eduardo Medina Solís: Área Académica de Odontología del Instituto de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. Pachuca, México. email: cemedinas@yahoo.com

Resumen

La salud general y la salud bucal son dos conceptos ligados que tienen que ver con el bienestar de los seres humanos. La OMS identifica a patologías como la caries dental como la tercera patología que afecta a la población mundial en un 95%. En tiempos recientes el estudio de la autopercepción de la salud ha tomado importancia ya que es considerada una medida confiable de las necesidades en salud. Dentro de los retos que tiene la odontología, es el lograr la retención de los dientes naturales durante el mayor tiempo posible en la boca. Esto es debido a todas las consecuencias que tiene la pérdida de éstos sobre las funciones biológicas y fisiológicas, así como en los aspectos sociales y estéticos. Por otro lado, el género y la sexualidad permiten evaluar el impacto de los determinantes de la salud bucal, es así que concluyen que las mujeres asocian su salud bucal con la estética como categoría emergente y con una alta diferenciación desde la perspectiva de género. El estudio de factores sociales demográficos que condicionan la salud brinda un panorama diferenciado sobre la salud de hombres y mujeres lo que permite identificar diferencias significativas y evitar que se conviertan en desigualdades. Sin embargo, la falta de conocimiento en análisis de género y su relación con la salud no ha permitido observar las necesidades específicas de salud entre hombres y mujeres y por lo tanto se convierten en inequidades, situaciones que se pueden prevenir. Las diferencias biológicas y sociales entre los hombres y las mujeres, inciden sobre la salud bucal. Estas diferencias han sido naturalizadas y jerarquizadas en todos los ámbitos, incluidos en la salud y la salud bucal, de tal modo que a través de estas diferencias se justifica el estatus social inferior de las mujeres. Esta acción simbólica en la que se organiza lo que deben ser los hombres y las mujeres en la sociedad ha estado sesgado negativamente para las mujeres. Debido a lo anterior, todas aquellas acciones encaminadas a mejorar la salud bucal de la población, debe tener en cierto modo, una perspectiva de género, herramienta conceptual que busca mostrar que las diferencias entre mujeres y hombres se dan no sólo por su determinación biológica, sino también por las diferencias

19. Abreviaturas

GBD: Global Burden of Disease

OMS: Organización Mundial de la Salud

WHO: World Health Organization

FDI: Federación Dental Internacional

SIVEPAB: Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales

SUIVE: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica

DGE: Dirección General de Epidemiología

AAP: Academia Americana de Prostopdoncia

IHOS: Índice de Higiene Oral Simplificados

CPOD: Índice de caries

SROH: Self Reported Oral Health (Estado de Salud Bucal Autoreportado)

OPS: Organización Panamericana de Salud

DE: Desviación Estándar