

## DETERMINANTES PSICOSOCIALES DE LA SALUD BUCODENTAL EN 2 FAMILIAS. CIENFUEGOS. OCTUBRE- DICIEMBRE 2018.

### AUTORES:

\* Perla Margarita Pacheco Morffi. Email: [perl@nauta.cu](mailto:perl@nauta.cu) FCM Raúl Dorticós Torrado. Estudiante de cuarto año de la carrera de Estomatología. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4368-0451>

\*\* Wendy Domínguez Morales. Email: [medwdm970727@ucm.cfg.sld.cu](mailto:medwdm970727@ucm.cfg.sld.cu) FCM Raúl Dorticós Torrado. Estudiante de quinto año de la carrera de Medicina. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8106-5652>

\*\*\* José Danilo Pacheco González. Email: [josedanilopg@jagua.cfg.sld.cu](mailto:josedanilopg@jagua.cfg.sld.cu) FCM Raúl Dorticós Torrado. Especialista en I Grado en Medicina Interna, en II Grado en Medicina General Integral. Master en Enfermedades infecciosas. Profesor Asistente. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8708-4777>

### RESUMEN:

**Introducción:** El estado de salud bucal y general de una persona es también un problema social, donde inciden factores psicológicos y socioeconómicos. **Objetivo:** Caracterizar los factores psicológicos y sociales que determinan la salud bucal de la comunidad de La Gloria, mediante el estudio psicosocial de dos familias pertenecientes al consultorio No. 5 del Área III. **Método:** Se realizó un estudio observacional, descriptivo, cualitativo, de corte transversal en la comunidad de La Gloria, en Cienfuegos, en el período comprendido entre octubre y diciembre del 2018. Utilizando como métodos la entrevista, observación, análisis de documentos y la triangulación de la información. **Resultados:** Se determinó un alto índice de prevalencia de la caries dental mediante el índice CPO-D, asociado a un bajo nivel de conocimientos acerca de las enfermedades bucodentales y de los factores de riesgo de las mismas, corroborado en los bajos criterios de riesgo y de seriedad en relación a las patologías orales en las familias estudiadas y en las entrevistas a los líderes de la comunidad. **Conclusiones:** Se han identificado y caracterizado los factores psicosociales que influyen en la salud de la comunidad de la Gloria y específicamente de las familias estudiadas.

**Palabras Claves:** *Determinantes psicosociales, salud bucodental.*

### INTRODUCCIÓN

En 1946, se define la salud como "un estado de pleno bienestar físico-mental y social". <sup>1</sup> Al ser parte de las ciencias de la salud, la Odontología tiene un carácter social, pues busca el bienestar, respetando al hombre y a su grupo social. El objetivo fundamental de la medicina no es curar enfermedades, sino más bien, preservar el estado de salud general; y la salud oral, como parte de este estado, tiene un impacto durante todo el proceso del ciclo vital del ser humano. <sup>2, 3</sup>

Se relaciona con el bienestar y la calidad de vida desde los puntos de vista funcional, psicosocial y económico ya que garantiza funciones vitales. <sup>4</sup> La cavidad bucal, por sus funciones ostenta una peculiar significación, mereciendo una atención cuidadosa, para disfrutar con ello de un alto grado de salud general. <sup>5</sup>

La presencia de enfermedad bucal es el reflejo de diferencias sistemáticas en los estilos de vida de las poblaciones, condiciones de vida y los factores ambientales,

así como las diferencias existentes en el acceso a los servicios de salud oral.<sup>6, 7</sup> El imperativo de actuar sobre los determinantes sociales ha llevado al desarrollo de marcos conceptuales para facilitar la comprensión de los procesos sociales que impactan sobre la salud y así identificar la entrada de las intervenciones.<sup>8</sup>

Los conceptos de modo y estilos de vida comienzan a ser objeto de las ciencias médicas en el siglo xx.<sup>8</sup> El modo de vida refleja la realidad social desde el punto de vista de la manifestación de la vida y la acción cotidiana de los grupos sociales. Los estilos de vida en salud son patrones de comportamiento colectivos, que se configuran a partir de elecciones y están condicionados por las oportunidades en el contexto individual.<sup>9, 10</sup> La calidad de vida es el resultado de la compleja interacción entre factores objetivos y subjetivos.<sup>11, 12</sup>

En España, la introducción oficial de la relevancia de los factores psicosociales se hace a partir del RD39/1997 de los Servicios de Prevención, en el art. 34, reconociendo con ello estos factores como factores de riesgo para la salud.<sup>13</sup>

En Cuba, investigadores del Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología elaboraron una propuesta, posteriormente validada, que retoma una parte de estos componentes y los contextualiza.<sup>1</sup>

Ante la falta de sistematización de estos elementos en el contexto cienfueguero, nuestro trabajo se propone caracterizar los factores o determinantes psicológicos y sociales que determinan la salud bucal de la comunidad en estudio, mediante el estudio psicosocial de 2 familias. Al cumplir este objetivo podremos contribuir a la implementación de programas de intervención o educativos comunitarios. Para iniciar, estos programas deben conducir estudios de las comunidades y con ellos, entender sus formas de vida, sus conceptos, necesidades y temores en relación con el proceso salud-enfermedad. Con todo lo anterior, se busca que la persona en su entorno aprenda a apropiarse de actitudes y prácticas que le signifiquen realmente mejorar su calidad de vida.<sup>2</sup> Siendo la contribución a este último punto nuestra mayor ambición en la realización del estudio.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo general:**

- Caracterizar los factores psicológicos y sociales que determinan la salud bucal de la comunidad de La Gloria, mediante el estudio psicosocial de 2 familias pertenecientes al consultorio No. 5 del Área III.

## **MÉTODO**

**Tipo de estudio:** Se realiza un estudio observacional, descriptivo, cualitativo, de corte transversal en el período comprendido entre octubre y diciembre 2018 a 2 familias pertenecientes al consultorio No. 5 del Área III de Cienfuegos.

**Universo y muestra:** El universo seleccionado fue la población perteneciente al consultorio 5 del área III del municipio de Cienfuegos, contando con un total de 1083 habitantes de la cual se estudió una muestra de 2 familias constituidas por 7 individuos, de la circunscripción 17, CDR 5. Estas fueron seleccionadas por un muestreo no probabilístico, intencional y que cumplieron los siguientes criterios de inclusión: individuos que padezcan de caries dental, que pertenezcan a familias con diferente grado de funcionalidad y condiciones socioeconómicas, y que den su consentimiento informado para participar (Anexo 1).

**Variables:** Edad, sexo, nivel de escolaridad, modo de vida de la comunidad, modo de vida familiar, estilo de vida, funcionamiento familiar, rasgos clínicos de la personalidad, accesibilidad a los servicios de salud, criterio de riesgo y seriedad ante las patologías bucales, índice COP-D.

**Métodos:** Se utilizaron la observación, las entrevistas, el análisis de documentos y la triangulación de la información. Las técnicas utilizadas fueron a partir de la aplicación de guías de entrevistas estructuradas y semiestructuradas a los miembros de la familia, además del Test de funcionamiento familiar (test F.F.-SIL)

**Parámetros éticos:** Se respetaron los principios éticos de respeto a las personas, beneficencia o no maleficencia y justicia. Los autores declaran que la información obtenida será utilizada sólo con fines científicos. El consentimiento informado de los familiares fue previamente obtenido.

## RESULTADOS

Según las entrevistas realizadas a la estomatóloga de la comunidad, a los líderes formales e informales de la comunidad, las familias estudiadas se encuentran dentro de la jurisdicción urbana. Existen centros de salud cercanos como la Cruz Roja, el consultorio médico de la familia no. 5 del área III, y un poco más alejado la clínica estomatológica perteneciente al área III.

### 1. Primera familia

La primera familia cuenta con 3 miembros: el esposo de 62 años, la esposa de 47 años, y el niño de 6 años, que no se incluyó en nuestro estudio ante la negativa del mismo a participar. Tienen un grado promedio de escolaridad alto (12 hasta universidad sin terminar). (Tabla 1)

**Tabla 1.** Distribución de la muestra según sexo y nivel de escolaridad. (Anexo 2,3)

Nivel de escolaridad	Sexo					
	Masculino	%	Femenino	%	Total	%
Primaria terminada	1	25	-	-	1	14.3
Secundaria terminada	1	25	1	33.3	2	28.6
Preuniversitario	2	50	1	33.3	3	42.8
Universidad	-	-	1	33.3	1	14.3
Total	4	100	3	100	7	100

Fuente: Entrevista estructurada a los familiares. (Octubre del 2018).

Según la inserción socio-clasista, es una familia técnica, satisfechos con el trabajo. En cuanto a la densidad habitacional, el grado de hacinamiento es medio (de 2 a 3 personas). Según el Test de Funcionamiento Familiar F.F.-SIL en el cuestionario aplicado, la familia clasifica como una familia altamente funcional. Es una familia nuclear y según el tamaño es una familia pequeña. Según el tipo de unión, la pareja es conviviente. El disfrute del tiempo es predominantemente familiar. Ambos comparten la autoridad en la casa. Al igual que la otra familia, tienen una baja percepción de apoyo social que puede provenir de amigos. El esposo padece de Hipertensión Arterial y el hijo de Asma bronquial.

Esta familia refiere no tener mucho conocimiento acerca de los servicios de salud bucal en su comunidad, ya que no asisten con regularidad, por lo que no opinan sobre ellos. Los síntomas o señales que conocen sobre las afectaciones bucales por las que consideran se debe visitar al estomatólogo son "dolor en la muela, manchas negras en los dientes". Les resulta difícil acceder a los servicios de salud bucal por el horario de atención y por el miedo ante los tratamientos estomatológicos, en el caso del esposo. La valoración de la atención estomatológica es regular. Los beneficios con los servicios estomatológicos en la comunidad son relativos al dolor, "se quitan los dolores", según su opinión. La calidad de la atención estomatológica en la comunidad se obstaculiza por "la falta de agua, la lejanía, el horario de atención, el tiempo para ir".

Sobre la susceptibilidad percibida respecto a las patologías bucales en la segunda familia, en la mujer es alta y en el esposo, todo lo contrario. El esposo no cree que pudiera padecer de cáncer bucal, o de alguna otra enfermedad bucal. Solo conocen acerca de la caries dental, de la cual el esposo cree posible padecer por descuido, "me abandonado por miedo", según refiere. La esposa refiere que podría padecer de cáncer bucal "porque fumo a diario desde hace 20 años". Ante la severidad de las afecciones responden que puede ser grave, "por las molestias a la hora de comer y hablar".

## 2. Segunda familia

La segunda familia entrevistada consta de 4 miembros: la abuela de 68 años, el hijo de 48, la hija de 50 años y el nieto de 16 años. Tienen una escolaridad promedio de nivel medio (9no hasta 12 sin terminar). (Tabla 1) (Gráfico 1)

Según la inserción socio-clasista es una familia técnico-profesional. En cuanto a la densidad habitacional existe un alto nivel de hacinamiento, conviviendo 4 personas en la misma casa, 2 mujeres en una cama en la sala y 2 hombres en el piso superior. Según el Test de Funcionamiento Familiar F.F.-SIL en el cuestionario aplicado, la familia clasifica como una familia moderadamente funcional. Según la tipología familiar, es una familia extensa. En cuanto al uso del tiempo libre, su disfrute es predominantemente familiar, la mayoría de las actividades se realizan en conjunto. La autoridad la tiene la hija, ya que la abuela, que presenta Diabetes Mellitus, está en la fase inicial del Alzheimer, por lo que se decidió no realizarle la entrevista. Los demás miembros de la familia no refieren ninguna enfermedad. Tienen una bajísima percepción de apoyo social, ya sea material o espiritual, que pueda provenir de otras familias, amigos y organizaciones. Según la dispensarización, pertenecen al grupo de los enfermos. En cuanto a la accesibilidad a los servicios de salud bucal y la representación social de los servicios de salud bucal esta familia refiere no tener mucho conocimiento acerca de los servicios de salud bucal de su comunidad, ya que no asisten frecuentemente. La mujer responde: "porque cada mes me hago un chequeo médico en la delegación militar" y su hermano piensa que "son muy buenos". Los síntomas o señales que conocen sobre las afectaciones bucales por las que consideran se debe visitar al estomatólogo son "dolor o penita en la muela", "se me caen los empastes". Les resulta fácil acceder a los servicios por el horario de atención, al nieto le resulta difícil porque "me da miedo"-según refiere y al hermano de la mujer refiere "es fácil porque hago el tiempo". Expresan una valoración contradictoria acerca de la atención estomatológica a la comunidad, ya que "no he visto que -los estomatólogos- pasen por acá"- según la hija, aunque el

nieto considera que es buena y el hombre refiere que "es buena porque se preocupan". Los beneficios que consideran reciben con los servicios son "se alivian los dolores y se resuelven los problemas", "están cerca por si tengo dolor". La calidad de la atención estomatológica en la comunidad se obstaculiza por "el tiempo para ir y atenderse"- según la hija, aunque los varones consideran que "todo está bien".

Sobre la susceptibilidad percibida respecto a las patologías bucales en esta familia es muy baja. No creen que pudieran padecer de cáncer bucal, o de alguna otra enfermedad bucal porque "no tengo los hábitos que las favorecen", "aunque fumo, pero es tabaco"- refieren ellos. Solo conocen acerca de la caries dental, la que según la hija podrían presentar "por la falta de calcio", y el nieto opina que no es probable que él padezca de esta afección porque "no me duele ninguna muela".

Al analizar el acápite del estilo de vida en las entrevistas estructuradas a los familiares, se obtuvo una calificación de regular y mal en el aspecto del autocuidado bucal para las dos familias, lo cual corresponde además con las creencias referidas por los líderes de la comunidad en cuanto a la salud bucal. (Tabla 2)

**Tabla 2.** Distribución de la muestra según estilo de vida de los familiares. (Anexo 2,3)

Aspecto del estilo de vida de la población	Bueno	Regular	Malo
Condición física	1	3	1
Hábitos alimentarios	2	2	1
Hábitos Tóxicos	3	1	1
Sexualidad	2	3	-
Autocuidado bucal	-	3	2
Tiempo libre	4	-	1
Estados emocionales	-	5	-

Fuente: Entrevista estructurada a los familiares. (Octubre del 2018).

Los rasgos clínicos de la personalidad que predominaron fueron los rasgos dependientes y obsesivos, después de los histriónicos o histéricos. Los varones mayores de 45 años en cada familia refieren niveles de estrés moderados, los del "día a día, por el trabajo"-según refieren- y presentan además rasgos clínicos obsesivos e histriónicos marcados. (Tabla 3)

**Tabla 3.** Distribución de la muestra según rasgos clínicos de la personalidad de los familiares (Fuente: entrevista estructurada a los familiares). (Anexo 2)

Rasgos clínicos de la personalidad	No. Individuos que los presentan
Rasgos obsesivos	3
Rasgos dependientes	3
Rasgos sociopáticos	2
Rasgos esquizoides	2
Rasgos histéricos	4

Fuente: Entrevista estructurada a los familiares. (Octubre del 2018).

En cuanto al nivel de salud bucal presentado por las familias se obtuvo una alta prevalencia de la caries dental, la cual se manifestó al obtener un índice COP-D de 5.82 mediante el examen bucal de los familiares. También se determinó que todos contaban con pérdidas dentarias. (Tabla 4)

**Tabla 4.** Distribución de la muestra según total de dientes perdidos, cariados y obturados de los familiares para la determinación del índice CPO-D.

Miembro de la familia	No. dientes perdidos	No. dientes cariados	No. dientes obturados
Mujer de familia 1	5	10	3
Hombre de familia 1	10	18	10
Abuela de familia 2	28	-	-
Mujer de familia 2	5	5	18
Hombre de familia 2	8	10	10
Nieto de familia 2	1	13	10

Fuente: Examen bucal a los familiares (Octubre del 2018).

### **Discusión de los resultados**

Las principales creencias según la triangulación de la información obtenida en las entrevistas estructuradas a los familiares, líderes y la estomatóloga de la comunidad con respecto a la salud bucal se reflejan en el hecho de que al servicio odontológico solo se debe acudir cuando hay síntomas dolorosos, y que el cuidado bucal no es un elemento imprescindible para la vida. Las consecuencias de estas creencias incorporadas como parte de la actitud de los miembros de la comunidad se traducen en diversas afecciones de la cavidad bucal de los mismos.

El criterio de riesgo (percepción de la posibilidad de padecer enfermedades bucales) y de seriedad (percepción de la gravedad de las enfermedades bucales) son bastante bajos en las familias estudiadas y en las entrevistas a los líderes, por lo que podemos suponer que en la población de dicha comunidad existe un bajo nivel de conocimientos sobre salud bucal y una pobre implementación de los programas de promoción estomatológicos. En las familias el miedo ante el estomatólogo era un factor importante para no acudir al servicio, refiriendo sentirse indispuestos con frecuentes palpitaciones y sudoraciones al realizarse los tratamientos, aspecto que corresponde con los rasgos histriónicos predominantes en la entrevista realizada en ambas familias. Los rasgos dependientes y obsesivos, predominantes en la entrevista después de los histriónicos, se pudieron corroborar ante la necesidad manifiesta de acudir al servicio con los familiares.

Según datos de la OMS, publicados en el 2012, la caries afecta entre el 60% y el 90% de los escolares y casi el 100 % de los adultos en el mundo tiene experiencia de caries. <sup>6</sup> Según el indicador odontológico llamado CPO-D, desarrollado por Klein en 1935, la OMS establece niveles de severidad de prevalencia de caries. <sup>7, 14</sup> El índice COP-D de 5.82 obtenido gracias al examen bucal de las familias fue indicativo de una alta prevalencia de la caries dental. Es fácil entender la cifra de prevalencia de la caries dental en esas familias, en relación directa con el bajo nivel de conocimientos acerca de la prevención de las enfermedades bucodentales, y de los factores de riesgo de la patología citada. No obstante, existen pequeñas diferencias entre ambas familias en cuanto a la prevalencia de la caries dental, que no traducen la influencia del factor económico, ya que en la primera familia existen mayor cantidad de caries no tratadas debido a la pobre asistencia al servicio dental, aunque dicha familia tiene mejor posición socioeconómica. La segunda familia en cambio posee mayor cantidad de obturaciones en boca, reflejando una mejor asistencia al servicio. Se evidencia que la accesibilidad al servicio odontológico no

fue determinante a la hora de establecer comparaciones, gracias a las políticas públicas de Cuba.

El nivel de educación de las personas tiene una correlación directa con la prevalencia de caries dental, no sólo desde un enfoque individual, sino como la influencia directa de los padres sobre el comportamiento de la salud bucal de sus hijos. Los niños cuyos padres han alcanzado niveles más altos de educación son menos proclives a desarrollar caries dental, esto ha sido demostrado en diferentes estudios.<sup>6</sup> En la segunda familia este postulado se cumple, y en la primera familia no pudimos determinarlo mediante un examen al niño, pues este se negó a colaborar, aunque la madre nos refiere que presenta caries.

En el 2009, según Adame,<sup>4</sup> se publicó un estudio realizado por Davoglio, en Brasil, donde investigaron la asociación entre los factores socio-demográficos y psicosociales y los hábitos de salud bucal. En este estudio se encontró que las mujeres tenían una actitud más positiva hacia la salud bucal.<sup>4</sup> En nuestro estudio, las féminas se preocupaban más que los varones en este sentido, debido a la mayor disposición de las mismas a acudir al servicio y a realizarse los tratamientos pertinentes. Los varones mostraban miedo ante los tratamientos invasivos.

De acuerdo a la OMS, las enfermedades crónicas asociadas a una pobre salud oral van en aumento en países en vías de desarrollo; se mencionan entre ellas, niveles más altos de caries dental, enfermedades periodontales y pérdidas de piezas dentarias.<sup>15</sup>

Los varones mayores de 45 años en cada familia presentaban gingivitis crónica y facetas de desgaste que aluden al bruxismo. Estos hombres refieren niveles de estrés moderados, aunque según la información obtenida mediante la entrevista, ambos familiares presentan rasgos clínicos obsesivos e histriónicos marcados, por lo que podemos destacar la relación entre los rasgos citados y el bruxismo en ellos. El estrés en estos casos, es una respuesta, que puede perturbar el equilibrio emocional y fisiológico, de acuerdo al manejo individual de dichas demandas. Está relacionado con el origen y desarrollo de enfermedades, tanto por la vía directa (por el efecto inmunosupresor) como por la indirecta (afectando la conducta, provocando cambios en el estilo de vida individual).<sup>16,17</sup> Coincidimos que en el caso de los familiares se ajusta a la vía indirecta.

Los problemas de salud bucal afectan a cualquier grupo etáreo, especialmente a la tercera edad, ya que en esta etapa cobran mayor importancia, debido al impacto que tienen en la calidad de vida; con mayor riesgo y consecuencias más graves.<sup>18</sup>

En los ancianos es muy frecuente la pérdida de dientes como resultado de caries dentales y la enfermedad periodontal; pero también de la actitud del paciente, la viabilidad y la accesibilidad a la atención.<sup>11</sup> La pérdida parcial o total de los dientes no son propios de la edad, sino un indicativo de mal estado de salud bucal del paciente.<sup>19</sup> En la segunda familia, esta afirmación es verídica, ya que la abuela presenta prótesis total superior e inferior desde los 50 años aproximadamente, coincidiendo con el estado general de la familia con respecto a la salud bucal.

En Odontología, los adolescentes son otro de los grupos de referencia importantes, pues en este periodo se consolida la identidad que definirá una actitud hacia la salud bucal del futuro.<sup>20</sup> El mayor número de afectados por caries, tienen como características en común: estrato socioeconómico, nivel de escolaridad, demanda y utilización de servicios dentales bajos, y menor interés por mantener conductas



preventivas frente a su salud bucal. <sup>6</sup> Según Esparza,<sup>7</sup> el grado de severidad de caries dental presente en el escolar está asociado con su edad, así como con el tipo de vivienda que habita. El adolescente se siente inmune ante un número de situaciones, por lo que descuida su salud general y bucal. <sup>21</sup> Los factores socio-demográficos, psicosociales y el estilo de vida adoptada por el adolescente pueden influir en sus hábitos de salud. <sup>4</sup> En nuestro estudio, el adolescente tenía un aspecto descuidado, con mala actitud hacia el cuidado bucal y refiere estrés moderado.

En un estudio realizado por Navas y colaboradores,<sup>2</sup> se encontró que entre más alto es el nivel educativo de los padres, mejores son las condiciones de salud oral de los niños. No coincidimos totalmente con esta afirmación, ya que, en la segunda familia, la madre del muchacho adolescente era universitaria y el muchacho presentaba los mismos problemas de la madre.

En algunas afecciones, tales como las caries dentales y las periodontopatías, la función del individuo es determinante, pero solo estará en condiciones de enfrentar la problemática de salud si tiene una cultura sanitaria que le permita practicar el autocuidado y la autorresponsabilidad. <sup>22</sup> Desde nuestra perspectiva tenemos por criterio que mientras mayor es el componente cognoscitivo de una actitud positiva con respecto al cuidado de la salud bucal, mejores serán las condiciones de salud oral tanto para los padres como para sus hijos.

## **CONCLUSIONES**

Los factores psicosociales determinan en buen grado el estado de salud del hombre. Se han identificado y caracterizado los factores psicosociales que influyen en la salud de la comunidad de la Gloria y específicamente de las familias abordadas. En nuestro estudio, el bajo nivel de conocimiento e interés acerca de las patologías orales y del cuidado oral, sumado al pobre criterio de seriedad y riesgo ante estas afecciones, fue el punto clave para poder comprender el alto índice de prevalencia de la caries dental en los familiares estudiados y el pobre estado de salud bucal de los mismos. Las principales creencias relacionadas con estos resultados se reflejan en el hecho de que el servicio dental solo es necesario para tratar el dolor, y que el cuidado bucal no es un elemento imprescindible para la vida.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Gonzalés R.M., Hechavarría G., Batista N.M., Cueto A. Los determinantes sociales y su relación con la salud general y bucal de los adultos mayores. Rev Cubana Estomatol. 2017;54(1): 60-71
2. Montenegro G, Saralde AL, Lamby CP. La educación como determinante de la salud oral. Univ Odontol. 2013 Jul-Dic; 32(69): 115-121. Disponible en: <http://www.javeriana.edu.co/universitasodontologica>
3. Hechavarría B.O. Venzant S., Carbonell M.C., Carbonell C. Salud bucal en la adolescencia. MEDISAN 2013; 17(1):117-12.
4. Adame J.C. Actitud y tipo de conocimiento sobre salud e higiene oral en los adolescentes de Monterrey, N. L., México. [Tesis]. Monterrey: Universidad Autónoma de Nuevo León; 2012.
5. Castro K., Figueredo M.C., Betancourt M.V. Estado de salud bucal en la población geriátrica de la casa de abuelos 28 de septiembre. Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta. 2015; 40(2).



6. Pardo C. Rol de los factores psicosociales en los sistemas más representativos de evaluación individual de riesgo para desarrollar caries dental, en niños y adolescentes: revisión narrativa de la literatura. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. 2014
7. Esparza NA. Determinantes sociales de salud que influyen en la presencia de caries dental [Tesis]. Monterrey: Universidad Autónoma de Nuevo León; 2015.
8. Corchuelo J. Determinantes sociales y del estilo de vida en salud oral en el acceso a odontología de gestantes caleñas en el 2012. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2013; 31 (supl 1): S170-S180.
9. Linares L., Guerra M., Garriga M.E. Las categorías modo de vida, nivel, calidad y estilo de vida su relación con la Cultura Física Terapéutica.
10. Álvarez LS. Los estilos de vida en salud: del individuo al contexto. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2012; 30(1): 95-101
11. Rodríguez M., Arpajón Y., Herrera I.B. Autopercepción de salud bucal en adultos mayores portadores de prótesis estomatológica. Revista Habanera de Ciencias Médicas 2016; 15(1):51-63
12. Gómez-Vela, M; Sabeh, E.N. Calidad de vida. evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica. Universidad de Salamanca. Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/258111198>
13. Moreno B., Báez C. Factores y riesgos psicosociales, formas, consecuencias, medidas y buenas prácticas.
14. González G, Montero ME. Estomatología General Integral. -La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2013. 476 p.: il., tab.
15. Almirón PA, Britez E, Denis SE, et al. Condiciones de salud oral en ancianos del club geriátrico ancianos del club geriátrico "Abue-Club", Paraguay. Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud. 2016;14(1):32-39. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.18004/Mem.iics/1812-9528/2016.014\(01\)32-039](http://dx.doi.org/10.18004/Mem.iics/1812-9528/2016.014(01)32-039)
16. Nuñez, F. Psicología y Salud. 1ra ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2001.1t.; 293p.:il
17. Rosales, R. Estrés y salud [Tesis]. Andalucía: Universidad de Jaén.; 2014.
18. Chávez B, Manrique J, Manrique J. Odontogeriatría y gerodontología: el envejecimiento y las características bucales del paciente adulto mayor: Revisión de literatura. Rev Estomatol Herediana. 2014 Jul-Set;24(3) :199-207.
19. Cepero A., Pérez A., Sánchez O.M., Rodríguez R. Estado de salud bucal y diabetes mellitus asociada en adultos mayores. Medimay 2017 Ago;24(2):112-123
20. Mazariegos M.L., Stanford A. Salud bucal en la adolescencia. 1ra ed., Programa de Salud Bucal del CENAPRECE. 2012.
21. Torres L. Esperanza Y. Modificación de conocimientos sobre salud bucal en adolescentes de la Secundaria Básica "Orlando Fernández Badell". MEDISAN 2015; 19(3):366
22. Lugo E., García L., Gross C., Casas S., Sotomayor F. La cultura en salud bucal como problema actual de la sociedad. MEDISAN 2013; 17(4): 677