

UNIVERSITAT DE BARCELONA

“CONDICIONANTES SOCIALES EN SALUD BUCODENTAL”: Estudio
cuantitativo de los condicionantes sociales y la desigualdad en la salud
bucodental en España en 2017

NOMBRE: Carlos Manuel Ríos

NIUB: 16312870

TUTORA: Sandra Escapa Solanas

GRADO: Sociología

RESUMEN

El objetivo principal de esta investigación es estudiar los condicionantes sociales en salud bucodental y ver de qué forma estos acaban generando, y reproduciendo, las desigualdades en el estado español. Para realizarlo se lleva a cabo un estudio cuantitativo utilizando los datos de la última Encuesta Nacional de Salud en España, realizada en el año 2017 por el INE (Instituto Nacional de Estadística). Se puede observar, a través de una aproximación bibliográfica y distintas regresiones logísticas, cómo la estructura socioeconómica, los estilos de vida y las redes sociales de apoyo son factores que cabe tener en cuenta cuando se estudian las causas de las enfermedades en salud bucodental, así como la pérdida de los dientes naturales. También se analizan las relaciones entre diferentes variables del modelo con la estructura sociolaboral, viendo cómo es a partir de estas relaciones que se acaban reproduciendo las desigualdades sociales en términos de salud bucodental.

The main objective of this research is to study the social determinants in oral health and show how they produce, and reproduce, social inequalities in the Spanish state. The results have been found from a quantitative research using the data of the last Nacional Health Survey in Spain, made in 2017, produced by the INE (Instituto Nacional de Estadística). We can see, through a bibliographic research and different logistics regressions, how the socioeconomic structure, the life choices and chances, and the supporting social networks are factors which are determinant to study the oral health diseases, and the loss of natural tooth. Also, the relationship between the socio-professional structure and different variables of the model is analysed, seeing how these relationships reproduce social inequalities in terms of oral health.

PALABRAS CLAVE

Salud Bucodental - Condicionantes Sociales - Desigualdades - Sociología de la Salud - INE
- Regresión Logística

ÍNDICE

1 INTRODUCCIÓN	3
1.1 Justificación de la investigación:	3
1.2 Hipótesis	4
1.3 Objetivos	4
2 MARCO TEÓRICO.....	6
2.1 Condicionantes Sociales en Salud	6
2.2 Salud Oral	8
2.2.1 Definición de Salud Bucodental	8
2.2.2 Enfermedades Bucodentales	9
2.3 Condicionantes Sociales en Salud Bucodental	12
3 METODOLOGÍA	15
3.1 Presentación de las bases de datos	15
3.2 Justificación Metodológica	15
3.3 Estructura de las variables	15
3.4 Presentación modelo de análisis	18
4 RESULTADOS.....	20
5 CONCLUSIONES	38
6 BILIOGRAFIA	42
7 ANEXO.....	43

1 INTRODUCCIÓN

1.1 Justificación de la investigación:

Estudiar los factores sociales que condicionan la salud bucodental de las personas puede resultar de gran interés sociológico, puesto que no es un tema que directamente se suele abordar desde una perspectiva puramente sociológica. Por otra parte, considero que es una forma de estudiar la estructura de desigualdades subyacente -todos los procesos económicos, políticos, culturales y sociales que reproducen las desigualdades- en nuestra sociedad, desde una óptica que se aleja un poco de las aproximaciones sociológicas clásicas.

Cabe tener en cuenta que en general existe un grado bastante elevado de desinformación cuando se habla de los factores que realmente determinan la salud oral de las personas, ya que, en el imaginario colectivo se suelen establecer relaciones causales entre determinados niveles de salud bucodental y factores que atañen únicamente a la responsabilidad individual, o incluso a ciertas cuestiones puramente genéticas, desestimando o restándole importancia al entorno y a toda una serie de factores sociales que condicionan, si no determinan, la salud bucodental de las personas. También es importante resaltar que, estructuralmente, la salud oral es uno de los ámbitos de la salud pública más privatizados y mercantilizados, donde la relación entre paciente y médico, muchas veces se desdibuja y acaba convirtiéndose en una relación entre cliente y un prestador de servicios; lo que acaba incentivando un exceso de intervención, en detrimento de la prevención, por parte de algunos especialistas en salud bucodental.

Por último, se observa que las enfermedades de salud bucodental llamadas enfermedades no transmisibles, como por ejemplo la caries, tienen niveles de incidencia y de prevalencia significativamente elevados a nivel global, que además se sufren, prácticamente, durante todo el ciclo vital de una persona, reduciendo enormemente su nivel de calidad de vida, y que existen diferencias significativas según el nivel de renta y otros factores socioeconómicos.

Por lo tanto, lo que se quiere responder con este trabajo es saber **¿Cuales son y cómo operan los factores sociales que condicionan el nivel de Salud Bucodental en España?**

1.2 Hipótesis

A continuación, se presentan las hipótesis que guían este trabajo, y a partir de las cuales se establecen los criterios que encauzan, y justifican el análisis.

Hipótesis 1. Existen diversos factores sociales, como el nivel socioeconómico, los diferentes estilos de vida o la configuración de las redes sociales de apoyo, los cuales condicionan el nivel de Salud Bucodental.

Hipótesis 2. Los grupos sociales de menor nivel socioeconómico padecen más enfermedades bucodentales no transmisibles (Caries Dental, Enfermedades periodontales y Cánceres Orales).

Hipótesis 3. Los estilos de vida - concretamente el mantenimiento de prácticas que fomentan la higiene dental- condicionan el nivel de salud bucodental de las personas. Además, se infiere que a menor nivel de estudios y en una clase social más baja, existe mayor propensión a establecer estilos de vida relacionados con ciertos factores de riesgo, aumentando la probabilidad de sufrir una patología oral no transmisibles.

Hipótesis 4. - Las redes sociales de apoyo condicionan la salud bucodental, haciendo que las personas que se sienten más aisladas padezcan, en general, más enfermedades bucodentales.

1.3 Objetivos

Una vez presentadas las hipótesis, se plantean los objetivos que se pretenden alcanzar con este trabajo.

Objetivo 1. Determinar qué entendemos por salud bucodental. Definir qué se entiende por buena salud bucodental, mala salud bucodental y por nivel de salud bucodental.

Objetivo 2. Identificar cuáles son las enfermedades bucodentales no transmisibles, sus causas y los factores de riesgo asociados a estas.

Objetivo 3. Determinar cuáles son los factores sociales que condicionan la salud bucodental de las personas.

Objetivo 4. Construir un modelo de análisis que permita estudiar la relación entre el nivel socioeconómico, los estilos de vida, las redes sociales y las enfermedades bucodentales.

Objetivo 5. Medir el impacto de los condicionantes sociales en la salud bucodental de las personas, observando cuales tienen mayor impacto.

Objetivo 6. Analizar la relación entre los condicionantes sociales y la salud bucodental de las personas observando de qué forma se generan desigualdades.

2 MARCO TEÓRICO

2.1 Condicionantes Sociales en Salud

Cuando hablábamos, a nivel general, de la Salud de las personas, nos referimos a una “buena salud” o a una “mala salud” o quizá a un cierto “nivel de salud”, solemos hacerlo desde la subjetividad, es decir, lo que para alguien podría ser una “buena salud”, quizá para otra persona es una “mala salud”, dado que para la primera persona el conjunto de características que definen si su salud es buena o es mala, es un conjunto diferente al de la segunda persona. Esto se define como “nivel de salud subjetiva” y suele ser una de las primeras preguntas en las encuestas de salud. Por otro lado, muchas veces también solemos hablar de la salud desde un punto de vista más objetivo, normalmente, aludiendo a la existencia o no de ciertas patologías, es decir, podemos llegar a definir como “buena salud”, únicamente, la ausencia de enfermedad, o por lo menos, la ausencia de experiencias que para nosotros se entiendan como enfermedad. Pero esto también puede llevarnos a ciertos niveles de subjetividad, dado que no todas las enfermedades inciden en la vida cotidiana de la misma forma ni todas las personas viven estas experiencias de la misma manera.

Podemos darnos cuenta de que realizar un análisis que pretenda estudiar cualquier ámbito de la Salud, a priori puede ser complicado, dado que el concepto de Salud es un concepto complejo, y que además es un término ampliamente manipulado por toda la población, lo que genera cierto grado de complicación cuando queremos acotarlo, objetivarlo y operativizarlo. Por esta razón creo que antes de comenzar a introducir el concepto de “Condicionantes Sociales de la Salud” es necesario establecer una definición operativa de Salud que nos permita entender de manera objetiva que es “la Salud” y establecer un centro gravitatorio alrededor del cual orbitarán el resto de los elementos teóricos que se introducirán en el análisis.

Podemos ver que, para la OMS, “la salud es un estado completo de bienestar físico social y mental” (OMS, 1946). Observamos como en esta definición se concibe como salud un estado de bienestar, de manera global, de personas o grupos, teniendo en cuenta no solo ciertas características físicas y mentales, sino también sus características sociales, su entorno. De la misma manera, la OMS junto con la Asociación Canadiense de Salud Pública, añaden que, para alcanzar este estado de bienestar, “un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente” (OMS, 1986). En esta ampliación de la definición de Salud que nos brindaba la

OMS, podemos ver que también se tienen en cuenta las capacidades, de grupos o individuos, de conseguir aquello a lo que aspiran.

Dicho esto, podemos darnos cuenta de que para estudiar la salud de las personas no basta solamente con eludir a ciertos aspectos biológicos, sino que cabe tener en cuenta toda una serie de elementos, características y factores sociales, los cuales un individuo por si solo no es capaz de controlar, o muchas veces ni siquiera de identificar, y que condicionan su capacidad de identificar y realizar sus aspiraciones para poder conseguir un estado de bienestar completo, o lo que es lo mismo, su Salud. Todo este amplio compendio de elementos sociales, o estructurales, que condicionan la Salud de las personas se conoce como Determinantes -o Condicionantes- Sociales de la Salud. (Dahlgren y Whitehead, 1991)

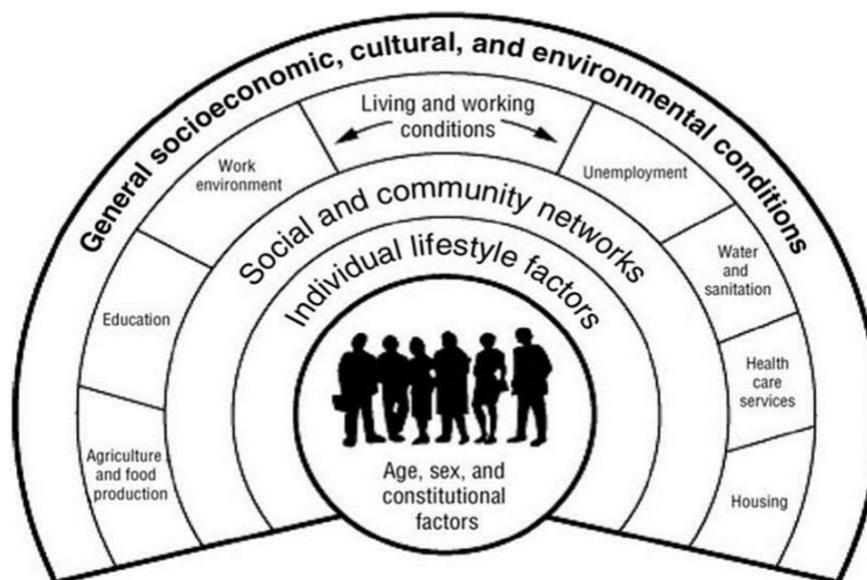


Ilustración 1. Dahlgren, G; Whitehead, M. Rainbow Model. 1991

Göran Dahlgren y Margaret Whitehead ofrecen el modelo de referencia para estudiar los Condicionantes Sociales de la Salud. En su estudio logran construir el gráfico apodado como *Rainbow Model*, en el cual podemos ver en el centro un grupo de individuos y alrededor una serie de factores sociales, los cuales condicionan la salud de estos. Además, a medida que el círculo se va abriendo estos factores son más globales, o estructurales, y por lo tanto la capacidad de agencia de los individuos sobre estos se ve mermada. De igual manera podemos extraer que los factores más cercanos al grupo de individuos condicionarán de una forma más directa y tangible la salud de estos. Otro elemento importante y que cabe tener en cuenta, es que todos estos factores actúan de manera conjunta y a través de complejas relaciones de interdependencia.

2.2 Salud Oral

Una vez hemos determinado qué entendemos por salud, en términos generales, creo que lo siguiente sería concretar que se entiende por “Salud Oral” en este análisis. Para tratar de definir este término, se llevarán a cabo dos estrategias, en la primera se tratará de construir una definición que nos permita trabajar con este concepto, y la segunda será realizar un análisis de las principales enfermedades en salud bucodental y cuales son sus causas.

2.2.1 Definición de Salud Bucodental

Podemos definir la Salud Bucodental como “la ausencia de dolor orofacial, cáncer de boca o de garganta, infecciones y llagas bucales, enfermedades periodontales, caries, pérdida de dientes y otras enfermedades y trastornos que limitan en la persona afectada la capacidad de morder, masticar, sonreír y hablar, al tiempo que repercuten en su bienestar psicosocial” (OMS). En esta definición es observable que, pese haber hecho mucho hincapié en definir la salud como ausencia de enfermedades, patologías o trastornos bucodentales en un principio, al final se nos habla de limitación de capacidades mecánicas o funcionales -morder y masticar- y capacidades sociales -sonreír y hablar- así como de “bienestar psicosocial”.

Por lo tanto, en esta definición podemos observar como también se contempla, de forma más concreta y aludiendo a la salud bucodental, que la salud es un concepto más amplio -que el mero hecho de ausencia de enfermedad desde una perspectiva individual y subjetiva- y que al promover la salud lo que se intenta es eliminar limitaciones a ciertas capacidades, o lo que es lo mismo, promover la igualdad de oportunidades. Ya que, por un lado, estas limitaciones, como hemos visto anteriormente, son desiguales y responden a una serie de factores sociales, económicos políticos y culturales que se estructuran creando desigualdades entre diferentes grupos sociales; y, por otro lado, estas limitaciones, a su vez, merman las capacidades u oportunidades de ciertos grupos sociales operando como amplificador de estas desigualdades.

2.2.2 Enfermedades Bucodentales

Una vez hemos definido el concepto de Salud Oral, y, aunque entendemos que se trata de un concepto más global y que va más allá de la “simple” ausencia de enfermedades bucodentales, se considera que, desde cierto punto, la ausencia de estas enfermedades define el concepto de lo que entendemos como buena salud, ya que el hecho de no padecer ninguna de estas patologías permite realizar una vida sin limitaciones y con mayor calidad. Por otro lado, consideramos que por motivos analíticos entender, en un principio, la salud bucodental a través de la ausencia o presencia de ciertas patologías bucodentales es, en cierta forma, una estrategia para operativizar un concepto, a priori, complejo y difícil de definir. Por esta razón se considera necesario tratar de definir cuales son las principales patologías bucodentales que se tendrán en cuenta para realizar el análisis. Cabe decir que las patologías bucodentales son muchas y existen de muchos tipos, pero con el objetivo de realizar un análisis de los factores sociales que condicionan la salud bucodental, este trabajo se centrará en las enfermedades bucodentales no transmisibles, no ocasionadas por traumatismos, ya que estas son enfermedades que responden directamente a factores en los que operan procesos sociales y además en las que el gradiente socioeconómico se hace más visible.

Según datos del 2015, se estima que alrededor de 3,5 billones de personas en el mundo convivían con algún tipo de patología bucodental, siendo, la caries dental, las enfermedades periodontales y los cánceres orales, las más predominantes (Peres et al, 2019). Veamos con más detalles, cuales son las causas y las consecuencias de tales enfermedades, así como una aproximación epidemiológica de estas.

2.2.2.1 Caries Dental

La caries dental es una destrucción localizada del tejido duro del diente producida por el ácido generado por la fermentación bacteriana de los denominados azúcares libres (azúcares añadidos a los productos más azúcares presente de forma natural en estos) que puede llegar a producir infecciones y destrucciones parciales o totales de los dientes. Es producida por el consumo continuo de azúcares libres, exposición insuficiente al flúor y eliminación deficiente de la placa bacteriana a través del cepillado. (OMS, 2020)

En cuanto a datos epidemiológicos a nivel global, pese a estimarse que la prevalencia de esta enfermedad ha descendido, en los países de rentas medias y altas, durante las últimas décadas,

-esto puede ser debido a los programas de asistencia y educación en términos de higiene bucodental al grueso de la población, por parte de las administraciones públicas llevados a cabo a partir de las décadas de los 80 y 90- en el 2010, la caries no tratada en dentición permanente se coloca como el problema de salud más prevalente, afectando al 35% de la población mundial. Varios estudios posteriores apuntan a que este dato no se ha visto modificado significativamente durante esta última década (Peres et al, 2019). Por otra parte, según la encuesta de Salud Oral en España publicada en 2020, se puede observar que la tendencia en caries dental es diferente según el grupo de edad; mientras en los grupos de edad más jóvenes se aprecia una clara tendencia descendente de presencia de caries en dentición permanente, en los grupos mayores a 65 años este descenso no se aprecia y además afecta a casi la totalidad de las personas encuestadas. (Bravo et al, 2020)

Todo esto apunta a que puede existir una doble tendencia en cuanto a la caries dental, ya que, por un lado, se observa un descenso en el número de nuevos casos de caries -de manera más significativa entre la población más joven- pero por otro, la prevalencia de las caries no tratadas durante el ciclo vital sigue siendo significativamente alta y parece mantener los mismos niveles durante las últimas décadas.

2.2.2.2 Enfermedades Periodontales

Las enfermedades periodontales causan inflamación de las encías. Existen dos estados, el primer estado, la gingivitis, es la inflamación o el sangrado del tejido que rodea y sostiene al diente, el segundo estado, periodontitis, es más severo ya que los dientes se empiezan a mover e incluso se puede llegar a su pérdida. La causa principal de esta patología es por la acumulación de placa debido a una higiene oral deficiente, aunque también se considera como factor de riesgo el consumo de tabaco. Es importante tener en cuenta que esta enfermedad se asocia con otras enfermedades, tales como la diabetes, enfermedades cardiovasculares, demencia u obesidad, dado que tienen factores de riesgo comunes. (OMS, 2020)

En cuanto a la afectación severa de esta enfermedad a nivel global, en 2010 se colocó como la sexta patología más prevalente, afectando a un 10,8% de la población mundial. Cabe destacar que pese a existir cierto descenso desde el 1990, este no llega a ser significativo -11,2%- (Peres et al, 2019). A nivel nacional se puede destacar que, en 2020, pese a tener una prevalencia

significativamente alta¹ la gran mayoría de los casos se atribuyen a un primer estado de la enfermedad (gingivitis) y no a una afectación más severa. (Bravo et al, 2020)

2.2.2.3 Cánceres Orales

De forma concreta, se habla del cáncer de labios y cavidad oral, uno de los cánceres más comunes. Según la Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer este se situaba dentro del grupo de los 15 cánceres más comunes en el mundo en 2018. Se considera que el consumo de tabaco, la ingesta de alcohol y el consumo de nuez de areca son factores riesgo de esta enfermedad. (OMS, 2020)

En 2018 el cáncer de labio y cavidad oral documenta una incidencia de 2% (354.864 casos nuevos) y una mortalidad de 1,9, siendo estos números significativamente bajos comparados con el resto de cánceres. Además, suele ser más común en hombres que en mujeres y se aprecian diferencias significativas cuando se compara la incidencia entre países de rentas muy altas y altas, con países de rentas medias y bajas, teniendo estos últimos números de incidencia y de mortalidad más altos; en concreto cabe destacar el caso de la India y Pakistán, donde este tipo de cáncer llega a representar la causa más común de mortalidad en hombres dentro del grupo de los distintos cánceres. (Bray, 2018)

¹ Si tenemos en cuenta los indicadores de Salud gingival se observa que entre las personas de 15 años solamente 36,7% presenta un estado gingival sano, en el grupo de 35 a 44 años el indicador disminuye a 18,1% y en el grupo de 65 a 75 años solamente un 9,6% dispone de un buen estado de salud gingival.

2.3 Condicionantes Sociales en Salud Bucodental

En este apartado se intentará hacer una síntesis, resumiendo la información aportada anteriormente con el objetivo de dilucidar y concretar cuales son los factores sociales que condicionan que una persona padezca alguna de estas enfermedades.

Una de las relaciones que a priori parece ser más evidente, puesto que es una relación clásica que ejemplifica el gradiente social, es la que hay entre nivel socioeconómico de una persona y la probabilidad, de esta, de padecer una enfermedad bucodental. Con nivel socioeconómico se hace referencia al grupo de factores que tienen que ver con la capacidad económica de una persona para desarrollarse, autoabastecer sus necesidades y poder conseguir sus aspiraciones dentro de un sistema basado en una lógica de mercados. La gran mayoría de estudios estructuran estas capacidades a través de una escala gradual teniendo en cuenta el tipo de actividad laboral que la persona ejerce, para estimar su poder adquisitivo y construir variables como “clase social” o “nivel socioeconómico”, también se tienen en cuenta variables como el nivel de estudios, ya que este sitúa a las personas en el plano social y condiciona el nivel de renta, y también el acceso o la falta de acceso a recursos.

Esta relación es inversamente proporcional dado que existen evidencias que apuntan a que a menor nivel socioeconómico existe una mayor probabilidad de padecer una enfermedad bucodental. En concreto, se asocia con la existencia de caries no tratadas o alguna experiencia con caries, y con una mala salud periodontal (Peres et al, 2019). Por otro lado, también se destaca que “la asociación entre bajo nivel educativo y haber experimentado caries es significativamente alta en países con altos Índices de Desarrollo Humano (>0,8), comparado con países con índices más bajos” (Peres et al, 2019).

Si nos centramos en el caso nacional, esta asociación también es significativa para todos los grupos de edad. Se observa que “existe un descenso en el nivel de caries a medida que mejora el nivel social” (Bravo et al, 2020), el cual es más evidente en las cohortes de adultos y mayores - de 35 a 44 años, y de 65 a 74 años- y en la de menores de 5 y 6 años con dentición temporal. También se observa que factores como el género y el lugar de nacimiento -en España o en el extranjero- son significativos en las cohortes de adultos y mayores, siendo más probable haber tenido alguna experiencia de caries cuando se ha nacido en el extranjero y/o se es mujer. Estos condicionantes operan de manera similar cuando se mira el número de dientes presentes, de hecho, en el grupo de adultos se aprecian diferencias significativas entre el lugar de nacimiento,

dado que los nacidos en España conservan mayor número de dientes que los nacidos en el extranjero. En cuanto a enfermedades periodontales parecen tener una relación directa con la edad, dado que la presencia de esta aumenta significativamente cuando el grupo de edad es mayor. Aunque, también existen relaciones significativas, en ciertos grupos de edad, con el nivel social, el género o el lugar de nacimiento, y estos factores operan de la misma manera que lo hacían con la caries, donde los grupos más perjudicados son, las personas con un nivel social más bajo, las mujeres y los nacidos en el extranjero; cabe destacar que en el grupo de adultos de 35 a 44 años estas tres relaciones son significativas con respecto a la existencia de sintomatología de enfermedades periodontales.

A raíz de estas variables podemos extraer otros factores sociales que deben analizarse en el estudio. Primero, cuando hablamos de que la edad es uno de los factores que más influyen en la salud bucodental de las personas, cabe tener en cuenta el hecho de que, en España, no es hasta la década de los 80 que se empiezan a desarrollar programas para prevenir enfermedades bucodentales a partir del uso de enjuagues, que después, durante la década de los 90 se estabilizan como programas asistenciales que intentan prevenir las enfermedades bucodentales y poco a poco llegar a educar a la población, en términos de hábitos de higiene bucodental, con el objetivo de que estas enfermedades no lleguen a desarrollarse, en concreto la caries (Bravo et al, 2020). Por lo tanto, para entender como la edad condiciona la salud bucodental en España, cabe tener en cuenta el hecho de que las personas más jóvenes han crecido en un sistema de salud en el que la prevención en salud bucodental estaba en una etapa de desarrollo y expansión, y por lo tanto, es más probable que tengan menos experiencias con enfermedades bucodentales y, que la presencia de nuevos casos de caries disminuya; de igual manera, cabe tener en cuenta que el tratamiento de la caries para menores de 12 años no está cubierto por la sanidad pública, por lo que es en este tipo de casos -las caries no tratadas- donde el gradiente socioeconómico puede obtener mayor peso.

Segundo, cuando se habla de que el país de nacimiento -es decir, si una persona ha nacido en el extranjero o en España- influye de forma significativa en la salud bucodental, se tiene que tener en cuenta la realidad socioeconómica de las personas que provienen del extranjero, así como el uso o el acceso a la sanidad pública por parte de estos, dado que existen múltiples estudios que confirman que las personas provenientes del extranjero, en general, utilizan los servicios públicos de salud con menor frecuencia que los nacidos en España.

Por último, el hecho de que el género condicione la salud bucodental de los encuestados me parece un dato interesante, en concreto tenemos que la salud bucodental de las mujeres adultas empeora respecto a la de los hombres; se sabe que la relación causal entre gestación y más presencia de caries no ha podido ser demostrada científicamente, sin embargo, esto puede apuntar hacia otro tipo de causas más relacionadas con los estilos de vida.

Si observamos los factores de riesgo de las diferentes enfermedades que se han descrito, podremos encontrar que existe una clara asociación entre estos y lo que se denominan “los estilos de vida”. Estos hacen referencia a las diferentes elecciones que una persona toma según sus opciones, es decir, teniendo en cuenta su conjunto de oportunidades. Entre estas elecciones podemos situar el tipo de dieta, hábitos de higiene bucodental, su consumo de alcohol y/o tabaco, etc. Sabemos que estos conjuntos de oportunidades son diferentes entre distintos grupos sociales, que son desiguales, y por lo tanto podemos inferir que los estilos de vida no hacen referencia a elecciones puramente individuales y desconectadas, si no que al final son elecciones que colocan al individuo en un grupo social determinado. Estas elecciones, que se pueden entender como hábitos de consumo, son las que acaban conformando la identidad social de las personas. Por lo tanto, es importante tener en cuenta que estos estilos de vida están condicionados por las elecciones individuales de las personas, pero a la vez, estas elecciones dependen de variables estructurales como clase social o género. (Cockerham, 2005)

Por último, una de las asociaciones que considero más interesante y menos tratadas en las diferentes investigaciones sobre los determinantes sociales en salud bucodental es la que existe entre las redes sociales de apoyo y la presencia de caries. En concreto, se observa que las redes sociales de apoyo condicionan los estilos de vida, como la higiene bucodental o el consumo de azúcar, y el uso de los servicios de salud, generando peores niveles de salud bucodental y calidad de vida (Petersen, 2005). En general existe muy poca información sobre este tema y creo que desde el punto de vista de la sociología puede ser de gran interés estudiar de qué forma el capital social, las relaciones afectivas y el apoyo psico-emocional -o su ausencia- condicionan el nivel de salud bucodental de las personas durante su ciclo vital.

3 METODOLOGÍA

3.1 Presentación de las bases de datos

Con el objetivo de construir un modelo de análisis que nos permita estudiar los factores sociales que condicionan la salud bucodental en España, se ha optado por utilizar los datos obtenidos a través de la última Encuesta Nacional de Salud elaborada por el INE (2017). La encuesta consta de 29.195 entrevistas, realizadas entre 2016 y 2017, a 23.089 adultos (mayores de 15 años) y 6.106 menores. Como el INE proporciona los microdatos para adultos y menores por separados, se ha optado por focalizar el estudio en los adultos, dado que el estudio de la salud bucodental en niños es mucho más complejo, y se aleja del objeto de estudio del análisis.

3.2 Justificación Metodológica

Durante la elaboración de este trabajo se han estimado diferentes enfoques metodológicos, pero por razones de adecuación a los objetivos y por lo recursos que se disponían se ha optado por elaborar un análisis a partir de la construcción de un modelo causal, presuponiendo que existe una relación causal entre el nivel de salud bucodental (variable dependiente) y los factores sociales que la condicionan (variables independientes). Esto justifica el uso de la regresión logística como método analítico, con el objetivo de observar cuanto explican los condicionantes sociales la salud bucodental de las personas, y además de que forma la condicionan.

3.3 Estructura de las variables

Para realizar el análisis se han hecho tres regresiones logísticas binomiales, dónde las variables dependientes corresponden con variables que describen el estado de la dentadura y la presencia de alguna patología bucodental, y las variables independientes se estructuran a partir de 5 dimensiones, las cuales se han construido a partir de la búsqueda bibliográfica:

D1: Nivel socioeconómico

SD1.1: Estructura socio laboral

SD1.2: Acceso a recursos médicos

D2: Estilos de vida

D3: Redes sociales de apoyo

D4: Variables sociodemográficas

El objetivo principal del análisis es observar de que forma las variables estructuradas a partir de estas dimensiones condicionan la salud bucodental de la muestra.

Las variables dependientes han tenido que ser construidas aplicando técnicas de dicotomización a partir de variables nominales aportadas por la encuesta. En concreto se han analizado tres variables dependientes, las cuales han sido construidas de la siguiente manera:

- Tener caries: nos informa sobre la probabilidad de una persona de tener caries. Se ha dicotomizado a partir de una variable nominal categórica que contiene información sobre el estado de los dientes y muelas de los encuestados, en concreto se pregunta si “tiene caries”.

- Tener síntomas de enfermedad periodontal: nos da información sobre la probabilidad de una persona de tener sintomatología propia a una enfermedad periodontal. Es una tipología que ha sido construida teniendo en cuenta las variables que nos dicen si a una persona “le sangran las encías al cepillarse o espontáneamente” y si “se le mueven los dientes/muelas”.

- Conserva todos los dientes naturales: esta variable es una variable dicotomizada que nos informa sobre la probabilidad de que una persona conserve todos sus dientes, y ha sido construida a partir de la variable que nos dice si una persona “tiene o conserva todos sus dientes/muelas naturales”.

En cuanto a las variables independientes se han tenido que realizar cambios en algunas de ellas. En las variables que hacen referencia al consumo de dulces, al consumo de refrescos con azúcar, al consumo de alcohol y a la clase social se ha tenido que cambiar la orientación de las categorías de respuesta, reordenándolas en sentido ascendente. En cuanto a las variables que informan del motivo por el que la persona considera que ha sufrido una falta de atención médica, por espera, transporte o económica, al ser variables nominales dicotómicas se han tenido que convertir en dummy para incorporarlas al análisis. Por último, en cuanto a las variables de control, la variable que hace referencia al sexo de la persona encuestada ha sido dicotomizada teniendo en cuenta como valor 1 el ser mujer, y la variable que nos da información sobre dónde ha nacido la persona, ha sido dicotomizada considerando el haber nacido en el extranjero como la categoría de referencia².

² Para más información acerca de las variables independientes, sus categorías de respuesta y cómo han sido dicotomizadas consultar Anexo.

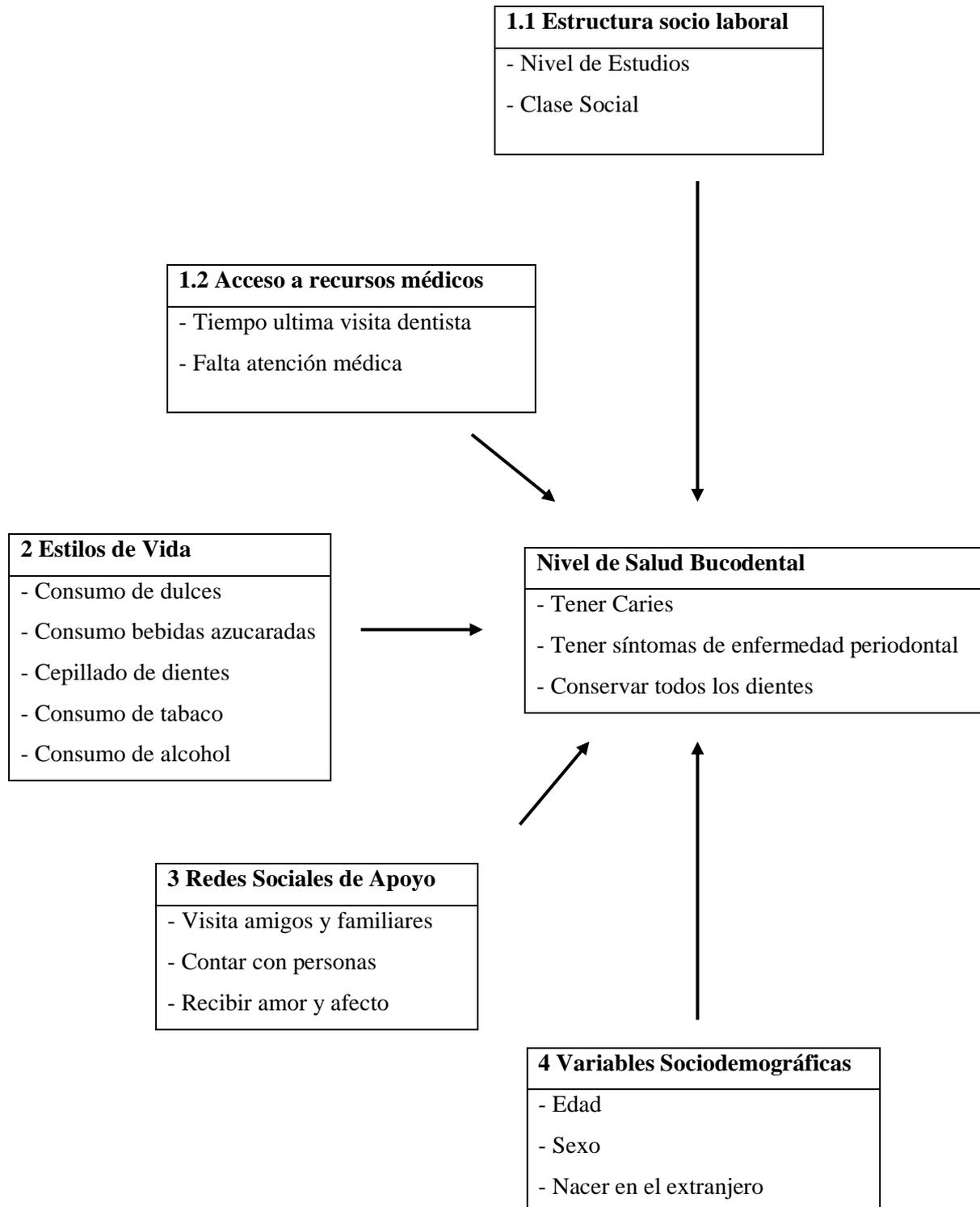
Por lo tanto, la estructura de las variables del análisis la podemos observar en la siguiente tabla.

TABLA 1. Distribución, dimensionalización y naturaleza de las variables del modelo.			
	DESCRPTIVOS		NATURALEZA
	X / %	N	
VARIABLES DEPENDIENTE:			
Tener caries	20,6 %	22702	Nominal (<i>Dummy</i>)
Tener síntomas de enfermedad periodontal	17,8%	23058	Nominal (<i>Dummy</i>)
Conservar todos los dientes naturales	21,8%	23075	Nominal (<i>Dummy</i>)
D1: Nivel socioeconómico			
SD 1.1: Estructura socio laboral			
Nivel de estudios	5,76	23089	Ordinal Escalar (1-8)
Clase social	3,03	22483	Ordinal Escalar (1-6)
SD 1.2: Acceso a recursos médicos			
Tiempo desde última visita al dentista	2,91	23089	Ordinal Escalar (1-5)
Falta de atención médica:			
- debido al tiempo de espera	19,7%	19071	Nominal (<i>Dummy</i>)
- debido al transporte	1,7%	18449	Nominal (<i>Dummy</i>)
- por motivos económicos	12,2%	21502	Nominal (<i>Dummy</i>)
D2: Estilos de vida			
Frecuencia en el consumo de dulces	3,69	23063	Ordinal Escalar (1-6)
Frecuencia en el consumo de bebidas azucaradas	2,20	23056	Ordinal Escalar (1-6)
Frecuencia del cepillado de los dientes	3,94	23056	Ordinal Escalar (1-5)
Consumo de tabaco			
- No fuma ni ha fumado nunca (c.r. ³)	50,8%	23067	Nominal (<i>Dummy</i>)
- No fuma, pero ha fumado antes	25,8%	23067	Nominal (<i>Dummy</i>)
- Fuma, pero no a diario	2,1%	23067	Nominal (<i>Dummy</i>)
- Fuma a diario	21,3%	23067	Nominal (<i>Dummy</i>)
Frecuencia del consumo del alcohol	4,36	23063	Ordinal Escalar (1-9)
D3: Redes sociales de apoyo			
Visitas de amigos y familiares	3,99	23010	Ordinal Escalar (1-5)
Contar con personas que se preocupan de lo que le sucede	4,56	23017	Ordinal Escalar (1-5)
Recibir amor y afecto	4,56	23012	Ordinal Escalar (1-5)
D4: Variables sociodemográficas			
Edad	53,44	23089	Cuantitativa
Sexo (M)	54,1%	23089	Nominal (<i>Dummy</i>)
Nacer en el extranjero	9,7%	23089	Nominal (<i>Dummy</i>)

³ Categoría de referencia para las variables *dummy* que explican el tipo de consumo de tabaco.

3.4 Presentación modelo de análisis

Por lo tanto, el modelo de análisis que se ha utilizado para estudiar la salud bucodental puede resumirse a partir del siguiente diagrama:



Por último, para completar el análisis y poder responder a la pregunta de investigación se ha optado por observar cómo las variables que explican la estructura sociolaboral, nivel de estudios y clase social, se relacionan con las demás dimensiones⁴. Por lo tanto, estas variables han tenido que ser agrupadas en cuatro categorías de respuesta cada una, para poder observar mejor las relaciones.

Para realizar este análisis se han hecho diferentes tablas cruzadas en las que se han introducido estas dos variables en relación con, la variable que nos dice si una persona sufre una falta de atención sanitaria por razones económicas -la cual pertenece a la dimensión 1.2, acceso a recursos médicos-, la frecuencia del cepillado de los dientes -perteneciente a la dimensión 2, estilos de vida-, la variable que nos dice si una persona cree que recibe tantas visitas de amigos y familiares como desea -la cual se estructura en la dimensión 3, redes sociales de apoyo- y por último con las tres variables dependientes. Estos análisis se presentan en formato gráfico para poder ver claramente las tendencias en estas relaciones.

Con este análisis se pretende abordar el objetivo de ver cómo se relacionan estas variables y de tratar de observar de qué forma la estructura sociolaboral incide, no solo sobre el nivel de salud bucodental, sino sobre las distintas dimensiones del modelo, creando una reproducción de la desigualdad.

⁴ Para este análisis se han obviado las variables sociodemográficas, ya que, la relación entre estas variables y las variables que nos indican el nivel de estudios y la clase social se aleja del objeto de estudio.

4 RESULTADOS

A continuación, se presentan los resultados obtenidos en los análisis. Primero se presentan tres tablas, que corresponden a los resultados de las regresiones logísticas obtenidos a partir de la aplicación del modelo causal para cada una de las variables dependientes. Después, el análisis de resultados se enfoca en estudiar cómo el nivel de estudios y la clase social inciden sobre las diferentes variables independientes y dependientes, de forma más concreta y gráfica, observando cómo se distribuyen los individuos en función de su respuesta, su nivel de estudios y clase social a la que pertenecen.

TABLA 2. Regresión logística jerarquizada. Variable dependiente: Tener caries. (<i>Odd Ratios</i>)					
	SD 1.1	SD 1.2	D 2	D 3	D 4
Nivel de Estudios	0,962**	0,982	0,998	0,996	0,953**
Clase Social	0,808***	0,854***	0,879***	0,883***	0,899***
Tiempo desde la última visita al dentista		1,186***	1,146***	1,144***	1,156***
Falta Atención médica					
- Debido al tiempo de espera		1,095	1,112*	1,112*	1,118*
- Debido a transporte		0,935	0,963	0,941	0,965
- Por motivos económicos		3,597***	3,366***	3,232***	3,167***
Frecuencia en el consumo de dulces			0,986	0,987	0,984
Frecuencia en el consumo de bebidas azucaradas			1,112***	1,111***	1,066***
Frecuencia en el cepillado de los dientes			0,769***	0,775***	0,756***
Consumo de tabaco					
- No fuma, pero ha fumado antes			1,177**	1,166**	1,187**
- Fuma, pero no a diario			1,431*	1,423*	1,319
- Fuma a diario			1,503***	1,489***	1,404***
Frecuencia del consumo de alcohol			0,992	0,991	0,994
Visita de amigos y familiares				0,898***	0,898***
Contar con personas que se preocupen por lo que sucede				0,905**	0,907**
Recibir amor y afecto				1,068	1,055
Edad					0,989***
Sexo (M)					0,950
Nacer en el extranjero					1,015
Constante	0,368***	0,215***	0,419***	0,729	2,052***
R²	0,031 (3,1%)	0,096 (9,6%)	0,123 (12,3%)	0,127 (12,7%)	0,134 (13,4%)

Fuente: elaboración propia a partir de datos obtenidos de la Encuesta Nacional de Salud en España, 2017.

INE.

*** p < 0,001

** p < 0,01

* p > 0,05

En la tabla 2 (página 20) se puede observar cómo las variables independientes del análisis, organizadas en las 4 dimensiones antes descritas, condicionan el hecho de que las personas tengan o no caries. En un principio, si nos fijamos en los valores de la R^2 de Nagelkerke, podemos observar que el modelo no llega a ser muy explicativo, pero si tenemos en cuenta que la caries es una enfermedad difícil de explicar, dado que los múltiples factores que la causan están en cambio constante, y que además intentamos explicar este hecho desde un punto de vista sociológico, podemos decir que el nivel explicativo del modelo es suficiente. Además, observamos que la gran mayoría de variables independientes tienen una relación estadísticamente significativa con la variable dependiente.

Se observa que la dimensión que más nivel explicativo aporta es la que mide el nivel socioeconómico a través del acceso a recursos médicos, siendo la falta de atención médica por motivos económicos la variable del modelo que más condiciona el padecer caries, triplicando la probabilidad de padecer esta enfermedad. También es relevante el hecho de que cuanto más tiempo pasa desde la última visita al dentista, o existe falta de atención médica por motivos de espera también aumenta la probabilidad de padecer caries.

En cuanto al nivel de estudios y la clase social, se puede observar cómo afectan de forma negativa, es decir, que cuanto más alto es el nivel de estudios y la clase social, las probabilidades de padecer caries disminuyen. Es importante destacar que parece existir una relación de control de la edad sobre el nivel de estudios de la muestra, ya que es muy probable, por razones históricas del contexto social del estado, que las personas de mayor edad tengan un nivel de estudios menor, dado que el acceso antes era más limitado.

Por otra parte, es relevante cómo los estilos de vida también actúan de forma significativa sobre la probabilidad de padecer caries, se observa que cuanto mayor es la frecuencia del consumo de bebidas azucaradas, mayor es la probabilidad de desarrollar esta enfermedad, mientras que cuando la frecuencia del cepillado de los dientes es menor, se reduce significativamente el riesgo de padecer caries. Otra de las variables que tienen un efecto significativo sobre el hecho de padecer caries son las que nos muestran el consumo de tabaco, observamos que en general el consumo parece estar asociado con la presencia de la caries, vemos que cuando este es más regular, la probabilidad de padecer caries aumenta, respecto a las personas que no han fumado nunca (categoría de referencia).

Por último, es interesante el efecto de las variables que tienen que ver con las redes sociales de apoyo, ya que es una relación que no suele estar muy presente en estos tipos de análisis; se ve como, cuando una persona recibe tanto amor y afecto como desea y cuenta con personas que se preocupan por lo que le sucede, es decir, cuando una persona está más acompañada, se reduce la probabilidad de padecer caries.

En general, podemos observar como el modelo funciona de manera significativa para intentar explicar esta variable en términos sociológicos. Vemos que el gradiente socioeconómico está presente en el análisis, dado que, las personas con menor nivel de estudios y de una clase social más baja, en general, padecen más esta enfermedad; además observamos como la falta de recursos médicos, únicamente, por razones económicas es crucial para explicar la presencia de caries en los individuos de la muestra, dado que al ser recursos altamente privatizados el acceso se ve reducido. También convendría destacar que, si bien es cierto que la edad guarda una relación significativamente estadística con el hecho de tener caries, y que la relación entre estas parece ser inversa, es difícil establecer una relación entre más edad y menos presencia de caries, dado que el valor del Odd Ratio obtenido está muy cerca de uno, y por lo tanto su efecto es poco significativo.

Cuando se observa, en la tabla 3 (página 23), cómo actúa el modelo sobre la variable que describe la presencia de síntomas de enfermedad periodontal -sangrado de encías y movimiento de los dientes- observamos que el nivel explicativo desciende respecto a la variable dependiente descrita anteriormente, es decir, el modelo explicativo no funciona también como para la variable que describe la presencia de caries. Sin embargo, vemos que la gran mayoría de variables independientes tienen relación estadísticamente significativa con la variable dependiente.

De nuevo, la subdimensión que más nivel explicativo aporta al análisis es la que describe el acceso a los recursos sanitarios. La variable que describe la falta de acceso a los recursos sanitarios, concretamente, por motivos económicos sigue siendo la variable del modelo que más condiciona el hecho de padecer una enfermedad periodontal, doblando la probabilidad de tener síntomas de esta, aunque también cabe destacar el efecto, multiplicador, de la falta de acceso sanitario por motivos del tiempo de espera sobre la variable dependiente. Del mismo modo, vemos que existe una relación estadísticamente significativa con el tiempo desde la última visita al dentista, pero esta vez es inversa, es decir, las personas que padecen

enfermedades periodontales, a priori, tienden a acudir con mayor frecuencia al dentista, esto puede deberse a que estas personas son sometidas a tratamientos continuos, pero cabe destacar que el efecto no es lo suficientemente significativo para establecer esta relación. También se puede observar como la clase social incide sobre la variable dependiente reduciendo su probabilidad, es decir, igual que pasaba con la caries, cuanto mayor es la clase social, menor es la presencia de enfermedades periodontales, aunque, de nuevo, el efecto de la clase social sobre el hecho de tener síntomas de una enfermedad periodontal no es tan claro como en el de padecer caries.

TABLA 3. Regresión logística jerarquizada. Variable dependiente: tener síntomas de enfermedad periodontal. (<i>Odd Ratios</i>)					
	SD 1.1	SD 1.2	D 2	D 3	D 4
Nivel de Estudios	1,029*	1,026*	1,044**	1,042**	1,009
Clase Social	0,890***	0,926***	0,935***	0,940***	0,949**
Tiempo desde la última visita al dentista		0,928***	0,908***	0,909***	0,923***
Falta Atención médica					
- Debido al tiempo de espera		1,227***	1,247***	1,249***	1,227***
- Debido a transporte		1,303	1,349*	1,308	1,314
- Por motivos económicos		2,712***	2,688***	2,499***	2,449***
Frecuencia en el consumo de dulces			1,012	1,011	1,006
Frecuencia en el consumo de bebidas azucaradas			1,072***	1,072***	1,052**
Frecuencia en el cepillado de los dientes			0,830***	0,840***	0,794***
Consumo de tabaco					
- No fuma, pero ha fumado antes			1,074	1,056	1,159**
- Fuma, pero no a diario			0,892	0,900	0,888
- Fuma a diario			0,889	0,877*	0,849**
Frecuencia del consumo de alcohol			1,012	1,011	1,033***
Visita de amigos y familiares				0,860***	0,852***
Contar con personas que se preocupen por lo que sucede				1,023	1,018
Recibir amor y afecto				0,934	0,925*
Edad					0,990***
Sexo (M)					1,449***
Nacer en el extranjero					0,715***
Constante	0,250***	0,231***	0,351***	0,792	1,841**
Negelkerke R²	0,006	0,042	0,052	0,061	0,072
	(0,6%)	(4,2%)	(5,2%)	(6,1%)	(7,2%)

Fuente: elaboración propia a partir de datos obtenidos de la Encuesta Nacional de Salud en España, 2017.

INE.

*** p < 0,001

** p < 0,01

* p > 0,05

Por otro lado, observamos que las variables que tienen que ver con los estilos de vida también guardan, en general, relación estadísticamente significativa con la variable dependiente; es interesante ver como el beber más frecuentemente bebidas azucaradas aumenta la probabilidad de padecer síntomas de enfermedad periodontal, mientras el cepillarse los dientes con mayor frecuencia la disminuye, características que comparte con la caries. Otro de los factores importantes de los estilos de vida es el consumo de alcohol, que también tiene un efecto multiplicador sobre el hecho de padecer una enfermedad periodontal. Con el consumo de tabaco pasa algo interesante, y es que podemos observar que mientras, las personas que anteriormente eran fumadoras tienden a padecer más enfermedades periodontales que las personas que nunca han fumado, en las personas que fuman diariamente la presencia de estos síntomas se reduce. Por un lado, sabemos que el tabaquismo es un factor de riesgo para esta enfermedad (OMS, 2020), lo que explica el hecho de porque las personas que han sido fumadoras tengan más probabilidad de padecer sus síntomas, a la vez, parece contradictorio el hecho de que los síntomas de enfermedades periodontales sean menos presentes en personas que fuman diariamente. Por otro lado, esto podría deberse a que el síntoma predominante de la enfermedad periodontal en España es el sangrado de encías⁵ (Bravo et al, 2020), y existen evidencias que demuestran que la nicotina tiene un efecto vasoconstrictor, reduciendo el flujo sanguíneo de las encías, y, por lo tanto, impidiendo su sangrado (Pacucci & Giaquinta, 2013). Esto no quiere decir que las personas que fuman tabaco no sufren sintomatología de enfermedades bucodentales, si no, que es más difícil detectar una enfermedad periodontal en su estado primario, el sangrado de encías -gingivitis-, lo que a su vez aumenta el riesgo de pérdida del diente. Además, normalmente, cuando una persona que ha fumado con anterioridad deja de fumar a diario, tiende a desarrollar estos síntomas de forma más severa.

También nos encontramos que existe una relación significativa entre recibir visitas de amigos y familiares y el hecho de padecer estos síntomas, reduciendo la probabilidad de desarrollarlos mientras más acompañados se sienten los individuos. Por último, nos encontramos que el sexo incide de forma significativa sobre esta variable dependiente, mostrándonos que estos síntomas parecen estar con más frecuencia en mujeres que en hombres. También se observa como parece que entre la población extranjera es menos recurrente esta enfermedad, aunque debemos tener

⁵ En la muestra, el sangrado de encías representa un 14,5%, mientras que los individuos que sufren movimiento de dientes y muelas representan un 5,4%.

en cuenta que representan una pequeña parte de la muestra -9,7%- y por lo tanto el resultado podría estar sesgado.

En términos generales se observa que, aunque el modelo no funcione igual para esta variable que para la anterior, los condicionantes sociales de ambas enfermedades bucodentales son semejantes e incluso comunes. Se puede observar como en ambas regresiones el nivel socioeconómico guarda relación significativa con el hecho de padecer una enfermedad bucodental, reduciendo de manera importante la probabilidad de padecer caries o enfermedad periodontal mientras mayor es el nivel socioeconómico. Además, se comprueba como los estilos de vida, y las redes sociales de apoyo también son factores importantes que cabe tener en cuenta cuando queremos explicar la salud bucodental de las personas.

El objetivo de la Tabla 4 (página 26) es comprobar cómo funciona el modelo, desde una perspectiva diferente, en vez de fijarnos en la presencia de alguna enfermedad bucodental concreta, aquí la variable dependiente estudiada es el hecho de conservar todos los dientes, de esta manera podemos estudiar la salud bucodental desde otra óptica y añadir un matiz diferente al análisis.

De primeras, lo que más llama la atención es que la estructura propuesta de variables independientes para estudiar el nivel de salud bucodental funciona mejor para esta variable dependiente, ya que, se puede observar que el nivel explicativo (N^2 de Negelkerke) es mucho mayor que en los otros dos análisis. De hecho, esto ya se hacía visible en la tabla de clasificación, dado que se explicaba más la ausencia de enfermedad bucodental, y por lo tanto la buena salud bucodental, que la presencia de caries o enfermedad periodontal.

En este caso, las variables que más nivel explicativo aportan al análisis son la edad y el haber nacido en el extranjero. En este caso, se puede observar como el hecho de haber nacido en el extranjero disminuye, aparentemente, la probabilidad de conservar todos los dientes. Se podría inferir que esta relación podría venir construida a partir del hecho de que la población migrante, en términos generales, dispone de menos recursos económicos que la población nacida en España, además sabemos que existe una gran cantidad de barreras, burocráticas y culturales, que dificultan el acceso a ciertos recursos públicos por parte de estos colectivos, de hecho, la relación entre inmigración y falta de acceso a recursos sanitarios es una relación muy estudiada en distintos trabajos. También observamos que del bloque jerárquico 4 al 5 -de D3 a D4-, la

clase social intercede en la relación entre edad y el haber nacido en el extranjero, ya que cuando estas se incorporan en el análisis, la relación entre clase social y conservar los dientes sale a la luz, esto defiende el hecho de que la relación entre haber nacido en el extranjero y conservar todos los dientes naturales está mediada por la clase social de la persona que procede del extranjero.

TABLA 4. Regresión logística jerarquizada. Variable dependiente: Conservar todos los dientes. (<i>Odd Ratios</i>)					
	SD 1.1	SD 1.2	D 2	D 3	D 4
Nivel de Estudios	1,281***	1,288***	1,271***	1,272***	1,073***
Clase Social	0,987	0,972	1,002	0,999	1,089***
Tiempo desde la última visita al dentista		1,074***	1,104***	1,102***	1,206***
Falta Atención médica					
- Debido al tiempo de espera		0,881*	0,906	0,904	0,943
- Debido a transporte		0,584**	0,587**	0,595*	0,670
- Por motivos económicos		0,575***	0,571***	0,597***	0,514***
Frecuencia en el consumo de dulces			0,989	0,989	0,943***
Frecuencia en el consumo de bebidas azucaradas			1,230***	1,231***	0,975
Frecuencia en el cepillado de los dientes			1,305***	1,295***	1,141***
Consumo de tabaco					
- No fuma, pero ha fumado antes			0,552***	0,557***	0,749***
- Fuma, pero no a diario			1,202	1,190	0,892
- Fuma a diario			0,742***	0,747***	0,641***
Frecuencia del consumo de alcohol			0,935***	0,935***	0,974**
Visita de amigos y familiares				1,055**	1,051*
Contar con personas que se preocupen por lo que sucede				0,909*	0,879**
Recibir amor y afecto				1,187***	1,076
Edad					0,928***
Sexo (M)					0,950
Nacer en el extranjero					0,864*
Constante	0,060***	0,053***	0,017***	0,010***	2,296***
R²	0,061 (6,1%)	0,071 (7,1%)	0,128 (12,8%)	0,130 (13,0%)	0,339 (33,9%)

Fuente: elaboración propia a partir de datos obtenidos de la Encuesta Nacional de Salud en España, 2017.
INE.

*** p < 0,001

** p < 0,01

* p > 0,05

También cabe tener en cuenta la relación entre el nivel de acceso a recursos médicos y la variable dependiente. En concreto, podemos observar cómo, por un lado, las personas que acuden con mayor frecuencia al dentista conservan menos sus dientes naturales, esto se puede explicar por el tipo de asistencia odontológica distribuida por el sistema público de salud actual, una odontología centrada en la intervención, donde las consultas al dentista están destinadas, en gran medida, a la extracción de dientes, y no a incentivar la prevención de enfermedades bucodentales u otros tratamientos menos invasivos que tengan el objetivo de conservar los dientes naturales, los cuales si se prestan en la sanidad privada. Por otro lado, podemos observar como en este caso la falta de acceso a recursos odontológicos por motivos económicos disminuye casi a la mitad la probabilidad de conservar todos los dientes.

De la misma manera, podemos observar como las variables que hacen referencia a los estilos de vida también guardan una relación estadísticamente significativa con la variable dependiente. Podemos observar cómo una mayor frecuencia del cepillado de los dientes aumenta la probabilidad de conservarlos, mientras el tabaquismo y el consumo elevado de alcohol la disminuyen.

Por último, si nos centramos en la dimensión de las redes sociales de apoyo, se destaca la relación entre el hecho de que una persona reciba la cantidad de visita de amigos y familiares que desea y el conservar sus dientes, observamos cómo la probabilidad de conservar todos los dientes aumenta cuando una persona no se siente sola. También podemos ver cómo cuando se incorporan las variables sociodemográficas, el recibir amor y afecto pasa a no ser significativo en el análisis, apuntando a una posible relación de control establecida por la edad, dado que es probable que las personas de mayor edad sientan que no tienen todo el amor y afecto que quisieran, es decir, que se sientan más aisladas.

En términos generales, a partir de estas tres regresiones, se ha podido comprender que el nivel de salud bucodental de las personas está condicionado por diferentes factores sociales. Se observa cómo el nivel socioeconómico incide, no solo, sobre la probabilidad de padecer caries o enfermedad periodontal, si no, también sobre el hecho de poder conservar, o no, nuestros dientes naturales a lo largo de nuestra vida. En concreto podemos ver como las personas que tienen dificultades de acceso económico a asistencia odontológica, las que tienen una higiene bucodental peor o las más aisladas, tienden a tener una mala salud bucodental. Lo interesante

ahora, es ver de que forma estos factores están condicionados, a la vez, por la estructura sociolaboral, por la clase social y el nivel de estudios, de las personas.

Para completar el análisis, a continuación, se presentan diferentes gráficos que intentan mostrar estas relaciones de una modo más concreto y visual, y así poder concretar un poco más la relación entre estos factores sociales.

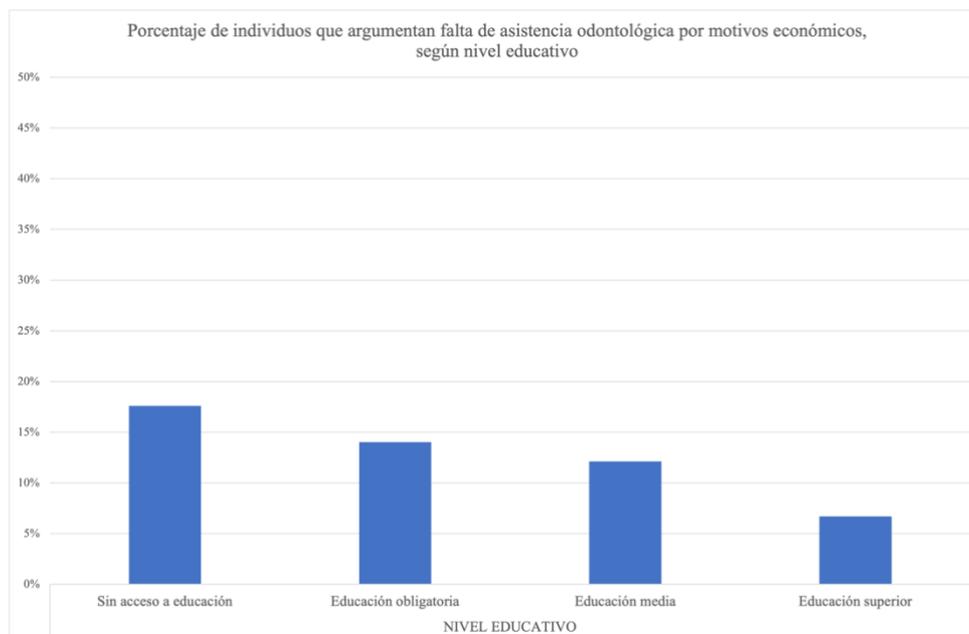


Gráfico 1. Elaboración propia a partir de datos obtenidos de la Encuesta Nacional de Salud en España, 2017. INE

En el gráfico 1 se observa la distribución de los individuos que tienen dificultades de acceso a asistencia odontológica por motivos económicos, en función de su nivel de estudios. Lo primero que cabe destacar es que existe una tendencia descendiente cuanto mayor es el nivel de estudios de la persona. Es significativo el hecho de que las personas que tienen dificultades de asistencia por motivos económicos y no han tenido acceso a educación, representan el triple -porcentualmente-, que las que tienen educación superior.

El gráfico 2 (página 29) sigue la misma tendencia que el anterior, vemos que se dibuja una pendiente descendiente en el porcentaje de casos conforme el nivel educativo asciende. En esta relación concreta es destacable la polarización de los resultados, siendo el porcentaje de individuos que argumentan falta de asistencia odontológica por motivos económicos 5 veces más grande cuando se trata de personas con trabajos no cualificados que cuando se trata de directivos de pequeñas o grandes empresas.

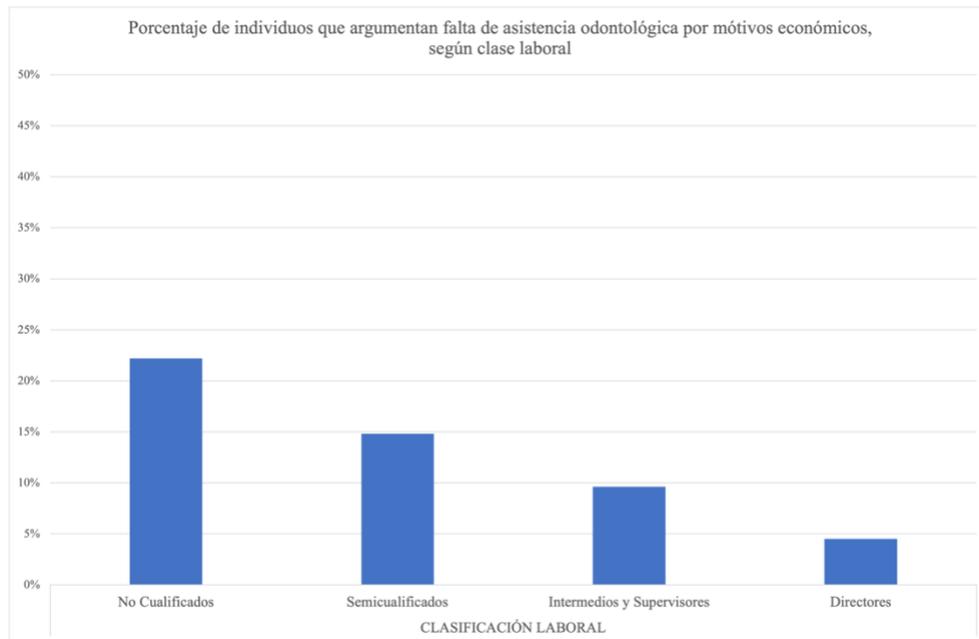


Gráfico 2. *Elaboración propia a partir de datos obtenidos de la Encuesta Nacional de Salud en España, 2017. INE*

Hasta aquí los resultados son bastante esperados, dado que es relativamente sencillo entender la relación entre la falta de recursos económicos para costear un tratamiento odontológico y la pertenecía a una clase social más baja o tener un nivel de estudios más bajo. De todos modos, considero relevante mostrar esta relación, ya que, esta tendencia no es casual y podemos ver como se repite a lo largo del análisis. De hecho, En el gráfico 3 (página 30), en el cual se muestra el porcentaje de personas que se cepillan los dientes al menos 3 veces al día -lo más recomendable según los expertos- observamos la misma tendencia, pero esta vez inversa, aumentando de forma muy significativa el porcentaje de personas que se cepillan los dientes al menos 3 veces al día cuanto mayor es el nivel de estudios. Aquí se muestra cómo el acceso a un mayor nivel educativo condiciona, en cierta medida, las pautas en términos de higiene bucodental de las personas.

También es relevante destacar el hecho de que anteriormente, en el análisis de las tablas de resultados, se ha podido observar como la edad ejerce cierto control sobre el nivel educativo, a partir del cual se extrae que mientras aumenta la edad, el nivel educativo de la muestra disminuye. Y, recordemos que, en términos generales, todos los análisis apuntan a que la salud bucodental de las personas mayores es peor. Por lo tanto, esto podría deberse, en parte, a que la higiene bucodental de las personas mayores podría ser peor que la de las personas más jóvenes.

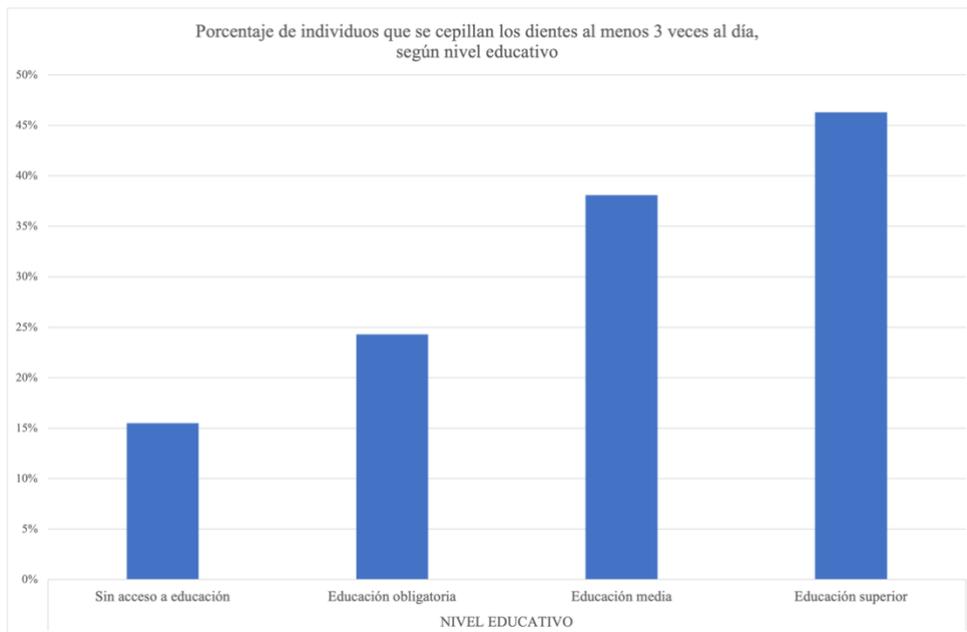


Gráfico 3. Elaboración propia a partir de datos obtenidos de la Encuesta Nacional de Salud en España, 2017. INE

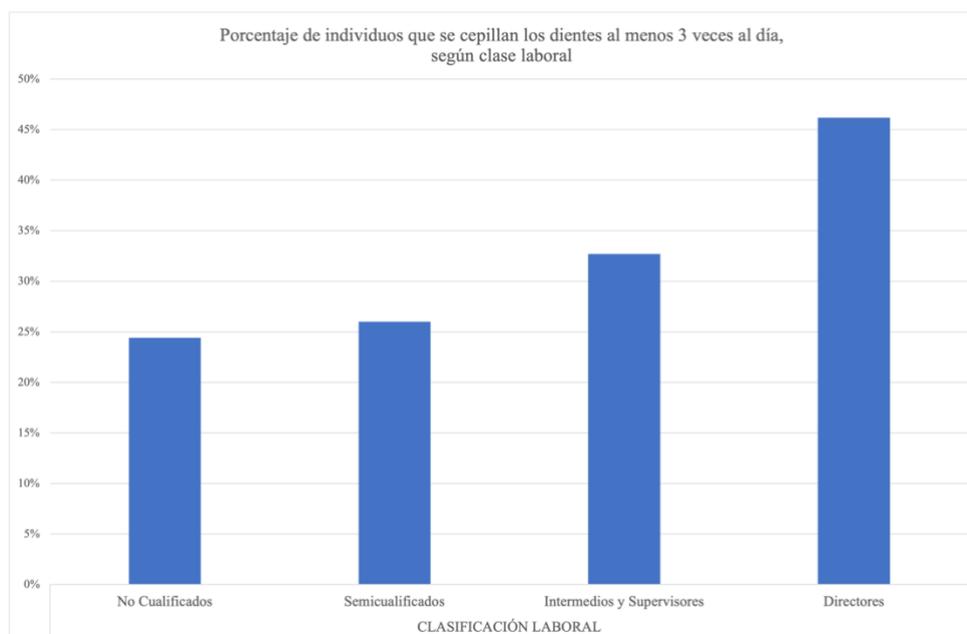


Gráfico 4. Elaboración propia a partir de datos obtenidos de la Encuesta Nacional de Salud en España, 2017. INE

Del mismo modo observamos cómo en el gráfico 4 se dibuja la misma tendencia. Es cierto que la diferencia en el porcentaje entre personas no cualificadas y semicualificadas no es tan significativa, como antes, pero aún así se observa el mismo patrón. Esto permite comprobar que el cepillado de los dientes -recordemos que es uno de los factores más importantes para determinar el nivel de salud bucodental de una persona- no puede explicarse únicamente como una decisión individual, si no que guarda relación con la estructura socioeconómica y de acceso

a recursos educativos. Además, vemos como esta relación entre el nivel socioeconómico y los estilos de vida, se retroalimenta, exacerbando las desigualdades en salud bucodental.

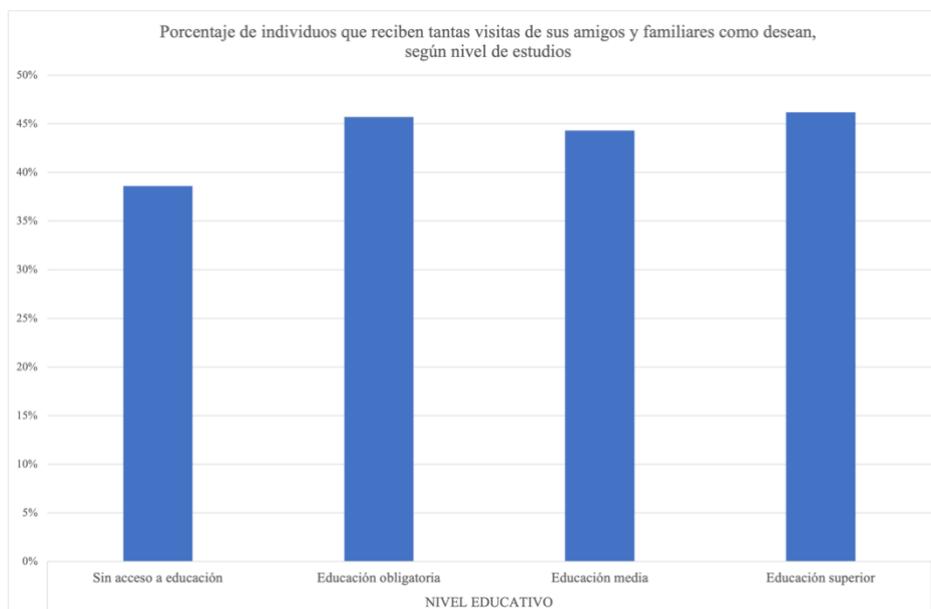


Gráfico 5. Elaboración propia a partir de datos obtenidos de la Encuesta Nacional de Salud en España, 2017. INE

Seguidamente, cuando analizamos cómo se asocia la estructura sociolaboral con las redes sociales de apoyo, observamos que la tendencia no es tan clara. En el gráfico 5 tenemos el porcentaje de individuos que sienten que reciben tantas visitas de sus amigos y familiares como desean, divididos según su nivel educativo. Observamos que el colectivo de personas que se sienten plenamente acompañadas y que no han tenido acceso a educación es menor que el resto, pero aún así, no observamos el mismo patrón ascendente que dilucidaban los gráficos anteriores.

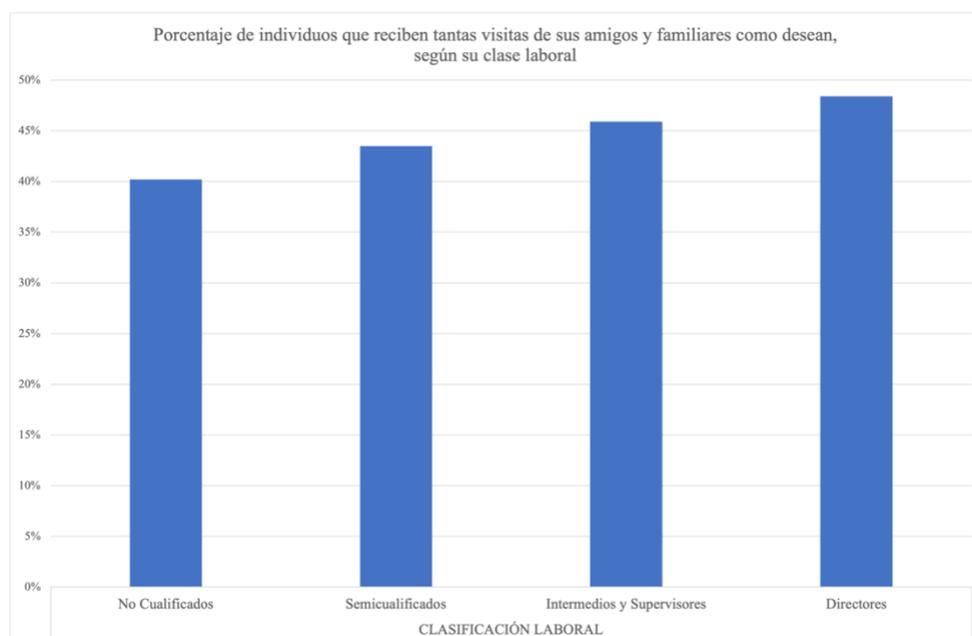


Gráfico 6. Elaboración propia a partir de datos obtenidos de la Encuesta Nacional de Salud en España, 2017. INE

Por otra parte, cuando vemos la distribución de la misma respuesta, pero en función de la clase social, sí que la asociación entre estas dos variables parece apuntar en la misma dirección que los ejemplos anteriores. Se puede ver como el porcentaje de individuos que se sienten plenamente acompañados aumenta en función de si la clase social es más elevada. De todos modos, cabe tener en cuenta que las diferencias entre los grupos no son tan significativas como en los gráficos anteriores.

En resumen, estos resultados nos muestran que las diferentes dimensiones que se han planteado en el análisis, y que condicionan los niveles de salud bucodental de la sociedad, a la vez están condicionadas por la estructura sociolaboral, por la clase social y el nivel educativo de los individuos. Por lo tanto, todo apunta a que las desigualdades producidas en salud bucodental son, en parte, una reproducción de las desigualdades económicas, y sociales, que se dan en las sociedades contemporáneas.

Para terminar el análisis se observa gráficamente, y con mayor concreción, la asociación entre la clase social y el nivel de estudios, y las tres variables dependientes que hemos analizado anteriormente, con el objetivo de ver si se dibuja el mismo patrón que hemos visto en los gráficos anteriores.

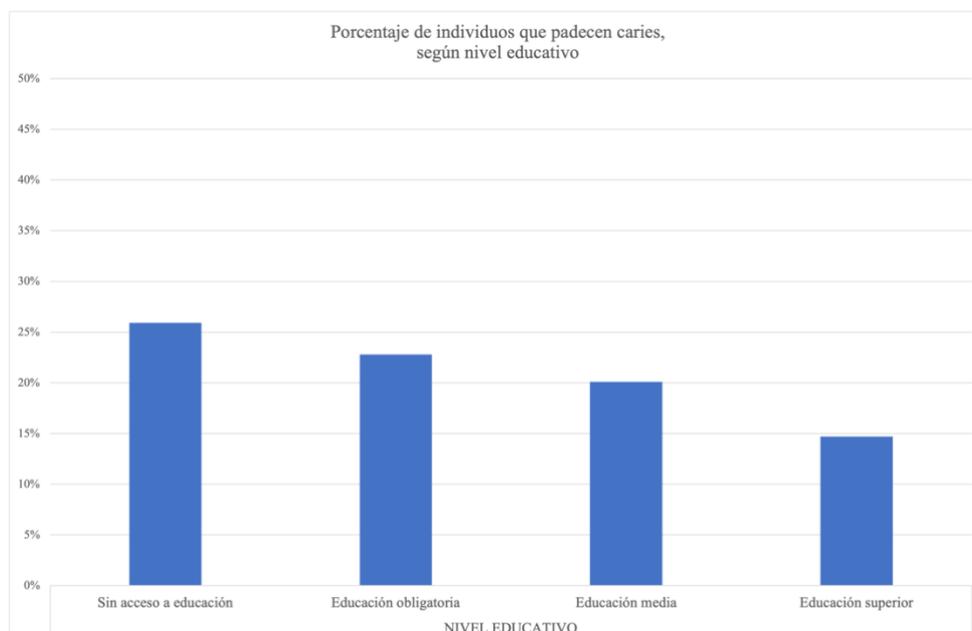


Gráfico 7. *Elaboración propia a partir de datos obtenidos de la Encuesta Nacional de Salud en España, 2017. INE*

En el gráfico 7 se muestra el porcentaje de individuos que padecen caries según su nivel de estudios. Lo más significativo es que se puede ver que tiene la misma tendencia que hemos ido

viendo a lo largo del análisis, el porcentaje de personas que padecen caries y que tienen el nivel de educación más bajo es el mayor, y podemos ver como este va descendiendo según el nivel educativo va ascendiendo.

Cuando observamos la distribución de individuos con caries, pero en función de la clase social (gráfico 8) podemos ver cómo esta pendiente es mucho más pronunciada que la anterior, siendo la diferencia en la prevalencia entre directores y trabajadores no cualificados de casi el doble. Estos gráficos nos ayudan a acabar de ver que efectivamente la caries es una enfermedad que depende de manera especialmente significativa del nivel socioeconómico, vemos que, pese a ser una enfermedad que afecta a un gran número de la población, esta tiende a concentrarse entre las personas con un nivel socioeconómico más bajo.

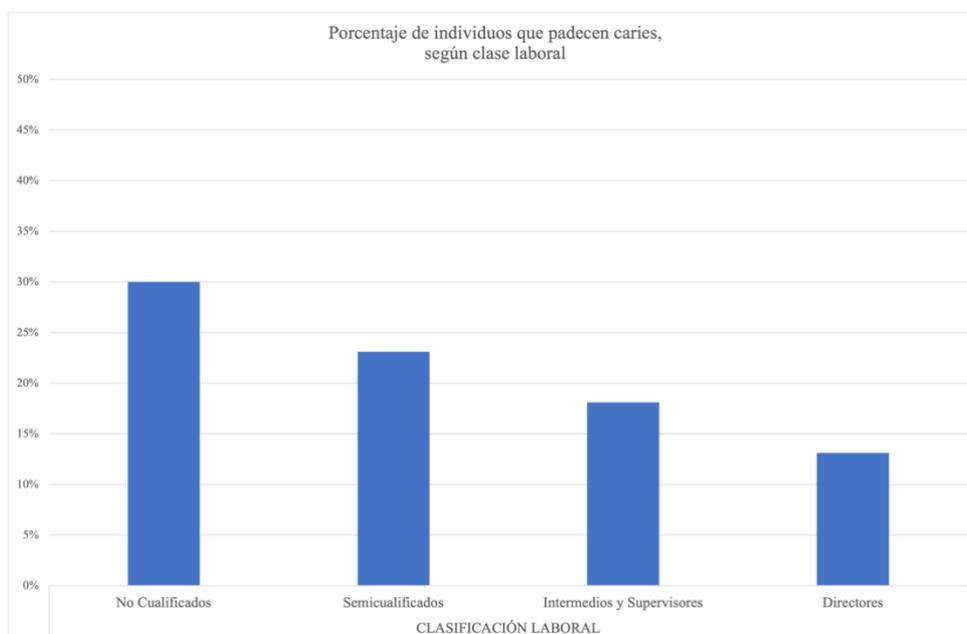


Gráfico 8. *Elaboración propia a partir de datos obtenidos de la Encuesta Nacional de Salud en España, 2017. INE*

De igual manera podemos observar cómo se asocian estas dos variables en la enfermedad periodontal. En el gráfico 9 (página 34) vemos la distribución porcentual de individuos que padecen síntomas de una enfermedad periodontal en función de su nivel de estudios. Por un lado, llama la atención que pese a que el valor de prevalencia más elevado es el que corresponde a las personas que no han tenido acceso a educación y el más pequeño el de las personas que tienen un nivel educativo superior, en esta enfermedad, la tendencia no es tan clara como en la caries.

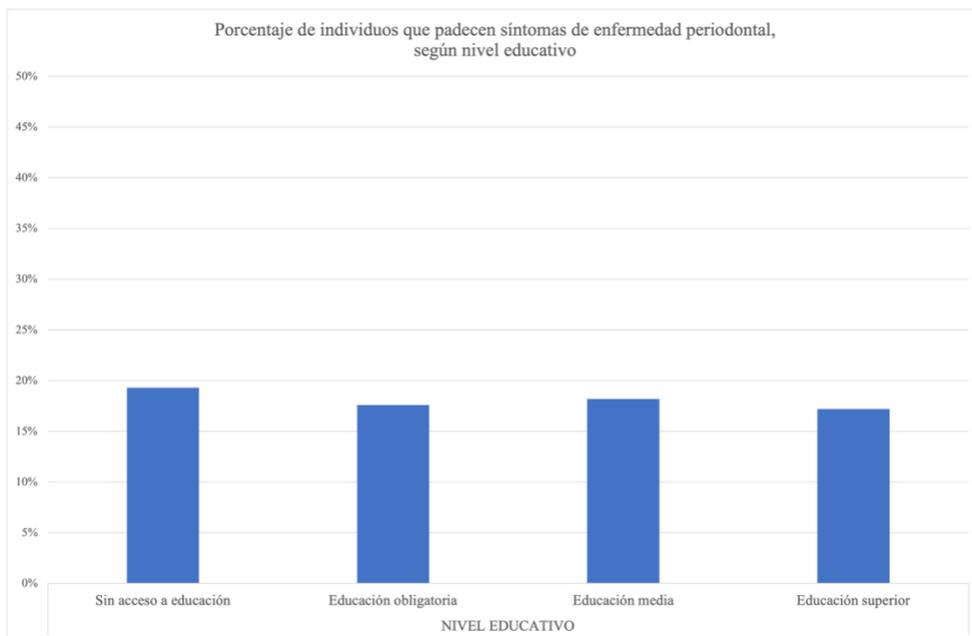


Gráfico 9. Elaboración propia a partir de datos obtenidos de la Encuesta Nacional de Salud en España, 2017. INE

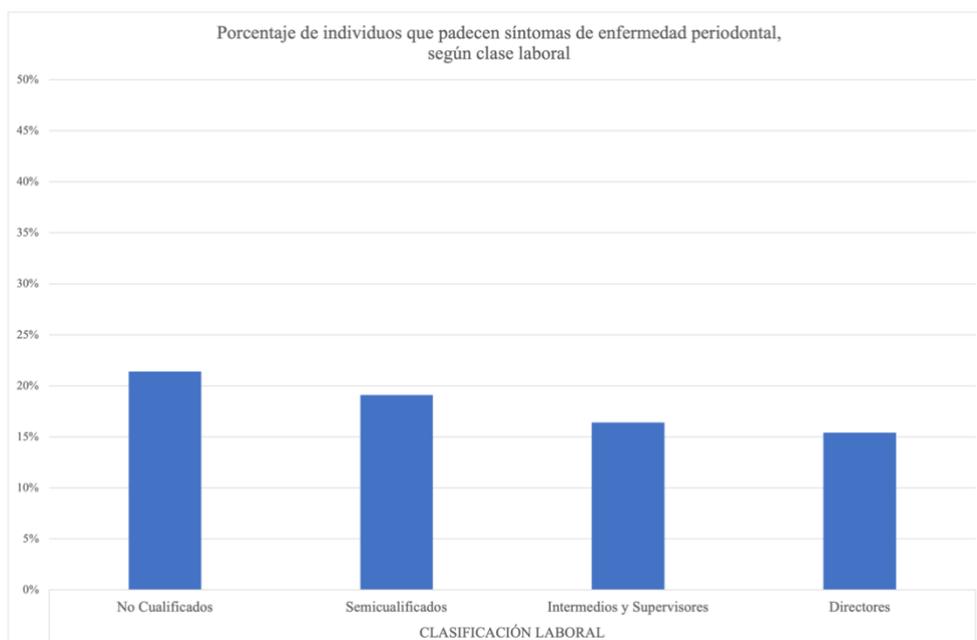


Gráfico 10. Elaboración propia a partir de datos obtenidos de la Encuesta Nacional de Salud en España, 2017. INE

Por otro lado, vemos como de nuevo esta tendencia que concentra el número de casos en la población con menor nivel socioeconómico y los va reduciendo a medida que el nivel socioeconómico es más elevado, se ve mejor cuando analizamos la asociación con la clase social (gráfico 10). La diferencia en el porcentaje entre directores y trabajadores no cualificados es mucho menor que en el caso de la caries, de un 6%, pero sí que se puede observar la pendiente descendente común en la mayoría de los gráficos.

Por lo tanto, podemos observar como efectivamente estas enfermedades bucodentales no transmisibles se configuran en función de las desigualdades económicas y sociales subyacentes en la sociedad, siendo más pronunciado y severo en el caso de la caries que en el de las enfermedades bucodentales. Esta diferencia puede deberse al tipo de factores de riesgo que comportan cada enfermedad, ya se ha dicho anteriormente que es más difícil detectar una enfermedad periodontal, dado que uno de sus principales factores de riesgo, el tabaco, dificulta la detención de sus síntomas en su etapa más temprana, por lo tanto, la población que sufre los síntomas de la caries es mayor que la que sufre los síntomas de enfermedades periodontales.

Por último, se realiza el mismo análisis, pero esta vez teniendo en cuenta el porcentaje de personas que conservan todos sus dientes naturales. En el gráfico 11 observamos la distribución de estos porcentajes en función de su nivel de estudios.

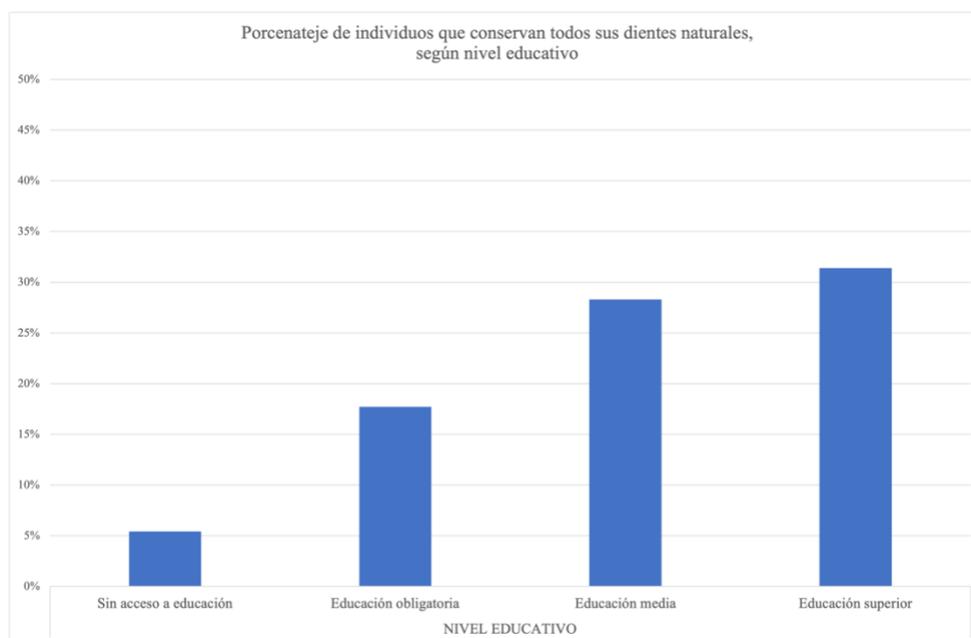


Gráfico 11. Elaboración propia a partir de datos obtenidos de la Encuesta Nacional de Salud en España, 2017. INE

Lo primero que cabe destacar es que la tendencia, esta vez ascendente, de la pendiente es mucho más pronunciada que en los casos anteriores. Realmente esto nos está confirmando todo lo que hemos visto anteriormente, ya que observamos que el porcentaje más elevado de individuos que conservan todos sus dientes naturales tienen una educación superior, y estos porcentajes se reducen mientras el nivel educativo es menor. Llama mucho la atención la diferencia entre los extremos de la pendiente, ya que el porcentaje de los individuos que conservan todos sus dientes naturales y tiene un nivel educativo superior es de seis veces más

que los que no han tenido acceso. Pero también es relevante la diferencia entre los individuos que no han tenido acceso a educación y los que han llegado a tener una educación obligatoria, aquí observamos un salto que va del 5,4% al 17,7%, respectivamente. Esto es un dato relevante ya que aquí podemos ver el efecto de los programas de prevención de enfermedades bucodentales y conservación de los dientes llevados a cabo en las escuelas, a partir de los años 80 y 90, y que poco a poco ha ido mejorando, hasta incorporar revisiones escolares y charlas sobre cómo tener unos hábitos de higiene bucodental saludables. Vemos como las personas que han tenido acceso a la educación, y por lo tanto a dichos programas tienden a sufrir menos enfermedades bucodentales y, por lo tanto, a conservar sus dientes. Lógicamente no hay que obviar el efecto de la clase social y su relación con el nivel de estudios y la capacidad de costearse tratamientos odontológicos privados para curar enfermedades bucodentales y así evitar la pérdida de dientes.

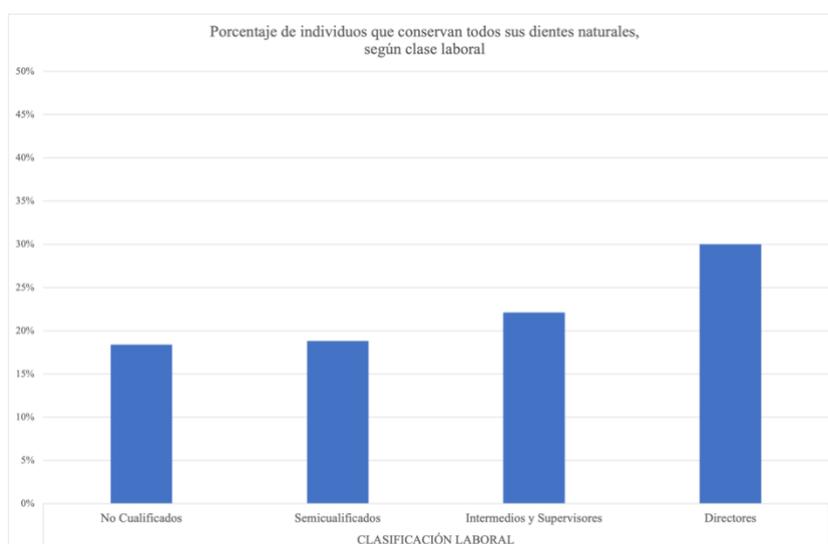


Gráfico 12. Elaboración propia a partir de datos obtenidos de la Encuesta Nacional de Salud en España, 2017. INE

Cuando se analiza lo mismo, pero en función de la clase social (gráfico 12), nos encontramos que ahora las diferencias no son tan significativas como antes, pero sí se dibuja el mismo patrón ascendente que se dibujaba con la asociación entre conservación de los dientes y nivel de estudios. Aquí destaca el porcentaje de las personas en posiciones de dirección que conservan sus dientes, con respecto a las otras tres categorías. Esto nos acaba de confirmar que efectivamente existe un problema de desigualdad, no solo en la presencia de enfermedades, sino también en la pérdida de dientes naturales, y por lo tanto en el nivel de salud bucodental. De igual manera, observamos que los factores sociales que generan desigualdad en otros ámbitos coinciden con los factores que generan desigualdad en salud bucodental.

En resumen, podemos ver que, aunque las enfermedades bucodentales son fenómenos complejos y que responden a múltiples condicionantes, hemos podido observar cuales son los factores sociales que inciden sobre estas de forma más significativa. Se ha visto cómo el nivel socioeconómico, teniendo en cuenta la clase social, el nivel de estudios y la capacidad económica para asumir los costes de los tratamientos, son factores que inciden de forma muy significativa en la salud bucodental de las personas. De igual manera, vemos que los estilos de vida, el ser fumador diario o haber sido fumador, consumir una ingesta alta de alcohol o consumir bebidas azucaradas periódicamente, aumentan la presencia de enfermedades bucodentales, pero, en concreto vemos que el fomento de una buena higiene bucodental es crucial para mejorar la salud bucodental de la población, pero a la vez, esta depende, en gran medida, del acceso a la educación y del nivel educativo de las personas. Por último, se ha observado que existe una relación entre redes sociales de apoyo y nivel de salud bucodental, en la cual vemos que esta mejora cuando las personas se sienten más acompañadas y queridas.

5 CONCLUSIONES

Con el objetivo de introducir las conclusiones del trabajo, se ha decidido contrastar las hipótesis construidas en un principio con los resultados obtenidos, y así poder responder la pregunta de investigación posteriormente.

Hipótesis 1. Existen diversos factores sociales, como el nivel socioeconómico, los diferentes estilos de vida o la configuración de las redes sociales de apoyo, los cuales condicionan el nivel de Salud Bucodental.

Efectivamente se ha podido demostrar que el nivel socioeconómico, los estilos de vida y las redes sociales de apoyo condicionan el nivel de salud bucodental, pero no de la misma manera. Hemos podido observar que la falta de asistencia odontológica por motivos económicos es el condicionante social del modelo que más incide sobre el nivel de salud bucodental de las personas, disminuyéndolo de forma significativa. Lo que genera una situación de desigualdad que hemos podido observar a través de los gráficos, viendo cómo las personas con menor nivel de estudios y pertenecientes a una clase social más baja tienden en mayor medida, no solo a padecer enfermedades bucodentales, sino a perder sus dientes naturales, debido a la privatización de tratamientos conservadores -tratamientos odontológicos enfocados a la restauración de los dientes en mal estado-. A esto, además, se le suma el hecho de que las personas con niveles de estudios más bajos tienden a tener una peor higiene dental, el cual es el segundo factor que más incide sobre el nivel de salud bucodental, y por lo tanto exacerba esta desigualdad en salud. Observamos también que el tabaquismo y el consumo elevado de bebidas azucaradas inciden sobre el hecho de tener caries, y que a estos dos factores se le suma el alcoholismo cuando analizamos las enfermedades periodontales. Por último, se ha comprobado que las personas más aisladas y que se sienten más solas tienden más a padecer problemas de salud bucodental.

Hipótesis 2. Los grupos sociales de menor nivel socioeconómico padecen más enfermedades bucodentales no transmisibles (Caries Dental, Enfermedades periodontales y Cánceres Orales).

En general los grupos con más dificultad de acceso a tratamientos odontológicos y a educación en prevención de enfermedades bucodentales tienden a padecer más enfermedades

bucodentales no transmisibles y a no conservar sus dientes naturales. Hemos observado que los estilos de vida, como el tabaquismo, el alcoholismo o el consumo frecuente de azúcar, son factores explicativos pero que la dimensión que más incide sobre el nivel de salud bucodental es la dimensión socioeconómica. Esto podría estar conectado directamente con el hecho de que la asistencia sanitaria en odontología, en gran medida es privada, y que la cartera de servicios que se ofrece a nivel público esta prácticamente reducida a la extracción de dientes en mal estado, por lo tanto, los pacientes que no tienen recursos económicos para poder acceder a estos tratamientos conservadores solo tienen acceso a la extracción de los dientes en mal estado, es por eso por lo que conservan menos sus dientes naturales. También es importante el hecho de que las personas con menor nivel socioeconómico tienden a tener una higiene bucodental peor que las personas con mayor nivel socioeconómico, concretamente las personas que no han podido acceder a una educación primaria, ya que no han recibido la educación en prevención en salud bucodental promovida por los programas de prevención en salud bucodental a menores en las escuelas. Estos factores se retroalimentan y actúan de manera conjunta agravando la situación de desigualdad en salud bucodental, y en salud en general.

Hipótesis 3. Los estilos de vida - concretamente el mantenimiento de prácticas que fomentan la higiene dental- condicionan el nivel de salud bucodental de las personas. Además, se infiere que a menor nivel de estudios y en una clase social más baja, existe mayor propensión a establecer estilos de vida relacionados con ciertos factores de riesgo, aumentando la probabilidad de sufrir una patología oral no transmisible.

En cuanto a los estilos de vida podemos decir que en general sí que condicionan el nivel de salud bucodental. La frecuencia del cepillado de los dientes es el factor, dentro de la dimensión de estilos de vida, que más condiciona el hecho de padecer caries, una enfermedad periodontal o incluso la pérdida de dientes naturales. Pero es importante tener en cuenta que el hecho de adquirir este hábito no responde únicamente a una decisión personal, ya que hemos podido comprobar que se asocia con la clase social y sobretodo con el nivel de estudios, es decir, la decisión que la persona toma sobre su higiene dental depende del acceso a la educación en términos de salud bucodental que la persona ha adquirido. Es por eso, por lo que las políticas de prevención de enfermedades en salud bucodental a través de fomentar y facilitar el acceso, sobretodo en las personas con un nivel socioeconómico más bajo, a una educación acerca de como mantener una buena higiene bucodental pueden ser buenos mecanismos para reducir

estas desigualdades. También cabe tener en cuenta que el tabaquismo, alcoholismo y el consumo diario de bebidas azucaradas empeoran los niveles de salud bucodental.

Hipótesis 4. - Las redes sociales de apoyo condicionan la salud bucodental, haciendo que las personas que se sienten más aisladas padezcan, en general, más enfermedades bucodentales.

Podemos decir que el análisis apunta una relación entre redes sociales de apoyo y salud bucodental, en la cual, las personas que se sienten menos acompañadas y queridas tienden a presentar síntomas de mala salud bucodental. Es importante apuntar que la relación pese a no ser tan significativa como en las otras dimensiones, es un factor bastante interesante, dado que en la mayoría de la bibliografía que he podido consultar no se establece esta relación. Esta relación puede explicarse a través de la conjunción de, al menos, a tres factores. Un primer factor, es el hecho de que las personas que tienen un nivel de salud bucodental peor, en concreto que conservan menos los dientes naturales, son personas mayores, y en general son las que se sienten más aisladas. Un segundo factor, que responde a una asociación entre nivel socioeconómico y redes sociales de apoyo, en la cual las desigualdades socioeconómicas podrían reproducirse en términos de redes sociales, haciendo que las personas con menor nivel socioeconómico tiendan a sentirse más solas que las que tienen mayor nivel socioeconómico. Y un tercer factor, que podría responder al hecho de que las personas que se sienten más aisladas podrían tender a cuidar menos su higiene bucodental lo que derivaría en un nivel de salud bucodental peor. De todos modos, considero que es una asociación significativa y que valdría la pena analizar de forma más concreta y específica, centrando un posible trabajo en buscar las causas de esta asociación.

Por último, cabe responder a la pregunta de investigación que se planteo al principio de este trabajo. *¿Cuales son y cómo operan los factores sociales que condicionan el nivel de Salud Bucodental en España?*

Lo primero que hay que tener en cuenta es que estudiar la salud, y los factores que la determinan es complejo, dado que es un fenómeno multifactorial y en el cual hay que tener en cuenta muchos elementos que son externos a la sociología. De igual manera, el fenómeno de la salud bucodental es complejo, pero es cierto que al ser uno de los ámbitos más privatizados de la salud, el efecto de los condicionantes sociales parece verse de forma más clara.

En este trabajo se ha podido comprobar que existen factores sociales que son necesarios para entender las desigualdades en salud bucodental. Se ha visto cómo, por un lado, el nivel socioeconómico, y en concreto la privatización de los tratamientos conservadores provocan que los colectivos con menos recursos sufran, mayoritariamente, las consecuencias leves y severas de las enfermedades bucodentales. Por otro lado, se ha mostrado que los estilos de vida reproducen las desigualdades socioeconómicas, ya que, existen barreras en el acceso a la educación en términos de higiene bucodental para las personas con menos recursos y nivel de estudios, lo que agrava esta situación de desigualdad. Por último, se ha podido mostrar una relación interesante entre el sentimiento de asilamiento, uno de los problemas emergentes en las sociedades contemporáneas y que afecta sobretodo a las personas más mayores, y una mayor presencia de enfermedades bucodentales no transmisibles, así cómo la pérdida de dientes naturales.

En resumen, considero que este trabajo me ha permitido entender cómo la estructura subyacente de desigualdades de las sociedades contemporáneas opera en el ámbito de salud bucodental, reproduciendo estas desigualdades a través de distintos condicionantes sociales. También, creo que este trabajo podría ampliarse a través de la construcción de un modelo más complejo, el cual tenga en cuenta las relaciones entre las variables independientes, y permita explicar con mayor exactitud y concreción las relaciones entre los condicionantes sociales y la salud bucodental.

6 BIBLIOGRAFIA

Organización Mundial de la Salud (1946). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Nueva York, Estados Unidos: *Conferencia Sanitaria Internacional*. 1-18.

Organización Mundial de la Salud (1986). Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Ottawa, Canada: *Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud*.

Dahlgren G, & Whitehead M. (1991). Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health. Stockholm, Sweden: Institute for Futures Studies.

Peres, M. A., Macpherson, L. M., Weyant, R. J., et al. (2019). Oral diseases: a global public health challenge. *The Lancet*.

Bravo, M., Almerich, J., Canorea, E., et al. (2020) Encuesta de Salud Oral en España 2020. España: *RCOE*.

Bray, F., Ferlay, J., Soerjomataram, I., Siegel, R. L., Torre, L. A., & Jemal, A. (2018). Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: a cancer journal for clinicians*.

OMS (2020, Marz 25). *Oral Health*. <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/oral-health>

Cockerham, W. (2005). Health lifestyle theory and the convergence of agency and structure. *Journal of health and social behavior*.

Petersen, P. (2005). Sociobehavioural risk factors in dental caries—international perspectives. *Community dentistry and oral epidemiology*.

Pascucci, J., & Giaquinta, M. (2013). Tabaquismo: su influencia sobre la enfermedad periodontal. *UNCuyo*, 7(2), 40-45.

7 ANEXO

Categorías de respuesta de las variables independientes originales usadas en el análisis:

NIVEST - Nivel de Estudios

02 - No sabe leer o escribir

03 - Educación primaria incompleta (Ha asistido menos de 5 años a la escuela)

04 - Educación Primaria completa

05 - Primera etapa de Enseñanza Secundaria, con o sin título (2º ESO aprobado, EGB, Bachillerato Elemental)

06 - Estudios de Bachillerato

07 - Enseñanzas profesionales de grado medio o equivalentes

08 - Enseñanzas profesionales de grado superior o equivalentes

09 - Estudios universitarios o equivalentes

CLASE_PR Variable derivada: Clase social basada en la ocupación de la persona de referencia⁶

1 - Directores/as y gerentes de establecimientos de 10 o más asalariados/as y profesionales tradicionalmente asociados/as a las licenciaturas universitarias

2 - Directores/as y gerentes de establecimientos de menos de 10 asalariados/ as y profesionales tradicionalmente asociados/as a diplomaturas universitarias y otros/as profesionales de apoyo técnico. Deportistas y artistas

3 - Ocupaciones intermedias y trabajadores/as por cuenta propia

4 - Supervisores/as y trabajadores/as en ocupaciones técnicas cualificadas

5 - Trabajadores/as cualificados/as del sector primario y otros/as trabajadores/as semi-cualificados/as

6 - Trabajadores/as no cualificados/as

N62 Tiempo desde la última consulta al dentista, estomatólogo o higienista dental

1- Hace 3 meses o menos

2 - Hace más de 3 meses y menos de 6

3 - Hace 6 meses o más pero menos de 12

⁶ Está variable ha sido recodificada cambiando la orientación de las categorías de respuesta.

4 - Hace 12 meses o más

5 - Nunca

R106 Falta de asistencia médica debido a listas de espera en los últimos 12 meses⁷

1 - Sí

2 - No

R107 Falta de asistencia médica debido a problemas de transporte en los últimos 12 meses⁸

1 - Sí

2 - No

R108 Falta de atención sanitaria debido a problemas económicos en los últimos 12 meses:

Atención dental⁹

1 - Sí

2 - No

U120_11 Frecuencia de consumo de dulces (galletas, bollería, mermeladas, etc.)¹⁰

1 - Una o más veces al día

2 - De 4 a 6 veces a la semana

3 - Tres veces a la semana

4 - Una o dos veces a la semana

5 - Menos de una vez a la semana

6 - Nunca

U120_12 Frecuencia de consumo de refrescos con azúcar¹¹

1 - Una o más veces al día

2 - De 4 a 6 veces a la semana

3 - Tres veces a la semana

4 - Una o dos veces a la semana

5 - Menos de una vez a la semana

⁷ Esta variable se ha convertido en *dummy*, teniendo en cuenta el valor afirmativo como valor 1.

⁸ Esta variable se ha convertido en *dummy*, teniendo en cuenta el valor afirmativo como valor 1.

⁹ Esta variable se ha convertido en *dummy*, teniendo en cuenta el valor afirmativo como valor 1.

¹⁰ Esta variable se ha recodificado cambiando la orientación de sus categorías de respuesta.

¹¹ Esta variable se ha recodificado cambiando la orientación de sus categorías de respuesta.

6 - Nunca

U2_120F Frecuencia diaria: Cepillado de dientes

1 - Nunca

2 - Ocasionalmente, no todos los días

3 - Una vez al día

4 - Dos veces al día

5 - Tres o más veces al día

V121 ¿Fuma actualmente?¹²

1 - Sí, fumo a diario

2 - Sí fumo, pero no a diario

3 - No fumo actualmente, pero he fumado antes

4 - No fumo ni he fumado nunca de manera habitual

W127 Frecuencia de consumo de alcohol en los últimos 12 meses

01 - A diario o casi a diario

02 - 5-6 días por semana

03 - 3-4 días por semana

04 - 1-2 días por semana

05 - 2-3 días en un mes

06 - Una vez al mes

07 - Menos de una vez al mes

08 - No en los últimos 12 meses, he dejado de tomar alcohol

09 - Nunca o solamente unos sorbos para probarlo a lo largo de toda la vida

X130_1 Situaciones de apoyo afectivo y personal en la vida diaria: Visitas de mis amigos y familiares

1 - Mucho menos de lo que deseo

2 - Menos de lo que deseo

3 - Ni mucho ni poco

¹² Las categorías de respuesta de esta variable han sido dicotomizadas y se ha escogido como categoría de referencia la categoría 4, “no fumo, ni he fumado nunca de manera habitual”.

4 - Casi como deseo

5 - Tanto como deseo

X130_4 Situaciones de apoyo afectivo y personal en la vida diaria: Contar con personas que se preocupan de lo que le sucede

1 - Mucho menos de lo que deseo

2 - Menos de lo que deseo

3 - Ni mucho ni poco

4 - Casi como deseo

5 - Tanto como deseo

X130_5 Situaciones de apoyo afectivo y personal en la vida diaria: Recibir amor y afecto

1 - Mucho menos de lo que deseo

2 - Menos de lo que deseo

3 - Ni mucho ni poco

4 - Casi como deseo

5 - Tanto como deseo

EDADa Identificación del adulto seleccionado: Edad

015 - 103

SEXOa Identificación del adulto seleccionado: Sexo¹³

1 - Hombre

2 - Mujer

E1_1 País de nacimiento¹⁴

1 - Nacidos en España

2 - Nacidos en el extranjero

¹³ Esta variable se ha dicotomizado teniendo en cuenta el ser mujer como categoría 1.

¹⁴ Esta variable se ha dicotomizado teniendo en cuenta el hecho de haber nacido en el extranjero.

Categorías de respuesta de las variables dependientes originales utilizadas en el análisis:

N65_1 Estado de dientes y muelas: Tiene caries

1 - Sí

2 - No

N65_4 Estado de dientes y muelas: Le sangran las encías al cepillarse o espontáneamente

1 - Sí

2 - No

N65_5 Estado de dientes y muelas: Se le mueven los dientes/muelas

1-Sí

2 - No

N65_8 Estado de dientes y muelas: Tiene o conserva todos sus dientes/muelas naturales

1 - Sí

2 - No