

**El acceso a la atención dental: Las experiencias de la  
comunidad hispana en el Triángulo de Carolina del  
Norte**

Elayne Wang

A thesis submitted to the Department of Romance Studies for honors

Duke University

Durham, North Carolina

2019

## Resumen

La salud dental es muy importante a la salud sistémica en general. Sin embargo, muchos factores, que incluyen el acceso a la atención dental, las barreras del idioma, el conocimiento de la salud dental y el sistema dental de los Estados Unidos, los factores socioeconómicos y la falta de recursos bilingües en los consultorios dentales impiden que muchas personas reciban la atención que necesitan. Además, se ha demostrado que ciertos grupos están en mayor riesgo de ser afectados por problemas de salud dental y acceso restringido a la atención que otros. La creciente población hispana en los Estados Unidos está particularmente en riesgo en comparación con la población blanca no hispana. Con el fin de obtener más información sobre las experiencias locales y las implicaciones de estas disparidades en la salud dental, se encuestó a profesionales dentales y personas que identifican como hispanas del Triángulo (Durham, Chapel Hill y Raleigh, NC). Al analizar los datos de las encuestas, se determinó que a pesar de la presencia de algunos recursos disponibles para los pacientes hispanohablantes, las disparidades en el acceso a la atención dental persisten en el Triángulo, no debido a ideas incorrectas sobre los hábitos de salud oral (es decir, la frecuencia y la duración del cepillado), pero principalmente debido a razones financieras y la falta de una necesidad percibida de visitas dentales por parte del paciente. También se descubrió que los diferentes niveles de aculturación, que es la familiaridad, comodidad y confianza de alguien en cuanto a vivir en una cultura específica, tienen un impacto en cómo los hispanos interactúan con el sistema de salud dental. Esto confirma que los hispanos en los Estados Unidos no pueden ser tratados como un grupo homogéneo y que deben emplearse diferentes estrategias dirigidas a diferentes grupos de hispanos para resolver las disparidades en la atención dental.

## Introducción

La salud dental es un problema de salud importante que a menudo se pasa por alto hasta que es demasiado tarde; lo que comienza como un pequeño problema dental puede progresar hasta que se vuelva demasiado doloroso o inconveniente de ignorar. Estas enfermedades también pueden causar complicaciones que afectan el resto del cuerpo. Sin embargo, las enfermedades de salud dental son solamente una parte de un problema subyacente. Las complicaciones subyacentes, las disparidades en la atención dental y el acceso a la atención dental, hacen que muchas personas no puedan obtener la atención que necesitan. Ciertos grupos de personas también son mucho más propensos a ser afectados por estas disparidades que otros (Feinberg, 2015). Antes de hablar sobre estos grupos de personas, es necesario definir unos términos. “Hispano” refiere a una persona que viene de o es descendiente de un país hispanohablante. “Latino” refiere a una persona que viene de o es descendiente de un país de Latinoamérica. “Latino” incluye unos países no hispanohablantes como Brasil y Belice. La creciente comunidad hispana en los Estados Unidos (58.9 millones de personas) está particularmente en riesgo de ser afectada por disparidades en la atención dental y el acceso a la atención dental (CNN, 2019). Por esta razón, es imperativo estudiar estas disparidades para comprender mejor los problemas que enfrenta la minoría étnica más grande de los EE.UU. En este estudio se analizan investigaciones y hechos recientes para proporcionar un contexto actual y recientemente histórico para mejor entender este problema en un área geográfica particular en Carolina del Norte. Estos antecedentes servirán como base para comprender datos específicos sobre el perfil dental de la comunidad hispana del Triángulo, que se compone de las ciudades de Durham, Chapel Hill y Raleigh, NC. A través de este estudio, se espera determinar información específica sobre sus experiencias con el cuidado dental, incluyendo qué factores específicos tienen la mayor

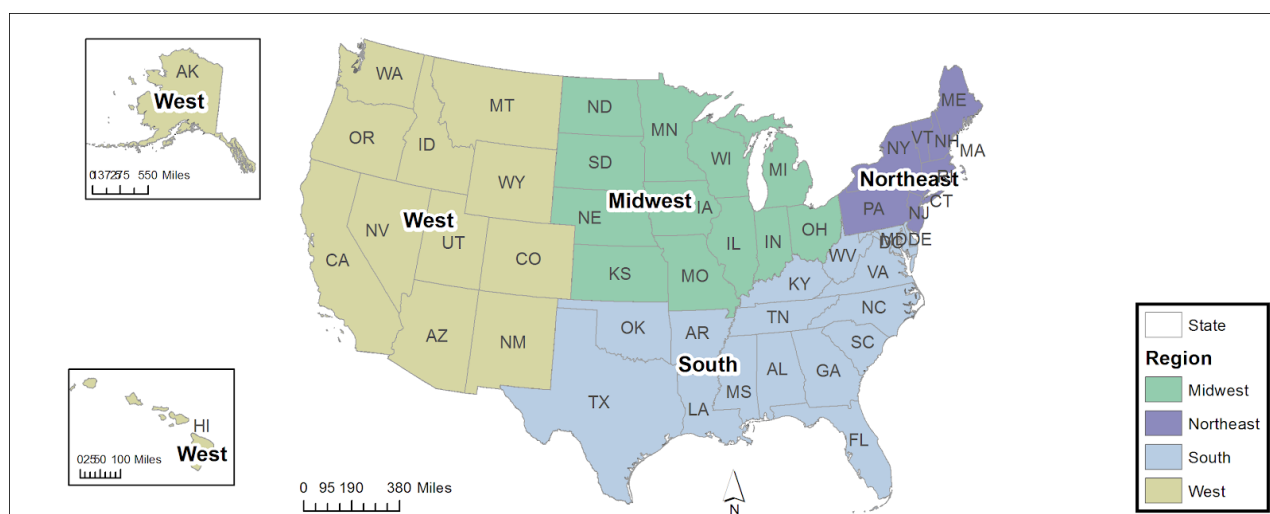
influencia en la frecuencia de las visitas al dentista y qué recursos están disponibles y son utilizados por esta comunidad.

Primero, antes de analizar las disparidades, es imperativo entender la gravedad de enfermedades dentales no tratadas. La caries dental es la enfermedad crónica más prevalente en todo el mundo. Afecta a todas las poblaciones y si no las trata, pueden causar complicaciones serias de salud. La Dra. Leslie Renee Townsend afirma que “Poor oral health has been linked to chronic illnesses like diabetes, heart attack, stroke, breast cancer and many others” (Despres, 2016). Otros problemas de salud oral, como la gingivitis y la pérdida de dientes también tienen efectos importantes en la vida cotidiana de las personas. Además de la dificultad para comer, la enfermedad oral no tratada tiene el potencial de viajar a través del torrente sanguíneo y causar una serie de otros problemas de salud. En los EE. UU., más del 90% de los adultos se ve afectado por caries dentales y más del 25% tiene caries no tratadas (CDC, 2016). Además, persisten enormes disparidades, con poblaciones vulnerables como minorías raciales/étnicas, grupos de bajos ingresos y residentes de áreas rurales sufriendo tasas desproporcionadas de enfermedades no tratadas y mayores barreras para acceder a la atención de salud oral. Según la American Dental Association (ADA), solo 27.8% de los 82 millones de personas de familias de bajos ingresos visita a un dentista cada año (ADA, 2011). En los últimos años, han surgido tendencias que indican que ciertos grupos étnicos minoritarios en Estados Unidos sufren de una falta de cuidado dental mucho más que otros. Los hispanos y latinos se encuentran entre las poblaciones de mayor riesgo. Por ejemplo, los estadounidenses de origen mexicano tienen casi el doble de dientes con caries no tratadas, faltan más dientes debido a la caries y es mucho más probable que reportan una salud dental pobre en comparación con los blancos no hispanos (Morrison, 2015). Además, la población latina experimenta un alto nivel de caries en la infancia,

que se extiende a las altas tasas de pérdida de dientes para los adultos. Estos números son alarmantes, especialmente porque la mala salud dental en la infancia significa que hay una mayor posibilidad de que tengan los mismos problemas o problemas más graves en el futuro que los adultos (Despres, 2016). Hechos como estos persisten aunque ha habido mejoras en la salud bucal en Norteamérica durante los últimos años. Han disminuido el porcentaje de personas que pierden la dentadura natural y la frecuencia de enfermedades de la boca como caries dentales en niños y el periodontitis (Colgate, 2007). A pesar de esto, todavía hay muchas disparidades económicas y raciales que afectan la habilidad de unos grupos de personas de conseguir tratamiento. Por ejemplo, el 31% de niños méxico-americanos de 6-11 años tiene caries en su dentadura permanente mientras que solamente el 19% de niños blancos no hispanos tiene caries en su dentadura permanente (Colgate, 2007).

Existen varias razones probables por las cuales la comunidad hispana sufre de manera desproporcionada la falta de atención dental. Un estudio realizado por la ADA y el Health Policy Institute reporta que el costo y la baja necesidad percibida son las razones principales por las que los adultos indican que no tienen la intención de visitar a un dentista en los próximos 12 meses (Nasseh, 2013). La aculturación también es un factor importante. De hecho, la aculturación es un predictor de mejor salud oral y mayor uso de los servicios de salud oral, y en un estudio en la revista *Preventing Chronic Disease*, encontraron los hispanos que hablan inglés son más propensos de haber tenido una visita dental durante el año pasado que los hispanos que solamente hablan español. Sin embargo, determinaron que los factores predictivos más importantes que la habilidad de hablar inglés fueron el sexo, la educación, los ingresos y el seguro dental (Jaramillo, 2009). La necesidad percibida también puede afectar la frecuencia con la que alguien toma tiempo para ir al dentista. Un estudio analiza las relaciones entre las caries

dentales auto-diagnosticadas y las caries diagnosticadas profesionalmente y la salud oral en general de 301 mujeres hispanas de bajos ingresos que viven en la frontera de California y México durante y un año después del embarazo. Descubrieron que durante el embarazo y el posparto, el 93% tenía caries no tratadas y la mayoría tenía inflamación gingival. Más del 94% de las mujeres que creían que tenían una caries en realidad la(s) tenía, pero solo alrededor del 24% de las mujeres que no creían tener una caries en realidad no tenía caries (Weintraub, 2013). Entonces, la eficacia y veracidad del autodiagnóstico no es de ninguna manera perfecta, y puede tener un efecto negativo en la salud bucal. Sin embargo, hay muchas más causas, entre ellas la falta de tiempo, la barrera del idioma, la ansiedad, y la dificultad para encontrar un dentista que acepte Medicaid (Yarbrough, 2015). También hay tendencias geográficas que sugieren que el lugar donde se vive puede afectar el tipo y frecuencia de cuidado que reciben las poblaciones. Por ejemplo, en los EE.UU. la atención no remunerada, es decir, una visita con un dentista o un tratamiento gratis, fue más común en las zonas del censo del noreste y del oeste en comparación con otras áreas (Chattopadhyay, 2008).



Un mapa que representa las diferentes zonas del censo (United States Census Bureau, 2012).

Otro aspecto que es importante considerar son los factores genéticos. Los genes específicos que influyen en el riesgo de caries dental son generalmente desconocidos. Los genomas de hispanos / latinos han sido analizados para ver si había alguna relación entre la prevalencia de las caries dentales y los genes específicos. Encontraron que una región en el gen NAMPT estaba fuertemente asociada con las caries dentales. También encontraron que la heredabilidad de las caries difería entre las poblaciones. Por ejemplo, la heredabilidad fue del 20% en el grupo mexicano y del 53% en el grupo centroamericano en general. Aunque el estudio no compara los hallazgos genómicos de los hispanos frente a los no hispanos, sí determinan que la genética tiene un efecto en la prevalencia de las caries dentales (Morrison, 2015). Sin embargo, hasta que se realicen más investigaciones, no se pueden establecer conclusiones definitivas que indiquen que un grupo étnico en particular es más o menos propenso a ciertos problemas dentales. Por esta razón hay que enfocar en las otras causas que también tienen un impacto profundo en la salud bucodental.

La falta de dentistas hispanos añade a este problema. En 2013 la Hispanic Dental Association publicó un estudio que se enfoca en las disparidades del cuidado dental y la subrepresentación de los hispanos en las profesiones dentales. Reporta que los dentistas hispanos representan solo el 5.36% de los dentistas activos en comparación con el 16.3% de la población hispana de los EE.UU. Además, una encuesta de la ADA descubrió que la mayoría de los pacientes prefieren ser tratados por un dentista con características étnicas o raciales similares (Hispanic Dental Association, 2013). Y no sólo hay una falta de dentistas; también hay una falta de estudiantes minoritarios que quiere perseguir carreras dentales (DiMaria, 2014). Una forma de ayudar a resolver este problema sería alentar a más estudiantes hispanos a seguir una carrera en medicina dental.

En cuanto a otros cambios que mejorarían el sistema, la financiación de Medicaid y la mejora de su cobertura tendrían un efecto positivo en la cantidad de pacientes de Medicaid que acuden al dentista regularmente. El acceso a Medicaid es particularmente difícil para los migrantes mexicanos en EE.UU.; el 54.6% no tiene seguro de salud (González-Vázquez, 2014). Esto se debe a que muchos programas financiados con fondos federales, como Medicaid, requieren la ciudadanía o la documentación del estatus legal. El problema es especialmente grave para los migrantes que son adultos de bajos ingresos, que tienen más probabilidades de no tener seguro que los niños de bajos ingresos. No obstante, en los Estados Unidos, sólo el 3% de los niños que reciben Medicaid recibe servicios de un dentista, a pesar de que van al médico varias veces (Connecticut Health Foundation, 2015). En cuanto a los adultos, la elegibilidad de Medicaid es mucho más limitada para los adultos de bajos ingresos que para los niños, y además de esto, los adultos de bajos ingresos también suelen a carecer de acceso a un seguro médico privado (Haley, 2008). Aunque han sido mejoras debido al Affordable Care Act (ACA), el futuro es inseguro debido a cambios recientes en el gobierno estadounidense. Sin embargo, un informe del American Dental Association Health Policy Institute presenta unas proyecciones alentadoras. Indica que se espera que alrededor de 8,7 millones de niños obtengan algún tipo de beneficios dentales para el año 2018 como resultado del Affordable Care Act. Esto reducirá la cantidad de niños sin beneficios dentales aproximadamente un 55%. También se espera que alrededor de 17.7 millones de adultos obtengan algunos beneficios dentales como resultado del ACA (Nasseh, 2013). Sin embargo, la mayoría de estos beneficios será parte de Medicaid, que varía significativamente en diferentes estados y todavía no aplica a migrantes indocumentados. Como resultado, se espera que solo 4.5 millones de adultos obtengan beneficios dentales "extensos" a través de Medicaid. Otros 800,000 obtendrán beneficios dentales privados a través de



intercambios de seguros de salud. Todo junto, esto reducirá la cantidad de adultos sin beneficios dentales en aproximadamente un 5%. Pero esto no es suficiente, y enfatiza las inconsistencias persistentes de Medicaid (Nasseh, 2013).

Dado que el acceso a Medicaid es un problema en particular para los inmigrantes indocumentados, es importante saber cómo los inmigrantes obtienen la atención médica y dental que necesitan. Un estudio que se llama "Utilización transnacional de servicios de salud por parte de los migrantes mexicanos en Estados Unidos" escribió sobre cómo los inmigrantes mexicanos interactúan con los sistemas de salud en los Estados Unidos y México. Migrantes documentados con seguro de salud tienen mayor acceso a los sistemas de salud de ambos países porque pueden viajar a los dos países sin problemas y pueden recibir fondos de seguro (González-Vázquez, 2013). Migrantes documentados sin seguro de salud generalmente buscan atención médica en México para evitar los altos costos en los Estados Unidos. Los migrantes indocumentados sin seguro de salud no pueden regresar fácilmente a México para recibir atención médica de bajo costo, ni tienen los fondos para pagar una visita a un consultorio privado en los Estados Unidos. Es por eso que tienen el mayor riesgo, ya que esperan hasta que el problema se empeore y luego van a un hospital de emergencia o a una clínica comunitaria (González-Vázquez, 2013).

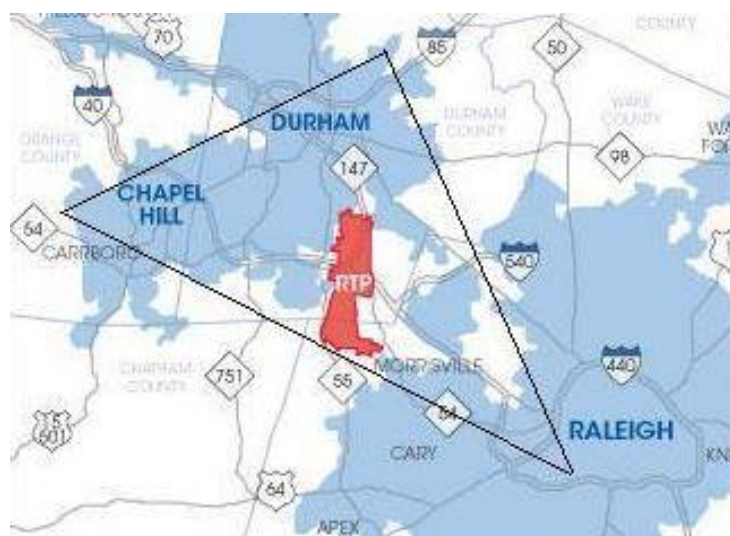
Otro aspecto particularmente importante a considerar es la "dental safety net", y su efectividad. La ADA la define así; "the net is the sum of the individuals, organizations, public and private agencies and programs involved in delivering oral health services to people who, for reasons of poverty, culture, language, health status, geography or education, are unable to secure those services on their own"(ADA, 2011). Un estudio de la ADA explora la efectividad de esta "safety net" (garantía), y encontraron que hay huecos que dejan que las personas no reciban la atención dental que necesitan. Según el estudio, estas entidades no deben considerarse un sistema

interconectado, sino un esfuerzo inconexo para mitigar un problema creciente. En particular, los dentistas en la práctica privada generalmente no son parte del sistema de salud pública. Esto es problemático porque el 91% de los dentistas practicantes se encuentra en la práctica privada. Si estos dentistas no participan en absoluto en el sector de la salud pública, eso deja al sólo 9% de los dentistas practicantes en los Estados Unidos para tratar a millones de personas que, por una u otra razón, no buscan tratamiento de prácticas privadas. Algunas maneras de arreglar la garantía incluye centrarse en la prevención, dado que una de las razones principales por las que estos sistemas de administración clínica permanecen abrumados es que muchas personas esperan hasta que un problema ha progresado mucho antes de conseguir tratamiento (ADA, 2011). Muchas veces los problemas podrían haber sido prevenidos o tratados fácilmente en sus etapas iniciales, pero cuando progresan hasta el punto de una infección crónica, la pérdida de la encía y el tejido óseo y la eliminación inevitable de los dientes, es mucho más complicado de tratar. Además de la prevención, otra opción importante es alentar a los dentistas de las prácticas privadas a participar en los programas de garantía, pero esto es un desafío sin más fondos para iniciar estos cambios (ADA, 2011).

### **Carolina del Norte**

Dado la importancia de la salud dental y que la población de hispanos/latinos en los EE.UU. está creciendo, es esencial identificar específicamente las barreras que tienen el mayor efecto sobre si los hispanos reciben o no la atención dental que necesitan. Aunque simplemente saber de estos tipos de datos no es suficiente para resolver el problema, entender los detalles de esta disparidad es el primer paso a hacer mejoras en el futuro. Para promover este esfuerzo, el perfil dental de los hispanos en el Triángulo (Durham, Chapel Hill y Raleigh, NC) fue analizado

para comprender mejor las realidades de esta comunidad. Según el US Census Bureau, en julio de 2018 la población total de Raleigh, Durham y Chapel Hill era de 836,260 personas. El porcentaje de hispanos y latinos en el Triángulo fue de 11.66%, con Durham el porcentaje más alto (13.7%) y Chapel Hill con el porcentaje más bajo (6.2%) (United States Census Bureau, 2018). Con estos datos, se puede comparar si la proporción de población a dentistas en diferentes condados tiene correlaciones con el porcentaje de hispanos y latinos y la frecuencia de visitas al dentista. En el condado de Chatham la proporción es 2,120:1, en el condado de Durham es 1,400:1, en el condado de WAKE es 1,532:1, y en el condado de Orange es 470:1 (County Health Rankings, 2018). Esta información en conjunto con más información de los condados será especialmente útil para determinar si el número de personas que no van al dentista y sus razones por no ir regularmente tiene alguna relación con la proporción de dentistas. Una explicación de por qué la proporción es mucho menor en el condado de Orange es porque incluye los dentistas que trabajan para la escuela dental de la Universidad de Carolina del Norte en Chapel Hill. La escuela también se gradúa alrededor de 80 nuevos dentistas por año, y es posible que ellos sean incluidos en la proporción.



Un mapa del “Triángulo”. Las zonas urbanas son azules (City Data Forum).

En el condado de Durham, un estudio de la organización Healthy Durham informa que el costo fue el mayor motivo entre los que no han visitado a un dentista en el último año (Durham County Community Health Assessment, 2017). Sin embargo, este dato tiene que ver con la población en general, no solamente los hispanos. Dado que ahora no hay investigaciones sobre cómo la comunidad hispana en particular interactúa con el sistema dental del Triángulo, este estudio fue hecho para determinar cuáles de las causas son las más influyentes para la comunidad hispana y la importancia relativa de estas razones, además de descubrir más sobre la situación actual en general. Las causas principales que fueron incluidos en las encuestas son razones financieras, falta de seguro médico, barrera de lengua, temor al dentista, no tener problemas ni dolor, transportación, y disponibilidad de citas.

Para realizar una muestra de los hispanos en el área, así como para obtener información específica sobre sus experiencias con el cuidado dental, este estudio encuestó a pacientes y dentistas en el área del Triángulo. Los dentistas, clínicas y consultorios dentales locales fueron encuestados para obtener información sobre la frecuencia y el tipo de atención que se brinda a los hispanos, y también para averiguar qué tipos de recursos están disponibles para los pacientes hispanos. Ya que no era factible encuestar a todos los dentistas en el Triángulo, se eligieron consultorios y clínicas específicas según la ubicación y el tipo de servicio. Para este estudio, sólo los dentistas generales fueron encuestados. Se encuestaron las principales clínicas gratuitas y al menos tres prácticas privadas diferentes en cada ciudad. Las ubicaciones de las prácticas se distribuyeron lo más posible entre sí para obtener una mejor visión general del Triángulo en lugar de sólo ciertos lugares locales. Personas que se identifican como hispanos también fueron encuestados para determinar la frecuencia de las visitas al dentista, los factores que contribuyen a esta frecuencia y evaluar unas creencias sobre la salud dental en esta comunidad.

## **Los métodos**

Antes de comenzar este estudio, se presentó una propuesta al Institutional Review Board (IRB) de la Universidad de Duke. Documentos de consentimiento para acompañar las encuestas fueron desarrollados y todo fue revisado y editado. Luego, después de las revisiones y asegurar métodos razonables y éticos, el estudio fue aprobado.

## **Participantes**

Hay dos categorías de participantes en este estudio. La primera categoría incluyó 18 clientes adultos (mayores de 18 años) de origen hispano. El origen hispano se define en la encuesta como personas que nacieron o tenían familia de un país hispanohablante. Los participantes de la segunda categoría fueron profesionales de la odontología, específicamente, dentistas activos. El estudio incluyó a 14 dentistas que trabajaban en consultorios privados, así como a 3 dentistas que trabajaban en clínicas públicas.

## **Las encuestas**

Para completar este estudio, se realizaron dos encuestas, una para pacientes y otra para profesionales dentales. Se puede ver las encuestas en Apéndices A y B. La encuesta para pacientes estaba disponible en español y en inglés. La encuesta para pacientes incluyó preguntas que le pide al participante si es de un país hispanohablante, si va al dentista por lo menos una vez al año, y otras preguntas sobre la frecuencia y el tipo de cuidado dental que recibe. También solicitó a los pacientes clasificar la influencia de diversos factores en su frecuencia de visitas al dentista. Las razones enumeradas fueron razones financieras, falta de seguro médico, barrera de lengua, temor al dentista, no tener problemas ni dolor, transportación, disponibilidad de citas, y

otra razón con la opción de escribir algo. Al final, el estudio pregunta sobre unas creencias sobre las salud dental.

La segunda encuesta para profesionales dentales presentó preguntas en inglés sobre varias cosas incluyendo si hay servicios gratuitos o puede ajustar el costo y aproximadamente qué porcentaje de su base de pacientes es hispano o latino. También pregunta si algún miembro del personal habla español y si tiene documentos (ej. formas para clientes) en español. Al final los profesionales dentales tienen espacio para escribir sobre si cree que la barrera del idioma afecta a su oficina y a los empleados.

### **Colección y análisis de los datos**

Las encuestas para los pacientes se dieron a cada persona para completar. Con el fin de encuestar específicamente a los pacientes hispanos, se preguntó a los participantes si se identificaron como hispanos o no antes de recibir la encuesta. Algunos recibieron encuestas en varias clínicas dentales, mientras que a otros se les pidió que completaran la encuesta en otras circunstancias, incluyendo encuentros personales y correos electrónicos. De las 18 encuestas distribuidas en persona en las clínicas, 14 fueron completadas y recogidas. Dos encuestas fueron completadas y recogidas por correo, y el resto fue completado en persona, pero no en una clínica. Las encuestas para profesionales de la odontología se enviaron por primera vez a cada individuo en correo electrónico. Si el dentista no respondió, las encuestas también fueron distribuidas personalmente en consultorios dentales. De las 15 encuestas distribuidas por correo, 2 fueron completadas y recogidas. Luego, las oficinas que no respondieron y unas clínicas separadas fueron visitadas en persona. De estos 17 visitas, 15 encuestas fueron completadas y recogidas. En total, 18 encuestas para pacientes y 17 encuestas para profesionales fueron recogidas.

### **Los resultados: los profesionales dentales**

En total, 17 profesionales dentales, cada uno de una consulta o clínica diferente, fueron encuestados. Resúmenes de los datos recogidos se presentan en Tabla 1. En promedio, el 88.2% de los profesionales dentales encuestados tenía servicios gratuitos o ajustados por costos. Los únicos profesionales que ofrecieron atención gratuita trabajaron en clínicas, no en prácticas privadas. Todos los dentistas que ofrecieron servicios con costos ajustados dijeron que Medicaid era su principal recurso para brindar estos servicios. El 14.3% de estas oficinas también declaró tener opciones de planes de pago además de Medicaid.

El 47.1% de los profesionales encuestados declaró que tenían una o más personas hispanohablantes que trabajaban en su consultorio/clínica. Tabla 2 muestra los detalles de los papeles de los trabajadores hispanohablantes. De esto 47.1%, el 50% tenía uno o más dentistas hispanohablantes, pero solamente uno de los consultorios tenía un recepcionista que habla español.

Mientras que 15 de los 17 profesionales tenían documentos (como formas de consentimiento y folletos informativos) disponibles en español, solo 3 tenían sitios web en español y solo 2 tenían publicidad para la oficina en español. “Publicidad” para la oficina incluye anuncios en periódicos, la televisión, el radio, y en línea. En cuanto al porcentaje de pacientes hispanos que tiene cada consultorio/clínica, las respuestas iban desde el 3% hasta el 30% de la base de pacientes. El porcentaje promedio de pacientes hispanos entre los 17 consultorios encuestados fue de 10.6%. De los pacientes hispanos, el porcentaje que prefiere hablar en español durante su visita varía entre el 0% al 50%. El porcentaje promedio de los pacientes hispanos que prefieren hablar español fue el 7.2%. Se puede ver los porcentajes individuales de cada tipo de consultorio en Tabla 3.

**Tabla 1: Resumen del número de oficinas que ofrece ciertos servicios**

Servicio	# de oficinas
Servicios gratis o con costos ajustados	15
Empleados hispanohablantes	8
Documentos en español	15
Página web en español	3
Publicidad en español	2

**Tabla 2: Los trabajadores hispanohablantes: el tipo de consultorio y el papel**

Tipo de consultorio que tiene trabajador(es) hispanohablante(s)	Papel de trabajador(es) hispanohablante(s)
Consultorio privado	2 dentistas, 1 higienista dental
Consultorio privado	1 higienista dental
Consultorio privado	2 higienistas dentales
Consultorio privado	1 asistente dental
Consultorio privado	1 recepcionista
Clínica	1 dentista, voluntarios
Clínica	2 dentistas, 1 higienista dental
Clínica	1 dentista



**Tabla 3: El tipo de consultorio, el % de los pacientes hispanos y el % que prefiere hablar español durante sus visitas**

Tipo de consultorio	% promedio de pacientes hispanos	% promedio que prefieren hablar español
Consultorio privado con personal hispanohablante	10.4	3.6
Consultorio privado sin personal hispanohablante	6.1	2.4
Clínica con personal hispanohablante	25	26.7

### Los resultados: pacientes

En total, 18 pacientes fueron encuestados. La edad promedio de los pacientes fue de 37.8 años y el tiempo promedio de su tiempo en los Estados Unidos fue 13.7 años. Se puede ver las respuestas de todos los participantes en Tabla 4. El 27.8% de los participantes encuestados dijo que acudían al dentista al menos una vez al año. También se les pidió a los participantes que informaran más específicamente con qué frecuencia iban al dentista. En promedio, los participantes fueron al dentista cada 2.7 años. Sin embargo, este número no incluye a aquellos participantes cuyas respuestas fueron "nunca" o "no sé". Por lo tanto, el promedio es una estimación baja.

Los participantes también clasificaron diferentes factores que disminuyen la frecuencia de sus visitas al dentista. El sistema de clasificación usaba una serie de factores representados por "1" para el el factor más influyente, 2 para el segundo factor más influyente, etc. La Tabla 5 muestra los factores y las clasificaciones de cada uno. El factor que afectó más negativamente la

frecuencia de las visitas fue la ausencia de problemas o dolor con un rango promedio de 2.3. Las clasificaciones de los factores “no tengo problemas ni dolor” y “falta de seguro médico” también indican que son bien importantes. El factor menos influyente fue "otra razón" con un rango promedio de 7.2. El segundo factor menos influyente fue la "transportación" con un puntaje promedio de 5.7. “Temor al dentista” también recibió clasificaciones de menos importancia. Finalmente, “barrera de lengua” recibió muchas clasificaciones en el medio y tiene un promedio de 4.2.

Finalmente, en la Tabla 6 se puede ver un resumen de las respuestas a las preguntas sobre las creencias y los hábitos dentales. En respuesta a la pregunta "¿Cierto o falso? Si tengo un problema dental y comienzo a cepillarme los dientes más, se sanará", el 38.9% respondió "cierto" y el 61.1% respondió "falso". En realidad, la respuesta a esta pregunta es "falso". Según la ADA, los hábitos de cepillarse recomendados más comúnmente aceptados son que las personas deben cepillarse dos veces al día por dos minutos. Se les preguntó a los participantes por cuánto tiempo y cuántas veces al día creen que deben cepillarse los dientes y por cuánto tiempo y cuántas veces realmente se cepillan los dientes. En promedio, los participantes respondieron que creían que deberían lavarse los dientes 1.89 veces por día por 1.86 minutos, pero reportaron que se cepillaban los dientes un promedio de 1.56 veces por día por 1.47 minutos. La gama para ambas preguntas fue 1 a 3 minutos y 1 a 3 veces al día. La mayoría de respondedores (10 de 18) declaró correctamente la frecuencia que deben cepillarse los dientes cada día, pero solo ocho personas en realidad se cepillaron los dientes dos veces al día. Sin embargo, al incluir a la única persona que declaró que se cepillaron los dientes 3 veces al día, 9 personas se cepillaron los dientes 2 o más veces cada día. Casi la mitad (7 de 18 personas) tuvo razón al declarar que deben cepillarse los dientes por dos minutos, e incluyendo a las cuatro

personas que sobrestimaron el tiempo que uno debe cepillarse los dientes, 11 de 18 personas dijeron que se deberían cepillarse los dientes por al menos dos minutos a la vez. Sin embargo, solo ocho personas se cepillan los dientes por dos minutos.

**Tabla 4: Resumen de los datos de los pacientes**

Paciente #	Edad	Años en EE.UU	Va al dentista 1 vez al año?	Con qué frecuencia?
1	20	20	No	1 vez cada 2 años
2	46	9	No	cada 5 años
3	58	10	No	cada 3 años
4	55	14	No	cada 2 años
5	42	6	Sí	2 veces cada año
6	36	36	Sí	1 vez cada año
7	33	3	No	cada 7 años
8	27	10	No	cada 2 años
9	30	3	No	nunca
10	22	19	No	cada 4 años
11	35	22	Sí	1 vez cada año
12	41	26	No	cuando necesita
13	39	2	No	nunca
14	45	7	No	cada 3 años
15	28	1	No	no sabía
16	37	23	Sí	2 veces cada año
17	55	4	No	cada 5 años
18	31	31	Sí	2 veces cada año
Promedio	37.8	13.7	27.8% Sí	cada 2.7 años

**Tabla 5: Clasificaciones de los factores que disminuyen la frecuencia de las visitas al dentista**

Factores	Clasificación de los factores							
	Importancia #1	Importancia #2	Importancia #3	Importancia #4	Importancia #5	Importancia #6	Importancia #7	Importancia #8
Razones financieras	22.2%	27.8%	27.8%	11.1%	11.10%	0%	0%	0%
Falta de seguro médico	16.7%	16.7%	16.7%	27.8%	5.6%	16.7%	0%	0%
Barrera de lengua	16.7%	11.1%	5.6%	16.7%	22.2%	11.1%	11.1%	5.6%
Temor al dentista	11.1%	0%	0%	11.1%	27.8%	22.2%	22.2%	5.6%
No tengo problemas ni dolor	22.2%	33.3%	33.3%	11.1%	0%	0%	0%	0%
Transportación	5.6%	5.6%	0%	5.6%	22.2%	16.7%	38.9%	5.6%
Disponibilidad de citas	5.6%	0%	11.1%	11.1%	11.1%	33.3%	27.8%	0%
Otra razón	0%	5.6%	5.6%	5.6%	0%	0%	0%	83.3%

**Tabla 6: Resumen de las respuestas de las preguntas de respuesta libre**

Pregunta	Respuesta Promedio
¿Cierto o falso? Si tengo un problema dental y comienzo a cepillarme los dientes más, se sanará.	38.9% Cierto 61.1% Falso
¿Cuántas veces al día debería cepillarse los dientes?	1.89 veces/día
¿Con qué frecuencia se cepilla los dientes?	1.56 veces/día
¿Por cuánto tiempo debería cepillarse los dientes?	1.86 minutos
¿Por cuánto tiempo se cepilla los dientes?	1.47 minutos

### Discusión

Antes de discutir los resultados, se deben abordar algunas limitaciones acerca de este estudio. En primer lugar, como los datos incluyen solo un pequeño grupo de participantes, es posible que las respuestas no sean representativas del Triángulo en su totalidad. Por lo tanto, dado que no todos los pacientes ni profesionales dentales del Triángulo fueron encuestados, las suposiciones que se hacen a continuación son conjeturas basadas en un tamaño de muestra pequeño.

Al examinar los servicios ofrecidos por las oficinas encuestadas, la mayoría tenía servicios con costos ajustados y documentos en español. Además, casi la mitad tenía personal que habla español. No obstante, las tres clínicas encuestadas tenían personal hispanohablante, pero solo cinco de las catorce prácticas privadas lo tenían. Esto se correlaciona con el porcentaje de pacientes hispanos. De hecho, estas oficinas con personal hispanohablante tenía un 10% de pacientes hispanohablantes o más. En general, los consultorios privados sin personal que habla

español tenían un porcentaje promedio más bajo de pacientes hispanos y pacientes que preferían hablar español durante su visita que las oficinas que sí tenían personal hispanohablante.

Solamente un consultorio privado sin personal hispanohablante tenía un 10% de pacientes hispanohablantes, el resto de los consultorios privados sin personal hispanohablante tenía porcentajes menores del 10%. Las clínicas, que ofrecen atención dental gratuita, en general tenían porcentajes mucho más altos de pacientes hispanos. Esto podría significar que las razones financieras son una parte importante para determinar si un paciente hispano recibe atención dental o no. Esto se analiza con más detalle a continuación cuando se discuten los factores clasificados por los pacientes.

La cantidad de oficinas que publicita en español o tenía su sitio web disponible en español era mucho menor que la cantidad que tenía costos ajustados o personal hispanohablante. Esto indica un posible problema para los nuevos pacientes hispanos que no hablan inglés. Dado que existen recursos más limitados para ayudarles a encontrar un dentista, podría ser difícil para ellos ingresar al sistema. A pesar de esto, la mayoría de las oficinas tienen recursos para pacientes hispanos que ya están en el sistema de atención dental. Si bien la presencia de un sitio web en español y la publicidad en español puede parecer trivial, el porcentaje de pacientes hispanos en los consultorios / clínicas que tenían estos recursos fue mucho mayor. De hecho, el único consultorio privado que tenía su sitio web y publicidad en español estaba vinculada al mayor porcentaje de pacientes hispanos (15%) en las prácticas privadas encuestadas. Además, la clínica que tenía ambos recursos disponibles en español tenía el porcentaje más alto de todos los profesionales encuestados de pacientes hispanos (30%), así como el porcentaje más alto de pacientes que preferían hablar español durante su visita (50%). Estos datos indican que para

poder servir mejor a la comunidad hispana, es importante tener recursos en español que se extiendan fuera del espacio físico de la oficina.

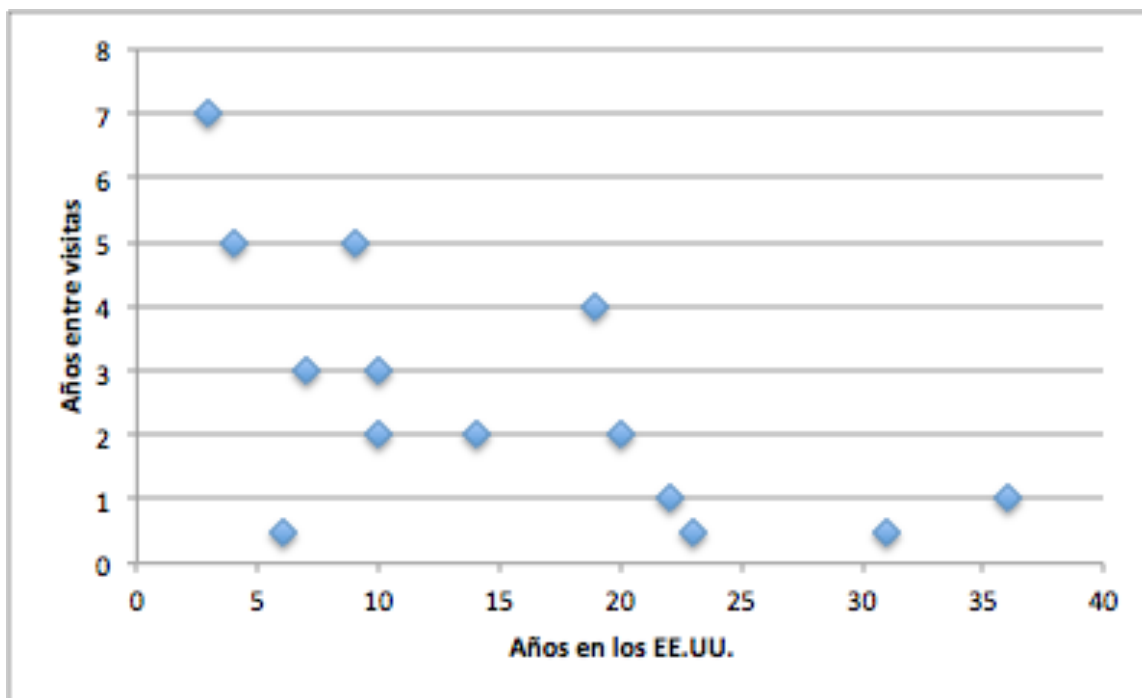
Cuando se les preguntó a los profesionales de la odontología si pensaban que la barrera del idioma afectaba su consultorio / clínica, había varias respuestas. Un dentista respondió que "I don't think the language barrier negatively affects the practice because even if there are gaps in communication, translation apps have become accurate enough that we can communicate well enough to figure out what is going on with the patient" (Dentista #4 ). La mayoría de los profesionales respondieron de manera similar, ya que no creían que la barrera del idioma fuera un problema importante para su práctica. Sin embargo, un dentista escribió que "usually there is no problem since the vast majority of my patients speak English natively or very well. However, we don't have any Spanish-speaking people on staff, which makes it hard when the child of the patient has to translate for the parent" (Dentista # 11). A partir de estos testimonios, parece que incluso si no hay trabajadores hispanohablantes, pueden encontrar otra manera de comunicarse. A pesar de esto, hay inconvenientes obvios en el uso de aplicaciones de traducción o intérpretes familiares, el más importante es que la explicación podría perderse en la traducción, lo que podría causar un diagnóstico erróneo o un tratamiento incorrecto. Los efectos de los traductores, tanto profesionales como no profesionales, en comparación con las aplicaciones de traducción, merecen más atención en el futuro para determinar la forma más eficiente, más precisa y más asequible en que los dentistas pueden proporcionar estos recursos a sus pacientes.

La primera sección de los datos de pacientes que fue analizada fue el número de años que un paciente había vivido en los Estados Unidos frente a la frecuencia con la que iban al dentista. Con el fin de visualizar mejor los datos, se realizó una gráfica (Figura 1) para comparar el número de años en los Estados Unidos versus cuántos años pasan entre sus visitas al dentista. En

la Figura 1, se ve una tendencia general que muestra que con más años de residencia en los Estados Unidos, los pacientes van más al dentista. Esto sugiere que la aculturación es importante para determinar cómo las personas interactúan con el sistema de salud dental. Otra prueba de esto es que los dos pacientes que dijeron que nunca van al dentista solamente habían vivido en los Estados Unidos por dos y tres años, respectivamente. Como se ha mencionado en la introducción, el estudio de Jaramillo encontró que los factores más importantes fueron el sexo, la educación, los ingresos y el seguro dental. En el caso de este estudio, parece que los aspectos más importantes de la aculturación que contribuyen a la frecuencia de las visitas al dentista son el dominio del inglés y la familiaridad con el sistema de salud de los Estados Unidos. La tendencia mostrada en la Figura 1 proporciona evidencia que respalda estudios previos que han demostrado que la aculturación es un predictor de mejor salud oral y mayor uso de los servicios de salud oral (Jaramillo, 2009).



**Figura 1: Gráfico que muestra los años en los Estados Unidos frente a los años entre visitas dentales. Las dos personas que dijeron que nunca fueron al dentista y la única persona que dijo "no sé" no están incluidas.**



Luego, se analizaron las clasificaciones de los factores que disminuyen la frecuencia con la que alguien va al dentista. Cada razón recibió un rango de 1-8, con 1 siendo el más influyente y 8 el menos influyente. “Razones financieras” y “no tengo problemas ni dolor” obtuvieron las clasificaciones de más importancia. De hecho, el 44.4% de las personas encuestadas puso 1 para “razones financieras” o “no tengo problemas ni dolor”. Además, nadie clasificó "no tengo problemas ni dolor" con un 5, 6, 7 u 8, y nadie clasificó "razones financieras" con un 6, 7 u 8. Esto muestra claramente que las personas encuestadas pensaron que estas dos razones fueron las más influyentes cuando están decidiendo ir al dentista o no. "Falta de seguro médico" y "barrera de lengua" tuvieron el segundo porcentaje más alto para el rango #1 (16.7% cada uno). Sin

embargo, nadie clasificó "falta de seguro médico" con un 7 u 8, mientras que "barrera de lengua" recibió unos 7s y 8s de personas que hablan inglés con fluidez. La "transportación" y el "temor al dentista" generalmente recibieron unas clasificaciones de menos importancia, lo que indica que estos factores no fueron muy influyentes para la mayoría de las personas encuestadas. Sin embargo, es importante notar que 14 de 18 participantes fueron encuestados en las clínicas. Si ellos ya estaban en la clínica, es posible que la transportación no sea un problema. Las respuestas sobre la transportación fueron comparadas entre los participantes que fueron encuestados en las clínicas y los participantes que no fueron encuestados en las clínicas. Se encontró que los participantes que no fueron encuestados en las clínicas no le dieron clasificaciones de más importancia a la "transportación" en comparación con los que fueron encuestados en las clínicas. En el futuro, sería interesante encuestar a más participantes fuera de la ambiente dental para determinar si esta falta de tendencia persiste.

El factor que recibió la mayor cantidad de #8s fue "otra razón", principalmente porque todas las personas, excepto 3, no escribieron una razón. Sin embargo, para aquellos que sí escribieron una razón, había una clasificación de #2 y una de #3 ("no tengo tiempo"), y una de #4 ("tengo que cuidar a mis niños"). En general, estas clasificaciones sugieren que "razones financieras" y "no tengo problemas ni dolor" son las dos razones principales por las que los pacientes hispanos deciden no visitar al dentista. Por supuesto, la situación de cada persona es diferente, pero las tendencias generales apoyan los reclamos de la ADA y el Health Policy Institute, que también se dice que el costo y la baja necesidad percibida son las razones principales porque no van al dentista (Nasseh, 2013).

Es interesante relacionar las calificaciones de los participantes con el sistema de Medicaid de los consultorios privados. La mayoría de los dentistas tienen servicios con costos

ajustados, pero solo las clínicas ofrecen tratamientos gratuitos. Sin embargo, los tratamientos de Medicaid son mucho menos rentables ya que Medicaid solo paga una cantidad fija por cada tratamiento, independientemente del precio del dentista. La diferencia es dinero perdido para el consultorio, por lo que la mayoría de los consultorios privados asignan una cierta cantidad de su base total de pacientes para los pacientes de Medicaid. Un dentista escribió que dedican un día de la semana a los pacientes de Medicaid para controlar mejor la cantidad de dinero que pierden al aceptar Medicaid. Estas tendencias se reflejan en la clasificación de los pacientes de los factores de "disponibilidad de citas, razones financieras, y falta de seguro médico". La clasificación de "disponibilidad de citas" con promedio de 5.3 (8 = la menor importancia) significa que los pacientes no consideraron que la disponibilidad de citas fuera el principal factor disuasivo para ir al dentista. Sin embargo, 5 de 18 personas lo calificó con un 1-4 de importancia, lo que significa que para algunos sigue siendo un factor influyente. En general, más personas declararon que la falta de seguro médico (promedio 3.4) y las razones financieras (promedio 2.6) eran factores más decisivos. Esto indica que los hispanos piensan que el dinero y la falta de apoyo financiero son factores muy importantes para disuadir su frecuencia de visitas al dentista. De hecho, "razones financieras" empata con "no tengo problemas ni dolor" para la mayor frecuencia de importancia número 1 en las clasificaciones. Por lo tanto, a pesar del hecho de que muchas oficinas ofrecen servicios ajustados en función del costo, esos servicios aún no están disponibles para las personas sin seguro. Esto sugiere que incluso si las prácticas privadas expandieran la cantidad de pacientes que ven que tienen Medicaid, muchos hispanos aún no podrían aprovecharse de esas oportunidades adicionales.

Finalmente, las respuestas a la pregunta de cierto o falso fueron analizadas. Cuando a los pacientes se les hizo la pregunta "¿Cierto o falso? Si tengo un problema dental y comienzo a

cepillarme los dientes más, se sanará", la mayoría respondió "falso", que fue la respuesta correcta. Esto demuestra que la mayoría de las personas saben que si tienen un problema dental, necesitan ayuda profesional para solucionarlo. Sin embargo, el promedio de años reportados entre visitas al dentista fue el 2.7, lo que significa que los participantes no tienen problemas, desconocen los problemas existentes o no visitan al dentista una vez al año, incluso si saben que tienen un problema.

Al observar las respuestas a las preguntas de respuesta abierta al final de la encuesta para pacientes, se encontró que, en promedio, el tiempo que los participantes piensan que deben cepillarse los dientes y cuántas veces al día deben cepillarse los dientes corresponde a la duración (2 minutos) y la frecuencia (dos veces al día) recomendadas por los profesionales. El promedio de veces por día que los participantes creían que deberían cepillarse los dientes (1.89x) fue solo un poco más alto que el promedio de minutos que pensaban que deberían cepillarse los dientes (1.86 minutos). Sin embargo, en la práctica, los participantes generalmente informaron que se cepillaban los dientes con menos frecuencia y por un período de tiempo menor a lo ideal. Esto sugiere que los participantes tienen el conocimiento sobre hábitos dentales sanos, pero en la práctica estas creencias no se siguen tan bien. Las respuestas de los participantes a todas las preguntas de respuesta abierta también se compararon con el tiempo que vivieron en los Estados Unidos. Se sospechaba que cuanto más tiempo hubiera vivido un participante en los Estados Unidos, más correctas serían sus respuestas. Sin embargo, no hubo correlaciones claras y no se pudieron hacer conclusiones de estas comparaciones. Sería interesante reexaminar esta hipótesis con un tamaño de muestra más grande para ver si hay una correlación más evidente cuando haya más participantes.

## **Conclusiones**

En general, este estudio confirma lo que está sucediendo a nivel nacional en que los hispanos enfrentan más desafíos que los blancos no hispanos cuando buscan atención dental. En general, la aculturación y la familiaridad con el idioma proporcionan la base para que alguien se sienta cómodo y confiado en buscar y recibir el tratamiento que necesita. Sin embargo, los resultados de la Figura 1 prueban que los hispanos no pueden ser tratados como un grupo homogéneo. Hay que tener en cuenta las tendencias basadas en niveles de aculturación al abordar cuáles recursos necesitan los diferentes subgrupos.

Para los participantes, los factores más influyentes si van al dentista o no para los hispanos son las razones financieras y la falta de necesidad percibida. Así, para mejorar el acceso a la atención para los hispanos, será importante para el Triángulo brindar opciones más económicas y aumentar la conciencia sobre la importancia de las visitas dentales regulares y los conocimientos fundamentales sobre la salud dental. Una manera de hacer esto además de superar la barrera de lengua sería si las escuelas de odontología incluyera una clase de español para la profesión. Como resultado de estos esfuerzos, se espera que la demanda de visitas dentales por parte de la comunidad hispana aumente junto con las oportunidades para recibir la atención dental.

## **Agradecimientos**

Muchas gracias a la Dra. Joan Clifford por aconsejarme a lo largo de todo este proceso y por ayudarme a convertir una pequeña idea inconcreta que compartí con ella en mi tercer año en una tesis completa. Gracias a la Dra. Lisa Merschel y la Dra. Bethzaida Fernández por ayudar a editar y por estar en mi comité.

## Bibliografía

- American Dental Association (2011). Breaking down barriers to oral health for all Americans: repairing the tattered safety net. Chicago, IL: ADA.
- AccessNC, North Carolina Economic Data and Site Information, North Carolina Department of Commerce (2015 June). County Profile: Durham, NC. Recuperado de:  
<http://accessnc.commerce.state.nc.us/docs/countyProfile/NC/37063.pdf>
- Chattopadhyay, A. (2008). Oral health disparities in the United States. *The Dental Clinics of North America* 52, 297-318. doi:10.1016/j.cden.2007.11.001
- City Data Forum. "Getting around the Triangle." City Data Forum, 2012, [www.city-data.com/forum/raleigh-durham-chapel-hill-cary/1595520-getting-around-triangle-moped-e-bike.html](http://www.city-data.com/forum/raleigh-durham-chapel-hill-cary/1595520-getting-around-triangle-moped-e-bike.html).
- CNN. "Hispanics in the US Fast Facts." CNN, 2019,  
<https://www.cnn.com/2013/09/20/us/hispanics-in-the-u-s-/index.html>
- Connecticut Health Foundation. (2015 January). Improving children's oral health by crossing the medical-dental divide.
- County Health Rankings (2018). Durham. Recuperado de  
<http://www.countyhealthrankings.org/app/north-carolina/2018/rankings/durham/county/outcomes/overall/snapshot>.
- Colgate. "Reporte Muestra Progreso En La Salud Bucal Para La Mayoría De Americanos." Colgate, 1 May 2007, [www.colgate.com.mx/es/mx/oc/oral-health/life-stages/oral-care-age-55-up/article/ada-05-oral-health-improvements-americans](http://www.colgate.com.mx/es/mx/oc/oral-health/life-stages/oral-care-age-55-up/article/ada-05-oral-health-improvements-americans).
- Despres. "How Many of Us Really Brush Twice a Day?" IHPR Blog, 28 Nov. 2016,  
[blogs.uthscsa.edu/ihpr/2016/11/28/how-many-of-us-really-brush-twice-a-day/](http://blogs.uthscsa.edu/ihpr/2016/11/28/how-many-of-us-really-brush-twice-a-day/).

- DiMaria, F. (2014, Jun 30). Student hispanic dental association bridges oral care gap. *The Hispanic Outlook in Higher Education*, 24, 19-21. Retrieved from <https://login.proxy.lib.duke.edu/login?url=https://search-proquest-com.proxy.lib.duke.edu/docview/1544144900?accountid=10598>.
- Durham County Public Health, and Duke Health. "Durham County Community Health Assessment." *Durham County Community Health Assessment*, Durham County Public Health, 2017, [healthydurham.org/cms/wp-content/uploads/2018/04/2017-CHA-FINAL-FOR-PRINT.pdf](http://healthydurham.org/cms/wp-content/uploads/2018/04/2017-CHA-FINAL-FOR-PRINT.pdf).
- Feinberg, Maxine. "Minority Oral Health in America: Despite Progress, Disparities Persist." *American Dental Association*, 2015, [www.ada.org/~media/ADA/Advocacy/Files/160523\\_Kelly\\_Report\\_Dental\\_Chapter.pdf?la=en](http://www.ada.org/~media/ADA/Advocacy/Files/160523_Kelly_Report_Dental_Chapter.pdf?la=en).
- González-Vázquez, Tonatiuh Tomás, Torres-Robles, Cristian Armando, & Pelcastre-Villafuerte, Blanca Estela. (2013). Utilización transnacional de servicios de salud por parte de los migrantes mexicanos en Estados Unidos. *Salud Pública de México*, 55(Supl. 4), s477-s484. Recuperado en 12 de abril de 2018, de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342013001100006&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013001100006&lng=es&tlng=es).
- Guarnizo-Herreño, C.C. & Wehby, G.L. (2012). Explaining racial/ethnic disparities in children's dental health: a decomposition analysis. *American Journal of Public Health* 102(5), 859-866. doi: 10.2105/AJPH.2011.300548
- Haley, J., Kenney, G., & Pelletier, J. (2008). Access to affordable dental Care: Gaps for low-income adults. *The Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured*. 2 U.S.

Department of Health and Human Services. Oral Health in America: A Report of the Surgeon General. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, National Institute of Dental and Craniofacial Research, National Institutes of Health, 2000.

Hispanic Dental Association. “Disturbing Shortage of Hispanic Dentists to Serve Rising Hispanic Population.” Hispanic Dental Association, Hispanic Dental Association, Sept. 2013, [hdassoc.org/wp-content/uploads/2013/09/HDA-White-Paper-FINAL.pdf](http://hdassoc.org/wp-content/uploads/2013/09/HDA-White-Paper-FINAL.pdf).

Jaramillo, Freder, et al. “Acculturation and Dental Visits Among Hispanic Adults.” Preventing Chronic Disease, vol. 6, no. 2, ser. A50, Apr. 2009. A50, [www.cdc.gov/pcd/issues/2009/apr/pdf/08\\_0134.pdf](http://www.cdc.gov/pcd/issues/2009/apr/pdf/08_0134.pdf).

Marushka L. Silveira, Bruce A. Dye, Timothy J. Iafolla, Margo R. Adesanya, Shahdokht Boroumand, Marston E. Youngblood, Christian R. Salazar, Tracy L. Finlayson, Tasneem Khambaty, Shirley M. Beaver & A. Isabel Garcia (2018) Cultural factors and oral health-related quality of life among dentate adults: Hispanic community health study/study of Latinos, *Ethnicity & Health*, DOI: 10.1080/13557858.2018.1427219.

Morrison, Jean et al. “Genome-wide association study of dental caries in the Hispanic Communities Health Study/Study of Latinos (HCHS/SOL)” *Human molecular genetics* vol. 25,4 (2015): 807-16.

Nasseh, K., Vujcic, M., O’Dell, A. (2013). Affordable Care Act fails to address critical dental care issues. American Dental Association Health Policy Institute.

Noemí, B., & Aldo, S. (2016). LAS MIGRACIONES Y LA SALUD BUCAL EN EL MARCO DE LA SALUD GLOBAL. REFLEXIONES DESDE LA PERSPECTIVA



- UNIVERSITARIA. Revista De Salud Pública. Retrieved April 13, 2018, from <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/RSD/article/viewFile/14400/15581>.
- Porteny, Thalia, and Paola Campos. "El Acceso a Salud De Los Mexicanos En Estados Unidos." Sin Fronteras. June 21, 2017. Accessed April 13, 2018. <https://sinfronteras.nexos.com.mx/?p=36>.
- Ruddy, G. (2007). Health Centers' Role in Addressing the Oral Health Needs of the Medically Underserved. National Association of Community Health Centers.
- Secretaría de Gobernación/Consejo Nacional de Población. (2016, September). Migración y salud: Perspectivas sobre la población inmigrante. Recuperado de [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/166446/Migracion\\_y\\_Salud\\_2016.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/166446/Migracion_y_Salud_2016.pdf).
- United States Census Bureau. "Geography Atlas - Regions." *Census Bureau QuickFacts*, United States Census Bureau, 1 Sept. 2012, [www.census.gov/geo/reference/webatlas/regions.html](http://www.census.gov/geo/reference/webatlas/regions.html).
- US Department of Health and Human Services. "Hispanic Community Health Study." National Institute of Health, Sept. 2013, [www.nhlbi.nih.gov/files/docs/resources/NHLBI-HCHSSOL-English-508.pdf](http://www.nhlbi.nih.gov/files/docs/resources/NHLBI-HCHSSOL-English-508.pdf)
- Weintraub, Jane A., et al. "Clinically Determined and Self-Reported Dental Status during and after Pregnancy among Low-Income Hispanic Women." *Journal of Public Health Dentistry*, vol. 73, no. 4, 2013, pp. 311–320., doi:10.1111/jphd.12029.
- Yarbrough, C., Nasseh, K., & Vujicic, M. (2014). Why adults forgo dental care: evidence from a new national survey. Health Policy Institute. <https://www.cdc.gov/chronicdisease/pdf/aag-oral-health.pdf>

**Apéndice A: Encuesta para pacientes** (disponible en inglés y español)

¿Es usted de un país hispanohablante? ¿Es su familia de un país hispanohablante?

¿Cuántos años tiene?

¿Cuánto tiempo ha vivido en los Estados Unidos?

¿Va al dentista por lo menos una vez al año? Si la respuesta es sí, ¿con qué frecuencia va y son visitas preventivas o para problemas específicos?

¿Cuáles son los factores que disminuyen la frecuencia de sus visitas al dentista? Escribe un "1" al lado de la razón que más le afecta . Escribe un "2" al lado de la segunda razón más importante. Haga lo mismo para "3" - "7". Escribe un "8" al lado de la razón que le afecta menos.

Razones financieras

Falta de seguro médico

Barrera de lengua

Temor al dentista

No tengo problemas ni dolor

Transportación

Disponibilidad de citas

Otra razón \_\_\_\_\_

¿Cuándo fue la última vez que visitó a un dentista o recibió tratamiento dental y dónde? Si es posible, escriba el nombre del lugar al que fue.

¿Cierto o falso?

Si tengo un problema dental y comienzo a cepillarme los dientes más, se sanará.

¿Cuántas veces al día debería cepillarse los dientes? ¿Con qué frecuencia se cepilla los dientes?

¿Por cuánto tiempo debería cepillarse los dientes? ¿Por cuánto tiempo se cepilla los dientes?

**Apéndice B: Encuesta para profesionales**

Are any of your services free or cost adjusted to meet clients' needs?

Approximately what percent of your patient base is Hispanic or Latino?

How many patients prefer to speak in Spanish during their consultation?

Do you or any staff speak Spanish? If so, what are their roles (dentist, hygienist, receptionist, etc) and what is their proficiency in Spanish?

Do you have documents in Spanish, and if so, which ones? (Consent forms, information packets, etc.)

Do you have a website? Is it available in Spanish?

Do you do any advertising in Spanish?

Do you believe a language barrier affects your office and staff? If so, in what way?