



Casa abierta al tiempo

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA XOCHIMILCO.
DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD.

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN A LA SALUD.
LICENCIATURA EN ESTOMATOLOGÍA.

CONOCIMIENTO, ACTITUDES Y PRÁCTICAS HACIA LA COVID-19
EN LA PRÁCTICA DENTAL: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA
EXPLORATORIA.

INFORME DE SERVICIO SOCIAL
LDC TEPEPAN VESPERTINA.

LUIS ALVARO ALVAREZ HERNANDEZ
2172034509

PERIODO DE SERVICIO SOCIAL: 1 DE AGOSTO 2022 AL 31 DE
JULIO DEL 2023.

FECHA DE ENTREGA: JULIO, 2023

ASESOR O ASESORES RESPONSABLES:
C.D.E.EP. ENRIQUE ENSALDO CARRASCO.
C.D.E.O.P. OLIVA OLVERA KARLA IVETTE

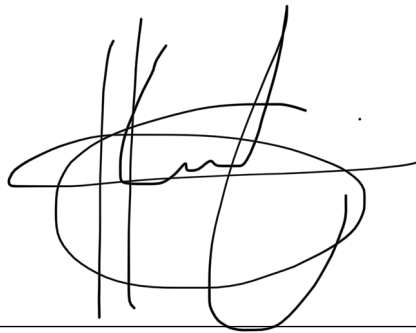


ASESOR DEL SERVICIO SOCIAL

C.D.E.EP. ENRIQUE ENSALDO CARRASCO.

JEFE DE SERVICIO DEL LABORATORIO DE DISEÑO COMPROBACIÓN DR.

RAFAEL LOZANO OROZCO "TEPEPAN "

A handwritten signature in black ink, consisting of several overlapping loops and vertical strokes, positioned above a horizontal line.

COMISION DE SERVICIO SOCIAL DE ESTOMATOLOGÍA

C.D.E.O.P. KARLA IVETTE OLIVA OLVERA

RESUMEN DEL INFORME

La odontología es una de las profesiones que necesitaba modificar sus procesos de atención al paciente para atender las necesidades de salud bucodental de la población y mantener sus actividades económicas, minimizando al mismo tiempo el riesgo de propagación de la infección por COVID-19 de la consulta dental a la comunidad.

Objetivo: Explorar y sintetizar la literatura empírica relevante sobre conocimientos, actitudes y prácticas (CAPs) en la práctica odontológica hacia la COVID-19.

Metodología: Se realizó una revisión exploratoria de la evidencia registrada en MEDLINE, Scopus y Google Scholar entre el 1 de diciembre de 2019 y el 30 de marzo de 2021. Posteriormente se realizó un análisis exploratorio descriptivo. A partir de los artículos identificados, los datos extraídos sobre diversos ítems se agruparon temáticamente en conocimientos, actitudes y prácticas hacia el COVID-19.

Resultados: De 5.097 artículos potencialmente relevantes, 65 se incluyeron en este estudio. La mayoría de los estudios (76,8%) procedían de países con economías de renta media o baja. Se identificó una importante variación metodológica entre los estudios, ya que la mayoría no proporcionó información sobre los procesos metodológicos para su desarrollo, pilotaje y validación posterior. Sólo el 12,3% (n=8) de los estudios examinaron simultáneamente las tres dimensiones del modelo de encuesta CAPs. La dimensión "conocimientos" fue evaluada por el 90,8% de los estudios incluidos, mientras que las dimensiones "actitudes" (38,5%) y "prácticas" (26,2%) fueron consideradas con menor frecuencia. Las respuestas positivas sobre los conocimientos COVID-19 oscilaron entre el 1,1% y el 100%. Las puntuaciones en las dimensiones "actitudes" y "prácticas" oscilaron entre el 2,2% y el 97,4% y entre 1,8% y 100%, respectivamente.

Conclusiones: La calidad de la base de pruebas es limitada, ya que la variedad de conceptos utilizados en los CAPs y, en consecuencia, los ítems de cada dominio limitan la posibilidad de generalizar los resultados. Aunque la evaluación de los CAPs durante el COVID-19 fue oportuna, nuestro análisis reveló que el modelo estandarizado de encuesta de CAPs requiere ser difundido entre la comunidad profesional.

Palabras clave: Odontología, COVID-19, conocimientos, actitudes y prácticas en materia de salud.

ÍNDICE

RESUMEN DEL INFORME	4
CAPÍTULO I: INTRODUCCION GENERAL	7
CAPITULO II: INVESTIGACIÓN	8
2.1 Planteamiento de problema	8
2.2 Justificación	8
2.3 Objetivos	9
2.4 MARCO TEÓRICO	10
2.4.1 ETIOLOGÍA DEL SARS-COV-2	10
2.4.2 EPIDEMIOLOGÍA MUNDIAL	11
2.4.3 EPIDEMIOLOGÍA EN MÉXICO	11
2.4.4 IMPACTO DE COVID-19 EN ODONTOLOGÍA	15
2.4.5 ESTRATEGIAS PARA PREVENIR COVID-19 EN ODONTOLOGÍA EN MÉXICO	16
2.5 MATERIAL Y MÉTODO	17
2.5.1 Identificación de estudios relevantes	17
2.5.1.1. Los criterios de selección están descritos en la Tabla 4	17
2.5.2 SELECCIÓN DE ESTUDIOS	18
2.5.3 Registro de los datos	18
2.5.4 Recolección, resumen y presentación de los resultados	18
2.6 RESULTADOS	19
2.6.1 Resumen del cuestionario	24
2.6.2 Conocimientos sobre COVID-19	24
2.6.3 Actitudes hacia COVID-19	24
2.6.4 Prácticas hacia la COVID-19	25
2.7 Discusión	29
2.7.1 Fortalezas y limitaciones	29
2.7.2 Interpretación de los resultados	30
2.7.3 Implicaciones para la práctica, la política y la investigación.	31
CONCLUSIONES	33
REFERENCIAS	34
APENDICE 1. ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA	41
CAPITULO III: DESCRIPCIÓN DE LA PLAZA	42
3.1. Zona de influencia	42

3.3. Demografía	44
3.4. Nivel de educación en la población	45
3.5 Ocupación	46
3.6 Nivel de ingreso por salarios mínimo	49
3.7 Servicios de salud (derechohabiente)	49
3.8 Servicios Públicos	52
3.9 Transporte público	53
3.10 Viviendas	55
3.11 Distribución porcentual del número de cuartos en las viviendas	56
3.12 Porcentaje de habitantes por vivienda	57
3.13 Mortalidad	57
3.14 Morbilidad hospitalaria	59
3.15 Análisis y conclusiones	60
3.16 Laboratorio de diseño y comprobación Tepepan perteneciente a la UAM	61
3.17 Servicio estomatológico brindado en el Laboratorio de Diseño y Comprobación	62
BIBLIOGRAFÍA	64
CAPÍTULO IV: INFORME NUMÉRICO NARRATIVO	67
CAPITULO V: ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	78
CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES	80

CAPÍTULO I: INTRODUCCION GENERAL

El COVID-19 es una enfermedad transmisible altamente contagiosa que ha afectado a la mayor parte de la población mundial.¹ Hasta el 1 de diciembre de 2021, se estima que el SARS-CoV-2, el virus que causa el COVID-19, ha infectado a 2.70, 909.546 personas y ha causado 5.326.866 muertes en todo el mundo.^{2,3} Desde el inicio de esta pandemia, varios países han implementado estrategias para minimizar el riesgo de propagación de esta enfermedad entre la población. Algunos ejemplos son los protocolos de higiene de manos, el uso de mascarillas, el distanciamiento social y la vacunación.⁴ Ahora, dos años y medio y la aparición de las variantes delta y ómicron, la población se ha adaptado a una nueva normalidad para seguir realizando sus actividades cotidianas.⁵

La odontología es una profesión que tuvo que adaptar sus prácticas para continuar con sus actividades económicas y minimizar el riesgo de propagación del COVID-19 entre la comunidad. Dado que este virus está presente en la saliva, las prácticas profesionales y académicas se limitaron inicialmente a la atención de urgencias y a la impartición de clases en línea, respectivamente.^{3,4} Al mismo tiempo, las asociaciones dentales y los grupos profesionales de odontología emitieron recomendaciones para la práctica clínica. Entre las recomendaciones disponibles se encuentran las reportadas por Meng et al.⁶ así como las publicadas por el Ministerio de Salud de Argentina,⁷ y el Consejo de Dentistas de España⁸. En general, el enfoque de estas recomendaciones se centra en 1) el uso estricto de barreras de protección personal y 2) evitar o minimizar los procedimientos que generan aerosoles y salpicaduras^{6,9}.

Las investigaciones sobre el COVID-19 en odontología incluyen la medición de los conocimientos, actitudes y prácticas (CAPs) entre los profesionales clínicos y los estudiantes. Estos estudios se han centrado en a) evaluar los conocimientos de los participantes relacionados con las estrategias de control de la infección por COVID-19, b) la actitud de los participantes para proporcionar tratamiento dental durante la pandemia de COVID-19 y c) tener una buena actitud para prevenir y controlar las infecciones^{10,11,12}. Sin embargo, los resultados entre los estudios suelen ser variados y emplean diferentes enfoques metodológicos.

CAPITULO II: INVESTIGACIÓN

2.1 Planteamiento de problema

En odontología, una de las áreas de investigación sobre COVID-19 han sido estudios sobre el conocimiento, actitudes y prácticas de profesionales y estudiantes en odontología. Algunos de estos estudios señalan que el conocimiento del profesionalista sobre COVID-19 y las medidas de prevención y control de infecciones puede ser alto¹³ o bajo¹⁴ y es crucial para la atención dental.⁶ En relación con la actitud positiva o negativa, se han enfocado a medir la disposición de estudiantes o profesionales para proporcionar tratamiento dental a pacientes que sufrieron COVID-19 y tener una buena actitud para prevenir y controlar infecciones.¹⁵

Finalmente, el estudio de las prácticas ha abarcado el control de infecciones, el procedimiento de la atención dental, y el manejo de las recomendaciones pertinentes.^{11,12} Dado que el propósito de este estudio es explorar y sintetizar la literatura empírica relevante sobre los conocimientos, actitudes y prácticas de los profesionales y estudiantes de odontología hacia el COVID-19, desarrollamos las siguientes preguntas de investigación:

- a. ¿Cuál es el alcance de la literatura empírica relevante sobre el CAPs hacia el COVID-19 en odontología?
- b. ¿Cuáles son los enfoques metodológicos utilizados para medir el CAPs?

2.2 Justificación

La odontología ha sido referida como la profesión con el mayor riesgo que otras profesiones para la propagación de COVID-19.¹³ A medida que la progresión de la pandemia de COVID-19 se ha desacelerado en muchos países y en que los odontólogos han adquirido la experiencia para brindar atención dental en una pandemia, es oportuno comparar estudios previos relevantes, si el conocimiento, las actitudes y prácticas de comunidad estudiantil y profesional en odontología hacia COVID-19 han cambiado. Sin embargo, a pesar de contar con estudios en esta área, los hallazgos de estos suelen ser variados, carecen de homogeneidad, aleatoriedad y repetición con diversas aproximaciones metodológicas. El CAPs de los odontólogos hacia el COVID-19 podría ser un factor clave para afrontar la emergencia sanitaria y de esta manera, se podría proponer estrategias e intervenciones académicas y de capacitación basadas en evidencia.

2.3 Objetivos

2.3.1 Objetivo general:

Explorar y sintetizar la literatura empírica relevante sobre los conocimientos, actitudes y prácticas en la práctica odontológica hacia el COVID-19.

2.3.2 Objetivos específicos:

- a) Sintetizar el conocimiento sobre la evidencia empírica relevante sobre COVID-19 con que cuentan los profesionales y estudiantes de odontología.
- b) Conocer las actitudes preventivas y de intervención hacia COVID-19 que desarrollan los profesionales y estudiantes de odontología.
- c) Identificar las prácticas de los profesionales y estudiantes de odontología hacia la prestación y/o adopción de mecanismos para el diagnóstico y la prevención de transmisión de COVID-19.

2.4 MARCO TEÓRICO

2.4.1 ETIOLOGÍA DEL SARS-COV-2

La etiología de la COVID-19 es el SARS-CoV-2, que es un miembro de la familia de los coronavirus (Coronaviridae), los cuales se caracterizan por tener un genoma formado por ácido ribonucleico (ARN) y que reciben su nombre gracias a las proteínas que presentan en su superficie, las cuales se disponen como espigas y asemejan una corona de puntas.¹⁶ Miden entre 120 y 160 nm de diámetro y pueden infectar a animales y seres humanos.¹⁷ En la actualidad se han identificado siete especies de coronavirus que infectan a los seres humanos, causando enfermedades respiratorias, digestivas y neurológicas: HKU1, NL63, OC43 y 229E se asocian con síntomas leves, en tanto que MERS – CoV, SARS-CoV y el nuevo SARS-CoV-2 pueden causar manifestaciones graves.¹⁸ Se han identificado dos cepas de COVID-19, la L más agresiva (70% de casos en China) y la S (menos agresiva con un 30% de casos).¹⁹ Hasta el momento el cuadro clínico de los casos reportados de pacientes con SARS-CoV-2 incluye.²⁰

TABLA 1. CUADRO CLÍNICO DE SIGNOS Y SÍNTOMAS²¹

Fiebre	Neumonía
Tos seca	Síndrome de insuficiencia respiratoria aguda
cansancio	Choque séptico
Molestias y dolores	Insuficiencia renal
Dolor de garganta	Falla orgánica múltiple
Diarrea	Incluso la muerte, especialmente en adultos mayores o con comorbilidad.
Conjuntivitis	Pérdida del sentido del olfato o del gusto
Dolor de cabeza	Erupciones cutáneas

En la práctica clínica institucional, educativa, y privada el estomatólogo, el estudiante de estomatología, técnico, y personal auxiliar, que brinden servicios a la salud bucal deben prevenir los riesgos de tipo biológico provocados por el contacto con sangre y otros tejidos (como mucosas, piel no intacta y secreciones corporales excepto el sudor) con base en las siguientes medidas preventivas²²; de acuerdo con las normas oficiales mexicanas como la norma 013 y 087, la Secretaría de Salud Federal, secretarías de salud estatales, OMS, Conacyt, y dependencias afines dedicadas a la atención de la salud establecen protocolos de bioseguridad y medidas preventivas que se deben llevar a cabo en las actividades que se realizan en los consultorios dentales, clínicas, entre otras ante el SARS-CoV-2 que se deben realizar en la consulta dental, a continuación se menciona los protocolos que se deben de llevar a cabo.²³

2.4.2 EPIDEMIOLOGÍA MUNDIAL

La pandemia por SARS-CoV-2 comenzó en la ciudad de Wuhan (Hubei, China) en diciembre de 2019; en poco tiempo, el virus llegó a todos los continentes y ha cobrado miles de muertes en el mundo.²⁴ A partir del primer caso confirmado, los contagios aumentaron de forma importante al igual que en otros países; hasta el día 9 de abril de 2023 (20:30 horas [GMT-6], momento en que se escribieron estas líneas) se contabilizaron un total de 684,923,625 casos y 6,837,632 muertes en el mundo; el país con mayor cantidad de casos fue Estados Unidos (N=106,363,748), seguido de India (N=44,751,259), Francia (N=39,843,556) y Alemania (N=38,368,891); en este mismo momento, México ocupaba el lugar número 19 de la lista con 7,553,170 casos confirmados, apenas por debajo de Irán (N=7,592,255) y por arriba de Indonesia (N=6,750,603).²

2.4.3 EPIDEMIOLOGÍA EN MÉXICO

El primer caso de enfermedad por el nuevo coronavirus 2019 (COVID-19) en México se confirmó el 28 de febrero del 2020 por el Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos; no obstante, en el sitio oficial de información relacionada con esta enfermedad presentado por el Gobierno de México, se reporta un primer caso el 8 de enero de 2020.^{25,26} El monitoreo de la epidemiología de las enfermedades respiratorias virales, en la que se integran Covid-19, la influenza y otros virus respiratorios, se centran principalmente en detectar inmediatamente los casos correspondientes a la definición activa de las operaciones en casos sospechosos, para mantener la propagación de virus en la población de México, lo que es una observación muy sensible para detectar casos sospechosos de enfermedad respiratoria viral, correspondiente a la definición operacional en cualquier unidad de Atención médica (Pública o privado), para detonar actividades epidemiológicas apropiadas de observación, cuidado, prevención y control para eliminar el riesgo de propagación.^{26,27}

Durante el curso de la Pandemia en nuestro país, se han identificado diferentes olas; las cuales han representado diferentes escenarios para la implementación de respuesta organizada por parte de todas las instituciones que representan al Sector Salud en nuestro país así como de otras dependencias del gobierno para hacerle frente a la demanda de atención clínica de los pacientes; así como para limitar el número de contagios; estas olas han tenido diferentes comportamientos tanto clínicamente hablando, pero también en la situación epidemiológica.^{25,27,28} En la tabla 2 se describen las "olas" por periodos en el curso del tiempo desde el inicio de la pandemia hasta la actualidad, casos confirmados y tasa de incidencia.

TABLA 2. PERIODO, CASOS Y TASA DE INCIDENCIA POR 1,000 HABITANTES POR OLA EPIDÉMICA²⁸

NUMERO OLA	PERIODO	CASOS CONFIRMADOS	TASA DE INSIDENCIA POR 1,00 HAB.
PRIMERA OLA	SE. 8 a SE. 39 del 2020	813,366	6.4
SEGUNDA OLA	SE. 40 del 2020 a SE. 15 del 2021	1,537,770	11.9
TERCERA OLA	SE. 23 a SE. 42 del 2021	1,376,158	10.7
CUARTA OLA	SE. 51 del 2021 a SE. 9 del 2022	1,734,655	13.3
QUINTA OLA	SE. 22 a SE. 33 del 2022	1,239,264	9.5
SEXTA OLA	SE. 49 del 2022 a la SC. de información	94,586	0.7

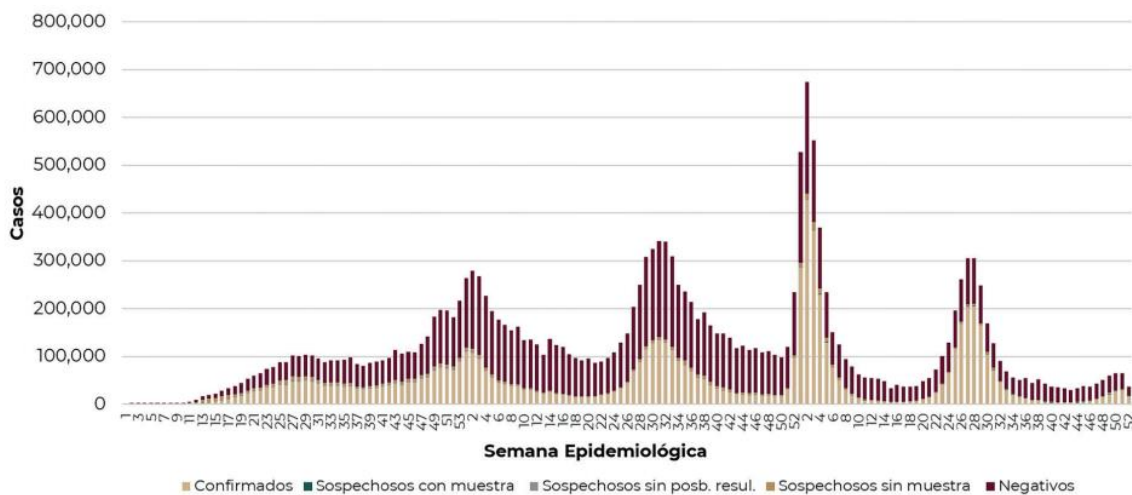
Abreviaciones: semana epidemiológica (SE) y semana de corte (SC)

Fuente: Secretaria de salud. Aspectos generales del COVID-19. Ciudad de Mexico: Secretaria de salud:IMSS; 2020.

La tasa de incidencia acumulada nacional es de 0.7 casos por 1,000 habitantes. El análisis nacional integra, la notificación de los casos totales acumulados, que para este corte de información ascienden a 7,553,170, los cuales incluyen casos y defunciones con asociación o dictaminación clínica-epidemiológica desde la semana epidemiológica 1 del 2020 a la semana 52 de 2022, con corte de información al 31 de diciembre del 2022.^{2,27,28}

La siguiente gráfica 1 de barras apiladas, muestra la distribución por semana epidemiológica según su fecha de inicio de síntomas de los casos totales, negativos y los sospechosos totales, que a nivel nacional ascienden al momento 792,810.^{26,27}

GRAFICA 1. CASOS CONFIRMADOS, NEGATIVOS Y SOSPECHOSOS CON Y SIN MUESTRA²⁸



Se consideran casos activos, aquellos casos positivos que iniciaron síntomas en los últimos 14 días. De esta forma es posible identificar los lugares donde hay mayor transmisión activa. Al corte de este informe, se tienen registrados 94,586 casos

activos del periodo del 18 al 31 de diciembre de 2022, observando un ascenso considerable respecto al reporte anterior.²⁷

GRAFICA 2. CASOS POSITIVOS ACTIVOS A COVID-19 POR ENTIDAD DE RESIDENCIA²⁸



En la gráfica 2 se aprecian las primeras 10 entidades, que registran el mayor número de casos activos por entidad de residencia y cuyo inicio de síntomas corresponde a los últimos 14 días para este periodo de análisis, concentrando poco más del 73% de los casos activos, donde se observa una mayor actividad de transmisión para COVID-19, en este periodo reportado.

Los estados con mayores tasas al corte de información del día 31 de diciembre son: Ciudad de México, Tabasco, Querétaro, Aguascalientes, Quintana Roo, San Luis Potosí, Morelos y Baja California Sur.^{27,28} En la tabla 3, puede observarse el número de defunciones totales acumuladas por entidad federativa de notificación, así como las sospechosas a COVID-19. La Ciudad de México, el Estado de México y Jalisco como las entidades con mayor número de defunciones sospechosas.²⁷

TABLA 3. DEFUNCIONES POSITIVAS Y SOSPECHOSAS A COVID-19 SEGÚN ENTIDAD FEDERATIVA. ²⁷

Entidad de Notificación	Defunciones confirmadas	Defunciones sospechosas
CIUDAD DE MEXICO	57,415	5363
MEXICO	35,282	2171
JALISCO	19,850	951
VERACRUZ	16,781	249
PUEBLA	16,671	363
NUEVO LEON	15,524	489
GUANAJUATO	15,046	297
BAJA COLIFORNIA	12,317	332
SONORA	10,422	238
CHIHUAHUA	10,205	548
SINAOLA	9,967	464
COAHUILA	8,990	478
MICHOACAN	8,722	166
TAMAULIPAS	8,487	250
HIDALGO	8,308	34
SAN LUIS POTOSI	7,589	131
YUCATAN	7,164	61
GUERRERO	6,636	93
QUERETARO	6,587	35
TABASCO	6,353	176
OAXACA	6,070	58
MORELOS	5,371	117
QUINTANA ROO	4,340	47
ZACATECAS	3,852	16
AGUASCALIENTES	3,708	150
DURANGO	3,582	115
NAYARIT	3,354	40
TLAXCALA	2,920	55
BAJA COLIFORNIA SUR	2,750	29
COLIMA	2,46	3
CHIAPAS	2,242	452
CAMPECHE	2,231	47
NACIONAL	331,196	14018

Fuente: Secretaría de Salud. INFORME INTEGRAL DE COVID-19 EN MÉXICO Número 14-2022. México.

2.4.4 IMPACTO DE COVID-19 EN ODONTOLOGÍA

Durante la pandemia de Covid-19 provocó que la sociedad mantuviera la mirada fija en el número de casos y la población se angustia al constatar que los datos acumulados de muertes por el virus representan decenas de miles de defunciones cada día, esto se convertido en un gran impacto que se extienden en el terreno de la salud, epidemiológico, social, económico y político. Estas cinco vertientes se entremezclan y se refuerzan mutuamente.²⁹ Este texto pondrá su énfasis en el campo de la salud, específicamente en el área odontológica. Por ello empieza analizando algunos aspectos de las dimensiones médica-odontológica y epidemiológica del fenómeno sin pretender agotarlas particularmente, pues están en continuo desarrollo y cambio.²⁹ Después de que la OMS declarara al SARS-CoV-2 como pandemia el 11 de marzo del 2020, muchos autores publicaron estudios en los que la odontología era una de las ocupaciones con mayor riesgo de contagio de COVID-19, y en muchas profesiones y ocupaciones, incluso superando.³⁰

El primer impacto hacia odontología fue anunciado por la Asociación Dental Americana (ADA) anunció que se debería limitar a la atención dental solo los casos de emergencia (Dolor severo e incontrolado; Infección diseminada, recurrente o continua; Diente permanentemente avulsionado; y trauma severo).³¹ En estas circunstancias, el odontólogo siempre debe custodiar la salud del paciente y su personal de trabajo por lo que es indispensable el empleo de los equipos de protección personal (EPP), respeto a los protocolos de atención, bioseguridad y la responsabilidad que tiene con el paciente para con su equipo. Una razón adicional para que el odontólogo forme parte del equipo de salud ante la pandemia es que la boca es un medio altamente contaminante.^{31,32} Al igual que en todo el mundo el COVID-19 llevo un impacto en la educación general y con mayor énfasis en la educación superior universitaria. Ante el incremento de estado de emergencia, se tomaron iniciativas para reanudar actividades en las universidades vía online, incitando a los estudiantes a tomar énfasis en proyectos y/o estudios de investigación dirigidos al COVID-19. Un rasgo importante es la nueva educación asistida que se ha ido modificando, así como la necesidad de nuevas maneras de ver la atención clínica.^{31,32} El efecto económico que provocó el COVID-19 fue devastador para el sector privado, la mayoría de las prácticas dentales experimentaron una reducción del 66% en sus ganancias o no obtuvieron ninguna ganancia. De esta manera la odontología viene pasando por intensas transformaciones en los últimos años, tanto en la formación académica como la práctica odontológica.^{30,31} Cabe mencionar que el estado de emergencia por dicha pandemia disminuyó por la aplicación de protocolos de bioseguridad en odontología mediante documentos técnicos y que estos formen parte de la realidad nacional.³¹

2.4.5 ESTRATEGIAS PARA PREVENIR COVID-19 EN ODONTOLOGÍA EN MÉXICO

Debido la aparición de la pandemia de COVID-19 puso la práctica dental en un escenario difícilmente imaginado por lo que es de suma urgencia que el odontólogo tenga conocimiento de las características de este virus, vías de transmisión, sintomatología y todo lo que permitan identificar a los pacientes infectados y tomar las medidas estratégicas para evitar la propagación. México no cuenta con comités, asociaciones o algún órgano que regule, rija y establezca parámetros que hagan cumplir estas recomendaciones para una práctica segura, hasta ahora todo lo que se ha implementado ha sido a partir de recomendaciones de otros países, sin existir una política o regulación nacional en el establecimiento de nuevas pautas, en la práctica durante la contingencia de salud, incluso el contar con los equipos de protección ha sido un camino complejo para el personal del área odontológica, que tampoco se ha capacitado para la protección de sí mismo y no existen lineamientos normados para un practica segura en el consultorio y en el paciente.²⁸

De igual forma, la OMS anuncia que se hace obligatorio el uso de los equipos de protección personal (EPP) apropiado para minimizar el riesgo de transmisión durante los tratamientos dentales de emergencia, y el Gobierno de México promueve las medidas preventivas establecidas por la OMS y recomendaciones de otros países ; como exhibición de carteles e infografías³² sobre COVID-19, adopción de nuevos protocolos como: utilización de implementos de protección personal, lavado e higienización de manos, cantidad-frecuencia de pacientes y desinfección de superficies, implementar un mecanismos para establecer pacientes potenciales con síntomas antes de las visitas al dentista, la interrupción del tratamiento dental para las personas con COVID-19 y reducción de controles de rutina y anuncia una Guía clínica para el tratamiento del COVID-19 en México.³³ También ha sido oportuno modificar las modalidades de atención al paciente en la consulta (teleodontología) y ser más estrictos en el manejo de los desechos del consultorio. Por ende, nos damos cuenta de que la llegada de esta pandemia de COVID-19 ha tenido un claro impacto en la atención odontológica sin embargo no existe literatura que asegure que estas nuevas medidas adoptadas por la pandemia prevalezcan a futuro.^{26,27,33}

2.5 MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó una revisión sistemática exploratoria según el método consiste en cinco etapas descrito por Levac et. al,³⁴ que consistió inicialmente en la identificación de la pregunta de investigación y la identificación de los estudios pertinentes. A continuación, la revisión y selección de los estudios, seguida de la extracción de los datos pertinentes y, por último, el análisis y la comunicación de los resultados. Se trata de un método que suele emplearse para explorar y sintetizar una amplia área de literatura, para responder a preguntas de investigación amplias y para incluir estudios con enfoques metodológicos diversos.³⁵

2.5.1 Identificación de estudios relevantes

Se desarrolló una estrategia de búsqueda compuesta por términos MeSH y de texto libre (Apéndice 1). para explorar las bases de datos MEDLINE, Scopus y Google Scholar desde el 1 de diciembre de 2019 hasta el 30 de marzo de 2021. Se incluyó cualquier estudio observacional, así como revisiones sistemáticas que evaluaran los conocimientos, las actitudes y las prácticas hacia la COVID-19, ya sea en profesionales clínicos o en estudiantes del campo de la odontología. También se incluyeron los estudios que evaluaron variables adicionales como la "percepción" y la "conciencia". Se exploraron las referencias de todos los estudios de texto completo elegibles para incluir cualquier estudio potencialmente elegible que se hubiera pasado por alto en la estrategia de búsqueda.

2.5.1.1. Los criterios de selección están descritos en la Tabla 4

TABLA 4. CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD:

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Estudios observacionales que reportaran conocimiento, actitudes y prácticas	Estudios observacionales que estén en revisión
Estudios observaciones que midieran la percepción y conciencia.	Resumen no asociado al artículo completo.
Artículo escritos en cualquier idioma.	Artículos de revisión o metaanálisis
Artículo publicado entre el 1 de diciembre de 2019 y el 30 de marzo de 2021	Estudios que evalúen las KAP en otras áreas que no sea odontología.

2.5.2 SELECCIÓN DE ESTUDIOS

Dos investigadores (L.A.A.H. y Ed.E.C.) revisaron independientemente los estudios para su inclusión. Todas las referencias bibliográficas se importaron al programa informático EndNote 20 para cribar los estudios elegibles de acuerdo con nuestros criterios de selección. En primer lugar, se examinaron el título y los resúmenes para identificar las posibles publicaciones que se incluirían en este estudio. A partir de ellas, se obtuvieron los artículos a texto completo y se evaluaron para determinar si cumplían nuestros criterios de selección. En caso de desacuerdo, se consultó a un tercer revisor (En.E.C.). El proceso de revisión se registró de acuerdo con la lista de verificación de los Elementos de Información Preferidos para Revisiones Sistemáticas y Metaanálisis, ampliada para las Revisiones de Alcance.³⁶

2.5.3 Registro de los datos

Se desarrolló un formulario de extracción de datos personalizado en Microsoft Excel. El primer autor (L.A.A.H) recuperó las principales características de los estudios incluidos, que incluían el autor principal, el año de publicación, el diseño del estudio, las características metodológicas generales y el país de origen. Se empleó la clasificación del Banco Mundial para categorizar el país de origen de los artículos en publicaciones originadas en economías de ingresos altos (EIA), economías de ingresos medios (EIM) y economías de ingresos bajos (EIB).³⁷ Se recuperaron los datos de los ítems relativos a los dominios conocimiento, actitudes y prácticas hacia COVID-19. También se recogieron ítems no relacionados con estos conceptos.

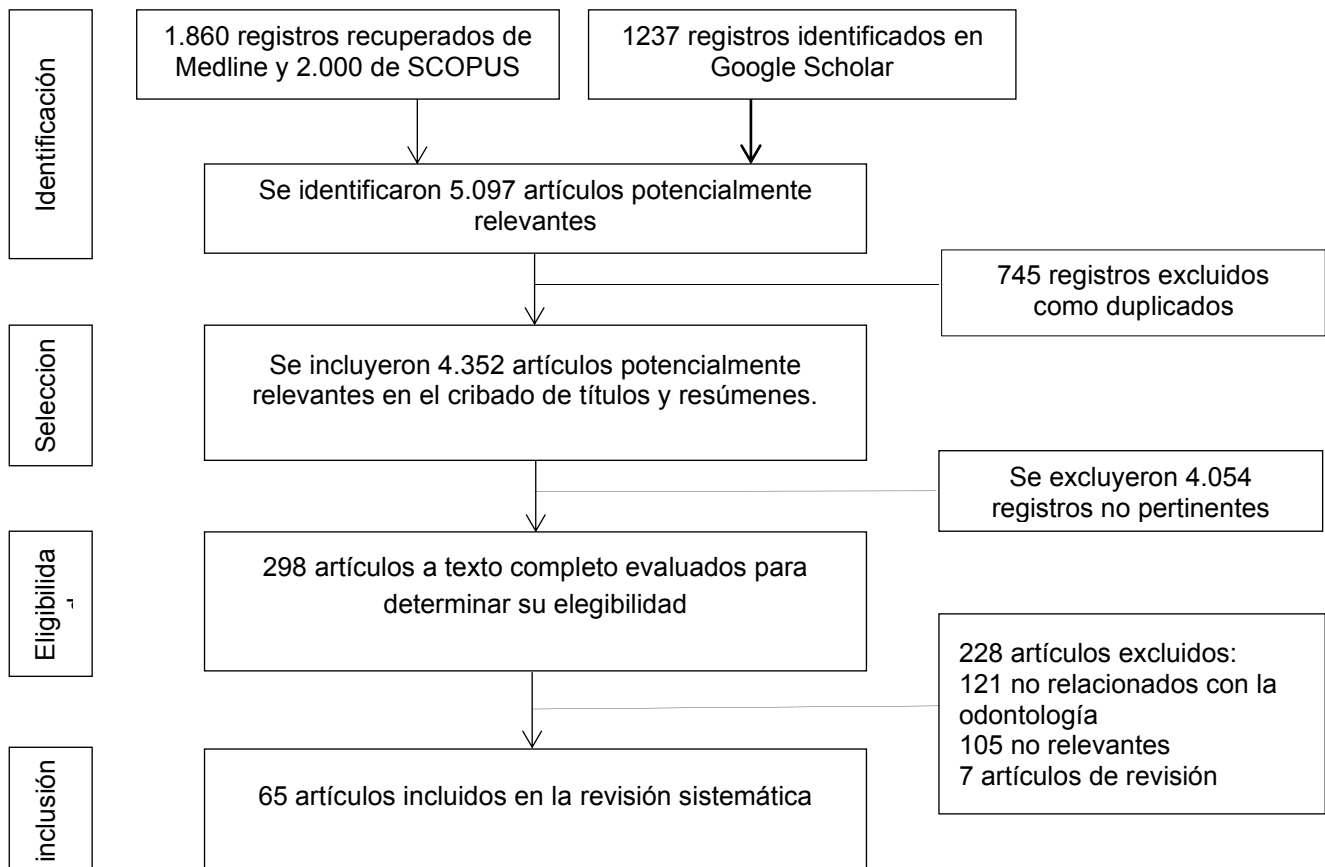
2.5.4 Recolección, resumen y presentación de los resultados

Realizamos un análisis descriptivo exploratorio. Como anticipamos una variedad de ítems y escalas de medición, los ítems-datos recuperados de los estudios incluidos, con significados similares, se agruparon temáticamente en conocimientos, actitudes y prácticas hacia la COVID-19. Los ítems no relacionados con estos conceptos también se agruparon en conciencia y percepción. Siguiendo esta estructura, se describió el rango de a) las proporciones de respuestas afirmativas reportadas en formato dicotómico o categórico y b) las puntuaciones medias de las respuestas en formato Likert.

2.6 RESULTADOS

De 5.097 artículos potencialmente relevantes, 65 se incluyeron en este estudio (Figura 1). Las características generales se muestran en la Tabla 5. La mayoría de los estudios proceden de países con economías de ingreso medio (EIM) o baja (EIB) (76.8%; n=50) y sólo el 23.1% (n=15) de economías de ingreso alta (EIA). Éstas fueron generadas principalmente por India (32.3%; n=21), Arabia Saudí (12.3%; n=8) y Turquía (7.7%; n=5). Estos tres países representaron alrededor de la mitad de las publicaciones (50.8%; n=33). La mayoría de los estudios se publicaron en 2020 (78.5%; n= 51). Todos los estudios emplearon un diseño transversal, de los cuales la mayoría (72.3%; n=47) utilizaron muestras aleatorias. Su tamaño muestral varió de 100 a 30,128 participantes, con tasas de respuesta que oscilaron entre el 3.6% y el 100%. La mayoría de los estudios incluidos (70.8%; n=46) no realizaron una prueba piloto de su instrumento de medición. Aunque la mayoría de los estudios incluidos describieron su instrumento de medición (93.8%; n=61), ninguno de los 65 estudios informó de ningún método de validación. En cuanto a los participantes evaluados, la mayoría de los estudios evaluaron a odontólogos generales (DG), odontólogos especialistas (Es) o profesores (P) (64.6%; n=42). En el 35.4% (n=23) de los artículos incluidos se informó de evaluaciones realizadas únicamente por estudiantes (E).

FIGURA 1. DIAGRAMA DE FLUJO PRISMA



Aunque la mayoría de los estudios incluidos describieron su instrumento de medición (93,8%; n=61), ninguno de los 65 estudios informó de ningún método de validación. En cuanto a los participantes evaluados, la mayoría de los estudios evaluaron a odontólogos generales (OG), odontólogos especialistas (OE) o Académicos (64,6%; n=42). En el 35,4% de los artículos incluidos (n=23) se informó de evaluaciones realizadas sólo por estudiantes.

TABLA 5. PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS DE LOS ARTÍCULOS INCLUIDOS

Autor principal	Año	Referencia	País de origen	Nivel de desarrollo económico	Aleatorización de muestras	Hombres / Mujeres	Tamaño de la muestra	Tasa de respuesta	Pilotaje del instrumento	Descripción de la preparación del cuestionario	Número de reactivos	Dirigida a:	Método de validación
Kukreja et al.	2020	38	Arabia Saudí	EIA	No	31/73	110	94.54	No	Si	50	E	NE
Shahin et al.	2020	14	Arabia Saudí	EIA	SÍ	471 / 542	1053	98.1	SÍ	Si	NE	E DG Es P	NE
Khan et al.	2020	39	Arabia Saudí	EIA	SÍ	120 / 186	500	61.2	No	Si	24	E DG Es P	NE
Mustafa et al.	2020	40	Arabia Saudí	EIA	SÍ	163 / 106	600	44.8	SÍ	Si	26	DG Es	NE
Arora et al.	2020	41	Arabia Saudí	EIA	SÍ	350 / 296	765	84.4	SÍ	Si	25	DG Es	NE
Quadri et al.	2020	42	Arabia Saudí	EIA	SÍ	NE	706	70	SÍ	Si	17	E DG Es	NE
Chowdhury et al.	2020	43	Bangladesh	EIM	No	NE	184	100	No	Si	24	DG Es	NE
Hua et al.	2020	44	China	EIM	SÍ	739 / 1930	2890	92.4	No	Si	37	DG Es	NE
Ryu et al.	2020	45	Corea	EIA	SÍ	NE	126	79.3	No	Si	NE	DG Es	NE
Santos-Velázquez et al.	2020	46	Cuba	EIM	NO	13 / 47	140	42.8	No	No	NE	E	NE
Ammar et al.	2020	47	Egipto	EIM	SÍ	911 / 1099	2045	98.28	No	Si	NE	DG Es P	NE
Loganathan et al.	2020	48	India	EIM	SÍ	102 / 299	401	100	No	Si	25	E	NE
Sudarsan et al.	2020	49	India	EIM	SÍ	84 / 125	209	100	No	Si	21	E	NE
Memon et al.	2020	11	India	EIM	SÍ	NE	208	100	No	Si	16	E	NE
Sarate et al.	2020	50	India	EIM	SÍ	62 / 159	400	52.7	SÍ	Si	24	E DG Es	NE
Adhershitha et al.	2020	51	India	EIM	SÍ	40/186	228	99.1	No	Si	21	E	NE
Kanaparthi et al.	2020	52	India	EIM	SÍ	224/161	385	100	No	Si	15	E	NE
Kaur et al.	2020	53	India	EIM	No	450/550	1000	100	No	Si	10	E	NE
Kashid et al.	2020	54	India	EIM	No	NE	560	100	No	Si	28	E	NE
Tahoor et al.	2020	55	India	EIM	SÍ	30/70	100	100	No	No	NE	E	NE
Raza et al.	2020	56	India	EIM	SÍ	164/366	1100	45.45	No	Si	34	E DG Es P	NE
Das et al.	2020	57	India	EIM	SÍ	78 / 162	260	92.3	Si	Si	17	E DG Es	NE
Waghmare et al.	2020	58	India	EIM	No	64 / 109	173	100	No	Si	24	DG	NE
Benny et al.	2020	59	India	EIM	SÍ	NE	773	94.5	No	Si	17	DG Es	NE

Kumar et al.	2020	60	India	EIM	No	91 / 251	350	100	No	No	16	DG	NE
Ramesh et al.	2020	61	India	EIM	SÍ	254 / 250	800	63	Si	Si	39	DG Es	NE
Mahima et al.	2020	62	India	EIM	No	NE	430	55.1	No	Si	18	DG	NE
Rao et al.	2020	63	India	EIM	No	NE	210	100	Si	Si	35	E	NE
Kinariwala et al.	2020	64	India	EIM	SÍ	201 / 202	1200	33.6	Si	Si	NE	E	NE
Widyarman et al.	2020	65	Indonesia	EIM	No	108 / 524	632	100	No	Si	17	DG Es	NE
Esmaeelinejad et al.	2020	66	Irán	EIM	SÍ	211 / 320	1000	53.1	Si	Si	31	E	NE
Sarkarat et al.	2020	67	Irán	EIM	Si	425 / 353	1331	58.4	Si	Si	27	E DG Es	NE
Cagetti et al.	2020	68	Italia	EIA	Si	2493 / 1106	9247	38.9	Si	Si	16	DG Es	NE
Putrino et al.	2020	69	Italia	EIA	Si	274 / 261	795	67.2	No	Si	24	DG Es	NE
De Stefani et al.	2020	70	Italia	EIA	Si	664 / 836	1500	100	No	Si	29	DG Es	NE
Khader et al.	2020	71	Jordania	EIM	No	123 / 245	700	52.57	No	Si	NE	DG Es	NE
Nasser et al.	2020	72	Líbano	EIM	Si	194 / 164	358	100	Si	Si	34	DG Es	NE
Cavazos-López et al.	2020	73	México	EIM	Si	447/839	1286	100	No	Si	21	E DG Es P	NE
Khanal et al.	2020	74	Nepal	EIM	Si	44 / 62	1500	7.06	No	Si	26	DG Es	NE
Sah et al.	2020	75	Nepal	EIM	No	105 / 122	227	100	Si	Si	14	DG Es	NE
Umezudike et al.	2020	76	Nigeria	EIM	Si	56 / 44	400	25.5	No	Si	13	E	NE
Sarfraz et al.	2020	15	Pakistán	EIM	Si	197 / 229	426	94.1	No	Si	17	DG Es	NE
Lodhi et al.	2020	77	Pakistán	EIM	Si	353 / 663	1016	100	No	Si	11	DG Es P	NE
Almas et al.	2020	78	Pakistán	EIM	No	162 / 181	381	90	Si	Si	22	DG Es	NE
Villanueva-Borja y otros	2020	79	Perú	EIM	No	388 / 659	1047	100	No	Si	20	E DG Es	NE
Al Nerabiah et al.	2020	80	Siria	EIB	Si	2604 / 4629	23890	30.2	No	Si	12	DG Es	NE
Wolf et al.	2020	81	Suiza	EIA	Si	879 / 445	4328	30.59	Si	Si	NE	E DG Es P	NE
Karaaslan et al.	2020	82	Turquía	EIM	Si	125/164	289	100	No	Si	17	S	NE
Sezgin et al.	2020	83	Turquía	EIM	Si	88 / 179	504	52.9	Si	Si	37	DG Es	NE
Ataş et al.	2020	84	Turquía	EIM	Si	165 / 190	363	97.7	No	Si	17	E	NE
Sivara-PeNot et al.	2020	85	Venezuela	EIM	Si	25 / 87	340	32.94	No	Si	30	E	NE
Almulhim et al.	2021	86	Arabia Saudí	EIA	No	223 / 165	388	100	No	Si	NE	E	NE
Tarakji et al.	2021	87	Arabia Saudí	EIA	Si	137 / 40	627	28.2	Si	Si	16	DG Es	NE
Bekes et al.	2021	88	Australia	EIA	Si	65 / 54	128	93.1	No	Si	9	DG	NE
Sharaf et al.	2021	89	Egipto	EIM	Si	586 / 969	1576	98.6	No	Si	15	E	NE
Hussein y otros	2021	90	Egipto	EIM	No	121 / 230	351	100	No	Si	15	E	NE
Martínez-Beneyto et al.	2021	91	España	EIA	Si	1683 / 4787	6470	100	Si	Si	17	E DG Es P	NE

George et al.	2021	92	India	EIM	No	NE	200	100	No	Si	20	E	NE
Abd et al.	2021	93	India	EIM	Ni	590 / 410	1000	100	No	No	NE	DG Es	NE
Raval et al.	2021	94	India	EIM	Si	137 / 269	384	103.1	No	Si	41	E DG Es	NE
Djamaluddin et al.	2021	95	Indonesia	EIM	Si	44 / 153	389	50.64	No	Si	20	E	NE
Sohrabi et al.	2021	96	Irán	EIM	Si	22 / 118	140	100	No	Si	26	E	NE
Bakaeen et al.	2021	97	Jordania	EIM	Si	NE	1251	100	No	Si	18	DG Es	NE
Karayurek et al.	2021	98	Turquía	EIM	Si	359 / 588	1500	63.1	No	Si	27	E DG Es P	NE
Sarialioglu et al.	2021	99	Turquía	EIM	Si	393 / 702	30128	3.63	No	Si	15	DG Es	NE

Nota: EIA=economía de ingresos altos; EIM=economía de ingresos medios; EIB=economía de ingresos bajos; NE=No especificado; E=estudiantes; DG=Dentistas generales; Es=especialistas dentales; P=profesores.

2.6.1 Resumen del cuestionario

Se agruparon un total de 37 ítems distribuidos en tres dimensiones (Tabla 6). De estos 37 ítems, 14 estaban relacionados con los conocimientos, 14 con las actitudes y 9 con las prácticas. Sólo el 12.3%(n=8) de los estudios examinaron simultáneamente las tres dimensiones del modelo CAPs. Además, el formato de respuesta también varió entre los estudios, ya que (86.1%;56) emplearon un formato dicotómico (sí y no), mientras que (13.8%;9) emplearon una escala de Likert. El ámbito "conocimientos" se evaluó en la mayoría de los estudios (90.8%; n=59). Sin embargo, las "actitudes" y las "prácticas" se consideraron con menor frecuencia (38.5% y 26.2%, respectivamente).

2.6.2 Conocimientos sobre COVID-19

Los ítems que evaluaban el conocimiento de los participantes sobre el COVID-19 estaban relacionados principalmente con las principales características del virus y las estrategias de prevención (Tabla 6). El análisis de las respuestas agrupadas reveló que los conocimientos de los participantes sobre la prevención del COVID-19 oscilaban ampliamente entre el 28,9% y el 99,9%. Sin embargo, un análisis más detallado reveló puntuaciones notificadas más bajas en los países con EIB (28,9% a 46,0%)^{14,77}, mientras que se identificó una amplia gama de puntuaciones notificadas en los originarios de economías EIM (29,8% a 86,2%).^{66,81} Las puntuaciones EIA oscilaron entre 47,9% y 99,9%.^{39,42} En 10 ítems (15,3%), se preguntó a los participantes sobre su conocimiento auto percibido de la prevención de la infección por COVID-19 o las principales características de la enfermedad por COVID-19; las respuestas positivas oscilaron entre el 1,1% y el 100%.^{46,75} Sólo 7 de los 65 ítems (10,7%) incluían ítems relacionados con el conocimiento de la transmisión por COVID-19. Las respuestas positivas oscilaron entre el 33,2% y el 99,6%.^{56,78}

2.6.3 Actitudes hacia COVID-19

Veinticinco de 65 artículos evaluaron las actitudes de los participantes hacia el COVID-19, de los cuales el 16,9% informaron del miedo de los participantes a infectarse durante su trabajo clínico.^{11,38,45,64,71,74,78,84,88,99} Once de 65 artículos (16,9%) también evaluaron la disposición de los participantes a tratar a pacientes (bajo sospecha o casos confirmados de COVID-19) durante la pandemia, con respuestas positivas que oscilaron entre el 2,2% y el 86,%.^{42,45} Diez de 65 artículos (15%) evaluaron la actitud de los participantes hacia la aplicación de medidas preventivas. Las respuestas positivas oscilaron entre el 12% y el 97,1%.^{31,76} Sólo el 6,1% de los artículos incluidos informaron de la preocupación de los participantes por el posible impacto negativo de la pandemia en su bienestar emocional y profesional.^{45,74,84,86}

2.6.4 Prácticas hacia la COVID-19

Sólo 17 de los 65 artículos (26,2%) evaluaron las prácticas de los participantes hacia la COVID-19, de los cuales sólo el 10,7% de los estudios incluidos informan de que sus participantes incorporaron un triaje de síntomas en la Historia Clínica.^{50,65,75,86,87,89,90} Once (16,9%) de todos los artículos incluidos describieron que posponían las citas de sus pacientes con sospecha de COVID-19 o tos.^{41,43,50,74,75,76,80,83,88,93,99} Las respuestas agrupadas analizadas revelaron que el 50,7% (n = 33) de los estudios habían aplicado medidas de prevención, aislamiento y desinfección de su área de trabajo y el 13,8% (n = 9) informaron de que los participantes habían recibido formación adecuada para atender a los pacientes durante la pandemia. Además, el 13,8% (n = 9) de los estudios sus participantes se lavaban las manos después de cada procedimiento.^{46,64,65,72,74,75,79,94,87} (ver Tabla 6).

TABLA 6. PRINCIPALES REACTIVOS POR DIMENSIÓN DEL MODELO CAPs.

Elementos distribuidos por dominios	Rango de respuestas afirmativas informadas (%)	Escala dicotómica		Escala Likert			
		Referencias	Estudios que informan sobre este ítem n(%)	Rango de las puntuaciones media de 5 puntos likert	Rango de puntuaciones medias de likert de 5 puntos informadas (%)	Referencias	Estudios que informan este ítem n (%)
1. Conocimiento							
1.1 Conocimiento sobre la morfología del SARS-CoV-2	9.7–98.0	15,38,41,42,44,45,51,53,56,57,59,60,61,64,65,67,69,74,75,76,80,82,85,88,90,92,96,98.	29(44.6)	1-3*	15.1-86.7**	51,79	2(3)
1.2 Conocimiento sobre los principales síntomas del Covid-19	2.7–100	14,40,43,48,55,56,57,59,60,61,64,68,69,73,79,81,82,85,93,96,99.	21(32.3)	---	---	---	---
1.3 Conocimiento sobre el modo de transmisión del Covid-19	33.2–99.6	11,15,38,39,48,51,54,61,66,70,74,75,82,85,88,93,94,95.	18(27.6)	1-3*	62.8**	48	1(1.5)
1.4 Los aerosoles contaminados con microgotas de saliva desempeñan un papel de contaminación cruzada con el SARS-CoV-2	11.1–99.7	11,42,43,47,50,53,57,58,60,61,69,71,73,74,76,80,83,88,89,90,93,99.	22(33.8)	---	---	---	---
1.5 Conocimiento sobre el período de incubación de COVID-19	20.5–99.0	14,40,45,50,57,59,61,64,71,85,88,92,96.	13(20.0)	---	---	---	---
1.6 Conocimiento sobre las pruebas o métodos para detectar COVID-19	12.2–98.4	11,47,56,61,65,75,89,90.	8(12.3)	1-3*	86.7**	79	1(1.5)
1.7 Conocimiento sobre las opciones de tratamiento para COVID-19	1.1–94.4	11,38,39,42,54,55,56,57,61,65,67,73,80,82,84,90.	16(24.6)	1-3*	84.0**	79	1(1.5)
1.8 Conocimiento sobre las recomendaciones emitidas por la OMS para evitar la propagación del COVID-19	41	72	1(1.5)	---	---	---	---
1.9 Conocimiento sobre cómo prevenir la infección por COVID-19 durante la práctica dental	29.8–99.9	63,66,71,75,76,82,86,90,94,99.	10(15.3)	1-3*	88.2-96.3**	48,79	2(3)
1.10 Considerar que todos los instrumentos deben ser esterilizados	100	63	1(1.5)	---	---	---	---
1.11 Conocimiento sobre técnicas de lavado de manos con jabón	46.0–100	14,15,40,42,45,47,55,58,60,61,66,67,71,73,74,76,89,90,93,94,99.	21(32.3)	---	---	---	---
1.12 Conocimientos sobre la técnica de desinfección de manos con alcohol al 70%	50.0-95.3	14,15,20,42,45,47,55,58,60,61,66,67,71,73,74,76,89,90,93,94,99.	21(32.3)	---	---	---	---
1.13 Conocimiento sobre equipos de protección individual para prevenir la contaminación cruzada	47.9–100	44,63,66,71,75,77,79,82,86,90,94,9.	12(18.4)	---	---	---	---

1.14 Conocimiento sobre el aumento del riesgo de que los niños y adultos con enfermedades sistémicas se infecten con el SARS-CoV-2	63.6	72	1(1.5)	---	---	---	---
2. Actitudes							
2.1 Considerar que el COVID-19 es altamente contagioso	7.9–50	71,82,94.	3(4.6)	---	---	---	---
2.2 Considerar que la COVID-19 no es un problema grave de salud pública	36.7–44.4	71,94.	2(3.0)	---	---	---	---
2.3 Considerar que los profesionales dentales tienen un mayor riesgo de infectarse por COVID-19	18.6–87.0	40,41.	2(3)	---	---	---	---
2.4 Tienen miedo de contraer COVID-19 durante su práctica clínica	5.1–93.1	15,39,43,48,62,69,72,82,84,91,92.	11(16.9)	1-5**	67.9*	80	1(1.5)
2.5 No están dispuestos a atender a pacientes confirmados o sospechosos de COVID-19	41.8–95.8	14,45,72,82,84,97.	6(9.2)	---	---	---	---
2.6 Están dispuestos a atender a pacientes confirmados o sospechosos de COVID-19	2.2–86.6	40,41,44,48,70,71,81,89,91,94,98.	11(16.9)	---	---	---	---
2.7 Están dispuestos a realizar tratamientos dentales durante la pandemia	5.9–83.1	11,39,69,84,96.	5(7.6)	1-5**	67.4*	80	1(1.5)
2.8 Están dispuestos a usar EPP completo para evitar la infección por el virus SARS-CoV-2.	29.9–97.4	11,40,41,48,50,62,63,71,82,96,98.	12(18.4)	---	---	---	---
2.9 Considerar que las medidas preventivas y el control de infecciones son esenciales para prevenir la infección por COVID-19.	12.2–97.1	48,49,50,52,66,92.	6(9.2)	---	---	---	---
2.10 Considerar que las mascarillas quirúrgicas, N95, N-100 o FFP-2 son efectivas contra el Covid-19	20.6–96.1	39,42,43,47,58,66,79,90,99.	9(13.8)	---	---	---	---
2.11 Acordar que un paciente debe hacer gárgaras con PVPI o H ₂ O ₂ antes de cada tratamiento	52.2	74	1(1.5)	---	---	---	---
2.12 Se sienten ansiosos por ser portadores asintomáticos e infectar a sus conocidos, pacientes y familiares cercanos	15.5–92.9	39,44,52,62,78,84,98.	7(10.7)	1-5**	69.7*	80	1(1.5)
2.13 Consideran que su estabilidad emocional y profesional se ha visto afectada negativamente por la pandemia de COVID-19	11.5–97.1	43,72,82,84.	4(6.1)	---	---	---	---
2.14 Considerar importante educar a los pacientes sobre las medidas para prevenir el virus SARS-CoV-2 en su comunidad	97.8	85	1(1.5)	---	---	---	---
3. Práctica							
3.1 Mascarillas quirúrgicas usadas, N-95, N-100 o FFP2	3.9–100	43,63,77,89,91,92,95,97,99.	9(13.8)	---	---	---	---

3.2 Buscó capacitación adicional (para prevenir la infección por COVID-19) para brindar atención durante la pandemia	23.0-73.1	49,63,73,84,85,87,88.	7(10.7)	---	---	---	---
3.3 Siguió las recomendaciones emitidas por el gobierno para prevenir la infección por COVID-19	3.0-93.0	15,39,45,46,64,69,95.	7(10.7)	---	---	---	---
3.4 Prácticas incorporadas de lavado de manos entre pacientes	7.5-100	44,62,63,70,72,73,77,92,95.	9(13.8)	---	---	---	---
3.5 Incorporó un protocolo de detección de triaje basado en síntomas para COVID-19 dentro del registro de salud	30.7-96.4	49,63,73,84,85,87,88.	7(10.7)	---	---	---	---
3.6 Utilizar EPP completos, medidas de aislamiento y procedimientos de desinfección en su área de trabajo	8.2-100	11,15,39,43,45,48,51,63,70,72,73,77,78,81,85,87,89,91,94,95,99.	21(32.3)	---	---	---	---
3.7 Solo se atendieron emergencias durante la pandemia.	29.3-73.3	39,41,49,74,78,81,86.	7(10.7)	---	---	---	---
3.8 Proporcionaron su atención de rutina normal mediante citas	1.8-98.4	49,61,64,73,74,78,81,85,86,91,95.	11(16.9)	---	---	---	---
3.9 No prestaron sus servicios durante la pandemia	6.5-35.0	73,78.	2(3)	---	---	---	---
** Escala Likert de 3 puntos; * Escala Likert de 5 puntos							

2.7 Discusión

Este estudio sintetizó la literatura empírica generada a lo largo de 29 meses sobre los conocimientos, actitudes y prácticas de estudiantes y profesionales de odontología en relación con la COVID-19. Nuestros hallazgos revelan que la base de evidencias producida en este período es limitada; no se han considerado metodologías robustas y estandarizadas. Esto se refleja en la diversidad de los conceptos utilizados para evaluar los CAPs, que se extiende a los ítems empleados en los instrumentos de medición. La mayoría no aportó información sobre los procesos metodológicos para su elaboración, pilotaje y posterior validación. Además, teniendo en cuenta que la mayoría de los estudios identificados proceden de economías desarrolladas. Sin embargo, este estudio demuestra un interés creciente por la investigación sobre CAPs en odontología. Los trabajadores sanitarios, como los dentistas, son vitales en la prestación de cuidados y en la gestión del COVID-19. La mejor forma de que los trabajadores sanitarios prevengan esta infección es manteniéndose capacitado y mediante el uso del equipo de protección personal (EPP). Por lo tanto, era debidamente necesaria una evaluación del estado actual de los conocimientos, la actitud y la práctica de los dentistas en relación con el COVID-19.

2.7.1 Fortalezas y limitaciones

Nuestro estudio se basó en una metodología estandarizada, sólida y transparente empleada habitualmente para explorar una amplia gama de información, que se complementó con una amplia estrategia de búsqueda para obtener el mayor número posible de referencias potencialmente relevantes entre tres bases de datos significativas. Un diferenciador común de las revisiones de alcance con respecto a las revisiones sistemáticas tradicionales es la flexibilidad de los criterios de selección, ya que contemplamos la recuperación de varios estudios con metodologías contrastadas y, por lo tanto, diversos grados de su calidad. Para minimizar esto, extrajimos temáticamente información sobre los ítems utilizados para medir los KAPS con el fin de crear grupos y subgrupos de ítems en función de su similitud conceptual. Otros retos se referían a la importante variabilidad de la información facilitada en la definición operativa de los KAPS, la metodología y el contenido de los instrumentos de medición. Para minimizar esto, L.A.A.H. y E.E.C. discutieron en varios momentos del screening los desafíos para la extracción temática y, bajo un proceso iterativo, repitieron este método hasta que lograron desarrollar grupos y subgrupos estables de ítems. Por lo tanto, como preveíamos este escenario, no tratamos de obtener estimaciones agrupadas de las respuestas y decidimos utilizar rangos de puntuación para describir nuestros resultados.

2.7.2 Interpretación de los resultados

En nuestro estudio, los principales grupos de reactivos utilizados para medir el "conocimiento" se identificaron como: a) medidas de prevención, b) principales fuentes de información, y c) tratamiento del SRAS-CoV-2. Estos grupos de reactivos eran similares a los comunicados por Symvoulakis et al. (2022)¹⁰⁰ y Alshahrani et al. (2022)¹⁰¹, que midieron los conocimientos de médicos y fisioterapeutas. Sin embargo, Adli et al. (2022)¹⁰² y Kunno et al. (2022)¹⁰³ también utilizaron otros reactivos relacionados con a) la transmisión, b) el tratamiento y c) el diagnóstico del SRAS-CoV-2. Estas discrepancias en el contenido de los reactivos pueden deberse al campo de trabajo, el tipo de tratamiento realizado, el tipo de pacientes atendidos y el tiempo de consulta. En cuanto al dominio "actitudes", a) disposición a atender a los pacientes durante la pandemia, b) miedo a ser portadores del SRAS-CoV-2 y c) buena actitud hacia la aplicación de medidas preventivas fueron los principales grupos de ítems. Estos ítems eran similares a los comunicados por Anuar et al. (2022)¹⁰⁴, que midieron las actitudes de los trabajadores sanitarios; el 59% no teme contraer el COVID-19 cuando va a trabajar. Sin embargo, Motwani et al. (2022)¹⁰⁵ y Sondakh et al. (2022)¹⁰⁶ utilizaron otros ítems relacionados con a) se ofrecerían voluntarios para donar plasma de convalecientes si contrajeran el COVID-19, b) las personas infectadas por el covid-19 son las que no respetan las medidas preventivas, y c) el personal sanitario se agita cuando oye información sobre el covid-19. Por último, identificamos dos grupos principales relativos al dominio "prácticas"; a) atención odontológica durante la pandemia y b) práctica de medidas preventivas para disminuir el contagio. Estos grupos principales de reactivos son similares a los reportados por Hasab et al. (2022)¹⁰⁷ Maheshwari et al. (2020)¹⁰⁸ Zhang et al. (2020)¹⁰⁹ y Saqlain et al. (2020)¹¹⁰ que hicieron una medición notable de la buena capacidad para practicar estrategias de prevención del SARS-CoV-2 en los hospitales. Caliskan et al. (2020)¹¹¹ informaron de que los trabajadores sanitarios tenían prácticas deficientes en relación con la prevención de la enfermedad. También se identificaron otras dos dimensiones, que no encajaban en el modelo CAPs, cuyos ítems estaban relacionados con los niveles de concienciación y percepción del profesional odontológico respecto al SRAS-CoV-2. Los principales ítems están relacionados con la forma en que el personal odontológico percibe el SRAS-COV-2 y la concienciación sobre el peligro del SRAS-COV-2. Estos ítems están en consonancia con los comunicados por Naseer et al. (2020)¹¹², que midieron la percepción y la concienciación del personal médico durante un año en relación con la atención a los pacientes con SRAS-COV-2.

2.7.3 Implicaciones para la práctica, la política y la investigación.

La pandemia de COVID-19 representó retos para todas las profesiones sanitarias. En odontología, fueron sintetizados por Li et al. (2020) como retos en a) la salud física y psicológica, b) la enseñanza no clínica y la formación basada en la clínica, c) la investigación odontológica, y d) las dudas sobre la vacuna COVID-19.¹¹³ Por lo tanto, es necesario considerar estos retos como punto de partida para que las partes interesadas y los responsables políticos fomenten mejoras en la odontología. Durante la pandemia, la comunidad profesional se enfrentó a una reducción en la prestación de servicios de atención odontológica, lo que afectó a la estabilidad financiera de las facultades de odontología y los consultorios clínicos.¹¹⁴ Como resultado, los consultorios odontológicos necesitaron mejorar sus procesos de atención bucodental para garantizar la seguridad del personal odontológico y de los pacientes, y aunque se publicaron orientaciones y recomendaciones adecuadas para proporcionar una atención odontológica segura, la odontología es principalmente una actividad profesional que se presta de forma privada.^{115,116} Por lo tanto, el potencial para supervisar el cumplimiento de estas y otras políticas locales o nacionales es limitado. Aun así, las facultades de odontología, las asociaciones odontológicas y los responsables políticos deberían desarrollar normas constitucionales, estrategias y recomendaciones basadas en la evidencia para mitigar la propagación de futuras pandemias. Éstas deberían promoverse a través de defensores, planes de estudio y programas de formación.¹¹⁷

La mayor parte de la atención clínica en odontología implica la producción diaria de aerosoles y salpicaduras, y la experiencia pandémica nos enseñó la importancia de las prácticas estándar de control de infecciones en odontología.^{39,47,53} Éstas se reforzaron aún más con el uso estricto de barreras de protección personal (por ejemplo, mascarillas N95) y mejoras físicas o tecnológicas adicionales en el entorno clínico (por ejemplo, sistemas de filtrado de aire). Por ejemplo, las puntuaciones de los participantes en conocimientos relacionados con el modo de transmisión de COVID-19, las medidas preventivas e incluso la higiene de las manos oscilaron ampliamente entre el 9,7% y el 100%. Esto sugiere que las estrategias educativas destinadas a formar a los estudiantes de odontología y a los profesionales dentales en prácticas de control de infecciones deben evaluarse para identificar áreas clave de mejora. Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) han publicado una actualización de las prácticas estándar de control de infecciones en entornos odontológicos.¹¹⁸ Estas prácticas deberían incorporarse a los planes de estudio de las facultades de odontología y a los programas de formación continuada. Además, cualquier estrategia que pretenda modificar los valores, actitudes y comportamientos hacia la seguridad general en la prestación de cuidados debe estar respaldada por estrategias para fomentar una cultura de la seguridad.^{118,119} Asimismo, las campañas socioeducativas de educación sanitaria podrían animar a las personas a adoptar los cambios deseados en la higiene personal y el comportamiento, prestando especial atención a las indicaciones sanitarias o las directrices de prevención y, simultáneamente, reducir la ansiedad y las preocupaciones relacionadas con la pandemia de COVID-19.¹²⁰

El modelo de encuesta CAPs es una herramienta utilizada para medir una amplia gama de fenómenos, como los CAPs hacia el cáncer oral¹²¹ y el control de infecciones.¹²² Sin embargo, nuestros resultados mostraron limitaciones metodológicas, ya que no se definieron los términos "conocimientos", "actitudes" y "prácticas". En consecuencia, esta limitación afectó a

la calidad general de los estudios incluidos en esta revisión. Por lo tanto, las recomendaciones para futuros estudios son, en primer lugar, definir y contextualizar el modelo de CAPs de acuerdo con los objetivos del estudio. A continuación, el cuestionario debería someterse a un ensayo previo para verificar la correcta interpretación de las preguntas, identificar posibles sesgos y evaluar el tiempo necesario para administrar el cuestionario¹²³. Se han validado encuestas CAPs similares hacia COVID-19 en medicina¹²⁴ y pueden servir de orientación. Por último, las encuestas CAPs pueden utilizarse para supervisar los cambios tras la aplicación de cualquier estrategia de mejora.

CONCLUSIONES

La pandemia de COVID-19 planteó retos para todas las profesiones sanitarias. El modelo de encuesta CAPs es un enfoque que puede utilizarse para establecer una línea de base e identificar áreas de mejora. A continuación, puede utilizarse para supervisar los cambios tras la aplicación de estrategias de mejora. Sin embargo, nuestros hallazgos revelaron que el potencial para generalizar la base de pruebas generada durante la pandemia COVID-19 para evaluar los CAPs en odontología es limitado. Los métodos estables y estandarizados fueron diversos y dieron lugar a una variedad de conceptos relativos a los CAPs que, en consecuencia, repercutió en la variedad de los ítems empleados para la evaluación. Aun así, el modelo de encuesta sobre los CAPs ofrece una herramienta de identificar y supervisar.

Los profesionales sanitarios, como los dentistas, desempeñan un papel clave en el cuidado y la gestión del control de infecciones como la COVID-19. Por lo tanto, se sugiere que las estrategias educativas destinadas a los estudiantes de odontología y a los profesionales dentales en las prácticas de control de infecciones deben ser evaluadas para identificar las áreas clave de mejora. Además, cualquier estrategia que pretenda cambiar los valores, las actitudes y los comportamientos hacia la seguridad general en la prestación de la atención debe apoyarse en estrategias para promover una cultura de la seguridad. La calidad de la base de pruebas es limitada, ya que la variedad de conceptos utilizados en los CAPs y, en consecuencia, los ítems de cada ámbito limitan la posibilidad de generalizar los resultados. Aunque la evaluación de los CAPs durante el COVID-19 fue oportuna, nuestro análisis reveló que el modelo de encuesta estandarizada de los CAPs requería ser difundido en toda la comunidad profesional.

REFERENCIAS

1. World Health Organization, WHO: Guidance for the public [Internet]. [cited 2021 April 21st]. Disponible en: <https://www.who.int/es/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public>
2. Coronavirus Update (Live): 56,915,293 Cases and 1,360,685 Deaths from COVID-19 Virus Pandemic - Worldometer [Internet]. [citado 19 Nov 2020]. Disponible en: <https://www.worldometers.info/coronavirus/>
3. Coronavirus disease (COVID-19) [Internet]. [citado 21 Abr 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>
4. Diario Oficial de Federeación. DOF: Official Journal of the Federation [Internet]. [citado 19 Nov 2020]. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5590339&fecha=24/03/2020
5. Martínez M. | News Mexican Dental Association [Internet]. communiqué. 2020 [cited 2021 Apr 21]. Available from: <https://www.adm.org.mx/noticias-interna.php?id=236>
6. Meng L, Hua F, et al. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): Emerging and Future Challenges for Dental and Oral Medicine. JDR. 2020; 99(5):481-487.
7. Ministerio de Salud de la Nación. Recomendaciones condicionales para el abordaje terapéutico de COVID-19. [Internet]. [Consultado 15 Otc 2022]. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/salud/coronavirus/abordaje-terapeutico>
8. General Council of Dentists of Spain. The new Coronavirus 2019-nCoV and the management of the dental patient. [Internet]. Madrid. [Consultado 18 Dic 2022]. Disponible en: <https://gacetadental.com/wp-content/uploads/2020/03/INFORME-TE%CC%81CNICO-DEL-CONSEJO-GENERAL.pdf>
9. Alharbi A, Alharbi S, et al. Guidelines for dental care provision during the COVID-19 pandemic. Saudi Dent J. 2020; 32(4):181-186.
10. Nerabiah Z, Alkhouli M, et al. Knowledge and awareness level of Syrian dentists towards Novel Coronavirus pan-demic: Cross-sectional study. J Oral Res. 2020; 2(1):46-54.
11. Memon K, Vivek Hegde, et al. A Questionnaire-Based Study to Evaluate the Knowledge and Practice among Dental Students in Relation with Sars-Cov-2 in Maharashtra. EC Dental Science. 2020; 19:62-78.
12. Estrich C, Mikkelsen M, et al. Estimating COVID-19 prevalence and infection control practices among US dentists. J Am Dent Assoc. 2020; 151(11):815–24.
13. Kamate SK. Address for correspondence Funding sources Conflict of interest None declared. 2020 [cited 2021 Apr 21]; Available from: <https://www.who.int/emergencies/diseases/>
14. Shahin Y, Bugshan A, et al. Knowledge of dentists, dental auxiliaries, and students regarding the COVID-19 pandemic in Saudi Arabia: a cross-sectional survey. BMC Oral Health. 2020; 20(1):1-8.
15. Sarfaraz S, Shabbir J, et al. Knowledge and attitude of dental practitioners related to disinfection during the COVID-19 pandemic. Healthcare. 2020; 8(3):232.
16. Lamers M, Haagmans B. SARS-CoV-2 pathogenesis. Nature reviews microbiology. 2022; 20(5):270-284.
17. Andersen K, Rambaut A, et al. El origen proximal del SARS-CoV-2. Nat Med. 2020; 26(4):450-452.
18. Bermúdez C. Manejo del paciente en atención odontológica y bioseguridad del personal durante el brote de coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19). Revista ADM. 2020; 77(2):88-95.

19. Organización Mundial de la Salud. Brote de enfermedad por coronavirus (COVID-19). [Internet]. Ginebra, Suiza: OMS; 2020. Disponible en: <https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019>
20. Aragón-Nogales R, Vargas-Almanza I, et al. COVID-19 por SARS-CoV-2: la nueva emergencia de salud. Rev Mex Pediatr. 2019; 86(6):213-218.
21. Aragón-Nogales R, Vargas-Almanza I, et al. COVID-19 por SARS-CoV-2: la nueva emergencia de salud. Rev Mex Pediatr. 2019; 86(6):213-218.
22. Centers for Disease Control and Prevention. Coronavirus. Human coronavirus types. [Internet]. USA: CDC; 2020. Disponible en: <https://www.cdc.gov/coronavirus/types.html>
23. Secretaría de salud. Aspectos generales del COVID-19. Ciudad de Mexico: Secretaria de salud:IMSS; 2020.
24. Pankhurst C, Wilson A. Prevención y control de enfermedades infecciosas en odontología. 2da. ed. México: El Manual Moderno; 2018.
25. World Health Organization. Protocol to investigate non-seasonal influenza and other emerging acute respiratory diseases. 2018 [internet]. Geneva: [consultado el 25 de abril del 2023]. URL disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/275657>.
26. Acosta R, Flores M, et al. La odontología en Mexico durante la pandemia de COVID-19. Int. J. Odontostomat. 2021; 15(3):666-669.
27. Secretaría de Salud. INFORME INTEGRAL DE COVID-19 EN MÉXICO Número 14-2022 [internet]. México: [consultado el 31 de enero del 2023]. URL disponible en: https://epidemiologia.salud.gob.mx/gobmx/salud/documentos/covid19/Info-14-22-Int_COVID-19.pdf
28. Instituto de Ciencias de la Salud. La respuesta de Mexico al COVID-19. COMECSO; 2021.
29. Laurell, A. C. (2020). Las dimensiones de la pandemia de Covid-19. El trimestre económico, 87(348), 963-984.
30. Mannan D, Mannan K. Knowledge and perception towards Novel Coronavirus (COVID 19) in Bangladesh. Inter Res J Bus Soc Sci. 2020; 6(2).
31. Camacho C, Koo B, et al. COVID-19 y su impacto en la odontología. Rev estomatol herediana. 2021; 31(3):199-207.
32. Ensaldo C. Recomendaciones/ Infografías CONAMED . [Internet]. Ciudad de México: Comisión Nacional de Arbitraje Médico ; 2021[citado el 1 de mayo de 2023]. Disponible en: http://www.conamed.gob.mx/gobmx/infografias/pdf/dental_covid19_c.pdf
33. Gobierno de México. Guía clínica para el tratamiento de la COVID-19 en México. Actualización del, 2. 2021 [internet]. México: [consultado el 19 de febrero del 2023]. Disponible en: https://coronavirus.gob.mx/wpcontent/uploads/2021/08/GuiaTx_COVID19_ConsensoI nterinstitucional_2021.08.03.pdf
34. Levac D, Colquhoun H, et al. Scoping studies: Advancing the methodology. Implement Sci. 2010;5(1):69.
35. Fernández-Sánchez H, King K, et al. Exploratory Systematic Reviews as a methodology for the synthesis of scientific knowledge. Nursing Univ. 2020; 17(1):87–94.
36. Page M, McKenzie J, et al. Declaración PRISMA 2020: una guía actualizada para la publicación de revisiones sistemáticas. Rev Esp Cardio. 2021; 74(9): 790-799.
37. THE WORDL BANK. World Bank Country and Lending Groups. [Internet]. [Consultado 3 Jul 2022]. Disponible en: <https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/906519>

38. Kukreja P, Kukreja B, et al. Awareness of COVID-19 among dental students: A preliminary study. *Int J Appl Dent Sci.* 2021; 7(1):341-344.
39. Khan A, Riaz A, et al. Knowledge and attitude of Pakistani dentists regarding COVID-19. *Med. Forum.* 2020; 31(9):34-40.
40. Mustafa R, Alshali R, et al. Dentists' knowledge, attitudes, and awareness of infection control measures during COVID-19 outbreak: a cross-sectional study in Saudi Arabia. *IJERPH.* 2020; 17(23):90-116.
41. Arora S, Saquib S, et al. Evaluation of knowledge and preparedness among indian dentists during the current COVID-19 pandemic: a cross-sectional study. *JMDH.* 2020; 13:841-854.
42. Quadri M, Jafer M, et al. Novel coronavirus disease (COVID-19) awareness among the dental interns, dental auxiliaries and dental specialists in Saudi Arabia: A nationwide study. *J Infec Public Health.* 2020; 13(6):856-864.
43. Chowdhury M, Apu H, et al. Exploring the knowledge, awareness and practices of COVID-19 among dentists in Bangladesh: A Cross-sectional Investigation. *J Oral Res.* 2020; 10(3):1-12.
44. Hua F, Qin D, et al. COVID-19 related experience, knowledge, attitude, and behaviors among 2,669 orthodontists, orthodontic residents, and nurses in China: a cross-sectional survey. *Front Med.* 2020; 7:481.
45. Ryu D, Song K, et al. A study on the correlation between knowledge of COVID-19, risk of exposure to subjective infectious diseases, and infection control practice for dental personnels. *J Korean Dent Hyg Sci.* 2020; 3(2):27-37.
46. Santos-Velázquez T, Panizo-Bruzón S, et al. Conocimientos de estomatólogos sobre prevención y control de la COVID-19. *Rev Electrón Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta.* 2020; 45(3).
47. Ammar N, Aly N, et al. Knowledge of dental academics about the COVID-19 pandemic: A multi-country online survey. *BMC Medical Education.* 2020; 20(1):1-12.
48. Loganathan M, Harikrishnan P, et al. A Survey to Evaluate the Knowledge, Attitude and Practice on COVID-19 among undergraduate dental students in Namakkal district (Tamil Nadu) during lockdown. *UJSS.* 2020; 6(5).
49. Sudarsan R, Sugumaran S, et al. Knowledge, attitude and practise of dentists towards management of patients during covid-19 pandemic:A questionnaire survey. *EJMCM.* 2020; 7(1):2621-2643.
50. Sarate S, Pawar R, et al. Awareness and attitude of dental professionals towards pandemic outbreak of covid-19 in central India-A questionnaire study. *IP Int J Periodontol Implantol.* 2020; 5(3):124-128.
51. Adhershitha A, Viswambharan P, et al. Awareness and attitude toward COVID-19 among the students of a rural tertiary care center and dental college: A cross-sectional study. *Int J Prev Clin Dent Res.* 2020; 7(4):99.
52. Kanaparthi A., Dukkireddy D, et al. Awareness of COVID 19 pandemic among dental practioners of Telangana state, India: A cross sectional survey. *JOBCR.* 2020; 10(4):484-489.
53. Kaur J, Goel A. Awareness of COVID-19 Among Undergraduate Indian Dental Students: A brief survey. *MAR Dent Sci.* 2020; 1(4):1-6.
54. Kashid R, Shidhore A, et al. Awareness of COVID-19 amongst undergraduate dental students in India: A questionnaire based cross-sectional study. *Res Sq.* 2020; 1:1-12.
55. Tahoor-Taskeen L, Vishnu-Priya V, et al. Awareness on preventive measures in Covid-19 among dental students-a questionnaire survey. *EJMCM.* 2020; 7(1):2842-2848.

56. Raza M, Jain S, et al. Awareness related to COVID 19 among dental healthcare students and professionals of national capital region: A cross sectional study. *Indian J Dent Sci.* 2020; 12(4):209.
57. Das D, Menon I, et al. Knowledge regarding covid-19 among dental clinicians in india-a cross sectional study. *IJRSR.* 2020; 11(5):6-11.
58. Waghmare R, Khan A, et al. A Cross-Sectional Study on Awareness and Knowledge Regarding Covid 19 Spread, Appropriate Protocol for Prevention and Future Preparedness Among Dental Health Care Workers. *Int J Med Applied Sci.* 2020; 9(1):18-28.
59. Benny B, Sekhar A. Covid-19 Awareness Among Dental Specialists, Dental Interns And Dental Auxiliaries In Tertiary Dental Health Centres In Kerala State, India: A Cross-Sectional Study. *Iosr-Jdms.* 2020; 19(12):26-32.
60. Kumar N, Budumuru A, et al. (2020). Evaluation of Knowledge and Awareness among dental students about emerging outbreak of COVID-19: A Cross-Sectional study. *IJCRD.* 2020; 1(2):41-47.
61. Ramesh M, Krishnan R, et al. Evaluation of Knowledge, Psychological, Social and Economic Aspects of Covid-19 Pandemic among Dental Professionals: A Cross-sectional Study. *JCIDR.* 2020; 14(10):9-15.
62. Mahima-Sophia M, Madhubala M, et al. Knowledge, anxiety level and perceptions on prevention protocol of covid19 among medical and dental graduates. *Indian J Public Health Res.* 2020; 11(9):46-52.
63. Rao K, Barakah A, et al. Knowledge, awareness and compliance of personal protective equipment and measures among undergraduate dental students of South India. *JIDMR.* 2020; 13(3):1109-1116.
64. Kinariwala N, Samaranayake L, et al. Knowledge, awareness and perceptions of coronavirus disease 2019 (COVID-19) in a cohort of Indian dental professionals: a questionnaire-based study. *Preprints.org* 2020; 2020050442. Available from: <https://doi.org/10.20944/preprints202005.0442.v1>
65. Widyanman A, Bachtiar E, et al. COVID-19 awareness among dental professionals in Indonesia. *Front Med.* 2020; 7:1-9.
66. Esmaeelinejad M, Mirmohammadkhani M, et al. Knowledge and attitudes of Iranian dental students regarding infection control during the COVID-19 pandemic. *Brazi Oral Res.* 2020; 34(121):1-11.
67. Sarkarat F, Tootoonchian A, et al. Knowledge of Iranian dentists, dental specialists, and dental students towards COVID-19: a preliminary survey of 778 subjects. *Shiraz E-Med J.* 2020; 21(12).
68. Cagetti M, Cairoli J, et al. COVID-19 outbreak in North Italy: an overview on dentistry. A questionnaire survey. *IJERPH.* 2020; 17(11):1-12.
69. Putrino A, Raso M, et al. Coronavirus (COVID-19) in Italy: knowledge, management of patients and clinical experience of Italian dentists during the spread of contagion. *BMC Oral Health.* 2020; 20(1):1-15.
70. De Stefani A, Bruno G, et al. COVID-19 outbreak perception in Italian dentists. *Int J Environ Res Public Health.* 2020; 17(11):1-7.
71. Khader Y, Al-Nsour M, et al. Dentists' awareness, perception, and attitude regarding COVID-19 and infection control: cross-sectional study among Jordanian dentists. *JMIR Public Health Surveill.* 2020; 6(2):187-198.

72. Nasser Z, Fares Y, et al. Assessment of knowledge and practice of dentists towards Coronavirus Disease (COVID-19): a cross-sectional survey from Lebanon. *BMC Oral Health*. 2020; 20(1):1-9.
73. Cavazos-López E, Flores-Flores D, et al. Conocimiento y preparación de los odontólogos mexicanos ante la pandemia por COVID-19. *Rev ADM*. 2020; 77(3):129-136.
74. Khanal N, Singh A, et al. Knowledge, attitude and practice regarding COVID-19 and its impact on dentistry: A cross-sectional survey among nepalese dentists. *KUMJ*. 2020; 18(2):3-9.
75. Sah M, Singh A, et al. Knowledge of novel coronavirus disease (COVID-19) among dental surgeons of Nepal: a nationwide study. *BMC Infectious Diseases*. 2020; 20(1):1-7.
76. Umezudike K, Isiekwe I, et al. Nigerian undergraduate dental students' knowledge, perception, and attitude to COVID-19 and infection control practices. *JDE*. 2021; 85(2):187-196.
77. Lodhi S, Ehsan S, et al. Knowledge and practices of dentists regarding personal protective equipment during COVID-19 pandemic: a cross-sectional study among pakistani dentists. *Biomedica*. 2020; 36:261-266.
78. Almas K, Khan AS, et al. Knowledge, attitudes, and clinical practices of dental professionals during COVID-19 pandemic in Pakistan. *EJD*. 2020; 14(1):63-69.
79. Villanueva-Borja C, Carrión-Gómez C, et al. Conocimiento sobre la enfermedad por coronavirus (COVID-19) en odontólogos de Lima y Callao. *Rev Cient Odontol*. 2020; 8(2):19.
80. Nerabiah Z, Alkhouli M, et al. Knowledge and awareness level of Syrian dentists towards Novel Coronavirus pandemic: cross-sectional study. *J Oral Res*. 2020; (2):46-54.
81. Wolf T, Zeyer O, et al. COVID-19 in Switzerland and Liechtenstein: A cross-sectional survey among dentists' awareness, protective measures and economic effects. *Int J Environ Res Public Health*. 2020; 17(23):90.
82. Karaaslan F, Dikilitaş A, et al. Comparison of COVID-19 relevant knowledge and attitudes of clinical and preclinical dental students in Turkey. *Balk J Dent Med*. 2020; 24(3):127-133.
83. Sezgin G, Şirinoğlu-Çapan B. Assessment of dentists' awareness and knowledge levels on the Novel Coronavirus (COVID-19). *Braz oral res*. 2020; 34:1-12.
84. Ataş O, Yildirim T. Evaluation of knowledge, attitudes, and clinical education of dental students about COVID-19 pandemic. *PeerJ*. 2020; 8:75-95.
85. Sivira-Penott A, Quintero-Rojas J, et al. Conocimiento de los estudiantes de la facultad de odontología de la universidad de los Andes. *Rev Od los Andes*. 2020; 15(2):92-107.
86. Almulhim B, Alassaf A, et al. Dentistry amidst the COVID-19 pandemic: knowledge, attitude, and practices among the Saudi Arabian dental students. *Front Med*. 2021; 8:1-7.
87. Tarakji B, Nassani M, et al. COVID-19, Awareness and Practice of Dentists in Saudi Arabia. *Int J Environ Res Public Health*. 2021; 18(1):330.
88. Bekes K, Ritschl V, et al. COVID-19 pandemic and its impact on pediatric dentistry in Austria: Knowledge, perception and attitude among pediatric dentists in a cross-sectional survey. *JMDH*. 2021; 14:161-169.
89. Sharaf R, Kabel N. Awareness and knowledge of undergraduate dental students about the signs and symptoms of Corona viral infection (COVID-19), and the required infection control measures to prevent its spread. *BNRC*. 2021; 45(1):1-9.
90. Hussein R, Manzour A, et al. COVID-19 Knowledge, Risk Perception, and Precautionary Behavior among Medical Students in Egypt. *JHIPH*. 2021; 51(1):25-32.

91. Martínez-Beneyto Y, Ausina-Márquez V, et al. Spanish dentists' awareness, knowledge, and practice regarding COVID-19: A multiple regression analysis. *Int Dent J*. 2021; 71(6):530-539.
92. George J, Singh A, et al. Assessment of knowledge, attitude and practice towards Covid-19 outbreak among dental students in Lucknow, India: Is it time for a syllabus revamp? *JIDA*. 2021; 15(3):30-39.
93. Abd Al R, Mahmoud S. Knowledge, Attitude, and Practice of Dentists towards Coronavirus Disease (COVID-19): A cross-sectional study. *Egypt Dent J*. 2021; 67(3):1857-1870.
94. Raval Y, Shah M, et al. Awareness, Perception, and Attitude Regarding COVID-19 and Infection Control among dentists: Web-based Cross-Sectional Study. *IOSR-JDMS*. 2021; 20(4):56-63.
95. Djamaluddin N, Anwar A, et al. Assessment of Knowledge, Attitudes and Practice of Preclinical Students of The Faculty of Dentistry of Hasanuddin University About Covid-19 During The Pandemic Period. *JDMPH*. 2021; 1(1):34-47.
96. Sohrabi M, Alirezaie S, et al. COVID-19 Awareness of 140 Dental Assistants in Tehran, Iran: A Cross-Sectional Survey. *JRDMS*. 2021; 6(2):8-13.
97. Bakaeen L, Masri R, et al. Dentists' knowledge, attitudes, and professional behavior toward the COVID-19 pandemic: A multisite survey of dentists' perspectives. *JADA*. 2021; 152(1):16-24.
98. Karayürek F, Yilmaz N, et al. Awareness and knowledge of SARS-CoV-2 infection among dental professionals according to the turkish national dental guidelines. *IJERPH*. 2021; 18(2):442-455.
99. Sarialioglu A, Donmez N, et al. Knowledge, stress levels, and clinical practice modifications of Turkish dentists due to COVID-19: a survey study. *Braz Oral Res*. 2021; 35:48-60.
100. Symvoulakis E, Karageorgiou I, et al. Knowledge, Attitudes, and Practices of Primary Care Physicians towards COVID-19 in Greece: A Cross-Sectional Study. *Healthcare*. 2022; 10(3):545.
101. Alshahrani A, Gautam A, et al. Knowledge, Attitude, and Practice among Physical Therapists toward COVID-19 in the Kingdom of Saudi Arabia: A Cross-Sectional Study. *Healthcare*. 2022; 10(1):105-118.
102. Adli I, Widyahening I, et al. Knowledge, attitude, and practice related to the COVID-19 pandemic among undergraduate medical students in Indonesia: a nationwide cross-sectional study. *PloS one*. 2022; 17(1):1-16.
103. Kunno J, Yubonpant P, et al. Covid-19 knowledge, attitudes, and practices among healthcare workers in urban community Bangkok, Thailand. *Rocz Pantw Zakl Hig*. 2022; 73(1):17-26.
104. Anuar A, Ang W, et al. Knowledge, attitude and practice towards COVID-19 and perceived challenges of working during the movement control order: a quantitative analysis among healthcare workers in a Malaysian northwestern state. *CMRO*. 2022; 38(2):327-338.
105. Motwani B, Ojha S, et al. Knowledge Attitude and Practices amongst Nursing Professionals of Central India during COVID-19 pandemic: A Cross Sectional study. *IJPSM*. 2022; 53(1):37-47.
106. Sondakh J, Warastuti W, et al. Indonesia medical students' knowledge, attitudes, and practices toward COVID-19. *Heliyon*. 2022; 8(1):1-10.
107. Hasab F, Amin M, et al. Knowledge, Attitudes and Practice Regarding COVID-19 amongst Nursing Students at Minia University. *IEJNSR*. 2022; 2(2):512-523.

108. Maheshwari S, Gupta P, et al. Knowledge, attitude, and practice towards coronavirus disease 2019 (COVID-19) among medical students: A cross-sectional study. *JAD*. 2020; 9(3):100.
109. Zhang M, Zhou M, et al. Knowledge, attitude, and practice regarding COVID-19 among healthcare workers in Henan, China. *J Hosp Infect*. 2020; 105(2):183–187.
110. Saqlain M, Munir M, et al. Knowledge, attitude, practice and perceived barriers among healthcare workers regarding COVID-19: a cross-sectional survey from Pakistan. *J Hosp Infect* 2020; 105(3):419–423.
111. Caliskan F, Midik O, et al. The knowledge level and perceptions toward COVID-19 among Turkish final year medical students. *J Postgrad Med*. 2020; 132(8):764-772.
112. Naseer A, Shakoor M, et al. Knowledge, awareness and practice of health care professionals amid SARS-CoV-2, corona virus disease outbreak. *Pak J Med Sci*. 2020; 36(4):49.
113. Li B, Cheng L, et al. Challenges and Opportunities for Dental Education from COVID-19. *Dent J (Basel)*. 2022; 10(10):188.
114. Choi SE, Mo E, et al. Impact of COVID-19 on Dental Care Utilization and Oral Health Conditions in the United States. *JDR CTR*. 2023; 1.
115. ALI, Saqib, et al. Current clinical dental practice guidelines and the financial impact of COVID-19 on dental care providers. *Eur J Dent*. 2020; 14(1):140-145.
116. Association A.D. ADA guideline; 2020. Available from: <https://www.ada.org/resources/coronavirus>
117. Prati C, Pelliccioni G, et al. COVID-19: its impact on dental schools in Italy, clinical problems in endodontic therapy and general considerations. *Int Endod J*. 2020; 53(5):723.
118. Prevention CfDca. CDC guidance for providing dental care during COVID-19; 2020. Available from: <https://www.cdc.gov/oralhealth/infectioncontrol/pdf/safe-care2.pdf>
119. Christiani J. Covid-19: una mirada hacia la seguridad del paciente en odontología. *Rev Asoc Odontol Argent*. 2020; 108:88-94.
120. Magson N, Freeman J, et al. Risk and protective factors for prospective changes in adolescent mental health during the COVID-19 pandemic. *J Youth Adolesc*. 2021;50: 44-57.
121. Applebaum E, Ruhlen T, et al. Oral cancer knowledge, attitudes and practices: a survey of dentists and primary care physicians in Massachusetts. *J Am Dent Assoc*. 2009; 140(4):461-467.
122. El-Saaidi C, Dadras O, et al. Infection control knowledge, attitudes, and practices among students of public dental schools in Egypt. *Int J Environ Res Public Health*. 2021; 18(12):6248.
123. Andrade C, Menon V, et al. Designing and Conducting Knowledge, Attitude, and Practice Surveys in Psychiatry: Practical Guidance. *Indian J Psychol Med*. 2020; 42(5):478-481.
124. Park D. Development and Validation of a Knowledge, Attitudes and Practices Questionnaire on COVID-19 (KAP COVID-19). *Int J Environ Res Public Health*. 2021; 18(14): 74-93.

APENDICE 1. ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA

- **Google academic resultado 3,780.**

((Health Knowledge, Attitudes, Practice) AND (dentists)) AND (students dental)) AND (covid-19*)

- **SCOPUS resultado 2465.**

knowledge OR attitudes OR practices OR dental OR dental AND student OR dentists OR dentistry OR coronavirus OR covid-19 AND (LIMIT-TO (PUBYEAR , 2021) OR LIMITTO (PUBYEAR , 2020)) AND (LIMIT-TO (SUBJAREA , "DENT" ;)) AND (LIMIT-TO (EXACTSRCTITLE , "Clinical Oral Investigations" ;) OR LIMIT-TO (EXACTSRCTITLE , "British Dental Journal" ;) OR LIMIT-TO (EXACTSRCTITLE , "BMC Oral Health" ;) OR LIMIT-TO (EXACTSRCTITLE , "Journal Of Dental Education" ;))

- **PUBMED resultado 1860.**

((Health Knowledge, Attitudes, Practice) OR (dentists)) OR (students dental)) OR (covid-19*) (((Covid-19 Knowledge, Attitudes, Practice) OR (dentists)) OR (students dental)) OR (covid-19*)

CAPITULO III: DESCRIPCIÓN DE LA PLAZA

3.1. Zona de influencia

El servicio social lo realice en el Laboratorio de Diseño y Comprobación (LDC) Tepepan que pertenece a la Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco.1 Ubicado en Francisco Villa s/n, entre las calles Emiliano Zapata y Ignacio Zaragoza, delegación Xochimilco, en la CDMX.

3.2. Ubicación

Xochimilco es una de las 16 demarcaciones territoriales de la Ciudad de México (CDMX). Se localiza al sureste de la ciudad. La demarcación se encuentra ubicada entre los paralelos 19° 15' y 48' de latitud norte; 99° 06' y 17' de longitud oeste; altitud entre 2 237 sobre el nivel del mar. Colinda al norte con las alcaldías de Tlalpan, Coyoacán, Iztapalapa y Tláhuac; al este con Tláhuac y Milpa Alta; al sur con Milpa Alta y Tlalpan; al oeste nuevamente con la alcaldía de Tlalpan, la superficie total de Xochimilco asciende a 12,517 ha, de la cual 2,505.8 ha (20.1%) son suelo urbano y 10,011.2 ha (79.9%) suelo de conservación. La alcaldía de Xochimilco representa el 7.9% de la superficie de la Ciudad de México, siendo la tercera más grande de la CDMX.²⁻⁴

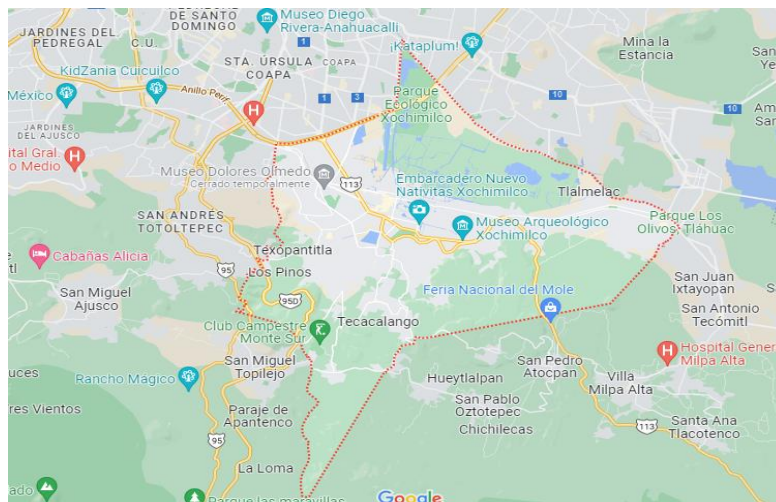


IMAGEN 1. XOCHIMILCO. FUENTE: RECOPIACIÓN DE GOOGLE MAPS.

Xochimilco se ubica dentro de la cuenca de México, forma parte del eje volcánico transversal, dentro de la hidrografía se encuentra que las principales corrientes que conforman la cuenca de Xochimilco son: los ríos San Buenaventura, Santiago, San Lucas y San Gregorio, así como numerosas y pequeñas corrientes que bajan a Nativitas, San Luis Tlaxialtemalco, Tulyehualco, Iztapalapa y Tláhuac.^{3,4}

El clima que se presenta en la demarcación es con predominio templado, subhúmedo, con lluvias en verano y otoño. La flora y la fauna es abundante y variada; la vegetación propia de la zona lacustre se encuentra conformada principalmente por ahuejotes, casuarinas, sauce llorón, alcanfores y eucaliptos, además de la presencia de plantas como: españadas, hojas de flecha, alcatraces, tule, navajillo, lirio y ninfa amarilla, blanca y salmonada. En las partes elevadas se encuentran zonas de bosque mixto con algunos pinos, cedros, ahuehetes, ocotes, encinos, tepozanes; además de especies de cactáceas como el agave y nopales,

siendo que en las zonas de mayor altura pueden encontrarse capulines, durazno, nuez, zapote blanco, higo, breva, tejocote, eucaliptos, alcanfor, jarillas y pirúles. Xochimilco posee dentro de su variado ecosistema fauna tanto terrestre, como acuática e incluso aérea, los terrestres van desde pequeños ratones de campo, hasta venados, pasando por especies de musarañas, murciélagos, conejos de monte, ardillas, armadillos, tuzas, coyotes, teporingos, comadrejas, tlacuaches, tejones, zorrillos, mapaches, lince, serpiente de cascabel, entre otras especies. La fauna acuática está compuesta por: mojarra de agua dulce, carpa, ajolote, ranas cenquate, culebra negra de agua, salamandras y pato principalmente. Entre las aves hay una amplia representación de especies, tanto residentes como migratorias, desde pequeños colibríes, hasta halcones, garza blanca, gris y plateada, grullas, gorriones, zopilotes, gallinas del monte, gaviotas, urracas, pelicanos (provenientes de California), búhos, lechuzas, aguillillas, cenizos y candelarias, entre otros. Los principales recursos naturales son forestales, destinados a la conservación ecológica.^{4,5,6}

En la alcaldía de Xochimilco se tenían conformados 17 Barrios y 14 Pueblos originarios, no obstante, el crecimiento poblacional ha promovido que se hayan formado 66 nuevas colonias e incluso un Barrio más, llamado Barrio 18.⁶

TABLA 7. BARRIOS Y PUEBLOS DE XOCHIMILCO

Barrios	
1.- Belem de Acampa	10.- San Francisco Caltongo
2.- San Cristóbal Xallan	11.- San Juan Bautista Tlateuchi
3.- Guadalupita	12.- San Lorenzo Tlalcapan
4.- La Asunción Colhuacatzinco	13.- San Marcos Tlaltepeltalpan
5.- La Concepción Tlacoapa	14.- San Pedro Tlalnahuc
6.- El Rosario	15.- Santa Crucita (Santa Cruz Analco)
7.- San Antonio Molotla	16.- La Santísima Trinidad Chililico
8.- San Diego Tlalcozpan	17.- Xaltocan
9.- San Esteban Tecpapan	18.- Barrio 18
Pueblos	
1.- Santa María Tepepan	9.- San Andrés Ahuayucan
2.- Santa Cruz Xochitepec	10.- Santa Cecilia Tepetlapa
3.- Santiago Tepalcatlalpan	11.- Santa Cruz Acalpixca
4.- San Lorenzo Atemoaya	12.- San Gregorio Atlapulco
5.- Santa María Nativitas	13.- San Luis Tlaxialtemalco
6.- San Lucas Xochimanca	14.- Santiago Tulyehualco
7.- San Mateo Xalpa	
8.- San Francisco Tlalnepantla	

Fuente: Gaceta oficial de la Ciudad de México.

3.3. Demografía

De acuerdo con los resultados de la Encuesta Intercensal del año 2020, realizada por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), la población total en la alcaldía Xochimilco se registró de 442 mil 178 habitantes con mayor predominio del sexo femenino sobre el masculino con 51.3% (226 mil 726) del primero sobre el 48.7% (215 mil 452 hombres.) del último mencionado (Gráfica 1). El rango predominante es de 20 a 24 años seguido del rango de entre 25 a 29 años. La población entre 0 y 14 años es muy baja, lo mismo para aquella de 65 años y más. La edad mediana en la demarcación de Xochimilco es de 30 años. Dentro de la imagen No. 3 se puede percibir la pirámide poblacional en donde se hace notorio el mayor predominio de la población joven dentro de la Alcaldía.^{2,7}

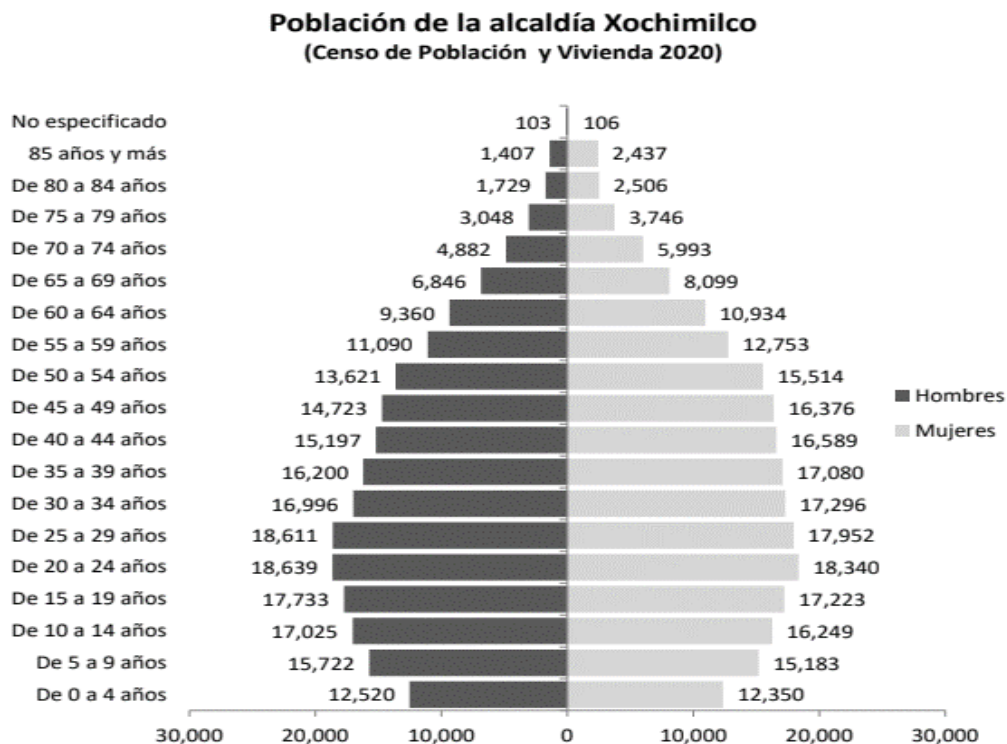
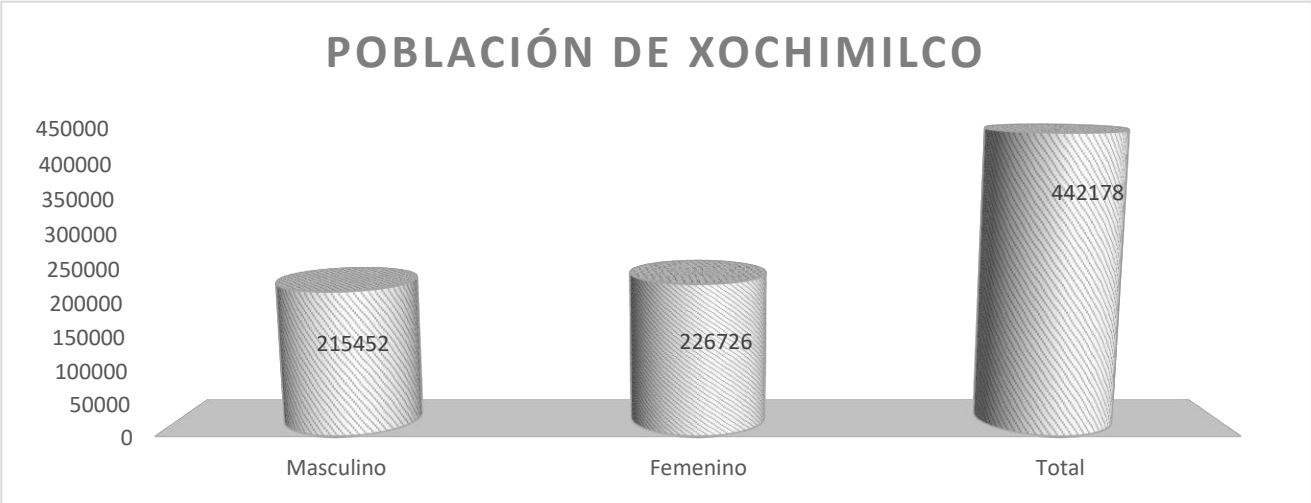


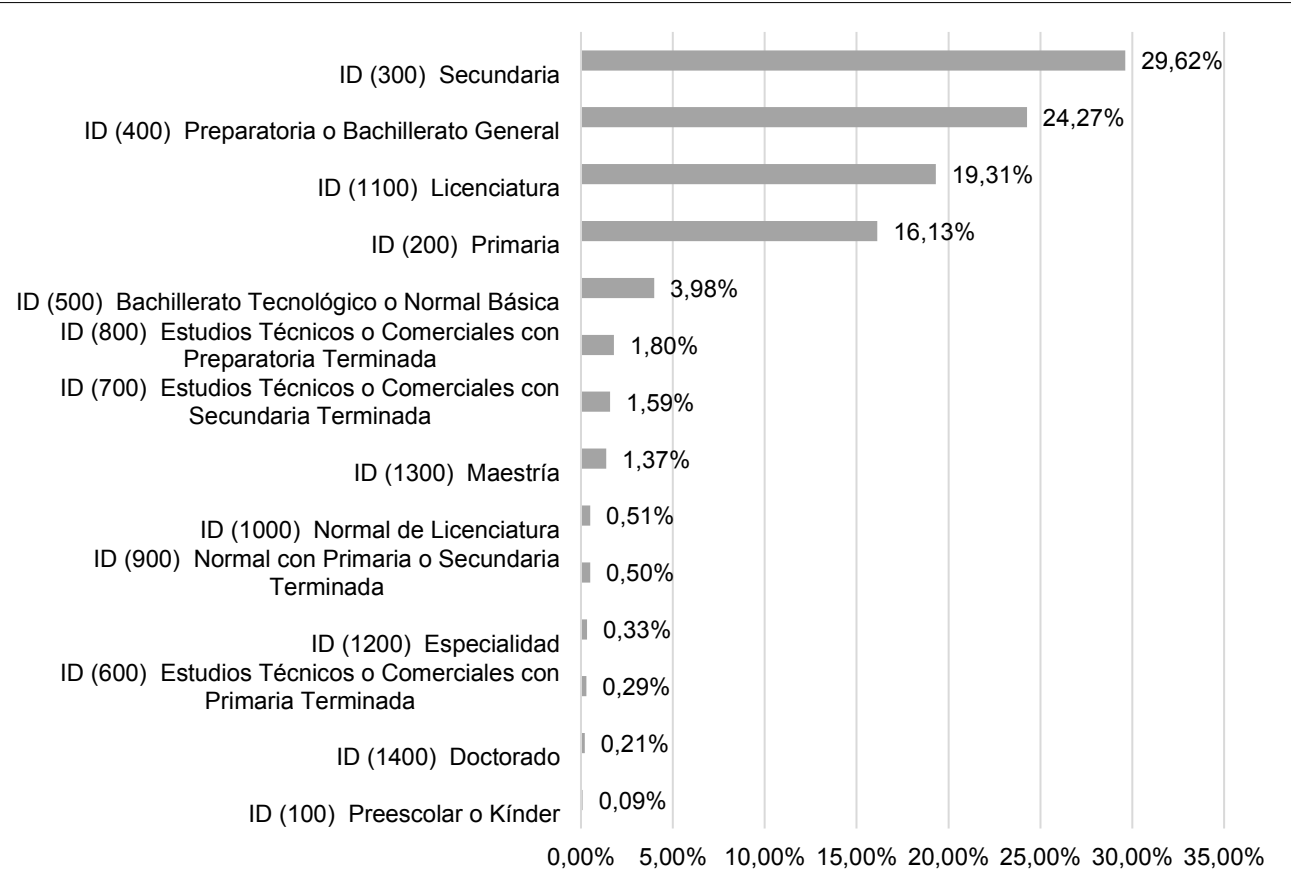
IMAGEN 2. COMPOSICIÓN POR EDAD Y SEXO DEL MUNICIPIO DE XOCHIMILCO FUENTE: ELABORADO POR LA SEDECO CON DATOS DEL CENSO DE POBLACIÓN Y VIVIENDA 2020, INEGI



GRAFICA 3. POBLACIÓN TOTAL EN LA ALCALDÍA XOCHIMILCO EN 2020. FUENTE: INEGI. NÚMERO DE HABITANTES POR DELEGACIÓN.

3.4. Nivel de educación en la población

La población alfabetizada de Xochimilco se clasifica en diferentes niveles de escolaridad. Existe una tasa de alfabetización alta con un 99.3 % en el rango de edad 15- 24 años; un 97.5% de 25 años y más. En 2020, los principales grados académicos de la población de Xochimilco fueron Secundaria (29.6%), Preparatoria o Bachillerato General (24.3%) y Licenciatura (19.3%). Según los datos proporcionados el porcentaje de analfabetización en la alcaldía Xochimilco fue de 1.95%.⁸



GRAFICA 4. SE MUESTRA LA DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN DE 15 AÑOS Y MÁS EN XOCHIMILCO SEGÚN EL GRADO ACADÉMICO APROBADO. FUENTE: DATA MÉXICO.

Las áreas con mayor número de hombres matriculados en licenciaturas fueron Administración y negocios (2,308), Artes y humanidades (941) y Ciencias sociales y derecho (44). De manera similar, las áreas de estudio que concentraron más mujeres matriculadas en licenciaturas fueron Administración y negocios (3,321), Artes y humanidades (2,305) y Ciencias sociales y derecho (23).⁸

3.5 Ocupación

El concepto de ocupación, por su parte, es un término más general que da no solo a quienes trabajan como subordinados sino también a quienes cuenta con un negocio o realizan actividades por su cuenta.⁹

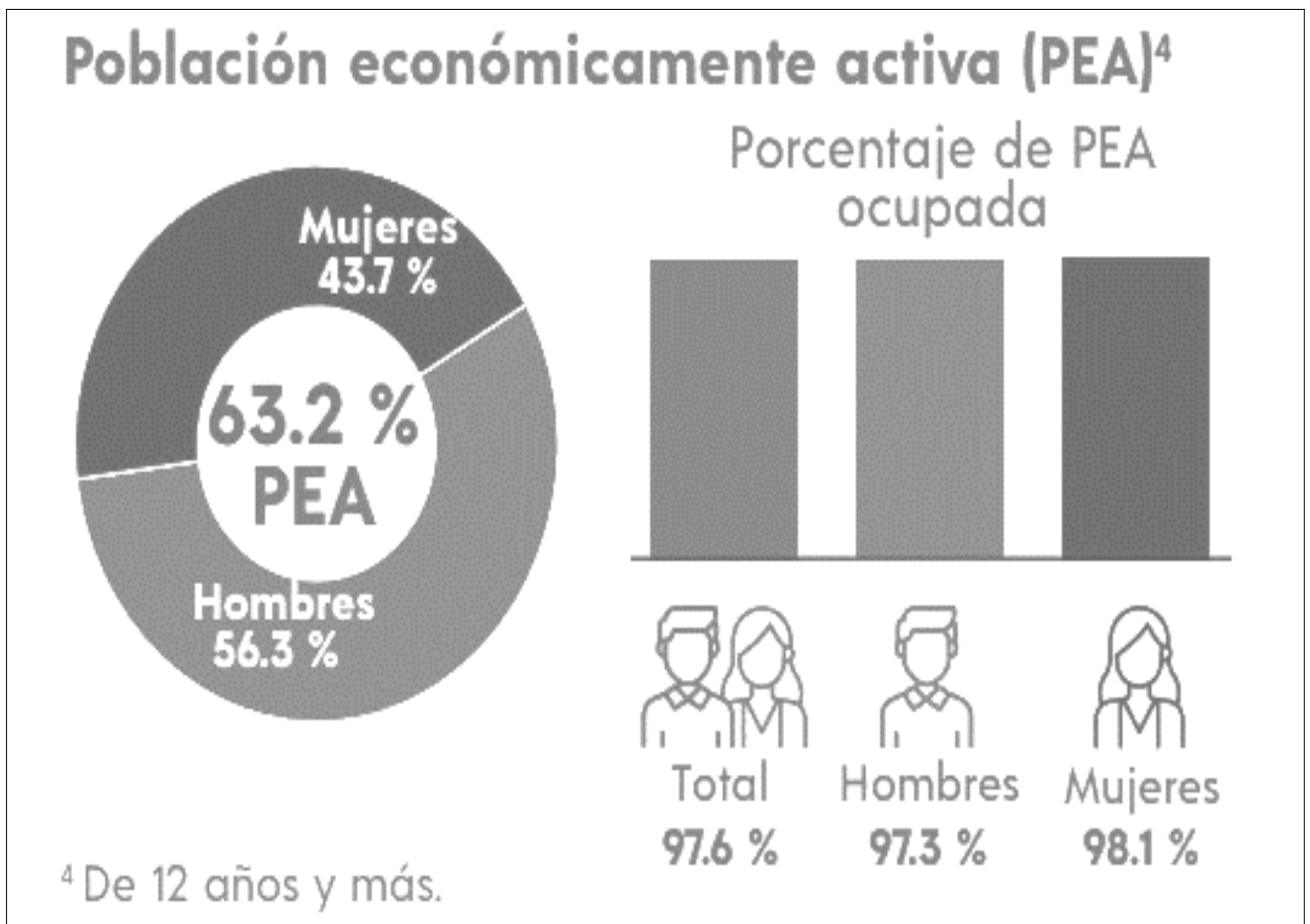
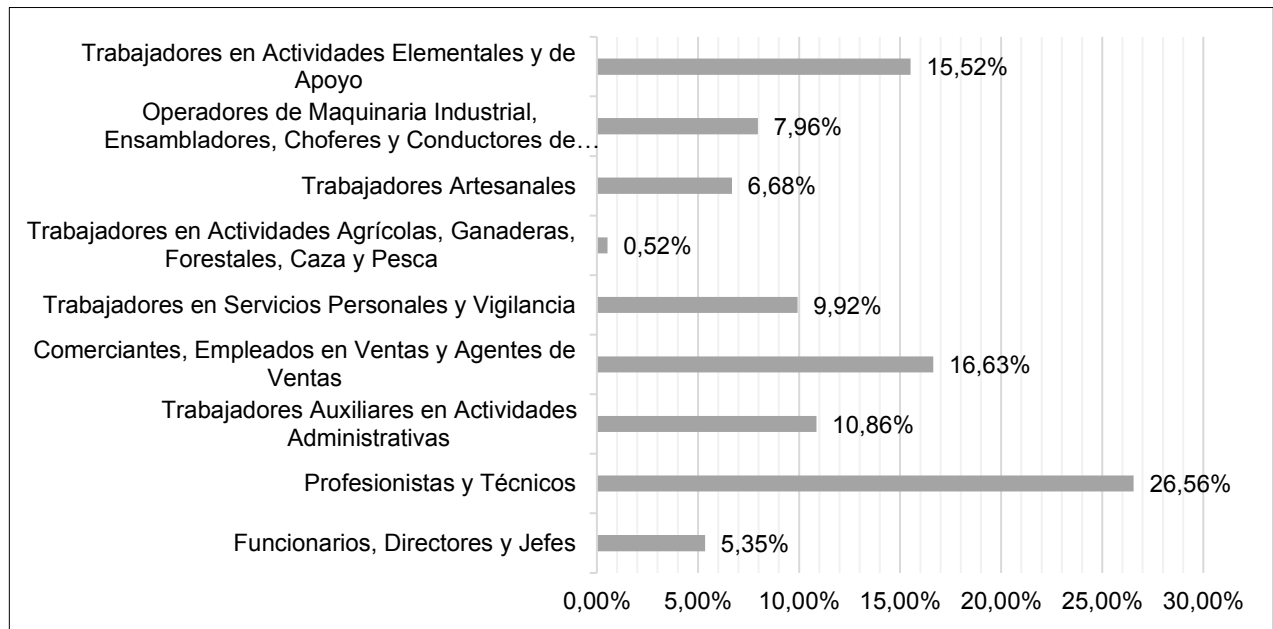


IMAGEN 3. PANORAMA SOCIODEMOGRÁFICO DE CIUDAD DE MÉXICO 2020. FUENTE: INEGI. CENSO DE POBLACIÓN Y VIVIENDA. POBLACIÓN ECONÓMICAMENTE ACTIVA DE LA DELEGACIÓN XOCHIMILCO.

La población económicamente activa (PEA), es decir, las personas que se encuentran ocupadas, la cual ocupa un porcentaje el cual es 56.3% la cual la ocupan los hombres y las mujeres con un 43.7%, ocupando el mayor porcentaje el sexo masculino.¹⁰

Durante el en segundo trimestre de 2022, Ciudad de México tuvo 4,534,376 ocupados. Las ocupaciones con más trabajadores durante el segundo trimestre de 2022 fueron Empleados de Ventas, Despachadores y Dependientes en Comercios, Comerciantes en Establecimientos y Conductores de Autobuses, Camiones, Camionetas, Taxis y Automóviles de Pasajeros.¹¹



GRAFICA 5. DISTRIBUCIÓN FUERZA LABORAL PRINCIPALES EN CIUDAD DE MÉXICO(SEGUNDO TRIMESTRE DE2022). FUENTE: DATA MÉXICO.



IMAGEN 4. PANORAMA SOCIODEMOGRÁFICO DE CIUDAD DE MÉXICO 2020. INEGI. CENSO DE POBLACIÓN Y VIVIENDA. POBLACIÓN ECONÓMICAMENTE ACTIVA DE LA DELEGACIÓN XOCHIMILCO.

Respecto a la población desocupada de la población económicamente activa en el 2020 el cual ocupa el 36.7%. Se observa en la Alcaldía Xochimilco que presenta un 38.9% que corresponde a estudiantes, con un 34.5% lo ocupan aquellas personas dedicadas a los quehaceres, el 14.1% personas pensionadas o jubiladas, el 2.9% personas con limitación física o mental que les impida trabajar y por último con un 9.6% aquellas que estén en otras actividades no económicas. En Xochimilco tiene una Población Económicamente Activa (PEA) de 178,950 individuos y 168,063 personas que pertenecen a la Población Ocupada, representando el 4.07% y el 4.05% respectivamente del total de este tipo de poblaciones en la CDMX. En contraste; la demarcación se encuentra en el séptimo lugar de desempleos de la CDMX con el 5.7% de los 188,631 desempleados totales.⁹

Las principales actividades económicas que se desarrollan en la zona son:

Primarias: Producción de hortalizas, flores de ornato como la noche buena, cempasúchil, nube y terciopelo; además de cultivo de cacahuate, maíz y frijol. Cuenta con la única cuenca lechera en el territorio capitalino, por lo tanto, es la alcaldía con mayor actividad ganadera.¹⁰

Secundarias: Representan aproximadamente el 10% de las actividades económicas, concentrándose en pequeñas fábricas de maquila de telas.¹⁰

Terciarias: Aproximadamente el 40% de las actividades, son del tipo terciarias, donde se encuentran escuelas, tiendas de abarrotes, clínicas y sanatorios, mercados y tianguis, así como también aquellos que se dedican al manejo de los vehículos correspondientes al transporte público. Además de los prestadores de servicios turísticos, principalmente en la zona de los canales chinamperos y en las fiestas tradicionales de cada uno de los pueblos.¹⁰

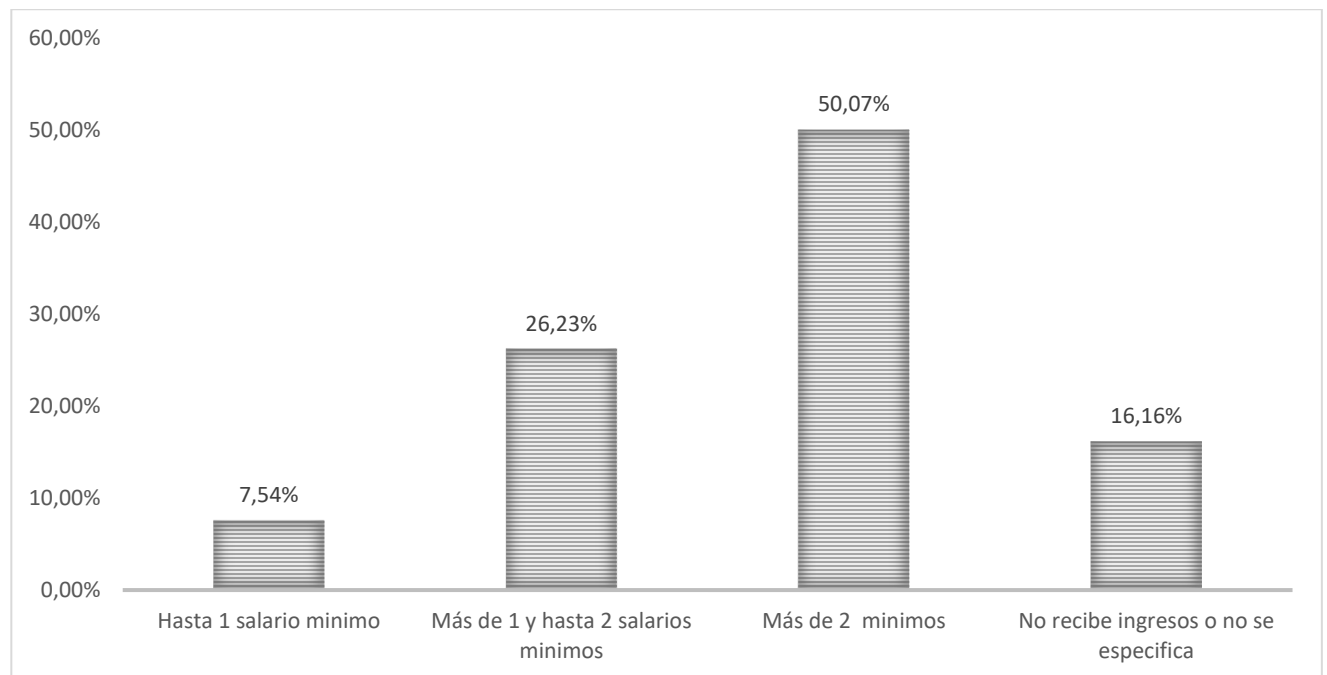
<i>Actividades</i>	<i>Primaria*</i>	<i>Secundario**</i>	<i>Comercio</i>	<i>Servicio***</i>	<i>No especificado</i>	<i>Total</i>
<i>Porcentaje</i>	2.93%	15.18%	20.03%	58.07%	3.80%	176,246

TABLA 8 TIPOS DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS CON RELACIÓN AL PORCENTAJE DE PERSONAS QUE LAS LLEVAN A CABO. FUENTE: ANUARIO ESTADÍSTICO Y GEOGRÁFICO DE LA CIUDAD DE MÉXICO 2017 (*AGRICULTURA, GANADERÍA, SILVICULTURA, PESCA Y CASA; **MINERÍA, EXTRACCIÓN DE PETRÓLEO Y GAS, INDUSTRIA MANUFACTURERA, ELECTRICIDAD, AGUA Y CONSTRUCCIÓN; *TRANSPORTE, GOBIERNO Y OTROS SERVICIOS).**

3.6 Nivel de ingreso por salarios mínimo

La población ocupada en Ciudad de México en el segundo trimestre de 2022 fue 4.53M personas, siendo superior en 3.39% al trimestre anterior (4.39M ocupados). El salario promedio mensual en el segundo trimestre de 2022 fue de \$4.43k MX siendo inferior en \$84.7 MX respecto al trimestre anterior (\$4.52k MX).¹¹

En Xochimilco específicamente la tasa de participación económica por sexo en 2015 ascendía a 68.75% en hombres y el 41.26% en mujeres. En tanto a los niveles de ingreso de la población ocupada en Xochimilco se observa que el 7.54% percibe un salario mínimo, el 26.23% de la población percibe de 1 a 2 salarios mínimos, el 50.07% percibe más de 2 salarios mínimos y el 16.16% no se encuentra especificada su percepción económica.¹²



GRAFICA 6. NIVEL DE INGRESOS EN SALARIOS MÍNIMOS DE LAS PERSONAS QUE LO PERCIBEN. FUENTE: INEGI.

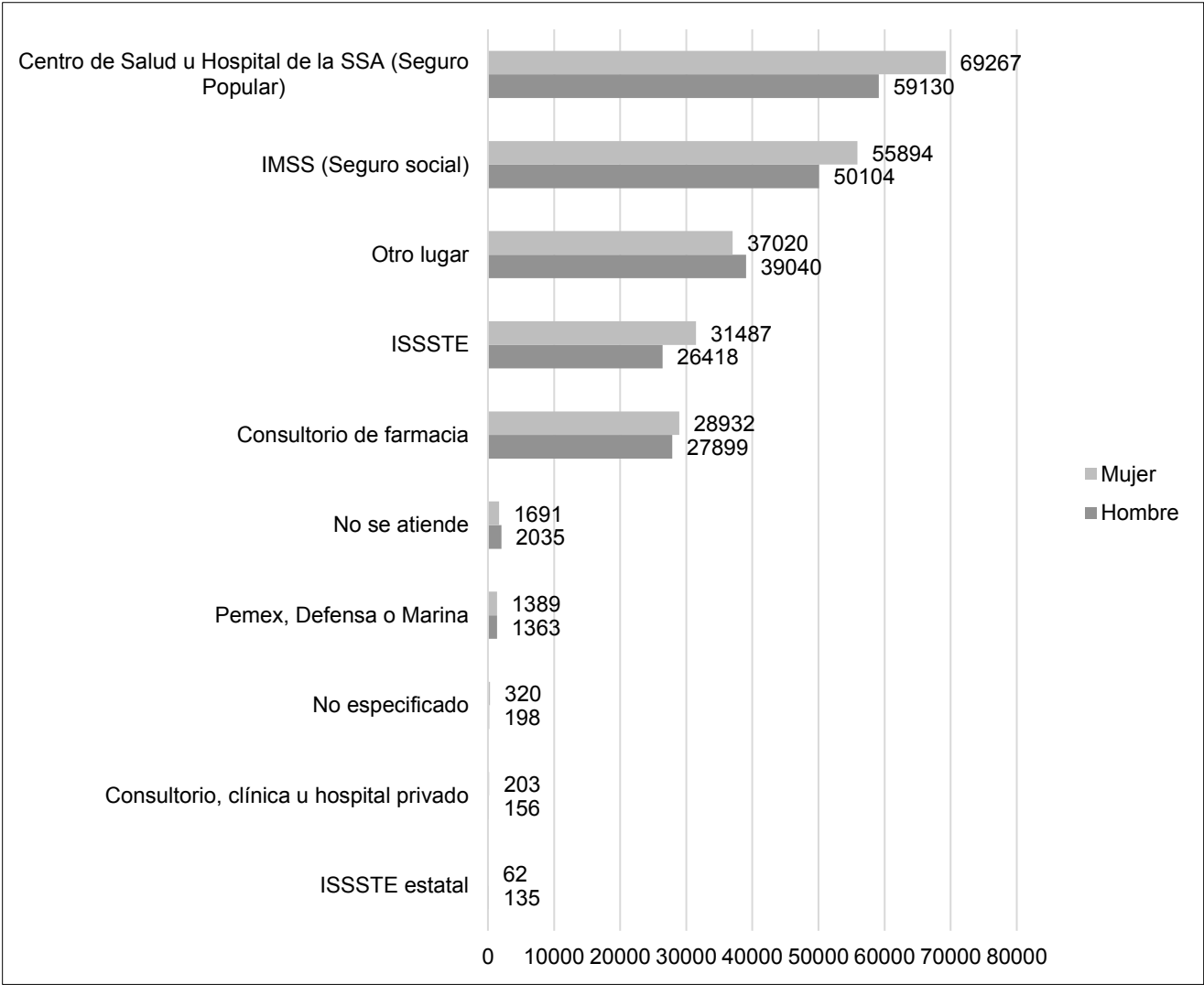
3.7 Servicios de salud (derechohabiente)

En cuanto al acceso a los servicios de salud la alcaldía de Xochimilco cuenta con 30 unidades médicas, instituciones de salud como IMSS, INSABI, ISSSTE, IMSS BIENESTAR, Pemex, Defensa o Marina, además del Hospital Materno Infantil Xochimilco, así como la Clínica Hospital de Especialidades Toxicológicas Xochimilco y la Unidad Médica del Reclusorio Preventivo Varonil Sur, entre otros.^{11, 12}

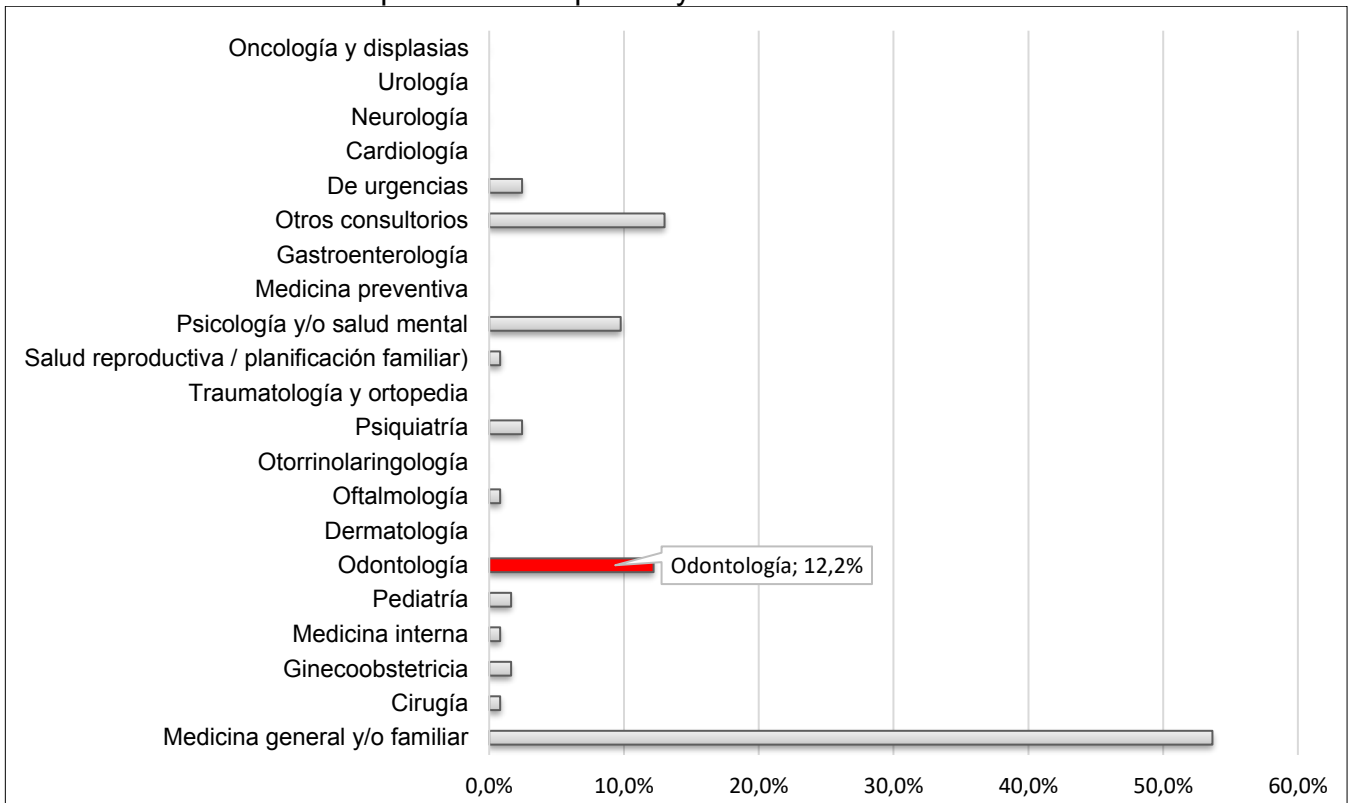
En la gráfica 5 se puede observar la distribución de personas afiliadas por sexo de la encuesta del censo 2020; al inicio de la gráfica se presenta al centro de salud u hospital de la SSA y seguro popular el número de derechohabientes femeninas en el 2020 es de 69,267 y la atención varonil es de 59,130; seguido por los derechohabientes que cuentan con el servicio del Instituto Mexicano de Servicio Social (IMSS). Mientras que las personas que no cuentan con el servicio de salud por parte de una institución de gobierno, su atención es por medio de consultorios de farmacia u otros lugares. Por otro lado, aquellas personas que cuentan

con el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) en el censo realizado en el 2020 con un total de afiliados de 57,905. Con respecto al servicio de salud de Pemex y otras instituciones, se muestra una afiliación menor.^{11,12}

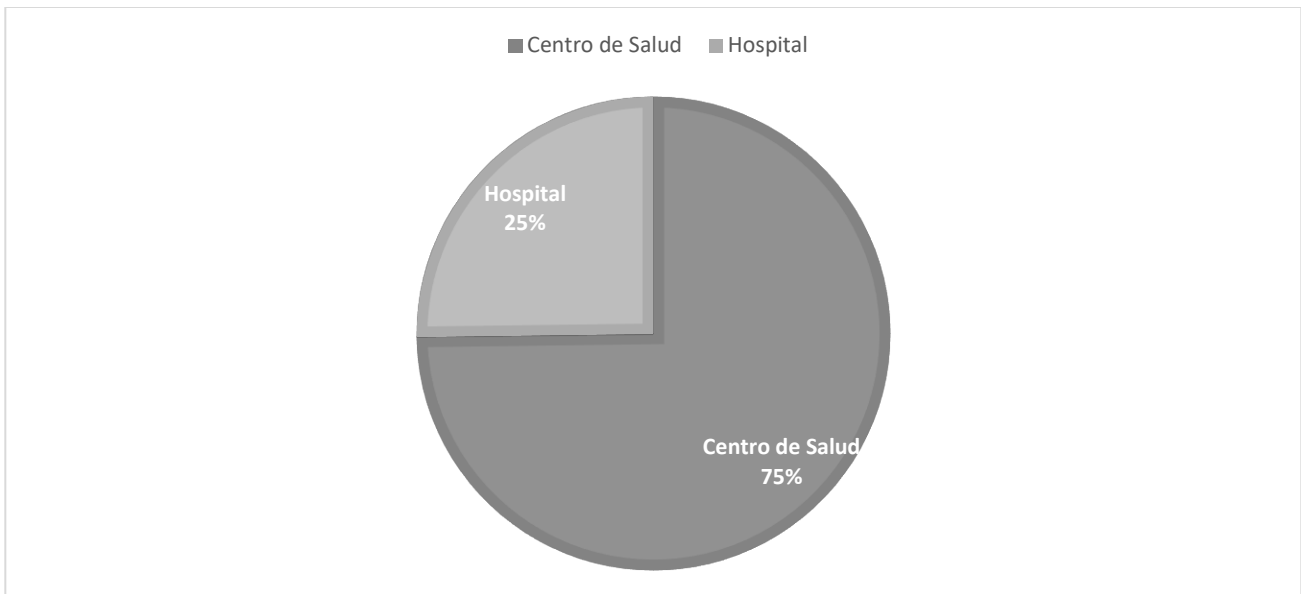
GRAFICA 7. DISTRIBUCIÓN DE LAS PERSONAS AFILIADAS A SERVICIOS DE SALUD POR SEXO 2020. FUENTE: DATA MÉXICO, INEGI.



En cuanto a los recursos por subcategoría 2021, en odontología abarca el 12.2% entre estos consultorios el 25% corresponden a hospitales y el 75% a centros de salud.¹¹



GRAFICA 8. DISTRIBUCIÓN DE CONSULTORIOS POR ESPECIALIDAD EN 2021. FUENTE: SECRETARIA DE SALUD.

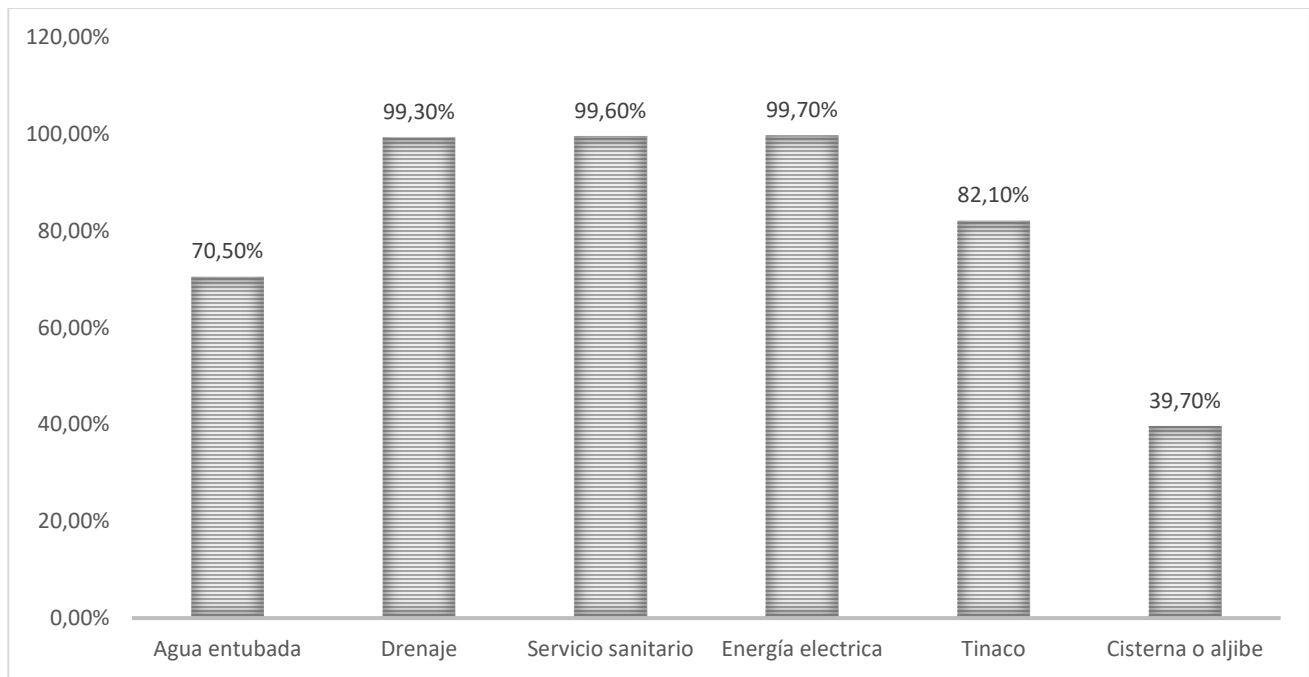


GRAFICA 9. CONSULTORIOS POR TIPO DE UNIDAD EN ODONTOLOGÍA FUENTE: DATA MÉXICO

De acuerdo con la secretaria de Salud; en el año 2017, dentro de las instalaciones en la Alcaldía Xochimilco, aquellos pacientes que recibieron atención en la consulta externa, así como en urgencias odontológicas fueron 23,428; lo cual representa el 17.91% del total de sus derechohabientes, sin embargo, comparado con la población total que habita en la zona el porcentaje es mínimo al contar únicamente con el 5.63%. En el mismo año 6,954 pacientes recibieron consulta por primera vez, lo cual equivale al 5.31% del total de su derechohabiencia. Durante este mismo lapso, las actividades que se desarrollaron con mayor frecuencia en estos centros de salud fueron aquellas enfocadas en la prevención.¹³

3.8 Servicios Públicos

En el año 2020 existían ya 117,113 viviendas particulares habitadas, en las que se incluyen departamentos, casas independientes, cuartos o viviendas móviles. De ellas el 97.7% poseen un piso recubierto, diferente de tierra. Para los servicios básicos con los que cuentan se muestran los porcentajes de la disponibilidad en la gráfica 8.¹¹



GRAFICA 10. PORCENTAJE DE LA DISPONIBILIDAD DE LOS DISTINTOS SERVICIOS Y EQUIPAMIENTO DEL TOTAL DE VIVIENDAS HABITADAS 2020 FUENTE: INEGI

3.9 Transporte público

El sistema de transporte que da servicio a la alcaldía se compone de 9 rutas de la Red de Transporte de Pasajeros (RTP), así como rutas de microbuses. La mayoría son rutas y ramales que transitan de oriente a poniente principalmente en Prolongación División del Norte y su continuación hasta Tulyehualco, avenida Guadalupe, I. Ramírez y avenida 16 de septiembre. Además, dentro de la Alcaldía Xochimilco se encuentran 5 de las 18 estaciones del Tren Ligero, el cual corre a lo largo de la avenida 20 de noviembre, llegando al centro de esta Alcaldía. El servicio del Tren Ligero tiene como terminal la estación Taxqueña de la línea 2 del Sistema de Transporte Colectivo Metro.¹⁴⁻¹⁶ En 2021 se concluyó la ampliación de la línea 5 de autobús (Dirección Río de Los Remedios) tiene 51 paradas desde Metrobús: Terminal. Preparatoria 1 hasta Metrobús: Río de Los Remedios, en la Alcaldía Xochimilco y Tlalpan. En la tabla 6 se enlistan las principales rutas del transporte público que transitan sobre la alcaldía Xochimilco.¹⁷⁻²¹

TABLA 9. PRINCIPALES RUTAS DEL TRANSPORTE PÚBLICO QUE TRANSITAN SOBRE LA ALCALDÍA XOCHIMILCO. FUENTE: RECOPIACIÓN; STE TREN LIGERO; RTP, RUTAS DEL MÓDULO 3, RUTAS Y CORREDORES DEL TRANSPORTE PÚBLICO.

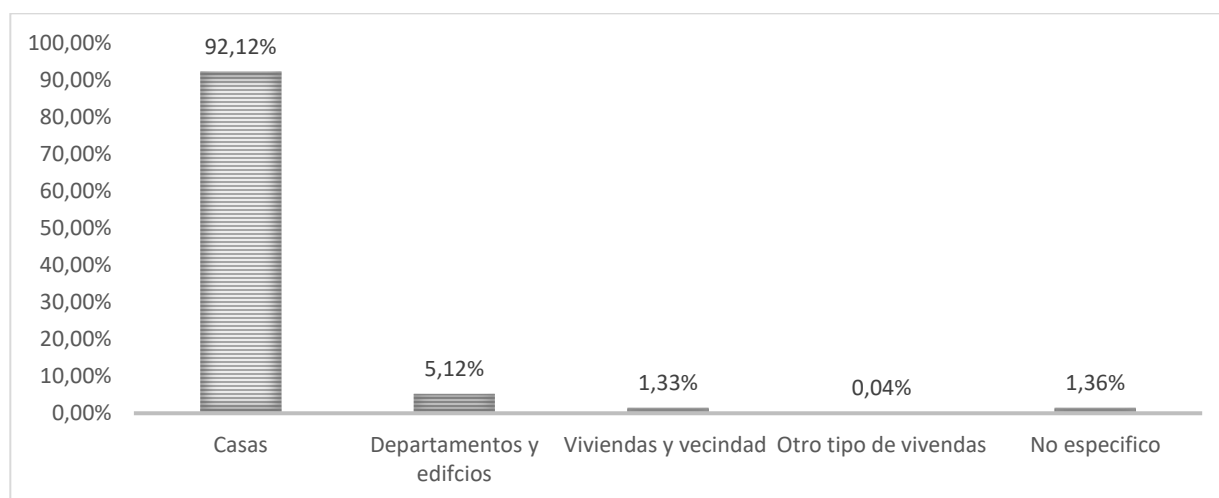
Estaciones del Tren Ligero	
1.- Taxqueña	10.- Estadio Azteca
2.- Las torres	11.- Huipulco
3.- Ciudad Jardín	12.- Xomali
4.- La Virgen	13.- Periférico
5.- Xotepingo	14.- Tlalpan
6.- Nezahualpilli	15.- La noria
7.- Registro Federal	16.- Huichapan
8.- Textitlán	17.- Francisco Goita
9.- El vergel	18.- Xochimilco
Rutas RTP	
Origen	Destino
Metro San Lázaro	Xochimilco/ Bosque de Nativitas por Cafetales
Metro San Lázaro	Xochimilco/ Bosque de Nativitas por Miramontes
Villa Milpa Alta	Metro Tláhuac
Tulyehualco	Xochimilco/Palmas
Villa Milpa Alta	Metro Taxqueña/Xochimilco
San Pablo Oztotepec	Xochimilco/Palmas
San Salvador Cuauhtenco	Villa Milpa Alta
Pedregal de San Francisco	Xochimilco/Palmas

Santiago Tepalcatlan		República del Salvador
San Miguel Tehuizco		Xochimilco/Palmas
San Bartolomé Xicomulco		Xochimilco/Palmas
San Nicolás Tatelco		Metro Tláhuac
Mixquic		Metro Tláhuac
Rutas microbuses		
Ruta	Origen	Destino
S ruta 2-42	Toreo	Canal de Chalco
S ruta 2-45	Canal De Garay Toreo de Cuatro Caminos	(Edo De Mex) Servicio Expreso
S ruta 2-48	Toreo Suburbia	Av. Tláhuac
Ruta 50	General Anaya	Tláhuac Paradero
Ruta 50	Unidad Habitacional La Draga	General Anaya
Ruta 94	Tláhuac Paradero	Metro Taxqueña
Ruta 50 Gral. Anaya-Villa de Los Trabajadores	Metro General Anaya	Calle Sor Juana Inés De La Cruz, Villas De Los Trabajadores del Distrito Federal
Ruta 65	Tasqueña (Metro)	Valle De Chalco
Ruta 159	Calzada Del Hueso	Tláhuac (Paradero)
Ruta 247	Xochimilco Centro	Alameda Oriente
S ruta 13-A	Metro Tasqueña	Canal De Chalco
Metrobús (MB)		
1.- Terminal. Preparatoria 1		27.- Recreo
2.- Dif. Xochimilco		28.- Metro Coyuya
3.- Circuito Cuemanco		29.- Hospital General Troncoso
4.- Muyuguarda		30.- Mixiuhca
5.- Cañaverales		31.- Avenida del Taller
6.- Calzada del hueso		32.- Venustiano Carranza
7.- Vista Hermosa		33.- Moctezuma
8.- Las bombas		34.- San Lázaro
9.- Tepetlapa		35.- Archivo General de la Nación
10. La Virgen		36. Mercado Morelos
11. Manuela Sáenz		37. Deportivo Eduardo Molina
12. Esime Culhuacán		38. Canal del Norte
13. Cafetales		39. Río Consulado

14. Calzada Taxqueña	40. Río Santa Coleta
15. Barrio San Antonio	41. Oriente 101
16. Pueblo los Reyes	42. Victoria
17. Ganaderos	43. Talismán
18. Ermita Iztapalapa	44. Río de Guadalupe
19. Atanasio G. Saravia	45. San Juan de Aragón
20. Escuadrón 201	46. Preparatoria 3
21. Churubusco Oriente	47. El Coyol
22. Aculco	48. Vasco de Quiroga
23. Apatlaco	49. 5 de Mayo
24. Canal de Apatlaco	50. 314-Memorial New's Divine
25. Colegio de Bachilleres 3	51. Río de los Remedios
26. Oriente 116	

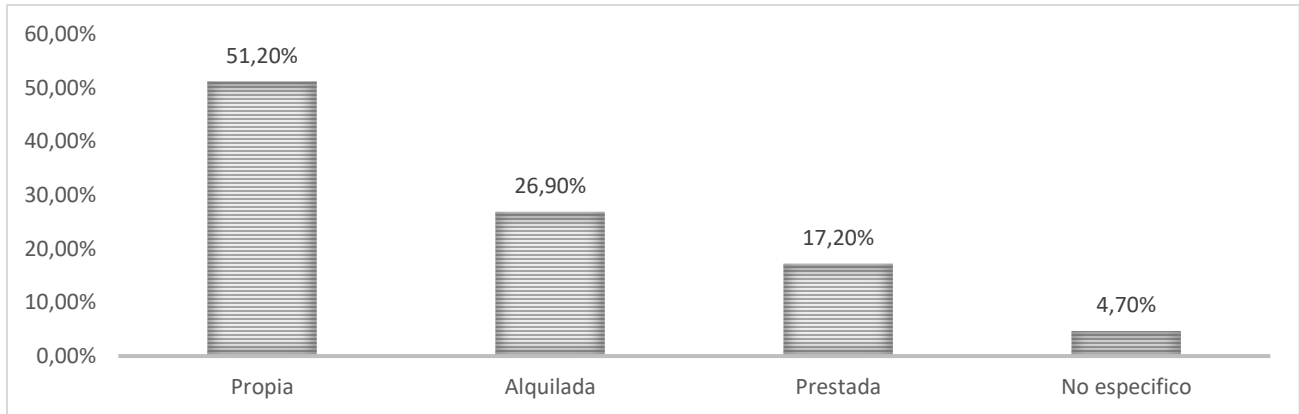
3.10 Viviendas

En el año 2020 se realizó un censo de 113,466 viviendas particulares habitadas en las que se incluyen departamentos, casas independientes, cuartos o viviendas móviles, de ellas el 96.1% poseen un piso recubierto, diferente de tierra. Para los servicios básicos con los que cuentan las viviendas de drenaje, agua entubada y energía eléctrica el valor se ubicó en poco más de 97,000. De ellas 103,010 (96.1%) poseen un piso recubierto, diferente de tierra. Para los servicios básicos con los que cuentan las viviendas de drenaje, agua entubada y energía eléctrica el valor se ubicó en poco más de 97,131 (90.6%).²² Del total de las 107,224 viviendas habitadas, el 92.1% correspondían a casas, el 51.20% a departamentos en edificios, el 26.90% equivale a alquilada, mientras que el 17.20% corresponde a prestada, y el 4.70% restante no está especificado.²³



GRAFICA 11 CATEGORIZACIÓN Y PORCENTAJE DE LAS VIVIENDAS EN XOCHIMILCO DURANTE EL AÑO 2015, EN EL CUAL LA MAYORÍA DE ELLAS PERTENECÍA A CASAS PROPIAS. FUENTE: ANUARIO ESTADÍSTICO Y GEOGRÁFICO DE LA CIUDAD DE MÉXICO 2017.

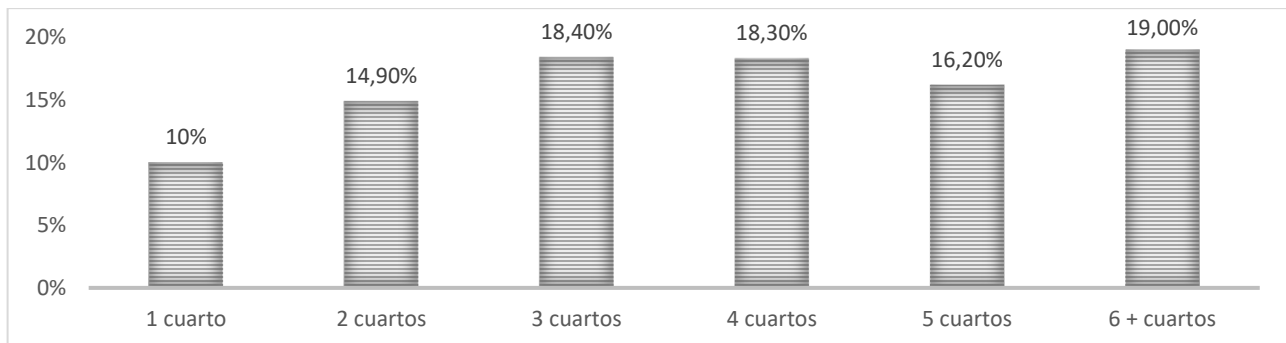
De igual manera el 51.20% de la población manifestó que la tenencia de la vivienda es propia, el 26.90% es alquilada, mientras que el 17.20% del total de las viviendas son prestadas sin embargo el 4.70% de la población no especifico la tenencia de la vivienda en donde viven.



GRAFICA 12 TENENCIA DE LAS VIVIENDAS EN DONDE SE OBSERVA QUE LA MAYORÍA DE ELLAS SON PROPIAS, SEGUIDAS DE LAS ALQUILADAS. FUENTE: ANUARIO ESTADÍSTICO Y GEOGRÁFICO DE LA CIUDAD DE MÉXICO 2020.

3.11 Distribución porcentual del número de cuartos en las viviendas

Con respecto al número de cuartos con los que cuentan las viviendas; a pesar de que el número de éstos son variados, al cubrir un rango que va desde uno hasta más de seis de ellos, dentro de la mayoría de las viviendas que se localiza en la alcaldía de Xochimilco en el 2020 predominaron aquellas viviendas particulares habitadas con 3, 4 y 6+ cuartos, 18.40%, 18.30 y 19%, respectivamente.¹⁵ En el mismo periodo, destacan las viviendas particulares habitadas con 5 y 2 cuartos, 16.20% y 14.90%, respectivamente.



GRAFICA 13 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL NÚMERO DE CUARTOS EN LAS VIVIENDAS

Distribución porcentual del número de cuartos en las viviendas de Xochimilco en donde se observa que las que predominan con el 19.00% son aquellas que cuentan con 6 o más cuartos, seguidas de 3 cuartos con 18.40% y en último lugar se encuentran aquellas con

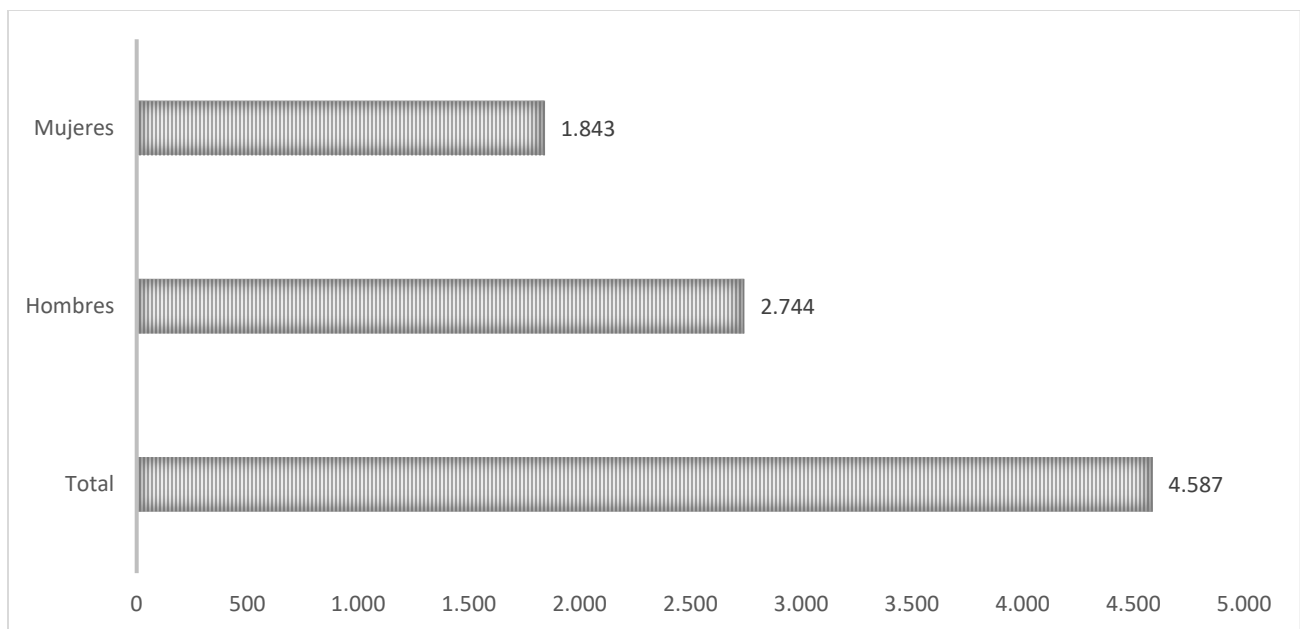
únicamente un cuarto las cuales cubren el 10% del total. Fuente: Anuario estadístico y geográfico de la Ciudad de México 2020.

3.12 Porcentaje de habitantes por vivienda

De acuerdo con el Panorama Sociodemográfico de la Ciudad de México; la población en Xochimilco fue de 442,178 habitantes (48.7% y 51.3% mujeres) que se encontraban radicando en la Alcaldía de Xochimilco en el año 2020; Se identificó un total de viviendas particulares habitadas de 117, 113 (42%) viviendas, la densidad de habitantes por kilómetro cuadrado era de 3,644, quedando establecido un promedio de 3.7 ocupantes por vivienda, mientras que el número de habitantes por cuarto es de 0.9.²⁴

3.13 Mortalidad

Con base en el anuario estadístico y geográfico de la Ciudad de México 2021; en el año del 2020 se registraron 4,587 defunciones en la población total de la Alcaldía Xochimilco; con respecto al género, éstas ocurrieron con mayor frecuencia en el sexo masculino con 2,744, mientras que en las mujeres se registraron 1,843 a lo largo del año dentro de la demarcación. Lo cual se representa en la gráfica 13.²⁵



GRAFICA 14 . TOTAL, DE DEFUNCIONES EN 2020 DENTRO DE LA DEMARCACIÓN XOCHIMILCO, CON MAYOR FRECUENCIA EN EL SEXO MASCULINO EN COMPARACIÓN CON EL FEMENINO. FUENTE: ANUARIO ESTADÍSTICO Y GEOGRÁFICO DE LA CIUDAD DE MÉXICO 2021.

Las principales causas de morbilidad en el territorio de Xochimilco durante el año 2020 se enmarcan en el cuadro 3.²⁵

TABLA 10. PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD EN XOCHIMILCO EN EL 2020

No.	Causa	Defunciones
1.	Covid-19	1308
2	Enfermedades del corazón	874
3	Diabetes mellitus	699
4	Tumores malignos	350
5	Influenza y Neumonía	234
6	Enfermedades del Hígado	183
7	Enfermedades cerebrovasculares	126
8	Accidentes	61
9	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	54
10	Insuficiencia renal	50
11	Agresiones (homicidios)	36
12	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías Cromosómicas	36
13	Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios)	26
14	Anemias	24
15	Septicemia	19
16	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	18
17	Enfermedades del estómago y duodeno	17
18	Pancreatitis aguda y otras enfermedades del páncreas	15
19	Trastornos del metabolismo, de las lipoproteínas y otras lipidemias	15
20	Bronquitis crónica y la no especificada, enfisema y asma	14

Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Geografía 2021.

3.14 Morbilidad hospitalaria

Las 15 principales causas de enfermedades en las cuales las personas requieren de hospitalización en la CDMX, las cuales tuvieron lugar durante el año 2020, se presentan en la tabla 8.²⁶

TABLA 11. PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD HOSPITALARIA EN LA CDMX.

Principales causas de morbilidad hospitalaria en la CDMX	
No.	Enfermedad
1	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas
2	Causas obstétricas directas (excepto aborto)
3	Tumores malignos
4	Enfermedades de corazón
5	COVID-19, virus identificado
6	Insuficiencia renal
7	Colelitiasis y colecistitis
8	Influenza y neumonía
9	Diabetes mellitus
11	Parto único espontáneo (solo morbilidad)
12	Enfermedades del apéndice
13	Enfermedades cerebrovasculares
14	Hernia de la cavidad abdominal
15	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal

Fuente: DNPPI-JSEI, cálculos con base en datos del Sistema de Información Médica y Financiera (SIMEF, 2020).

3.15 Análisis y conclusiones

Xochimilco es una de las 16 demarcaciones territoriales de la Ciudad de México (CDMX), siendo la tercera demarcación más grande, se localiza al sureste de la ciudad. El clima que se presenta en la demarcación es con predominio templado, subhúmedo, con lluvias en verano y otoño. La flora y la fauna es abundante y variada. En la alcaldía de Xochimilco se tenían conformados 17 Barrios y 14 Pueblos originarios. La población total en la alcaldía Xochimilco se registró de 442 mil 178 habitantes con mayor predominio del sexo femenino sobre el masculino. El rango predominante es de 20 a 24 años seguido del rango de entre 25 a 29 años. La población entre 0 y 14 años es muy baja, lo mismo para aquella de 65 años y más. Esto representa ventajas para la demarcación ya que los jóvenes en la actualidad tienen niveles de educación más altos que sus progenitores; además de que están familiarizados con las nuevas tecnologías; no obstante existen otro tipo de variables negativas que se le atribuye a este mismo segmento de la población, ya que han permanecido altos grados de exclusión social hacia ellos, desarrollando conductas negativas como el uso de estupefacientes, o incluso la práctica sexual reproductiva de forma irresponsable; o bien, en el peor de los casos se arriesgan a desarrollar prácticas ilícitas violentas para la obtención de recursos económicos.

La población es económicamente activa , es decir, las personas que se encuentran ocupadas. Las principales ocupaciones fueron Empleados de Ventas, Despachadores y Dependientes en Comercios, Comerciantes en Establecimientos y Conductores de Autobuses, Camiones, Camionetas, Taxis y Automóviles de Pasajeros, obteniendo un salario promedio mensual de \$4,500 Mx a \$6,000 Mx. En cuanto al acceso a los servicios de salud la alcaldía de Xochimilco cuenta con 30 unidades médicas, instituciones de salud como IMSS, INSABI, ISSSTE, IMSS BIENESTAR, Pemex, Defensa o Marina, además del Hospital Materno Infantil Xochimilco, así como la Clínica Hospital de Especialidades Toxicológicas Xochimilco y la Unidad Médica del Reclusorio Preventivo Varonil Sur, entre otros. No obstante, las Instituciones del sector salud público, los recursos materiales, las instalaciones y en muchos casos incluso el personal es insuficiente para poder cubrir la demanda de todos los derechohabientes; sin embargo, este es un hecho es considerado un problema a nivel nacional. Lo mismo ocurre con la atención odontológica que brindan estas Instituciones, ya que a pesar de que se realizan tratamientos curativos, estos tienden a ser limitados por la falta de recursos dentro de las instalaciones por lo tanto se trata de realizar actividades preventivas, así como la difusión de esta entre la población en general. Por lo que concierne a las viviendas en Xochimilco, aquellas que predominan son las casas propias, se logra entender al conocer que en la alcaldía la mayoría de las personas hereda las propiedades de sus antecesores. Esto se relaciona de forma directa con la distribución poblacional entre el número de casas, así como el número de ocupantes por cuarto, lo cual se maneja con una relación tan proporcional. Sin embargo, hay quienes son menos favorecidos, y la vivienda en donde se habitan es de tamaño reducido y limitante al contar únicamente con una habitación, siendo éste un espacio insuficiente para el desarrollo de las personas, aunado a eso, es común que este tipo de cuartos no cuenten con los servicios básicos, incrementando las condiciones de precariedad. En relación con la morbilidad dentro de la alcaldía, aquella que predomina se relaciona directamente con eventos traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas durante el 2020 y en quinto lugar es el COVID-19.

3.16 Laboratorio de diseño y comprobación Tepepan perteneciente a la UAM

La Universidad Autónoma Metropolitana (UAM) fue fundada en 1974 en la Ciudad de México; es una universidad pública y posee un alto prestigio. La institución tiene como propósito estar profundamente ligada al entorno social y humano, conservándose a la vanguardia, en constante investigación y reinención de la educación superior.²⁷ En la Unidad Xochimilco el modelo de enseñanza tiene como objetivo la formación de profesionales que se involucren en la solución de los problemas sociales.²⁸ En enero de 1976 se realiza el proyecto de los Laboratorios de Diseño y Comprobación de Sistemas Estomatológicos, iniciando en ese mismo año sus labores las clínicas de Tláhuac y Nezahualcóyotl un año más tarde en 1977 abren sus puertas las clínicas de San Juan Tepepan y San Lorenzo Atemoaya. Formando así las 4 clínicas que brindarían servicios Estomatológicos a las comunidades cercanas.²⁹ Estos Laboratorios de Diseño y Comprobación o Clínicas Estomatológicas son espacios universitarios donde los alumnos integran, aplican y comprueban los conocimientos teóricos que son aplicados en la clínica.³⁰

El laboratorio de diseño y comprobación Tepepan se ubica en:

Francisco Villa s/n, entre las calles Emiliano Zapata y Ignacio Zaragoza, delegación Xochimilco, en la CDMX.

Organización

El laboratorio de diseño y comprobación (LDC) se conforma por:

- Dirección
- Administración
- Archivo clínico
- 19 unidades dentales
- Unidades de rayos X
- Unidad de ortopantomografía
- Laboratorio de prótesis
- Almacén
- Vestidores

Recursos humanos (turno vespertino)

- Jefe de servicio
- Docente de apoyo
- Administrador
- Secretaria
- Personal de vigilancia
- Asistente dental
- Auxiliar de intendencia
- 6 pasantes asignados al servicio social

Programas de servicio

Los programas de atención con los que cuenta son:

- Programa de atención al infante.

Objetivo: Mejorar la salud bucal de la población infantil a través de la aplicación de medidas de protección específica, promoción de la salud y atención integral de los problemas de mayor prevalencia, como son: caries dental, periodontopatías y maloclusiones.

- Programa de atención al adulto.

Objetivo: Atender las necesidades de salud bucal de la población adulta y grupos específicos como gestantes y adultos mayores.

- Servicio en Urgencias.

Objetivo: Solución de problemas en la demanda espontánea para niños y adultos.

El LDC Tepepan cuenta con los programas de atención de:

	Atención integral al adulto	Atención integral al infante	Atención de emergencias estomatológicas
Días de atención	Lunes, Miércoles y Viernes	Martes y Jueves	Lunes a Viernes
Horarios en turno vespertino.	de 15:00 a 20:00 horas	de 15:00 a 20:00 horas	de 15:00 a 18:00 horas

3.17 Servicio estomatológico brindado en el Laboratorio de Diseño y Comprobación

Definición de los niveles de atención de servicios

Primer nivel:

1. Diagnóstico (Elaboración de Historia Clínica y actividades auxiliares de diagnóstico).
2. Fomento y educación para la salud (Enseñanza de Técnica de cepillado, detección de placa dentobacteriana y actividades en la salud).
3. Protección específica (Limpieza profesional, eliminación de sarro, control de biopelícula, aplicación tópica de flúor, aplicación de selladores de fosetas y fisuras).
4. Eliminación de focos sépticos bucales.
5. Detección precoz de lesiones malignas y benignas.

Segundo nivel. Actividades básicas:

1. Exodoncia de dientes temporales y permanentes.
2. Operatoria dental en niños y adultos. (obturación con amalgama y resina, colocación de incrustaciones, colocación de coronas de acero cromo y policarbonato).
3. Tratamiento de endodoncia en niños y adultos. (recubrimientos pulpares, pulpotomías, pulpectomías).
4. Tratamientos periodontales.
5. Tratamiento preventivo e interoceptivo de mala oclusión. (análisis de dentición mixta, actividades de ortodoncia preventiva y actividades de ortodoncia interoceptiva).

Tercer nivel:

1. Tratamiento de prótesis. (Parcial-Fija o Removible y Total).
2. Tratamientos Quirúrgicos. (periodontal, protésico, endodóntico y cirugía menor).

BIBLIOGRAFÍA

1. Universidad Autónoma Metropolitana. Clínicas Estomatológicas. Ciudad de México: UAM; 2019 [Consultado 30 jun 2023]. Disponible en: [Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco - Clínicas Estomatológicas \(uam.mx\)](http://www.uam.mx)
2. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Panorama Sociodemográfico de Ciudad de México, censo de Población y Vivienda. México: 2020 [Consultado 30 jun 2023]. Disponible en: [Panorama sociodemográfico de México \(inegi.org.mx\)](http://inegi.org.mx)
3. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Dirección General de Geografía y Medio Ambiente. Catálogo Único de Claves de Áreas Geoestadísticas Estatales, Municipales y Localidades. México: 2021 [Consultado 3 jul 2023]. Disponible en: [Marco geoestadístico - Catálogo único de claves de áreas geoestadísticas estatales, municipales y localidades \(inegi.org.mx\)](http://inegi.org.mx)
4. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Xochimilco Distrito Federal: cuaderno estadístico delegacional. México: 2000 [Consultado 3 Nov 2023].
5. Alcaldía de Xochimilco. Clima, flora y fauna de Xochimilco. Ciudad de México: Gobierno de la Ciudad de México; 2016 [Consultado 2 jul 2023]. Disponible en: [Flora y Fauna – Alcaldía Xochimilco \(cdmx.gob.mx\)](http://cdmx.gob.mx)
6. Gaceta Oficial de la Ciudad de México. Programa de acción climática a cargo de la Delegación Xochimilco. CDMX: 2018 [consultado 3 jul 2023]. Disponible en: [PACdel Xochimilco.pdf \(cdmx.gob.mx\)](http://cdmx.gob.mx)
7. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Principales resultados del censo de población de vivienda. CDMX: SEDECO; 2020 [consultado 3 jul 2023]. Disponible en: [Presentación de PowerPoint \(cdmx.gob.mx\)](http://cdmx.gob.mx)
8. Xochimilco: Economía, empleo, equidad, calidad de vida, educación, salud y seguridad pública [Internet]. Data México. [consultado 2 jul 2023]. Disponible en: <https://datamexico.org/es/profile/geo/xochimilco#calidad-vida-cuartos-dormitorios>
9. INEGI. Encuesta Telefónica de ocupación y empleo. Diseño conceptual. Ciudad de México;2020 [consultado 4 jul 2024]. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/investigacion/etoe/doc/etoe_diseno_conceptual.pdf
10. Argüelles M. Indicadores socioeconómicos. Ciudad de México: Universidad abierta y a distancia de México; 2014 [consultado 3 jun 2023].
11. INEGI. Panorama sociodemográfico de Ciudad de México: Censo de Población y Vivienda. México. 2020. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/702825197827.pdf
12. Centros de integración Juvenil, A.C. Estudios Básico de Comunidad Objetivo. 2018 [consultado 27 jun 2023]. Disponible en: <http://www.cij.gob.mx/ebco2018-2024/9441/9441CSD.html>
13. SEDESA. Agenda estadística 2017 [Internet]. Ciudad de México. 2018 [consultado 27 jun 2023]. Disponible en: http://data.salud.cdmx.gob.mx/portal/media/agenda_2017/publicacion.html
14. RTP, Ciudad de México – autobús Horarios, rutas y actualizaciones [Internet]. moovitapp.com. [consultado 27 jun 2023]. Disponible en: [https://moovitapp.com/index/es-419/transporte_p%C3%BAblico-lines Ciudad de Mexico-822-8909](https://moovitapp.com/index/es-419/transporte_p%C3%BAblico-lines-Ciudad-de-Mexico-822-8909)

15. VíaDF. Transporte público en Xochimilco [Internet]. Buscador del Transporte Público. Ciudad de México; [consultado 30 jun 2023]. Disponible en: <https://viadf.mx/directorio/ciudad-de-mexico/xochimilco/xochimilco>
16. Secretaría de Protección Civil. Atlas de peligros y riesgos de la Ciudad de México, Xochimilco [Internet]. Ciudad de México: CDMX: 2014 [consultado 15 jun 2023]. Disponible en: http://www.atlas.cdmx.gob.mx/mapas/MR_Xochimilco.pdf
17. CDMX. Publica SEMOVI Aviso de vialidades para la creación del nuevo corredor "Xochimilco" (Tasqueña - Milpa Alta) [Internet]. Secretaría de Movilidad de la CDMX. [consultado 30 jun 2023]. Disponible en: <https://www.semovi.cdmx.gob.mx/comunicacion/nota/publica-semovi-aviso-de-vialidades-para-la-creacion-del-nuevo-corredor-xochimilco-tasqueña-milpa-alta>
18. CDMX. Tren Ligero [Internet]. Servicio de Transportes Eléctricos de la Ciudad de México. [consultado 30 jun 2023]. Disponible en: <https://www.ste.cdmx.gob.mx/tren-ligero>
19. RTP. Rutas del módulo 3. [Internet]. Ciudad de México: Gobierno de la Ciudad de México; 2019 [Consultado 3 jul 2023]. Disponible en: <https://www.rtp.cdmx.gob.mx/storage/app/media/IMG/rutas/M3.jpg>
20. Transporte público Xochimilco - Ciudad de México | VíaDF [Internet]. Viadf.mx. 2022 [Consultado 30 jun 2023]. Disponible en: <https://viadf.mx/directorio/ciudad-de-mexico/xochimilco/xochimilco>
21. Ruta 5: horarios, paradas y mapas - Dirección Río de Los Remedios (Actualizado) [Internet]. moovitapp.com. [consultado 2 jul 2023]. Disponible en: https://moovitapp.com/index/es-419/transporte_p%C3%BAblico-line-5-Ciudad-de-Mexico-822-8907-179376-0
22. Xochimilco: Economía, empleo, equidad, calidad de vida, educación, salud y seguridad pública [Internet]. Data México. [consultado 2 jul 2023]. Disponible en: <https://datamexico.org/es/profile/geo/xochimilco#calidad-vida-cuartos-dormitorios>
23. Anuario estadístico y geográfico de la Ciudad de México 2017 [Internet]. Gob.mx. [consultado 2 jul 2023]. Disponible en: https://www.datatur.sectur.gob.mx/ITxEF_Docs/CDMX_ANUARIO_PDF.pdf
24. EBCO 2018 [Internet]. Disponible en: <http://www.cij.gob.mx/ebco2018-2024/9441/9441CSD.html>
25. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Mortalidad [Internet]. www.inegi.org.mx. [consultado 24 jun 2023] Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/programas/mortalidad/#Microdatos>
26. Veinte Primeras Causas de Morbilidad Hospitalaria (Agrupación de Lista Mexicana), 2020, ISSSTE [Internet]. OMINIS - Fundación Mexicana para la Salud, A.C.; 2022 [consultado 26 jun 2023]. Disponible en: <https://ominis.org/fuentes/veinte-primeras-causas-de-morbilidad-hospitalaria-agrupacion-de-lista-mexicana-2020-issste/>
27. Universidad Autónoma Metropolitana [Internet]. Ciudad de México: UAM; c2018; [consultado 2 jul 2023]. Disponible en: <http://www.uam.mx/lang/eng/index.html>
28. UAM. Diez años en el tiempo reseña histórica de la unidad Xochimilco 1974-1983, Universidad Autónoma Metropolitana unidad Xochimilco [Internet]. CDMX: Ed. UAM; 1985 [consultado 2 jul 2023] Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/34308/Distrito_Federal_013
29. UAM. Logros y Horizontes 35 años de compromiso Universidad Autónoma

- Metropolitana [Internet]. CDMX: 2009 [consultado 2 jul 2023].
30. López Z, Oscar M. et al. Una historia de la UAM sus primeros 25 años [Internet]. México D.F: UAM [consultado 2 jul 2023].

CAPÍTULO IV: INFORME NUMÉRICO NARRATIVO

Realice el Servicio social en el LDC Tepepan, perteneciente a la Universidad Autónoma Metropolitana. Las actividades que desempeñe se realizaron durante el turno vespertino; comenzando a las 15:00 hrs y finalizando a las 20:00 hrs, cubriendo un total de 5 horas diarias, de lunes a viernes a lo largo de los trimestres 22-P al 23-I.

Realice el servicio social en La forma en que se decidió trabajar con las otras cinco compañeras pasantes fue mediante la implementación de un rol, así los seis integrantes participábamos de forma activa en actividades tanto clínicas como administrativas. Con base en el rol atendía paciente cada tercer día, en los cuales realicé tratamientos que iban desde lo preventivo hasta lo quirúrgico, pasando naturalmente por la operatoria. Como parte de las actividades clínicas se apoyaba a los alumnos, tanto en procedimientos quirúrgicos, atención en pacientes de urgencia, en el manejo de control de conducta de pacientes pediátricos, en la toma de radiografías y en algunos casos se les explicaba la elaboración y correcto llenado de formatos oficiales de la clínica.

Dentro de las actividades administrativas de las cuales nos encontrábamos a cargo, se puede mencionar el Curso Introductorio teórico – práctico, Modulo de “ Salud Bucal” en el cual se abordan temas referentes al funcionamiento de los LDC, que se encuentra dirigido hacia los compañeros de nuevo ingreso, correspondientes al 4° trimestre de la licenciatura; así como la asignación de las unidades dentales a los equipos formados por los alumnos, y la supervisión de que en cada uno de ellos hubiese al menos un alumno de cada grado, además de la primer revisión general a los pacientes que acudían al LDC para su asignación con los alumnos. Como parte de estas mismas actividades se realizaba la supervisión de la asistencia y puntualidad de cada uno de los alumnos. Así como el correcto funcionamiento de las unidades dentales y sus componentes. Por otra parte, días específicos de cada trimestre se realizaba la revisión y el registro de las actividades que cada uno de los alumnos en una base de datos.

Actividades realizadas por trimestre

Actividades realizadas durante el trimestre 22-P

Actividad	Realizadas	Porcentaje
-----------	------------	------------

Diagnostico

• Historia Clínica	4	2,7
• Fichas de emergencia	10	6,7
• Análisis radiográfico	2	1,3
• Análisis de modelos	2	1,3
Subtotal	18	12%

Preventivas

• Profilaxis	4	1,6
• CPDB	4	1,6
• Remoción de sarro	4	1,6
• Aplicación de flúor	4	1,6
• Técnica de cepillado	4	1,6
Subtotal	20	8%

Intermedias

• Anestiasias	20	11,8
• Dique de hule	10	5,9
• Obturación provisional	23	13,6
• Farmacoterapia	10	5,9
• Toma de modelos	4	2,4
• Preparación para incrustación	4	2,4

• Preparación para corona	0	0,0
Subtotal	71	42%

Curativas

• Numero de conductos obturados	6	4,1
• Pulpotomías	2	1,4
• Pulpectomías	0	0,0
• Resinas	6	4,1
• Exodoncias	8	5,5
Subtotal	22	15%

Rehabilitación

• Cirugía	5	2,4
• Corona de metal porcelana	1	0,5
• Incrustación	2	1,0
• Corona de acero cromo	3	1,4
• Endoposte	3	1,4
• tratamiento periodontal	1	0,5
• Prótesis fija	1	0,5
• Prótesis removible	0	0,0
• Prótesis total	1	0,5
• Alta preventiva	2	1,0
• Alta operatoria	0	0,0
• Alta integral	2	1,0
Subtotal	21	10%

Administrativas		
• Curso introductorio LDC	1	0,9
• Registro y asignación de pacientes	2	1,7
• Manejo de pacientes	8	6,9
• Revisión de actividades	3	2,6
Subtotal	14	12%
Total	166	100%

Fuente: Bitácora de actividades por grupo realizadas durante el servicio social

Actividades realizadas durante el trimestre 22-0		
Actividad	Realizadas	Porcentaje
Diagnostico		
• Historia Clínica	2	1,5
• Fichas de emergencia	11	8,3
• Análisis radiográfico	2	1,5
• Análisis de modelos	1	0,8
Subtotal	16	12%
Preventivas		
• Profilaxis	2	1,6
• CPDB	2	1,6
• Remoción de sarro	2	1,6
• Aplicación de flúor	2	1,6
• Técnica de cepillado	2	1,6
Subtotal	10	8%

Intermedias

• Anestésias	35	16,3
• Dique de hule	16	7,5
• Obturación provisional	20	9,3
• Farmacoterapia	11	5,1
• Toma de modelos	4	1,9
• Preparación para incrustación	2	0,9
• Preparación para corona	2	0,9
Subtotal	90	42%

Curativas

• Numero de conductos obturados	5	3,0
• Pulpotomías	2	1,2
• Pulpectomías	0	0,0
• Resinas	6	3,6
• Exodoncias	12	7,2
Subtotal	25	15%

Rehabilitación

• Cirugía	20	5,6
• Corona de metal porcelana	1	0,3
• Incrustación	1	0,3
• Corona de acero cromo	4	1,1
• Endoposte	2	0,6
• Tratamiento periodontal	1	0,3

● Prótesis fija	0	0,0
● Prótesis removible	0	0,0
● Prótesis total	1	0,3
● Alta preventiva	2	0,6
● Alta operatoria	2	0,6
● Alta integral	2	0,6
Subtotal	36	10%

Administrativas

● Curso introductorio LDC	1	0,8
● Registro y asignación de pacientes	4	3,2
● Manejo de pacientes	6	4,8
● Revisión de actividades	4	3,2
Subtotal	15	12%

Total	192	100%
--------------	------------	-------------

Fuente: Bitácora de actividades por grupo realizadas durante el servicio social

Actividades realizadas durante el trimestre 23-I

Actividad	Realizadas	Porcentaje
Diagnostico		
● Historia Clínica	2	0,8
● Fichas de emergencia	23	8,9
● Análisis radiográfico	6	2,3
● Análisis de modelos	0	0,0
Subtotal	31	12%

Preventivas

● Profilaxis	2	1,6
● CPDB	2	1,6
● Remoción de sarro	2	1,6
● Aplicación de flúor	2	1,6
● Técnica de cepillado	2	1,6
Subtotal	10	8%

Intermedias

● Anestésias	20	9,7
● Dique de hule	15	7,2
● Obturación provisional	20	9,7
● Farmacoterapia	23	11,1
● Toma de modelos	8	3,9
● Preparación para incrustación	0	0,0
● Preparación para corona	1	0,5
Subtotal	87	42%

Curativas

● Numero de conductos obturados	19	7,3
● Pulpotomías	4	1,5
● Pulpectomías	2	0,8
● Resinas	8	3,1
● Exodoncias	6	2,3
Subtotal	39	15%

Rehabilitación		
• Cirugía	9	3,2
• Corona de metal porcelana	6	2,1
• Incrustación	0	0,0
• Corona de acerocromo	4	1,4
• Endoposte	4	1,4
• Tratamiento periodontal	1	0,4
• Prótesis fija	1	0,4
• Prótesis removible	0	0,0
• Prótesis total	0	0,0
• Alta preventiva	1	0,4
• Alta operatoria	0	0,0
• Alta integral	2	0,7
Subtotal	28	10%
Administrativas		
• Curso introductorio LDC	1	0,9
• Registro y asignación de pacientes	2	1,7
• Manejo de pacientes	8	6,9
• Revisión de actividades	3	2,6
Subtotal	14	12%
Total	209	100%

Fuente: Bitácora de actividades por grupo realizadas durante el servicio social

Concentrado anual de actividades de Julio (22-P) del 2022 a Agosto (23-I) 2023

Concentrado anual de actividades de Julio (22-P) del 2022 a Agosto (23-I) 2023		
Actividad	Realizadas	Porcentaje
Diagnostico		
• Historia Clínica	8	1,5
• Fichas de emergencia	44	8,1
• Análisis radiográfico	10	1,8
• Análisis de modelos	3	0,6
Subtotal	65	12%
Preventivas		
• Profilaxis	8	1,6
• CPDB	8	1,6
• Remoción de sarro	8	1,6
• Aplicación de flúor	8	1,6
• Técnica de cepillado	8	1,6
Subtotal	40	8%
Intermedias		
• Anestésias	75	12,7
• Dique de hule	41	6,9
• Obturación provisional	63	10,7
• Farmacoterapia	44	7,5
• Toma de modelos	16	2,7
• Preparación para incrustación	6	1,0
• Preparación para corona	3	0,5

Subtotal	248	42%
----------	-----	-----

Curativas

• Numero de conductos obturados	30	5,2
• Pulpotomías	8	1,4
• Pulpectomías	2	0,3
• Resinas	20	3,5
• Exodoncias	26	4,5
Subtotal	86	15%

Rehabilitación

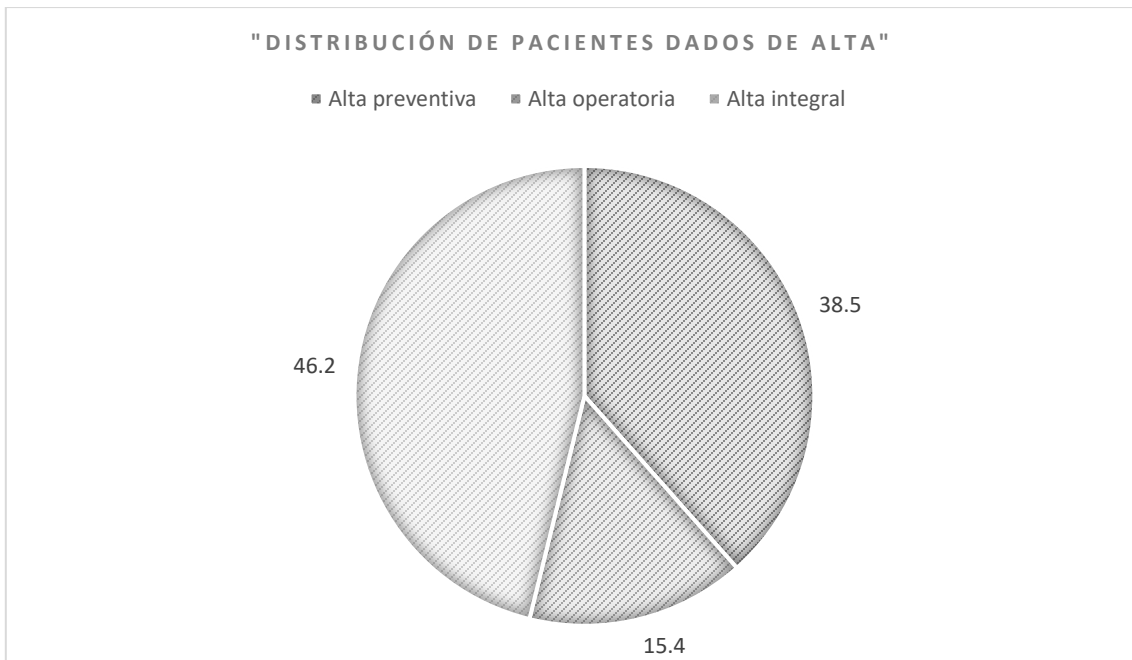
• Cirugía	34	4,0
• Corona de metal porcelana	8	0,9
• Incrustación	3	0,4
• Corona de acero cromo	11	1,3
• Endoposte	9	1,1
• Tratamiento periodontal	3	0,4
• Prótesis fija	2	0,2
• Prótesis removible	0	0,0
• Prótesis total	2	0,2
• Alta preventiva	5	0,6
• Alta operatoria	2	0,2
• Alta integral	6	0,7
Subtotal	85	10%

Administrativas

• Curso introductorio LDC	3	0,8
• Registro y asignación de pacientes	8	2,2

• Manejo de pacientes	22	6,1
• Revisión de actividades	10	2,8
Subtotal	43	12%
Total	567	100%

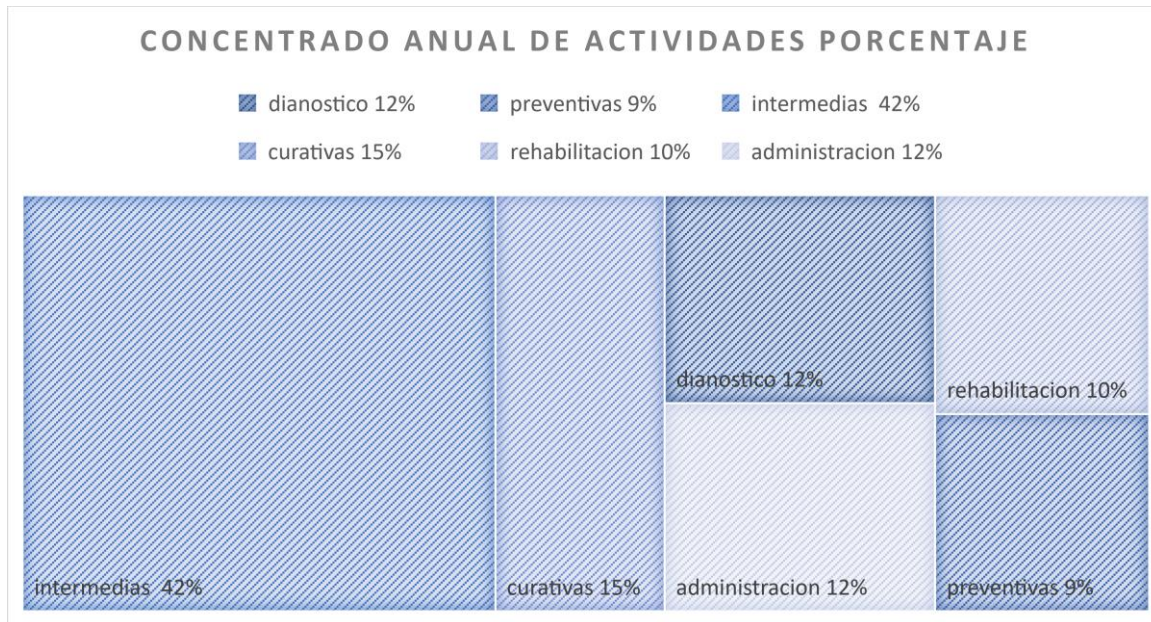
Fuente: Actividades globales realizadas durante el servicio social



Distribución de pacientes dados de Alta

Tipo de alta	No.	Porcentaje (%)
Alta preventiva	5	38,5
Alta operatoria	2	15,4
Alta integral	6	46,2
Total	13	100%

Fuente: Tipo de altas durante el servicio social



Fuente: Actividades durante el servicio social

CAPITULO V: ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Como se puede observar, la mayoría de las actividades desempeñadas durante el tiempo en el que realice el Servicio Social fueron aquellas consideradas como intermedias; evidentemente el resultado obtenido se debe a que en este apartado se concentran actividades básicas como las anestias locales y/o la colocación de diques de hule en los dientes a tratar. Dado que estas actividades son los pilares fundamentales para la continuación de otros tratamientos, tanto curativos como de diagnóstico, es que se realizan con una frecuencia más elevada. Como se presenta en el mismo gráfico; las actividades curativas abarcan el segundo lugar del total de las realizadas, lo cual es directamente proporcional con la falta de cultura de prevención dentro de la población en general. Dentro de esta categoría, las actividades que se realizaron con mayor frecuencia fueron tratamientos de conductos, seguidas de las restauraciones con resinas, siendo que en ambos casos el agente etiológico se pudo controlar mediante el seguimiento y control de la higiene bucal. Las actividades de diagnóstico se posicionaron en el tercer lugar, en estas actividades principalmente se desarrollaron aquellos elementos básicos para la determinación de las patologías que se hacían presentes, como son: las distintas proyecciones radiográficas con su interpretación, el análisis y estudio de los modelos, así como la elaboración de Historias clínicas a cada uno de los pacientes que se presentaban, en éstos formatos se registraban datos de relevantes, así como la realización de una minuciosa inspección de todos y cada uno de los componentes

del sistema estomatognático, esto con la finalidad de poder determinar un diagnóstico preciso y encaminado hacia el tratamiento más adecuado. Dentro de este rubro diagnóstico se encuentran las fichas de emergencia, en las cuales de la misma forma se realizaban diagnósticos, con todos aquellos auxiliares que fueran necesarios, además de una breve anamnesis para descartar posibles complicaciones sistémicas y de esa manera no poner en riesgo la seguridad e integridad del paciente.

En cuanto a las actividades clínicas se encuentran aquellas conducentes a la rehabilitación; estas comprenden en su mayoría a restauraciones protésicas, manejo quirúrgico, así como las altas de forma integral y preventiva. En este aspecto debe considerarse la importancia de la cooperación e interés de los pacientes sobre sus tratamientos odontológicos. En último lugar; dentro de este rubro clínico, se encuentran aquellas enfocadas a la prevención. La práctica de estas labores se basa en la importancia para controlar y prevenir futuras patologías. Debido a este hecho, en todo momento se les hizo énfasis a los pacientes sobre la importancia de realizar estas acciones. Con relación a las actividades administrativas, se observa que ocupan un lugar importante dentro del gráfico. Sin embargo, estas no representaron mayor complicación al momento de realizarlas, ya que se efectuaban de manera programada.

CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES

Mi estancia como pasante del turno vespertino en el Laboratorio de Diseño y Comprobación (LDC) Tepepan fue muy gratificante y enriquecedora, ya que en este centro estomatológico pude aplicar y reforzar los conocimientos obtenidos dentro del aula. Se realizaron diferentes actividades en el abordaje clínico y fuera de él, gracias a esta experiencia pude dar cuenta de las distintas habilidades que desarrollé al estar en constante contacto con los pacientes, enfrentarme al trato con otros sujetos jamás ha sido fácil, pero pude afinar mi sentido humanitario a través de la comprensión y el trato ameno.

Participar como pasante tuvo un impacto positivo en los estudiantes, dado que en muchos casos interveníamos como conexión entre ellos y los académicos, lo que se tradujo en una comunicación más fluida como resultado de la confianza generada, principalmente para brindar beneficios en la prestación de servicios a los pacientes.

El servicio social no solo es un requisito, también es un espacio, un tiempo, es la relación que establecemos con las personas con las que trabajamos y con aquellas a las que atendemos, el servicio es una experiencia muy completa en donde el conocimiento, la actitud y la práctica son la esencia de un buen profesionalista.

Dentro de este tuve la oportunidad de participar en la exposición del 2do. Concurso de carteles científicos en la XXI jornada de estomatología IMSS 2023. Con base a lo vivido en este periodo de un año como prestante de servicio social puedo decirles que me voy feliz, fue una experiencia muy satisfactoria donde también conoces personas increíbles de las cuales se aprendí mucho y Ver una sonrisa sana y sincera siempre fue mi mejor logro.