



UNIVERSIDAD PERUANA  
**CAYETANO HEREDIA**

Facultad de  
**ESTOMATOLOGÍA**

**PÉRDIDA DENTAL Y LA AUTOPERCEPCIÓN DE LA SALUD EN  
POBLADORES ADULTOS DE UNA COMUNIDAD RURAL DEL PERÚ**

**TOOTH LOSS AND SELF-PERCEIVED HEALTH IN ADULTS OF A  
PERUVIAN RURAL COMMUNITY**

TESIS PARA OPTAR POR EL TÍTULO PROFESIONAL DE CIRUJANO

DENTISTA

AUTORES:

DIEGO MOISÉS HUARCAYA HUACASI

LUCERO ALEXANDRA QUISPE ZAMBRANO

ASESOR:

MG. DIEGO JOSÉ PROAÑO FALCONÍ

LIMA – PERÚ

2021



## **JURADO**

Presidente: Dr. Pablo César Sánchez Borjas  
Vocal: Dr. Roberto Antonio León Manco  
Secretario: Dr. Daniel Kevin Pérez Álvarez

Fecha de Sustentación: 28 septiembre de 2021

Calificación: Aprobado

ASESOR DE TESIS

Mg. Diego José Proaño Falconí

Departamento Académico de Odontología Social

ORCID: 0000-0002-7836-2656

## **DEDICATORIA**

A nuestros padres, quiénes confiaron primero en nosotros y nos apoyaron de manera constante en estos 5 años de carrera universitaria, motivándonos a seguir adelante cada día.

## **AGRADECIMIENTOS**

A nuestra alma máter, Universidad Peruana Cayetano Heredia, y nuestros docentes que nos apoyaron, orientaron y formaron como grandes profesionales.

A nuestro asesor Mg. Diego Proaño, por su sabiduría, paciencia y constante guía en el proceso y culminación de nuestra tesis.

## DECLARACIONES Y CONFLICTO DE INTERÉS

Los autores declaran no tener conflictos de interés

## RESULTADO DEL INFORME DE SIMILITUD

### PÉRDIDA DENTAL Y LA AUTOPERCEPCIÓN DE LA SALUD EN POBLADORES ADULTOS DE UNA COMUNIDAD RURAL DEL PERÚ

#### INFORME DE ORIGINALIDAD

<b>22%</b>	<b>22%</b>	<b>1%</b>	<b>1%</b>
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

#### FUENTES PRIMARIAS

<b>1</b>	<b>renati.sunedu.gob.pe</b> Fuente de Internet	<b>16%</b>
<b>2</b>	<b>Submitted to Universidad Peruana Cayetano Heredia</b> Trabajo del estudiante	<b>1%</b>
<b>3</b>	<b>www.nutricionhospitalaria.org</b> Fuente de Internet	<b>1%</b>
<b>4</b>	<b>americanae.aecid.es</b> Fuente de Internet	<b>&lt;1%</b>
<b>5</b>	<b>www.gustavobeliz.org.ar</b> Fuente de Internet	<b>&lt;1%</b>
<b>6</b>	<b>pesquisa.bvsalud.org</b> Fuente de Internet	<b>&lt;1%</b>
<b>7</b>	<b>prezi.com</b> Fuente de Internet	<b>&lt;1%</b>
<b>8</b>	<b>www.scielo.org.co</b> Fuente de Internet	<b>&lt;1%</b>

## **TABLA DE CONTENIDOS**

**RESUMEN**

**ABSTRACT**

<b>I. INTRODUCCIÓN</b>	<b>1</b>
<b>II. OBJETIVOS</b>	<b>4</b>
<b>III. MATERIALES Y MÉTODOS</b>	<b>5</b>
<b>IV. RESULTADOS</b>	<b>10</b>
<b>V. DISCUSIÓN</b>	<b>12</b>
<b>VI. CONCLUSIÓN</b>	<b>17</b>
<b>VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>18</b>
<b>VIII. TABLAS, GRÁFICOS Y FIGURAS</b>	<b>22</b>
<b>IX. ANEXOS</b>	

## RESUMEN

**Antecedentes:** La pérdida dental afecta negativamente en la autopercepción de niños, adultos y ancianos. Hay una escasez de estudios basados en comunidades rurales, como las localizadas en el Perú. **Objetivo:** Determinar la asociación entre pérdida dental y autopercepción de salud de los pobladores adultos de una comunidad rural del Perú durante el 2018. **Métodos:** Estudio transversal. Los datos analizados fueron solicitados al Departamento Académico de Odontología Social de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH), donde la muestra final seleccionada fue de 177 pobladores del Asentamiento Humano Fray Martín de Porras que presentaron de 18 a más años. Las variables principales fueron autopercepción de salud y pérdida dental, y las co-variables evaluadas fueron sexo, grupo etario, nivel académico, situación de pareja, motivo de última visita odontológica, tiempo desde última visita odontológica y frecuencia de cepillado. El análisis se realizó en Stata® v16.0 con un 95% de confianza y diferencia significativa cuando el valor de  $p < 0.05$ . **Resultados:** De 177 registros, se encontró una asociación positiva entre pérdida dental con mala salud autopercebida, donde la pérdida mayor a 12 dientes tuvo (RP 2.67; IC95%:1.8-3.9) mayor probabilidad de tener mala salud autopercebida; pero al ajustar el modelo a las co-variables disminuyó la asociación (RP 1.17; IC95%:0.7-1.9). **Conclusión:** No se encontró una asociación entre número y prevalencia de pérdida dental con mala salud autopercebida.

**Palabras claves:** Salud bucal, pérdida de diente, autopercepción, odontología comunitaria.

### **ABSTRACT**

**Background:** Tooth loss negatively affects the self-perception of children, adults and the elderly. There is a dearth of studies based on rural communities, such as those located in Peru. **Objective:** To determine the association between dental loss and self-perception of health of adult inhabitants of a rural community in Peru during 2018. **Methods:** Cross-sectional study. The data analyzed were requested from the Academic Department of Social Dentistry of the Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH), where the final sample selected was 177 residents of the Fray Martín de Porras Human Settlement who were 18 years of age or older. The main variables were self-perception of health and dental loss, and the co-variables evaluated were sex, age group, academic level, relationship status, reason for last dental visit, time since last dental visit and frequency of brushing. The analysis was performed in Stata® v16.0 with 95% confidence and significant difference when the value of  $p < 0.05$ . **Results:** From 177 records, a positive association was found between dental loss with poor self-perceived health, where loss greater than 12 teeth had (PR 2.67; 95% CI: 1.8-3.9) greater probability of having poor self-perceived health; but when adjusting the model to the co-variables, the association decreased (PR 1.17; 95% CI: 0.7-1.9). **Conclusion:** No association was found between the number and prevalence of tooth loss with self-perceived poor health.

**Keywords:** Oral health, tooth loss, self-perception, community dentistry

## I. INTRODUCCIÓN

En la actualidad, la autopercepción de la salud es una herramienta factible para determinar el estado de salud con base en múltiples dimensiones, ya que esta proporciona una evaluación del estado de salud global; sin embargo, esta es afectada por la función física, existencia de limitaciones funcionales y la presencia de enfermedades, debido a que se basa en los factores psicológicos, sociales y biológicos (1). En el 2020 se realizó un estudio entre las afecciones orales más prevalentes del 2017 en las que predomina la caries no tratada en dientes permanentes, seguidas por la periodontitis severa, caries no tratada en dientes deciduos y pérdida total de dientes, secuencialmente (2). La caries dental y enfermedad periodontal son los principales problemas para la pérdida de dientes en niños, adultos y ancianos (3). El perder los dientes incide en la autoestima de las personas y en su comunicación con las demás, esto afecta especialmente a los jóvenes; influyendo así en su salud general (4). Por eso es importante evaluar la percepción que tiene la persona en cuanto a su salud oral, ya que su buena percepción contribuye al control de su salud, mejora de su calidad de vida e incremento notable de su autoestima. (5,6).

Un estudio realizado en Ecuador, donde se analizó la calidad de vida en adultos mayores en zonas rurales y urbanas, reportó que la percepción de salud es uno de los factores que influyen en la satisfacción con la calidad de vida de esta población y que los adultos mayores de zonas urbanas presentaron más sensibilidad ante una mala percepción de la salud que los de zonas rurales; pero este estudio se enfocó solo en adultos mayores (7). Asimismo, en otro estudio, donde se analizó la

percepción de salud en la región central de Colombia, se encontró que el 74.2% de los participantes reportaron una buena y muy buena percepción de su salud, además se halló una relación que las personas que residen en zonas urbanas o ciudades grandes presentan una mejor percepción de salud, esto puede deberse al acceso a servicios sociales; sin embargo, en el estudio predominó el grupo de 6 a 17 años (8). También un estudio realizado en estudiantes de pregrado en el 2003, refirió que los juicios de estos sobre las características personales de otros son influidos por la apariencia dental; así, un buen aspecto dental influye en conseguir puestos de trabajo, ya que el mal aspecto dento-facial puede generar una percepción negativa. Para medirlo se usaron fotografías de sujetos en un solo color y se dio lugar a dos grados de estado dental: un aspecto sin modificar (dientes sanos) y la otra con caries dental con cavidades en incisivos centrales superiores; pero este estudio solo se limitó a universitarios de pregrado (9). Un estudio realizado en Brasil, donde se analiza los factores de la auto percepción en base a la salud, se encontró que la auto percepción se relaciona con edad, bajos niveles de educación, raza, tabaquismo, consumo de alcohol, etc. También se pudo relacionar que la pérdida de dientes puede afectar la imagen personal y estética generando problemas psicosociales (10). Los factores relacionados a la autoimagen y valoración personal pueden causar un impacto negativo y afectar emocionalmente con respecto a la pérdida de los dientes, siendo la población adolescente las más afectada debido a la alimentación e incorrectos hábitos de higiene sumados a otros factores ambientales que modifican el contexto del individuo. Esto aumenta el riesgo de presentar una baja salud bucal, ocasionando caries y posteriormente la pérdida dental; desarrollando así problemas

de autoestima, trastornos y problemas psicosociales; no obstante, este estudio se centró únicamente en la población adolescente (11).

Los instrumentos más usados para medir la calidad de vida es el GOHAI (Geriatric Oral Health Assessment Index) y OHIP (Oral Health Impact Profile). En un estudio comparativo de GOHAI y OHIP en la población de edad avanzada de Líbano, donde se analizaron las capacidades psicométricas, se concluyó que ambos instrumentos presentaron buenas capacidades psicométricas, sin embargo, el GOHAI fue más discriminante y mejor para detectar problemas de la función oral y deterioro del estado dental; pero los datos solo se extrajeron de dos consultorios de atención médica de este país, por lo cual los resultados no pueden aplicarse a comunidades rurales u otras ciudades (12).

Debido a la escasa cantidad de estudios sobre la autopercepción respecto a la salud en una comunidad rural en el Perú, se planteó realizar un estudio sobre esta con la finalidad de que nuestro proyecto logre obtener datos estadísticos que puedan ser de base para que el Ministerio de Salud (MINSa) pueda proponer un plan de trabajo para mejorar la autopercepción general de las personas y que los regidores del pueblo puedan proponer planes preventivos respecto a la pérdida dental como los controles odontológicos mensuales y visitar viviendas si la persona no se va acercar al centro de salud el día citado. Por ese motivo el objetivo de este estudio es determinar la asociación entre la pérdida dental y la autopercepción de salud de los pobladores adultos de una comunidad rural del Perú durante el 2018.

## **II. OBJETIVOS**

### **Objetivo General**

Determinar la asociación entre la pérdida dental y la autopercepción de salud de los pobladores adultos de una comunidad rural del Perú durante el 2018.

### **Objetivos específicos**

1. Determinar las características de la población de adultos de una comunidad rural del Perú.
2. Comparar la autopercepción de la salud con el sexo, el grupo etario, la situación de pareja, el nivel académico, el dolor dental y el comportamiento del cuidado de la salud oral en una comunidad rural del Perú.
3. Evaluar el efecto del sexo, el grupo etario, la situación de pareja, el nivel académico, el dolor dental y el comportamiento del cuidado de la salud oral con respecto a la asociación entre la pérdida dental y la mala salud autopercebida en una comunidad rural del Perú.

### **III. MATERIALES Y MÉTODOS**

#### *Diseño de estudio, población y muestra*

El presente estudio fue de corte transversal. Los datos fueron solicitados de una fuente secundaria de las encuestas del proyecto de Waynanuna, el cual pertenece al voluntariado de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH) y fue apoyado por el Departamento Académico de Odontología Social (DAOS) de la Facultad de Estomatología de la UPCH. Estos han sido previamente recolectados del Asentamiento Humano Fray Martín de Porras del distrito de Yaután del departamento de Áncash. Se hizo la generalización de los datos hacia todos los residentes del A.H. Fray Martín de Porras, de la edad de 18 años a más, que residen permanentemente en este distrito. La unidad de análisis fueron los registros de los integrantes del hogar. Estos registros se obtuvieron mediante un muestreo no probabilístico tipo censo, y una encuesta directa (cara-a-cara).

Así, de los 493 pobladores que se registraron de las encuestas, 177 cumplían con nuestros criterios de inclusión, los cuales fueron tener los datos completos, registrar de 18 a más años con una residencia permanente en el A.H. Fray Martín de Porras. Y se excluyeron los registros con respuestas incongruentes o datos incompletos.

#### *Variables*

Los registros de la encuesta realizada por el equipo de Waynanuna en el 2018, se obtuvieron del DAOS de la Facultad de Estomatología de la UPCH. La misma, contó con un total de 32 preguntas de opción cerrada, de las cuales nosotros nos basamos en 7 preguntas que se distribuían en las secciones de “características de

hogar, educación y programas sociales” (p105, p106, p107), “salud, azúcar y servicios de salud” (p201, p205, p210, p214) y de la ficha de examen clínico bucal (Ver Anexos).

La variable dependiente fue la autopercepción de la salud de las personas, la cual se midió de forma cualitativa nominal dicotómica (buena, mala). Esta variable proviene de la pregunta 201, en la sección “salud, azúcar y servicios de salud” de la encuesta realizada por el equipo de Waynanuna en el 2018.

La variable independiente fue la pérdida dental, la cual se midió de forma cuantitativa discreta en escala de razón. Esta variable provino de los registros de examen clínico bucal que fueron codificados según el índice CPOD usando el criterio diagnóstico de la Organización Mundial de la Salud, donde para este estudio se consideró solo el componente de dientes perdidos. Estos fueron realizados por el equipo de Waynanuna. Se consideró como diente perdido cuando se perdió debido a caries. Además, se midió de forma categórica cualitativa dicotómica nominal, la cual fue recategorizada como: hasta 12 dientes perdidos ( $\leq 12$ ), más de 12 dientes perdidos ( $> 12$ ); este corte se basó en el arco dental reducido (13,14).

Asimismo, dentro de las covariables se consideró: sexo (hombre, mujer). Grupo etario (18-29, 30-59, 60 a más años) es una variable cuantitativa discreta en escala de razón, definida como el tiempo vivido en años de la persona a la que se le realizó la encuesta (18 años a más), se obtuvo mediante la pregunta 105 de la sección “características del hogar, educación y programas sociales” de la encuesta; esta variable fue recategorizada en 18-29 años: Juventud, 30-59 años: Adulterez, 60 a más

años: Vejez. Nivel académico (sin nivel, educación inicial, primaria, secundaria, superior) es una variable categórica cualitativa politómica ordinal, definido como el último nivel educativo que ha terminado una persona, se obtuvo mediante la pregunta 107 de la sección “características del hogar, educación y programas sociales” de la encuesta; esta variable fue recategorizada en tres categorías: sin nivel, educación básica, educación superior. Situación de pareja (conviviente, casado/a, viudo/a, divorciado/a, separado/a, soltero/a) es una variable categórica politómica en escala nominal, definida por las relaciones de la persona ya sea de matrimonio o de parentesco, se obtuvo mediante la pregunta 106 de la sección “características del hogar, educación y programas sociales” de la encuesta; esta variable fue recategorizada en dos categorías: Sin pareja y con pareja. Experiencia de dolor dental, la cual se evaluó mediante el motivo de última visita odontológica que se obtuvo del cuestionario de “salud, azúcar y servicios de salud” en la pregunta 210; siendo esta recategorizada en dos categorías: Dolor o extracción y no dolor ni extracción. Comportamiento de cuidado de la salud oral, la cual se evaluó mediante el tiempo desde última visita odontológica y frecuencia de cepillado que se obtuvo del cuestionario de “salud, azúcar y servicios de salud” en la pregunta 205 y 214, respectivamente. Tiempo desde última visita odontológica es el tiempo en la que el individuo se atendió por última vez (años) y es una variable cuantitativa discreta en escala de razón, se obtuvo del cuestionario de “salud, azúcar y servicios de salud” en la pregunta 205; el cual fue recategorizado en tres categorías: Hace 5 años o nunca; hace 2 años o más, pero menos de 5 años; y en el último año. Frecuencia de cepillado (no se cepilla, una vez al día, dos veces al día, tres veces al día, cuatro veces o más al día) es una variable cualitativa politómica nominal, definida como

la frecuencia con la que una persona se cepilla los dientes, se obtuvo del cuestionario de “salud, azúcar y servicios de salud” en la pregunta 214; esta variable fue recategorizada en dos categorías: Menos de 2 veces al día o no se cepilla ( $< 2$  veces o no) y de 2 veces a más al día ( $\geq 2$  veces a más).

### *Plan de análisis*

Al realizar el análisis de todos los datos se usó el programa estadístico Stata® v16.0, el cual fue brindado a los estudiantes de UPCH, con un 95% de confianza. Primero se realizó un análisis descriptivo mediante la obtención de las frecuencias absolutas y relativas de las variables cualitativas (autopercepción de la salud de las personas, pérdida dental: ( $\leq 12$ ) y ( $> 12$ ), sexo, grupo etario, nivel académico, situación de pareja, motivo de última visita odontológica, tiempo desde última visita odontológica. frecuencia de cepillado), y la obtención de la media y desviación estándar para la variable cuantitativa (pérdida dental).

Luego, se analizó la salud autopercebida de las personas y la categoría más de 12 dientes perdidos, según las co-variables mencionadas anteriormente, mediante la prueba estadística chi-cuadrado de Pearson. También se analizó el número de dientes perdidos según sexo, situación de pareja, motivo de última visita odontológica, frecuencia de cepillado que presentaron dos categorías; mediante la prueba de U de Mann-Whitney. Mientras que las co-variables como grupo etario, nivel académico, tiempo desde última visita odontológica que presentaron tres categorías se analizaron mediante la prueba de Kruskal-Wallis.

Finalmente, se analizó la asociación de pérdida dental con respecto a la mala salud autopercebida mediante la regresión de Poisson y se reportaron razones de prevalencia (RP) en un modelo crudo y ajustado. Se ajustó la prevalencia y número de dientes perdidos con todas las co-variables intervinientes (sexo, grupo etario, nivel académico, situación de pareja, motivo de última visita odontológica, tiempo desde última visita odontológica, frecuencia de cepillado) y se observó que tanto afectan la asociación con la mala salud autopercebida. Se reportó intervalos de confianza al 95% y se determinó una asociación significativa cuando el valor de  $p < 0.05$ .

Respecto a las consideraciones éticas, este estudio presentó la aprobación de la Unidad Integrada de Gestión de Investigación, Ciencia y Tecnología de las Facultades de Medicina, Estomatología y Enfermería; además del Comité Institucional de Ética de la UPCH, la cual fue aprobada el 24 de septiembre del 2020.

#### IV. RESULTADOS

La muestra de este estudio fue de 177 registros de adultos  $\geq 18$  años de una comunidad rural del Perú.

En la Tabla 1, se pudo observar que la mayor parte de los participantes pertenecieron al sexo femenino (58.2%), al grupo de la adultez (61.0%), tuvieron un nivel académico superior (41.2%), tenían pareja (80.8%), su última visita al odontólogo no fue por dolor ni extracción (61.6%), indicaron que su última visita odontológica fue hace 5 años o nunca asistieron a una (41.8%), tuvieron una frecuencia de cepillado mayor o igual a 2 veces al día (58.8%), presentaron hasta 12 dientes perdidos (73.5%), y una de cada tres personas presentaron una mala salud autopercebida (32.2%).

En la Tabla 2, se mostró que la mala salud autopercebida fue más común en mujeres (37.9%), grupo de vejez (68.8%). sin nivel académico (72.7%), sin pareja (32.4%), no dolor ni extracción (34.9%), los que indicaron que su última visita odontológica fue hace 5 años o nunca (40.5%), y con frecuencia de cepillado menor de 2 veces al día o no se cepillaron (32.8%). Las categorías vejez y sin nivel fueron más comunes en tener una mala salud autopercebida.

En la Tabla 3, se observó un mayor promedio del número de dientes perdidos en mujeres ( $x= 10.4$ ); grupo de vejez ( $x=19.8$ ); sin nivel académico ( $x=18$ ); sin pareja ( $x=11.6$ ); los que su última visita al odontólogo fue por dolor o extracción ( $x=10.4$ ); los que indicaron que su última visita odontológica fue hace 2 años o más, pero

menos de 5 años ( $x=11.7$ ); y, en los participantes que tuvieron una frecuencia de cepillado menor de 2 veces al día o no se cepillaron ( $x=9.9$ ). En cuanto a más de 12 dientes perdidos, se mostró que el mayor porcentaje se dio en las mismas categorías mencionadas anteriormente, con excepción de la frecuencia de cepillado que fue mayor o igual de 2 veces al día (26.9%). Las categorías vejez y sin nivel fueron más comunes en tener más de 12 dientes perdidos.

En la Tabla 4, se encontró una asociación positiva entre los participantes que presentaron una pérdida dental, en número y prevalencia, con la mala salud autopercebida. Aquellos con una pérdida dental mayor a 12 dientes tuvieron (RP 2.67; IC95%:1.8-3.9) mayor probabilidad de tener una mala salud autopercebida que los que tuvieron hasta 12 dientes perdidos; pero al ajustar el modelo a las co-variables sexo, grupo etario, situación de pareja, nivel académico, motivo de última visita odontológica, tiempo desde la última visita odontológica y frecuencia de cepillado, disminuyó la asociación (RP 1.17; IC95%:0.7-1.9).

## V. DISCUSIÓN

En el hallazgo principal del presente estudio no se encontró una asociación entre número y prevalencia de pérdida dental con la salud autopercebida. Además, las personas del grupo vejez y sin nivel académico presentaron mayor pérdida dental en prevalencia (68.8% y 66.7%, respectivamente), y número de dientes perdidos en promedio (19.8 y 18, respectivamente).

Hay ciertas limitaciones que deben ser abordadas. Primero, este estudio es de tipo transversal, lo que impide determinar una causalidad (15). Segundo, se presentó un sesgo debido a la falta de representatividad de la población, ya que la muestra se limitó a la población adulta; existiendo diferencias con la población blanco. Tercero, se presentó un sesgo de confusión, ya que existen variables de confusión que pueden estar influyendo en la relación entre las variables principales (16). Finalmente, la pregunta sobre autopercepción de salud de la encuesta que se realizó, solo se remite a la respuesta del participante; por lo que este pudo haber mentido.

Una de las razones por las cuales no encontramos asociación entre pérdida dental, en número o prevalencia, con mala salud autopercebida podría deberse a que hay otras variables repercutiendo con mayor importancia. En coincidencia, el estudio de Jiménez, Esquivel y González (17), encontró que la percepción de salud bucal de ancianos no estuvo asociada con tener o no dientes ni con el estado de salud general, ya que la mayoría utilizaba prótesis que suplían en buena medida los dientes faltantes. Sin embargo, en un estudio de una población rural de Pernambuco (18), sí se encontró una asociación entre pérdida dental y salud bucal negativa

autopercebida, donde el impacto fue mayor con pérdidas superiores a 12 dientes. Esta asociación puede deberse a que hubo una muestra más grande y más variables empleadas que en nuestro estudio; además, por las mismas condiciones desfavorables en esta zona rural. Asimismo, según Valentim, Weschenfelder y Ceriotti, (19) la pérdida dental fue percibida como un problema para la vida de adultos con pérdida dental parcial (posterior o anterior / posterior) y ancianos edéntulos sin rehabilitación protésica o con rehabilitación en una sola arcada, cuando traía limitaciones de masticación, apariencia física, vida social y hubo dolor. No obstante, en este mismo estudio, indicaron que adultos con pérdida dental posterior, los cuales no les afecta en la masticación, estética y no había dolor, no percibieron que afectaba sus vidas. Caso contrario, según Unfer, Braun, Silva et al. (20), la pérdida dental en la población de la tercera edad (55-84 años) disminuye la capacidad de masticar y tragar adecuadamente los alimentos, comprometiendo su salud general y bienestar.

Respecto a las categorías vejez y sin nivel académico que fueron las más comunes en tener mala salud autopercebida, un estudio realizado en España observó que, a mayor edad, la salud autopercebida empeora; especialmente al aumentar la dependencia (21). También, otro estudio realizado por Kaleta, Polańska, Dziańkowska et al. (22), indicó que el rango de edad más afectado por una autopercepción negativa fue la de 45 a más. Así como, se encontró que esta percepción fue peor en grupos de mayor edad (23). Estos hallazgos concuerdan con los nuestros, ya que la etapa vejez presentó una mayor salud autopercebida negativa. En cambio, un estudio en Brasil (24), indicó que personas de 80 años o más tenían

menos posibilidades de autoevaluación de mala salud bucal. Acerca del nivel educativo, las personas que presentaban un menor grado tuvieron una autopercepción negativa (22). Asimismo, Giacomozzi, Palmiere, Gargiulo et al., indicaron que los de nivel de educación bajo tuvieron 50% de salud negativa percibida (23) y la prevalencia de esta percepción fue menor en educación superior (25). Esto coincide con nuestro estudio, ya que se encontró que a menor nivel educativo se presenta mayor autopercepción negativa.

En cuanto, a vejez y sin nivel académico, que fueron las más comunes en tener mayor número y prevalencia de dientes perdidos, el estudio de Hordonho, Santos, Moura et al. (18), encontraron que hubo una asociación fuerte de pérdida dental con grupos de edad mayor (50-59 años), teniendo aproximadamente 10 veces más prevalencia de dientes perdidos superior a 12, que los de 20-29 años. Esto coincide con nuestro estudio, ya que aproximadamente siete de cada diez personas en etapa de vejez presentaron más de 12 dientes perdidos. De igual modo, Tomar, Menon, Singh et al. en la zona rural de Muradnagar (India), la experiencia media de pérdida dental se incrementó con el aumento de la edad. Además, el grupo de edad de 65-74 años, obtuvo un promedio de 12 dientes perdidos. Nuestro estudio coincide con esto, pero tuvo un promedio 1.65 veces mayor de dientes perdidos (19.8). Con respecto al nivel académico, siguiendo con el estudio de Tomar, et al. (26), la pérdida dental disminuyó a medida que aumentaba el nivel educativo. Asimismo, los analfabetos seguidos de los que presentaron educación primaria en zona rural, obtuvieron mayor pérdida dental. Lo mismo afirmó Gomes, Gondinho, Silva et al. (27), donde la menor escolaridad se asoció con pérdida dentaria, principalmente en

los que perdieron hasta 12 dientes, incluidos los frontales; y, los que perdieron más de 12 dientes. Asimismo, un estudio en Chile (28), indicó que los individuos con nivel educativo bajo tuvieron peores niveles de edentulismo, número de dientes y dentición funcional. Estos estudios concuerdan con el nuestro, siendo el menor nivel académico el que presentó mayor prevalencia en la pérdida de más de 12 dientes.

Respecto a la prevalencia de pérdida dental según edad, en el estudio de Batista, Lawrence, Sousa et al. (29) en adultos de 20-64 años (Brasil), se observó que hubo mayor prevalencia en la pérdida de hasta 12 dientes excluyendo los primeros molares e incluyendo uno o más dientes anteriores (44.6%), que la pérdida de más de 12 dientes (31.5%). Un estudio similar de Gomes et al. (27) en adultos 35-44 años (Brasil), la cual tuvo mayor muestra, se presencié la misma relación de prevalencia, pero la pérdida de hasta 12 dientes incluyendo muelas y uno o más dientes frontales fue mayor (58%) y la pérdida de más de 12 dientes fue menor (11.3%), con respecto al estudio de Batista et al (29). Nuestro estudio concuerda con esta relación de prevalencia, pero la pérdida de hasta 12 dientes fue mayor (73.5%) con respecto a los dos estudios mencionados.

Así, se sugieren soluciones políticas de salud para mejorar la salud autopercebida y estrategias sanitarias para prevenir y evitar la pérdida dental por enfermedades bucodentales, como intervenciones y capacitaciones según las necesidades de salud y edad de los habitantes para que haya mayor interés respecto a su salud; esto mediante el uso de programas para la mejora de salud gratuitos, brindando

diferentes tipos de atención según edad como chequeos y controles de manera constante. Consecuentemente, se sugiere que en las próximas investigaciones se realicen diseños longitudinales comparando grupos que habiten en zonas rurales y urbanas para determinar el efecto que causa la pérdida dental con respecto a su autopercepción de salud y observar variaciones.

## **VI. CONCLUSIÓN**

No existe asociación entre el número y prevalencia de pérdida dental con la salud autopercebida de los pobladores adultos de la comunidad Fray Martín de Porras, Yaután, Áncash durante el 2018. Asimismo, las características más resaltantes de la población fueron que más de la mitad presentó hasta 12 dientes perdidos y que una de cada tres personas presentaron una mala salud autopercebida. También, la mala autopercepción de salud se concentró mayormente en el sexo femenino, en la vejez, en aquellos sin nivel académico, sin pareja, sin dolor ni extracción, con última visita hace 5 años o nunca, y con una frecuencia de cepillado menor de 2 veces al día o no se cepillaron.

## VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bustos E, Fernández J, Astudillo C. Autopercepción de la salud, presencia de comorbilidades y depresión en adultos mayores mexicanos: propuesta y validación de un marco conceptual simple. *Biomédica*. 2017; 37(1):92-103.
2. Bernabé E, Marcenes W, Hernández C, Bailey J, Abreu L, Alipour V, et al. Global, Regional, and National Levels and Trends in Burden of Oral Conditions from 1990 to 2017: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease 2017 Study. *J Dent Res*. 2020; 99(4): 362–373.
3. Pardo F, Hernández L. Enfermedad periodontal: enfoques epidemiológicos para su análisis como problema de salud pública. *Rev Salud Pública*. 2018; 20 (2).
4. Velásquez L, Ortiz L, Cervantes A, Cárdenas Á, García C, Sánchez S. Calidad de vida relacionada con la salud oral en adultos mayores. Instrumentos de evaluación. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2014; 52(4):448-56.
5. Guayara L, Jimenez M, Novoa D, Vanegas G, Caycedo M. Autopercepción de la condición oral del paciente. *Journal odont col*. 2011; 4(7): 69-74.
6. Espinoza D. Estudio cualitativo sobre la autopercepción de la salud bucal en adultos mayores concurrentes al centro del adulto mayor del distrito de Barranco (ESSALUD) [Tesis posgrado]. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia-Facultad de Estomatología. 2014; 109p.

7. Arévalo , Game C, Padilla C, Wong N. Predictores de la Calidad de Vida Subjetiva en Adultos Mayores de Zonas Urbanas y Rurales de la Provincia del Guayas, Ecuador. *Información Tecnológica*. 2019; 30(5): 271-282.
8. Agudelo S, Giraldo A, Romero V. Percepción del estado de salud en la región central colombiana: Encuesta Nacional de Salud, 2007. *Rev salud pública*. 2012;14 (6): 899-911.
9. Newton J, Prabhu N, Robinson P. The impact of dental appearance on the appraisal of personal characteristics. *Int J Prosthodont*. 2003; 16(4): 429-434.
10. Pavão A, Werneck G, Campos M. Autoavaliação do estado de saúde e a associação com fatores sociodemográficos, hábitos de vida e morbidade. *Cad Saúde Pública*. 2013; 29(4): 723-734.
11. Cerón X. Relación de la calidad de vida y salud oral en la población adolescente. *Rev CES Odont*. 2018; 31(1): 38-46.
12. El Osta N, Tubert S, Hennequin M, Bouabboud N, El Osta L, Geahchan N. Comparison of the OHIP-14 and GOHAI as measures of oral health among elderly in Lebanon. *Health Qual Life Outcomes*. 2012; 10:131.
13. Calatrava L. Arco dental reducido. ¿Son realmente necesarios 28 dientes en la población adulta? *Acta Odontol. Venez*. 2004, 42(2).
14. Arvelo B, Haggard K. Arco dental reducido, una alternativa para el paciente adulto. *Acta Odontol. Venez*. 2000,39 (1).

15. Álvarez G, Delgado J. Diseño de Estudios Epidemiológicos. I. El Estudio Transversal: Tomando una Fotografía de la Salud y la Enfermedad. *Bol Clin Hosp Infant Edo Son.* 2015; 32(1): 26-34.
16. Manterola C, Otzen T. Los sesgos en investigación clínica. *Int J Morphol.* 2015; 33(3): 1156-1164.
17. Jiménez J, Esquivel R, González A. La percepción de salud bucal como medida de la calidad de vida en ancianos. *Rev ADM.* 2003; 60(1): 19-24.
18. Hordonho P, Santos E, Moura C, Soares R, Cimoës R. Factors associated with tooth loss among adults in rural areas in the state of Pernambuco, Brazil. *Rev Cien Saude Colet.* 2014; 19(2): 581-590.
19. Valentim F, Weschenfelder H, Ceriotti R. Tooth loss experiences in adult and elderly users of Primary Health Care. *Rev Cien Saúde Colet.* 2019; 24(1):169-180.
20. Unfer B, Braun K, Silva C, Pereira L. Self-perception of the loss of teeth among the elderly. *Interface (Botucatu).* 2006;10(19):217-226.
21. Morcillo V, Cáceres A, Dominguez P, Rodriguez R, Torijano M. Desigualdades en la salud autopercebida de la población española mayor de 65 años. *Gac Sanit Gac Sanit.* 2014;28(6):511–521.
22. Kaleta D, Polańska K, Dziankowska E, Hanke W, Drygas W. Factors influencing self-perception of health status. *Cent Eur J Public Health.* 2009;17(3):122-127.
23. Giacomozzi C, Palmiere L, Gargiulo L, Lo Noce C, Lannucci L, Di Lonardo A, Vannucchi S, Onder G, Colivicchi F, Giampaoli S,

- Donfrancesco C. The Perceived Health Status from Young Adults to Elderly: Results of the MEHM Questionnaire within the CUORE Project Survey 2008–2012. *Int J Environ Res Public Health*. 2020; 17(7): 1-16.
24. Bof F, Severo D, Frazao P, Oliveira Y, Lebrao M, Ferreira J. Oral health profile among community-dwelling elderly and its association with self-rated oral health. *Rev Bras Epidemiol*. 2018; 21: 1-14.
25. Loraine I, Rodrigues N, Costa G, Mendoza R. Autopercepção da saúde entre adultos e idosos usuários da Atenção Básica de Saúde. *Rev Cien Saúde Colet*. 2019; 24(1):45-52.
26. Tomar D, Menon I, Singh A, Tyagi U, Passi D, Goyal J. Comparative study of risk indicators associated with tooth loss among adult population in urban and rural areas of Muradnagar, Ghaziabad, Uttar Pradesh, India. *J Familia Med Pri Care*. 2019; 8:528-534.
27. Gomes-Filho V, Gondinho B, Silva-Junior M, Cavalcante D, Bulgareli J, Sousa et al. Tooth loss in adults: factors associated with the position and number of lost teeth. *Rev Saude Publica*. 2019; 53: 105.
28. Margozzini P, Berrios R, García-Huidobro R, Véliz C, del Valle C, Vargas J et al. Number of Remaining Teeth and Its Association with Educational Level in Chilean Adults: Data from the National Health Survey 2016-2017. *Int J Dent*. 2020.
29. Batista M, Lawrence H, Sousa M. Impact of tooth loss related to number and position on oral health quality of life among adults. *Health Qual Life Outcomes*. 2014; 12:16.

## VIII. TABLAS, GRÁFICOS Y FIGURAS

**Tabla 1.** Características de la población de adultos de una comunidad rural del Perú.

Variables	n ( $\bar{x}$ )	% (DE)
<i>Sexo</i>		
Hombre	74	41.8
Mujer	103	58.2
<i>Grupo etario</i>		
Juventud	37	20.9
Adultez	108	61.0
Vejez	32	18.1
<i>Nivel académico</i>		
Sin nivel	33	18.6
Educación básica	71	40.1
Educación superior	73	41.2
<i>Situación de pareja</i>		
Sin pareja	34	19.2
Con pareja	143	80.8
<i>Motivo de última visita odontológica</i>		
Dolor o extracción	68	38.4
No dolor ni extracción	109	61.6
<i>Tiempo desde última visita odontológica</i>		
Hace 5 años o nunca	74	41.8
Hace 2 años o más, pero menos de 5 años	32	18.1
En el último año	71	40.1
<i>Frecuencia de cepillado</i>		
< 2 veces al día o no se cepilla	73	41.2
≥ 2 veces a más al día	104	58.8
<i>Dientes perdidos</i>		
	(9.5)	(10.4)
> 12 dientes perdidos	47	26.6
≤ 12 dientes perdidos	130	73.5
<i>Salud autopercebida</i>		
Mala	57	32.2
Buena	120	67.8

**Tabla 2.** Comparación de la mala salud autopercebida con respecto a las características de la población de adultos de una comunidad rural del Perú.

Co-variables	Salud autopercebida						Valor p*
	Mala (32.2%)			Buena (67.8%)			
	n	%	IC 95%]	n	%	[IC 95%	
<i>Sexo</i>							0.057
Hombre	18	24.3	[15.8-35.4]	56	75.7	[64.6-84.2]	
Mujer	39	37.9	[28.9-47.6]	64	62.1	[52.4-71.0]	
<i>Grupo etario</i>							<0.001
Juventud	4	10.8	[4.1-25.6]	33	89.2	[74.4-95.9]	
Adultez	31	28.7	[20.9-37.9]	77	71.3	[62.0-79.1]	
Vejez	22	68.8	[50.9-82.4]	10	31.3	[17.6-49.1]	
<i>Nivel académico</i>							<0.001
Sin nivel	24	72.7	[55.2-85.2]	9	27.3	[14.8-44.8]	
Educación básica	24	33.8	[23.7-45.6]	47	66.2	[54.4-76.3]	
Educación superior	9	12.3	[6.5-22.1]	64	87.7	[77.9-93.5]	
<i>Situación de pareja</i>							0.983
Sin pareja	11	32.4	[18.8-49.6]	23	67.7	[50.4-81.2]	
Con pareja	46	32.2	[24.9-40.3]	97	67.8	[59.7-75.0]	
<i>Motivo de última visita odontológica</i>							0.338
Dolor o extracción	19	27.9	[18.5-39.8]	49	72.1	[60.2-81.5]	
No dolor ni extracción	38	34.9	[26.5-44.3]	71	65.1	[55.7-73.5]	
<i>Tiempo desde última visita odontológica</i>							0.101
Hace 5 años o nunca	30	40.5	[29.9-52.1]	44	59.5	[47.9-70.1]	
Hace 2 años o más, pero menos de 5 años	10	31.3	[17.6-49.1]	22	68.8	[50.9-82.4]	
En el último año	17	23.9	[15.4-35.3]	54	76.1	[64.7-84.6]	
<i>Frecuencia de cepillado</i>							0.356
< 2 veces al día o no se cepilla	24	32.8	[23.1-44.5]	49	67.1	[55.5-76.9]	
≥ 2 veces a más al día	33	31.7	[23.5-41.3]	71	68.2	[58.7-76.5]	

\*Prueba de Chi-cuadrado

**Tabla 3.** Comparación entre el número de dientes perdidos y más de 12 dientes perdidos con respecto a las características de la población de adultos de una comunidad rural del Perú.

Co-variables	Número de dientes perdidos				> 12 dientes perdidos			
	$\bar{x}$	DE	[IC95%]	p	n	%	[IC95%]	p
<i>Sexo</i>				0.506 <sup>Ø</sup>				0.208*
Hombre	8.4	9.3	[6.3-10.6]		16	21.6	[13.6-32.5]	
Mujer	10.4	11.1	[8.2-12.5]		31	30.1	[21.9-39.7]	
<i>Grupo etario</i>				0.0001 <sup>¥</sup>				<0.001*
Juventud	2.2	2.0	[1.5-2.9]		0	0	-	
Adulthood	9.0	9.3	[7.3-10.8]		25	23.2	[16.1-32.1]	
Vejez	19.8	11.6	[15.6-23.9]		22	68.8	[50.9-82.4]	
<i>Nivel académico</i>				0.0001 <sup>¥</sup>				<0.001*
Sin nivel	18	11.4	[13.9-22.1]		22	66.7	[49.1-80.6]	
Educación básica	10.4	11.6	[7.6-13.1]		20	28.2	[18.9-39.8]	
Educación superior	4.9	4.4	[3.9-5.9]		5	6.9	[2.9-15.5]	
<i>Situación de pareja</i>				0.849 <sup>Ø</sup>				0.086*
Sin pareja	11.6	12.4	[7.3-15.9]		13	38.2	[23.6-55.4]	
Con pareja	9.1	9.8	[7.4-10.7]		34	23.8	[17.5-31.5]	
<i>Motivo de última visita odontológica</i>				0.055 <sup>Ø</sup>				0.496*
Dolor o extracción	10.4	10.2	[7.9-12.9]		20	29.4	[19.8-41.3]	
No dolor ni extracción	8.9	10.5	[6.9-10.9]		27	24.8	[17.5-33.8]	
<i>Tiempo desde última visita odontológica</i>				0.452 <sup>¥</sup>				0.403*
Hace 5 años o nunca	9.3	10.4	[6.9-11.7]		22	29.7	[20.4-41.1]	
Hace 2 años o más, pero menos de 5 años	11.7	12.1	[7.4-16.1]		10	31.3	[17.6-49.1]	
En el último año	8.8	9.6	[6.5-11.1]		15	21.1	[13.1-32.2]	
<i>Frecuencia de cepillado</i>				0.715 <sup>Ø</sup>				0.894*
< 2 veces al día o no se cepilla	9.9	10.6	[7.4-12.4]		19	26.0	[17.2-37.3]	
≥ 2 veces a más al día	9.3	10.3	[7.3-11.3]		28	26.9	[19.2-36.3]	

\*Prueba de Chi-cuadrado

<sup>Ø</sup> Prueba de Mann-Whitney

<sup>¥</sup>Prueba de Kruskal-Wallis

**Tabla 4.** Asociación de pérdida dental con respecto a la mala salud autopercebida de la población de adultos de una comunidad rural del Perú.

Variables	Mala salud autopercebida			
	Asociación no-ajustada		Asociación ajustada	
	RP <sup>a</sup>	[IC 95%]	RP <sup>a,b</sup>	[IC 95%]
Dientes perdidos				
≤ 12 dientes	1	1	1	1
> 12 dientes	2.67	[1.8–3.9]*	1.17	[0.7–1.9]
Número de dientes perdidos	1.04	[1.0–1.1]*	1.01	[0.9–1.0]

<sup>a</sup> Se realizó la regresión de Poisson y se reportan razones de prevalencia (RP).

<sup>b</sup> Se ajusta la asociación a las co-variables sexo, grupo etario, situación de pareja, nivel académico, motivo de última visita odontológica, tiempo desde última visita odontológica y frecuencia de cepillado.

\*p<0.001

## IX. ANEXOS

-Sección de “Características de hogar, educación y programas sociales”



**UNIVERSIDAD PERUANA CAYETANO HEREDIA**  
**WAYNANUNA - AL SON DE LA RISA**  
**ENCUESTA DE HOGARES Y SALUD ORAL - WAYNANUNA 2018**  
**CARACTERÍSTICAS DEL HOGAR, EDUCACIÓN Y PROGRAMAS SOCIALES**

Código de entrevistador \_\_\_\_ Etapa \_\_\_\_ Vivienda \_\_\_\_ Hogar \_\_\_\_

¿Participaron de la encuesta? \_\_\_\_

Incompleta \_\_\_\_ Rechazo \_\_\_\_ Ausente \_\_\_\_ Vivienda desocupada \_\_\_\_ Otro \_\_\_\_

(101) N° ORDEN	(102) ¿CUÁL ES EL NOMBRE Y APELLIDO DE CADA UNA DE LAS PERSONAS QUE VIVEN PERMANENTEMENTE EN ESTE HOGAR?  (NO SE OLVIDE DE REGISTRAR A LOS MIEMBROS AUSENTES Y RECIÉN NACIDOS)		(103) ¿CUÁL ES LA RELACIÓN EN PARENTESCO CON EL JEFE(A) DEL HOGAR?  1) JEFE/JEFA 2) ESPOSA(O) 3) HIJO(A) 4) YERNO/ NUERA 5) NIETO/A 6) PADRES/ SUEGROS 7) OTROS PARIENTES 8) TRABAJADOR HOGAR 9) PENSIONISTA 10) OTROS NO PARIENTES	(104) ¿ESTÁ PRESENT E EN EL HOGAR 30 DÍAS O MÁS?  1)SI 2)NO	(105) SEXO  1)HOM 2)MUJ	(105) ¿QUÉ EDAD TIENE EN AÑOS CUMPLIDOS?  (MESES SOLO PARA MENORES DE 1 AÑO)		(106) ¿CUÁL ES SU ESTADO CIVIL O CONYUGAL?  1) CONVIVIENTE 2) CASADO(A) 3) VIUDO(A) 4) DIVORCIADO(A) 5) SEPARADO(A) 6) SOLTERO(A)	(107) ¿CUÁL ES EL ÚLTIMO AÑO O GRADO ACADÉMICO QUE APROBÓ?  1) SIN NIVEL 2) EDUCACIÓN INICIAL 3) PRIMARIA 4) SECUNDARIA 5) SUPERIOR	(108) ¿EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES DE (OCT A DIC) JUSTED O ALGÚN MIEMBRO DE SU HOGAR HA SIDO BENEFICIARIO DE ALCUNO DE LOS SIGUIENTES PROGRAMAS SOCIALES?  LEER PROGRAMAS NACIONALES (*)
	NOMBRE	APellidos	CÓDIGO	CÓDIGO	CÓDIGO	AÑOS	MESES	CÓDIGO	CÓDIGO	CÓDIGO
I			I							
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										

**PROGRAMAS NACIONALES (\*)**

- 1) WAWA WASI / CUNA MÁS - CUIDADO DIURNO
- 2) WAWA WASI/ CUNA MÁS - ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIAS
- 3) CONTRA LA VIOLENCIA FAMILIAR Y SEXUAL - CENTRO DE EMERGENCIA MUJER (CEN)
- 4) APOYO DIRECTO A LOS MÁS POBRES JUNTOS
- 5) PENSIÓN 65
- 6) ALFABETIZACIÓN - DIALFA (ANTES PRONAMA)
- 7) CAPACITACIÓN LABORAL JUVENIL "JÓVENES PRODUCTIVOS" (ANTES, ¡PROGRAMA DE CAPACITACIÓN LABORAL JUVENIL "JÓVENES A LA OBRA")
- 8) GENERACIÓN DE EMPLEO SOCIAL INCLUSIVO TRABAJA PERÚ
- 9) PROMOCIÓN DE OPORTUNIDADES LABORALES "IMPULSA PERÚ" (ANTES, PROGRAMA ESPECIAL DE RECONVERSIÓN LABORAL "VAMOS PERÚ")
- 10) BECA 18
- 11) OTRO/AI

-Sección de “Salud, azúcar y servicios de salud”



**UNIVERSIDAD PERUANA CAYETANO HEREDIA**  
**WAYNANUNA – AL SON DE LA RISA**  
**ENCUESTA DE HOGARES Y SALUD ORAL – WAYNANUNA 2018**  
**SALUD, AZÚCAR Y SERVICIOS DE SALUD**

Código de entrevistador \_\_\_\_ Etapa \_\_\_\_ Vivienda \_\_\_\_ Hogar \_\_\_\_ N° de orden \_\_\_\_

		MARCAR (X)				MARCAR (X)			
201	EN GENERAL, ¿CÓMO CALIFICARÍA SU SALUD HOY?	MUY BUENA		207	¿DÓNDE LE ATENDIERON LA ÚLTIMA VEZ?	SECTOR PÚBLICO			
		BUENA				HOSPITAL	MINSALUD		
		MALE					ESSALUD		
		MUY MALA					FFAA Y FNF		
		NO RESPONDE				OTRO MUNICIPAL			
		NO SABE				CENTRO/ PUESTO DEL MINSALUD			
DISCAPACIDAD		SÍ	NO						
202	TIENE UD. LIMITACIONES DE FORMA PERMANENTE, PARA:	1) ¿MOVERSE O CAMINAR, PARA USAR BRAZOS O PIERNAS?		208	EL GASTO REALIZADO FUE...	PAGADO POR ALGUN MIEMBRO DE ESTE HOGAR			
		2) ¿VER, AUN USANDO ANTEOJOS?				DONADO POR INSTITUCION PUBLICA			
		3) ¿HABLAR O COMUNICARSE, AUN USANDO EL LENGUAJE DE SEÑAS U OTRO?				DONADO POR INSTITUCION PRIVADA			
		4) ¿OIR, AUN USANDO AUDIFONO?				CUBIERTO POR EL SEGURO			
		5) ¿ENTENDER O APRENDER (CONCENTRARSE Y RECORDAR)?				OTRO (ESPECIFIQUE)			
		6) ¿RELACIONARSE CON LOS DEMAS, POR SUS PENSAMIENTOS, SENTIMIENTOS, EMOCIONES O CONDUCTAS?				NO SABE/ NO RESPONDE			
203	¿PADECE DE ALGUNA ENFERMEDAD O MALESTAR CRÓNICO? (ARTRITIS, HIPERTENSIÓN, ASMA, REUMATISMO, DIABETES, TUBERCULOSIS, VIH, COLESTEROL, ETC.)						MARCAR (X)		
204	¿ALGUNA VEZ EN SU VIDA, HA SIDO ATENDIDO/ A EN UN SERVICIO DENTAL O POR UN ODONTÓLOGO?		*						
USO DEL SERVICIO DENTAL		A	M						
205	¿HACE CUÁNTO TIEMPO FUE LA ÚLTIMA ATENCIÓN? REGISTRE: EN "AÑOS (A)", SI ES ≥ DE 2 AÑOS EN "MESES (M)", SI ES < DE 2 AÑOS					ENT.	DEC.		
RESPONDA SOLO SI LA RESPUESTA FUE NO EN 204, O >12M EN 205, SINO PASE A 207		SÍ	NO	209	¿CUÁNTO FUE EL MONTO TOTAL DEL SERVICIO DENTAL? (EN SOLES PERUANOS)				
206	¿CUÁLES SON LAS RAZONES POR LAS QUE NO ACUDIÓ A UN CENTRO O ESTABLECIMIENTO DE SALUD?	1-NO TUVO DINERO		210	¿CUÁL FUE EL MOTIVO DE CONSULTA DENTAL?				
		2-SE ENCUENTRA LEJOS							
		3-DEMORAN MUCHO EN ATENDER							
		4-NO CONFÍA EN LOS MÉDICOS							
		5-NO ERA GRAVE/ NO FUE NECESARIO							
		6-PREFIERE CURARSE CON REMEDIOS CASEROS							
		7-NO TIENE SEGURO							
		8-SE AUTO RECETO O REPITIO RECETA ANTERIOR							
		9-FALTA DE TIEMPO							
		10-POR EL MALTRATO DEL PERSONAL DE SALUD							
		11-OTRO							
				* 211	¿TIENE USTED SEGURO DE SALUD?	SÍ	NO		
				SI LA RSPTA FUE NO, PASE A LA 213.		MARCAR (X)			
				212	¿A QUÉ INSTITUCIÓN CORRESPONDE EL SEGURO QUE USTED TIENE?	SEGURO INTEGRAL DE SALUD (SIS)			
						ESSALUD / IPSS			
						FUERZAS ARMADAS O POLICIALES			
						ENTIDAD PRESTADORA			
						SEGURO PRIVADO			
						OTRO			

-Sección de “Salud, azúcar y servicios de salud”

COMPORTAMIENTO DE SALUD ORAL		Sí	No		
213	¿SE CEPILLA LOS DIENTES?				
		MARCAR (X)			
214	¿CUÁNTAS VECES AL DÍA SE CEPILLA LOS DIENTES?	1-UNA VEZ AL DÍA			
		2-DOS VECES AL DÍA			
		3-TRES VECES AL DÍA			
		4-CUATRO VECES O MÁS AL DÍA			
215	¿ÚSA CREMA DENTAL CUANDO SE CEPILLA LOS DIENTES?	Sí	No		
<b>CONSUMO DE AZÚCAR</b>					
216	¿EN LOS ÚLTIMOS 15 DÍAS DEL 01 AL 17 DICIEMBRE, UD. CONSUMIÓ ALGUNO DE LOS SIGUIENTES PRODUCTOS?	1-¿CASEOSA?			
		2-¿CAMELOS?			
		3-¿CHOCOLATES?			
		4-¿MERMEADA?			
		5-¿MIEL DE ABEJA?			
¿CON QUÉ FRECUENCIA CONSUMIÓ?		MARCAR (X)			
217	CASEOSA EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES	MENSUALMENTE O MENOS			
		SEMANALMENTE			
		DIARIAMENTE			
218	CAMELOS EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES	MENSUALMENTE O MENOS			
		SEMANALMENTE			
		DIARIAMENTE			
219	CHOCOLATES EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES	MENSUALMENTE O MENOS			
		SEMANALMENTE			
		DIARIAMENTE			
220	MERMEADA EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES	MENSUALMENTE O MENOS			
		SEMANALMENTE			
		DIARIAMENTE			
221	MIEL DE ABEJA EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES	MENSUALMENTE O MENOS			
		SEMANALMENTE			
		DIARIAMENTE			
<b>OTROS SERVICIOS DE SALUD</b>		Sí	No		
222	¿EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES UD. RECIBIÓ?	1-CONSULTA MÉDICA			
		2-MEDICINAS/INSUMOS			
		3-ANÁLISIS, RAYOS "X" /TOMOGRAFÍAS, EXÁMENES (HEMODIÁLISIS ETC..)			
		4-SERVICIO OFTALMOLÓGICO O COMPRA DE LENTES			
		5-CONTROL DE SALUD DE LOS NIÑOS O VACUNAS			
		6-HOSPITALIZACIÓN			
		7-INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA			
		8-CONTROL DE EMBARAZO O ATENCIONES DE PARTO			
		(223) EL GASTO REALIZADO POR...		(224) ¿CUÁNTO FUE EL MONTO TOTAL DEL SERVICIO? (Monto S/)	
		1- PAGADO POR ALGÚN MIEMBRO DEL HOGAR 2- DONADO POR INSTITUCIÓN PÚBLICA 3- DONADO POR INSTITUCIÓN PRIVADA 4- CUBIERTO POR EL SEGURO 5- OTRO 6- NO SABE/ NO RESPONDE		ENT.	DEC.

-Ficha de examen clínico bucal

UNIVERSIDAD PERUANA CAYETANO HEREDIA

DEPARTAMENTO ACADÉMICO DE ODONTOLOGÍA SOCIAL

FACULTAD DE ESTOMATOLOGÍA – VOLUNTARIADO WAYNANUNA

FICHA EXAMEN CLÍNICO BUCAL

I.- Código examinador:

II.- Nº Orden examinado:

III.- EXAMEN ESTOMATOLÓGICO:

IV.- REGISTRO DE CARIES DENTAL: (Encierre en un círculo el diente examinado)

NDPP =

NDPS =

DC =

DP =

DO =


Diente:	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
				55	54	53	52	51	61	62	63	64	65			

Diente:	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
				85	84	83	82	81	71	72	73	74	75			

nddp =

ndds =

dc =

de =

do =

Observaciones \_\_\_\_\_