



UNIVERSIDAD PERUANA  
**CAYETANO HEREDIA**

Facultad de  
**ESTOMATOLOGÍA**

**COMPARACIÓN DE LA PERCEPCIÓN DE LA SALUD BUCAL, ESTILO DE VIDA EN  
SALUD BUCAL Y USO DE CREMA DENTAL EN ESCOLARES DE 11-12 AÑOS DE EDAD  
DE LA COMUNA VEJLBY- RISSKOV- AARHUS-DINAMARCA Y DEL DISTRITO DE SAN  
MARTÍN DE PORRES-LIMA-PERÚ, AÑO 2020**

**A COMPARATIVE STUDY ABOUT ORAL HEALTH PERCEPTION, ORAL HEALTH  
LIFESTYLE AND USE OF TOOTHPASTE IN SCHOLAR CHILDREN BETWEEN 11 AND 12  
YEARS OF AGE IN TWO COMMUNITIES VEJLBY- RISSKOV - AARHUS DENMARK AND  
SAN MARTIN DE PORRES DISTRICT IN LIMA, PERÚ 2020.**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE  
CIRUJANO DENTISTA

AUTOR:

OCTAVIA ENCARNACION VILLANUEVA DELGADO

ASESOR:

MG. FLOR DE MARIA PACHAS BARRIONUEVO

LIMA – PERÚ

2023



## **JURADO**

Presidente:	Dr. Alexis Evangelista Alva
Vocal:	Dr. Pablo Cesar Sánchez Borjas
Secretario:	Dr. Carlos García Zavaleta
Fecha de sustentación:	24 de marzo de 2023
Calificación:	Aprobado

**ASESORES DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN**

**ASESOR**

Mg. Flor de María Pachas Barrionuevo

Departamento Académico de Odontología Social

ORCID: 0000-0003-0431-4755

## **DEDICATORIA**

A mi esposo, por su amor y apoyo constante.

A mi madre Florita que me enseñó la perseverancia, siempre motivándome a seguir adelante en este proceso de investigación.

## **AGRADECIMIENTOS**

A Dios, por ser la fuente de toda sabiduría y mi constante refugio en todo tiempo y circunstancia.

A mi asesora Flor María Pachas B, por ser mi guía constante en este proceso

Al Dr. Jorge Vásquez por tener palabras sabias para mí en todo tiempo.

## **FUENTES DE FINANCIAMIENTO**

El presente trabajo de tesis ha sido autofinanciado.

## **DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERÉS**

El autor declara no tener conflictos de interés.

# RESULTADO DEL INFORME DE SIMILITUD



UNIVERSIDAD PERUANA  
**CAYETANO HEREDIA**

Facultad de  
**ESTOMATOLOGÍA**

**COMPARACIÓN DE LA PERCEPCIÓN DE LA SALUD BUCAL, ESTILO DE VIDA EN SALUD BUCAL Y USO DE CREMA DENTAL EN ESCOLARES DE 11-12 AÑOS DE EDAD DE LA COMUNA VEJLBY- RISSKOV- AARHUS-DINAMARCA Y DEL DISTRITO DE SAN MARTÍN DE PORRES- LIMA-PERÚ, AÑO 2020**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE CIRUJANO DENTISTA**

AUTOR:

OCTAVIA ENCARNACION VILLANUEVA DELGADO

ASESOR:

MG. FLOR DE MARIA PACHAS BARRIONUEVO

LIMA – PERÚ

2023

COMPARACIÓN DE LA PERCEPCIÓN DE LA SALUD BUCAL, ESTILO DE VIDA EN SALUD BUCAL Y USO DE CREMA DENTAL EN ESCOLARES DE 11-12 AÑOS DE EDAD DE LA COMUNA VEJLBY- RISSKOV- AARHUS-DINAMARCA Y DEL DISTRITO DE

INFORME DE ORIGINALIDAD

**9%** INDICE DE SIMILITUD  
**9%** FUENTES DE INTERNET  
**2%** PUBLICACIONES  
**3%** TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	<a href="https://hdl.handle.net">hdl.handle.net</a> Fuente de Internet	1%
2	Submitted to Universidad Catolica De Cuenca Trabajo del estudiante	1%
3	<a href="https://repositorio.ucv.edu.pe">repositorio.ucv.edu.pe</a> Fuente de Internet	<1%
4	<a href="https://www.nutricionhospitalaria.org">www.nutricionhospitalaria.org</a> Fuente de Internet	<1%
5	<a href="https://www.researchgate.net">www.researchgate.net</a> Fuente de Internet	<1%
6	<a href="https://tesis.usat.edu.pe">tesis.usat.edu.pe</a> Fuente de Internet	<1%
7	<a href="https://worldwidescience.org">worldwidescience.org</a> Fuente de Internet	<1%
8	<a href="https://1library.co">1library.co</a> Fuente de Internet	<1%

## TABLA DE CONTENIDOS

	<b>Págs.</b>
I. INTRODUCCIÓN_	1
II. OBJETIVOS	9
III. MATERIALES Y MÉTODOS	10
III.1    Diseño del estudio	10
III.2    Población	10
III.3    Muestra	10
III.4    Definición operacional de variables.	11
III.5    Procedimiento y Técnica	13
III.6    Plan de Análisis	15
IV. RESULTADOS	17
V. DISCUSIÓN	27
VI. CONCLUSIONES	44
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	45
VIII. TABLAS	56
ANEXOS	



## ÍNDICE DE TABLAS

	<b>Pág.</b>
<b>Tabla 1:</b> Características sociodemográficas de la muestra de escolares de Perú (n=97) y Dinamarca (n=96)	56
<b>Tabla 2:</b> Percepción de salud bucal según sexo y nivel educativo de los padres en Perú.	57
<b>Tabla 3:</b> Percepción de salud bucal según sexo y nivel educativo de los padres en Dinamarca.	58
<b>Tabla 4:</b> Estilo de vida según sexo y nivel educativo de los padres en Perú.	59
<b>Tabla 5:</b> Estilo de vida según sexo y nivel educativo de padres en Dinamarca	60
<b>Tabla 6:</b> Comparación de la percepción de la salud bucal entre escolares de Perú y Dinamarca.	61
<b>Tabla 7:</b> Comparación del estilo de vida en salud bucal entre escolares Perú y Dinamarca.	62

## **LISTA DE ABREVIATURAS Y SÍMBOLOS**

<b>OMS:</b>	Organización Mundial de la Salud.
<b>WHO:</b>	World Health Organization.
<b>CPOS:</b>	Es la sumatoria de superficies permanentes, cariadas, perdidas y obturadas.
<b>ENDES</b>	Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.
<b>SIDISI</b>	Sistema Descentralizado de Información y Seguimiento a la Investigación.

## **RESUMEN**

**Antecedentes:** La percepción de salud bucal puede estar influenciada por el contexto social, cultural, acceso a servicios de salud, oportunidades entre otros.

**Objetivo:** Comparar la percepción de la salud bucal, estilo de vida en salud bucal en escolares de 11-12 años de la comuna Vejlbj- Risskov- Aarhus-Dinamarca y del distrito de San Martín de Porres-Lima-Perú. **Métodos y Materiales:** Estudio comparativo, transversal y prospectivo. Población 193 escolares de ambos sexos, seleccionados por muestreo no probabilístico. Variables: percepción de la salud bucal y estilo de vida en salud bucal. Covariables: nivel educativo y sexo. Se empleó el cuestionario de salud bucal de la OMS.

**Resultados:** La comparación de la percepción de la salud bucal halló diferencia significativa en las dos dimensiones (sobre los dientes y encías, problemas psicosociales), con un valor  $p < 0.05$ . En estilos de vida se encontró diferencias significativas en visita al dentista, prácticas de higiene (excepción palillos de plástico, con  $p = 0.0674$ ; bicarbonato, con  $p = 0.201$ ; palo de masticar, con  $p = 0.057$ ; cepillo dental, con  $p = 0.231$ ). No hubo diferencia significativa en el uso de crema dental ( $p = 1.00$ ). En el consumo de azúcares, si se halló diferencia con un  $p < 0.001$ . No se reportó el hábito de fumar en ambos países. Se mostro que, a mayor nivel educativo de los padres, la percepción y los estilos de vida de los escolares de ambos países tiende a mejorar. **Conclusión:** Existe inequidad en las percepciones de la salud bucal y estilo de vida de los niños de ambas instituciones educativas.

**PALABRAS CLAVE:** adolescente, estilos de vida saludables, inequidad social, salud bucal, encuesta de salud bucal.

## **ABSTRACT**

**Background:** The perception of oral health would be influenced by the social context, cultural context, and access to the health services, opportunities and so on.

**Objectives:** Compare the perception of the oral health, the lifestyle of the oral health in scholar children at the age between 11 and 12 years of age at Vejby-Risskov-Aarhus-Denmark and also at San-Martín de Porres district in Lima, Perú. **Materials**

**and Methods:** Comparative, transversal and prospective study. A total of 193 scholar children by any sex were selected by a randomized sample. Variables: Oral health perception and lifestyle in oral health. Co-Variables: Education level and sex. We used the oral health questionnaire from de OPS. **Results:** The comparison about the oral health, we've got a significant difference in two aspects (teeth-gums and psychosocial problems) with a P value of  $P < 0.05$ ; and with an exception that we lost one class ( $P = 0.079$ ). In the other aspect; lifestyle of oral health; we found significant contrasts, for example how many times they visit to the dentists and oral hygiene practices (with the exception of the use of toothpicks  $P = 0.0647$ ; bicarbonate  $P = 0.201$ ; chew stick  $P = 0.057$ ; toothbrushes with a  $P = 0.231$ ) We didn't find a significant difference between the use of toothpaste ( $P = 1.00$ ). While we could find a significant contrast in the intake of sugar with a  $P < 0.001$ . We didn't report any smoking tobacco between the two countries So, showing that; a best academic level from parent's perceptions and lifestyles of the scholar children going to improve. **Conclusion:** There is inequality in the perception of oral health and lifestyle of lives in both school children at Denmark and Perú. It's recommended to strengthen oral health policies and programs in schools.

**KEY WORDS:** Adolescents, health care lifestyles, social inequality, oral health, and oral health survey.

## **I. INTRODUCCIÓN**

La OMS define a la salud en términos de: “El estado del completo bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de afecciones o enfermedades” Es así como la salud es un derecho de todos. Asimismo, la equidad es la ausencia de diferencias injustas y evitables en grupos diversos desde el enfoque social, ambiental, económico, demográfico o por sus características de edad, género, discapacidad entre otros (1). La salud bucal es parte de la salud general no está libre de sufrir dolencias o afecciones y por tanto sus efectos repercute en la vida diaria, en aspectos funcionales (comer los alimentos, sonreír con libertad, hablar entre otros), de autoestima, de interrelación con otros, incluso en lo económico por los gastos que acarrea la familia. La cultura de un pueblo es otro factor importante porque influye en las conductas y creencias de cómo percibimos la salud.

Al respecto, Quinceno señala que la calidad de vida es “la percepción del bienestar físico, psicológico y social del niño o adolescente dentro de un contexto cultural específico de acuerdo con su desarrollo evolutivo y a sus diferencias individuales”. Goldwurm (citado por Quinceno) menciona que la percepción de un individuo incluye aspectos objetivos y subjetivos. El primero referido al estado de la vivienda, el trabajo, los ingresos, la educación, espacios físicos donde vive, el acceso a la red social y cultural, servicios de salud, el respeto a la democracia e igualdad de oportunidades entre otros. En cambio, lo subjetivo se vincula a la percepción del bienestar psicológico, físico, en lo social, logro de metas personales, valoración en diversas áreas de la vida, sea en la familia, el trabajo, la salud y otros.

En otras palabras, esto se traduciría en la percepción de bienestar en la alimentación, vivir libre de dolor, la capacidad de masticación, el sonreír libremente, e incluso a no sentirse incómodo al relacionarse con otros individuos (2). Es así que, la percepción es el conjunto de procesos cognitivos que nos permite recibir información a través de los sentidos para luego conformar una representación más o menos real del entorno (3). Las enfermedades bucales tienen un gran impacto en las personas que se traducen en términos de dolor, malestar, limitaciones en la masticación, limitaciones en la comunicación e insatisfacción en la condición estética (4).

Reinoso y Del Castillo mencionan que 54.3% de niños y el 46.2% de niñas entre 11-12 años perciben dolor en los dientes. Además, está afectada la condición de comer alimentos en un 76,8% y el de sonreír con un 74,1% (5).

Vallejo encontró que el 26% de los escolares de 11-12 años de cantón Azogues-Ecuador perciben que tienen dolor de muela y sangrado de encías y un 45.3% sufren un impacto en las condiciones orales por comer alimentos y un 26% para sonreír (6).

Arrúa, Cáceres, Giménez et al, encontraron que el 50% de niños percibe tener dolor dentario y el 48.6% percibe sangrado en las encías. Además, un 28% expresa tener problemas para comer cosas duras, 22% manifiesta que nunca se ausentado a la escuela por dolor de diente, 85% nunca sus compañeros se burlaron por sus dientes y un 84% que nunca ha tenido problemas para sonreír (7).

A partir del estudio de Marc Lalonde en 1974, “New perspectives on the health of Canadians”, se comienza a hablar de los determinantes de la salud de los individuos y de las poblaciones. Su perspectiva e investigación, marcó uno de los hitos más importantes dentro de la Salud Pública, al reconocer cuatro determinantes: estilos de vida, medio ambiente, biología humana, atención sanitaria (8). Los determinantes de la salud son factores y condicionantes que influyen en la salud general de los individuos. Así la salud bucodental es un indicador de la salud, el bienestar y la calidad de vida en general (9).

Si bien, las enfermedades bucodentales afectan aparentemente un área limitada del cuerpo, sus consecuencias e impactos afectan de manera global. Una mala salud bucodental conlleva a consecuencias desfavorables en el aspecto físico y psicosocial. Las enfermedades bucodentales son poco visibles y están ocultas a simple vista y usualmente suele percibirse como una consecuencia inevitable de la vida y del envejecimiento. La evidencia científica indica que estas enfermedades son evitables y que pueden ser prevenidas y reducidas con métodos muy sencillos y efectivos (10).

Cerón en una revisión de la literatura sobre la calidad de vida y salud oral en la población adolescente encontró que la salud oral afecta la calidad de vida en un 91,97 % (11).

En los países industrializados la caries dental y las enfermedades periodontales continúan siendo una de las principales causas de la enfermedad oral, en Salamanca-España por ejemplo la mejora de la salud oral se debe a un incremento de consumo de alimentos saludables y condiciones de vida y acceso a servicios de salud. En cuanto al consumo de alimentos hasta la fecha no se alcanzan niveles óptimos de consumo de leche, huevo, frutas, verduras entre otros (12). Otros países, no europeos tipo socialistas como Cuba, se observa deficiente higiene bucal en los niños de edad escolar, cuyas consecuencias repercute en el empleo de mayores recursos costosos para el tratamiento y rehabilitación posterior (13).

Contrariamente, en los últimos 30 años en los países de ingresos más altos se han logrado una mejora de la salud bucal, debido a la introducción de sistemas de salud bucal orientada a la prevención. Estos han establecido programas de salud pública, cambios de condiciones de vida, estilos de vida más saludables y mejoras en la práctica del cuidado personal. Petersen indica que los países de bajos y medianos ingresos como el África, Asia y América Latina tienen una falta de programas preventivos, además de sufrir limitaciones de personal especializado y la capacidad del sistema de salud que conlleva a solo el uso del servicio para síntomas y emergencias odontológicas (14).

En una investigación sobre equidad y determinantes sociales, Petersen y Kwan refieren que los perfiles de riesgos de los países están vinculados a la estructura de la sociedad, condiciones de vida, estilo de vida y la existencia de sistemas preventivos de salud bucal. Por ello, suele observarse que en los países de bajos y



medianos ingresos el nivel de enfermedades orales es alto, y más en grupos menos favorecidos. Los autores sugieren que es crítico que se realicen esfuerzos para abordar la inequidad social, modificando los factores de riesgo y estableciendo programas efectivos de prevención de la salud oral y deben contarse con mayores evidencias de las diferencias entre sociedades (15).

Durante los últimos 25 años, en los países nórdicos (Dinamarca, Noruega, Finlandia, Suecia) los estudios epidemiológicos y datos de la atención dental muestran una mejora debido a los programas preventivos que funcionan en las comunas municipales. Dinamarca es uno de los países con menor prevalencia de caries dental, pero se ha observado un incremento del CPOS desde los 9, 15 a 18 años, con valores que van desde 0.27, 1.97 y 4.4, respectivamente. Las investigaciones sugieren que se explicaría esta situación por los factores ambientales, socioculturales (migraciones), ingresos y las políticas de cada localidad (16). Existen 53 naciones que conforman la región de Europa, particularmente en los países de Alemania, Dinamarca e Inglaterra se muestran menor riesgo de caries dental, con un riesgo relativo de 0.3. Sin embargo, es preocupante que en las otras regiones la caries dental tenga valores de riesgo cercano a 3.5, superando la meta de la OMS (17). En Dinamarca desde el año 1972 entró en vigor la Ley de Cuidado Dental Infantil, el cual estableció un sistema de información de salud, cuyo propósito es evaluar la salud dental a nivel nacional, regional y local en niños de 5, 7, 12 y 15 años. Esto exige una participación de todos los niños a la atención dental municipal bajo responsabilidad de sus familias (18, 19, 20). Las familias suelen adoptar estilos de vida saludables, pero también adopta

comportamientos no favorables. En una investigación de aspectos nutritivos, se indica que el consumo de frutas y verduras en Dinamarca es 645 gramos per cápita por día, es decir existe un consumo diario óptimo (21). En países vecinos como Noruega se ha reportado consumo de bebidas azucaradas de 1.3 veces a la semana y tendencias a incrementarse (22). La dieta junto al consumo de tabaco y otras conductas no saludables contribuyen al 30% de carga de enfermedad en daneses (23). En cuanto a higiene oral se reporta que las niñas danesas (11 años: 82% y 13 años 84 %) se cepillan más frecuentemente que los niños (11 años:79 % y 13 años: 79%) por lo menos dos veces al día. Esta práctica disminuye en los grupos con menor nivel económico (72%), respecto a los de mayor poder adquisitivo (24).

A diferencia de esta situación expuesta, en el Perú la salud bucal tiene valores alarmantes, cerca del 90 % de la población padece de caries dental, enfermedades periodontales y maloclusiones. Se estima que un niño a los 12 tiene comprometidas unas 6 piezas con caries (25). En el 2011, en un estudio se mostró que cerca del 80% de niños de 12 años presenta caries dental, y por encima del 75% de éstos niños presentan entre regular y mala higiene bucal, los cuales viven en zonas urbanas periféricas a Lima (26). En el 2020 la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) identificó que el 29.1 % de niños entre 6 a 11 años a nivel nacional, realizan buenas prácticas de salud bucal, con mayor proporción en zona urbana 27.3% que en rural 19.0%, pero en Lima Metropolitana alcanza un valor de similar al nacional (27). En cuanto al hábito de higiene, el 98.19% de niños de 1 a 11 años usan pasta dental como parte de la práctica de higiene bucal (28). La OMS

refiere que actualmente las pastas dentales fluoradas son accesibles a la mayoría de la población mundial y esta ha favorecido a la reducción de la caries dental (29).

Respecto al uso de servicios odontológicos, ENDES encontró que el 22,1% de niños de 6 a 12 años recibió atención odontológica. Sobre la ingesta de frutas es baja (4 días a la semana) con un promedio de 2 porciones al día en sujetos de 15 años a más. Solo el 11% de la población consume 5 frutas al día, de acuerdo con los lineamientos de salud (27). La OMS advierte que los azúcares libres favorecen al desarrollo de enfermedades no transmisibles como obesidad, diabetes y las enfermedades dentales (30). En el Perú, el consumo de gaseosas en adolescentes es de 71.4% y un 37.33% consume de forma excesiva (31).

Otro factor de riesgo que incide sobre la salud bucal es el hábito de fumar. Perú reportó en el 2016 que un 19% de la población tiene este hábito. Según el sexo es más frecuente en hombres con un 38% (27). El Instituto Nacional de Dinamarca reportó que en adolescentes existe un mínimo porcentaje que fuman cigarrillos, debido a las políticas de restricción (24).

Para comparar las diferencias, similitudes o tendencias en salud oral, la OMS desde el año 2013, publicó una propuesta de un cuestionario de salud oral, con el propósito de obtener datos que sirvan para la investigación y generar evidencias de la percepción de la salud bucal, estilo de vida (dieta, conductas en salud oral, exposición al uso de flúor en pastas dentales y uso de los servicios de salud bucal)

en niños y adultos. Cada país puede optar por usar estas herramientas o adaptarlas a su realidad (31).

En este sentido el presente estudio permitió responder a la pregunta de investigación:

¿Existe diferencias en la percepción de la salud bucal, los estilos de vida y uso de crema dental en los escolares de 11-12 años de la comuna Vejlbjy- Risskov- Aarhus- Dinamarca y del distrito de San Martin de Porres –Lima –Perú?

Los resultados contribuyeron con información actualizada en el campo de la salud pública bucal de dos contextos sociales distintos y reconocer la iniquidad en la salud bucal y proponer mejoras en lineamientos de políticas de salud en el ámbito de las escuelas.

## **II. OBJETIVOS**

### **Objetivo General**

Comparar la percepción de la salud bucal, el estilo de vida en salud bucal en escolares de 11-12 años de edad de la comuna Vejlbj- Risskov- Aarhus-Dinamarca y del distrito de San Martín de Porres-Lima-Perú 2020.

### **Objetivos Específicos**

1. Determinar la percepción de la salud bucal en escolares de 11-12 años de la comuna Vejlbj- Risskov- Aarhus-Dinamarca y del distrito de San Martín de Porres-Lima-Perú, en las dimensiones de percepción de los dientes y encías y percepción psicosociales según sexo y el nivel educativo de los padres.
2. Determinar el estilo de vida en niños de 11-12 años de la comuna Vejlbj- Risskov- Aarhus-Dinamarca y del distrito de San Martín de Porres-Lima-Perú, en las dimensiones visita al dentista, práctica de higiene oral, consumo de azúcares, hábito de fumar y uso de crema dental, según sexo y el nivel educativo de los padres.

### **III. MATERIALES Y METODOS**

#### **III.1 Diseño del estudio**

Estudio comparativo, observacional, prospectivo de cohorte transversal.

#### **III.2 Población**

La población estuvo constituida por escolares de 11 y 12 años de edad, de dos instituciones educativas estatales de zona urbana, en ambos países Perú, Departamento de Lima, distrito de San Martín de Porres y de la comuna Vejlbj- Risskov- Aarhus-Dinamarca.

#### **III.3 Muestra:**

La muestra fue no probabilística, es decir de conveniencia. De acuerdo con lo sugerido por la OMS, se usó el método “exploratorio/pathfinder”. Este método sugiere que por cada edad índice sea de 25 a 50 sujetos por cada muestra dependiendo de la prevalencia y la severidad de la enfermedad (32). Se escogió dos instituciones educativas estatales en ambos países, las que facilitaron desarrollar la investigación, incluso en la época de la pandemia de COVID-19. Se contactó con las autoridades del colegio Gran Unidad Escolar 3158 José Granda para llevar a cabo la investigación, a fines del 2019. En Dinamarca, las coordinaciones se realizaron en el primer semestre del 2020. Se trabajó con un total de 193 escolares entre 11-12 años de edad que fueron encuestados. En Perú fueron 97 escolares y 96 a Dinamarca.

Los criterios de inclusión fueron escolares de 11-12 años matriculados en las instituciones educativas año 2020, de ambos sexos, con autorización de sus padres u apoderados y los niños que otorgaron asentimiento. En Perú, los escolares que no respondieron a la encuesta de Google fueron excluidos, por la emergencia sanitaria de la pandemia (67). En cambio, en Dinamarca no hubo exclusión porque la encuesta se aplicó de manera presencial y en formato físico dado que las escuelas en Dinamarca solo mantuvieron confinamiento por alrededor de tres meses (68)

#### **III.4 Definición operacional de variables.**

**La percepción de la salud bucal.** - “Es la sensación interior que resulta de una impresión material hecha por nuestros sentidos o sensaciones externas” (33). Es así como, la percepción es el conjunto de procesos cognitivos que nos permite recibir información a través de los sentidos para luego conformar una representación más o menos real del entorno (3). Para el caso de las enfermedades bucales, la percepción tiene un gran impacto en las personas que se traducen en términos de dolor, malestar, limitaciones en la masticación, limitaciones en la comunicación e insatisfacción en la condición estética (4). Variable cualitativa, nominal. Esta se dividió en dos dimensiones: Percepción sobre los dientes y encías y percepción de problemas psicosociales. Variable cualitativa, nominal. La descripción se muestra en el Anexo 1.

**Estilo de vida en salud bucal.** - Se entiende a “la forma de vivir de las personas; se relaciona estrechamente con la esfera conductual y motivacional del ser humano, por lo tanto, alude a la forma personal en que el hombre se realiza como ser social en condiciones concretas y particulares” (34). En salud bucal está referido a las conductas del sujeto en cuanto al acudir a un establecimiento de salud, hábito alimenticio, hábito de fumar, hábito de higiene entre otros. Variable que se dividió en cuatro dimensiones: Visita al dentista, práctica de higiene bucal, consumo de azúcares, hábito de fumar y uso de crema dental (28). Tipo cualitativa, nominal. La descripción se muestra en el Anexo 1.

### **Covariables**

**Nivel educativo de los padres.** - Un nivel de educación se entiende como “una serie ordenada de categorías que corresponden en términos generales a los conocimientos, destrezas y capacidades que se exigen de los participantes para que puedan terminar con éxito los programas de esas categorías” (35). A través de la encuesta de la OMS se recogió el nivel educativo de los padres. Variable cualitativa, ordinal. La descripción se muestra en el Anexo 1.

**Sexo:** Es la “condición orgánica masculina o femenina en el ser humano” (36). Variable cualitativa, dicotómica. Escala masculino y femenino.



### **III.5 Procedimiento y Técnica**

La técnica utilizada fue la encuesta, el instrumento un cuestionario. Esta fue de tipo estructurada y con preguntas cerradas, de acuerdo con lo establecido por la OMS (32).

#### **Fase 1. Coordinación con escuela y autorización a padres**

Se tomó contacto con el líder o autoridad educativa para poder tener acceso a la realización del estudio. En Perú, la coordinación se efectuó en el último semestre del año 2019. Posteriormente, se envió una carta formal en el 2020, donde se especificó el motivo del estudio y el compromiso ético (Anexo 2). En Dinamarca igualmente se coordinó con la autoridad educativa para solicitar la autorización de la aplicación de la encuesta de salud bucal (Anexo 2). Asimismo, se solicitó a los padres de los participantes de ambas escuelas mediante una carta formal (Anexo 3). Durante la aplicación de la encuesta (virtual-físico), se informó al estudiante que era libre de participar (Anexo 4)

#### **Fase 2. Traducción de la encuesta**

El cuestionario de salud bucal en niños de versión en inglés de la WHO (Anexo 5) fue utilizado en su versión original, pero se retiró el número de identificación del participante. Los niños de Dinamarca hablan y escriben en danés e inglés, como parte de su formación educativa. Por lo cual en este grupo se utilizó en la versión original de WHO. Para la aplicación en Perú, el cuestionario fue utilizado en su versión traducida al español. Esta

traducción fue realizada por un traductor oficial de Dinamarca Miss. Beatriz Papasetti.

### **Fase 3. Utilización y aplicación de la encuesta.**

La WHO (es decir, la Organización Mundial de La Salud) diseñó un cuestionario para la autoevaluación de la salud bucal. Tiene como ventaja ser de bajo costo y de aplicación rápida con una duración aproximadamente de 20 minutos. Está conformado por 14 preguntas estructuradas, de fácil comprensión y con alternativas cerradas. De acuerdo con la recomendación de las WHO (32), el cuestionario debe probarse previamente para evaluar la validez y aceptabilidad de las preguntas. El instrumento utilizado en este estudio fue validado en una investigación previa en Perú. Morales menciona que se debe tomar los valores de Alpha de Cronbach global de 0,70 que es un valor aceptable, basado en lo citado por Huh, Delorme y Reid (2006) quienes indican que para estudios confirmatorios debe estar entre 0,7 y 0,8. En Perú, Morales al utilizar la encuesta de la OMS encontró un valor Alpha de 0,81 y un coeficiente de correlación intraclase de 0,92 que son valores que indican una consistencia interna y una confiabilidad elevada (37). En esta investigación, se remitió la encuesta por vía correo electrónico a los tutores en la institución educativa de Perú, mientras que en Dinamarca se efectuó de modo presencial. La aplicación duro en promedio de 15 a 20 minutos.

### **Fase 4. Generación de base de datos**

Luego de aplicar el cuestionario, se verificó que los datos estuvieran completos cada encuesta. Una vez recogido la información se registró en una base de datos, programa Excel, para proceder a analizarlo después en el programa STATA versión 15.

### **Aspectos Éticos del Estudio**

El proyecto se registró en el SIDISI de la UPCH, como parte del procedimiento de investigación (Código SIDISI: 103903). La investigación se realizó luego de recibir la aprobación de la Unidad Integrada de Gestión de Investigación, Ciencia y Tecnología de las Facultades de Medicina, de Estomatología y de Enfermería, de la UPCH. Igualmente, el Comité Institucional de Ética de la UPCH dio su aprobación.

Cabe anotar, la OMS brinda acceso público, a este cuestionario de salud oral en niños. Se exige a quienes lo empleen mantener confidencialidad de los participantes codificándolos. Se garantizó el anonimato de cada participante, previa autorización de los padres y asentimiento de los niños (Anexo 3 y 4). Además, se solicitó autorización del director para la aplicación del cuestionario (Anexo 2) y asimismo se les informará de los resultados.

### **III.6 Plan de Análisis**

Inicialmente se realizó un análisis univariado de las características socio demográfica de los escolares de ambos países. Asimismo, se hizo un análisis

bivariado de la percepción de la salud bucal, según sexo y nivel educativo de los padres de ambos países. Finalmente se comparó la percepción de la salud bucal entre los escolares de Perú y Dinamarca. Igualmente se comparó el estilo de vida en ambos países. Se aplicó la prueba de Chi-Cuadrado y la prueba Exacta de Fisher. El estudio tuvo un nivel de confiabilidad de 95% y un 5 % margen de error. Se empleó el software estadístico STATA versión 15.

#### **IV. RESULTADOS**

El estudio de “Comparación de la percepción de la salud bucal, estilo de vida en salud bucal y uso de crema dental en niños de 11-12 años de edad de la comuna Vejlbjy Risskov-Aarhus- Dinamarca y el distrito de San Martin de Porres- Lima Perú, año 2020”, evaluó un total de 193 escolares (97= Perú 96= Dinamarca).

De las características sociodemográfica (Tabla 1), en ambos contextos se halló una mayor proporción de niños en la edad de 12 años (Perú 56.7% y Dinamarca 61.5%) respecto a los 11 años (43.3% Perú y 38.5% Dinamarca). Según sexo en Perú, se encontró mayor proporción de escolares de sexo masculino (63.9%), mientras en Dinamarca femenino (65.6%). La información correspondiente a nivel educativo reporto que en Perú hubo mayor proporción (42.3%) de madres con nivel de secundaria o menos, seguido de superior (39.2%). En cambio, en Dinamarca se halló una mayor proporción de madres con educación superior (85.4%). Sin embargo, el nivel educativo de los padres en ambos contextos fue predominantemente el superior, siendo el doble en Dinamarca (85.4%) respecto a Perú (40.2%).

La percepción bucal según sexo y nivel educativo de Perú y Dinamarca se muestran en las tablas 2 y 3 respectivamente. En Perú, la percepción de la salud de los dientes es percibida como “normal” en la mayoría de los escolares tanto del sexo masculino (51.6%) y femenino (48.6%). Seguido de la percepción de “bueno” (masculino 25.8% y femenino 22.9%). En cuanto a la salud de las encías, la mayoría lo califica

como “normal” sea masculino (43.6%) o femenino (34.3%). Seguido de la percepción “muy bueno” en el sexo masculino (17.7%), mientras del sexo femenino seguido por “muy mala” (22.9%). En cuanto a frecuencia al dolor, en ambos sexos la mayoría mostró ausencia de sintomatología (masculino 82.3% y femenino 74.3%). La percepción de estar contento con sus dientes fue distinta. Hubo mayor descontento con los dientes entre los del sexo masculino (59.7%), mientras las féminas (62.9%) si percibieron estar contentas. Respecto a la percepción de sonreír libremente fue mayoritariamente negativa en ambos sexos (masculino 85.5% y femenino 60.0%). La percepción de que los demás se ríen de ellos, es ligeramente mayor en las féminas (14.3%) que en los de sexo opuesto (4.8%). En cuanto a pérdida de horas de clases por problemas dentales no hubo presencia mayoritariamente en ambos sexos (masculino 88.7% y femenina 88.6%). La percepción de problemas al morder los alimentos fue un poco mayor en los del sexo masculino (19.4%) que el femenino (14.3%), igualmente al masticar los alimentos (masculino 8.1% y femenino 5.7%).

Respecto a la variación de la percepción de la salud bucal según la educación de los padres, se mostró mayoritariamente que los escolares que opinaron sobre la salud de sus dientes como “normal” ambos padres poseen educación secundaria o menos y superior (51.2% y 57.9% madre; 41.9% y 61.5% padre). En segundo lugar, “Buena” (26.8% y 15.8% madre; 32.3% y 18.0% padre). Asimismo, la percepción de la salud de las encías es calificada por los escolares en su mayoría como “buena” tanto en madres (34.3% y 36.8% respectivamente) y padres (32.3% y 38.5% respectivamente) de educación secundaria o menos y como “normal” (51.21%)

superior. La percepción de los escolares de la frecuencia del dolor fue en aquellos cuyas madres tenían nivel secundario o menos (22.0%) y en padres con educación superior (18.0%). La percepción de los escolares de estar “contento con mis dientes” estuvo presente en los niños cuyas madres poseían educación secundaria o menos (48.8%) y con educación superior (44.7%). En sentido contrario, no contento con sus dientes prevaleció tanto en menores con padres con educación secundaria o menos (51.6%) y superior (48.7%). En cuanto a la percepción de sonreír libremente estuvo presente en menores en mayor proporción cuyas madres tienen educación secundaria o menos (24.4%). Es similar en aquellos con padres que poseen educación secundaria o menos (19.4%) y superior (18.0%). La percepción de los escolares que otros “niños se ríen” de ellos estuvo mayoritariamente presente en ambos padres con educación secundaria o menos en (12.21% madre y 9.71% padre). Los escolares que refirieron haber perdido clases fue ligeramente mayor cuando ambos padres poseían educación superior (madres 10.5% y padre 10.3%). Los escolares que expresaron tener “problemas al morder” es mayor en aquellos con madres con educación secundaria o menos (22.0%), respecto a padres (9.7%). En cambio, cuando el padre de familia posee educación superior el valor es más alto (20.5%) respecto a la madre (13.2%). Asimismo, los escolares que manifestaron percibir problemas al masticar fueron casi similar cuando ambos padres poseen educación superior (madre 10.5% y padre 12.8%).

En Dinamarca (Tabla 3), la percepción de los escolares sobre la salud de sus dientes es percibida como “excelente/muy buena” en la mayoría de los escolares tanto del sexo masculino (81.8%) y femenino (84.1%). Seguido de la percepción de “bueno”

(masculino 9.1% y femenino 9.5%). En cuanto a la salud de las encías, la mayoría de los escolares lo califica como “excelente/muy buena” sea masculino (87.9%) o femenino (77.8%). Respecto a la frecuencia al dolor, la percepción de los escolares fue mayor en el sexo masculino (24.2%) que el sexo femenino (14.3%). El 45.5% de los escolares de sexo masculino percibieron no estar contentos con sus dientes, siendo mayor al del sexo opuesto 36.5 %. En cuanto a la percepción de sonreír libremente fue mayoritariamente negativa en ambos sexos (masculino 97% y femenino 93.7%). La percepción de los escolares de que los demás se ríen de ellos, es ligeramente mayor en los de sexo femenino (14.3%) que en los de sexo opuesto (6.1%). En cuanto a pérdida de horas de clases por problemas dentales no hubo presencia mayoritariamente en ambos sexos (masculino 100% y femenina 90.5%). La percepción de los escolares con problemas al morder los alimentos fue negativa mayoritariamente en ambos sexos, con un 93.9% en el sexo masculino y de 92.1% para el sexo femenino. La percepción de los escolares de problemas al masticar los alimentos estuvo ausente casi en ambos sexos (masculino 97% y femenino 90.5%).

Respecto a la educación de los padres, se mostró que los escolares cuyos padres poseen nivel educativo de secundaria a menos o superior perciben mayoritariamente como “excelente/ muy buena “ el estado de sus dientes (100% 81.7% madre; 100% y 81.7% padre) Asimismo, la percepción de los escolares sobre la salud de sus encías es calificada en su mayoría como “excelente/muy buena” son aquellos cuyos padres tienen educación secundaria o menos y superior (50% y 80.5% madre respectivamente ; 50% y 80.5% padre respectivamente). De la percepción los escolares de la frecuencia al dolor, estuvo más frecuente en madres y padres con



nivel de secundaria o menos (50.0% y 50.0% respectivamente). La percepción de estar “contento con mis dientes” estuvo presente en los niños cuyas madres y padres poseían educación superior (63.4% y 63.4% respectivamente). En sentido contrario, no contento con sus dientes prevaleció tanto en menores con madres o padres con educación secundaria o menos (100% y 100% respectivamente). En cuanto a la percepción de no sonreír libremente está presente si las madres o padres tienen educación secundaria o menos (100% y 100% respectivamente). La percepción de que otros “niños se ríen” de ellos es similar en los menores con madres o padres de nivel educativo superior (12.2% y 13.4% respectivamente). La percepción los escolares que señalaron que si “perdí clases” correspondió aquellos que tenían padres y madres con educación superior (6.1% madre y 7.3% padre). Los escolares que expresaron que tenían “problemas al morder” sus padres tenían educación superior (2.4% madre y 5.8% padre). Asimismo, el problema al masticar estuvo presente en escolares cuyos padres poseen educación superior (8.5%) y en madres (6.1%).

El estilo de vida de los escolares según sexo y nivel educativo de sus padres de Perú y Dinamarca se muestran en las tablas 4 y 5 respectivamente. En Perú, respecto a frecuencia de visita al dentista en el último año, en ambos sexos se refirió que más de la mitad indican haber visitado menos e igual a 4 veces al año (masculino 51.6% y femenino 54.3%), siendo más frecuente en menores con madres (63.4%) o padres (64.5%) de educación secundaria o menos. Los escolares que no acudieron al dentista en el último año, sus padres mayoritariamente tuvieron educación superior (madre: “no he ido” 39.5%, “nunca” 5.3%; padre: “nunca he ido” 43.6%, “nunca”

7.7%). En cuanto a la razón de la visita dental, los menores de sexo masculino suelen acudir por dolor y molestias (32.3%), mientras que las del sexo femenino es por tratamiento (34.3%). De acuerdo con el nivel educativo de la madre, si los menores tienen madres con educación secundaria o menos acuden por algún tratamiento (36.6%), seguido de visita de seguimiento (29.3%). Igualmente, si el menor posee padre con educación secundaria o menos mayormente si acude por tratamiento (35.5%) y si es de educación superior lo hace por dolor (28.2%).

Respecto al hábito de frecuencia de cepillado dental, existe mayor proporción de menores de sexo masculino que lo realizan menos de dos veces al día (59.7%), contrariamente a las mujeres que lo realizan dos o más veces al día (60.0%). De este último grupo, se encontró que la mayoría de las madres y padres cuentan con educación secundaria o menos (madre 61.0%; padre 51.6%).

En cuanto a que implemento dental emplea para la limpieza de encías o dientes en ambos sexos casi la totalidad usa cepillo (masculino 96.7% y femenino 100.0%). El segundo implemento utilizado fue el hilo dental (masculino 56.5%; femenino 62.9%). De acuerdo con la educación de los padres, es similar la tendencia de uso de implementos, seguido del uso del bicarbonato (madres con secundaria 56.1%, padres con secundaria 61.3%). El uso de las cremas dentales es empleado casi totalmente por ambos sexos (masculino 91.9% y femenino 91.4%), tanto para padres y madres con educación secundaria o menos y superior.

Respecto a consumo de azúcares, la frecuencia de consumo de fruta fresca de una vez al día a más hubo mayor proporción en las féminas (65.7%) que en los de sexo opuesto (50.0%). El consumo estuvo más presente si la madre (58.5%) o el padre (54.8%) poseían educación secundaria o menos. El consumo de azúcares en los alimentos fue mayormente una vez a la semana a más días en ambos sexos (masculino 83.9% y femenino 71.4%). Si ambos padres de familia tenían educación superior el consumo fue más frecuente (madre 89.5% y padre 92.3%). Asimismo, en cuanto al consumo de líquidos azucarados, los escolares consumieron mayormente una vez a la semana a más en ambos sexos (masculino 77.4%, femenino 65.7%). Si los menores poseían padres con educación superior, este consumo era más elevado (madre 79.0% y padre 79.5%).

Los resultados del estilo de vida según sexo y nivel educativo de Dinamarca se muestran en las tablas 5. En Dinamarca, respecto a frecuencia de visita dental en el último año, los niños de ambos sexos mayoritariamente refirieron haber visitado al dentista 4 veces al año o menos (masculino 69.7% y femenino 77.8%), mostrándose mayor proporción si ambos padres tenían nivel educativo superior (76.8% madre y 76.8% padre). Respecto a la razón de la visita al dentista, los escolares de ambos sexos señalaron acudir generalmente por “visita /seguimiento” (75.8% masculino y 77.8% femenino). De acuerdo con el nivel educativo de los padres, si los menores tienen madres con educación superior acuden más frecuentemente por “visita y seguimiento” (82.9%), seguido de “tratamiento” (13.4%). Igualmente, si el menor posee padre con educación superior (79.3%) la razón es por “visita /seguimiento”.

Se halló un 25% que acude por dolor, cuando su madre o padre posee educación secundaria o menos.

Respecto al hábito de frecuencia de cepillado dental, ambos sexos en mayor proporción lo realizan dos a más veces al día (90.9% masculino y 76.9% femenino). De acuerdo con el nivel educativo, se observó que los niños conforme tienen madre/padre de mayor nivel educativo suelen cepillarse más de dos veces al día (madre 84.1% y padre 84.1% respectivamente), contrariamente los que realizan el cepillado menos de dos veces al día, son los menores con madres y padres con educación secundaria o menos (50% y 50%, respectivamente).

En cuanto a que implemento dental emplea para la limpieza de encías o dientes en ambos sexos casi la totalidad usa cepillo (masculino 81.8% y femenino 87.3%). Para los hombres, el segundo implemento citado es el palillo de plástico (36.4%) e hilo dental (36.4%); mientras en las mujeres se cita al palillo de madera (38.1%), e hilo y bicarbonato en similar proporción (34.9%). De acuerdo con la educación de los padres, es similar la tendencia de uso de implementos, seguido del uso del bicarbonato (madres con secundaria 50%, padres con secundaria 50%). El uso de las cremas dentales es empleado casi totalmente por ambos sexos (masculino 90.9% y femenino 93.7%) y casi similar en menores con padres de familia con educación superior sea madre o padre con (92.7%).

Respecto al consumo de azúcares, la frecuencia de consumo de fruta fresca fue de una vez al día a más hubo mayor proporción en las mujeres (85.8%) que en los de

sexo opuesto (63.7%). El consumo estuvo más presente si la madre (79.3%) o el padre (84.1%) poseían educación superior. El consumo de azúcares en los alimentos fue mayormente una vez a la semana a más en ambos sexos (masculino 51.5% y femenino 58.7%). Si ambos padres de familia tenían educación superior el consumo fue más frecuente (madre 60% y padre 58.5%). Asimismo, el consumo de líquidos azucarados fue realizado mayormente una vez a la semana a más en ambos sexos (masculino 90.9%, femenino 92.1%). Si los menores poseían padres con nivel educativo superior, este consumo fue de (92.7%).

La comparación de la percepción de la salud bucal entre ambos contextos se muestra en la tabla 6.

Los resultados de la percepción de salud bucal respecto a la “salud de los dientes” como de la “salud de las encías” mostró una diferencia altamente significativa ( $p < 0.001$ ) entre ambas muestras de escolares. La “frecuencia de dolor” y el estar “contento con mis dientes” también mostraron diferencia altamente significativa ( $p = 0.002$  y  $p = 0.007$  respectivamente). Al comparar la percepción de “Sonrío libremente”, que los otros “Niños se ríen” y como “problemas al morder” se encontraron alta diferencia estadística significativa ( $p = 0.001$ ,  $p = 0.001$  y  $p = 0.007$  respectivamente). Contrariamente, en cuanto a la percepción de que “perdí clases” y “problemas al masticar”, no se halló diferencias significativas entre ambos grupos ( $p = 0.079$  y  $p = 0.046$ ) por tener valores mayores a un  $p = 0.05$ .

En la tabla 7, al comparar la frecuencia de visita al dentista en el último año, la razón de visita y la frecuencia de cepillado, entre ambos contextos (Perú y Dinamarca) se halló una diferencia altamente significativa con un valor menor a 0.001.

De los implementos utilizados para la limpieza de encías o dientes solo hubo diferencia significativa en uso de cepillo dental, palillos de madera, hilo dental, con valores  $p < 0.05$ . Respecto al consumo de azúcares en los alimentos y líquidos azucarados se halló diferencia significativa para el consumo de fruta fresca, con valores de  $p = 0.002$ ,  $p = 0.001$  y  $p < 0.001$  respectivamente. Asimismo, no se encontró diferencias estadísticamente significativas al comparar ambos grupos.

## V. DISCUSIÓN

El presente estudio realizó la comparación de la percepción de la salud bucal, estilo de vida en salud bucal y uso de crema dental en escolares de 11-12 años de edad de la comuna Vejlbjy- Risskov- Aarhus-Dinamarca y del distrito de San Martín de Porres-Lima-Perú, año 2020. Este estudio incluyó dos grupos de población procedentes de realidades sociales distintas, en el que se evaluó un grupo etario prioritario según la Organización Mundial de la Salud. La muestra de escolares en el Perú tuvo una mayor proporción de sujetos del sexo masculino, esto expresa la tendencia de la composición de la población reportada por ENDES en el que se observa una mayor tendencia de hombres que mujeres en el rango de edades de 10-14 años. Asimismo, este estudio mostró una mayor proporción de madres que alcanzaron el nivel de educación secundaria, mientras que los padres alcanzaron educación superior, lo cual es coherente con los reportes de ENDES donde se observa que las mujeres tienen una mediana de años de estudios menor a los hombres (27). En cambio, en Dinamarca se observó que predominaba un nivel educativo superior para ambos padres, esto se explicaría porque el acceso de educación es obligatorio y equitativa en este país nórdico. Los daneses al concluir los estudios básicos tienen mayor oportunidad de acceso a la educación superior por la subvención económica del estado, aunque existe un pequeño porcentaje de inmigrantes residentes en Dinamarca que no logran concluir sus estudios básicos (38, 39).

El estudio reveló que cerca de la mitad de los escolares en Perú consideró como normal el estado de salud de sus dientes. Asimismo, conforme aumento el nivel

educativo de los padres su percepción fue mayor. Además, un poco más de la tercera parte de los escolares de ambos sexos señalaron como buena, excelente y muy buena. En cambio, los hallazgos referentes a la salud de los dientes en los escolares de Dinamarca fueron predominantemente calificado entre excelente y muy buena, más aún cuando los padres tenían educación secundaria o menos y superior. Pagliarini, Vianna, Bessa et al., en un estudio en niños de 12 años en Brasil (2020) también encontraron que un alto porcentaje percibió su salud bucal como normal (36.4%), buena (42.3%) o muy buena (13.8%), aunque empleó un instrumento diferente al de nuestro estudio. Asimismo, que la escolaridad de los padres estuvo indirectamente asociada a la calidad de vida y la auto percepción de las consecuencias clínicas de la salud bucal. En esa investigación se concluyó que el estado socioeconómico, los factores psicosociales y el soporte social se relacionaron con la calidad de vida en salud bucal y con la autopercepción de su salud bucal (40). Sin embargo, en una investigación local por Apaza-Ramos (2015) en niños de 11 a 14 años se halló un mayor porcentaje que perciben entre regular (38.1%) y mala (3.8%) su salud bucal, explicado que la calidad de vida es afectada por las condiciones clínicas, factores sociodemográficos y familiares, por lo que se sugiere integrar la salud bucal dentro de las políticas de los programas de salud para así generar un cambio en el bienestar integral de la persona (41). En una revisión sistemática de calidad de vida en salud oral, se refiere que los niños de familias con altos ingresos económicos, educación de los padres tenían una mejora de la calidad de vida. Esto explicaría en gran medida la mejor percepción de su salud bucal de los niños daneses. (42). Kuposova, Eriksen, Vidstram et al., encontraron una mejor salud



bucal y calidad de vida de niños noruegos respecto a los rusos, explicado probablemente por los determinantes sociales y aspectos estéticos, que impactan en la vida de estos (43).

Del mismo modo al evaluar la percepción de la salud de las encías se encontró que alrededor de las dos quintas partes de los escolares del Perú lo percibe como normal, incrementándose esta percepción conforme aumenta la educación de secundaria a superior de ambos padres. Sin embargo, resalta que casi el doble de escolares de sexo femenino calificó la salud de sus encías como mala y muy mala a comparación del sexo opuesto. Esta calificación se acentuó cuando ambos padres tienen secundaria o menos. A diferencia de los escolares de Dinamarca los cuales califican mayoritariamente como excelente y muy buena la salud de sus encías, incluso esta valoración aumenta conforme se incrementa el nivel educativo de secundaria a superior. Es así como, Arrúa, Cáceres, Giménez et al., refieren que un 48.6% de niños percibe que le sangran las encías, como indicador de sintomatología oral, procedentes de un instrumento que evalúa la autopercepción del impacto de las condiciones bucales, distinto al utilizado por el presente estudio (7). También, Reinoso-Vintimilla y Del Castillo-López hallaron un alto porcentaje de escolares de 11- 12 años que auto percibieron sangrado en las encías con valores similares en ambos sexos, 33,3% femenino y 32.4% en masculino, pero utilizando un instrumento que evalúa las condiciones orales auto percibidas, distinto a nuestro estudio (5). Esta situación se debería a una pobre higiene oral que repercute en la salud de la gingival. Mientras que Patel en un reporte de la salud oral en Europa,

señala que los niños daneses desde tempranas edades hasta los 18 años tienen acceso a una atención preventiva y de educación que incide favorablemente en su salud bucal (44).

En cuanto a la frecuencia en los últimos 12 meses de haber experimentado dolor en los dientes o molestias a causa de estos, se reveló que aproximadamente menos de un quinto de los escolares de ambos países expresaron este malestar, siendo más frecuente cuando los padres tenían educación secundaria o menos. Vallejo en Ecuador reportó que 26% de escolares expresaron dolor y sangrado. Sin embargo, hubo un mayor reporte de dolor en otras investigaciones, Arrúa menciona que la mitad de las escolares sufrieron dolor diente (7). En Cuenca Ecuador, afecto a niñas (46.2%) y niños (54.3%), incidiendo en su calidad de vida, dado que el dolor es resultado de un estado emocional y sensorial que afecta al estado de ánimo (5). Slabsinskiene, Kavaliauskiene, Zemaitiene et al., en Lituania mencionan que el dolor es causado por la caries dental o desórdenes alimenticios y además se asocia al miedo al dentista debido a experiencias negativas con el profesional, y la alta sensibilidad entre otros (45). El dolor en otros estudios es explicado probablemente por la negligencia de los padres en la supervisión de la higiene bucal, descuido del tratamiento oportuno del avance de la caries dental. Es así como 66.7% de niños polacos provenientes de hogares con violencia doméstica experimentaron dolor frente a un 22.7% de otros niños con visita regular al dentista (46).

Al evaluar los indicadores del impacto psicosocial a causa de los dientes y encías en la vida de los escolares, se encontró un alto porcentaje del sexo masculino en ambos países descontentos con el aspecto de sus dientes, contrariamente al sexo opuesto que sí estuvieron contentos. En Dinamarca la apreciación más favorable fue cuando los padres tienen educación superior. En otros estudios la percepción del desánimo con el estado de sus dientes fue mucho menor alrededor del 15% al 19 % (7,5)

Mientras al comparar el impacto de no sonreír a causa de los dientes se observó un alto porcentaje entre los escolares de Dinamarca, respecto al Perú. Los padres de estos escolares generalmente poseían educación secundaria o menos y superior. En Cuenca y Azogues-Ecuador se reportaron que 74.1% y 26% de escolares respectivamente se ve afectado en este aspecto (5,6). En cambio, en Asunción se reportó que un 10 % tiene problemas al sonreír (7). La limitación de sonreír es un aspecto que impacta en la calidad de vida e indirectamente en las relaciones sociales. (44). Particularmente en los daneses el no sonreír se debería probablemente a la personalidad transmitida de padres a hijos (47).

En el indicador de que otros niños se ríen a causa de sus dientes, fue más predominante en las niñas de ambos países, pero en Perú fue más frecuente cuando sus madres tenían educación secundaria o menos, respecto a Dinamarca. Benjamín refiere que la sonrisa se vincula a la autoestima, seguridad y sociabilización y que es preocupante que 35 % de niños de 12 años se avergüence de sonreír (48).

Respecto a tener problemas de pérdida de clase a causa de sus dientes y encías en ambos países Perú y Dinamarca fueron muy pocos los que expresaron esta situación. En Asunción un 20% de escolares se ausentó de la escuela por dolor de diente (7). En el norte de Inglaterra se ha reportado que el 26 % de niños pierden clases a causa de dolor dental o infección y en promedio pierden 3 días de clases y en casos extremos hasta 15 días (48).

En cuanto al indicador de problemas al morder en este estudio, se manifestó este malestar en ambos sexos (femenino:14% y masculino:19 %) en escolares de Perú, pero en Dinamarca sólo se halló en niñas. Mientras que en Asunción alcanzó un valor de 28 % de problemas al morder cosas duras (7). El morder es un acto de clavar los dientes en algo, esto significaría un malestar al ingerir alimentos sólidos, como por ejemplo una manzana. Esto afectaría una fase de la masticación, es así como, al evaluar el indicador de problemas al masticar, hubo un escaso porcentaje de escolares afectados en este estudio. En otra investigación se halló que las niñas son más afectadas (76.8 %) que los niños (5); y alcanzan también valores altos (45.3%) en otro contexto (4). La masticación, deglución, salivación, la expresión facial y el lenguaje, como el sentido del gusto son indicadores de una buena salud en los adolescentes (49).

Dentro de los estilos de vida el estudio consideró los siguientes aspectos: visita al dentista, prácticas de higiene oral, consumo de azúcares y el fumar. Respecto a la visita al dentista en el último año se observó que un poco más de la mitad de los

escolares de ambos sexos en Perú fue de cuatro a menos veces al dentista, pero predominó la asistencia cuando ambos padres tenían educación secundaria a menos. Alrededor de un 30 % no visitó al dentista. Solís, Pesaressi y Mormontoy al analizar la encuesta ENDES año 2018 menciona que el 86.1% de niños menores de doce años si alguna vez fue atendido en un servicio de odontología (50). Por tanto, nuestros hallazgos fueron menores al reporte nacional. Contrariamente en Dinamarca no se reportó inasistencia al dentista y más de un 70 % acudió de cuatro a menos veces en el último año. Esto se explicaría como se mencionó en anteriores líneas que los niños y los adolescentes cuentan con un servicio público de salud bucal sin costo alguno y que son monitoreados por los municipios locales (44). Buldur y Nur hallaron que un 60.2 % de niños turcos entre 3 y 13 años visitaron al dentista en los últimos seis meses y un 24,9 % en el último año (51). Phanthavong, Nonaka, Phonaphone et al., en un estudio de niños de escuelas públicas de nivel primario en Vietnam encontraron que 76.9% visitan regularmente al dentista. (52). Alsubaide en niños de 7 a 12 años de Arabia Saudita halló que el 43.9% visitaron al dentista en los últimos 12 meses, explicado por la falta de disponibilidad de los servicios de salud en la comunidad y por barreras culturales y falta de conciencia (53). Mientras en Finlandia en niños entre los 7 a 13 años se reportó que 54% recibieron tratamiento dental por visita a un servicio público dental (54). En un estudio en adolescentes del Reino Unido de Gran Bretaña en el 2013 se determinó que aquellos que han tenido una atención dental irregular o ninguna tienen dos veces más probabilidad de desarrollar mayor severidad de caries (55).

Referente a las razones de visita al dentista la última vez en los escolares de Perú un poco más de la tercera parte acudieron por dolor o molestias en los dientes, encías o boca, en los del sexo masculino; en cambio las mujeres fueron por tratamiento. En Dinamarca la mayoría de los escolares acudieron por tratamiento o seguimiento, sin distinción de sexo y se caracterizó porque sus padres tenían en mayor porcentaje educación superior. En Asunción se reportó que el 56 % fue por atención profiláctica, 45.5% operatoria 9% ortodoncia y 16% extracción (7). En niños de Vietnam el 62.1% visitó al dentista por dolor (52). Huseinbegovic, Kajtazovic, Selimovic Dragas et al., en niños de 12 años halló que el 12 % acudió por caries, 8.1% por dolor, 13 % por tratamiento, 1.9% por extracción y 64.2% por chequeo regular (56). Las diferencias en los diversos estudios se explicarían por la inequidad existente en los diferentes países, debido a la situación socioeconómica, modelos de servicios de salud, barreras culturales entre otros.

Por otro lado, las prácticas de higiene oral, evaluó lo siguiente: La frecuencia de la higiene bucal, los implementos de la higiene oral y uso de cepillo de dental. En Perú en cuanto a la frecuencia de cepillado de dos a más veces al día, predominó en el sexo femenino respecto al masculino los cuales tuvieron mayoritariamente ambos padres educación secundaria o menor. En Dinamarca nueve de cada diez niños se cepillaron los dientes dos a más veces al día, mientras que en el sexo opuesto fue de ocho de cada diez aproximadamente. Los padres de los escolares que poseían estas prácticas tenían educación superior. En un estudio de ENDES para el año 2018 se reportó que en menores de 12 años el 85.8 % realiza una adecuada frecuencia de cepillado en el departamento de Lima (50). Esto significa que nuestros resultados

fueron menores al reporte de ENDES probablemente por evaluar un menor número de niños. Pantelewicz y Olczak-Kowalczyk en un estudio en Polonia encontró que un 46.7 % de los adolescentes se cepillaban dos veces al día (46). En Turquía se halló que el 40.8 % de los escolares entre 3 a 13 años se cepilla diariamente (51). Estos valores se aproximan al grupo de escolares de sexo masculino en nuestro estudio. En cambio, en otros estudios se reportan valores más bajos. Phanthavong, Nonaka, Phonaphone et al., hallaron que los niños que se cepillaban menos de dos veces al día (26.4%) eran parte del grupo que tenía mayor prevalencia de caries dental (52). Bashirian y colaboradores en escolares de 6 a 12 años en Hamedan-Irán hallaron que 17.2% se cepillan de dos a más veces al día. Igualmente, en Arabia Saudita se halló que solo el 11.8 % se cepillan dos a más veces al día (53). En países como Sur África se reportó que 78.5 % de los padres saben que sus hijos deben cepillarse dos veces al día como parte de sus prácticas del cuidado de salud bucal. Además, encontró que las madres que vigilan el cepillado dental, sus menores hijos limpian su lengua y se sienten más felices en su autoeficacia al cepillado. Asimismo, mientras más jóvenes son los padres, es más probable que cuenten mayor conocimiento de medidas preventivas por acceder probablemente a la tecnología (58). Los hallazgos de este estudio en niños de Dinamarca se aproximan a lo reportado en la investigación en escolares de 11 a 15 años del Instituto Nacional de Dinamarca (24)(12). Este gran porcentaje de niños que se cepillan su diente adecuadamente es explicado porque los municipios están obligados a establecer facilidades clínicas, con servicios educativos y preventivos libres de costo a los jóvenes hasta los 18 años. Estas clínicas están localizadas dentro o próximas a las escuelas (44). Cabe anotar que el régimen danés es socialdemócrata.

Respecto a los instrumentos para limpiar los dientes y encías se encontró en nuestro estudio que casi la totalidad de escolares usaban el cepillo dental y más de la mitad el hilo dental, seguido del palillo de madera. Mientras que en Dinamarca igualmente el cepillo fue utilizado en gran medida seguido de palillo de plástico e hilo dental en los escolares masculinos, mientras que las de niñas usaban palillo de madera seguido de hilo y bicarbonato. Sharma y colaboradores al evaluar niños de 11 a 13 años en Chandigarh- India se halló que la práctica de uso de enjuague bucal fue mayor en los escolares de sexo masculino (8.1%) respecto de las niñas (4.2%). El 4.1% de los niños usaban palillos de madera, mientras 2.6% en el sexo opuesto. Igualmente hubo mayor uso de hilo dental por los niños (2,3%) que las niñas (0,9%). Un hallazgo relevante fue que los escolares que pertenecieron a un nivel social más alto usaban palillo de plástico (6 %) respecto al otro nivel (1.2%) social (59). En otro estudio en niños de educación básica en Hamedan-Irán se halló que el 83.5% no usaba hilo dental, pero un 7.8 % usó hilo dental una vez al día y 8.7% usaba más de una vez al día. Yousaf y colaboradores en una revisión sistemática y de metaanálisis sobre factores de riesgo para la caries en dientes permanentes y deciduos encontraron que la buena higiene oral reduce la probabilidad de aparición de caries dental. Igualmente, que la educación de la madre solamente con nivel secundario reduce la probabilidad de esta enfermedad. Se menciona que un 65% de reducción de la caries se alcanza cuando los niños cuentan con el apoyo de sus cuidadores (60). En nuestro estudio en cuanto a instrumentos para la higiene dental, es probable que el mayor uso de hilo dental en los escolares en Perú se explique por la educación de la madre, mayor difusión en el mercado de este producto, la dieta que muchas veces favorece



al empaquetamiento y mayor número de lesiones proximales que demanda el uso del hilo dental. En cambio, se explicaría en Dinamarca que este poco uso de hilo dental se debe por su régimen dietético y uso de una mayor variedad de instrumentos de limpieza de forma proporcional.

Esta investigación en escolares de Perú y Dinamarca halló que en ambos países nueve de cada diez niños usan crema dental. Petersen y Ogawa mencionan que el flúor en las cremas dentales ha estado disponible por décadas y estas han contribuido principalmente a la disminución de la caries dental observada en países industrializados. La resolución de “Salud oral”: Plan Acción para la promoción y prevención de enfermedades integradas menciona que aquellos países sin acceso a niveles óptimos de flúor y en los cuales no tienen establecido un programa de fluorización sistémica, debe considerarse el desarrollo y la implementación de programas de fluorización, por ejemplo, en el agua de consumo, sal o leche y proveer de crema fluorada (61). En Perú, el Minsa recomienda que los niños usen crema dental con concentraciones de flúor por encima de 1000 ppm como medida tópica (62). Si bien existe también un programa de fluorización de la sal de consumo humano este no tiene los controles adecuados, lo que ameritaría que la política de salud bucal tome acciones correctivas. En el caso de Dinamarca, refiere Petersen que los bajos niveles de caries dental la población danesa, se debe al uso de pasta dental fluorada y al énfasis del cuidado dental preventivo y reconoce que existen desigualdades en otros países que requieren una implementación de programas de fluorización con métodos sistémicos (63). Asimismo, Poulsen Sven, Richards Alan y Nyvad Bente mencionan que el uso de los fluoruros tanto a nivel de la población

como a nivel a nivel de grupo y al tratar al paciente individual en la clínica, siempre debe basarse en una evaluación de la situación actual de los pacientes como la actividad de caries y factores de riesgo de caries (67). De este modo La Universidad de Aarhus a través del Instituto de Odontología y Salud Oral, recomienda que los niños libres de caries deberían cepillarse los dientes dos veces al día, de esta manera obtendrían el fluoruro a través de las pastas dentales. En cambio, los niños que tiene caries, además del cepillado se recomienda barnices (5000ppm) cada seis meses. Y aquellos niños que tienes una mayor actividad de caries y que no cuentan con la supervisión de sus padres con respecto al cepillado diario, se recomienda colocación de barnices cada tres meses (68). Petersen menciona asimismo que las escuelas promotoras de la salud son exitosas porque implementan programas de promoción y prevención en los cuales se enfatizan comportamientos y entornos saludables (64). En este sentido, Basshirian, Seyedzadeh- Sabounchi, Shirahmadi, et al., en un estudio sobre predictores sobre comportamientos de la promoción de la salud bucal, indican que, para adoptar un comportamiento saludable en el cepillado dental diario y uso de hilo dental, deben interaccionar entre sí, la autoeficacia del escolar, el entorno familiar y la percepción situacional (57). La autoeficacia es el autocontrol de ejecutar un correcto cepillado y superar las barreras que impiden esta acción. El entorno familiar alude contar con educación, estímulo, refuerzo y evaluación permanentes de los padres o tutores en las prácticas de higiene bucal. La percepción situacional se interpreta por tener la disponibilidad de los recursos, tales como pasta, cepillo e hilo dental y además de la percepción de que otros escolares también emplean estos instrumentos. Sin embargo, Basshirian, Seyedzadeh- Sabounchi, Shirahmadi, et al., mencionan que la intención de un comportamiento no necesariamente se plasma en

un acto, como el caso del hilo dental, debido a que la intención está sujeta a la autoeficacia y al soporte social para facilitar el proceso de transición de una intención a un comportamiento (57).

Respecto al consumo de azúcares específicamente a la frecuencia de consumo de fruta fresca en los escolares de Perú, se encontró una similitud proporcional entre aquellos que consumen una vez o más veces al día (masculino 50%) con los que consumen algunas veces a la semana (masculino 48,4%). En cambio, en las niñas fue casi el doble de consumo de una categoría a otra (65.7 % vs 34.3%). Estos escolares generalmente tuvieron padres con educación secundaria a menos. Según ENDES, en nuestro medio el consumo de frutas es de aproximadamente cuatro unidades a la semana, eso significaría que menos de la mitad de los escolares evaluados en nuestra investigación tienen este comportamiento, en cambio la mayoría de las escolares estarían consumiendo mínimo una fruta al día (27), desconociéndose que si alguno de ellos logra consumir las cinco frutas al día. Mientras en Dinamarca se observó mayor proporción de escolares de ambos sexos que consumen una vez al día o más veces al día (masculino 63.7% y femenino 85.8%). Estos escolares daneses generalmente tuvieron padres con educación superior. En cambio, en un estudio de escolares de 11-16 años en Chandigarh-India se encontró que el consumo de dos o más frutas al día es mayor en niños (20.1%) respecto a las niñas (13.2%) con diferencia estadística. Igualmente se halló que los que pertenecen a un nivel socioeconómico alto (24.6%) consume más frutas que uno de nivel bajo (8.7%) con diferencia estadística significativa (59). Asimismo, Choi Y, Choi J encontraron que los adolescentes coreanos que se perciben saludables (50.4%) son aquellos que

refieren consumir una a más frutas al día (65). El consumo diario de frutas y verduras reportado por el Instituto Nacional de Dinamarca alcanza un valor de 57 % en niños de 11 años de ambos sexos, pero es preocupante que los que pertenecen a un nivel socioeconómico bajo sea del 44% comparado a un 60% del nivel alto (24). Moynihan y colaboradores señalan que la ingesta adecuada de frutas y vegetales según los lineamientos de la OMS debe ser >400 g/d, y la baja ingesta de estas podría contribuir a ser uno de los 10 principales factores de riesgo de la mortalidad mundial. Las frutas frescas contienen azúcares naturales de tipo intrínsecos, es decir no contienen azúcares libres. A la fecha no existe suficiente evidencia que los azúcares de las frutas enteras tengan relación con la caries y erosión dental. Por lo tanto, el personal de odontología, padres y cuidadores de los niños deberían incentivar al consumo diario de frutas frescas según las pautas de la OMS (66). Por otro lado, en cuanto al consumo de azúcares en los alimentos (galletas, pasteles, pasteles de crema, tortas, dulces, bollos, mermelada-miel, chicle con azúcar y caramelos) en los escolares peruanos se halló alta proporción cerca de ocho de cada diez de ambos sexos que consumen azúcares en sus alimentos una a más veces a la semana y que estos escolares tienen padres con educación superior. En Dinamarca aproximadamente cinco de cada diez escolares consumen azúcares en los alimentos una a más veces a la semana y también suelen tener padres con educación superior. Moynihan, Makino, Petersen y Ogawa, mencionan que en una revisión sistemática se halló asociación entre la cantidad de porciones de alimentos con azúcares diaria o semanalmente y el riesgo de caries dental en sujetos con dentición permanente y mixta (66). Esto significaría que nuestro estudio tiene limitaciones porque no evaluó condiciones clínicas y el instrumento de la OMS solo recopila datos de frecuencia de consumo de azúcares mas no de

cantidad. Sharma y colaboradores encontraron que un 38.4% y 57.3% consumen alimentos azucarados dos a más veces al día y una vez al día respectivamente. Además, un 50.5% de escolares de un estrato social bajo consumen alimentos azucarados dos o más veces al día a diferencia del estrato alto 24.6% con diferencia significativa (59). Wang y colaboradores encontraron que los adolescentes de 15 años de edad con alta frecuencia de consumo de alimentos azucarados cuatro a más veces al día tienen más probabilidad de tener lesiones de caries más severas (55). Igualmente, Phanthavong, Nonaka, Phonaphone et al., encontraron asociación entre caries dental y el consumo diario de bebidas y alimentos azucarados (52). Petersen, Baez y Ogawa, mencionan que dos de las terceras partes de los países en el mundo, desarrollan la promoción de la salud y la prevención de enfermedades orales basado en escuelas donde se proporciona educación de la salud en niños de 5 a 7 años y de 12 años, con énfasis en nutrición, dietas saludables y problemas relacionados al consumo de azúcares. Los países con altos y medianos ingresos desarrollan más estos programas y es menos frecuentes en países con bajos ingresos (64). Asimismo, respecto al consumo de líquidos azucarados (leche con azúcar, té con azúcar, café con azúcar) en los escolares de Perú se observó que cerca seis de cada diez consumen una vez a la semana a más. Esto se aproxima con lo referido por Palacios, quien señala que en el Perú el 71.4% de adolescentes consume gaseosas (31). Mientras en Dinamarca es mayor, nueve de cada diez escolares de ambos sexos, los padres de estos escolares tenían educación superior. En el reporte Nacional de Dinamarca señalan que conforme se incrementa la edad aumenta el consumo de gaseosas azucaradas principalmente en los niños (11 años: 7%; 15 años 10%), y este consumo es predominantemente en el nivel socio económico bajo (24). De acuerdo con la

evidencia científica se señala que el consumo de líquidos azucarados es variado entre países, las bebidas carbonatadas populares (ejemplo, gaseosas) contienen más de 10 g/100 ml, lo que significa que muchas bebidas de 470 ml contienen 47 g de azúcares libres. Un azúcar libre incluye monosacáridos y disacáridos adicionados a un producto manufacturado. Se sabe que los jugos de frutas 100% naturales contiene de 8 a 10 g / 100 ml de azúcares libres. Por tanto, los profesionales de la salud debemos aconsejar evitar o reducir el consumo de azúcares libres. La OMS recomienda reducir la ingesta de azúcares con distintas acciones como: ajustar las políticas agrícolas en la producción de azúcares, reformulación de los productos alimenticios, y reducir el tamaño de las porciones de los alimentos, introducir impuestos a los productos con azúcares, control de la comercialización de estos, recomendar directrices dietéticas en el marketing en salud, proveer información a la población de evitar el consumo de azúcares libres con la participación de las diferentes disciplinas en salud. Todo ello contribuye a promover conductas saludables por el control de factores de riesgo (66). Choi Y, Choi J en adolescentes coreanos encontraron que un 45. 5% de los que perciben sentirse saludables son los que no consumen bebidas carbonatadas (65).

En cuanto a la práctica de fumar no se reportó ningún escolar en ambos países Perú y Dinamarca que tuvieran este hábito. En el reporte Nacional de ENDES se menciona que el 19 % de la población en Perú posee este hábito (27). Es probable que por las edades de los escolares en este estudio no se haya encontrado algún caso o se evitó reportarlo en la encuesta. En Dinamarca los reportes son mínimos, mencionándose que a los 11 años un 1 % está presente en niñas y 3 % en niños y se incrementa esta

práctica a los 15 años con 26 % en niñas y 31% en niños. Particularmente en este país existen normas más rígidas en cuanto al control de comercialización a los niños y adolescentes y se restringe el uso de estos en espacios públicos (24).

Este estudio tuvo la limitación de ser transversal, la muestra fue de conveniencia debido a las restricciones sanitarias de la pandemia del COVID-19, buscando desarrollar investigación con el apoyo de la tecnología, que ha caracterizado esta etapa. Además, es probable que el recojo de información en alguna medida tuvo sesgo, debido a que se realizó de forma distinta por la situación de pandemia. En Perú, la encuesta aplicada fue de forma virtual, mientras en Dinamarca fue de manera presencial. Sin embargo, el estudio nos permitió tener un panorama de las diferencias y las similitudes en algunos aspectos de salud bucal.

Finalmente, el presente estudio mostró que existe diferencias significativas en las percepciones de salud bucal, en todos los indicadores excepto en pérdida de clases y problemas al masticar. Igualmente, en el estilo de vida en todos sus indicadores a excepción de algunos implementos para la limpieza de encías y dientes (palillo de plástico, bicarbonato, palo de masticar y otros) como en el uso del cepillo dental. Asimismo, no se halló diferencias significativas en el uso de crema dental. En relación con el hábito de fumar, los escolares de ambas instituciones educativas afirmaron nunca haber fumado.

Este trabajo aporta en demostrar que las inequidades en las poblaciones es un hecho visible en pleno siglo XXI y que es posible por justicia y derechos el tratar de

disminuir las desigualdades en salud bucal. Además, existe la necesidad de seguir promoviendo estrategias para eliminar estas inequidades, mediante políticas, planes, proyectos o programas a cargo de los gobiernos e instituciones.



## **VI. CONCLUSIONES**

Existe diferencias significativas en las percepciones de la salud bucal y estilo de vida de los escolares de ambas instituciones educativas de Perú y Dinamarca. En la percepción de la salud bucal según sexo, se encontraron diferencias entre ambos países, sin embargo, es probable se deba a la distribución desigual entre ambos países. La percepción de la salud bucal según educación de los padres mostro diferencias significativas entre ambos países, explicado probablemente por los conocimientos y la cultura de los mismos. Los estilos de vida de los niños de ambos países mostraron diferencias significativas, sin embargo, no se halló diferencias en el uso del cepillo dental, uso de crema dental y en el hábito de fumar. Al comparar ambas realidades se detectó inequidad probablemente debido al desarrollo social, implementación de políticas de salud bucal, programas en las escuelas entre otros.

## VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. Health Equity [Internet]. [citado 1 de julio de 2022]. Disponible en: [https://www.who.int/health-topics/health-equity#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/health-equity#tab=tab_1)
2. Quinceno J, Vinaccia S. Calidad de vida relacionada con la salud infantil: Una aproximación conceptual. *Psicología y Salud*. 2008; 18 (1): 37-44.
3. Sánchez Socarras V. ¿Es la percepción de la salud, un buen indicador del estado de la salud real? [Internet]. [citado el 23 marzo 2023]. Disponible en: <https://blocs.umanresa.cat/ciencias-de-la-salut/2012/12/05/es-la-percepcion-de-la-salud-un-buen-indicador-del-estado-de-salud-real/>
4. Moyabo-Bernal A, Lara-Muñoz Ma. C, Espinosa-De Santillán I, Muñoz-Quintana G, Etchegoyen G. La autopercepción de la salud general y bucal en los niños de Puebla, México. *Rev. Soc. Odontol. La Plata*, 2010, XXIII (41): 21-24.
5. Reinoso-Vintimilla N, Del Castillo- López C. Calidad de la vida relacionada a la salud bucal en escolares de Sayausí, Cuenca Ecuador. *Rev. Estomatológica Herediana*. 2017; Oct-Dic; 27(4): 227-34.
6. Vallejo R. Calidad de la vida en relación con la salud bucal y rendimiento académico en escolares de 11 a 12 años de edad del Cantón Azogues-Ecuador 2015. [Tesis para optar grado de maestro en Estomatología]. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2016. 91p. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12866/550>
7. Arrúa M, Cáceres J, Giménez M, Mujica C, Toledo Y, Acosta A, Riquelme A, Kleger K, Méndez M, Segovia B. Impacto de la salud bucal sobre la calidad de

- vida de los niños de 11 a 14 años de tres escuelas nacionales de Asunción. Rev. Salud Pública Paraguay. 2017. Enero-Junio; 7(1): 17-20.
8. Villar A. Factores determinantes de la salud: Importancia de la prevención. Acta Med Per.2011; 28(4) 237-241.
  9. World Health Organization. World Oral Health Report 2003. Publisher 2003. [Internet]. [citado 15 de febrero de 2019]. Disponible en: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/68506/WHO\\_NMH\\_NPH\\_ORH\\_03.2.pdf?sequ](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/68506/WHO_NMH_NPH_ORH_03.2.pdf?sequ)
  10. Federación Dental Internacional. FDI. El desafío de las enfermedades bucodentales. Una llamada a la acción global. [Internet]. [citado 10 de agosto de 2022]. Disponible en: [https://www.fdiworlddental.org/sites/default/files/2021-03/book\\_spreads\\_oh2\\_spanish.pdf](https://www.fdiworlddental.org/sites/default/files/2021-03/book_spreads_oh2_spanish.pdf)
  11. Cerón- Bastidas XA. Relación de la calidad de vida y salud oral en la población adolescente. Rev. Ces Odont Colombia.2018; 3(1): 38-46.
  12. Lorenzo M, Sánchez E, Valero J. Evaluación de la salud bucodental y estilo de vida saludables en la población infantiles que acude a la consulta odontológica de atención primaria. Odontología Preventiva. 2008; 1(2):83-9.
  13. Rojas H. Prevalencia de caries dental y factores de riesgo asociada. Revista Cubana Medicina Militar. 2014; 41 (4): 379-384.
  14. Petersen P, Ogawa H. Prevention of dental caries through the use of fluoride the WHO approach. Community Dental Health. 2016; 33: 66-68.

15. Petersen P, Kwan S. Equity, social determinants, and public health programmes the case of oral health. *Community Dent Oral Epidemiology*. 2011; 39: 481–487.
16. Nørrisgaard E, Qvist V y Ekstrand K. Prevalence, risk surfaces and inter-municipality variations in caries experience in Danish children and adolescents in 2012. *Acta odontológica Escandinavia*. [Internet]. 2015; [citado 15 de febrero de 2021]; 74 (4): 291-297. Disponible en: <https://doi.org/10.3109/00016357.2015.1119306>.
17. Da Silveira Moreira R. Epidemiology of Dental Caries in the World. *Oral Health Care - Pediatric, Research, Epidemiology and Clinical Practices*. [Internet]. 2012; [citado 15 de febrero de 2022]. Disponible en: <http://www.intechopen.com/books/oral-health-care-pediatric-research-epidemiology-andclinical-practices/epidemiology-of-dental-caries-in-the-world>
18. Acerca de caries en Dinamarca. [Internet]. [citado 25 de febrero de 2019]. Disponible en: <https://perspektiv.nu/da/artikler/artikler-efter-kategori/nordisk-rapport-om-cariesudviklingen.aspx?PID=75>
19. Acerca del conocimiento profesional sobre caries. [Internet]. [citado 15 de febrero de 2020] Disponible en: <https://www.tandlaegebladet.dk/sites/default/files/articles-pdf/TB-2006-10-788.pdf>
20. Sobre utilización de la atención y salud dental en la población danesa. [Internet]. [citado 15 de enero de 2019]. Disponible en: <https://www.sst.dk/publ/publ2001/Tandplejeprognose/inde0009.htm>

21. World Health Organization. Nutrition, Physical Activity and Obesity. [Internet]. Europa Denmark: WHO; 2013. [citado 09 de marzo de 2019]. Disponible en: <file:///F:/Denmark-Who-Country-Profile.pdf>
22. Bolt-Evensen K, Vik F, Holte T, Klepp K, Bere E. Consumption of sugar-sweetened beverages and artificially sweetened beverages from childhood to adulthood in relation to socioeconomic status – 15 years follow-up in Norway. International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity. 2018;15 (8): 2-9.
23. European Observatory on Health Systems and Policies. State of Health in the EU Denmark Country Health Profile 2017. [Internet]. [citado 26 de marzo de 2019]. Disponible en: [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0009/355977/Health-Profile-Denmark-Eng.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/355977/Health-Profile-Denmark-Eng.pdf?ua=1)
24. Skolebørnsundersøgelsen 2018. Sattens Institut for Folkesundhed. Helbred, trivsel og sundhedsadfærd blandt 11-, 13- og 15-årige skoleelever i Danmark [Internet]. [citado 01 de mayo de 2021]. Disponible en: [file:///C:/Users/tavit/Downloads/downcount\\_HBSC-Rapport-2018.pdf](file:///C:/Users/tavit/Downloads/downcount_HBSC-Rapport-2018.pdf)
25. Ministerio de Salud. Módulo de promoción de la salud bucal / Ministerio de Salud. Dirección General de Promoción de la Salud. Dirección Ejecutiva de Educación para la Salud - Lima: Ministerio de Salud. [Internet]. Perú: MINSA; 2013 [citado 09 de marzo de 2020]. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/bvminsa.asp>.

26. Madrid C.M, Castro R.A, Echeandía A.J, Chein V.S, Villavicencio G.J, Cuentas R.A y Vásquez O.R. Modelo de atención integral de salud bucal en Pachacútec, Callao. *Odontología Sanmarquina*, 2011,14(1): 4-7  
<https://doi.org/10.15381/os.v14i1.2820>
27. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. Programa de Enfermedades No Transmisibles [Internet]. Perú ENDES; 2020 [citado 09 de septiembre de 2020]. Disponible:[https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1796/cap01.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1796/cap01.pdf)
28. Cuellar K, Meza A, Santos D. Uso de pasta dental en niños de 1 a 11 años en el Perú en el año 2016. [Trabajo de investigación para obtener el Título Profesional de Cirujano Dentista]. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia 2018.
29. World Health Organization (OMS). The World Oral Health Report 2003. Continuous improvement of oral health in the 21st century the approach of the WHO Global Oral Health Program. GINEBRA: WHO; 2003.
30. OMS. Directriz: Ingesta de azúcares para adultos y niños. Resumen 2015. [Internet]. [citado 09 de marzo de 2019]. Disponible en: <file:///F:/iNGESTA%20DE%20AZUCARES%20EN%20NI%C3%91OS%20OMS.pdf>
31. Palacios D. Consumo excesivo de gaseosas y riesgo de obesidad en adolescentes de la ciudad de Trujillo 2017. [Tesis para optar el título de médico cirujano]. Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego 2017.
32. WHO. Oral Health Surveys. Basic Methods. Fifth Edition. Switzerland: WHO; 2013. [Internet]. [citado 09 de marzo de 2019]. Disponible en:

[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97035/9789241548649\\_eng.pdf;jsessionid=5E9C1F993968F8B0D356AE4642FBBE23?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97035/9789241548649_eng.pdf;jsessionid=5E9C1F993968F8B0D356AE4642FBBE23?sequence=1)

33. Real Academia Española [Percepción]. Madrid: Asociación de Academias de la Lengua Española; 2014. [Internet]. [citado 27 de febrero de 2019]. Disponible en: <https://dle.rae.es/percepci%C3%B3n>
34. Corchuelo O. Determinantes sociales y del estilo de vida en salud oral en el acceso a odontología de gestantes caleñas en el 2012, Colombia. Rev. Fac. Nac. Salud Pública. 2013 ,31 (1): 170-180.
35. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. Clasificación internacional normalizada de la educación CINE 1997. Paris: UNESCO; 2006] [ [citado 09 de marzo de 2019]. Disponible en: <http://uis.unesco.org/sites/default/files/documents/international-standard-classification-of-education-1997-sp.pdf>
36. Real Academia Española [Sexo]. Madrid: Asociación de Academias de la Lengua Española; 2014. [Internet]. [citado 27 de febrero de 2019]. Disponible en: <https://dle.rae.es/?id=XlApmpe> .
37. Morales C. M. Validación del cuestionario de salud bucal de la Organización de la Salud quinta edición en niños de 12 años de edad de un centro educativo estatal del año 2018. [Tesis para optar el título de cirujano dentista] Universidad Peruana Cayetano Heredia 2019.
38. Ministerio de asuntos exteriores de Dinamarca. Dinamarca en España Educación. [Internet]. [citado 26 de julio de 2022]. Disponible en: <https://spanien.um.dk/es/conoce-dinamarca/informacion-sobre-dinamarca/educacion>.

39. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. Informe de seguimiento de la educación en el mundo una nueva generación: 25 años de esfuerzos en favor de la igualdad de género en la educación informe sobre género 2020. [Internet]. [citado 27 de julio de 2022]. Disponible en: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000375470/PDF/375470spa.pdf.ti.page=80>.
40. Pagliarini SM, Vianna VM, Bessa RM, Rebelo VJ, Correa de Quiroz HA, Correa de Quiroz A, Herkrath F, Pereira VJ. Clinical Consequences of Untreated Dental Caries, Individual Characteristics, and Environmental Factors on Self-Reported Oral Health Measures in Adolescents: A Follow-Up Prevalence Study. *Caries Res.* 2020; 54:176-184.
41. Apaza-Ramos S, Torres-Ramos G, Blanco-Victorio D, Antezana-Vargas V, Montoya-Funegra J. Influencia de los factores sociodemográficos, familiares y el estado de la salud bucal en la calidad de vida de adolescentes peruanos. *Rev. Estomatol Herediana.* 2015;25(2): 87-99.
42. Kumar S, Kroon J, Lalloo R. A systematic review of the impact of parental socio-economic status and home environment characteristics on children's oral health related quality of life. *Health Qual Life Outcomes.* 2014; 12, 41 <https://doi.org/10.1186/1477-7525-12-41>
43. Kuposova N, Eriksen HM, Widström E, Eisemann M, Opravin A, Kuposov R. Oral health-related quality of life among 12-year-olds in Northern Norway and North-West Russia. *Oral Health Dent Manag.* 2012 Dec;11(4):206-14. PMID: 23208598



44. Patel Reena. The State of Oral Health in Europa Report Commissioned by the Platform for Better Oral Health in Europe. [Internet]. [citado 26 de julio de 2022]. Disponible en: <http://www.oralhealthplatform.eu/wp-content/uploads/2015/09/Report-the-State-of-Oral-Health-in-Europe.pdf>
45. Slabšinskienė E, Kavaliauskienė A, Žemaitienė M, Vasiliauskienė I, Zaborskis A. Dental Fear and Associated Factors among Children and Adolescents: A School-Based Study in Lithuania. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Aug 23;18(16):8883. DOI: 10.3390/ijerph18168883. PMID: 34444632; PMCID: PMC8395053.
46. Pantelewicz A, Olczak-Kowalczyk D. Health behavior and oral health status as indicators of child abuse and neglect in children and adolescents. Preliminary report. *J Stoma* 2019; 72,4:153-157. DOI: <https://doi.org/10.5114/jos.2019.91232>.
47. Thomson WM, Broder HL. Oral-Health-Related Quality of Life in Children and Adolescents. *Pediatric Clin North Am*. 2018 Oct;65(5):1073-1084. Doi: 10.1016/j.pcl.2018.05.015. PMID: 30213350.
48. F Benjamin. Childhood lasts a lifetime F. *British Dental Journal*. DOI: 10.1038/sj.bdj.2018.271.
49. Cerón-Bastidas X. Relación de calidad de vida y salud oral en la población adolescente. *Rev. CES Odont*. 2018; 31(1):38-46
50. Solís G, Pesaressi E, Mormontoy W. Tendencias y factores asociados a la frecuencia de cepillado dental en menores de doce años, Perú 2013-2018. *Rev Perú Med Exp Salud Publica*. 2019; 36(4): 562-72. doi:10.17843/rpmesp.2019.364.4888.

51. Buldur A, Nur GO. Conceptual modelling of the factors affecting oral health-related quality of life in children: A path analysis. *Int Journal Dent.* 2020;30: 181-192. DOI:1111/ipd.12583
52. Phanthavong S, Nonaka D, Phonaphone T, Kanda K, Sombouaphan P, Wake N, Sayavong S, Nakasone T, Phongsavath K, Arasaki A. Oral health behavior of children and guardians' beliefs about children's dental caries in Vientiane, Lao People's Democratic Republic (Lao PDR). *PLoS One.* 2019 Jan 25;14(1): e0211257. Doi: 10.1371/journal.pone.0211257. PMID: 30682133; PMCID: PMC6347166.
53. Alsubaie AS. Oral Health-Related Behaviors and dental pain among children in Saudi Arabia. *J Int Oral Health* 2019; 11:1-7. DOI: 10.4103/jioh.jioh\_253\_18.
54. Linden J, Widström E, Sinkkonen J. Children, and adolescents' dental treatment in 2001–2013 in the Finnish public dental service. *BMC Oral Health,* 2019 19:131 DOI: <https://doi.org/10.1186/s12903-019-0828-z>
55. Wang X, Bernabe E, Pitts N, Zheng, Zheng S y Gallagher J. E. (2021). Dental Caries Clusters among Adolescents in England, Wales, and Northern Ireland in 2013: Implications for Proportionate Universalism. *Caries research* 2021; 55(5), 553-566. DOI: 10.1159/000518964.
56. Huseinbegovic A, Kajtazovic J, Selimovic D.S, Bajric E, Hadzic S y Gojkov VM. Oral health related knowledge, behavior, and attitude in a group of 12-year-old school children. *Stomatoloskj vjesnik* 2020; 9(1).
57. Bashiran S, Seyedzadeh-Sbounchi S, Shirahmadi S, Karimi-Shahanjarini A, Reza S.A y Vahdatinia F. Predictors of oral health promotion behaviors among

- elementary school children: Examination of an extended social cognitive theory. *Int J Pediatric Dent.* 2021; 31: 191-203. DOI: 10.1111/ipd.12659.
58. Neapul P y Mahomed O. Influence of parent's oral health knowledge and attitudes on oral health practices of children (5-12 years) in rural school in KwaZulu-Natal South Africa. *J Int Soc Prevent Community Dent* 2020; 10:605-12. DOI: 10.4103/jispcd.JISPDC\_272\_20.
59. Sharma U, Gill N, Gulati A, Passi S, Verma L, Bal Ikreet S, Arona R, Agnihotri A y Gauba K. Effect of oral health behavior and demographic variables on gingival health in 11-16-year-old school children in Chandigarh India: A cross-sectional study. *J Invest Clin Dent.* 2019; 10: e12405. DOI: <http://doi.org/10.1111/jicd.12405>
60. Yousaf M, Aslam T, Saeed S, Sarfraz A, Sarfraz Z y Cherrez-Ojeda I. Individual, family, and socioeconomic contributors to dental caries in children from low-and middle-income countries. *Int. J Environ. Res. Public Health* 2022,19, 7114. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph19127114>
61. Petersen y Ogawa H. Prevention of dental caries through the use of fluoride-the WHO approach. *Community Dental Health* (2016) 33,66-68. DOI: 10.1922/CDH\_Petersen03.
62. Ministerio Nacional de Salud. MINSA. Guía de práctica clínica para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la caries dental en niños y niñas 2017.
63. Petersen P. Fluoride for all. University of Copenhagen. Disponible en: [https://news.ku.dk/all\\_news/2016/11/fluoride-for-all/](https://news.ku.dk/all_news/2016/11/fluoride-for-all/)

64. Petersen P, Baez R, Ogawa H. Global application of oral disease prevention and health promotion as measured 10 years after the 2007 world health assembly statement on oral health. *Community Dent Oral Epidemiol.*2020;48:338-348. DOI: <https://doi.org/10.1111/cdoe.12538>
65. Choi Y, Choi J. Subjective oral health perception and oral health behavior in of Korean adolescents. *Iran J Public Health.* Vol, No. 1, Jan 2020, pp.198-200.
66. Moynihan P, Makino Y, Petersen P E y Ogawa H. Implications of WHO Guideline on Sugars for dental health professionals. *Community dentistry and oral epidemiology*, 2018 46(1), 1-7.
67. Poulsen Sven, Richards Alan, Nyvad Bente. The use of fluorides in the prevention of dental caries. *Tandlægebladet.dk* [Internet] 2010; [citado 18 de marzo de 2023]; 114 NR.8 Disponible en: <https://tandlaegebladet.dk/sites/default/files/articles-pdf/TB-2010-08-622.pdf>
68. Aarhus Universitet. Institut for Odontologi og Oral Sundhed. Klinisk Vejledning i brug af fluorid. [Internet] Dinamarca 2017; [citado 18 de marzo de 2023] Disponible en: [https://dent.au.dk/fileadmin/dent.au.dk/Klinisk\\_vejledning\\_for\\_brug\\_af\\_fluorid\\_endelig\\_12-06-17.pdf](https://dent.au.dk/fileadmin/dent.au.dk/Klinisk_vejledning_for_brug_af_fluorid_endelig_12-06-17.pdf)
69. Ministerio de Educación. El 64 % de escolares volvieron hoy a las aulas. [Internet]. Lima: [citado 22 de marzo de 2023]. Disponible en: [www.gob.pe](http://www.gob.pe)
70. Danmarks Evalueringsinstitut. Grundskolers erfaring med nødundervisning under Covid-19-Pandemien.Danmark. København: EVA; 2020. Rapport-Grundskole.

<https://www.eva.dk/grundskole/grundskolers-erfaringer-noedundervisning-under-covid-19-pandemien>

## VIII. TABLAS

**Tabla 1.**

Características sociodemográficas de la muestra de escolares de Perú (n=97) y Dinamarca (n=96)

<b>VARIABLES</b>	<b>Muestra total n (%)</b>	<b>Perú n (%)</b>	<b>Dinamarca n (%)</b>
<i>Años</i>			
11 años	79 (40.9)	42(43.3)	37(38.5)
12 años	114 (59.1)	55(56.7)	59(61.5)
<i>Sexo</i>			
Masculino	95(49.2)	62(63.9)	33(34.4)
Femenino	98(50.8)	35(36.1)	63(65.6)
<i>Educación de la madre</i>			
Secundaria o menos	45 (23.3)	41 (42.3)	4 (4.2)
Superior	120 (62.2)	38 (39.2)	82 (85.4)
No lo sé	28 (14.5)	18 (18.5)	10 (10.4)
<i>Educación del padre</i>			
Secundaria o menos	35 (18.1)	31 (32.0)	4 (4.2)
Superior	121 (62.7)	39 (40.2)	82 (85.4)
No lo sé	37 (19.2)	27 (27.8)	10 (10.4)

**Tabla 2.**  
La Percepción de salud bucal según sexo y nivel educativo de los padres en Perú

Percepción de salud bucal	Sexo		Educación de la madre			Educación del padre		
	Masculino n (%)	Femenino n (%)	Secundaria o menor n (%)	Superior n (%)	No sé n (%)	Secundaria o menor n (%)	Superior n (%)	No sé n (%)
<i>Salud dientes</i>								
Excelente/Muy buena	7(11.3)	7(20.0)	5(12.2)	6(15.8)	3(16.6)	4(12.9)	4(10.3)	6(22.2)
Buena	16(25.8)	8(22.9)	11(26.8)	6(15.8)	7(38.9)	10(32.3)	7(18.0)	7(25.9)
Normal	32(51.6)	17(48.6)	21(51.2)	22(57.9)	6(33.3)	13(41.9)	24(61.5)	12(44.5)
Mala/Muy mala	3(4.8)	3(8.5)	4(9.8)	1(2.6)	1(5.6)	3(9.7)	1(2.6)	2(7.4)
No lo sé	4(6.5)	0(-)	0(-)	3(7.9)	1(5.6)	1(3.2)	3(7.6)	0(0.0)
<i>Salud encías</i>								
Excelente/Muy buena	11(17.7)	7(20.0)	7(17.1)	8(21.1)	3(16.7)	7(22.6)	8(20.5)	3(11.1)
Buena	10(16.1)	7(20.0)	8(19.5)	9(23.7)	0(-)	5(16.1)	10(25.6)	2(7.4)
Normal	27(43.6)	12(34.3)	14(34.2)	14(36.8)	11(61.1)	10(32.3)	15(38.5)	14(51.9)
Mala/Muy mala	8(12.9)	8(22.9)	12(29.2)	1(2.6)	3(16.7)	8(25.8)	0(-)	8(29.6)
No lo sé	6(9.7)	1(2.8)	0(-)	6(15.8)	1(5.5)	1(3.2)	6(15.4)	0(-)
<i>Frecuencia de dolor</i>								
Frecuente	10(16.1)	7(20.0)	9(22.0)	6(15.8)	2(11.1)	4(12.9)	7(18.0)	6(22.2)
No frecuente	51(82.3)	26(74.3)	32(78.0)	31(81.6)	14(77.8)	26(83.9)	32(82.0)	19(70.4)
No sé	1(1.6)	2(5.7)	0(-)	1(2.6)	2(11.1)	1(3.2)	0(-)	2(7.4)
<i>Contento con mis dientes</i>								
Sí	20(32.3)	22(62.9)	20(48.8)	17(44.7)	5(27.8)	12(38.7)	18(46.2)	12(44.4)
No	37(59.7)	12(34.3)	19(46.3)	19(50.0)	11(61.1)	16(51.6)	19(48.7)	14(51.9)
No sé	5(8.0)	1(2.8)	2(4.9)	2(5.3)	2(11.1)	3(9.7)	2(5.1)	1(3.7)
<i>Sonríe</i>								
Sí	7(11.3)	11(31.4)	10(24.4)	6(15.8)	2(11.1)	6(19.4)	7(18.0)	5(18.5)
No	53(85.5)	21(60.0)	30(73.2)	29(76.3)	15(83.3)	24(77.4)	29(74.4)	21(77.8)
No sé	2(3.2)	3(8.6)	1(2.4)	3(7.9)	1(5.6)	1(3.2)	3(7.6)	1(3.7)
<i>Niños se ríen</i>								
Sí	3(4.8)	5(14.3)	5(12.2)	2(5.3)	1(5.6)	3(9.7)	2(5.1)	3(11.1)
No	53(85.5)	22(62.9)	26(63.4)	33(86.8)	16(88.9)	20(64.5)	33(84.6)	22(81.5)
No sé	6(9.7)	8(22.8)	10(24.4)	3(7.9)	1(5.5)	8(25.8)	4(10.3)	2(7.4)
<i>Perdí clases</i>								
Sí	4(6.5)	2(5.7)	1(2.4)	4(10.5)	1(5.6)	2(6.5)	4(10.3)	0(-)
No	55(88.7)	31(88.6)	38(92.8)	32(84.2)	16(88.8)	27(87.1)	33(84.6)	26(96.3)
No sé	3(4.8)	2(5.7)	2(4.8)	2(5.3)	1(5.6)	2(6.4)	2(5.1)	1(3.7)
<i>Problemas al morder</i>								
Sí	12(19.4)	5(14.3)	9(22.0)	5(13.2)	3(16.7)	3(9.7)	8(20.5)	6(22.2)
No	47(75.8)	27(77.1)	29(70.7)	31(81.6)	14(77.8)	25(80.7)	29(74.4)	20(74.1)
No sé	3(4.8)	3(8.6)	3(7.3)	2(5.2)	1(5.5)	3(9.6)	2(5.1)	1(3.7)
<i>Problemas al masticar</i>								
Sí	5(8.1)	2(5.7)	2(4.9)	4(10.5)	1(5.6)	2(6.5)	5(12.8)	0(-)
No	55(88.7)	29(82.9)	38(92.7)	31(81.6)	15(83.3)	29(93.5)	30(76.9)	25(92.6)
No sé	2(3.2)	4(11.4)	1(2.4)	3(7.9)	2(11.1)	0(-)	4(10.3)	2(7.4)

**Tabla 3.**  
Percepción de salud bucal según sexo y nivel educativo de los padres en Dinamarca

Percepción de salud bucal	Sexo		Educación de la madre			Educación del padre		
	Masculino (%)	Femenino (%)	Secundario o menor (%)	Superior (%)	No sé (%)	Secundario o menor (%)	Superior (%)	No sé (%)
<i>Salud dientes</i>								
Excelente/Muy buena	27(81.8)	53(84.1)	4(100.0)	67(81.7)	9(90.0)	4(100.0)	67(81.7)	9(90.0)
Buena	3(9.1)	6(9.5)	0(-)	8(9.8)	1(10.0)	0(-)	8(9.8)	1(10.0)
Normal	3(9.1)	4(6.4)	0(-)	7(8.5)	0(-)	0(-)	7(8.5)	0(-)
Mala/Muy mala	0(-)	0(-)	0(-)	0(-)	0(-)	0(-)	0(-)	0(-)
No lo sé	0(-)	0(-)	0(-)	0(-)	0(-)	0(-)	0(-)	0(-)
<i>Salud encías</i>								
Excelente/Muy buena	29(87.9)	49(77.8)	2(50.0)	66(80.5)	10(100.0)	2(50.0)	66(80.5)	10(90.0)
Buena	2(6.1)	11(17.5)	2(50.0)	11(13.5)	0(-)	2(50.0)	11(13.4)	0(-)
Normal	2(6.0)	2(3.2)	0(-)	4(4.8)	0(-)	0(-)	4(4.9)	0(-)
Mala/Muy mala	0(-)	1(1.5)	0(-)	1(1.2)	0(-)	0(-)	0(-)	0(-)
No lo sé	0(-)	0(-)	0(-)	0(-)	0(-)	0(-)	0(-)	0(-)
<i>Frecuencia de dolor</i>								
Frecuente	8(24.2)	9(14.3)	2(50.0)	15(18.3)	0(-)	2(50.0)	11(13.4)	4(40.0)
No frecuente	13(39.4)	48(76.2)	1(25.0)	54(65.8)	6(60.0)	1(25.0)	58(70.7)	2(20.0)
No sé	12(36.4)	6(9.5)	1(25.0)	13(15.9)	4(40.0)	1(25.0)	13(15.9)	4(40.0)
<i>Contento con mis dientes</i>								
Sí	18(54.6)	40(63.5)	0(-)	52(63.4)	6(60.0)	0(-)	52(63.4)	6(60.0)
No	15(45.4)	23(36.5)	4(100.0)	30(36.6)	4(40.0)	4(100.0)	30(36.6)	4(40.0)
No sé	0(-)	0(-)	0(-)	0(-)	0(-)	0(-)	0(-)	0(-)
<i>Sonrí</i>								
Sí	1(3.0)	4(6.3)	0(-)	5(6.1)	0(-)	0(-)	5(6.1)	0(-)
No	32(97.0)	59(93.7)	4(100.0)	77(93.9)	10(100.0)	4(100.0)	77(93.9)	10(100.0)
No sé	0(-)	0(-)	0(-)	0(-)	0(-)	0(-)	0(-)	0(-)
<i>Niños se ríen</i>								
Sí	2(6.1)	9(14.3)	0(-)	10(12.2)	1(10.0)	0(-)	11(13.4)	0(-)
No	31(93.9)	54(85.7)	4(100.0)	72(87.8)	9(90.0)	4(100.0)	71(86.6)	10(100.0)
No sé								
<i>Perdí clases</i>								
Sí	0(-)	6(9.5)	0(-)	5(6.1)	1(10.0)	0(-)	6(7.3)	0(-)
No	33(100.0)	57(90.5)	4(100.0)	77(93.9)	9(90.0)	4(100.0)	76(92.7)	10(100.0)
No sé	0(-)	0(-)	0(-)	0(-)	0(-)	0(-)	0(-)	0(-)
<i>Problemas al morder</i>								
Sí	0(-)	5(7.9)	0(-)	2(2.4)	3(30.0)	0(-)	5(5.8)	0(-)
No	31(93.9)	58(92.1)	2(50.0)	80(97.6)	7(70.0)	2(50.0)	77(94.2)	10(100.0)
No sé	2(6.1)	0(-)	2(50.0)	0(-)	0(-)	2(50.0)	0(-)	0(-)
<i>Problemas al masticar</i>								
Sí	1(3.0)	6(9.5)	0(-)	5(6.1)	2(20.0)	0(-)	7(8.5)	0(-)
No	32(97.0)	57(90.5)	4(100.0)	77(93.9)	8(80.0)	4(100.0)	75(91.5)	10(100.0)
No sé	0(-)	0(-)	0(-)	0(-)	0(-)	0(-)	0(-)	0(-)



**Tabla 4.**  
Estilo de vida según sexo y nivel educativo de los padres en Perú

Estilo de vida	Sexo		Educación de la madre			Educación del padre		
	Masculino n (%)	Femenino n (%)	Secundaria o menor n (%)	Superior n (%)	No sé n (%)	Secundaria o menor n (%)	Superior n (%)	No sé n (%)
<i>Frecuencia visita dental último año</i>								
≤4 veces	32(51.6)	19(54.3)	26(63.4)	15(39.5)	10(55.6)	20(64.5)	14(35.9)	17(63.0)
>4 veces	4(6.5)	2(5.7)	2(4.8)	3(7.9)	1(5.6)	2(6.5)	3(7.7)	1(3.7)
No he ido	19(30.7)	9(25.7)	8(19.5)	15(39.5)	5(27.7)	5(16.1)	17(43.6)	6(22.2)
Nunca	5(8.0)	0(-)	3(7.4)	2(5.2)	0(-)	1(3.2)	3(7.7)	1(3.7)
No sé	2(3.2)	6(14.3)	2(4.9)	3(7.9)	2(11.1)	3(9.7)	2(5.1)	2(7.4)
<i>Razón de visita dental</i>								
Dolor molestias	20(32.3)	8(22.9)	5(12.1)	15(39.5)	8(44.4)	7(24.0)	11(28.2)	10(37.0)
Tratamiento	11(17.7)	12(34.3)	15(36.6)	4(10.5)	4(21.2)	11(35.5)	8(20.5)	4(14.9)
Visita/seguimiento	9(14.5)	10(28.6)	12(29.3)	4(10.5)	3(16.7)	7(22.0)	5(12.8)	7(25.9)
No sé	22(35.5)	5(14.2)	9(22.0)	15(39.5)	3(16.7)	6(18.5)	15(38.5)	6(22.2)
<i>Frecuencia de cepillado</i>								
<2 v/día	37(59.7)	14(40.0)	16(39.0)	20(53.0)	15(83.3)	15(48.4)	21(53.8)	15(55.6)
≥2 v/día	25(40.3)	21(60.0)	25(61.0)	18(47.0)	3(16.7)	16(51.6)	18(46.2)	12(44.4)
<i>Utiliza para limpieza de encías o dientes</i>								
Cepillo	60(96.7)	35(100.0)	39(95.1)	38(100.0)	18(100.0)	29(93.6)	39(100.0)	27(100.0)
Palillos de madera	23(37.1)	20(57.1)	18(43.9)	16(42.1)	9(50.0)	11(35.5)	18(46.2)	14(51.9)
Palillos de plástico	17(27.4)	14(40.0)	12(29.3)	12(31.6)	7(38.9)	10(30.3)	10(25.6)	11(40.7)
Hilo	35(56.5)	22(62.9)	25(61.0)	19(50.0)	13(72.2)	19(61.3)	21(53.9)	17(63.0)
Bicarbonato	22(35.5)	19(54.3)	23(56.1)	12(31.6)	6(33.3)	19(61.3)	11(28.2)	11(40.7)
Palo de masticar	16(25.8)	16(45.7)	14(34.2)	11(29.0)	7(38.9)	14(45.2)	9(23.1)	9(33.3)
Otras	24(38.7)	17(48.6)	16(39.0)	16(42.1)	9(50.0)	15(48.4)	13(33.3)	13(48.2)
<i>Usas Cepillo dental</i>								
Sí	62(100.0)	34(97.1)	40(97.6)	38(100.0)	18(100.0)	30(96.8)	39(100.0)	27(100.0)
No	0(-)	1(2.9)	1(2.4)	0(-)	0(-)	1(3.2)	0(-)	0(-)
No sé	0(-)	0(-)	0(-)	0(-)	0(-)	0(-)	0(-)	0(-)
<i>Frecuencia consumo fruta fresca</i>								
Una v/día o más	31(50.0)	23(65.7)	24(58.5)	19(50.0)	11(61.1)	17(54.8)	21(53.9)	16(59.3)
Una v/semana o más	30(48.4)	12(34.3)	16(39.0)	19(50.0)	7(38.9)	13(41.9)	18(46.1)	11(40.7)
Nunca	1(1.6)	0(-)	1(2.5)	0(-)	0(-)	1(3.3)	0(-)	0(-)
<i>Frecuencia de consumo de azúcares en los alimentos</i>								
Una v/día o más	4(6.5)	5(14.3)	8(19.4)	1(2.6)	0(-)	6(19.4)	1(2.6)	2(7.4)
Una v/semana o más	52(83.9)	25(71.4)	28(68.4)	34(89.5)	15(83.3)	20(64.5)	36(92.3)	21(77.8)
Nunca	6(9.6)	5(14.3)	5(12.2)	3(7.9)	3(16.7)	5(16.1)	2(5.1)	4(14.8)
<i>Frecuencia de consumo de líquidos azucarados</i>								
Una v/día o más	12(19.4)	10(28.6)	12(29.3)	7(18.4)	3(16.7)	8(25.8)	7(18.0)	7(25.9)
Una v/semana o más	48(77.4)	23(65.7)	26(63.4)	30(79.0)	15(83.3)	20(64.5)	31(79.5)	20(74.1)
Nunca	2(3.2)	2(5.7)	3(7.3)	1(2.6)	0(-)	3(9.7)	1(2.5)	0(-)
<i>Usa crema dental</i>								
Sí	57(91.9)	32(91.4)	36(87.8)	38(100.0)	15(83.3)	28(90.3)	37(94.5)	24(89.0)
No	5(8.1)	2(5.7)	4(9.8)	0(-)	3(16.7)	3(9.7)	2(5.2)	2(7.4)
No sé	0(0.0)	1(2.9)	1(2.4)	0(-)	0(-)	0(-)	0(-)	1(3.6)
<i>Hábito de Fumar</i>								
Una v/día o más	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)
Una v/semana o más	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)

Nunca 62(100) 35(100) 41(100) 38(100) 18(100) 31(100) 39(100) 27(100)

**Tabla 5**  
Estilo de vida según sexo y nivel educativo de padres en Dinamarca

Estilo de vida	Sexo		Educación de la madre			Educación del padre		
	Masculi no n (%)	Femenin o n (%)	Secundaria o menor n (%)	Superio r n (%)	No sé n (%)	Secundaria o menor n (%)	Superio r n (%)	No sé n (%)
<i>Frecuencia visita dental último año</i>								
≤4 veces	23(69.7)	49(77.8)	2(50.0)	63(76.8)	7(70.0)	2(50.0)	63(76.8)	7(70.0)
>4 veces	3(9.1)	14(22.2)	0(-)	17(20.7)	0(-)	0(-)	17(20.7)	0(-)
No he ido	0(-)	0(-)	0(-)	0(-)	0(-)	0(-)	0(-)	0(-)
Nunca	0(-)	0(-)	0(-)	0(-)	0(-)	0(-)	0(-)	0(-)
No sé	7(21.2)	0(-)	2(50.0)	2(2.4)	3(30.0)	2(50.0)	2(2.4)	3(30.0)
<i>Razón de visita dental</i>								
Dolor molestias	1(3.0)	0(-)	1(25.0)	0(-)	0(-)	1(25.0)	0(-)	0(-)
Tratamiento	0(-)	14(22.2)	0(-)	11(13.4)	3(30.0)	0(-)	14(17.1)	0(-)
Visita/seguimiento	25(75.8)	49(77.8)	3(75.0)	68(82.9)	3(30.0)	3(75.0)	65(79.3)	6(60.0)
No sé	7(21.2)	0(-)	0(-)	3(3.7)	4(40.0)	0(-)	3(3.7)	4(40.0)
<i>Frecuencia de cepillado</i>								
<2 v/día	3(9.1)	12(23.1)	2(50.0)	13(15.9)	0(-)	2(50.0)	13(15.9)	0(-)
≥2 v/día	30(90.9)	51(76.9)	2(50.0)	69(84.1)	10(100.0)	2(50.0)	69(84.1)	10(100.0)
<i>Utiliza para limpieza de encías o dientes</i>								
<i>Cepillo</i>								
Palillos de madera	27(81.8)	55(87.3)	3(75.0)	69(84.2)	10(100.0)	3(75.0)	73(89.0)	6(60.0)
Palillos de plástico	5(15.2)	24(38.1)	3(75.0)	23(28.1)	3(30.0)	3(75.0)	24(29.3)	2(20.0)
Hilo	12(36.4)	16(25.4)	4(100.0)	23(28.1)	1(10.0)	4(100.0)	20(24.4)	4(40.0)
Bicarbonato	12(36.4)	22(34.9)	2(50.0)	31(37.8)	1(10.0)	2(50.0)	31(37.8)	1(10.0)
Palo de masticar	10(30.3)	22(34.9)	2(50.0)	26(31.7)	4(40.0)	2(50.0)	26(31.7)	4(40.0)
Otras	9(27.3)	11(17.5)	2(50.0)	15(18.3)	3(30.0)	2(50.0)	15(18.3)	3(30.0)
<i>Usas Cepillo dental</i>								
Sí	5(15.2)	27(42.9)	3(75.0)	26(31.7)	3(30.0)	3(75.0)	27(32.9)	2(20.0)
No	29(87.9)	62(98.4)	2(50.0)	80(97.6)	9(90.0)	2(50.0)	80(97.6)	9(90.0)
No sé	4(12.1)	0(-)	2(50.0)	2(2.4)	0(-)	2(50.0)	2(2.4)	0(-)
No sé	0(-)	1(1.6)	0(-)	0(-)	1(10.0)	0(-)	0(-)	1(10.0)
<i>Frecuencia consumo de fruta fresca</i>								
Una v/día o más	21(63.7)	54(85.8)	2(50.0)	65(79.3)	8(80.0)	2(50.0)	69(84.1)	4(40.0)
Una v/semana o más	12(36.3)	9(14.2)	2(50.0)	17(20.7)	2(20.0)	2(50.0)	13(15.9)	6(60.0)
Nunca	0(-)	0(-)	0(-)	0(-)	0(-)	0(-)	0(-)	0(-)
<i>Frecuencia de consumo de los azúcares en los alimentos</i>								
Una v/día o más	5(15.2)	5(7.9)	0(-)	9(11.0)	1(10.0)	0(-)	9(11.0)	1(10.0)
Una v/semana o más	17(51.5)	37(58.7)	2(50.0)	49(60.0)	3(30.0)	2(50.0)	48(58.5)	4(40.0)
Nunca	11(33.3)	21(33.4)	2(50.0)	24(29.0)	6(60.0)	2(50.0)	25(30.5)	5(50.0)
<i>Frecuencia de consumo de líquidos azucarados</i>								
Una v/día o más	0(-)	3(4.8)	2(50.0)	1(1.2)	0(-)	2(50.0)	1(1.2)	0(-)
Una v/semana o más	30(90.9)	58(92.1)	2(50.0)	76(92.7)	10(100.0)	2(50.0)	76(92.7)	10(100.0)
Nunca	3(9.1)	2(3.1)	0(-)	5(6.1)	0(-)	0(-)	5(6.1)	0(-)
<i>Usa crema dental</i>								
Sí	30(90.9)	59(93.7)	3(75.0)	76(92.7)	10(100.0)	3(75.0)	76(92.7)	10(100.0)
No	3(9.1)	4(6.3)	1(25.0)	6(7.3)	0(-)	1(25.0)	6(7.3)	0(-)
No sé	0(-)	0(-)	0(-)	0(-)	0(-)	0(-)	0(-)	0(-)
<i>Hábito de fumar</i>								
Una v/día o más	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)
Una v/semana o más	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)

**Tabla 6**  
Comparación de la percepción de la salud bucal entre escolares de Perú y Dinamarca

Percepción de salud bucal	n (%)	Perú		Dinamarca		Valor-p*
		IC [95%]	n (%)	IC [95%]		
<i>Salud dientes</i>						
Excelente/Muy buena	14(14.4)	[08.7–23.0]	80(83.3)	[74.4–89.5]	<0.001 <sup>F</sup>	
Buena	24(24.7)	[17.1–34.4]	9(9.4)	[0.5–17.1]		
Normal	49(50.5)	[40.6–60.4]	7(7.3)	[0.3–14.1]		
Mala/Muy mala	6(6.2)	[0.3–13.2]	0(–)	–		
No lo sé	4(4.1)	[1.5–10.3]	0(–)	–		
<i>Salud encías</i>						
Excelente/Muy buena	18(18.6)	[11.9–27.7]	78(81.2)	[72.1–87.9]	<0.001 <sup>F</sup>	
Buena	17(17.5)	[11.1–26.5]	13(13.5)	[8.0–22.1]		
Normal	39(40.2)	[30.8–50.3]	4(4.2)	[1.6–10.7]		
Mala/Muy mala	16(16.5)	[10.3–25.4]	1(1.0)	[0.1–7.2]		
No lo sé	7(7.2)	[0.3–14.5]	0(–)	–		
<i>Frecuencia de dolor</i>						
Frecuente	17(17.5)	[11.1–26.5]	17(17.7)	[11.2–26.8]	0.002	
No frecuente	77(79.4)	[70.1–86.4]	61(63.5)	[53.3–72.6]		
No sé	3(3.1)	[0.1–9.0]	18(18.0)	[12.1–27.9]		
<i>Contento con mis dientes</i>						
Sí	42(43.3)	[33.7–53.4]	58(60.4)	[50.2–69.8]	0.007	
No	49(50.5)	[40.5–60.4]	38(38.0)	[30.2–50.0]		
No sé	6(6.2)	[3.0–13.2]	0(–)	–		
<i>Sonríe</i>						
Sí	18(18.6)	[12.0–27.7]	5(5.2)	[2.2–12.0]	0.001	
No	74(76.3)	[66.7–83.8]	91(94.8)	[88.0–98.0]		
No sé	5(5.1)	[2.1–11.9]	0(–)	–		
<i>Niños se ríen</i>						
Sí	8(8.3)	[4.1–15.7]	11(11.5)	[6.4–19.6]	0.001	
No	75(77.3)	[67.8–84.6]	85(88.5)	[80.4–93.6]		
No sé	14(14.4)	[8.7–23.0]	0(–)	–		
<i>Perdí clases</i>						
Sí	6(6.0)	[2.7–13.2]	6(6.3)	[2.8–13.3]	0.079	
No	86(89.0)	[81.1–93.7]	90(93.8)	[86.7–97.2]		
No sé	5(5.0)	[2.1–11.6]	0(–)	–		
<i>Problemas al morder</i>						
Sí	17(17.5)	[11.0–26.5]	5(5.2)	[2.1–12.0]	0.007	
No	74(76.3)	[67.1–84.0]	93(92.7)	[85.9–96.7]		
No sé	6(6.2)	[2.7–13.2]	2(2.1)	[0.4–8.0]		
<i>Problemas al masticar</i>						
Sí	7(7.2)	[34.5–14.1]	7(7.3)	[34.5–14.7]	0.046	
No	84(86.6)	[78.8–92.3]	89(92.7)	[85.3–96.5]		
No sé	6(6.2)	[2.7–13.2]	0(–)	–		

\*Se realizaron las comparaciones con la prueba de Chi-cuadrado

<sup>F</sup> Se realizaron las comparaciones con la prueba Exacta de Fisher

**Tabla 7**  
Comparación del estilo de vida en salud bucal entre escolares Perú y Dinamarca  
*Continuación*

<b>Estilo de vida en salud bucal</b>	<b>Perú n (%)</b>	<b>IC [95%]</b>	<b>Dinamarca n (%)</b>	<b>IC [95%]</b>	<b>Valor-p*</b>
<i>Frecuencia visita dental último año</i>					<0.001
≤4 veces	51(52.6)	[42.5–62.4]	72(75.0)	[65.3–82.7]	
>4 veces	6(6.2)	[2.7–13.1]	17(17.7)	[11.2–26.8]	
No he ido	28(28.8)	[20.6–38.7]	0(–)	–	
Nunca	5(5.2)	[2.1–11.9]	0(–)	–	
No sé	7(7.2)	[3.3–14.4]	7(7.3)	[3.3–14.6]	
<i>Razón de visita dental</i>					<0.001
Dolor molestias	28(28.7)	[20.6–38.7]	1(1.0)	[0.1–7.1]	
Tratamiento	23(23.7)	[16.2–33.2]	14(14.6)	[8.7–23.2]	
Visita/seguimiento	19(19.8)	[12.7–28.8]	74(77.1)	[6.8–84.5]	
No sé	27(27.8)	[19.6–37.7]	7(7.3)	[3.4–14.6]	
<i>Frecuencia de cepillado</i>					<0.001
<2 v/día	51(52.6)	[42.6–62.4]	15(15.6)	[09.6–24.3]	
≥2 v/día	46(47.4)	[37.6–57.4]	81(84.4)	[75.6–90.4]	
<i>Utiliza para limpieza de encías o dientes</i>					
Cepillo	95(97.4)	[92.2–99.5]	82(85.4)	[76.8–91.2]	0.002
Palillos de madera	43(44.3)	[34.6–54.4]	29(30.2)	[21.8–40.2]	0.043
Palillos de plástico	31(32.0)	[23.4–42.0]	28(29.2)	[20.9–39.1]	0.674
Hilo	57(58.8)	[48.6–68.2]	34(35.4)	[26.4–45.0]	0.001
Bicarbonato	41(42.3)	[32.8–52.4]	32(33.3)	[24.6–43.4]	0.201
Palo de masticar	32(33.0)	[24.3–43.0]	20(20.8)	[13.8–30.2]	0.057
Otras	41(42.3)	[32.7–52.4]	32(33.3)	[24.6–43.4]	0.201
Usas Cepillo dental					0.231
Sí	96(99.0)	[93.1–100.0]	91(94.8)	[88.4–97.9]	
No	1(1.0)	[0.01–6.9]	4(4.2)	[1.5–10.3]	
No sé	0(–)	[–]	1(1.0)	[0.01–7.2]	
<i>Frecuencia consumo de fruta fresca</i>					0.002 <sup>F</sup>
Una v/día o más	54(55.7)	[45.6–65.3]	75(78.1)	[68.6–85.4]	
Una v/semana o más	42(43.3)	[33.7–53.4]	21(21.9)	[14.6–31.4]	
Nunca	1(1.0)	[0.01–7.1]	0(–)	–	
<i>Frecuencia de consumo de los azúcares en los alimentos</i>					0.001
Una v/día o más	9(9.3)	[4.8–17.0]	10(10.4)	[5.6–18.4]	
Una v/semana o más	77(79.4)	[70.1–86.4]	54(56.3)	[46.1–65.9]	
Nunca	11(11.3)	[6.3–19.4]	32(33.3)	[24.6–43.4]	
<i>Frecuencia de consumo de líquidos azucarados</i>					<0.001
Una v/día o más	22(22.7)	[15.4–32.2]	3(3.1)	[0.9–9.4]	
Una v/semana o más	71(73.2)	[63.4–81.1]	88(91.7)	[84.1–95.8]	
Nunca	4(4.1)	[1.15–10.6]	5(5.2)	[2.1–12.0]	
<i>Usa crema dental</i>					1.00
Sí	89(91.8)	[84.3–95.6]	89(92.7)	[85.4–96.5]	
No	7(7.2)	[3.4–14.5]	7(7.3)	[3.4–14.6]	
No sé	1(1.0)	[0.01–7.1]	0(–)	[–]	
<i>Hábito de fumar</i>					>0.05
Una v/día o más	0(0)	[0–0]	0(0)	[0–0]	
Una v/semana o más	0(0)	[0–0]	0(0)	[0–0]	
Nunca	97(100.0)	[0–0]	96(100)	[0–0]	

\*Se realizaron las comparaciones con la prueba de Chi-cuadrado

<sup>F</sup> Se realizaron las comparaciones con la prueba Exacta de Fisher

## ANEXO 1

### Operacionalización de la Variable

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Sub-dimensión	Tipo	Indicador	Escala	Instrumento
Percepción de la salud bucal	Sensación interior que resulta de una impresión material hecha en nuestros sentidos o sensaciones externas (33). Para el caso de las enfermedades bucales, la percepción tiene un gran impacto en las personas que se traducen en términos de dolor, malestar, limitaciones en la masticación,	Percepción sobre los dientes y encías	Percepción sobre los dientes y encías	Cualitativa , nominal	¿Cómo describirías la salud de tus dientes?	Excelente Muy buena Buena Normal Mala Muy mala No se	Cuestionario de salud oral para niños de la OMS
			Percepción de experiencia de dolor		¿Con cuanta frecuencia en los últimos 12 meses has tenido dolor de dientes o has sentido molestias a causa de tus dientes?		

	limitaciones en la comunicación e insatisfacción en la condición estética (4).	Percepción de problemas psicosociales	Impacto psicosocial en la persona debido a los dientes o encías	Cualitativa, nominal	¿Has tenido alguno de los siguientes o problemas a causa de tus dientes o encías en los últimos meses?	-No estoy contento con el aspecto de mis dientes -Muchas veces no sonríó a causa de mis dientes -Algunos niños se ríen de mis dientes -Alguna vez perdí clase durante algunos días a causa de mis dientes -Tengo problemas al morder comida dura.	
<b>Estilo de vida</b>	Es la forma de vivir de las personas; se relaciona estrechamente con la esfera conductual y motivacional del ser humano y, por lo tanto, alude a la forma personal en que el hombre se realiza como ser social en condiciones concretas y	Visita al dentista	Frecuencia de visita al dentista en los últimos 12 meses.	Cualitativa, nominal.	¿Con cuanta frecuencia has ido al dentista estos últimos 12 meses?	*Una *Dos *Tres *Cuatro **Más de cuatro No he ido al dentista en los últimos 12 meses Nunca he recibido cuidados dentales No lo sé/ No lo recuerdo <b>NOTA: Se categorizó en la tabla como:</b> ≤ 4 * > 4 **	Cuestionario de salud oral para niños de la OMS

<p>particulares (34). En salud bucal está referido a las conductas del sujeto en cuanto al acudir a un establecimiento de salud, hábito alimenticio, hábito de fumar, hábito de higiene entre otros. Variable que se dividió en cuatro dimensiones: Visita al dentista, práctica de higiene bucal, consumo de azúcares, hábito de fumar y uso de crema dental (28).</p>		Razón de visita al dentista	Cualitativa, nominal	¿Porque razón fuiste al dentista la última vez?	Dolor o molestias con los dientes, encías o boca Tratamiento/Seguimiento o Visita rutinaria No lo se
	Práctica de Higiene Bucal	Frecuencia de cepillado	Cualitativa, nominal	¿Con cuanta frecuencia te cepillas los dientes?	Nunca *Varias veces al mes (2-3 veces) *Una vez a la semana *Varias veces a la semana (2-6 veces) *Una vez al día **2 o más veces al día <b>NOTA: Se categorizó en la tabla</b> <b>&lt; 2v/día contiene*</b> <b>≥2 v/día contiene **</b>
		Instrumentos de higienización	Cualitativa, nominal	¿Utilizas alguna de las siguientes cosas para limpiar tus dientes o encías?	Cepillo Palillos de madera Palillos de plástico Hilo Bicarbonato Palo de masticar Otras
		Uso de cepillo	Cualitativa, nominal	¿Usas cepillo para limpiar tus dientes?	Si No



		Uso de crema dental	Uso de crema dental	Cualitativa nominal	¿usas la pasta de dientes con flúor?	Si, No No se
		Consumo de azúcares	Consumo de alimentos con azúcar	Cualitativa , nominal	¿Con cuanta frecuencia comes fruta fresca?	*Varias veces al día *Cada día **Varias veces a la semana **Una vez a la semana **Varias veces al mes Nunca <b>NOTA: Se categorizó en la tabla (Fruta fresca, azúcares en los alimentos y líquidos azucarados)</b> <b>Una vez /día o más*</b> <b>Una vez /semana o más**</b>
					¿Con cuanta frecuencia comes galletas/pasteles, tortas, dulces, bollos, etc.? *	
					¿Con cuanta frecuencia bebes limonada o coca cola?	
					¿Con cuanta frecuencia comes mermelada/miel? *	
					¿Con cuanta frecuencia comes chicles con azúcar? *	
					¿Con cuanta frecuencia comes caramelos*	
					¿Con cuanta frecuencia bebes leche con azúcar? **	

					¿Con cuanta frecuencia bebes té con azúcar? **		
					¿Con cuanta frecuencia tomas café con azúcar? **		
		Hábito de fumar	Cigarros, pipa de fumar, cigarrillos	Cualitativa , nominal	¿Con cuanta frecuencia fumas alguno de los siguientes tipos de tabaco?	*Cada día *Varias veces a la semana **Una vez a la semana **Varias veces al mes Casi nunca Nunca <b>NOTA: Se categorizó en la tabla (Hábito de fumar)</b> <b>Una vez /día o más*</b> <b>Una vez /semana o más**</b>	
			Tabaco de mascar o rapé				
<b>Nivel educativo de los padres</b>	El concepto de “nivel” de educación está representado por un set que agrupa programas educativos en relación con grados de experiencias de aprendizaje y a los	Educación de padres	Educación de padre	Cualitativa , ordinal	¿Qué nivel de educación formal tiene tu padre?	-No tiene educación formal *-Menos que la escuela primaria	Cuestionario de salud oral para niños de la OMS
			Educación de madre		¿Qué nivel de educación formal tiene tu madre?	*Escuela primaria finalizada *Escuela secundaria finalizada **Institituto finalizado	

	<p>conocimientos, habilidades y competencias que un programa educativo se propone impartir. Adicionalmente, un nivel de la clasificación internacional normalizada de la educación que está asociado con el grado de complejidad y especialización del contenido de un programa, que puede ir desde básico hasta avanzado (33)</p>					<p><b>**Universidad finalizada</b></p> <p>No hay ningún adulto en la casa No lo sé</p> <p><b>NOTA: Se categorizó en la tabla (Educación de Padres) Educación secundaria a menos * Educación superior**</b></p>	
<b>Sexo</b>	Condición orgánica, masculina o femenina, de los seres vivientes (34).	----	-----	Cualitativa , dicotómica.		Masculino Femenino	Cuestionario de salud oral para niños de la OMS



## ANEXO 2

### MODELO DE SOLICITUD

Lima, de .....del 2020

Sr. ....

**Director de la Institución Educativa** .....

Presente. -

Estimado Sr. director:

Yo, **OCTAVIA VILLANUEVA DELGADO**, egresada de la Facultad de Estomatología de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, que con motivo del desarrollo de mi tesis titulada “Comparación de la percepción de la salud bucal, estilo de vida en salud bucal y uso de crema dental en escolares de 11-12 años de edad de la comuna Vejlbj- Risskov- Aarhus- Dinamarca y del distrito de San Martín de Porres-Lima-Perú, año 2020” para obtención de mi título de Cirujano Dentista, solicito su apoyo en la realización de un cuestionario virtual de salud Bucal, bajo parámetros de la Organización Mundial de la Salud.

Luego de procesar la información se reportará a los resultados del estudio, para promover un plan preventivo promocional para controlar factores de riesgo, relacionados a dieta, prácticas e higiene bucal, uso de servicios y otros, para contribuir al bienestar y la salud de los niños.

Todos los datos serán anónimos y tendrán un manejo absolutamente confidencial.

Agradezco anticipadamente su disposición a contribuir con la ciencia y en favor de la niñez.

Atentamente,

Octavia Villanueva D.  
Investigador

Dear Mr. director:

I am, Octavia Villanueva Delgado, graduated from the Faculty of Stomatology of the Peruvian University "Comparison of the oral healthcare perception, lifestyle in oral healthcare and use of toothpaste of school students of 11 and 12 years of age in city Vejlbj-Risskov-Aarhus-Denmark and San Martin de Porras-Lima-Perú "to obtain my title of Dental Surgeon , I request your support in the realization of an oral health questionnaire, under parameters of the World Health Organization.

After processing the information, the results of the study will be reported to you, to promote a promotional preventive plan to control risk factors, related to diet, practices and oral hygiene, use of services and others, to contribute to the well-being and health of children.

All data will be anonymous and will have a confidential handling.

I thank you in advance for your willingness to contribute to science and for children.

Best regards.

Octavia Villanueva Delgado

## ANEXO 3

### CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PADRES

Estimados Padres de Familia.

Mi nombre es Octavia Villanueva Delgado, egresada de la Facultad de Estomatología de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Me es grato dirigirme a ustedes por el siguiente motivo: Estoy desarrollando mi tesis titulada “Comparación de la percepción de la salud bucal, estilo de vida en salud bucal y uso de crema dental en escolares de 11-12 años de edad de la comuna Vejlbj-Risskov- Aarhus- Dinamarca y del distrito de San Martín de Porres-Lima-Perú, año 2020”. para obtención de mi título de Cirujano Dentista. Por tal motivo invito a su menor hijo (a) a participar en el presente estudio. Para poder obtener los datos se realizará un cuestionario, donde su menor hijo responderá 14 preguntas, en un tiempo de 15 a 20 minutos.

#### **Propósito del estudio:**

Las enfermedades bucales afectan a la población mundial, la cual se expresa en resultados de dolor, malestar, problemas psicosociales o condiciones clínicas. Detrás de los problemas de salud, están una serie de factores que pueden ser de riesgo o protectores de la salud. La identificación de prácticas relacionadas a visita al dentista, hábitos de higiene bucal, consumo de azúcares, hábitos de fumar, uso de crema dental es importante para implementar a futuro acciones de prevención y promoción en escolares.

#### **Procedimientos:**

Si usted decide que su menor hijo(a) participe en este estudio usted debe realizar lo siguiente:

1. Leer y firmar el presente consentimiento informado.
2. El cuestionario debe ser llenado por su menor hijo (a).

#### **Riesgos:**

Este estudio no presenta ningún riesgo.

#### **Beneficios:**

- Identificar los escolares que poseen prácticas adecuadas o en caso contrario, reconocer en quienes deberá brindar dar consejería en salud bucal.
- Reconocer los factores estilo de vida (visita al dentista, prácticas de higiene, consumo de azúcares y hábito de fumar) y uso de crema dental que contribuyen o no al estado de la salud bucal.

#### **Costos y Compensación:**

Su participación no representa ningún costo.

**Confidencialidad:**

Toda la información obtenida en el estudio es confidencial, el cuestionario se realizará de manera anónima.

**Uso futuro de la información obtenida:**

La información solo será usada en el presente estudio.

**Derechos del participante:**

Si usted decide que su menor hijo (a) participe en el estudio, puede retirarse de éste en cualquier momento que usted crea conveniente, o no ser participe en alguna parte del estudio sin daño alguno. Si tiene alguna duda adicional, por favor siéntase libre de llamar Octavia Villanueva al teléfono: 2773024 (Perú), 04528912885 (Dinamarca).

Si tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, o cree que ha sido tratado injustamente puede contactar a la Dra. Frine Samalvides Cuba, presidenta del Comité Institucional de Ética en Investigación de la Universidad Peruana Cayetano Heredia al teléfono 01-3190000 anexo 201355 o al correo electrónico: [duict.cieh@oficinas-upch.pe](mailto:duict.cieh@oficinas-upch.pe)

Una copia de este consentimiento informado le será entregada.

**DECLARACIÓN Y/O CONSENTIMIENTO**

Acepto voluntariamente que mi menor hijo(a) participe en este estudio, para así contribuir a la investigación sin ningún riesgo alguno.

---

Nombres y Apellidos  
Padre de Familia

---

Fecha y Hora



## **INFORMED CONSENT**

Dear parents:

My name is Octavia Villanueva Delgado, graduated from the Faculty of Stomatology of the Universidad Peruana Cayetano Heredia. I am pleased to address you for the following reason: I am developing my thesis entitled “Comparison of the oral healthcare perception, lifestyle in oral healthcare and use of toothpaste of school students of 11 and 12 years of age in city Vejlbjy-Risskov-Aarhus-Denmark and San Martin de Porras-Lima-Perú 2020.”

To obtain my title of Dental Surgeon. For this reason, I invite your youngest son to participate in this study. To obtain the data, a questionnaire will be conducted, where your youngest child will answer fourteen questions, in a time of 15 to 20 minutes.

### **Purpose of the study:**

Oral diseases affect the world population, which is expressed in pain, discomfort, psychosocial problems, or clinical conditions. Behind health problems, there are a series of factors that can be risky or protective of health. The identification of practices related to visits to the dentist, oral hygiene habits, consumption of sugars, smoking habits, use of toothpaste is important to implement future prevention and promotion actions in schoolchildren.

### **Procedures:**

If you decide to have your minor child participate in this study, you should do the following:

1. Read and sign this informed consent.
2. The questionnaire must be filled out by your youngest child

### **Risks:**

This study does not present any risk.

### **Benefits:**

- Identify the schoolchildren who have adequate practices or, if not, recognize who should provide oral health counseling.
- Recognize the lifestyle factors (visit to the dentist, hygiene practices, consumption of sugars and smoking) and use of toothpaste that contribute or not to the state of oral health.

### **Costs and compensation**

Your participation does not represent any cost.

### **Confidentiality:**

All the information obtained in the study is confidential, the questionnaire will be conducted anonymously.

**Future use of the information obtained.**

The information will only be used in the present study.

**Participant rights:**

If you decide to have your minor child participate in the study, you can withdraw from it at any time you see fit, or not participate in any part of the study without harm. If you have any additional questions, please feel free to call Octavia Villanueva at: 2773024 (Peru), 04528912885 (D)

If you have questions about the ethical aspects of the study, or believe that it has been treated unfairly, you can contact Dr. Luis Arturo Pedro Saona Ugarte President of the Institutional Committee of Research Ethics of the Universidad Peruana Cayetano Heredia at 01-3190000 annex 201355 or at email: [duict.cieh@oficinas-upch.pe](mailto:duict.cieh@oficinas-upch.pe)

A copy of this informed consent will be given to you.

**DECLARATION AND / OR CONSENT**

I voluntarily accept that my youngest child participates in this study, to contribute to the research without any risk whatsoever.

---

First and Last Names Family Guy

---

Date and Time

## ANEXO 4

### ASENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

(11 -12 años)	
<b>Título del estudio:</b>	<b>“Comparación de la percepción de la salud bucal, estilo de vida en salud bucal y uso de crema dental en escolares de 11-12 años de edad de la comuna Vejlbjy- Risskov- Aarhus- Dinamarca y del distrito de San Martín de Porres-Lima-Perú, año 2020”</b>
<b>Investigador (a):</b>	<b>Octavia Villanueva Delgado</b>
<b>Institución:</b>	<b>Universidad Peruana Cayetano Heredia</b>

#### Propósito del Estudio:

Hola mi nombre es Octavia Villanueva Delgado, estamos realizando un estudio para la “Comparación de la percepción de la salud bucal, estilo de vida en salud bucal y uso de crema dental en escolares de 11-12 años de edad de la comuna Vejlbjy- Risskov- Aarhus- Dinamarca y del distrito de San Martín de Porres-Lima-Perú, año 2020”

¿Sabías que la salud bucal es parte de la salud general de una persona? Todos nosotros tenemos hábitos saludables o hábitos no saludables. Algunos de estos hábitos que no son buenos pueden perjudicar nuestra salud bucal.

Yo deseo invitarte a participar a llenar un cuestionario virtual, que es sobre salud bucal, este cuestionario lo voy a realizar con niños de Perú y niños de Dinamarca. El cuestionario tendrá un tiempo de duración entre 15 a 20 minutos.

A partir de este estudio se planteará mejorar el cuidado de la salud bucal de los niños en las escuelas. Asesorando con prevención y promoción del cuidado de los dientes.

No deberás pagar nada por participar en el estudio. Igualmente, no recibirás dinero. El beneficio es que se te explicará sobre medidas de cuidado de la salud bucal y te ayudará a reconocer si cuentas con comportamientos saludables.

No tienes que colaborar con nosotros si no quieres. Si no lo haces está bien.

Si deseas hablar con alguien acerca de este estudio puedes llamar a: (Octavia Villanueva Delgado) al teléfono: (045 28912885). También puedes llamar a la Dr. Luis Arturo Pedro Saona Ugarte, presidente del Comité Institucional de Ética en Investigación, al teléfono 01-319 0000 anexo 201355.

¿Tienes alguna pregunta?

¿Deseas Colaborar con nosotros?

Si ()

No ()

---

---

**ASENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO  
DE INVESTIGACIÓN**

(11 -12 años)	
<i>Título del estudio:</i>	“Comparación de la percepción de la salud bucal, estilo de vida en salud bucal y uso de crema dental en escolares de 11-12 años de edad de la comuna Vejlbjy- Risskov- Aarhus- Dinamarca y del distrito de San Martín de Porres-Lima-Perú, año 2020”
<i>Investigador (a):</i>	Octavia Villanueva Delgado
<i>Institución:</i>	Universidad Peruana Cayetano Heredia.

\_\_\_\_\_  
**Testigo (si el  
participante es  
analfabeto)**

\_\_\_\_\_  
**Fecha y Hora**

\_\_\_\_\_  
**Nombres y Apellidos  
Investigador**  
Octavia Villanueva Delgado

\_\_\_\_\_  
**Fecha y Hora**

---

## ASSENT INFORMED TO PARTICIPANTS IN A RESEARCH STUDY

---

(11 -12 Years)

<b>Study title:</b>	“Comparison of the oral healthcare perception, lifestyle in oral healthcare and use of toothpaste of school students of 11 and 12 years of age in city Vejlbj-Risskov-Aarhus-Denmark and San Martin de Porrás-Lima-Perú 2020”
<b>Researcher (a):</b>	<b>Octavia Villanueva Delgado</b>
<b>Institution:</b>	<b>Universidad Peruana Cayetano Heredia</b>

### **Purpose of the Study:**

Hello, my name is Octavia Villanueva Delgado, we are conducting the study for the “Comparison of the oral healthcare perception, lifestyle in oral healthcare and use of toothpaste of school students of 11 and 12 years of age in city Vejlbj-Risskov-Aarhus-Denmark and San Martin de Porrás-Lima-Perú 2020.”

I want to tell you that to maintain general health, it is important to take diligent care of our teeth, these when they are in good condition allow us to chew properly, in addition we will maintain a healthy image. For this we must take care of them using brushes with toothpastes, avoid the consumption of sugar, increase the daily consumption of fruits.

From this study it will consider improving the oral health care of children in schools. Advising with prevention and promotion of tooth care.

If you decide to participate in this study, we will ask you some questions about perception and behaviors in oral health, the degree of instruction of your parents.

You will not have today an da to participate in the study. Anyway, you will not get any money.

The benefit is that you will be explained about oral health care measures and help you recognize if you have healthy behaviors.

You do not have to collaborate with us if you do not want to. If you do not, that is fine.

If you want to talk to someone about this studio you can call: (*Octavia Villanueva Delgado*) on the phone: (*2773024*). You can also call Dr. Luis Arturo Pedro Saona Ugarte. Chair of the Institutional Committee on Research Ethics, at 01-3190000 annex 201355.

Do you have any questions?

Do you want to collaborate with us? Yes () No ()

---

---

---

**Witness (if the  
participant is  
illiterate)**

---

**Date and Time**

---

**Names and Surnames  
Researcher  
Octavia Villanueva Delgado**

---

**Date and Time**

## ANEXO 5



Annex 8

## **Oral Health Questionnaire for Children**

*First, we would like you to answer some questions concerning yourself and your teeth*

	Identification number	Sex	Location		
		Boy      Girl	Urban	Periurban	Rural
1.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1                      4	1                      2	1	2	3

2. How old are you today? \_\_\_\_\_  
(Years)

3. How would you describe the health of your teeth and gums?  
(Read each item)

	Teeth	Gums
Excellent.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
Very good.....	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
Good.....	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
Average.....	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
Poor.....	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5
Very poor.....	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6
Don't know.....	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 9

4. How often during the past 12 months did you have toothache or feel discomfort due to your teeth?

Often.....	<input type="checkbox"/> 1
Occasionally.....	<input type="checkbox"/> 2
Rarely.....	<input type="checkbox"/> 3
Never.....	<input type="checkbox"/> 4
Don't know.....	<input type="checkbox"/> 9



*Now please answer some questions about the care of your teeth*

5. **How often did you go to the dentist during the past 12 months?**  
(Put a tick/cross in one only)

Once .....  1  
Twice .....  2  
Three times .....  3  
Four times .....  4  
More than four times .....  5  
I had no visit to dentist during the past 12 months .....  6  
I have never received dental care/visited a dentist .....  7  
I don't know/don't remember .....  9

*If you did not see a dentist during the last 12 months, go on to question 7*

6. **What was the reason for your last visit to the dentist?**  
(Put a tick/cross in one box only)

Pain or trouble with teeth, gums or mouth .....  1  
Treatment/follow-up treatment .....  2  
Routine check-up of teeth/treatment .....  3  
I don't know/don't remember .....  9

7. **How often do you clean your teeth?**  
(Put a tick/cross in one box only)

Never .....  1  
Several times a month (2–3 times) .....  2  
Once a week .....  3  
Several times a week (2–6 times) .....  4  
Once a day .....  5  
2 or more times a day .....  6

8. Do you use any of the following to clean your teeth or gums?  
(Read each item)

	Yes 1	No 2
Toothbrush .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wooden toothpicks .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plastic toothpicks .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Thread (dental floss) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Charcoal .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chewstick/miswak .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Other .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Please specify \_\_\_\_\_

- 9.
- |    |   |                          |                          |
|----|---|--------------------------|--------------------------|
|    |   | Yes<br>1                 | No<br>2                  |
| a) | Do you use toothpaste to clean your teeth ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- 
- |    |   |                            |                          |
|----|---|----------------------------|--------------------------|
|    |   | Yes<br>1                   | No<br>2                  |
| b) | Do you use toothpaste that contains fluoride? ..... | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |
|    | Don't know .....                                    | <input type="checkbox"/> 9 |                          |

10. Because of the state of your teeth and mouth, have you experienced any of the following problems during the past year?

	Yes 1	No 2	Don't know 0
(a) I am not satisfied with the appearance of my teeth ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(b) I often avoid smiling and laughing because of my teeth .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(c) Other children make fun of my teeth .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(d) Toothache or discomfort caused by my teeth forced me to miss classes at school or miss school for whole days .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(e) I have difficulty biting hard foods .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(f) I have difficulty in chewing .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





## ENCUESTA DE SALUD ORAL PARA NIÑOS

En primer lugar, nos gustaría que contestaras algunas preguntas sobre tus dientes

1. Sexo: Hombre / Mujer

Urbano

2. ¿Cuántos años tienes hoy?

---

---

3. ¿Cómo describirías la salud de tus dientes y tus encías? (Lee cada una de las descripciones)

	Dientes	Encías
Excelente _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
Muy Buena _____	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
Buena _____	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
Normal _____	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
Mala _____	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5
Muy mala _____	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6
No sé _____	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 9

4. ¿Con cuánta frecuencia en los últimos 12 meses has tenido dolor de dientes o has sentido molestias a causa de tus dientes?

Con frecuencia _____	<input type="checkbox"/> 1
De vez en cuando _____	<input type="checkbox"/> 2
No muchas veces _____	<input type="checkbox"/> 3
Nunca _____	<input type="checkbox"/> 4
No sé _____	<input type="checkbox"/> 9

**Ahora contesta por favor alguna de las siguientes preguntas sobre los cuidados de tus dientes**

5. ¿Con cuanta frecuencia has ido al dentista estos últimos 12 meses? (marca sólo uno)

- Una \_\_\_\_\_  1
- Dos \_\_\_\_\_  2
- Tres \_\_\_\_\_  3
- Cuatro \_\_\_\_\_  4
- Más de cuatro \_\_\_\_\_  5
- No he ido al dentista en los últimos 12 meses \_\_\_\_\_  6
- Nunca he recibido cuidados dentales / he ido al dentista \_\_\_\_\_  7
- No lo sé / no lo recuerdo \_\_\_\_\_  9

**Si no has ido al dentista en los últimos 12 meses, ve a la pregunta 7**

6. ¿Por qué razón fuiste al dentista la última vez? (marca sólo uno)

- Dolor o molestias con los dientes, encías o boca \_\_\_\_\_  1
- Tratamiento/seguimiento \_\_\_\_\_  2
- Visita rutinaria \_\_\_\_\_  3
- No lo sé \_\_\_\_\_  9

7. ¿Con cuánta frecuencia te cepillas los dientes?  
(Marca sólo una casilla)

- Nunca \_\_\_\_\_  1
- Varias veces al mes (2-3 veces) \_\_\_\_\_  2
- Una vez a la semana \_\_\_\_\_  3
- Varias veces a la semana (2-6 veces) \_\_\_\_\_  4
- Una vez al día \_\_\_\_\_  5
- 2 o más veces al día \_\_\_\_\_  6

8. ¿Utilizas alguna de las siguientes cosas para limpiar tus dientes o encías?

	Sí 1	No 2
Cepillo de dientes _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Palillos de madera _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Palillos de plastic _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hilo ( seda dental) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bicarbonato _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Palo de masticar _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Por favor,  
especifica.....

9.	Sí	No
a) ¿Usas cepillo de dientes para limpiar tus dientes?	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2
b) ¿Usas pasta de dientes con flúor?	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2
No sé	<input type="checkbox"/> 9	

10. ¿Has tenido alguno de los siguientes problemas a causa de tus dientes o encías en los últimos meses?

	Sí 1	No 2	No sé 9
a) No estoy contento con el aspect de mis dientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Muchas veces no sonrío ni río a causa de mis dientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Algunos niños se ríen de mis dientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Alguna vez perdí clases durante algunos días a causa de mis dientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Tengo problemas al morder comida dura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Tengo problemas al masticar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. ¿Con cuánta frecuencia comes o bebes las siguientes comidas/bebidas, aunque sea en pequeñas cantidades?

	Varias veces al día	Cada día	Varias veces a la semana	Una vez a la semana	Varias veces al mes	Nunca
	6	5	4	3	2	1
Fruta fresca						
Galletas, pasteles, pasteles de crema, tortas dulces, bollos etc.						
Limonada, coca cola y otros						
Mermelada/ miel						
Chicle con azúcar						
Caramelos / chuches						
Leche con azúcar						
Té con azúcar						
Café con azúcar						



12. ¿Con cuánta frecuencia fumas alguno de los siguientes tipos de tabaco?

	Cada día	Varias veces a la semana	Una vez a la semana	Varias veces al mes	Casi nunca	Nunca
	6	5	4	3	2	1
Cigarrillos, pipa de fumar, cigarros						
Tabaco de mascar o rapé						

13. ¿Qué nivel de educación formal tiene tu padre ( o tu padre adoptivo, tutor o cualquier otro adulto que viva contigo)?

- No tiene educación formal \_\_\_\_\_  1
- Menos que la escuela primaria \_\_\_\_\_  2
- Escuela primaria finalizada \_\_\_\_\_  3
- Escuela secundaria finalizada \_\_\_\_\_  4
- Instituto finalizado \_\_\_\_\_  5
- Universidad finalizada \_\_\_\_\_  6
- No hay ningún adulto hombre en la casa \_\_\_\_\_  7
- No lo sé \_\_\_\_\_  9

14. ¿Qué nivel de educación tiene tu madre (o tu madre adoptiva, tutora o cualquier otro adulto que viva contigo)?

- No tiene educación formal \_\_\_\_\_  1
- Menos que la escuela primaria \_\_\_\_\_  2
- Escuela primaria finalizada \_\_\_\_\_  3
- Escuela secundaria finalizada \_\_\_\_\_  4
- Instituto finalizado \_\_\_\_\_  5
- Universidad finalizada \_\_\_\_\_  6
- No hay ningún adulto mujer en la casa \_\_\_\_\_  7
- No lo sé \_\_\_\_\_  9

(Inserta las categorías específicas del país)

Con esto queda finalizada nuestra encuesta

Muchas gracias por tu cooperación

Año            Mes            Día            Encuestador            Distrito            País