



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA
ESCUELA DE POSGRADO

**EVALUACIÓN DE LOS
DETERMINANTES SOCIALES
SOBRE LA CALIDAD DE VIDA
EN RELACIÓN A LA SALUD BUCAL
EN PERSONAL DEL MUNICIPIO DE
AZOGUES 2015**

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO
DE MAESTRO EN ESTOMATOLOGÍA**

CRISTINA SOLEDAD DOMÍNGUEZ CRESPO

**LIMA – PERÚ
2016**

ASESORA DE LA TESIS

Mg. Esp. Carmen Rosa García Rupaya.

CO ASESOR DE LA TESIS

Mg. Esp. César del Castillo López.

JURADO EXAMINADOR DE LA TESIS

Dra. Sonia Sacsquispe Contreras PRESIDENTE

Mg. Víctor Huanambal Tiravanti VOCAL

Mg. Diana Castillo Andamayo SECRETARIA

DEDICATORIA

Dedico el presente trabajo a los seres más importantes de mi vida, mi bella familia, a mi esposo e hijas quienes han sabido ser ese apoyo fundamental durante todo este tiempo en las buenas y sobre todo en aquellos momentos de quebranto me han elevado con sus manos llenas de cariño y me han hecho sentir su amor incondicional.

A una persona muy especial quien a más de ser mi madre ha sido el farol que siempre ha guiado mi camino , mi compañera, mi colega , mi amiga, con tantas virtudes en una sola persona por quien hoy en día, soy lo que soy.

A mis angeles que ahora no estan conmigo fisicamente pero se que espiritualmente siguen mis pasos a mis Abuelitos; ellos han sido mi ejemplo de amor y perseverancia quienes se me adelantaron muy pronto pero se lo felices que serian al ver cada uno de mis logros.

Cristina Dominguez Crespo

AGRADECIMIENTO

Agradezco en primer lugar a Dios por poner cada experiencia en mi vida en el momento y lugar más oportuno, quien me permitió seguir cumpliendo mis metas bajo las circunstancias que tan solo Él lo permite .

A mi esposo por su paciencia y apoyo constantes, demostrandome que mi ausencia temporal pudo ser llevadera, cuidando de nuestras hijas en todo momento.

Agradezco a la institucion a la que presto mi contingente Universidad Católica de Cuenca, de manera especial al Sr. Rector Dr.Enrique Pozo Cabrera, quien permitió e hizo posible este gran logro academico y profesional .

A mis maestros quienes con tanta sabiduría y paciencia han sido pilar fundamental en mi proceso de formación, les quedo eternamente agradecida.

Al personal administrativo y de apoyo de tan prestigiosa Universidad Peruana Cayetano Heredia , quienes han brindado todas las facilidades para hacer de este duro trajinar de aprendizaje un camino mas llevadero sorteando cualquier obstáculo.

A mis queridos compañeros que se han convertido en verdaderos amigos, con quienes hemos formado lazos de fraternidad, compartiendo un sinúmero de experiencias enriquecedoras, han hecho que mi estadia en este hermoso pais sea de los mejor, los llevo en el corazón .

ÍNDICE DE CONTENIDOS

I. INTRODUCCION.....	1
II. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN.....	5
II.1 Planteamiento del problema.....	5
II.2 Justificación	7
III. MARCO TEÓRICO.....	9
IV. OBJETIVOS.....	30
IV.1. Objetivo General	30
IV.2. Objetivos Específicos.....	30
V. MATERIAL Y MÉTODOS	31
V.1 Diseño del estudio	31
V.2 Población.....	31
V.3 Muestra	31
V.4 Variables.....	33
V.3.1 Criterios de inclusión	32
V.3.2. Criterios de exclusión	32
V.5 Técnicas y/o procedimientos.....	37
V.6 Plan de Análisis.....	41
V.7 Consideraciones Éticas	42
VI. RESULTADOS.....	44
VII. DISCUSIÓN	53
VIII. CONCLUSIONES.....	60
IX. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	62
ANEXOS	66

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Perfil Sociodemográfico del Personal del Municipio de Azogues 2015.....	47
Tabla 2. Impacto de la salud bucal en la calidad de vida en las respuestas del Ohip-14 en personal del Municipio de Azogues 2015	48
Tabla 3. Comparación de los Dominios del OHIP 14 en personal del municipio de Azogues según edad y sexo	49
Tabla 4. Impacto de la calidad de vida y determinantes sociales en personal del Municipio de Azogues 2015.....	50
Tabla 5. Uso de Servicios Odontológicos en relación a salud oral en personal del municipio de Azogues 2015	51
Tabla 6. Asociación entre el impacto de la calidad de vida según edad y sexo del personal del municipio de Azogues 2015.....	52

LISTA DE ABREVIATURAS Y SÍMBOLOS

CVRSB	:	Calidad de vida relacionada a la salud bucal.
GOHAI	:	Geriatric /general oral health assessment index, índice que mide la calidad de vida relacionado a la salud oral en adultos mayores.
OHIP-14	:	Oral health impact profile, perfil de impacto de salud oral Índices que se emplea en los adultos que mide como Influyen las enfermedades orales en el impacto social de sentirse bien.
SF-8	:	Es un cuestionario de salud, utilizado en investigaciones médicas, de salud mental y, en general, en investigaciones relacionadas con la salud. Ofrece una perspectiva general del estado de salud de la persona con la ventaja de que es fácil y rápido de rellenar, a la vez que también es sencillo de evaluar.
OIDP	:	Indicador que mide la frecuencia y severidad de los problemas orales sobre el bienestar funcional y psicosocial mediante esta encuesta validada.
CIDDM	:	Clasificación internacional de las deficiencias, Discapacidades y minusvalías.
OMS	:	Organización mundial de la salud.
INEC	:	Instituto nacional de estadística y censos del Ecuador.
SF36	:	Es un cuestionario de salud. Es utilizado en investigaciones médicas, de salud mental y, en general, en investigaciones relacionada con la salud.

RESUMEN

Objetivo. Evaluar los Determinantes Sociales de la salud sobre la Calidad de Vida Relacionada a la Salud Bucal en personal del Municipio de Azogues 2015.

Metodología. Esta investigación de tipo transversal, descriptiva, observacional evaluó a 185 adultos que laboran en el municipio de Azogues, se les aplicó una encuesta en la cual primero se indagó sobre datos personales, determinantes sociales y uso de servicio odontológico, luego se aplicó el cuestionario validado OHIP-14; previo a la aplicación se realizó la socialización al personal. De otro modo fue necesario recibir capacitación para la aplicación del instrumento. Se realizó un análisis univariado y bivariado. El análisis multivariado se realizó mediante la obtención de los Odds Ratio (OR) para asociar los factores estudiados con la calidad de vida relacionada a la salud bucal (CVRSB). El estudio contó con un nivel de confianza de 95% y un $p < 0.05$. **Resultados** Al análisis multivariado usando OR no se encontró asociación estadísticamente significativa al cruzar todas las variables con CVRSB así; nivel de instrucción 0.6 (0.2 – 1.6), ingreso mensual 1.9 (0.8 y 4.8), denominación laboral 1.03 (0.5 y 1.8), motivo de consulta 1.2 (0.6 y 2.5). Tipo de servicio visitado 0.6 (0.3 y 1.2). Frecuencia de asistencia al dentista 0.7 (0.3 y 1.3). Edad y sexo; 1.4 (0.7 y 2.6) y 0.9 (0.5 y 1.7) respectivamente. **Conclusiones.** Las dimensiones limitación funcional, dolor físico y obstáculos resultaron ser influyentes en la calidad de vida únicamente en el sexo masculino y sin diferencia de edad, mientras que no se encontró asociación entre los determinantes sociales y CVRSB.

Palabras claves: calidad de vida, salud oral, Ohip-14, adultos, determinantes sociales.

SUMMARY

Objective. Assess the social determinants of health on Quality of Life Related to Oral Health in staff Municipality of Azogues 2015. **Methodology.** This research transverse, descriptive, observational evaluated 185 adults who work in the municipality of Azogues, we applied a survey in which I first inquired about personal, social determinants data and use of dental service, and then the questionnaire was applied validated OHIP - 14; prior to application socialization staff was held. Otherwise it was necessary to receive training for the implementation of instrumento. Se I make a univariate and bivariate. Multivariate analysis was performed by obtaining the Odd Ratio (OR) for the studied factors associated with quality of life related to oral health (CVRSB). The study had a confidence level of 95% and $p < 0.05$. **Results** In multivariate analysis using OR no statistically significant across all variables with CVRSB and association was found; educational level 0.6 (0.2 to 1.6), monthly income 1.9 (0.8 and 4.8), labor denomination 1.03 (0.5 and 1.8), reason for consultation in January , 2 (0.6 and 2.5). Type of service visited 0.6 (0.3 and 1.2) .Frecuencia assistance to the dentist 0.7 (0.3 and 1.3). Age and sex; 1.4 (0.7 and 2.6) and 0.9 (0.5 and 1.7) respectively. **Conclusions.** The functional limitation , physical pain and obstacles dimensions proved to be influential in the quality of life only in males without age difference, while no association between social determinants CVRSB found .

Keywords: quality of life, oral health, OHIP-14, adult, social determinants.

I. INTRODUCCION

El Ecuador en materia de salud desarrolla una política basada en el plan de desarrollo y del buen vivir, la misma que ha generado, un impacto importante en todos los estratos sociales gracias a políticas referentes a esta área. El Sistema de Salud del Ecuador se caracteriza por la segmentación en sectores, privado y público.

Como en otros países andinos de la zona, un sistema de seguridad social financiado por cotizaciones de los trabajadores del sector formal coexiste con sistemas privados para la población de mayor poder adquisitivo y con intervenciones de salud pública y redes asistenciales para los más pobres.

Existen múltiples financiadores y proveedores: Ministerio de Salud, Seguro Social IESS, ONG, etc., que actúan independientemente. La cobertura de la seguridad social es relativamente baja (IESS 10%, Seguro Campesino 10%) y la red asistencial pública muy limitada quedando aproximadamente sin cobertura un 30% de la población. De modo que existen barreras económicas, culturales y geográficas que limitan el acceso a los servicios de salud.¹

De otro modo desde 1995 se ha venido desarrollando en Ecuador un proceso de Reforma del Sector Salud, asentado sobre un proceso de descentralización y transferencia de funciones del Ministerio de Salud Pública a las Municipalidades que lo soliciten. Al momento actual no existen consensos completos entre los

diversos actores de cómo llevar adelante dicho proceso de descentralización, que no ha contado con decisiones políticas acordes. Esta situación, unida a la reducción muy importante de los recursos asignados al sector salud, ha repercutido en la calidad de atención, niveles de coberturas de servicios que no responden adecuadamente a las necesidades sentidas y a la realidad epidemiológica de poblaciones, especialmente en aquellas zonas más decaídas.²

Por otro lado las patologías bucales representan un problema de salud pública mundial, de las cuales las que tienen mayor incidencia son la caries dental y las enfermedades periodontales. En el Ecuador la desinformación acerca de la importancia de la salud bucal es muy preocupante y más aún en los niños ya que en las escuelas no se promueven campañas educativas acerca de los cuidados de la cavidad bucal y tampoco existe un conocimiento básico por parte de los padres; las políticas de estado en salud no son suficientes para cubrir toda la población ecuatoriana, por falta de programas en salud bucal, por esta y otras razones, existe un elevado número de habitantes que padecen un deficiente estado de salud, especialmente en las áreas rurales y, específicamente en las zonas urbano marginales de las diferentes localidades.¹

De acuerdo al último estudio epidemiológico de salud bucal realizado por la Ex Dirección Nacional de Estomatología, revela que el 88.2% de los escolares presentan caries dentaria. El CPOD (promedio de piezas definitivas con caries, perdidas u obturadas) a nivel país a la edad de 6 años es apenas de 0.22, teniendo

un rápido crecimiento conforme avanza la edad, así a la edad de 8 años tenemos un promedio de 0.77, aumentando a 2.95 a la edad de 12 años. A los 15 años el CPOD aumenta drásticamente a 4.65, evidenciándose la gravedad del problema.³

Entonces siendo la calidad de vida un concepto multidimensional en el que se incluye el estilo de vida, vivienda, empleo, economía, satisfacción en la escuela o en el empleo y que se conceptualiza de acuerdo a un sistema de valores, estándares o perspectivas que varían de una persona a otra y de un lugar a otro, porque está basado en el subjetivismo es lógico pensar que la población altere su calidad de vida en relación a patologías presentadas.

En este contexto la calidad de vida consiste en la sensación de bienestar que podría ser experimentado por las personas y representa la suma de sensaciones subjetivas y personales del sentirse bien. Cuando una persona menciona estar satisfecho con su vida se refiere a algo concreto, es feliz como resultado de la acumulación de momentos felices así pues el concepto de bienestar psicológico se interpreta como presencia de salud mental. Se han relacionado diferentes variables con el bienestar subjetivo identificándose las socio demográficas como las de ingreso, nivel de escolaridad, jerárquica ocupacional. Las variables psicológicas estrés y depresión están relacionadas negativamente con el bienestar subjetivo, las personas estresadas o deprimidas evalúan su vida menos favorable que los individuos felices y sin estrés.⁴

Por lo anteriormente expuesto el propósito del presente estudio es evaluar los determinantes sociales sobre la calidad de vida en relación a la salud bucal en personal del municipio de Azogues en el año 2015.

II. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

II.1 Planteamiento del problema

“Las enfermedades orales son un elemento crucial en el estado general de salud en la región de América Latina y el Caribe, pues tiene una prevalencia alta e implica costos de tratamiento muy elevados”, dijo la Dra. Saskia Estupiñán -Day, de origen ecuatoriano, asesora regional para la Salud Oral de la OPS. “Sin embargo, existen medidas preventivas conocidas, cuya efectividad está probada”.⁵

Considerando lo antes expuesto se deduce que al faltar un componente esencial como es la salud oral en el ser humano es lógico pensar que exista un desequilibrio en su estado de salud general; lo cual traducirá en una afectación física, social y psicológica que vera menoscaba su percepción del sentirse bien; por otro lado está el hecho que al ser la percepción del sujeto difícil de medir, tradicionalmente el concepto sobre la salud se centraba en la enfermedad y la capacidad funcional, como resultado las medidas tradicionales se basaban en indicadores biológicos que reflejaban la muerte, la enfermedad y la incapacidad; la mayoría de cuestionarios eran breves y específicos para una enfermedad, los médicos debían responder en términos de categorías simples a menudo listadas por orden de gravedad además muy pocos cumplían con requisitos de validación científica. Sin embargo, actualmente los cuestionarios de salud representan una definición amplia de la salud y con la ayuda de técnicas sicométricas; proporcionan resultados científicamente válidos y confiables, que permitan determinar su condición tanto clínica como psicosocial.

De igual forma el envejecimiento poblacional ha hecho que el cuadro epidemiológico varié en forma considerable, con un gran aumento de las enfermedades crónicas y degenerativas, por ello los profesionales de la salud tienen dentro de los objetivos terapéuticos de mayor importancia mejorar la plenitud de la vida del paciente dentro de los límites impuestos por la enfermedad. Sin embargo es necesario determinar las percepciones del paciente sobre la forma en que la enfermedad y su tratamiento afectan a diversos aspectos de su vida, especialmente físico, emocional y social. Comúnmente los profesionales de la salud obtienen información sobre la salud del paciente mediante la anamnesis, exploración física y exámenes de laboratorio. Sin embargo el enfoque tradicional no está basado en preguntas estandarizadas con diferentes opciones de respuesta sobre los aspectos cotidianos físicos, sociales, personales, el bienestar mental o la percepción de salud por parte del paciente, entonces estos datos rara vez proporcionan datos útiles para establecer conclusiones sobre calidad de vida relacionada con la salud del paciente; por el contrario los cuestionarios estandarizados desarrollados científicamente pueden evaluar de modo confiable y rápido el funcionamiento y el bienestar ⁶.

Por lo indicado anteriormente se plantea la siguiente pregunta ¿Cómo será la calidad de vida en relación a la salud bucal según sus determinantes sociales en el personal del municipio de Azogues 2015?

II.2 Justificación

El presente estudio genera un impacto científico económico y social ya que el investigador tiene la posibilidad de involucrarse en la problemática que aqueja al paciente sobre lo relacionado a su salud en general así como también el interés que dichos individuos reflejen sobre su bienestar tanto físico como psicológico o social, pues muchas veces la persona involucra más el aspecto de percepción frente a la dolencia que la sintomatología reporta en sí mismo.

De otro lado es importante mencionar que este tipo de estudios posibilitan el conocimiento de problemas de salud antes no obtenidos desde una mejor perspectiva, permitiendo de esta manera tener un mayor alcance de la enfermedad, reduciendo costos, supervisando tratamientos previos, realizando controles integrales en el paciente.

Dicho aquello surge la necesidad de incrementar estudios que involucren mediciones de calidad de vida relacionada con la salud y que las mismas sean incorporadas en el historial del paciente, partiendo del hecho; que, el objetivo del mantenimiento de la salud de las personas no solo está basado en la detección de la enfermedad mediante indicadores biológicos limitando su patología sino también consiste en reflejar su bienestar.

Por su parte es bien conocido que los índices de calidad de vida se vuelven sumamente subjetivos al no ser medidos con instrumentos científicamente validados que involucren todos los aspectos que generan preocupación en el

individuo tales como situaciones de orden funcional hasta situaciones del entorno en sí mismo, que pueden estar afectando de alguna manera a la persona, ello, ha logrado que dichos instrumentos al ser utilizados generen un impacto considerable relacionando indicadores biológicos con la autopercepción del paciente frente a su estado de salud .

Ahora bien, cada vez son más los problemas de salud general y lógicamente bucal que la población reporta asociados al envejecimiento, sin embargo, así también aumenta la necesidad del buen vivir, la autonomía, y la armónica interacción con el entorno razón suficiente para que gran parte de los profesionales de la salud pongan énfasis y todo el esfuerzo necesario para tomar con responsabilidad la atención al paciente visto desde un enfoque integral que involucre en el caso de la salud bucodental por ejemplo no solo tratamientos rehabilitadores aplicando una prevención terciaria sino el manejo del individuo considerando el amplio concepto de salud no solo en ausencia de la enfermedad sino el completo bienestar físico, social y psicológico.

En este contexto es de considerarse justificable el hecho que en el Ecuador está inmerso en la constitución el Plan Nacional del Buen Vivir mismo que establece 12 objetivos; el tercero de los cuales es mejorar la calidad de vida de la población. De modo que el estudio concibe su impacto considerando que no existen estudios previos en la provincia y la realización de la investigación se constituye como precursora en la determinación de factores que influyeron en la calidad de vida de este grupo de estudio y su repercusión en la salud bucal.

III. MARCO TEÓRICO

Al tratar de aclarar conceptos de salud oral, enfermedad y calidad de vida nos encontramos con una tarea de enormes proporciones que da lugar a una serie de debates.

En primer lugar, los conceptos de salud y calidad de vida son esquivos y abstractos; mientras que intuitivamente sabemos lo que significan, son difíciles de definir. En segundo lugar, se refieren a un concepto multidimensional, y acontecimientos complejos, y no bien delimitados. En tercer lugar, se refieren a eventos que son predominantemente de carácter subjetivo. Cuarto, que están en constante evolución puede que lo que entendemos por salud hoy en día puede ser diferente de lo que entendemos por salud mañana; y Por último, lo que entendemos por salud y calidad de vida puede variar de acuerdo con los contextos sociales, culturales, políticos y prácticos en donde los conceptos se están poniendo en práctica y están siendo medidos.

Es decir, las definiciones de salud y calidad de vida implican necesariamente juicios personales y sociales sobre lo que es normal y están fuertemente impregnados de valores. Así las discusiones sobre el concepto de salud son a menudo complicadas por la abundancia de los términos utilizados para describir la salud y sus dominios que son a menudo ambiguos, mal definidos y / o usan de manera intercambiable. Por ejemplo: la salud, la enfermedad, bienestar, el impacto psicosocial, salud positiva, estado funcional, eficiencia funcional, la

calidad de vida relacionada con la salud. Sin mencionar: el deterioro funcional, limitaciones, discapacidad, minusvalía, el malestar, insatisfacción, percepciones de la salud, la desventaja, la privación y, por supuesto, la muerte.⁷

Por lo tanto, es esencial entender cómo la persona percibe su estado de salud general y más aún la oral debido a que su comportamiento está condicionado por la percepción y la importancia dada a la misma.

Los estudios sobre percepción ya sea en relación con algunos factores clínicos tales como dientes cariados, perdidos u obturados, y los factores subjetivos tales como síntomas de la enfermedad y la capacidad de la persona para sonreír, hablar o masticar sin problemas, terminan siendo influenciados por factores como la clase social, edad, ingresos y género. En general, estos estudios muestran que la gente puede darse cuenta de su estado bucal con cierta precisión; mientras que el dentista evalúa la condición clínica por la presencia o ausencia de enfermedad para el paciente son importantes síntomas y problemas funcionales y sociales de las enfermedades orales.⁸

Según Locker, relata que existe un consenso actual de que la calidad de vida se refiere a algo mucho mayor que la salud, su modelo inicial sugiere que las condiciones clínicas y problemas de salud generan impactos en la calidad de vida, aunque esto no acontece necesariamente. Ese pensamiento está ejemplificado en el modelo donde sugiere que las condiciones clínicas y problemas de salud pueden causar un impacto en la calidad de vida aunque no siempre suceda. Al contrario,

individuos con estados clínicamente dolientes o enfermos pueden presentar calidad de vida teóricamente compatibles con individuos plenamente saludables.

Por otro lado investigaciones han reportado individuos de clase económica baja que declaran perjuicio en su calidad de vida en relación a afecciones orales.

La salud general y en este caso la bucodental, la podemos medir para fines de estudio epidemiológico desde dos puntos de vista: primero desde la perspectiva del profesional con la aplicación de parámetros médicos definidos; y la segunda desde una perspectiva del paciente, que nos permite evaluarlo con indicadores como capacidad física, dependencia, independencia, salud del paciente, calidad de vida, y autopercepción de su estado de salud que generalmente nos lleva a la utilización de un cuestionario para llevarlo a cabo.⁹

El instrumento más utilizado para medir la calidad de vida es el SF36 que permite comparaciones entre las diferentes enfermedades y tratamientos. Los más utilizados para medir calidad de vida y salud bucal son el GOHAI y OHIP-14. Se ha comprobado que ambos miden aspectos que los individuos consideran de importancia para su calidad de vida. El Perfil de impacto de Salud Oral (Oral Health Impact Profile o OHIP) mide como influyen las enfermedades orales en el impacto social de sentirse bien.

El desarrollo de validez, confiabilidad de este índice fue descrito por Slade y Spencer (1994). Este instrumento es una encuesta que contiene 49 preguntas que

captura lo siguiente: limitación de la función, dolor físico, aflicción psicológica, incapacidad física, incapacidad social y discapacidad. Sin embargo considerando que este extenso instrumento de 49 preguntas podría ser difícil de aplicar para estudios epidemiológicos Slade (1997) publicó una forma resumida del OHIP consistiendo en 14 preguntas que presentaron un alto índice de coincidencia con los resultados obtenidos en OHIP-49.⁶

La salud oral es aceptada por la Organización Mundial de la Salud como un componente vital de la salud general y la calidad de vida. Los Impactos de salud oral son multifacéticos e incluyen la función física dental, dolor, malestar psicológico, e impacto social - todos los cuales afectan profundamente el bienestar general.¹⁰

En nuestro país el Ecuador se concibe la idea de una vida mejor mediante el derecho de los seres humanos a vivir bien, en condiciones equilibradas con el medio ambiente. Así pues se desarrolla lo que es el Sumak Kawsay palabra quichua como modelo o forma de vida que promueve relaciones más sustentables con la naturaleza y menos consumistas, que constituye una opción ante el modelo desarrollista del "vivir mejor". En el Art. 14.- Se reconoce el derecho de la población a vivir en un ambiente sano y ecológicamente equilibrado, que garantice la sostenibilidad y el buen vivir, Sumak kawsay.¹¹

El enfoque moderno de la salud que incluye entre sus metas el apropiado funcionamiento y bienestar de los pacientes, muestra la necesidad de que muchos

profesionales de la salud manejen el concepto de calidad de vida, además de los instrumentos psicométricos para medirla. Según Andersen la presencia de factores determinantes de la utilización de los servicios de salud de los individuos tales como factores de predisposición (inherentes al paciente e independientes de su patología) los mediadores o de capacidad (facilitan u obstaculizan los servicios de salud y son susceptibles a las políticas de salud) y los de necesidad (la percepción y la gravedad de los síntomas de la enfermedad) pueden afectar la procura tanto de médicos como odontólogos.⁶

Por otro lado, la disminución de la tasa de natalidad, la mejora en la calidad de vida, los mejores niveles de salud general, la mejora en las prestaciones de los servicios de salud, son algunas de las causas de las mejoras en la expectativa de vida y de que la población cada vez viva más y de forma mejor. Sin embargo esta tendencia no es igual para todos los países y regiones del mundo, donde las diferentes razones socioeconómicas, geográficas y culturales hacen cambiar el panorama de salud bucodental.¹²

Como se puede apreciar el estilo de vida está influenciado por lo menos por tres tipos de factores: Primero, el de carácter individual que está conformado por sus características genéticas, capacidad intelectual, tendencias cognitivas, formas de comportamientos; es decir, la suma de rasgos biológicos, psicológicos y sociales que le otorgan la particularidad al ser humano. El segundo factor incluye aspectos externos como sociales, económicos y culturales, ejemplo de ellos es el nivel educacional, los sistemas de apoyo social, etc. El tercer factor lo conforma el

microsistema social en el que se desenvuelve la persona, como los factores climáticos, la polución, industrialización y recursos de salubridad, acceso a sistemas de salud, tipo de vida urbano, entre otros (estos elementos son considerados como los anillos de la teoría de Bronfenbrenner (1979), donde un sujeto que se desarrolla en un microsistema, ecosistema hasta llegar a impregnarse del microsistema.¹³

Un punto de vista importante es que dentro de las variables clásicas presentes en la mayoría de los estudios que incluyen estilos de vida saludables están el consumo de alcohol, consumo de tabaco, hábitos alimentarios y actividad física, y con un alto porcentaje del total de variables estudiadas (consideradas conductas protectoras frente a problemas del presente como enfermedades cardiovasculares, enfermedad neoplásica, etc.), tanto en estudios realizados en niños y adolescentes (45.44%), adultos (61.85) y tercera edad (57.92%). Otras variables que se tienen en cuenta pero ya en menor importancia son el consumo de medicamentos (niños 9.09%, adultos 5.26% y mayores 10.52%) los hábitos de descanso y las conductas de prevención. Incluir el consumo de medicamentos es de importancia debido a su utilización creciente, ya que estos se emplean en muchas ocasiones sin considerar las prescripciones médicas y poniendo en riesgo la propia salud.⁹

La asociación entre la salud oral y la posición socioeconómica ha sido bien establecida. Investigaciones han demostrado desigualdades consistentes con individuos de ser más propensos a tener mala salud oral, según lo medido por dos indicadores clínicos y subjetivos. Los estudios han indicado que el acceso a los

recursos materiales, recursos relacionados con el conocimiento y la posición relativa en la sociedad juega un papel en la distribución de la salud bucal .La consecución de un buen estado de salud oral más temprano en la vida sin grandes diferencias entre los distintos estratos puede tener un efecto positivo duradero en la salud de la población y el bienestar.¹⁴

La evolución del concepto de salud desde la sola preservación del bienestar biológico a una definición que incluye el bienestar psicológico y social hizo que los profesionales de la salud otorgarán importancia a los efectos de la enfermedad y del tratamiento sobre la calidad de vida, especialmente cuando la enfermedad o su tratamiento tienen efectos extremadamente negativos.⁶

Para comprender mejor los conceptos de calidad de vida, primero tenemos que hablar de estilos de vida y de qué manera estos se introducen en nuestra profesión, propiamente como se relacionan o como los relacionamos para analizar los procesos de salud-enfermedad. En el campo de la salud, se pueden considerar dos posibles orígenes de las enfermedades, las de causa infecto-contagiosa y las que se asocian al estilo de vida de las personas, estilos de vida que presentan comportamientos perjudiciales y/o beneficiosos para la salud. Así, se puede definir y entender estilo de vida como la “capacidad de tomar decisiones que afectan a la salud y sobre las cuales la persona tiene algún grado de control.”⁸

El aumento de esperanza de vida de la población a nivel mundial ha sido el resultado exitoso de avances en la tecnología preventiva y curativa de muchas

enfermedades, así como la menor exposición de factores de riesgo lo que ha aumentado las expectativas cada vez mayores de llegar a la tercera edad en mejores condiciones de salud. El concepto de bienestar subjetivo tiene que ver con la felicidad que produce la satisfacción que los individuos dicen tener en las diferentes áreas o campos de la vida. La percepción del estado de salud bucal es importante para la calidad de vida de una persona porque impacta principalmente a áreas: físicas, social y psicológica más frecuentemente en la funcionalidad al comer y en el confort. Las enfermedades bucales, el daño a los tejidos y el dolor dental son predictores de la disminución de la habilidad masticatoria, así como los dientes perdidos y la falta de recursos para renovar la prótesis son importantes de la relación entre la salud bucal y la calidad de vida, así pues prevenir la pérdida de dientes es vital para mantener la función masticatoria.⁴

En este contexto podríamos definir que la calidad de vida bucodental es la autopercepción que tiene el individuo respecto a su estado de salud oral en relación con su vida diaria al masticar, al relacionarse con otras personas, además de cumplir con su satisfacción estética.¹⁵

La salud oral es un importante mediador de la calidad de vida, sobre todo de su componente psicológico,¹⁶ es por ello que se han creado indicadores para ser utilizados específicamente en odontología. Estos tipos de indicadores de calidad de vida relacionada con la salud oral, permiten estimar el impacto social y funcional de las enfermedades bucales, traducir sus hallazgos en medidas clínicas

objetivas y evaluar la efectividad de los tratamientos odontológicos, siendo todas medidas de gran utilidad para mejorar la calidad de los servicios de salud.¹⁷

Por su parte Campbell definió 12 dimensiones o dominios para calificar la calidad de vida: comunidad, amistad, matrimonio, yo, educación, salud, nacionalidad, nivel de vida, vida familiar, vivienda, vecindad, trabajo.

Para medir el estado de salud es necesario realizar tres tipos de mediciones: 1.- Biológicas, 2.- Generales y 3.- Específicas. Así como también deberían evaluar por lo menos cuatro aspectos de la salud: 1.- función física , 2.- salud mental, 3.- función social y de rol 4.- percepciones sobre la salud general.⁶

En las últimas décadas se han desarrollado numerosos instrumentos (cuestionarios que pueden ser auto aplicados o en forma de entrevista) para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud oral. Son cuestionarios cuyas preguntas corresponden a las dimensiones que hayan estimado oportunas los autores según su base teórica y su filosofía analítica para dar suficiente cobertura a la calidad de vida relacionada con la salud oral.¹⁸

La formulación de dos de estos instrumentos (OHIP y OIDP) se basa teóricamente en la interpretación que Locker adaptó para “Odontología”, de la Clasificación Internacional de las Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDDM) de la OMS, trabajo en el que estableció tres niveles jerárquicos de impactos según el grado de afectación al individuo. En el primer nivel se ubican las deficiencias orales: toda alteración funcional y anatómica del aparato estomatognático. En el

segundo nivel están los impactos intermedios, que son causados por el deterioro del estado bucodental, dolor, incomodidad, limitaciones funcionales e insatisfacción con la apariencia. El tercer nivel o los impactos finales están representados por las actividades habituales de tipo físico, psicológico y social que un sujeto puede tener debido al deterioro de su salud bucodental. Este niveles el equivalente al de la discapacidad y minusvalía en la clasificación de la OMS y en la adaptación de representados por las actividades habituales de tipo físico, psicológico y social que un sujeto puede tener debido al deterioro de su salud bucodental. Este nivel es el equivalente al de la discapacidad y minusvalía en la clasificación de la OMS y en la adaptación de Locker.¹⁵

El desarrollo, confiabilidad y validez de este índice fue descrito en el año 1994 por Slade y Spencer; consiste en 49 preguntas que capturan las siete dimensiones formuladas en el modelo teórico de salud oral de Locker: limitación de la función, dolor físico, aflicción psicológica, incapacidad física, incapacidad social y discapacidad.

Para facilitar la evaluación de la severidad del impacto, cada pregunta tiene un peso derivado de la técnica de comparación pareada de Thurstone. Las respuestas a las preguntas que abordan cada uno de estos aspectos pueden ser calculadas en sub-escalas separadas para cada dimensión del impacto social del OHIP, o en su conjunto todas las preguntas. Un ejemplo de una pregunta del OHIP es: ¿Ha tenido usted que interrumpir sus comidas debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis? Para su cuantificación se usa un formato de tipo Likert (0 =

nunca, 1 = rara vez, 2 = a veces, 3 = a menudo, 4 = muy a menudo, 5 = siempre). En estudios epidemiológicos que han utilizado el OHIP se ha encontrado que los dientes perdidos, la caries no tratada, la pérdida de la inserción periodontal y las barreras para el cuidado dental, están asociadas con un incremento en el impacto sobre el bienestar y la calidad de vida.^{19, 20}

Considerando que este extenso instrumento de 49 preguntas podría ser difícil de aplicar en estudios epidemiológicos, Slade (1997) publicó una forma resumida del OHIP que consiste en 14 preguntas que presentaron un alto grado de coincidencia con los resultados obtenidos con la OHIP de 49 preguntas.²¹ (Anexo 4).

Castejón P y col (2010) realizaron un estudio con el fin de adaptar culturalmente y validar una nueva versión en español del instrumento denominado perfil de impacto de la salud bucal (OHIP) en adultos mayores de la ciudad de México, mediante entrevistas y exámenes clínicos a personas de 60 años o más del sur de la ciudad de México. Se evaluó la consistencia interna (coeficientes α de Cronbach), la repetitividad (coeficiente de correlación intraclass) y la validez convergente y discriminativa (pruebas de U-Mann-Whitney y de Kruskal-Wallis). De las 131 personas entrevistadas (edad promedio: $73.8 \pm 8,3$ años), 77.9% eran mujeres. Se obtuvieron valores elevados de consistencia interna, tanto del OHIP-Mx-49 (0.96) como de las dimensiones (0.79–0.86), y de repetitividad en el instrumento (0.877) y todas las dimensiones, excepto inhabilidad social (0.176). La puntuación promedio del OHIPMx- 49 fue de 37.1 ± 35.3 ; se observaron mayores puntuaciones en las personas con 1–9 dientes ($p = 0.02$), las que no

presentaron caries coronal ($p= 0.02$) y las que percibían necesitar tratamiento dental ($p = 0.01$). Se concluyó que El OHIP-Mx-49 es un instrumento confiable y válido que puede aplicarse en adultos mayores mexicanos.²²

León S y cols. (2014) con el fin de determinar confiabilidad en el uso del OHIP realizaron dos estudios; uno sección transversal a desarrollar y un estudio retrospectivo para validar la OHIP-14SP. El OHIP-49SP se aplicó a 490 adultos mayores y se seleccionaron las catorce preguntas con el mayor impacto en la salud bucodental sobre la calidad de vida. Estos artículos se han aplicado sobre un conjunto de datos retrospectivos de 85 adultos mayores para poner a prueba la consistencia interna. Un análisis de la validez discriminante se realizó junto con la evaluación de las variables sociodemográficas y variables clínicas. Los valores de consistencia interna altos se obtuvieron para el instrumento OHIP-14SP (0.91). Así como también se observó una asociación entre las puntuaciones OHIP-14SP y la presencia de caries ($p = 0.003$), la necesidad de tratamiento periodontal complejo ($p = 0.002$), necesidades de prótesis ($p < 0.0001$) y la edad más joven de 70 años de edad ($p < 0.0001$). Los sujetos con necesidad de tratamiento periodontal eran más propensos a informar por vía oral reducción de la calidad relacionada con la salud de la vida (RP = 2.10). Se concluye que el OHIP-14SP demostró ser una herramienta coherente y válida para evaluar la salud bucodental de la calidad de vida cuando se probó en adultos mayores chilenos.²³

Los cuestionarios, como todos los instrumentos de medición, deben evidenciar validez y confiabilidad. La validez se refiere a la capacidad del instrumento para

medir el concepto que se pretende cuantificar; y la confiabilidad, refleja la cantidad de error inherente en cualquier medición, de lo cual se puede desprender otra definición viéndola como una propiedad del instrumento para mostrar resultados similares, con un mínimo de error, en repetidas mediciones .^{24,25}

En Chile la validación del Cuestionario OHIP-49 en su versión en español fue realizada en una muestra de adolescentes. Se obtuvo validez convergente y discriminativa y una apropiada consistencia interna (Alfa de Cronbach). Se utilizó una escala de respuesta dicotómica, sin correspondencia a la escala Lickert descrita por Slade. La confiabilidad y la consistencia interna del OHIP-Sp para una población chilena adulta, fue validada posteriormente, utilizando la escala Lickert original, demostrando ser un muy buen instrumento. Algunos protocolos de investigación, ya sea por diseño o por la población evaluada no posibilitan utilizar las 49 preguntas del OHIP, siendo necesarias versiones más cortas de él.

Existen numerosas aproximaciones metodológicas (estadísticos y basado en expertos) para desarrollar versiones más cortas de mediciones de estado de salud oral ya existentes. Las Técnicas estadísticas utilizadas para esto incluyen análisis de confiabilidad, análisis de regresión y análisis factorial. No hay reglas definidas de cuanto es posible reducir un cuestionario original, sin embargo, algunos investigadores han afirmado que para que una dimensión sea evaluada apropiadamente, se deben usar más de 2 preguntas por dimensión, lo que reduciría el posible efecto de respuestas excéntricas a preguntas individuales. Además reduciendo el cuestionario original a más del 50% podría afectar la validez de

constructo. Existiendo la posibilidad que la reducción de dimensiones y preguntas en mediciones de calidad de vida en relación a salud puedan llevar a la omisión de problemas individuales de los pacientes y perder la validez. Existe una versión corta del OHIP-49 que consta de 14 preguntas, conocida como OHIP-14 que posee confiabilidad, validez y precisión.^{26-31.}

Por otra parte el campo de la odontología en cada una de sus áreas requiere cada día el aseguramiento de aceptación y confort por parte del paciente es así que con el desarrollo del concepto de calidad de vida, muchos de los tratamientos ortodónticos son emprendidos actualmente en Europa y justificados por la intención de mejorar el bienestar y la calidad de vida relatados por los pacientes.⁹

Con el fin de comprobar confiabilidad y validez del OHIP-14 en su versión en español como antecedente se reporta que en Chile se realiza un estudio de corte transversal en una muestra aleatoria de la población mayor de 14 años de edad que vive en la isla Juan Fernández. La muestra final fue de 138 personas. Las variables estudiadas fueron sexo, edad y percepción de calidad de vida relacionada con salud oral. Se aplicó el instrumento auto administrado OHIP-14 que es una versión simplificada del OHIP-49 para medir calidad de vida relacionada con salud oral y validada para población chilena (López y col.); siendo altamente prevalente el disconfort psicológico asociado a las condiciones de salud oral. La comunidad percibe la vida menos agradable a causa de sus dientes, manifestando en muchos casos incapacidad de realizar sus actividades de

la vida diaria debido a condiciones orales. Se hace necesario, por tanto, seguir evaluando a la población e identificar si estamos hablando de una inequidad.³²

Yiengprugsawan y cols. (2013) realizaron un estudio de Asociaciones longitudinales entre los impactos de salud oral y calidad de vida entre una cohorte nacional de adultos tailandeses y determinaron que 16.4% tenían dificultad para masticar y / o deglutir, 13.4% reportó dificultades para hablar y / o malestar con la interacción social, y el 10.8% de la cohorte reportaron tener dolor asociado con los dientes o prótesis dentales. Miembros de la cohorte que informaron una o más orales impactos sobre la salud en el año 2005 tenían SF-8 puntuaciones medias más bajas en 2009. En particular, los gradientes de dosis-respuesta monótonas en 2005-2009 asociaciones en función de regresión lineal multivariado se encontró un aumento en el número de impactos orales (0, 1, 2, 3) y una disminución en las puntuaciones sumarias SF-8 Componente Físico (medias ajustadas de 50.5, 49.2, 48.6, 47.9), así como las puntuaciones sumarias SF-8 Componente Mental (medias ajustadas de 43.2, 40.9, 40.3, 38.6) en los miembros de cohortes más jóvenes. Los autores han encontrado una fuerte asociación entre el impacto sobre la salud oral, efectos adversos y calidad de vida entre los adultos tailandeses. Este hallazgo confirma que la salud oral es uno de los determinantes clave de la salud de la población.¹⁴

Monteiro de Barros Miotto y col. (2013) validaron la prevalencia de impactos producidos por condiciones bucales en la calidad de vida de funcionarios públicos y posibles asociaciones con variables sociodemográficas, utilización de servicios odontológicos, dolor dentario y necesidad de prótesis. Para este estudio se

utilizaron cuatro instrumentos de medición incluido el OHIP. Así el número de individuos que declaran impacto fue de 32.5%. La mayor parte de impactos se asociaron con la edad, estatus social y económico, educación, servicios dentales, necesidad de prótesis y dolor dental.³³

Guarnizo-Herreño y col. (2014) evaluaron las desigualdades socioeconómicas en las medidas subjetivas de la salud oral en una muestra nacional de adultos en Inglaterra, Gales e Irlanda del Norte. Se analizaron los datos de la Encuesta de Salud del Adulto Dental 2009 para 8765 adultos mayores de 21 años y más. Se examinó las desigualdades en tres medidas de salud oral: autopercepción de la salud oral, Oral Perfil de Impacto de la Salud (OHIP-14), y su impacto sobre el rendimiento diario orales (OIDP). El nivel de estudios, la clase social ocupacional y el ingreso familiar se incluyeron como indicadores de posición socioeconómica (SEP). Hubo diferencias significativas en las probabilidades predichas de los resultados entre dentado, pero no entre desdentado. Del mismo modo, predecir las probabilidades de mala salud y de impactos orales fueron significativamente mayores para los participantes en los quintiles de ingresos más bajos en comparación con aquellos en el nivel de ingresos más alto ($p < 0.001$). Los efectos marginales para todos los resultados fueron más débiles de la clase social ocupacional en comparación con la educación o ingresos. Educación y las desigualdades relacionadas con los ingresos fueron mayores entre los jóvenes y no significativa entre los mayores de 65 años de edad. Había desigualdades socioeconómicas claras en la salud oral subjetiva entre los adultos en Inglaterra, Gales

e Irlanda del Norte con pendientes más fuertes para aquellos en edades más tempranas.³⁴

Batista y col. (2014) investigaron el impacto de la salud oral relacionada calidad de vida (OHRQoL) en las actividades diarias y la productividad del trabajo en adultos. Un estudio transversal se llevó a cabo en una cadena de supermercados en el estado de São Paulo, que incluyó 386 trabajadores, rango de edad 20 - 64 años. Los participantes fueron examinados para la enfermedad oral con las recomendaciones de la OMS, y el perfil de efectos en la salud oral (OHIP-14), se estimaron características demográficas, socio-económica, uso de servicios dentales. Dimensiones con mayor puntuación OHIP fueron dolor físico y el malestar psicológico. En consecuencia, el factor socioeconómico condición demográfica y uso de servicios dentales impacta en la calidad de vida. Estos resultados indican que estrategias de promoción de salud bucal deben ser incluidos en los ambientes de trabajo.³⁵

Con un gran aporte científico Misrachi y col. (2009) compararon la condición de salud bucal con calidad de vida en embarazadas chilenas e inmigrantes peruanas, en una Comuna de Santiago de Chile, con alta concentración de población peruana. Se llevó a cabo un estudio analítico y transversal en una muestra de 58 mujeres chilenas y 50 inmigrantes peruanas en control de embarazo. Se midió la condición de salud oral aplicando los índices COPD, higiene oral (IHO) y gingival (IG) y la Calidad de Vida en Salud Oral mediante el cuestionario OHIP sp, validado en Chile. No hubo diferencias significativas en la percepción

de calidad de vida en salud oral. Alrededor del 33% considera mala su calidad de vida oral. Aproximadamente 60% percibe que los problemas bucodentales le han acarreado incapacidad social y desventajas. A pesar de su mala condición de salud bucal ninguno de los dos grupos percibe gran influencia en su calidad de vida, mostrando la necesidad del diagnóstico de los determinantes de conductas en salud oral previa a cualquier acción educativa.³⁶

Rajagopalachari y cols. (India 2015) indicaron que las enfermedades orales aunque raramente mortales, influyen en la calidad de vida teniendo un impacto en el bienestar funcional, social y psicológico de un individuo. Los autores evaluaron el impacto de la salud oral y ciertas condiciones bucodentales sobre la calidad de vida en personal policial; fue un estudio transversal que se llevó a cabo con 212 policías en Bangalore, utilizando el indicador de Impacto en la Salud Oral Perfil-14 (OHIP-14) se utilizó para medir calidad de vida y salud oral. La encuesta incluyó un cuestionario y examen clínico del personal, el cuestionario incluía datos demográficos como la edad, el sexo, designación, los ingresos y también la información relativa a su última visita al dentista; para medir caries se registró usando los criterios de la Organización Mundial de la Salud 1997, y el estado de salud periodontal se evaluó a través del índice periodontal comunitario, para determinar la pérdida de inserción y estado de higiene oral se utilizó el índice de higiene oral simplificado (OHI-S).

Los resultados obtenidos fueron que de los siete dominios, el más alto en puntuación media resultó ser "dolor físico" (0.94 ± 1.07), seguido por el "malestar

psicológico" (0.81 ± 1.11) y "discapacidad física" (0.58 ± 0.91) por otra parte no hubo diferencia significativa entre puntajes medios de OHIP través de las categorías de educación ($P > 0.05$). Así hombres y mujeres experimentaron la misma magnitud de impacto en su calidad de vida debido a las condiciones orales y la puntuación OHIP media correspondiente fue 0.50 ± 0.66 y 0.62 ± 0.63 , respectivamente. Los Dominios: limitación funcional y discapacidad física se correlacionaron con los dientes cariados ($P < 0.01$), por su parte los dientes cariados, perdidos y obturados se correlacionaron positivamente con "dolor físico", "discapacidad física" ($P < 0.01$), de otro modo todos demás dominios tuvieron un valor ($P < 0.05$), excepto la discapacidad social. No hubo diferencias discernibles en las características socioeconómicas de los sujetos, y ninguno de ellos pertenecía a los estratos económicos más bajos. Aunque 22% del estudio los sujetos no completaron la enseñanza fundamental, se observó que la educación no tuvo ningún efecto sobre la calidad de vida. El presente estudio concluye demostrando una asociación significativa entre OHIP y las variables de salud oral.

37

De la Fuente Hernández y Cols. (México 2010) indican que las enfermedades crónico-degenerativas y las patologías orales, como la caries y las periodontopatías, son frecuentes en los adultos mayores. Estas repercuten en su bienestar físico, psicológico y social. De tal forma que su estudio consistió en estimar el impacto de la salud bucal en la calidad de vida de los adultos mayores para lo cual se realizó un estudio de corte transversal en 150 adultos mayores entre los 60 y 85 años de edad, quienes asistían a consulta dental en una

Delegación Política de la Ciudad de México. La información se obtuvo mediante el registro de los impactos bucodentales durante los últimos seis meses, a través del Perfil de Impacto de Salud Oral (OHIP-14, por su sigla en inglés), y la salud bucodental, con el índice de dientes cariados, perdidos y obturados (CPOD), identificándose un impacto positivo en las preguntas relacionadas con la preocupación por problemas con los dientes y boca (87.3%), molestias al comer (64%), dolor bucal (60.7%) e interrupción de la alimentación (56%); Menor impacto tuvieron las preguntas sobre incapacidad total para realizar actividades diarias (14.7%) y dificultad para realizar actividades diarias (13.3%). La correlación entre el índice OHIP-14 y el CPOD fue positivo aunque débil ($r=0.26$; $p=0.001$). Con ello concluyen su estudio reportando que el estado bucodental influye en la calidad de vida de los adultos mayores y afecta particularmente la realización de sus actividades cotidianas.³⁸

La presente investigación tuvo como escenario el Cantón Azogues, ciudad del Ecuador capital de la provincia del Cañar, la cual está ubicada geográficamente hacia el norte de la cuenca del río Paute limita políticamente al norte con la provincia de Chimborazo y Morona Santiago, al Este y Sur con la provincia del Azuay y al Oeste con los cantones Déleg y Biblián. Su altura aproximada es de 2518 msnm. Declarado Patrimonio Cultural y Urbano del Ecuador por sus valores intrínsecos de historia, cultura y religión. Tienen 70 064 habitantes en todo el cantón, según el último censo del INEC 32 088 varones y 37 976 mujeres.³⁹

Por todo lo anteriormente descrito se tiene como objetivo para la presente investigación: Evaluar los Determinantes Sociales de la salud sobre la Calidad de Vida Relacionada a la Salud Bucal en personal del Municipio de Azogues 2015.

IV. OBJETIVOS

IV.1. Objetivo General

Evaluar los Determinantes Sociales sobre la Calidad de Vida Relacionada a la Salud Bucal en personal del Municipio de Azogues 2015

IV.2. Objetivos Específicos

1. Describir el perfil sociodemográfico del Personal del municipio de Azogues.
2. Estimar la frecuencia en las respuestas obtenidas del OHIP-14 en personal del municipio de Azogues.
3. Comparar las dimensiones del OHIP-14 en personal del municipio de Azogues según edad y sexo.
4. Determinar la asociación entre el impacto de la calidad de vida según los determinantes sociales; nivel de escolaridad, ingreso económico, y denominación laboral.
5. Determinar la asociación entre el impacto de la calidad de vida según uso de servicios odontológicos; tipo de servicio dental visitado, tiempo desde la última visita al dentista, motivo de consulta odontológica.
6. Identificar la asociación entre el impacto de la calidad de vida según edad y sexo del personal del municipio de Azogues.

V. MATERIAL Y MÉTODOS

V.1 Diseño del estudio

Estudio observacional, descriptivo, de corte transversal.

V.2 Población

La población estuvo conformada por 700 sujetos entre 20 a 64 años de edad que laboran en el Municipio de Azogues.

V.3 Muestra

El tamaño muestral fue, calculado mediante la fórmula para la estimación de una proporción a un nivel de confianza del 95% con un margen de error del 5 % a partir de los resultados de la prueba piloto.

Formula:

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

Dónde:

n = Tamaño de la muestra

N= 700 total de la población

$Z_{\alpha}^2 = 1.96^2$ (si la seguridad es del 95%)

p = proporción esperada (en este caso 5% = 0.05)

q = 1 – p (en este caso 1-0.05 = 0.95)

d^2 = precisión (en este caso deseamos un 3%).⁴⁰

El total de la muestra fue de 185 trabajadores y empleados.

V.3.1 Criterios de inclusión

1. Todo el personal entre 20 a 64 años cumplidos.
2. De ambos sexos.
3. Tener la capacidad cognitiva de responder el cuestionario.
4. Estar de acuerdo para participar en la investigación mediante la firma de consentimiento informado (**Anexo 1**).

V.3.2. Criterios de exclusión

1. Adultos que no estén dentro del rango de edad seleccionado.
2. Sujetos sin consentimiento informado.

V.4 Variables

Variable	Definición conceptual	Dimensión	Definición operacional	Indicador	Tipo	Escala	Valor
Determinantes Sociales	Elementos que intentan explicar que las desigualdades en que se manifiestan los resultados en salud para diversos grupos de la sociedad, dicen relación con las distintas posibilidades que tienen las personas de desarrollarse en la vida y gozar de buena salud.	Designación laboral	Identificación que tiene el sujeto a la pertenencia a una de las condiciones de empleo	Documento Legal, Contrato	Cualitativa Dicotómica	Nominal	Empleado Trabajador
		Nivel de Instrucción	Período medido en años escolares que una persona ha permanecido en el sistema educativo formal	Portafolio personal del sujeto que labora en la institución municipal	Cualitativa Politómica	Ordinal	Primaria, Bachiller, Universitario Posgrado
		Ingreso Económico	Cantidad de Dinero que una familia puede gastar en un periodo determinado sin aumentar ni disminuir sus activos netos, dinero recibido por el personal como pago de sus servicios en forma mensual	Rol de pagos del personal municipal	Cualitativa Politómica	Ordinal	Básico (\$340) Menos (\$1000) Mayor (\$1000)

Uso de Servicios Odontológicos	Estos son aquellos que se ocupan de la aplicación de los medios necesarios para resolver, fomentar, prevenir y restablecer la normalidad del Sistema Estomatognático, como parte de un concepto integral de la Salud del individuo, y de la comunidad en la cual está inserto el Servicio Odontológico	Tipo de servicio visitado Tiempo desde la última visita al dentista Motivo de consulta al dentista	Servicio dental de preferencia del individuo; dependiendo si este servicio es cubierto con fondos propios o asignados al gobierno Frecuencia de asistencia a las consultas odontológicas independientes del motivo o causa Causa prioritaria aparente pro la cual el individuo acude a la consulta dental	Entrevista elaborada Entrevista elaborada Entrevista elaborada	Cualitativa dicotómica Cualitativa politómica Cualitativa politómica	Nominal Ordinal Nominal	Publico Privado Un año Menos de un año Más de dos años Dolor Rutina Otras causas
--------------------------------	--	--	---	--	--	---------------------------------------	---

<p>Calidad de vida en relación a la salud bucal</p>	<p>La percepción del individuo en cuanto a su bienestar de la situación en la que vive pone en contexto diferentes conceptos salud, enfermedad cultura valores y expectativas que tiene para su vida</p>	<p>Limitación funcional</p> <p>Dolor físico</p> <p>Molestias</p> <p>Sicológicas</p> <p>Incapacidad Física</p> <p>Incapacidad Psicológica</p> <p>Incapacidad Social</p> <p>Obstáculos</p>	<p>Restricción en funcionalidad de componentes del sistema estomatognático afectando su calidad de vida.</p> <p>Sensación molesta, aflictiva y desagradable originada por problema dental y repercute en el bienestar del individuo</p> <p>Condición de salud oral que perturba psicológicamente al individuo</p> <p>Pérdida parcial o total de la capacidad innata de un individuo, reflejado por problemas dentales</p> <p>Perturbación psicológica debido a problemas dentales que afectan su diario vivir</p> <p>Alteraciones a nivel de la cavidad oral que le impiden el completo desarrollo social y su contingente ante la sociedad</p> <p>Situaciones dentales imposibilitantes de llevar a cabo una vida con plena normalidad</p>	<p>OHIP-14</p>	<p>Cualitativa Politómica</p>	<p>Nominal</p>	<p>0:nunca 1:casi nunca 2:ocasionalmente 3:frecuentemente 4:muy frecuentemente</p>
---	--	--	---	----------------	-------------------------------	----------------	--

Covariable Sexo	Definido por características genéticas y hormonales	No Aplica	Identificación del rubro sexo en la ficha	Registro en la C.I	Cualitativa dicotómica	Nominal	1: Mujer 2: Hombre
Covariable Edad	Cantidad de años vividos por la persona	No aplica	Años que se reporten en la cedula	Cedula de identidad	Cuantitativa Discreta	Intervalo	20-40 años 41- 64 años

V.5 Técnicas y/o procedimientos

En el presente estudio se utilizó la encuesta como método, el instrumento lo constituyó la entrevista estructurada mediante la aplicación de un cuestionario validado OHIP-14. (**Anexo 2**).

La misma que se realizó en forma personal, previa socialización al personal involucrado (**Anexo 3**), dicho instrumento permitió valorar el perfil de impacto en salud oral mediante 14 preguntas estructuradas cada una de ellas con su respectiva dimensión.

Instrumentos:

El instrumento que se utilizó para la presente investigación fue un cuestionario validado que captura las siete dimensiones formuladas en el modelo teórico de salud oral de Locker: limitación de la función, dolor físico, aflicción psicológica, incapacidad física, incapacidad psicológica, incapacidad social y obstáculos.

Considerando que este extenso instrumento de 49 preguntas podría ser difícil de aplicar en estudios epidemiológicos, Slade publicó en el año 1997 una forma resumida del OHIP consiste en 14 preguntas que presentaron un alto grado de coincidencia con los resultados obtenidos con la OHIP de 49 preguntas- (**Anexo 4**).

Para facilitar la evaluación de la severidad del impacto, cada pregunta tiene un peso derivado de la técnica de comparación pareada de Thurstone. Las respuestas a las preguntas que abordan cada uno de estos aspectos pueden ser calculadas en sub escalas separadas para cada dimensión de impacto social del OHIP, o en su conjunto todas las preguntas. Un ejemplo de una pregunta del OHIP es: ¿Ha tenido usted que interrumpir sus comidas debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis? Para su cuantificación se usa un formato de tipo Likert (0 = nunca, 1 = casi nunca, 2 = ocasionalmente, 3 = frecuentemente, 4 = muy frecuentemente).^{19,20}

Por su parte en este estudio se llevó a cabo un conteo individual de los puntos obtenidos por las respuestas de este instrumento, cuyos resultados brindan un valor de 0 (no impacto) a 14 (alto impacto) puntos. Se analizó la presencia de diferencias entre OHIP-14 según los criterios de impacto (OHIP: 1-14 puntos) y no impacto (OHIP: 0 puntos) entre los respectivos grupos de acuerdo con el sexo y la edad.

Las respuestas, "nunca", "casi nunca", "ocasionalmente", "con bastante frecuencia", y "muy a menudo", fueron codificadas de 0 a 4, respectivamente. Cada una de las 14 preguntas se le asignó una puntuación de 0 si la respuesta fue "no", y las respuestas de puntuación de 1 si la respuesta era "casi nunca", "ocasionalmente", "bastante a menudo" o "muy a menudo". Se añadieron los puntajes asignados a las respuestas a las 14 preguntas para obtener valores entre 0 y 14. Los resultados se obtuvieron mediante la separación de los

participantes de acuerdo a los cuartiles de la distribución de la muestra. Los que están en el último cuartil (75%) fueron considerados como de mayor impacto.

Procedimientos:

Se obtuvieron permisos institucionales de la Comisión de Investigación de la Universidad Peruana Cayetano Heredia y del Municipio de Azogues respectivamente. (**Anexo 5**) Posteriormente se socializo el procedimiento a emplearse previo a la aplicación de la encuesta, ya para el momento de la aplicación del estudio los sujetos que fueron partícipes del estudio aprobaron el mismo mediante un Consentimiento Informado. (**Anexo 6**).

Los datos se recogieron mediante entrevistas estructuradas cara a cara, mediante un cuestionario de dos etapas, la primera permitió determinar el nombre, sexo, fecha de nacimiento (Edad), nivel educativo, designación laboral, ingreso económico, tipo de servicio dental, tiempo desde la última visita al dentista, motivo de consulta odontológica; la segunda etapa, estuvo conformada por el Perfil de Impacto de Salud Oral (OHIP); misma que valoro el perfil de impacto en salud oral mediante el OHIP-14 simplificado validado por Spencer 1994. En primer lugar se sucedió a mantener conversaciones con el responsable del Departamento de Recursos Humanos el mismo que facilito la lista actualizada del personal a ser sometido a la investigación, posteriormente se procedió a coordinar los días, el tiempo y espacio físico para la realización de las entrevistas para lo

cual se le adjunto el cronograma respectivo, de modo que no interrumpa sus actividades diarias. (**Anexo 7**).

Cada entrevista tuvo una duración de 6 a 8 minutos aproximadamente. Como se mencionó anteriormente se obtuvo el permiso respectivo por parte de la institución motivo por el cual se brindaron las facilidades para la realización de la encuesta; misma que se realizó en diferentes escenarios dependiendo del departamento al cual pertenecían los entrevistados, por ejemplo se manejó un horario matutino para el departamento de Obras Públicas debido a que ellos inician la jornada laboral muy temprano y se dirigen a zonas muy alejadas de la ciudad, entonces se les interceptó antes de que salgan de modo que no interrumpan sus actividades diarias, la entrevista se realizó en la oficina de recursos humanos a la 7:30 am el tiempo estimado fue de dos horas por cualquier tipo de eventualidad que se reporte, al elaborar el cronograma se estableció un total de 15 personas por día, se clasificó los departamentos por horarios de trabajo y actividades a cumplir de manera que; se realizó el mismo proceso en departamentos con características similares como Financiero, Parques y Jardines, Comisaria Municipal, Higiene, Movilidad (**Anexo 8**); por otro lado en el caso de Departamentos que tienen mucha actividad en horas de la mañana y menos en horas de la tarde se prefirió un horario vespertino desde las 14:00 pm que es la hora de ingreso de dicho personal, tal es el caso del departamento de Comunicación Social, Cotemuaz (Centro Terapéutico Municipal), Avalúos y Catastros, Desarrollo Social, Recursos Humanos, Centros Infantiles del Buen Vivir, Acción Social Municipal, Administrativos (guardias, choferes,

guardalmacén), Concejales (**Anexo 9**), Planificación (**Anexo 10**), Administradores del Centro Comercial Bartolomé Serrano; vale la pena recalcar que los participantes contaban con el permiso respectivo del jefe departamental para acceder a la encuesta.

V.6 Plan de Análisis

Se diseñó una base de datos para recolectar la información obtenida por parte de los participantes. Se utilizó el programa SPSS versión 22. Se realizó un análisis descriptivo; mediante la obtención de las frecuencias absolutas y relativas de las variables cualitativas, y la obtención de los promedios y desviación estándar de las variables cuantitativas. El análisis bivariado se realizó mediante la Prueba de U de Mann Whitney por no presentar distribución normal (mediante prueba de Kolmogorov-Smirnov). El análisis multivariado se realizó mediante la obtención de los Odd Ratio (OR). El estudio contó con un nivel de confianza de 95% y un $p < 0.05$.

Se valoró las preguntas del Ohip 14 en relación al tipo de respuesta así como también fue factible determinar su frecuencia; posteriormente se analizó cada una de las dimensiones para identificar posibles impactos. Se consideró como impactos aquellas respuestas diferentes a nunca, y esta última fue considerada como no impacto.

De otro modo se contabilizó el puntaje obtenido de las respuestas con la valoración mencionada dando rangos de un valor de 0 (no impacto) a 14 puntos (Impacto). Se analizó la presencia de diferencias entre OHIP-14 según los criterios de impacto (OHIP: 1-14 puntos) y no impacto (OHIP: 0 puntos) entre los respectivos grupos de acuerdo con el sexo y la edad.

Las respuestas, del Ohip-14 fueron codificadas de 0 a 4, respectivamente de acuerdo a la frecuencia. Cada una de las 14 preguntas se le asignó una puntuación de 0 si la respuesta fue "nunca", y 1 si la respuesta era "casi nunca", "ocasionalmente", "frecuentemente " o "muy frecuentemente“.

Como ya se mencionó se obtuvieron valores entre 0 y 14. Para finalmente obtener los resultados mediante la separación de los participantes de acuerdo a los cuartiles de la distribución de la muestra. Considerando como de mayor impacto los que se ubicaron en el último cuartil (75%).

V.7 Consideraciones Éticas

Se obtuvo la aprobación del Comité Institucional de Ética de la UPCH así como la autorización del municipio de Azogues, el Consentimiento Informado por parte de los sujetos que participaron en el estudio.

El proyecto fue revisado y aprobado por el Comité Institucional de Ética (CIE) de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Constancia 220-13-15 Aprobación 64 159.

VI. RESULTADOS

En la presente investigación predominó el sexo masculino 62.70% con edades entre 20 a 40 años 62.16%, fueron en su mayor parte trabajadores 52.97%, universitarios 45.40%; con salario mensual menor a \$1000; con 62.70%. El motivo de consulta al dentista más prevalente fue otras causas 35.13%, servicios privados 53.51%, y acuden mayoritariamente en menos de un año 57.83%. (**Tabla 1**).

La pregunta con puntuación más alta fue si se ha sentido totalmente incapaz de funcionar debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dental la respuesta más prevalente fue nunca 169 (91.35%), y la de menor frecuencia resulto ser frecuentemente ya que ningún sujeto opto por esta respuesta. (**Tabla 2**).

La dimensión Molestias Psicológicas fue la que presento la media más alta 2.80 ± 2.53 en sujetos de 41 a 64 años de sexo masculino. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las dimensiones Limitación funcional, ($p=0.040$), Dolor físico ($p=0.048$) y Obstáculos ($p=0.002$) en relación al sexo masculino en ambos rangos de edad, por otra parte se encontró significancia entre el sexo femenino y masculino en la dimensión Dolor físico ($p=0.024$) en el rango de edad de 20 a 40 años de edad. (**Tabla 3**).

Por otro lado no se encontró asociación estadísticamente significativa entre nivel de instrucción e impacto de la calidad de vida de los sujetos, los límites del

intervalo de confianza para el 95 % para un OR de 0.5 están entre 0.2 y 1.4. Al buscar asociación entre el nivel de instrucción primaria y Universitario o Posgrado con OHIP-14, los límites del intervalo de confianza para el 95 % para un OR de 0.6 están entre 0.2 y 1.6 lo que significa que se no existe asociación; al buscar asociación entre el salario básico, menor a \$1000 y el OHIP-14, los límites del intervalo de confianza para el 95% para un OR de 1.9 están entre 0.8 y 4.8 lo que significa que se no existe asociación estadísticamente significativa. Así también al buscar asociación entre el salario básico – el salario mayor a \$1000 y el OHIP-14, los límites del intervalo de confianza para el 95 % para un OR de 1.7 están entre 0.6 y 4.7 lo que significa que se no existe asociación estadísticamente significativa. Cuando se pretendía buscar asociación entre empleados y trabajadores y el OHIP-14, se obtuvo que los límites del intervalo de confianza para el 95 % para un OR de 1.03 están entre 0.5 y 1.8 lo que significa que se no existe asociación estadísticamente significativa. **(Tabla 4).**

Con respecto a motivo de consulta rutina fue lo más prevalente con personas sin impacto 37.8%, en el caso del personal con impacto otras causas 38.8%, rutina 30 (29.1%), al buscar asociación entre dolor-otras causas y el OHIP-14, se obtuvo que los límites del intervalo de confianza para el 95 % para un OR de 1.2 están entre 0.6 y 2.5 lo que significa que se no existe asociación estadísticamente significativa.

En relación al tipo de servicio visitado el sector privado sin impacto obtuvo mayor prevalencia 58.5%, por su parte el personal con impacto fue mayor en el sector

publico 50.5%, al buscar asociación entre sector público y privado y el OHIP-14, se obtuvo que los límites del intervalo de confianza para el 95 % para un OR de 0.6 están entre 0.3 y 1.2 lo que significa que no existe asociación estadísticamente significativa.

Referente a la frecuencia de asistencia al dentista personas con impacto fueron menos de 1 año 59,2% las más predominantes, así mismo al buscar asociación entre asistencia de menos de 1 año y anual con OHIP-14, se obtuvo que los límites del intervalo de confianza para el 95 % para un OR de 0.7 están entre 0.3 y 1.3 lo que significa que se no existe asociación estadísticamente significativa. (**Tabla 5**).

El impacto y no impacto en relación a salud oral según edad y sexo determino que las personas de mayor prevalencia fueron las de sin impacto se atribuyó mayormente al rango de 20 a 40 años 67.1%, al buscar asociación entre los rangos de edad con OHIP-14, se obtuvo que los límites del intervalo de confianza para el 95 % para un OR de 1.4 están entre 0.7 y 2.6 lo que significa que se no existe asociación estadísticamente significativa.

En relación al sexo personal de sexo masculino sin impacto fue predominante personal con impacto masculino 63.1%, de igual forma al buscar asociación entre los géneros y el OHIP-14, se obtuvo que los límites del intervalo de confianza para el 95 % para un OR de 0.9 están entre 0.5 y 1.7 lo que significa que no existe asociación estadísticamente significativa. (**Tabla 6**).

Tabla 1. Perfil Sociodemográfico del Personal del Municipio de Azogues 2015.

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	(n)	(%)
Genero		
Masculino	116	(62.70)
Femenino	69	(37.63)
Edad en años		
20 a 40	115	(62.16)
41 a 64	70	(37.83)
Nivel de Instrucción		
Primaria	24	(12.97)
Secundaria	77	(41.62)
Universitario	84	(45.40)
Ingreso económico mensual		
básico	24	(12.97)
menor a 1000	116	(62.70)
mayor a 1000	45	(24.32)
Designación Laboral		
Empleado	87	(47.02)
Trabajador	98	(52.97)
Motivo de Consulta al Dentista		
Dolor	59	(31.89)
Otras causas	65	(35.13)
Rutina	61	(32.97)
Tipo de Servicio Visitado		
Publico	86	(46.48)
Privado	99	(53.51)
Frecuencia para asistir al dentista		
Menos de un año	107	(57.83)
Anual	62	(33.51)
Más de tres años	16	(8.64)
	n=185	%100

Tabla 2. Frecuencia de respuestas obtenidas del OHIP-14 en personal del Municipio de Azogues 2015

Preguntas OHIP-14	0	(%)	1	(%)	2	(%)	3	(%)	4	(%)
Tiene usted dificultad para pronunciar algunas palabras debido a problemas con sus dientes boca o prótesis dental	145	(78.37)	14	(7.56)	17	(9.18)	4	(2.16)	5	(2.70)
Ha sentido usted que su sensación de gusto ha empeorado debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dentales	132	(71.35)	12	(6.48)	31	(16.75)	6	(3.24)	4	(2.16)
Ha sentido Ud. incomodidad al comer algunos alimentos debido a problemas con su boca, prótesis	77	(41.62)	26	(14.05)	50	(27.02)	19	(10.27)	13	(7.02)
Ha estado preocupado debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dentales	78	(42.16)	16	(8.64)	41	(22.16)	30	(16.21)	20	(10.81)
Se ha sentido nervioso debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dentales	117	(63.24)	15	(8.10)	26	(14.05)	13	(7.02)	14	(7.56)
Ha sido su dieta poco satisfacción debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dentales	145	(78.37)	10	(5.40)	16	(8.64)	9	(4.86)	5	(2.70)
Ha tenido usted que interrumpir sus comidas debido a problemas con sus dientes, boca ó prótesis dentales	143	(77.29)	14	(7.56)	19	(10.27)	6	(3.24)	3	(1.62)
Encuentra dificultades para relajarse debido a problemas con sus dientes, boca ó prótesis	149	(80.54)	11	(5.94)	16	(8.64)	2	(1.08)	7	(3.78)
Se ha sentido perturbado frente a otras personas debido a problemas con sus dientes , boca o prótesis dentales	119	(64.32)	14	(7.56)	26	(14.05)	9	(4.86)	17	(9.18)
Se ha sentido Ud. irritable con otras personas debido a problemas con sus dientes, boca ó prótesis	140	(75.67)	11	(5.94)	20	(10.81)	5	(2.70)	9	(4.86)
Tiene Ud. dificultad para hacer sus trabajos habituales debido a problemas con sus dientes, boca ó prótesis	162	(87.56)	11	(5.94)	9	(4.86)	1	(0.54)	2	(1.08)
Ha sentido Ud. que su vida es en general menos satisfactoria debido a problemas con sus dientes, boca ó prótesis	149	(80.54)	18	(9.72)	14	(7.56)	1	(0.54)	3	(1.62)
Se ha sentido totalmente incapaz de funcionar debido a problemas con sus dientes , boca o prótesis dental	169	(91.35)	5	(2.70)	8	(4.32)	0		3	(1.62)

Respuestas en escala tipo Likert :0-Nunca, 1 Casi Nunca 2-Ocasionalmente 3- Frecuentemente, 4 Muy frecuentemente

Tabla 3. Dimensiones del OHIP- 14 en personal del municipio de Azogues según edad y sexo

Dimensiones	Edad 20 a 40 años				Edad 41 a 64 años			
	Masculino (n=66)		Femenino (n=49)		Masculino (n=50)		Femenino (n=20)	
	Media	Desv. Est.	Media	Desv. Est.	Media	Desv. Est.	Media	Desv. Est.
Limitación Funcional*	0.83	* 1.40	0.59	1.00	1.60 *	2.07	1.20	1.77
Dolor Físico	1.68	*,+ 1.77	2.51	+ 1.99	2.42 *	2.04	2.20	2.35
Molestias Sicológicas	2.05	2.26	2.24	2.21	2.80	2.53	2.25	2.69
Incapacidad Física	0.65	1.46	1.00	1.54	1.10	2.05	1.20	2.19
Incapacidad Sicológica	1.20	1.74	1.37	1.75	1.38	2.18	1.15	1.63
Incapacidad Social	0.55	1.13	0.96	1.62	0.84	1.56	0.85	1.60
Obstáculos	0.18	* 0.63	0.37	0.93	0.76 *	1.53	1.30	2.20

Prueba U de Mann Whitney

* $p < 0.05$ (comparación por edad)

+ $p < 0.05$ (comparación por sexo)

Tabla 4. Asociación entre el Impacto de la calidad de vida según salud oral y determinantes sociales en personal del municipio de Azogues 2015.

DETERMINANTES		Sin Impacto		Con Impacto		OR	IC (95%)
		n	%	n	%		
Nivel de Instrucción	Primaria	8	9.8	16	15.5	1	
	Secundaria	37	45.1	40	38.8	0.54	(0.20 - 1.41)
	Universitaria o Postgrado	37	45.1	47	45.6	0.63	(0.24-1.64)
Ingreso Mensual	Básico	14	17.1	10	9.7	1	
	Menor a 1000	48	58.5	68	66	2	(0.81-4.83)
	Mayor a 1000	20	24.4	25	24.3	1.8	(0.64 – 4.76)
Denominación Laboral	Empleado	39	47.6	48	46.6	1	
	Trabajador	43	52.4	55	53.4	1.03	(0.58 – 1.85)

Tabla 5. Asociación entre el impacto de la calidad de vida en relación a salud oral y uso de servicios odontológicos en personal del municipio de Azogues 2015

SERVICIOS ODONTOLÓGICOS		Sin Impacto		Con Impacto		OR	IC (95%)
		n	%	n	%		
Motivo de Consulta al dentista	Dolor	26	31.7	33	32	1	
	Otras Causas	25	30.5	40	38.8	1.26	(0.61-2.58)
	Rutina	31	37.8	30	29.1	0.76	(0.37 - 1.56)
Tipo de Servicio Visitado	Publico	34	41.5	52	50.5	1	
	Privado	48	58.5	51	49.5	0.69	(0.38 - 1.24)
Frecuencia de Asistencia al Dentista	Menos de 1 año	46	56.1	61	59.2	1	
	Anual	32	39	30	29.1	0.7	(0.37 - 1.32)
	Más de 2 Años	4	4.9	12	11.7	2.26	(0.68 - 7.47)

Tabla 6. Asociación entre el impacto de la calidad de vida relacionado con salud oral según edad y sexo en personal del municipio de Azogues.

VARIABLES		Sin Impacto		Con Impacto		OR	IC (95%)
		n	%	n	%		
Edad	20 a 40 Años	55	67.1	60	58.3	1	
	41 a 64 Años	27	32.9	43	41.7	1.46	(0.79 - 2.67)
Sexo	Masculino	51	62.2	65	63.1	1	
	Femenino	31	37.8	38	36.9	0.96	(0.52 - 1.75)

VII. DISCUSIÓN

El presente estudio evaluó los determinantes sociales sobre la calidad de vida en relación a la salud bucal en personal del municipio de Azogues – Ecuador en el año 2015, se utilizó el instrumento OHIP-14, el cual fue aplicado a 185 personas.

Se valoraron, según sexo, 116 sujetos correspondientes al masculino y 69 del sexo femenino; de las cuales la mayor parte era de un rango de edad entre 20 a 40 años 62.16% y el 37.83% se encontraban en un rango de edad de entre 41 a 64 años; datos similares reporta Batista y cols.³⁴ con un 62.4% de sujetos de entre 20 y 34 años. Como se puede evidenciar en estudios reportados generalmente la edad promedio de sujetos investigados corresponde a adultos jóvenes ya que este tipo de investigaciones son realizadas en centros de trabajo por lo tanto este rango de edad es compatible con adultos en edad laboral activa. Así lo confirma el estudio realizado por Montero¹⁷ quien reporta en su estudio una muestra ocupacional constituida por adultos con edades promedio de 43 años en su mayor proporción varones 48.1%.

Un dato importante es que se consideró para el presente estudio únicamente la población adulta joven contemplada en el Ecuador de entre 20-64 años de edad ya que está estipulado en la Constitución de la República del Ecuador, “Art. 36.- Las personas adultas mayores recibirán atención prioritaria y especializada en los campos público y privado, en especial en los campos de inclusión social y económica, y protección contra la violencia. Se considerarán personas adultas

mayores aquellas personas que hayan cumplido los sesenta y cinco años de edad....”¹¹

En cuanto a los determinantes sociales se reportaron mayormente Universitarios 45.40%; trabajadores 52.97%, con un salario menor a 1000 dólares 62.70%; por otro lado en lo referente a Uso de servicios odontológicos el motivo más frecuente de asistencia al dentista fue otras causas 32.97%, acudiendo más a un servicio privado 53.51%, y, al menos una vez en menos de un año 57.83%. A diferencia del estudio de Rajagopalachari y Cols.³⁶ quienes reportan en cuanto a la designación laboral que la mayoría de investigados eran guardias y no habían completado sus estudios superiores 39.6 %, por otro lado la principal causa por la que asistieron al dentista los sujetos del estudio fue extracción dental con un 35.6 %, mientras que la mayoría de sujetos no acostumbran asistir al dentista en lo absoluto 59%. Esto demuestra una gran diferencia en cuanto al perfil demográfico en ambos estudios, el hallazgo en el presente estudio posiblemente se deba al hecho de que se indago en una municipalidad urbana ubicada en el centro de la ciudad, la cual tiene cercanía considerable a los centros de salud por lo tanto los individuos pueden asistir para recibir ayuda cuantas veces sea necesario, lo cual concuerda con el motivo de consulta más frecuente que fue otras causas que pueden incluir tratamientos preventivos o de rehabilitación y no precisamente dolor o extracción dental a diferencia del estudio de análisis.

Por otra parte en este estudio se reporta un 10.81% de sujetos que perciben problemas muy frecuentes de preocupación psicológica por problemas dentales

teniendo el porcentaje más alto en cuanto a la frecuencia , a diferencia del estudio de Yiengprugsawan y cols.¹² quienes mencionan un mayor porcentaje de dificultades al masticar o deglutir con un 16.4% ,frente a un 7.02% que reporta incomodidad frecuente al comer alimentos en este estudio, de igual manera en ese estudio se reporta un 13.4% de dificultades para hablar y malestar con la interacción social mientras que en este estudio se obtuvo un 9.18% de sujetos que manifestaron sentirse perturbados frente a otras personas por problemas dentales, asimismo, reportan un 10.8% de sujetos que manifestaron dolor asociado con los dientes o prótesis dentales, en relación a un apenas 2.70% quienes reportan muy frecuentemente dolor asociado a dientes o prótesis dentales. Es de considerar que a diferencia del presente estudio el reportado por Yiengprugsawan y cols.¹² fue realizado sobre estudiantes Universitarios de estratos sociales modestos con accesos geográficos restringidos, además de que en dicho estudio se indaga sobre covariables tales como enfermedades crónicas y hábitos como beber y fumar entonces ello se asoció con el reporte de los impactos de salud oral, anteriormente indicados.

Como se mencionó las preguntas de mayor impacto fueron las que involucran aspectos de preocupación por problemas dentales 10.81% seguidas de sujetos que reportan perturbación frente a otras personas por problemas dentales con un 9.18%, nerviosismo por problemas dentales 7.56%, interrupción de la alimentación 7.02%. Las preguntas de menor valor en el presente estudio fueron incapacidad para realizar actividades diarias con un 1.08% y la incapacidad total para realizar actividades diarias con un 1.62%. Datos similares al presente estudio

los obtuvo De la Fuente-Hernández (México 2010) ³⁷ quien identificó un impacto positivo en las preguntas relacionadas con la preocupación por problemas con los dientes y boca (87.3%), molestias al comer (64%), dolor bucal (60.7%) e interrupción de la alimentación (56%). Menor impacto tuvieron las preguntas sobre incapacidad total para realizar actividades diarias (14.7%) y dificultad para realizar actividades diarias (13.3%).

En este estudio de los siete dominios el más alto en puntuaciones medias reportó molestias psicológicas (2.8 ± 2.53), seguido de dolor físico (2.51 ± 1.99), luego tenemos incapacidad psicológica (2.18 ± 1.15) y limitación funcional (1.20 ± 1.77) en tanto que Rajagopalachari y Cols. (India 2015) ³⁶ reportan que de los siete dominios, el más alto en puntuaciones medias resultó ser "dolor físico" (0.94 ± 1.07), seguido por el "malestar psicológico" (0.81 ± 1.11) y "discapacidad física" (0.58 ± 0.91).

Por su parte Aubert y cols. (Chile) ³¹ indican que la dimensión más representativa lo constituye el disconfort psicológico y lo asocia a las condiciones de salud oral. La comunidad percibe la vida menos agradable a causa de sus dientes, manifestando en muchos casos incapacidad de realizar sus actividades de la vida diaria debido a condiciones orales.

En tanto que en el presente estudio se encontraron diferencias estadísticamente significativas únicamente en las dimensiones Limitación funcional, ($p=0.040$), Dolor físico ($p=0.048$) y Obstáculos ($p=0.002$) en relación al sexo masculino en

ambos rangos de edad, por otra parte se encontró significancia entre el sexo femenino y masculino en la dimensión Dolor físico ($p=0.024$) en el rango de edad de 20 a 40 años de edad. Esto quiere decir que las dimensiones limitación funcional y Obstáculos influyen en la calidad de vida únicamente en sexo masculino sin importar el rango de edad, en tanto que Dolor físico interfiere en la calidad de vida de sujetos de entre 20 – 40 años independiente del sexo.

Con respecto al análisis del índice OHIP-14 impacto y no impacto según sus determinantes sociales en el presente estudio se observó que el número de sujetos que reportan impacto de las condiciones orales autopercebidas sobre su calidad de vida fueron 55.67% frente a un 44.32% que no lo tuvo, los mayormente impactados resultaron ser Universitarios 45.6% , aquellos de ingresos menor a \$1000 - 66%; trabajadores 53.4%, en edades de 20 a 40 años 58.3%, y de sexo masculino 63.1%, esto posiblemente atribuido a que el género masculino fue el predominante en los sujetos de estudio. A diferencia del estudio reportado por Guarnizo y cols.³⁴ quienes indican que los impactos orales fueron significativamente mayores para los participantes en los quintiles de ingresos más bajos en comparación con aquellos en el nivel de ingresos más alto ($p < 0.001$).

Cuando se analiza un mayor impacto en universitarios se atribuye a su conocimiento pleno de las preguntas empleadas en el instrumento de modo que obviar ciertos aspectos podría ocasionar una falla en la investigación así que debido a eso lo respondieron a conciencia y entendiendo plenamente su contenido, para ello el personal recibió previa capacitación , por otro lado los de

menor ingreso resultaron tener mayor impacto posiblemente por no poder realizarse tratamientos dentales integrales que no son cubiertos por el seguro social y cuyos rubros tienen que ser cancelados por el involucrado de modo que muchas veces la situación económica los aleja de la práctica odontológica integral, por su parte en el caso de los trabajadores reportaron mayor impacto esto se debe a las condiciones de su contrato que muchas veces no permite tener un horario cómodo que le permita acudir a la atención odontológica cuando lo necesita muchas veces son personal de campo y su no asistencia al lugar de trabajo podría representar grandes pérdidas para el municipio .

Por otro lado, en relación a los servicios odontológicos en el presente estudio se encontró que los sujetos con mayor impacto fueron aquellos que asistían al dentista principalmente por otras causas 38.8%, así también los sujetos que asisten a un servicio público con mayor predilección obtuvieron puntaje más alto de impacto con un 50.5%, finalmente aquellos que asistieron al dentista al menos una vez en menos de un año reportaron un mayor impacto 59.2%.

Sin embargo, y a pesar de obtener estos datos no se pudo establecer asociación alguna entre los determinantes sociales – servicios odontológicos y edad – género con la calidad de vida según salud oral auto percibida por el individuo.

A diferencia de los datos reportados por Monteiro de Barros Miotto y col. (2013)³² quienes mencionan que el número de individuos que declaran impacto fue de 32.5% frente a un 67.5 % que no tienen impacto; así también mencionan

que la mayor parte de impactos se asociaron con la edad, estatus social y económico, educación, servicios dentales, necesidad de prótesis y dolor dental.

Sería interesante dar continuidad a este tipo de estudios que permitan medir de manera objetiva mediante instrumentos validados la autopercepción de condiciones orales y su relación con variables que en un momento dado podrían o no tener asociación unas con otras. Otro aspecto interesante a considerar es que en el presente estudio no se consideraron variables clínicas que pudieron haber sido importantes para identificar asociaciones entre las variables del estudio; por ello se debería continuar haciendo estudios que incluyan este tipo de variables.

Al tratarse de un estudio que evalúa determinantes sociales frente a la calidad de vida del individuo asociado a la salud oral se pudo determinar si existió asociaciones entre variables y sobre todo generar una base de datos que aporte información, promoviendo de esta manera la continuidad a futuros estudios siguiendo la línea de investigación de calidad de vida involucrando diferentes factores y sujetos de estudio que contribuirían con nuevos datos, indagando posteriormente diferentes problemáticas que sean de interés y que doten de valiosa información, por lo tanto el estudio genera un gran impacto ya que permite investigar situaciones aún desconocidas para la población generando interés en conocer situaciones de autopercepción en relación a su salud oral y el impacto que puedan tener las mismas sobre aspectos demográficos, económicos, sociales y culturales abriendo un amplio campo de estudio dentro de la ciudad y en un futuro en el país.

VIII. CONCLUSIONES

1. Se determinó el perfil sociodemográfico del personal municipales encontrando mayor prevalencia de hombres Universitarios jóvenes, trabajadores con remuneración mensual menor a \$1000 que acudían frecuentemente al dentista por rutina, a un servicio privado y con visitas periódicas menos de 1 año.
2. Se estimó el impacto de la salud bucal en la calidad de vida en personal del Municipio de Azogues al obtener mayor respuesta en cuanto a frecuencia en la pregunta que indicaba que el individuo reportaba que se sentía preocupado por problemas con sus dientes o prótesis; y, la que obtuvo mayor respuesta en frecuencia nunca fue aquella en la que el sujeto afirmo no sentirse totalmente incapacitado de realizar actividades debido a problemas con sus dientes boca o prótesis.
3. Se encontró significancia estadística en las dimensiones Limitación funcional, Dolor físico y Obstáculos en cuanto al sexo masculino en ambos rangos de edad y solo la dimensión Dolor físico tuvo diferencias estadísticamente significativas en sexo femenino rango 20-40 años.
4. No se encontró asociación entre ingreso mensual, denominación laboral y nivel de instrucción con CVRSB.
5. No se encontró asociación entre uso de servicios odontológicos con CVRSB.

6. A pesar de que los varones de 20-40 años reportaron mayor impacto en cuanto a su calidad de vida no se encontró asociación entre edad y sexo con CVRSB.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Caraguay J, Yauri P. Mejoramiento de la salud bucal de los niños pertenecientes al quinto, sexto; y séptimo año de educación general básica de la escuela “24 de mayo” del barrio Pucacocha perteneciente a la parroquia el Valle, cantón Loja, provincia de Loja en el periodo enero junio del 2009. [Tesis Odontólogo]. Universidad Nacional de Loja; 2009.
2. Soto J. LA SALUD EN EL ECUADOR [Internet]. Salud. 2015 [cited 19 July 2016]. Available from: <https://joelsotorome.wordpress.com/2015/01/18/la-salud-en-el-ecuador-2/>
3. Raza X, Pinto G, Ayala E. Normalización del Sistema Nacional de Salud de Área Bucal. Ecuador. 2010
4. Jiménez J, Esquivel I, Martínez N. Percepción de salud bucal, calidad de vida y bienestar subjetivo en ancianos. Revista ADM. 2005; LXIII (5):181-184.
5. Arcos P. Estudio comparativo basado en el índice CPO entre mujeres Nuligravidas, mujeres con uno y con dos embarazos previos de 18-30 años de edad en el cantón Pillaro. [Tesis Odontólogo]. Universidad Regional Autónoma de los Andes; 2011.
6. Misrachi C, Espinoza I. Utilidad de las mediciones de la calidad de vida relacionada con la Salud, Rev. dental de Chile 2005; 96(2):28-35
7. Locker D. Concepts of oral health, disease and the quality of life, In: Slade, G. D. (Ed.) Measuring Oral Health and Quality of Life. University of North Carolina. 1997.
8. Silva S, Castellanos F. Self-perception of oral health status by the elderly. Rev Saúde Pública. 2001; 35(4):349-55.
9. Meneses Gómez E. Salud Bucodental y calidad de vida oral en los mayores. [Tesis Doctoral] Madrid. Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Odontología. 2010. ISBN: 978-84-694-0762-2
10. OMS: El Informe Mundial sobre la Salud Oral: La mejora continua de la salud oral en el siglo 21 el enfoque del Programa de Salud Bucodental de la OMS Global. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2003.
11. Constitución de la República del Ecuador, publicada en el Registro Oficial No. 449, de 20 de octubre de 2008. Plan Nacional de Desarrollo 2013- 2017
12. Instituto de Información Sanitaria, Ministerio de Sanidad y Consumo, Gobierno de España. Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud, INCLASNS-BD Versión 2007.

13. Arqués M. Operativización de los estilos de vida mediante la distribución del tiempo en personas mayores de 50 años. Granada. [Tesis Doctorado]. Universidad de Granada; 2005.
14. Yiengprugsawan V, Somkotra T, Seubsman S, Sleigh A. Longitudinal associations between oral health impacts and quality of life among a national cohort of Thai adults. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2013; 11(1):172.
15. Velázquez L, Ortiz, Cervantes A, Cárdenas A, García C, Sánchez-S. Calidad de vida relacionada con la salud oral en adultos mayores. *Instrumentos de evaluación*. (2014). *Rev. Med Inst Mex Seguro Soc.*, (4): 448-449.
16. Mariño R, Schofield M, Wright C, Calache H, Minichiello V. Self-reported and clinically determined oral health status predictors for quality of life in dentate older migrant adults. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2008; 36(1): 85-94. 17.
17. Slade G. *Measuring oral health and quality of life*. North Carolina: University of North Carolina; 1997.
18. Montero-Martín J. *Calidad de vida oral en población general (tesis doctoral)*. Universidad de Granada: Facultad de Odontología; 2006.
19. Locker D, Matear D, Stephens M, Lawrence H, Payne B. Comparison of the GOHAI and OHIP-14 as measures of the oral health-related quality of life of the elderly. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. 2008; 29(5):373-381.
20. Atchison K, Der-Martirosian C, Gift H. Components of Self-reported Oral Health and General Health in Racial and Ethnic Groups. *Journal of Public Health Dentistry*. 1998; 58(4):301-308.
21. McGrath C, Bedi R. Population based norming of the UK oral health related quality of life measure (OHRQoL-UK©). *British Dental Journal*. 2002; 193(9):521-524.
22. Castrejón-Pérez R, Borges-Yáñez S, Irigoyen-Camacho M. Validación de un instrumento para medir el efecto de la salud bucal en la calidad de vida de adultos mayores mexicanos. *Rev. Panam. Salud Pública*. 2010; 27(5).
23. León S, Bravo D, Correa G, Giacaman R. Validación de la versión española del Perfil de Salud Oral Impacto (OHIP-14SP) en los chilenos mayores *BMC Oral Health* 2014, 14 : 95 doi: 10.1186 / 1472-6831-14-95
24. Dawson B. *Bioestadística Médica*. 4ta ed. Manual Moderno; 2005
25. Campo-Arias A, Oviedo H. Psychometric properties of a scale: internal consistency. *Rev. salud pública [Internet]*. 2008 Dec [cited 2016 July 21]; 10(5): 831-839. Available from: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642008000500015&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0124-00642008000500015>.

26. Wong A, Cheung C, McGrath C. Developing a short form of Oral Health Impact Profile (OHIP) for dental aesthetics: OHIP-aesthetic. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2007 Feb; 35(1):64–72.
27. Lopez R, Baelum V. Spanish version of the Oral Health Impact Profile (OHIP-Sp). *BMC Oral Health.* 2006; 6:11.
28. Kay J. Impacto de la rehabilitación con sobredentadura mandibular Implantoasistida, sobre la calidad de vida relacionada con la salud bucal, medida con OHIP-49Sp, en un ensayo clínico no controlado [Trabajo de investigación requisito para optar al título de cirujano dentista 2011]. [Chile]: Universidad de Chile; 2011.
29. Awad M, Al-Shamrany M, Locker D, Allen F, Feine J. Effect of reducing the number of items of the Oral Health Impact Profile on responsiveness, validity and reliability in edentulous populations. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2008 Feb; 36(1):12–20.
30. Slade GD. Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1997 Aug; 25(4):284–90.
31. Petry P, Victora C, Santos I. Adults without caries: a case control study about knowledge, attitudes and preventive practices. *Cad Saude Publica.* 2000 Jan-Mar; 16(1):145-53.
32. Aubert J, Sánchez S, Castro R, Monsalves M, Castillo P, Moya P, Calidad de vida relacionada con salud oral en mayores de 14 años en la comunidad san Juan Bautista, isla Robinson Crusoe, Chile. *Int. J. Odontostomat.*, 8(1):141-145, 2014.
33. Miotto M, Almeida C, Barcellos L. Impacto das condições bucais na qualidade de vida em servidores públicos municipais. *Ciênc saúde coletiva.* 2014; 19(9):3931-3940.
34. Guarnizo-Herreño C, Watt R, Fuller E, Steele J, Shen J, Morris S et al. Socioeconomic position and subjective oral health: findings for the adult population in England, Wales and Northern Ireland. *BMC Public Health.* 2014;14(1).
35. Batista M, Perianales L, Hilgert J, Hugo F, Sousa M. The impacts of oral health on quality of life in working adults. *Braz oral res.* 2014; 28(1):1-6.
36. Misrachi C, Ríos M, Morales I, Urzúa J, Barahona P, Calidad de vida y condición de salud oral en embarazadas chilenas e inmigrantes peruanas *rev.peru.med.exp salud pública.* 2009; 26(4): 455-61
37. Rajagopalachari U, Puranik P, Sonde L. Oral health impact on Quality of life among police personnel in Bengaluru City, India: A cross-sectional survey. *Journal of Indian Association Of Public Health Dentistry* Vol. 13, Issue 1, January-March 2015

38. De la Fuente-Hernández J, Sumano O, Sifuentes M, Zelocuatecatl A. Impacto de la salud bucal en la calidad de vida de adultos mayores demandantes de atención dental México Univ. Odontol. 2010 Jul-Dic; 29(63): 83-92. ISSN 0120-4319
39. Azogues [Internet]. Es.wikipedia.org. 2016 [cited 21 July 2016]. Available from: <http://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Azogues&oldid=77519365>
40. Determinación del tamaño muestral [Internet]. Fistera.com. 2016 [cited 21 July 2016]. Available from: <http://www.fistera.com/mbe/investiga/9muestras/9muestras2.asp#proporcion>

ANEXOS

Anexo 1

Consentimiento para participar en un estudio de investigación

- ADULTOS -

Instituciones : Universidad Cayetano Heredia - UPCH, Otras Instituciones, si fuera necesario

Investigadores : Cristina Domínguez Crespo

Título: Calidad de vida en relación a la salud bucal según determinantes sociales en personal del municipio de Azogues 2015

Propósito del Estudio:

Lo estamos invitando a participar en un estudio llamado: “calidad de vida en relación a la salud bucal según determinantes sociales en personal del municipio de Azogues 2015”. Este es un estudio desarrollado por investigadores de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, etc. y otras instituciones locales. Estamos realizando este estudio para evaluar el impacto de las condiciones orales y calidad de vida según determinantes sociales, con la finalidad de conocer de qué manera se reporta la calidad de vida en sujetos con diferentes condiciones dentales y con determinantes sociales implícitos

Procedimientos:

Si usted acepta participar en este estudio se le realizara lo siguiente

1. una encuesta para valor su percepción con respecto a su calidad de vida
2. Se tomaran datos sobre su nivel de escolaridad, ingresos económicos, designación laboral

Riesgos:

No se prevén riesgos por participar en esta fase del estudio.

Beneficios:

Los beneficios percibidos por su persona estarán encaminados en la construcción de conocimiento sobre su calidad de vida en relaciona a su salud oral según determinantes sociales permitiendo mediante la obtención de los resultados interceptar aquellos factores que afecten directa o indirectamente en su calidad de vida.

Costos e incentivos

Usted no deberá pagar nada por participar en el estudio .Igualmente, no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole, únicamente la satisfacción de colaborar a un mejor entendimiento como repercute su salud oral en su calidad de vida.

Confidencialidad:

Nosotros guardaremos su información con códigos y no con nombres. Si los resultados de este seguimiento son publicados, no se mostrará ninguna información que permita la identificación de las personas que participan en este estudio. Sus archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena al estudio sin su consentimiento.

Uso futuro de la información obtenida:

Deseamos conservar sus datos obtenidos por 10 años.

Si usted no desea que sus datos permanezcan almacenados ni utilizados posteriormente, usted aún puede seguir participando del estudio.

Autorizo a tener mis datos almacenados

SI NO

Además la información de sus resultados será guardada y usada posteriormente para estudios de investigación beneficiando al mejor conocimiento de la calidad de vida y salud oral según determinantes sociales, se contara con el permiso del Comité Institucional de Ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, cada vez que se requiera el uso de sus datos.

Derechos del paciente:

Si usted decide participar en el estudio, puede retirarse de éste en cualquier momento, o no participar en una parte del estudio sin perjuicio alguno. Si tiene alguna duda adicional, por favor pregunte al personal del estudio, o llamar a la Odontóloga Cristina Domínguez Crespo. Al tel.0998739451.

Si usted tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, o cree que ha sido tratado injustamente puede contactar al Presidente del Comité Institucional de Ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia Dr. Fredy Canchihuamán Rivera, teléfono 01- 319000 anexo 2271

Consentimiento

CONSENTIMIENTO

Acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo que cosas me van a pasar si participo en el proyecto, también entiendo que puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento.

Participante

Nombre:

DNI:

Fecha

Testigo

Nombre:

DNI:

Fecha

Investigador

Nombre: Odont. Cristina Domínguez Crespo

DNI:0301559308

Fecha

Anexo 2

Perfil del impacto de las condiciones orales en la calidad de vida

1º Etapa

Datos generales – Determinantes Sociales

Nombre..... Fecha de nacimiento...../...../.....
Sexo.-..... Edad.-..... Día Mes Año
Nivel de
Instrucción:.....
Ingreso económico
mensual:.....
Denominación
Laboral:.....
Tipo de servicio visitado
.....
Motivo de consulta al dentista
.....
Frecuencia de asistencia a
Dentista.....

2º Etapa

La entrevista es individual, las respuestas son anotadas en el registro respectivo. Menciónele al entrevistado: El siguiente cuestionario no es una evaluación ó examen, siéntete en la libertad de brindar tus opiniones, y colaboras con la comprensión de los problemas de salud para los dentistas.

Perfil del impacto de las condiciones orales en la calidad de vida

<u>DIMENSIÓN</u>	<u>N° PREGUNTA</u>	<u>PUNTAJE</u>
LIMITACIÓN FUNCIONAL	1	Tiene Ud. incomodidad para pronunciar algunas palabras debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dentales.
	2	Ha sentido Ud. que su sensación del gusto ha empeorado debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dentales.
DOLOR	3	Tiene Ud. alguna incomodidad dolorosa en su boca
FISICO	4	Ha sentido Ud. incomodidad al comer algunos alimentos debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dentales.
MOLESTIAS	5	Ha estado Ud. preocupado debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dentales.
SICOLÓGICAS	6	Se ha sentido nervioso debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dentales.
INCAPACIDAD	7	Ha sido su dieta poco satisfactoria debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dentales.
FÍSICA	8	Ha tenido Ud. que interrumpir sus comidas a debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dentales.
INCAPACIDAD	9	Encuentra dificultades para relajarse debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dentales.
SICOLÓGICA	10	Se ha sentido Ud. perturbado frente a otras personas debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dentales.
INCAPACIDAD	11	Se ha sentido Ud. irritable con otras personas debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dental.
SOCIAL	12	Tiene Ud. dificultad para hacer sus trabajos habituales debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dentales.

- OBSTACULOS 13** Ha sentido Ud. que su vida es en general menos satisfactoria debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dentales.
- 14** Se ha sentido Ud. totalmente incapaz de funcionar a debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis

Anexo 3

Socialización al personal municipal sobre el estudio



Anexo 4

Versión corta del OHIP publicada por Slade en el año 1997

Dimensión	N°	Pregunta	Valor
Limitación funcional	1	¿Tiene usted incomodidad para pronunciar algunas palabras debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dentales?	0,51
	2	¿Ha sentido usted que su sensación del gusto ha empeorado debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dentales?	0,49
Dolor físico	3	¿Tiene usted alguna incomodidad dolorosa en su boca?	0,34
	4	¿Ha sentido usted incomodidad al comer algunos alimentos debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dentales?	0,66
Molestias psicológicas	5	¿Ha estado usted preocupado debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dentales?	0,45
	6	¿Se ha sentido nervioso debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dentales?	0,55
Incapacidad física	7	¿Ha sido su dieta poco satisfactoria debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dentales?	0,52
	8	¿Ha tenido usted que interrumpir sus comidas debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dentales?	0,48
Incapacidad psicológica	9	¿Encuentra usted dificultad para relajarse debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dentales?	0,60
	10	¿Se ha sentido usted perturbado frente a otras personas debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dentales?	0,40
Incapacidad social	11	¿Se ha sentido usted irritable con otras personas debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dentales?	0,62
	12	¿Tiene usted dificultad de hacer sus trabajos habituales debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dentales?	0,38
Obstáculos	13	¿Ha sentido usted que su vida es, en general, menos satisfactoria, debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dentales?	0,59
	14	¿Se ha sentido usted totalmente incapaz de funcionar debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dentales?	0,41

* Las respuestas se codifican en una escala de 5 puntos. Estableciéndose como 0 = nunca, 1 = casi nunca, 2 = ocasionalmente, 3 = frecuentemente, 4 = muy frecuentemente. Dentro de cada dimensión, las respuestas codificadas pueden ser multiplicadas por el valor de la pregunta para tener el puntaje de la dimensión

Anexo 5

Oficio que autoriza el ingreso al municipio para realizar el estudio

GAD MUNICIPAL DE AZOGUES
GOBIERNO LOCAL
2014 - 2019
DIRECCIÓN DE TALENTO HUMANO

AZOGUES
Calidad en gestión pública

OFICIO N° GADMA-UATH-2015-0012-O
Azogues, 06 de enero de 2015

Magister
Janett Mas López
DIRECTORA
Presente.

De mi consideración:

En conocimiento de la sumilla del Doctor Virgilio Saquicela Espinoza, Alcalde de Azogues, en el oficio CAR-FE-SI-DPE-1525-2014, comunico a usted que se autoriza para que la Estudiante de vuestro establecimiento educativo Doctora Cristina Soledad Domínguez Crespo, inicie su investigación titulada "EVALUACION DE LOS DETERMINANTES SOCIALES SOBRE LA CALIDAD DE VIDA EN RELACION A LA SALUD BUCAL EN PERSONAL DEL MUNICIPIO DE AZOGUES 2015".

Lo que hago de su conocimiento para los fines legales pertinentes.

Cordialmente, suscribe.

Atentamente,


Ina Lilian Ochoa
DIRECTORA DE TALENTO HUMANO

Adjunto: 1 OFICIO



Dirección: Solano y Matovelle esq. Teléfono: (5937) 2240060 ext. 108 Fax: (5937) 2240212

Anexo 6

Constancia de aprobación por parte del comité de Ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia para realizar el proyecto



Vicerrectorado de Investigación
Dirección Universitaria de Investigación
Ciencia y Tecnología - DUICT

CONSTANCIA 000 - 13- 15

El Presidente del Comité Institucional de Ética (CIE) de la Universidad Peruana Cayetano Heredia hace constar que el proyecto de investigación señalado a continuación fue **APROBADO** por el Comité de Ética, bajo la categoría de revisión **EXPEDITA**. La aprobación será ratificada en la sesión del comité más próxima a la fecha de emisión de este documento.

Título del Proyecto : "Evaluación de los determinantes sociales sobre la calidad de vida en relación a la salud bucal en personal del Municipio de Azogues 2015"

Código de inscripción : 64159

Investigador principal : Cristina Domínguez Crespo

La aprobación incluyó los documentos finales descritos a continuación:

1. Protocolo de investigación, versión recibida el 22 de mayo del 2015.
2. Consentimiento informado, versión recibida el 22 de mayo del 2015.

La **APROBACIÓN** considera el cumplimiento de los estándares de la Universidad, los lineamientos Científicos y éticos, el balance riesgo/beneficio, la calificación del equipo investigador y la Confidencialidad de los datos, entre otros.

Cualquier enmienda, desviaciones, eventualidad deberá ser reportada de acuerdo a los plazos y normas establecidas. El investigador reportará cada seis meses el progreso del estudio y alcanzará un informe al término de éste. La aprobación tiene vigencia desde la emisión del presente documento hasta el **01 de junio del 2016**. Los trámites para su renovación deberán iniciarse por lo menos 30 días previos a su vencimiento.

Lima, 02 de junio del 2015


Dra. Frine Samalvides Córba
Presidenta (e)
Comité Institucional de Ética en Investigación

Av. Honorio Delgado 430, Lima 31 / Apartado Postal 4314, Lima 100, Telefax: 482-4541
Teléfono: 319-0000 Anexo: 2271 / 2542
e-mail: duict@oficinas-upch.pe <http://www.upch.edu.pe/vr/inve/duict/>

Anexo 7

**CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA EJECUCION DEL PROYECTO
DE INVESTIGACION POR DEPARTAMENTO MUNICIPAL**

Fecha	Actividad	Participantes	Responsables	Materiales e insumos	Duración	Lugar
Martes 09 de Junio 2015	Coordinación y planificación de actividades departamento de Dirección Administrativa	Personal municipal participante en el proyecto de Investigación	Responsable de talento humano Odont. Cristina Domínguez Crespo	Lápiz , esfero , hojas de papel Portafolios , lista actualizada del personal municipal Cámara fotográfica Proyector multimedia	1h00 min	Oficina de recursos humanos
Junio 04 2015	Socialización de proyecto de Investigación	185 sujetos entre empleados y trabajadores participantes del proyecto de investigación.	Odont. Cristina Domínguez Crespo Directora del proyecto Dra. Cristina Crespo coautora	Proyector multimedia Instrumentos de recolección de datos , cámara fotográfica	1h00 min	Sala de sesiones
			Odont. Cristina Domínguez Crespo Directora del proyecto	Lápiz , esfero , borrador , tablero , encuesta validada		

Junio 11 2015	Entrevistas	15 sujetos entre empleados y trabajadores participantes del proyecto de investigación.	Dra. Cristina Crespo coautora	,consentimiento informado , cámara fotográfica	2h00 min	Sala de sesiones
Junio 18 2015	Entrevistas	15 sujetos entre empleados y trabajadores participantes del proyecto de investigación.	Odont. Cristina Domínguez Crespo Directora del proyecto Dra. Cristina Crespo coautora	Lápiz , esféro , borrador ,tablero encuesta validada ,consentimiento informado , cámara fotográfica	2h00 min	Sala de sesiones
Junio 23 2015	Entrevistas	15 sujetos entre empleados y trabajadores participantes del proyecto de investigación.	Odont. Cristina Domínguez Crespo Directora del proyecto Dra. Cristina Crespo coautora	Lápiz , esféro , borrador ,tablero encuesta validada ,consentimiento informado , cámara fotográfica	2h00 min	Sala de sesiones
Julio 02 2015	Entrevistas	15 sujetos entre empleados y trabajadores participantes del proyecto de investigación.	Odont.Cristina Domínguez Crespo Directora del proyecto Dra. Cristina Crespo coautora	Lápiz , esféro , borrador ,tablero encuesta validada ,consentimiento informado , cámara fotográfica	2h00 min	Sala de sesiones
Julio 09 2015	Entrevistas	15 sujetos entre empleados y trabajadores participantes del proyecto de investigación.	Odont.Cristina Domínguez Crespo Directora del proyecto Dra. Cristina Crespo coautora	Lápiz , esféro , borrador ,tablero encuesta validada ,consentimiento informado , cámara fotográfica	2h00 min	Sala de sesiones
Julio 16 2015	Entrevistas	15 sujetos entre empleados y trabajadores participantes del proyecto de investigación.	Odont.Cristina Domínguez Crespo Directora del proyecto Dra. Cristina Crespo coautora	Lápiz , esféro , borrador ,tablero encuesta validada ,consentimiento informado , cámara fotográfica	2h00 min	Sala de sesiones

Julio 21 2015	Entrevistas	15 sujetos entre empleados y trabajadores participantes del proyecto de investigación.	Dra. Cristina Crespo coautora	,consentimiento informado , cámara fotográfica	2h00 min	Sala de sesiones
Julio 30 2015			Odont. Cristina Domínguez Crespo Directora del proyecto Dra. Cristina Crespo coautora	Lápiz, esfero, borrador, tablero encuesta validada, consentimiento informado, cámara fotográfica.		
Agosto 06 2015	Entrevistas	15 sujetos entre empleados y trabajadores participantes del proyecto de investigación.	Odont. Cristina Domínguez Crespo Directora del proyecto Dra. Cristina Crespo coautora	Lápiz , esfero , borrador ,tablero encuesta validada ,consentimiento informado , cámara fotográfica	2h00 min	Sala de sesiones
Agosto 13 2015			Odont. Cristina Domínguez Crespo Directora del proyecto Dra. Cristina Crespo coautora.	Lápiz , esfero , borrador ,tablero encuesta validada ,consentimiento informado , cámara fotográfica		
Agosto 27 2015	Entrevistas	15 sujetos entre empleados y trabajadores participantes del proyecto de investigación	Odont. Cristina Domínguez Crespo Directora del proyecto Dra. Cristina Crespo coautora	Lápiz , esfero , borrador ,tablero encuesta validada ,consentimiento informado , cámara fotográfica	2h00 min	Sala de sesiones
Sep 01 2015			Odont. Cristina Domínguez Crespo Directora del proyecto Dra. Cristina Crespo coautora	Lápiz , esfero , borrador ,tablero encuesta validada ,consentimiento informado , cámara fotográfica		
Sep 02 2015	Entrevistas	15 sujetos entre empleados y trabajadores participantes del proyecto de investigación	Odont. Cristina Domínguez Crespo Directora del proyecto Dra. Cristina Crespo coautora	Lápiz , esfero , borrador ,tablero encuesta validada ,consentimiento informado , cámara fotográfica	2h00 min	Sala de sesiones

	Entrevistas	15 sujetos entre empleados y trabajadores participantes del proyecto de investigación		,consentimiento informado , cámara fotográfica	2h00 min	Sala de sesiones
	Entrevistas	5 sujetos entre empleados y trabajadores participantes del proyecto de investigación		Lápiz , esfero , borrador ,tablero encuesta validada ,consentimiento informado , cámara fotográfica	1h00 min	Sala de sesiones

Anexo 8

Entrevista a personal del departamento de movilidad



Anexo 9

Entrevista a concejala del Municipio de Azogues



Anexo 10

Entrevista a personal del departamento de planificación



Anexo 11

Entrevista a personal de administración central del centro comercial Bartolomé Serrano

