



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

Facultad de
ESTOMATOLOGÍA

**SALUD AUTOPERCIBIDA Y SALUD ORAL EN UNA COMUNIDAD
RURAL DEL PERÚ**

Self-rated health and oral health in a Peruvian rural community

TESIS PARA OPTAR POR EL TÍTULO PROFESIONAL DE CIRUJANO
DENTISTA

AUTORES:

MERCEDES GUILLERMINA GONZÁLEZ HIDALGO

JOHANA ISABEL TRUJILLO JUAREZ

ASESOR

MG. DIEGO JOSÉ PROAÑO FALCONI

LIMA-PERÚ

2021

JURADO

Presidente: Dr. Pablo César Sánchez Borjas
Vocal: Dr. Roberto Antonio León Manco
Secretario: Dra. Natalie Luz Gabriela Hadad Arrascue

Fecha de Sustentación: 21 de mayo de 2021

Calificación: Aprobado

ASESOR DE TESIS

ASESOR

Mg. Diego Proaño Falconí

Departamento Académico de Odontología Social

ORCID: 0000-0002-7836-2656

DEDICATORIA

A nuestros padres, quienes nos apoyaron en estos 5 años de carrera universitaria
impulsándonos a ser cada día mejores.

AGRADECIMIENTOS

A nuestra alma máter, Universidad Peruana Cayetano Heredia y a todos nuestros
docentes que fueron parte de nuestra etapa universitaria.

A nuestro asesor Mg. Diego Proaño, gracias a él por su paciencia y entrega para
guiarnos en este proyecto.

DECLARACIONES Y CONFLICTO DE INTERÉS

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

ÍNDICE DE TABLAS

| | Pág. |
|---|-------------|
| Tabla 1. Características sociodemográficas, caries dental y salud autopercebida de los adultos de 18 años a más en el AA. HH. Fray Martín de Porras, Yaután, Áncash. | 20 |
| Tabla 2. Prevalencia y promedio de caries dental según las características sociodemográficas y la salud autopercebida de los adultos de 18 años a más en el AA. HH. Fray Martín de Porras, Yaután, Áncash. | 22 |
| Tabla 3. Asociación entre la caries dental y la salud autopercebida de los adultos de 18 años a más en el AA. HH. Fray Martín de Porras, Yaután, Áncash. | 23 |

TABLA DE CONTENIDO

| | Pág. |
|---------------------------------------|-------------|
| I. INTRODUCCIÓN | 1 |
| I. OBJETIVOS | 4 |
| II. MATERIALES Y MÉTODOS | 5 |
| IV. RESULTADOS | 9 |
| V. DISCUSIÓN | 11 |
| VI. CONCLUSIONES | 15 |
| VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 16 |
| VIII. TABLAS | 20 |

LISTADO DE ABREVIATURAS

AA. HH: Asentamiento Humano

CPOD: Dientes permanentes Cariados, Perdidos y Obturados

CIE- UPCH: Comité Institucional de Ética de la Universidad Peruana
Cayetano Heredia

DAOS: Departamento Académico de Odontología Social

IC: Intervalo de confianza

FAEST: Facultad de Estomatología

MINSA: Ministerio de Salud

OMS: Organización Mundial de la Salud

RP: Razón de prevalencia

UPCH: Universidad Peruana Cayetano Heredia

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la asociación entre la caries dental y la salud autopercebida en adultos en una comunidad rural del Perú. **Materiales y métodos:** Estudio transversal, extraído de una fuente secundaria del grupo Waynanuna de la UPCH con una muestra de 168 registros (≥ 18 años). La salud autopercebida fue medida con la pregunta ¿Cómo calificaría su salud hoy? La caries dental fue medida como la presencia y número de caries. Se analizó con el programa Stata® v.16.0. La prueba Chi-cuadrado se realizó para la comparación entre presencia de caries y las covariables etapa, nivel académico, estado civil, programas sociales y tenencia de seguro y U Mann-Whitney para edad. El número de caries se comparó con etapa, estado civil y nivel académico con la prueba Kruskal-Wallis, mientras que U Mann-Whitney para programas sociales y Correlación de Spearman para edad. La asociación entre caries y salud autopercebida fue evaluada mediante RP para mala salud autopercebida y nivel de confianza al 95% a través del modelo de regresión de Poisson. **Resultados:** Se encontró que un tercio de los participantes tiene mala salud autopercebida, cuatro de cada cinco presentan caries con un promedio de 6 caries por participante. Se encontró una asociación entre presencia de caries y mala salud autopercebida en el modelo crudo (RP:0.51; 95% IC: 0.33-0.78), mientras que no se encontró asociación en el modelo ajustado. **Conclusión:** No existe asociación entre caries y mala salud autopercebida en adultos de una comunidad rural del Perú.

Palabras claves: Autoevaluación, bienestar, pobreza, enfermedad, caries dental.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the association between dental caries and perceived health in adults from a Peruvian rural community. **Methods:** Cross-sectional data of 168 participants (≥ 18 years) were extracted from the Waynanuna project of the Universidad Peruana Cayetano Heredia. Perceived health was measured by the question "How are you feeling today?". Dental caries were measured as presence and number of caries. Stata® v.16.0 was used for the analysis. Chi-square test was used to compare the presence of dental caries with the covariate's residence zone, education level, marital status, affiliation to social programs, and insurance and U-Mann Whitney for age. The number of dental caries was compared by Kruskal-Wallis for residence zone, marital status, and education level, while U Mann-Whitney for social programs, and Spearman correlation for age. The association between caries and poor-perceived health was evaluated using PR for the presence of caries with a 95% confidence interval through a Poisson regression in crude and adjusted for all-covariates models. **Results:** We found that one-third of participants had poor-perceived health, four-fifths had dental caries with an average of 6 caries per person. Although the presence of caries and poor-perceived health was associated in the crude model (PR:0.51;95% CI: 0.33-0.78), no association was found in the adjusted model for presence or number of caries. **Conclusion:** Dental caries is not associated with poor-perceived health among adults from a Peruvian rural community.

Keywords: Self-assessment, well-being, poverty, disease, dental caries.

I. INTRODUCCIÓN

La salud autopercebida es considerada una medida de salud confiable y conocida como una percepción general del estado de salud individual (1). Esta medida es comúnmente utilizada para determinar el estado de salud de la población relacionada con la salud física, la capacidad funcional y el bienestar psicológico, siendo un importante predictor de tasas de mortalidad y morbilidad (2). A su vez, esta medida cuyos valores son netamente subjetivos han despertado gran interés por parte de muchos investigadores, debido a que la forma en que las personas se sienten con respecto a su propia salud y se relaciona significativamente con numerosos resultados de salud (3). Por otro lado, la caries dental es considerada una enfermedad multifactorial asociada a la interrelación de varios factores como los carbohidratos en la dieta, las bacterias y dientes susceptibles a la enfermedad (4). Actualmente es considerada un importante problema de salud pública y según la Organización Mundial de la Salud (OMS) es la enfermedad más prevalente en los países asiáticos y latinoamericanos (5). Una autoevaluación negativa general incluye una percepción sobre la salud bucal, ya que esta debe ser analizada desde diferentes perspectivas, teniendo en cuenta las diferentes concepciones individuales de la salud que incluye el contexto cultural, psicosocial y ambiental (8).

La mayoría de los estudios se han enfocado en la salud general autopercebida, en el estudio descriptivo, transversal de los autores Chen Hongshen, Ye Liu, Zhenjun Zhu, et al. (6) encontraron que en la población China los residentes urbanos percibían tener una mejor salud a diferencia de los residentes rurales. En otro estudio realizado en ciudades europeas (San Petersburgo, Estonia y Finlandia)

compararon la relación entre el nivel educativo y una buena autopercepción de salud en las mujeres de dichas ciudades (2). Además, en el estudio transversal de los autores Thompson T, Mitchell J, Johnson-Lawrence V, et al. (7), en población afroamericana determinaron que la buena salud autoevaluada, el tener un seguro de salud y un médico regular se asociaron positivamente con los informes de autosuficiencia de salud, mientras que la edad avanzada y el hecho de ser fumador se asociaron inversamente con el resultado. Sin embargo, pocos estudios analizaron la salud autopercebida con la salud bucal y factores asociados. Moura, Santos E, Hordonho P, et al. (8) realizaron una investigación en población brasileña enfocada en la salud oral autopercebida donde se desarrolló un modelo explicativo para evaluar la salud oral considerando la interacción de cinco subgrupos de variables: características demográficas, elementos de predisposición, disponibilidad de recursos, comportamientos relacionados con la salud bucal y condiciones objetivas y subjetivas relacionadas a la salud bucal. Se encontró que los factores que estuvieron asociados a la autoevaluación negativa de la salud bucal fueron el color/raza, la necesidad referida de tratamientos odontológicos y el impacto de la salud bucal en la calidad de vida (8). Otro estudio, también realizado en población brasileña, encontró una asociación entre la necesidad de prótesis dentales y la presencia de bolsas periodontales con una mala salud oral autoevaluada (9). En el Perú y en Latinoamérica la mayoría de los trabajos de investigación están centrados en la calidad de vida relacionada con la salud oral que es el impacto percibido de la propia salud oral en la vida diaria (10). No obstante, aún no se ha investigado si la salud autopercebida está relacionada con la enfermedad bucal más común (11) en una comunidad rural.

En el Perú, las zonas rurales abarcan un área más extensa que las zonas urbanas y es donde se encuentra mayor cantidad de desigualdades y deficiencias con respecto al uso de servicios médicos, dentales, nivel de educación y económico (12). Por otro lado, el crecimiento económico del Perú es el resultado de los siguientes factores: el crecimiento del empleo y la reducción de la pobreza (13). Entre los años 2005 al 2011 el crecimiento económico creció en promedio 7.2% (12). A pesar de ello la salud bucodental de la población aún sigue siendo deficiente, siendo la caries dental la enfermedad más prevalente con un promedio aproximado de 4.4 dientes afectados (14). Es por esta razón que este estudio nos permitirá evaluar si existe una asociación entre la caries dental y la salud autopercebida en una comunidad rural del Perú.

I. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Evaluar la asociación entre la caries dental y la salud autopercebida de los adultos de 18 años a más en una comunidad rural del Perú en el año 2018.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1) Evaluar las características sociodemográficas, caries dental y salud autopercebida de los adultos de 18 años a más en la población en una comunidad rural del Perú en el año 2018.
- 2) Comparar la prevalencia y promedio de caries dental según las características sociodemográficas y la salud autopercebida de los adultos de 18 años a más en una comunidad rural del Perú en el año 2018.

II. MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño del estudio, fuente de datos

El presente estudio fue de tipo observacional, descriptivo y transversal. Se utilizó una fuente secundaria de datos la cual provino del proyecto de investigación de Waynanuna y fueron tomados a partir de ella debido a que en la encuesta que realizaron presentaban preguntas con respecto a las variables de interés. Waynanuna es un grupo de investigación y voluntariado el cual busca reducir las inequidades de la salud oral en zonas rurales. Este grupo es conformado por estudiantes de la FAEST y otras carreras de la UPCH. El proyecto de investigación desarrollado por Waynanuna fue realizado en la población del Asentamiento Humano Fray Martín de Porras en el distrito de Yaután en Casma, Áncash en el año 2018. Cabe decir que Waynanuna recibió el apoyo del Departamento Académico de Odontología Social de la Facultad de Estomatología de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (DAOS-UPCH). Se recopilaron de la base de datos de Waynanuna tiene 387 registros (entre completos e incompletos con información en edad). De éstos, se eliminaron a 174 niños y quedaron 213 adultos. De la muestra de adultos de 213, se extrajeron 45 por no tener información en las variables de interés. Finalmente, la muestra del presente estudio fue de 168 registros, los cuales se utilizaron para el análisis del estudio.

El presente proyecto fue ejecutado luego de recibir una aprobación de la Unidad Integrada de Gestión de Investigación, Ciencia y Tecnología de las Facultades de Medicina, de Estomatología y de Enfermería y la posterior aprobación del Comité

Institucional de Ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (CIE-UPCH) con fecha de 30 de junio del 2020, con código de SIDISI N° 104157.

Variables

La variable dependiente fue salud autopercebida manejada como una variable categórica dicotómica en escala nominal. Esta variable es una forma de evaluar el estado de salud de las personas, que integra información sobre las dimensiones biológica, mental, funcional y espiritual de la salud de un individuo. Por lo tanto, se considera que la salud autopercebida representa la percepción que los individuos tienen de las diferentes dimensiones de su estado de salud (8). En la encuesta se realizó la pregunta "En general, ¿cómo calificaría su salud hoy?", para la base de datos se extrajo las respuestas "mala" y "buena". Las variables independientes fueron presencia y número de caries dental. El criterio diagnóstico de caries dental proviene de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en donde una lesión cariosa se define como cavidades profundas visibles a partir de la capa dentinaria (4), para su diagnóstico hubo 10 examinadores quienes determinaron las lesiones cariosas con el índice de CPOD fueron calibrados con un índice de Kappa de ≥ 0.80 y para la observación de las lesiones se utilizó tanto luz natural como artificial de una linterna frontal marca Baermann. Lo cual para este estudio se extrajo el componente cariado del índice de CPOD para el análisis. La presencia de caries dental fue manejada como una variable categórica dicotómica en escala nominal y el número de caries dental fue manejado como numérica discreta en escala de razón. También se consideraron las covariables: sexo (hombre/mujer), edad, etapa (1,2,3), estado civil (con pareja/sin pareja), nivel académico (sin nivel/inicial, primaria y secundaria o superior) programas

sociales (no afiliado/ afiliado), tenencia de seguro (sí/no) y consumo de azúcar(sí/no). La covariable sexo fue medida como categórica, dicotómica en escala nominal que se define como la identidad biológica de la persona; edad fue medida como cuantitativa, discreta y en escala de razón que se define como el tiempo cronológico en años vivos de una persona; etapa fue medida como categórica, politómica en escala nominal que se define como el lugar en donde reside el integrante del hogar; estado civil fue medida como categórica, politómica, nominal que se define como la condición de una persona en registro civil; el nivel académico fue medida como categórica, politómica en escala ordinal y se define como la condición máxima en el ámbito educativo en una persona; programas sociales fue medida como categórica, dicotómica en escala nominal que se define como un programa beneficioso para la población que brinda servicios de prevención, promoción, recuperación de la salud, además de prestaciones tanto económicas como sociales; consumo de azúcar fue medida como categórica, dicotómica y en escala nominal que fue determinada dependiendo si consume o no azúcar en presentaciones de gaseosa, caramelo, chocolate, mermelada y miel de abeja.

Plan de análisis

Se procedió a realizar el análisis con el programa Stata® v.16.0. Primero se realizó un análisis descriptivo mediante la obtención de las frecuencias absolutas y relativas de las variables cualitativas (sexo, etapa, estado civil, nivel académico, programas sociales, tenencia de seguro, consumo de azúcar y salud autopercibida)

y la obtención de promedios y desviaciones estándar para las variables cuantitativas (edad y número de caries).

Luego, se analizó la presencia de caries y el número de caries de acuerdo a las covariables: sexo, edad, etapa, estado civil, nivel académico, programas sociales, tenencia de seguro y consumo de azúcar. Por ese motivo, se realizaron las pruebas de Chi-cuadrado para las variables cualitativas con una muestra mayor a 30 (etapa, estado civil, nivel académico, programas sociales y tenencia de seguro). Dado que el número de caries dental es una variable no-paramétrica se utilizó la prueba de Kruskal-Wallis para la comparación con etapa, nivel académico por presentar tres categorías, y la prueba de U Mann-Whitney para programas sociales por presentar dos categorías. Para la variable edad la cual es numérica se realizó la prueba de Correlación de Spearman. La asociación entre caries dental y mala salud autopercebida fue evaluada mediante razón de prevalencia para mala salud autopercebida a través del modelo de regresión de Poisson con estimador robusto de varianza con análisis crudos y ajustados a las variables sexo, edad, etapa, estado civil, nivel académico, programas sociales, tenencia de seguro y consumo de azúcar, en ambos casos se incluyeron intervalos de confianza al 95%.

IV. RESULTADOS

En la Tabla 1, se muestran las características sociodemográficas, caries dental y salud autopercebida de la muestra. Ésta estuvo compuesta por 168 participantes que fueron en su mayoría mujeres de 42.6 años de edad en promedio, provinieron equitativamente de las tres etapas, con pareja, con nivel de educación secundaria o superior, no afiliados a programas sociales, con seguro de salud, y consumieron azúcar en los últimos 15 días. Adicionalmente, aproximadamente cuatro de cada cinco participantes presentaron caries dental y un promedio de seis dientes (DE=5.00) con caries dental. Así también, siete de cada diez participantes de la población refirió tener una buena salud autopercebida.

En la Tabla 2, aquellos participantes con caries dental fueron mayormente residentes de la etapa 3, con un nivel académico secundario o superior, afiliados a un programa social y con una buena salud autopercebida. Además, no encontramos diferencias relacionadas al sexo, estado civil a la tenencia de seguro de salud ni el consumo de azúcar en los últimos 15 días. Por otro lado, en relación al número de caries dental, encontramos que aquellos con pareja tuvieron 6.0 (DE= 4.4) dientes con caries en promedio, los afiliados al programa social 7.4 (DE=5.6) dientes con caries en promedio, y aquellos con una mala salud autopercebida obtuvieron menor número de caries 5.1 (DE=5.7) en promedio comparado a los que tuvieron una buena salud autopercebida 6.3 (DE= 4.7).

En la Tabla 3 evaluamos la asociación entre la presencia de caries dental y la mala salud autopercebida mediante la regresión de Poisson. En el análisis crudo, las

participantes con caries dental presentan 49% menos probabilidades (RP:0.51; 95% IC:0.33-0.78) de tener una mala salud autopercebida, en comparación con aquellos sin caries dental. Sin embargo, cuando se añaden las covariables (sexo, edad, etapa, estado civil, nivel académico, programas sociales, tenencia de seguro, consumo de azúcar) al modelo de regresión, esta asociación desaparece (RP:1.00, 95% IC:0.81-1.25). Mientras que, cuando evaluamos la asociación entre el número de caries y la mala salud autopercebida, no encontramos asociación ya que las participantes con una mala salud autopercebida obtuvieron una tasa de incremento de caries dental de (RP:0.97;95% IC: 0.91-1.03). Sin embargo, al incorporar las covariables (sexo, edad, etapa, estado civil, nivel académico, programas sociales, tenencia de seguro, consumo de azúcar) en el modelo ajustado, tampoco se observó una asociación.

V. DISCUSIÓN

El hallazgo principal de este estudio es que una mala autopercepción en salud no está asociada con la caries dental en los adultos de 18 años a más del AA.HH. Fray Martín de Porras en el distrito de Yaután, Casma en la provincia de Áncash en el año 2018. Además, es importante mencionar que cuatro de cada cinco adultos padecen de caries dental, lo cual es ligeramente mayor a lo encontrado en el 2001 en la provincia de Áncash (14). Además, según el Ministerio de Salud (MINSA), a nivel nacional cinco de cada ocho personas presentan caries dental en dentición permanente (12), lo cual es menor a lo encontrado. Además, casi un tercio de la población indicó tener una mala autopercepción en su salud.

El presente estudio tiene limitaciones que deben ser consideradas. Primero, los datos fueron transversales y es por ello que no se puede determinar una causalidad (15). Segundo, podría haber un sesgo de selección debido a que la prevalencia en cuanto a sexo en el estudio es mayor en mujeres. La autopercepción de salud es diferente en cuanto hombres y mujeres. En el estudio de Jayasvasti, Htun, Peltzer demuestran que existe una mala autopercepción de salud en mujeres (16). Además, en este estudio todos los participantes vivían en condiciones precarias al ser un asentamiento humano sin luz, agua ni desagüe en la mayoría de los casos. Existen estudios que demuestran una asociación entre la mala salud autopercebida y el nivel económico y educativo (17). Sin embargo, se midió como variable de estatus económico a la educación. Tercero, podría haber un sesgo de clasificación debido a que las calibraciones a los examinadores fueron realizadas con el índice

de kappa a través de imágenes y no en el mismo campo de estudio. Este tipo de sesgo es uno de los más comunes debido a la inexactitud de algunas pruebas de diagnóstico (18).

Algunos estudios demuestran que, para referir tener una buena o muy buena autopercepción en salud está condicionada a ciertas características sociodemográficas como la educación, el empleo y el estado civil. El estudio menciona que se encontró una mejor salud autopercebida en personas de mayor edad, con educación superior, trabajo estable y sea conviviente o casado. (19). Según la Organización Mundial de la Salud se distingue una asociación entre calidad de vida y la salud bucal. Una mala salud bucodental puede repercutir negativamente en el bienestar psicosocial de la persona (21). En el estudio de Mejía, Elani, Harper, et al. (20) se explica que las desigualdades socioeconómicas tienen impacto en la salud general y bucal, de manera subjetiva con la autopercepción en salud y objetiva con el diagnóstico de enfermedades bucales detectados clínicamente. Esto se relaciona debido a que las personas con menores ingresos, a su vez presentan mayor cantidad de caries no tratadas y una peor salud oral autoevaluada. Se han encontrado estudios en Myanmar y Brasil que demuestran la relación entre la mala salud autopercebida y la caries dental (17,22). Ambos son estudios transversales que tienen una población adulta y joven respectivamente. En el estudio de Jayasvasti se tuvo en consideración las variables: autopercepción sobre el estado de salud general y oral, conductas sobre el estado de salud; mientras que en el estudio de Vettore evaluaron estado socioeconómico, estado clínico dental, salud oral autopercebida. Como se puede evidenciar ambos estudios tienen otras variables a estimar.

Nuestros hallazgos difieren de la mayoría de estudios con respecto a la asociación entre caries dental y nivel académico. En los estudios de Fukai, Schwendicke, Watanabe et al. (23-25) sí existe asociación entre caries dental y nivel académico. La diferencia con el estudio de Fukai se midieron varios factores como la higiene oral, número de dientes, articulación del habla, enfermedades sistémicas, estado nutricional en el cual el realizado no se midieron estas variables de suma importancia para evaluar la relación entre caries y la mala salud autopercebida.

Este estudio tiene implicancias políticas y de investigación. Los resultados de esta investigación serán entregados a las autoridades del centro de salud con el propósito de concientizar a las personas del AA. HH Fray Martín de Porras sobre alto índice de caries dental y mala salud autopercebida. Se recomienda, realizar actividades preventivas brindando información a la población en general. Además, con respecto a la mala salud autopercebida encontrada, proponemos al Ministerio de Salud reunir a la especialidad de odontología y psicología para que trabajen en conjunto en las postas de comunidades rurales que tengan como objetivo principal ejecutar actividades de salud mental y a la vez trabajar en conjunto con el médico de cabecera y odontólogo con el fin de velar por el bienestar integral de los pobladores. Se sugiere en futuras investigaciones profundizar el estudio realizando estudios prospectivos con el fin de determinar causalidad, ampliar la población o realizar estudios separados entre hombres y mujeres y ampliar zonas del lugar a evaluar de tal manera que se pueda comparar

entre las personas del AA. HH. y las que vivían en la ciudad buscando encontrar mejoras luego de haber implementado las políticas antes sugeridas.

VI. CONCLUSIONES

En general, como resultado del análisis del estudio se concluye que cuatro de cada cinco participantes presentaron caries dental y tuvieron en promedio seis dientes cariados por participante, mientras que un tercio de los participantes tuvo una mala autopercepción de su salud. Por lo que, no existe asociación entre la mala salud autopercebida y la caries dental en los adultos de la comunidad rural del Perú Fray Martín de Porras en el distrito de Yaután, Casma en la provincia de Áncash en el año 2018.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Wang L, Dong W, Ou Y, Chen S, Chen J, Jiang Q. Regional differences and determinants of self-rated health in a lower middle income rural Society of China. *Int J Equity Health*. 2018; 17(162).
2. Dubikaytis T, Härkänen T, Regushevskaya E, et al. Socioeconomic differences in self-rated health among women: a comparison of St. Petersburg to Estonia and Finland. *Int J Equity Health*. 2014; 13(39).
3. Duboz P, Boëtsch G, Gueye L, Macia E. Self-rated health in Senegal: A comparison between urban and rural areas. *PLoS ONE*. 2017; 12(9).
4. Córdova D, Santa María F, Requejo A. Caries dental y estado nutricional en niños de 3 a 5 años de edad. Chiclayo, Perú, 2010. *Kiru*. 2010; 7(2): 57-64.
5. Prasai L, Shakya A, Shrestha M, et al. Prevalence of dental caries, knowledge and practice of oral health among indigenous school children in Chepang in Nepal. *BMC Oral Health*. 2013; 13(20).
6. Chen H, Liu Y, Zhu Z, LI Z. Does where you live matter to your health? Investigating factors that influence the self-rated health of urban and rural Chinese residents: evidence drawn from Chinese General Social Survey data. *Hea Qual Lif Out*. 2017; 15(78).

7. Thompson T, Mitchell J, Johnson-Lawrence V, et al. Self-Rated Health and Health Care Access Associated with African American Men's Health Self-Efficacy. *Am J Mens Health*. 2017;11(5): 1385–1387.
8. Moura C, Santos E, Hordonho P, et al. Autoavaliação da saúde bucal e fatores associados entre adultos em áreas de assentamento rural, Estado de Pernambuco, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2014; 30(3).
9. Andrade B, Severo D, Frazão Y, et al. Perfil de saúde bucal de idosos não institucionalizados e sua associação com autoavaliação da saúde bucal. *Rev Bras Epidemiol*. 2018; 21(2).
10. Kragt L, Van der Tas J, Moll H, et al. Early Caries Predicts Low Oral Health-Related Quality of Life at a Life. *Caries Res*. 2016; 50(5): 471-479.
11. Idler E, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *J Health Soc Behav*. 1997; 38(1): 21-37.
12. Beteta E, Del Pozo J. Aplicación de una metodología para el análisis de las desigualdades socioeconómicas en acceso a servicios de salud y educación en Perú en 2005-2012. Perú: MINEDU; 2014.

13. Banco Mundial. Perú Panorama General [Internet]. Perú. Disponible en: <https://www.bancomundial.org/es/country/peru/overview#1>
14. Ministerio de Salud del Perú - Oficina general de epidemiología y dirección general de salud de las personas. Prevalencia nacional de caries dental, fluorosis del esmalte y urgencia de tratamiento en escolares de 6 a 8, 10, 12 y 15 años. Lima; 2005.
15. Manterola C, Otzen T. Los sesgos en investigación clínica. *Int. J. Morphol.* 2015; 33(3): 1156-1164.
16. Jayasvasti I, Htun K, Peltzer K. Self-Rated oral health status and social and health determinants among 35–65-year-old persons in one region in Myanmar: A cross-sectional study. *Clin Cosmet Investig Dent.* 2019; 11: 339-348.
17. Lamidi E. Trends in self-rated health by union status and education, 2000-2018. *SSM Popul Health.* 2020; 21(11): 100616.
18. Tripepi G, Jager K, Dekker F, Zoccali C. Selection bias and information bias in clinical research. *Nephron Clin Pract.* 2010;115(2): c94-9.
19. Bonsaksen T, Ekeberg Ø, Skogstad L, et al. Self-rated global health in the Norwegian general population. *Health Qual Life Outcomes.* 2019; 17(1): 188.

20. Mejia G, Elani H, Harper S, et al. Socioeconomic status, oral health and dental disease in Australia, Canada, New Zealand and the United States. *BMC Oral Health*. 2018; 18(1): 176.
21. Informe sobre el problema mundial de las enfermedades bucodentales. En: Organización Mundial de la Salud [en línea] [consultado el 15/11/2020]. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr15/es/>
22. Vettore MV, Ahmad SFH, Machuca C, Fontanini H. Socio-economic status, social support, social network, dental status, and oral health reported outcomes in adolescents. *Eur J Oral Sci*. 2019; 127(2): 139-146.
23. Fukai K, Ogawa H, Hescot P. Oral health for healthy longevity in an ageing society: maintaining momentum and moving forward. *Int Dental J*. 2017; 67:3-6.
24. Schwendicke F, Dörfer CE, Schlattmann P, et al. Socioeconomic inequality and caries: a systematic review and meta-analysis. *J Dent Res*. 2015; 94(1): 10-8.
25. Watanabe MK, Hostetler JT, Patel YM, et al. The impact of risk-based care on early childhood and youth populations. *J Calif Dent Assoc*. 2016; 44: 367-77.

VIII. TABLAS

Tabla 1. Características sociodemográficas, caries dental y salud autopercebida de los adultos de 18 años a más en el AA. HH. Fray Martín de Porras, Yaután, Áncash.

| Variable | n(media) | %(DE) |
|---------------------------|-----------------|--------------|
| <i>Sexo</i> | | |
| Hombre | 71 | 42.3 |
| Mujer | 97 | 57.7 |
| <i>Edad (años)</i> | (42.6) | (17.1) |
| <i>Etapa</i> | | |
| 1 | 50 | 29.8 |
| 2 | 60 | 35.7 |
| 3 | 58 | 34.5 |
| <i>Estado civil</i> | | |
| Con pareja | 138 | 82.1 |
| Sin pareja | 30 | 17.9 |
| <i>Nivel académico</i> | | |
| Sin nivel/ inicial | 34 | 20.2 |
| Primaria | 65 | 38.7 |
| Secundaria o Superior | 76 | 40.4 |
| <i>Programas sociales</i> | | |
| No afiliado | 105 | 62.5 |
| Afiliado | 63 | 37.5 |

| | | |
|----------------------------|-------|-------|
| <i>Tenencia de seguro</i> | | |
| No | 20 | 11.9 |
| Sí | 148 | 88.1 |
| <i>Consumo de azúcar</i> | | |
| Sí | 144 | 85.7 |
| No | 24 | 14.3 |
| <i>Número de caries</i> | (6.0) | (5.0) |
| <i>Presencia de caries</i> | | |
| Con caries | 133 | 79.2 |
| Sin caries | 35 | 20.8 |
| <i>Salud autopercebida</i> | | |
| Mala | 53 | 31.6 |
| Buena | 115 | 68.5 |

Tabla 2. Prevalencia y promedio de caries dental según las características sociodemográficas y la salud autopercebida de los adultos de 18 años a más en el AA. HH. Fray Martín de Porras, Yaután, Áncash.

| Exposición | Presencia de caries | | | Número de caries | | |
|---------------------------|---------------------|-------------|----------------|-------------------|-----------|----------------|
| | n (%) | IC 95% | p ^a | \bar{x} (DE) | IC 95% | p [*] |
| <i>Sexo</i> | | | | | | |
| Hombre | 60(84.5) | [74.1-91.2] | | 6.6(5.5) | [5.3-8.0] | |
| Mujer | 73(75.3) | [65.7-82.9] | | 5.4(4.6) | [4.5-6.3] | |
| <i>Edad*</i> | 39.9(14.5) | [37.4-42.3] | c | -0.2 ^a | | μ ,b |
| <i>Etapa</i> | | | | | | |
| 1 | 37(74) | [60.1-84.3] | | 5.7(5.8) | [4.0-7.3] | |
| 2 | 42(70) | [57.2-80.3] | | 5.6(5.4) | [4.2-7.0] | |
| 3 | 54(93.1) | [83.0-97.4] | | 6.4(3.9) | [5.4-7.4] | |
| <i>Estado civil</i> | | | | | | |
| Con pareja | 119(83.2) | [75.2-88.5] | | 6.0(4.4) | [5.3-6.7] | |
| Sin pareja | 24(16.8) | [43.9-80.0] | | 5.5(9.5) | [2.9-8.4] | |
| <i>Nivel académico</i> | | | | | | |
| Sin nivel/ inicial | 24(70.6) | [53.3-83.6] | | 6.3(6.8) | [4.0-8.7] | |
| Primaria | 48(73.9) | [61.8-83.1] | | 5.8(4.9) | [4.5-7.0] | |
| Secundaria | o 61(88.4) | [78.4-94.1] | | 5.8(4.2) | [4.9-6.9] | |
| Superior | | | | | | |
| <i>Programas sociales</i> | | | | | | |
| No afiliado | 77(73.3) | [64.0-81.0] | | 5.0(4.5) | [4.1-5.9] | |

| | | | | |
|----------------------------|-----------|-------------|-----------|-----------|
| Afiliado | 56(88.9) | [78.3-94.6] | 7.4(5.6) | [6.0-8.8] |
| <i>Tenencia de seguro</i> | | | | |
| No | 13(65.0) | [42.4-82.4] | 4.2(4.3) | [2.2-6.2] |
| Sí | 120(81.1) | [74.0-86.6] | 6.1(5.1) | [5.3-7.0] |
| <i>Consumo de azúcar</i> | | | | |
| Sí | 114(79.2) | [58.5-91.1] | 5.8(4.7) | [5.0-6.5] |
| No | 19(79.2) | [71.7-85.1] | 6.8(6.8) | [3.9-9.6] |
| <i>Salud autopercebida</i> | | | | |
| Mala | 35(66.0) | [52.3-77.5] | 5.1 (5.7) | [3.5-6.7] |
| Buena | 98(85.2) | [77.4-90.6] | 6.3 (4.7) | [5.4-7.2] |

b

a

* Se realizó la prueba de U- Mann Whitney

° Se realizó la prueba de Kruskal Wallis

▪ Se realizó la prueba de Chi cuadrado

α Se realizó la correlación Rho Spearman

μ Se realizó la prueba de Spearman

^ap<0.05; ^bp<0.01; ^cp<0.001

Tabla 3. Asociación entre la caries dental y la salud autopercebida de los adultos de 18 años a más en el AA. HH. Fray Martín de Porras, Yaután, Áncash.

| Exposición | Mala salud autopercebida | |
|----------------------------|---------------------------------|----------------------------------|
| | Análisis crudo | Análisis ajustado |
| | RP^a [IC 95%] | RP^{a,b} [IC 95%] |
| <i>Presencia de caries</i> | | |
| Con caries | 0.51 [0.33-0.78] ^c | 1.00 [0.81-1.25] |
| Sin caries | 1 | 1 |
| <i>Número de caries</i> | 0.97 [0.91-1.03] | 0.97 [0.70-1.33] |

^a Modelo de regresión de Poisson con estimador robusto de varianza.

^b Variables que se utilizaron para el análisis ajustado: sexo, edad, etapa, estado civil, nivel académico, programas sociales, tenencia de seguro y consumo de azúcar.

^c $p < 0.05$.