

190



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

## FACULTAD DE ODONTOLOGIA

*IMPACTO SOCIAL DE LAS ENFERMEDADES BUCALES  
EN COMUNIDADES RURALES DEL ESTADO  
DE MORELOS*

**T E S I S**  
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
**CIRUJANO DENTISTA**  
P R E S E N T A:

**ALEJANDRA MAC GREGOR FLORES**

**TUTOR:**

**MTRO. JAVIER DE LA FUENTE HERNANDEZ**

**ASESOR: C.D. ALEJANDRA CABRERA CORIA**

*1999  
MA  
VIA*



**MEXICO. D. F.**

**2002**

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

A Dios, porque siempre que me mandas algo que creo que no voy a poder sobrellevar, inmediatamente me mandas fuerzas y la solución.

A mi mamá, por haber pasado horas traduciendo conmigo, por ser mi mejor amiga y por darme todo el amor que me das.

A mi papá, gracias por estar cerca cuando te necesito, si importar la hora, el día o la circunstancia, eres mi ejemplo en la vida.

A Toño, mil gracias por darle vida a mi vida, por hacerme felices todas las adversidades y por lavar los platos mientras hacía la tesis, pero sobretodo gracias por haberte casado conmigo.

A Manuel, gracias por toda la estadística y por todos los momentos que hemos pasado juntos.

A Mauricio, porque amistades como la tuya sólo hay una, gracias por tu ayuda en la carrera y en la vida.

Al Mtro. Javier de la Fuente, por todo su apoyo como maestro, asesor y amigo.

## Índice

1. Resumen	3
2. Introducción	4
2.1. Categorías y conceptos de salud	12
2.2. Consecuencias psicosociales de las enfermedades bucales	15
3. Antecedentes	19
3.1 Indicadores sociales	21
4. Planteamiento del problema	26
5. Generalidades de Morelos	26
6. Justificación del estudio	30
7. Hipótesis	31
8. Objetivos	31
8.1 Objetivo general	31
8.2 Objetivos específicos	32
9. Material y método	32
9.1 Registro y procesamiento de datos	35
9.2 Análisis estadístico de datos	36
10. Resultados	37
11. Discusión	85
12. Conclusiones	87
13. Anexo	89
14. Bibliografía	98

## **1. Resumen.**

Actualmente se considera a la salud bucal desde una perspectiva relacionada a la calidad de vida, utilizando un concepto multidimensional que abarca deficiencia, función, percepción y oportunidad, conceptos claramente ligados, que se refieren a procesos patológicos que afectan el estado, físico, psicológico y social. Una discapacidad bucal puede ser definida como la disminución o anulación de ciertas actividades diarias debido al decremento de la salud bucal.

El objetivo del estudio es determinar la prevalencia de la enfermedad sociobucal, utilizando el O.I.D.P., que mide nueve actividades representativas de la vida cotidiana, éste se enfoca en medir las consecuencias de los impactos finales, como la habilidad para realizar actividades diarias físicas, psicológicas y sociales; y los impactos intermedios, que incluyen los posibles efectos negativos causados por dolor o malestar, limitación de funciones e insatisfacción con la apariencia.

Las poblaciones rurales carecen de programas preventivos, que unidos a la baja calidad de vida, a la falta de servicios de salud y a la poca importancia que le dan al cuidado de la salud bucal, ocasionan el deterioro de las condiciones bucales de la población. Las comunidades del estado de Morelos no son la excepción, con el consecuente impacto social que esto provoca.

## **2. Introducción**

A pesar de que a la salud bucal se le ha dado poca importancia en las comunidades rurales, el impacto que tiene en el deterioro de la calidad de vida no se debe dejar a un lado.

A nivel global, gracias al surgimiento de los índices de desarrollo social viene un cambio radical en cuanto a la conceptualización de la relación que tienen la salud bucal y la calidad de vida.

La preocupación, el miedo y la ansiedad son probablemente las consecuencias que más prevalecen en los desórdenes bucales y son provocados por síntomas bucales, el paciente piensa en las implicaciones clínicas y económicas a corto y largo plazo. El miedo y la ansiedad son las mayores barreras para el cuidado dental y complican el manejo del paciente durante el tratamiento.(13)

Se identifican cinco principales impactos de ansiedad bucal: psicológico, de percepción, de comportamiento, de salud y social. Sumados a esta categoría están una gran cantidad de pensamientos negativos, sentimientos y miedos, comportamientos de evasión y comportamientos relativos a la alimentación, a la higiene bucal, a la auto medicación y a otras manifestaciones de la ansiedad bucal incluyendo tensión muscular, llanto y agresión. Se sabe también que la ansiedad dental altera al sueño y tiene profundos efectos sociales, afectando el trabajo y las relaciones personales.(13)(4)

El impacto de la ansiedad dental es vasto y dinámico en la vida de las personas. La ansiedad bucal también ha sido identificada como una barrera hacia la recepción de cuidado bucal, particularmente, como resultado de la evasión. En un estudio realizado en 1988 en Inglaterra, las personas indicaron el miedo como la barrera bucal más importante para el cuidado bucal.(13)

La búsqueda del alargamiento de la expectativa de vida en siglos pasados, ha dejado un camino abierto en cuanto al estudio de la salud en términos de sobrevivencia. Ahora se hace énfasis en la habilidad de la gente para realizar sus actividades diarias en término de felicidad y de bienestar social, así como de calidad de vida. Las medidas de salud usadas en laboratorio o como exámenes de diagnóstico han sido reemplazadas por indicadores en los que juntos, paciente y médico, hacen juicios constituyendo un indicador de salud. Los datos aportados por el paciente se denominan medición subjetiva. El mayor interés de estos indicadores sociomédicos es considerar el aspecto social de la salud. Estos indicadores no se aplican con frecuencia en las enfermedades bucales, no obstante que éstas tienen una larga duración y son de origen casi siempre prevenible con la conducta. (2)

Las mediciones subjetivas de la salud pueden ser agrupadas en tres grandes categorías. Aquellas que registran: a) el sentimiento de bienestar general; b) síntomas de la enfermedad; c) adecuación de función personal (2)

La calidad de vida ocasionalmente ha sido evaluada en Odontología para valorar el estado de salud. Se ha considerado evaluar la utilidad de indicadores estándares para medir el impacto de las condiciones bucales en la calidad de vida del paciente.(17)

La calidad de vida está conceptualizada en forma multidimensional incluyendo tres aspectos: a) función social, medida por el Índice de Impacto de Enfermedad (S.I.P.); b) bienestar, medido por la Escala de Bienestar de Gill, la escala de ansiedad de Spielberger (Stait/Trait) y la Escala de Ansiedad Dental Corah y c) síntomas, medidos por la escala de función bucal de Kiyak, el cuestionario del dolor Mc Gill y el inventario West Haven multidimensional del dolor. (40)

A pesar de que la medición del impacto social de las enfermedades ha sido muy amplia en varias aplicaciones de la medicina, la salud bucal generalmente no ha sido considerada en esos términos. El estudio del estado de la salud bucal ha sido

ubicado en la medición caracterizada por la utilización de varios indicadores clínicos sin prestar atención al impacto de esta patología en la función social y psicológica. La significativa carencia y la necesidad de indicadores sociales y psicológicos para el impacto de las enfermedades bucales ha sido puesta de manifiesto recientemente. La Odontología ha desarrollado un indicador efectivo para la medición de los impactos de las enfermedades dentales en la vida diaria. ( 40)

Es incuestionable que el cuidado de la salud bucal sea una parte del cuidado de la salud general y que contribuya al mejoramiento de ésta. El conocimiento y la definición de la naturaleza multidimensional de la salud fue, en primer lugar, propuesta por la O.M.S. en 1946. La demanda de una perspectiva más amplia, siguiendo los requerimientos públicos de la salud fue tal, que en 1978 en la Conferencia Internacional del Cuidado de la Salud Primaria se declaró que el sistema de salud basado en el cuidado de la salud básica enfatiza las mejoras de la salud y la prevención de la enfermedad como elemento necesario para asegurar la salud a la gente de todas las comunidades y naciones con cualquier nivel de desarrollo. (48)

Hay un acercamiento por parte de la Odontología, para definir el concepto de salud, con el fin de identificar las características del impacto psicológico y social de los problemas bucales que afectan la salud individual. Aun así, se le pone poca atención a la información subjetiva de los individuos con enfermedad bucal, a pesar de la alta prevalencia de las enfermedades bucales crónicas. (4)

Las definiciones contemporáneas de salud (según indicadores clínicos) están enfocadas al concepto de que la salud es equivalente a la ausencia de una patología física. En cambio, los indicadores sociales, sugieren colocar las experiencias individuales de salud en un contexto de bienestar, físico, psicológico y social. Las medidas tradicionales del nivel de salud bucal tales como el índice *Cariados, Perdidos y Obturados* (C.P.O.) son las que cuantifican la presencia de patología y



como consecuencia, no nos dicen nada acerca del impacto que tienen las condiciones bucales en la vida diaria del individuo. La relación entre los desórdenes bucales y su impacto en la vida del individuo, ha sido descrita por Locker mediante un modelo teórico. Las discapacidades resultantes de las lesiones y las patologías, tales como pérdida de dientes, producen una limitación funcional en la capacidad de un individuo. Hoy en día, la mayoría de los indicadores de salud bucal, han sido utilizados en análisis descriptivos de la población, usualmente de ancianos.(1)

Las investigaciones demuestran una asociación entre los indicadores de salud bucal subjetiva y los indicadores clínicos tales como el C.P.O., y el Índice Periodontal (I.P.). Sin embargo, la relación que existe entre estos dos índices es débil. Ésto debe ser tomado como evidencia de que el poder de predicción de los indicadores subjetivos en presencia o ausencia de condiciones clínicas, puede ser igualmente bajo.

Las definiciones contemporáneas de la salud, envuelven el aspecto clínico y subjetivo, además, sugieren que la enfermedad puede ser el resultado de una anomalía patológica y que, también, una persona se puede sentir enferma sin una patología detectable. Las mediciones clínicas de patología bucal activa sí están disponibles, pero las mediciones subjetivas de los aspectos psicosociales de cavidad bucal son requeridas.(2)

De manera tradicional, los problemas bucales han sido conceptualizados en términos de indicadores clínicos del nivel de salud bucal o en mediciones de patología bucal. Recientemente se ha prestado más atención a considerar de qué manera las enfermedades bucales afectan la calidad de vida en general, para cubrir los aspectos de función física, social y psicológica de la vida diaria. (1)

El dolor es el aspecto en el que generalmente se concentran los estudios. La satisfacción con la apariencia es también un aspecto clave para muchos estudios relacionados con la estética y los aspectos sociales de la Odontología, mientras que

las consecuencias funcionales son medidas en la mayoría de los casos sólo por la habilidad para masticar. (1)

Se considera a la salud bucal desde una perspectiva relacionada a la calidad de vida utilizando un concepto multidimensional representando una combinación de deficiencia, función, percepciones y oportunidad. La deficiencia es clínicamente representada por enfermedades activas y secuelas de las enfermedades tales como síntomas agudos que son reportados por el paciente. El conceptualizar y medir la salud bucal de manera multidimensional nos acerca para examinarla como una parte de la salud general.(17)

La investigación de la promoción de la salud, siguiendo la definición de la O.M.S., que define como salud *"un estado de completo bienestar físico, social y mental y no sólo como la ausencia de enfermedad"*, sugiere que hay un estado de salud bucal para preservar o incrementar. (17)

La salud relacionada a la calidad de vida es un concepto multidimensional que representa una combinación de salud absoluta, percepciones de salud actual o potencial y/o discapacidad. Generalmente, deficiencia y enfermedad son completados por dominios que reflejan la función a nivel social, psicológico o físico.(6) Así como las percepciones de salud y/o oportunidad. Hay muchas variaciones en las mediciones de la salud relacionadas a la calidad de vida en la literatura. Las instituciones de salud en E.U.A. ubican a la salud relacionada con la calidad de vida en un modelo de tres partes:

- 1) estado clínico y funcionamiento biológico
- 2) enfermedad
- 3) tratamiento específico de síntomas (17)

Patrick y Ericson en 1993 presentan un modelo conceptual de cantidad y calidad de vida con cinco dominios básicos:

- 1) oportunidad
- 2) percepción de salud
- 3) estados funcionales
- 4) deficiencia / enfermedad
- 5) duración de vida. (38)

Así como la salud general, la salud bucal y su relación con la calidad de vida es un complejo multidimensional de dominios interrelacionados. Utilizando el modelo conceptual de Patrick, la salud bucal y su relación con la calidad de vida incorpora los indicadores de sobrevivencia (ausencia de cáncer bucal, presencia de dientes); ausencia de deficiencias, enfermedad o síntomas; función física apropiada y asociada a la masticación y la deglución así como la ausencia de molestia y dolor; función emocional asociada a sonreír; función social asociada con realizar roles normales; percepción de excelente salud bucal; satisfacción con la salud bucal y ausencia de desventaja o minusvalía social y cultural por la salud bucal. La salud bucal relacionada a la calidad de vida se deriva de tres valores relacionados y equitativos: (17)

- ❖ la cavidad bucal como el resultado;
- ❖ los impactos de la cavidad bucal en el resto de cuerpo;
- ❖ los efectos de la salud sistemática y la salud bucal relacionada con la calidad de vida.

La salud bucal percibida ha mostrado estar asociada con una variedad de indicadores clínicos únicos y autorreportados de salud general y salud bucal relacionados al comportamiento. Un modelo de comportamiento es utilizado y tiene como hipótesis que la percepción de la condición de los dientes naturales es

predecida por múltiples factores, como los siguientes: las características individuales demográficas y de desenvolvimiento; otras percepciones de salud y orientaciones; los niveles actuales de enfermedad y condiciones, y las necesidades de tratamiento autodefinido(18).

La percepción de la salud se basa en perspectivas subjetivas e individuales que reflejan el nivel actual de salud, las que pueden ser las experiencias previas de los individuos con el dentista, la comparación con expectativas normativas contra alguna referencia de grupo y en el conocimiento de salud, enfermedad o interpretación de síntomas en el contexto de mecanismos de control de un individuo(18).

La satisfacción con la cavidad bucal depende de factores como la función masticatoria, el dolor, la molestia y la estética. Las principales determinantes de la función masticatoria son el número de dientes presentes, o el número de piezas ocluyentes; otros consideran la cantidad de superficie ocluyente como el principal factor de la eficiencia masticatoria (35), mientras que unos más, dicen que la combinación de dos o más factores bucales afectan la función bucal(43).

La presencia de incisivos, caninos y premolares son suficientes para completar los requerimientos estéticos y funcionales debido a que la dieta moderna no requiere mucha demanda funcional (43). Las desigualdades en la salud son un importante punto de estudio. Con el fin de dirigir este aspecto, la naturaleza y la extensión de las desigualdades deben ser identificadas y descritas, para modificar los factores responsables, estructurales, culturales, de comportamiento y ambientales. (50)

Los niños, los discapacitados físicos y mentales, los viejos y las personas con condiciones socioeconómicas limitadas, son un grupo especial de pacientes. Éstos pueden ser definidos como un subgrupo de población que poseen problemas especiales para el dentista y el sistema de salud pública bucal. El envejecer de las poblaciones modernas es el producto de bajos índices de natalidad y bajos índices

de mortandad. En el año 1900 solo el 5% de la población de Norteamérica (E.U. y Canadá) estaba arriba de los 65 años. Para 1980 había aumentado al 9% y para el año 2000 se esperaba el 17%. Actualmente, el cambio en la estructura de la pirámide poblacional ha tenido implicaciones sociales y económicas; éstas últimas debido a que las personas de la tercera edad no son económicamente activas y sin embargo, demandan mayor cuidado médico y social. Aunque hay datos que sugieren que los ancianos están menos preocupados por su salud bucal que los grupos de gente joven, debido a que este grupo no recibió una cultura de concientización de la importancia de la salud bucal. Se necesita establecer una diferencia entre la vejez y la enfermedad, ya que estos dos aspectos son frecuentemente confundidos. (31)

Se han atribuido a la edad cambios en la mucosa, cambios en el flujo salival, en la percepción sensorial de la cavidad bucal y en la musculatura orofacial, incluso, cuando estos factores son producto de procesos patológicos y no cambios normales en la estructura y función. Lo mismo sucede con la pérdida de los dientes, ya que en la actualidad las personas viejas son un grupo que pertenecen a la generación de adultos que vivieron una odontología netamente extraccionista, en donde no se aplicaban programas preventivos ni restaurativos. (31)

Claramente la pérdida de trabajo sí tiene un impacto en el individuo, ya que con la falta de productividad se tiene un efecto en la economía de la nación, lo que genera también un cambio en su posición social.(41)

La muerte es un concepto esencial que guía la salud de la población, los índices de muerte, la expectativa de vida y los años de vida potencialmente perdidos, por ejemplo, son usados como indicadores de salud, de enfermedad y de bienestar social. (31)

En muchos aspectos la muerte no se considera como un final común (como es para la Odontología), a pesar de que el cáncer bucal es una causa importante de muerte, considerando 9000 muertes en los Estados Unidos en 1980. (31)

La enfermedad, discapacidad y limitación funcional son conceptos claramente ligados que se refieren a procesos patológicos afectando el estado psicológico y físico de los seres humanos. Una discapacidad bucal puede ser definida como la anulación de ciertas actividades diarias debido al decremento de la salud bucal; estos elementos incluyen la enfermedad bucal / daño tisular, dolor y limitación de las funciones. (31)

### 2.1. Categorías y Conceptos de Salud.

En un envolvente esfuerzo por esclarecer la distinción entre enfermedad o deficiencia (típicamente asentada según mediciones clínicas) y sus secuelas o discapacidades (típicamente asentadas según mediciones auto evaluadas) , el campo se ha dirigido a esclarecer los conceptos de enfermedad, limitación funcional, desventaja, discapacidad, deficiencia y minusvalía o invalidez. (20)

- ✧ Enfermedad/ lesión tisular: se refiere a los desórdenes a nivel orgánico, así como la enfermedad activa, la patología, el daño tisular, el desorden metabólico o un defecto anatómico, su definición esta confinada al contexto de un sólo individuo.
- ✧ Limitación funcional: connota una disfunción física o psicológica, su definición es así mismo, confinada a un individuo en particular. Las limitaciones funcionales se definen como una restricción en la función de rutina, es decir, que se esperan de su cuerpo o de sus órganos. Por ejemplo, la limitación del movimiento de la mandíbula incluyendo apertura y lateralidad restringida; así como movimientos protrusivos que son utilizados para clasificar la severidad de la disfunción temporomandibular. De manera

similar los índices de eficacia masticatoria miden la limitación funcional dando a conocer una enfermedad bucal. (51)

- \*. Desventaja: es algunas veces referida como una "minusvalía"; connota un estado psicosocial en el que una persona está afectada por una enfermedad /daño tisular o limitación funcional, tal vez por ambos, pero no puede realizar actividades sociales normales, tales como el contacto interpersonal o un empleo. (20)
- \*. Minusvalía: es una situación desventajosa para un individuo determinado; consecuencia de una deficiencia o de una discapacidad que limita o impide el desempeño de un rol que es normal en su caso (en función de su edad, sexo o factores sociales y culturales). En la definición de este concepto se destacan por primera vez, las características personales del individuo, los factores sociales y los factores culturales.(37)
- \*. Deficiencia: es toda pérdida o anomalía de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica. Esta definición hace referencia a las anomalías de la estructura corporal y de la apariencia y a la función de un órgano o sistema, cualquiera que sea su causa; en principio, las deficiencias representan trastornos a nivel de órgano (37). Las medidas de deficiencia dan una indicación de la naturaleza y extensión de la pérdida anatómica o anomalía estructural asociada a una enfermedad o defecto congénito. Estas medidas son comunes aún en la odontología, el edentulismo, número de unidades funcionales remanentes y el componente Cariado (C) del índice C.P.O., son medidas de pérdida de tejido, es decir de deficiencia. (31)
- \*. Discapacidad: dentro de la experiencia de la salud, una discapacidad es toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano. (37) La discapacidad es un concepto de comportamiento y es definido como cualquier limitación o falta de habilidad para realizar

actividades de la vida diaria. La habilidad disminuida para sacar adelante el desempeño de las actividades de la vida diaria, es un concepto igualmente aplicable a individuos y poblaciones, ya que las medidas tales como el S.I.P. son muy detalladas y tienen vigencia para aplicarse, son más usadas en individuos o en muestras pequeñas; la más comprensiva y sensitiva medida que se utiliza en los índices de impacto de la enfermedad es el S.I.P. realizado en Estados Unidos. (31)

En cuanto a salud bucal, una persona con hendidura facial (ejemplo de deficiencia) tiene problemas para hablar, comer y sonreír (ejemplo de discapacidad); esto le trae dificultades para conseguir un empleo o salir con amigos (ejemplo de minusvalía). Una persona que presenta caries (enfermedad / lesión tisular), tiene dolor al comer y no puede masticar correctamente (limitación funcional), le toma demasiado tiempo terminar sus alimentos y por pena prefiere comer solo (desventaja).

Locker ha estructurado la desventaja bucal y sus conceptos relacionados de privación con un aspecto único llamado incapacidad; también describe un concepto separado llamado discapacidad. Aunque no se deben considerar como conceptos separados, ya que en el contexto de salud bucal ciertas medidas de limitación funcional y ciertas medidas de deficiencia y desventaja se traslapan considerablemente. (31)

Las medidas socio-médicas no tratan de reemplazar las medidas tradicionales biomédicas, por el contrario, éstas se extienden a dichas medidas para encaminar nuestro entendimiento de los seres humanos y su respuesta a la enfermedad.

Al final, estas medidas de salud terminan siendo medidas de calidad de vida. Cuando un paciente reporta dolor y molestia, síntomas físicos y psicológicos y otros estados de ánimo (no directamente observables), estos algunas veces sugieren enfermedad y otras veces sólo se utilizan para tranquilidad personal. Algunas



medidas se refieren al dolor como un indicador de proceso patológico (38), mientras otras se refieren al dolor como una consecuencia psicológica de la enfermedad. Aquí el dolor se trata como una medida sociomédica, porque se percibe de manera subjetiva y se llega a experimentar incluso en la ausencia de alguna condición clínica. Esto nos da una visión de que patología y enfermedad son realidades distintas y que un individuo se puede sentir enfermo sin cursar un proceso patológico. (31)

Los días de actividad restringida, días de incapacidad laboral y días de reposo atribuidos a condiciones bucales, son usados para documentar el impacto de la enfermedad, entonces estas medidas constituyen a lo que se refiere un indicador sociodental. (31)

## 2.2. Consecuencias Psicosociales de las Enfermedades Bucales.

La enfermedad afecta procesos psicológicos de dos maneras:

❖ Trae cambios en estados emocionales y afectivos. La ansiedad, depresión, incertidumbre, fatiga emocional, falta de voluntad y sentimiento de desesperanza son condiciones comunes que se presentan con condiciones crónicas.

❖ El funcionamiento cognoscitivo, también puede ser afectado y dar confusión, olvido, inhabilidad para tomar decisiones, problemas en el pensamiento y la concentración. En el contexto de la Odontología, el dolor crónico y agudo fácilmente puede tener estos efectos. (31)

Las medidas de bienestar social necesitan incluir la integración social, contactos sociales e intimidad social y emocional. El primero se refiere a la extensión de la participación individual en la vida comunitaria y se mide como ser miembro de una organización formal e informal; el segundo, concierne a la frecuencia de interacción con amigos y familiares y el tercero a la calidad de dichas interacciones, medidas en términos de presencia de uno o más individuos que proveen soporte material y

psicosocial. Claramente muchas enfermedades incluyendo desórdenes bucales crónicos y agudos pueden tener impacto en los tres puntos, ya sea temporal o permanentemente. (31)(33)

Mientras que la discapacidad se refiere a la consecuencia personal inmediata de la enfermedad, "minusvalía" se considera como efecto social. Invalidez se define como la desventaja experimentada por personas con deficiencia o disminución, porque ellos no hacen o no pueden llenar las expectativas de la sociedad o de los grupos sociales a los que pertenecen. Cualquier pérdida o anomalía de estructura o función, o las limitaciones de comportamiento involucradas pueden tener efecto en la calidad de vida a corto y largo plazo. (31)

Las descripciones detalladas de muchas formas de minusvalía experimentada por personas con enfermedades crónicas o discapacidades son muy comunes. Las medidas de minusvalía, por el contrario, son raramente encontradas en la literatura. Un problema es que la minusvalía sea también multidimensional y pueda involucrar la pérdida de oportunidad, depreciación social e insatisfacción. La enfermedad y la discapacidad pueden tener un efecto negativo tanto en un matrimonio como en la formación de una familia, en proyectos laborales, en ingresos, en imagen personal y autoestima, así como generar aislamiento social. Algunos de estos efectos han sido reportados con respecto a la enfermedad bucal, estas enfermedades por su relación directa e indirecta con el atractivo físico han demostrado afectar la aceptabilidad social, laboral y escolar de los niños. (31)

A pesar de que sólo pocos desórdenes bucales son condiciones que involucran la vida, es fácil asumir que tienen consecuencias significativas en los aspectos social, psicológico y económico, con un fuerte impacto en la calidad de vida. Los efectos de discapacidad de los desórdenes bucales se describen mejor utilizando 12 aspectos de vida que se encuentran en el S.I.P. La mayoría de los estudios realizados en esta área se enfocan a la alimentación, el trabajo y a las

consecuencias emocionales de las condiciones bucales; también existen algunos datos sobre alteraciones en el sueño, interacciones sociales y actividades recreativas. (22)

El impacto de las enfermedades en la función social se mide en términos de restricción de actividad, días de reposo obligatorios y días de trabajo perdido. El primero consiste en días en los que el individuo reduce la capacidad de sus actividades usuales; el segundo se refiere a días que la persona pasa la mayoría del tiempo en cama y el tercero, a días en que el individuo se ausenta del trabajo o en la escuela por más de la mitad de la jornada. (31)(41)

El comer es una de las más importantes funciones de la cavidad bucal, es una importante actividad biológica y social y contribuye enormemente al bienestar individual. Debido a que el número de personas mayores o ancianos de la población se está incrementando, la relación entre la salud bucal, la alimentación y la nutrición es un área de investigación que desarrollan con mucho interés geriatras y dentistas. La dieta de los ancianos portadores de dentaduras difiere de aquellos con dientes naturales. Ellos consumen más calorías en forma de carbohidratos y grasas y menos proteínas(44). De acuerdo con estas diferencias, es probable que la mayoría de los ancianos edéntulos tengan una ingesta nutricional inadecuada, a pesar de que esto sea difícil de valorar. (31)

A pesar de que la función primaria de la comida es biológica, el comer es un complejo juego de actividades con ramificaciones sociales, psicológicas y hasta religiosas. En casi todas las sociedades la comida es utilizada para iniciar o mantener relaciones sociales, por lo tanto, la falta de habilidad para participar tiene relevantes repercusiones. (31)

Otra función principal de la cavidad bucal es la comunicación, ya sea verbal o no verbal. A pesar de su importancia, pocos estudios se han realizado para verificar las dificultades en la comunicación causadas por problemas de salud bucal. (31)

Los problemas relacionados con la apariencia de los dientes se observan con mayor frecuencia en personas con dientes naturales, obviamente porque estos se encuentran obturados, con recesiones, mal alineados, etc., esto puede explicar que más edéntulos, que ancianos dentados, opinaron estar satisfechos con su nivel de estética bucal. (31)

Otros conceptos psicológicos se han explorado en relación a los desórdenes bucales, como autoestima, concepto de uno mismo e imagen corporal. En la mayoría de las sociedades, ciertas características físicas están altamente valuadas, tanto así, que la apariencia física y la opinión de terceros tienen implicaciones importantes en el bienestar psicológico. Observamos que la apariencia bucal es determinante en la estética facial por lo que puede tener una influencia significativa en la imagen corporal y en la satisfacción personal(8). Las condiciones que producen desfiguros obvios tales como hendidura facial o palatina producen problemas psicológicos importantes(20). La cara y la boca juegan el papel principal en el desarrollo personal de cada individuo, dentro del contexto de una sociedad donde el atractivo facial está tan enaltecido, y en que la imagen personal negativa se convierte en el mayor impedimento para el bienestar social y psicológico, se convierte en un grave problema. (31)

### **3. Antecedentes.**

En grupos sociales de otros países, se han llevado a cabo estudios similares para la medición del impacto bucal en la calidad de vida; tal es el caso del D.I.D.L. (Dental Impact of Daily Living) el cual tiene cinco dimensiones de medición: comodidad, apariencia, dolor, desempeño y restricción alimenticia (C.A.P.P.E.R.: Confort, Appereance, Pain, Performance and Eating Restriction). Sin embargo, desde el punto de vista social y de la calidad de vida relacionada con la salud bucal, estos obtienen datos solo sobre episodios agudos de dolor bucal, maloclusión y anomalías dentofaciales, sin tener un alcance de las situaciones bucales cotidianas y de su impacto.(20)

La medida que se utiliza en el Índice de Impacto de la Enfermedad (S.I.P. Sickness Impact Profile) diseñada en Estados Unidos, utiliza 136 puntos de medición para evaluar el efecto de la enfermedad en doce aspectos principales de la vida diaria.(39)

Muchos estudios socio-dentales están hechos abarcando las consideraciones psicosociales del impacto de las enfermedades bucales. Sin embargo, sólo algunas de las mediciones subjetivas han sido consideradas como mediciones que conforman un indicador sociodental, por ejemplo: Geriatric Oral Health Assessment (G.O.H.A.I.); Oral Health Impact Profile, (O.I.D.P.) (3) y Dental Impact on Daily Living (D.I.D.L.) . (2)

Reisine, ha identificado un número limitado de estudios en la literatura odontológica que se asocian al impacto bucal. Esos estudios que han utilizado indicadores de comportamiento incluyen análisis de días de incapacidad, trabajo perdido, dolor y cuidado dental requerido. De cualquier forma, éstos indicadores comúnmente sólo reflejan condiciones severas pero no crónica, sólo abarcan poblaciones específicas o expectativas más que experiencias. (40)

El consenso que ha surgido en la literatura es que para la medición de la calidad de vida en estados de enfermedad crónica deben incluirse medidas de bienestar, aspectos psicológicos y de función social.

Los indicadores existentes de la condición bucal, tales como el C.P.O., y el Índice Periodontal, fueron creados por dentistas con especialidad epidemiológica, basándose en un modelo médico que enfatiza el proceso patológico de destrucción tisular. (48)

El dolor y la limitación funcional o ambos, pueden desencadenar una discapacidad provocando consecuencias sociales y psicológicas. Usando a la educación como un indicador socioeconómico, se compararon los impactos subjetivos de las condiciones bucales del nivel de salud entre obreros y profesionistas, lo que encontraron fue una baja prevalencia de problemas de comunicación como resultado de condiciones bucales en los profesionistas (14). Se ha reportado también que los individuos con nivel educativo menor son más susceptibles a presentar impactos; un bajo nivel salarial está asociado a mayor impacto, de igual manera se presenta una mayor calificación del G.O.H.A.I. en los sujetos de raza blanca (5).

Locker, utilizando un análisis de regresión, identifica el bajo salario como un factor significativo para el impacto psicosocial. Hubo diferencias significativas en los impactos reportados tomando en cuenta el sexo y resultó que más mujeres experimentaron problemas de comunicación. En un estudio realizado por Locker, se reportaron niveles más altos de preocupación o estrés, dolor y otros síntomas (28). En estudios recientes se confirmó que las mujeres reportan más síntomas de dolor. La salud bucal ha sido de manera tradicional establecida como independiente de la salud general y es todavía considerada como un aspecto separado de otras enfermedades o de condiciones crónicas(30).

Sin embargo, existe una correlación significativa entre la salud general y la función bucal subjetiva. Se encontró que el índice de salud bucal estaba asociado con un

índice de salud general y de bienestar. En conclusión, se encontró que los individuos con un nivel educacional inferior, con un sueldo menor o que tienen un nivel de salud general bajo, tienden a sufrir un mayor impacto de los desórdenes bucales medidos por indicadores subjetivos; así mismo, en una comparación entre comunidades ricas y pobres se espera una mayor prevalencia y severidad de impactos subjetivos de salud bucal en aquellos que viven en la comunidad marginada. (47)

### 3.1. Indicadores Sociales.

Durante los últimos diez años un gran número de investigadores ha desarrollado y probado indicadores subjetivos de salud bucal, los mismos miden las consecuencias psicológicas, sociales y funcionales de las condiciones de la cavidad bucal. A pesar de que ellos varían en los datos que arrojan y su contenido, todos están dirigidos a aspectos como habilidad para masticar, dolor o molestia, comunicación y relaciones sociales. (19)

Las condiciones bucales variables como el dolor, los problemas para hablar, la habilidad para masticar, la percepción del sabor y la apariencia son generalmente descritas por diversos indicadores. En odontología, algunos instrumentos que cubren el aspecto de la calidad de vida fueron propuestos y comparados con el estado clínico bucal. La conclusión final fue, que aún cuando hay una asociación entre la calidad de vida y el estado clínico bucal, sólo en algunos casos fue significativa. En un estudio realizado se encontró que las personas que reportaron problemas para comer tenían un índice C.P.O. alto, y menos cantidad de dientes funcionales que aquellos que no tenían problemas para comer. (33)

El dolor dental y el malestar estuvieron asociados con un número mayor de dientes con caries. La insatisfacción con la apariencia dental estuvo asociada con uno o más dientes cariados y uno o más dientes perdidos, así como menos piezas funcionales. Las restricciones de comunicación estuvieron asociadas con la cantidad

de dientes cariados y funcionales. Algunos investigadores sugieren que los dientes cariados, perdidos y obturados no son significativos como factores para definir el nivel de función dental (Dental Functional Status). Sin embargo, en estudios realizados con anterioridad se ha encontrado una correlación significativa entre el índice C.P.O., los componentes individuales de este índice, el I.P. y las medidas subjetivas. Más aún, se ha encontrado relación entre los componentes separados del C.P.O., con los indicadores de calidad de vida. (18)

El número de dientes perdidos y la pérdida de inserción periodontal son antecedentes significativos para los impactos subjetivos. La calidad de vida está comprometida por el edentulismo, xerostomía y lesiones de tejido blando; las prótesis mal ajustadas afectan la alimentación tanto en masticación, como en elección de alimentos. (24)

Las condiciones como hendiduras bucales, dientes faltantes, mal oclusión severa o caries severa están asociadas con el sentimiento de vergüenza o pena, ansiedad o depresión. El dolor facial y bucal provocado por prótesis, desórdenes temporomandibulares e infecciones bucales, afecta la interacción social y el comportamiento diario. (24)

Por otra parte, algunas medidas subjetivas han sido desarrolladas en un sistema de puntaje para componer un indicador socio dental tal como el G.O.H.A.I., el D.I.D.L. y el O.H.I.P., cabe mencionar que la mayoría de estos índices fueron aplicados a comunidades de países industrializados. (32)

Durante las últimas décadas ha habido un creciente interés en conceptualizar y cuantificar la salud bucal; este interés se ha expandido como parte de un enfoque general a la promoción de la salud, particularmente con relación a "años de vida sana", debido al incremento del número de ancianos. (17)



Históricamente, la mayoría de las investigaciones se ha enfocado a los resultados físicos de la enfermedad, tales como morbilidad y mortalidad, esto deja la mayor parte de la definición de la O.M.S., como salud no medida(19).

El asentar los resultados de la enfermedad se ha complicado por el uso exclusivo de medidas epidemiológicas tradicionales que no representan disfunción, malestar y discapacidad.. lo más importante es que, observando de manera individual las enfermedades bucales específicas tales como caries, enfermedad periodontal, lesiones de tejido blando, no se provee una medición global de la salud bucal que refleje una visión completa de lo que el paciente refiera o el dentista observe como salud de la cavidad bucal. (17)

El estado de salud percibido se ha conceptualizado como un componente de la totalidad de la calidad de vida y se asocia con una variedad de indicadores de salud general (18). Las asociaciones encontradas entre los hallazgos clínicos y los indicadores subjetivos auto reportados de la salud bucal descritos en la literatura son inconsistentes. Las evaluaciones del individuo sobre la salud bucal parecen estar asociadas a las evaluaciones del dentista sobre el estado bucal. Existe cierta evidencia de una asociación entre la auto evaluación de la salud bucal y los indicadores del estado bucal y periodontal(18).

Por otra parte, estudios sobre la materia, han encontrado percepciones positivas de salud bucal en los individuos con muchos dientes faltantes, perdidos o de salud periodontal deteriorada, descubriendo que existe un estándar normativo de expectación en los individuos, aun por debajo de sus propios niveles de salud bucal y por debajo de los estándares clínicos de salud bucal. Otros investigadores han encontrado asociación entre número de dientes o dientes funcionales y la satisfacción con su dentición(18).

Los indicadores demográficos han sido examinados en relación a las percepciones del estado de salud bucal. Las diferencias basadas en la edad son inconsistentes y

los resultados relacionados a la raza / grupo étnico, son limitados(17). En un estudio, la evidencia determina que las percepciones de una pobre o mala salud bucal incrementan con la edad, mientras que no existe diferencia por edad en la percepción de necesidad de tratamiento. Los análisis recientes del Second International Collaborative Study (I.C.S.I.), sugieren que aquellos de raza blanca tienen más actitudes positivas que aquellos de otras razas y que las percepciones difieren según la entidad étnica. Mientras existe evidencia descriptiva que demuestra una asociación entre educación, remuneración y percepción de salud bucal, existen pocos análisis con enfoques multivariados.(18)

Las necesidades percibidas de manera subjetiva, son importantes determinantes para definir los requerimientos de un tratamiento. Hasta en los niveles más bajos de salud bucal (15 piezas faltantes o bolsas periodontales profundas), el 40% de los individuos dijeron tener un estado de salud bueno o excelente; esto nos lleva a la conclusión que el criterio clínico sólo tiene relevancia limitada para los individuos cuando se trata de evaluar su salud bucal.(43)

La literatura de las inequidades de la salud es extensa y provee evidencia de que las clases sociales más bajas tienen una salud más pobre comparadas con clases socioeconómicas altas. Esta relación se ve en todos los indicadores sociomédicos, incluyendo los de mortalidad y los de expectativa de vida, rangos de enfermedad aguda y crónica, días de restricción laboral, síntomas psiquiátricos, altura promedio, obesidad, partos prematuros y bajo peso al nacer. (32)

Mientras que las primeras medidas de discapacidad se enfocaban a sólo una línea de actividades (frecuentemente movilidad, movimiento del cuerpo, cuidado personal entre otras), han ido evolucionando hasta tener un acercamiento a una relación con el bienestar físico, psicológico y social. (31)

El dolor y la molestia son consecuencias comunes de los desórdenes bucales y tienen un impacto significativo e inmediato en la calidad de vida. Utilizando datos de

duración de dolor, se estimó que el dolor dental ocurre durante 3 días por persona al año, sumando 200 millones de días de dolor en el Reino Unido. El dolor bucal descrito se presenta más en los grupos jóvenes que en los mayores, esto es porque la mayoría de los episodios de dolor son asociados con los dientes y los ancianos en su mayoría son edéntulos. Aún así, algunos estudios han demostrado altos índices de dolor en poblaciones de la tercera edad. (31)

A pesar de que los problemas de alimentación son más frecuentes en los ancianos, debido a la gran prevalencia que existe de edentulismo, no quiere decir que sea un problema confinado a este sector de la población; en un estudio realizado a personas de 16 a 60 años, el 20% reportaron problemas para comer(14). De manera similar, en otro estudio, el 11% de una muestra, de alguna manera cambió su dieta en respuesta al dolor bucal o dental. (27)

Se ha estimado que la eficiencia masticatoria de los portadores de prótesis totales es de aproximadamente el 12% comparada con los pacientes con dientes naturales. En consecuencia los portadores de prótesis de cualquier edad reportan con mayor frecuencia problemas para masticar la comida. Según un estudio realizado, una décima parte de las personas encuestadas, se siente incómoda comiendo frente a otros y a dos quintas partes les lleva demasiado tiempo terminar la comida, esto les causa vergüenza y prefieren estar solos, generando un aislamiento social y depresión. (20)

Los resultados en medidas estandarizadas determinan que aquellos con deformidad facial o maloclusión severa tienen poca confianza en sí mismos y un bajo nivel de desempeño social. (31)

Existe evidencia de una forma más sutil de discriminación ya mencionada, según los investigadores que estudian los efectos del atractivo en las relaciones sociales de los niños y adultos. La apariencia de la cara y boca influencia los juicios acerca del

atractivo facial, jugando un papel importante en el desarrollo de metas sociales y ocupacionales. (31)

#### **4. Planteamiento del Problema.**

Las poblaciones rurales han carecido de programas preventivos, que unidos a la falta de servicios de salud pública, a la baja conciencia de lo importante del cuidado de la salud bucal y a un bajo nivel socioeconómico, han ocasionado un deterioro de las condiciones dentales de su población. Las comunidades del estado de Morelos no son la excepción, con el consecuente impacto social que esto provoca.

#### **5. Generalidades del Estado de Morelos.**

El estado de Morelos forma parte de la zona central del país, al sur colinda con los estados de Guerrero y Puebla; al oriente con el estado de Puebla y al poniente con los estados de México y Guerrero. Por lo que se refiere a sus fronteras naturales, limita al norte con la sierra del Ajusco y el volcán Popocatepetl, al sur con los ríos Tepalcingo y Amacuzac, al poniente con las sierras de Ocuilá y Chalma y al oriente con la sierra de Puebla y el río Nexpa.(21)

El estado de Morelos es una de las entidades más pequeñas del territorio nacional, pues representa únicamente el 0.25% de superficie, con una extensión de 4,958.2 km<sup>2</sup>. En general, Morelos tiene un clima subtropical debido a que su suelo registra un declive constante de norte a sur, el que determina diversas altitudes de variable apreciables en distancias relativamente cortas. (21)

Respecto a la población y el crecimiento, el conteo de población y vivienda 1995, registra al 5 de noviembre, 1,442,662 habitantes en el estado de Morelos. Esta cifra denota un incremento de 134.1% respecto a la población registrada hace 25 años y de 20.7% con relación a 1990.(21)

En el periodo 1990-1995, la tasa de crecimiento promedio anual fue de 3.4%, lo que significa que en dicho periodo la población se incrementó cada año en 34 personas por cada 1000 habitantes. De los 33 municipios del estado de Morelos, diez presentan tasas de crecimiento superiores a la media estatal, entre ellos Xochitepec (6.9%); 22 inferiores a ésta y sólo el municipio de Tepoztlán presenta tasa de crecimiento negativa (-.07%).(21)

Morelos se estima que asciende a mediados de 1998 a 1.55 millones de personas. Se ubica en el undécimo lugar entre las entidades federativas dentro del país y representa 1.6% de la población nacional. Se estima que durante 1996, ocurrieron 33.9 mil nacimientos y 6.9 mil defunciones, lo que implica un incremento absoluto de 27.0 mil morelenses. El número de localidades habitadas en el estado asciende a 1181, de las cuales 6.8% se ubican en el rango de 2,500 y más habitantes y alberga al 85.9% de la población de la entidad, mientras que 93.2% de las localidades son menores a 2,500 habitantes y concentran solo al 14.1% de la población total.(21)

La mayoría de las localidades morelenses son pequeñas: de las 721 localidades censadas en 1990, 73% contaban con menos de 500 habitantes y solo agrupaban 4% de la población. En contraste, el 27% restante de las localidades de la entidad agrupan al 83% de la población. La gran cantidad de localidades pequeñas y de difícil acceso representan un reto para las acciones orientadas a satisfacer las demandas educativas, de salud y de otros servicios públicos. La estructura de la población por grandes grupos de edad se modificó en el lapso de 5 años, ya que en 1990 el grupo de 0 a 14 años concentraba 37.5% de la población total, y en 1995

baja a 34.7%. La edad mediana del estado pasó de 20 años en 1990 a 21 en 1995.(21)

La distribución de la población por grupos quinquenales de edad muestra que el grupo de 0 a 4 años concentra la mayor proporción de habitantes de la entidad con 11.6%, casi con igual proporción se encuentran los tres siguientes grupos de edad. En tanto que el grupo de 65 años y más solo participa con 4.8%. Respecto a la composición de la población por sexo, el porcentaje de mujeres supera ligeramente al de los hombres, correspondiéndoles 51.1% y 48.9% respectivamente.(21)

La población senil aumentará más rápidamente que los niños, jóvenes y adultos: de 69,000 morelenses de 65 años o más de edad en 1996 a 143,000 en 2010. El creciente número de personas en edades avanzadas significará, por un lado, un importante incremento de la demanda de servicios de salud asociados a la vejez y por otro, una creciente presión hacia los sistemas de pensiones y otras fuentes de apoyo financiero para quienes abandonan definitivamente la actividad laboral.(21)

Uno de los efectos más notables del cambio demográfico en México es la paulatina transformación de la distribución por edad de la población. La mayor sobrevivencia y disminución de la fecundidad han conducido a un envejecimiento gradual de la población mexicana, es decir, una proporción de niños y jóvenes cada vez menor y un peso relativo de las personas en edades adulta y avanzada cada vez mayor. La distinta disminución de la fecundidad y la mortalidad entre las entidades federativas y la diferente intensidad de la migración, han dejado su huella en las pirámides de población de cada uno de los estados.(21)

La distribución por edad de la población de Morelos se caracteriza por una estructura similar a la nacional. Los niveles intermedios de fecundidad en el Estado se reflejan en proporciones parecidas de menores de quince años de edad, 33.7% frente a 35.2% del conjunto del país y de personas en edades laborables, 15 a 64 años: 61.6% frente a 60.5% nacional.(21)

El descenso conjunto de la mortalidad y la fecundidad producirá cambios notables en la composición por edad de la población de Morelos durante los próximos años. La identificación de estos cambios debe servir como insumo para diseñar e instrumentar las acciones que permitan satisfacer las distintas demandas de la población.(21)

La población de 15 a 64 años aumentará de 905,000 personas en la actualidad a 1,36 millones en 2010, lo que traerá consigo fuertes presiones sobre el mercado de trabajo. La tasa global de fecundidad (TGF) de Morelos ha disminuido progresivamente, el nivel actual de la fecundidad del estado es de 2.73 hijos (0.24 hijos menor a la media nacional). Los partos ocurren en su mayoría en etapas más tempranas y tardías de la vida fértil, que es cuando aumentan la morbilidad y la mortalidad materna e infantil. En los municipios de Morelos se observa una estrecha relación entre la tasa de mortalidad infantil y el grado de marginación. El riesgo de fallecer en el primer año de vida es 49% mayor que en el Distrito Federal (que registra el nivel más bajo del país). La esperanza de vida de nacimiento para Morelos, en 1996, es de 73.7 años (70.4 para hombres y 76.9 para mujeres). En 1995, 56 de cada cien personas de 12 años o más son parte de la población económicamente activa. En cuanto al comportamiento por género, 76% de los hombres son económicamente activos mientras que solo 38 de cada cien mujeres tienen esta característica. La población económicamente inactiva, presenta un comportamiento inverso, 42% está en localidades con 15 mil habitantes o más y 45.7% en las de menos de 15 mil. En cuanto a la distribución de la población económicamente activa, el 48.6% se dedica a los quehaceres del hogar, 33.1% son estudiantes y 18.3% son jubilados, pensionados o incapacitados permanentes.(21)

Las tendencias demográficas recientes, permiten prever que la población de Morelos, aumentará de 1.63 millones de habitantes en el año 2000, a 1.83 millones en 2005 y 2.03 millones en 2010. El crecimiento proporcional de Morelos será superior al nacional. A pesar de que Morelos es una entidad federativa con baja

fecundidad, se prevé que registraré una regular reducción durante los próximos años. La tasa global de fecundidad disminuirá a 2.0 hijo en 2005 y 1.87 hijos en 2010. Se prevé que la mortalidad en el Estado de Morelos se reducirá en todas las edades. La reducción prevista para la mortalidad, representa aumentos significativos en la esperanza de vida al nacimiento y un incremento en la necesidad de implantar programas preventivos de salud que mejoren la calidad de vida. No obstante, debido al envejecimiento de la población morelense, el número anual de decesos ha aumentado gradualmente desde 1992.(21)

## **6. Justificación del Estudio.**

Los indicadores sociomédicos con poca frecuencia se aplican a las enfermedades bucales, no obstante que éstas, además de ser procesos de larga duración tienen un origen casi siempre prevenible y se pueden evitar con educación y cambios conductuales.

Se deben llevar a cabo cambios en el concepto de salud bucal que actualmente se manejan en programas preventivos y educativos, para hacer consciente a la población de que el cuidado de la salud bucal repercute en el desarrollo integral del individuo y que tiene un impacto en su calidad de vida, abarcando aspectos no sólo de enfermedad sino también sociales, económicos y psicológicos.

Durante los siglos pasados, la búsqueda de la humanidad se enfocó en el alargamiento de la vida y el máximo aplazamiento de la muerte. Se logró este objetivo, se consiguió extender el promedio de vida, sin embargo, con este logro, la calidad de vida se vio afectada, consiguieron no morir jóvenes, ahora mueren más viejos pero más enfermos; el propósito de este siglo es morir más viejo, pero con mayor calidad de vida.



La búsqueda del alargamiento en la expectativa de vida en los siglos pasados, ha dejado un camino abierto al estudio de la salud en la sobrevivencia. Ahora se hace énfasis en la habilidad de la gente para realizar sus actividades diarias, teniendo satisfacción personal, bienestar social y por lo tanto una mejor calidad de vida.

La justificación para la elaboración del presente estudio es aportar más sensibilidad social al renglón de salud y la educación bucal, utilizando los datos que arrojé en este trabajo y se haga una modificación en el manejo del concepto de salud bucal tanto en pacientes, como en promotores de salud.

También se pretende dar una dimensión social a la enfermedad bucal, para lo cual se seleccionarán algunas poblaciones rurales del estado de Morelos.

## **7. Hipótesis.**

Ho: Las enfermedades bucales tienen un impacto en la calidad de vida de los habitantes de las comunidades rurales del estado de Morelos.

Ha: Las enfermedades bucales no tienen un impacto en la calidad de vida de los habitantes de las comunidades rurales del estado de Morelos.

## **8. Objetivos.**

### **8.1. Objetivo general:**

- Determinar el impacto social de las enfermedades bucales en la calidad de vida en las comunidades rurales del estado de Morelos.

## **8.2. Objetivos específicos:**

- Determinar las diferencias significativas del impacto social por grupos de edad.
- Determinar las diferencias significativas por género.
- Determinar la relación entre el nivel educacional y el impacto social que tienen las enfermedades bucales.
- Determinar las diferencias significativas del impacto social según la auto percepción de salud.
- Determinar las diferencias del impacto que tienen las enfermedades bucales según el índice C.P.O.
- Determinar las diferencias por comunidad estudiada.

## **9. Material y Método.**

Este es un estudio observacional, descriptivo, para determinar la tasa de prevalencia de las enfermedades bucales y su impacto social con el objetivo de determinar el nivel de afectación que tienen en la calidad de vida. Se realizará utilizando un modelo denominado Impactos Orales en el Desempeño Diario (O.I.D.P.), que mide nueve actividades físicas, psicológicas y sociales representativas de la vida cotidiana. Los resultados son calculados multiplicando la puntuación de frecuencia por la de severidad de cada uno de los desempeños, y posteriormente sumados. El modelo fue probado en 228 personas en la Facultad de Odontología de la UNAM y en tres comunidades rurales, para comprobar su confiabilidad utilizando el coeficiente de consistencia interna Alfa de Cronbach, el resultado fue de 0.9595 para la frecuencia; 0.9503 para la severidad; 0.7561 para los principales síntomas y 0.8859 para los principales daños bucales causantes de los impactos. (11)

El marco teórico en el que se basa el O.I.D.P. es utilizado por la Organización Mundial de la Salud, en su Clasificación Internacional de Desajustes. El O.I.D.P es una buena alternativa como indicador de los problemas bucales, provee resultados de las condiciones bucales de manera concisa, confiable y válida.

El O.I.D.P. se enfoca a la medición de las consecuencias de los impactos finales, como la habilidad para realizar actividades físicas diarias, psicológicas y sociales; y los impactos intermedios , que incluyen los posibles efectos negativos tempranos causados por dolor, incomodidad o malestar bucal, limitación de funciones e insatisfacción estética.

Los nueve desempeños físicos, psicológicos y sociales que se manejan en el cuestionario son:

- ✕ Comer y disfrutar de los alimentos
- ✕ Hablar y pronunciar correctamente
- ✕ Limpiarse la boca
- ✕ Hacer actividades físicas ligeras (limpiar, cocinar, etc.)
- ✕ Dormir y relajarse
- ✕ Sonreír, reírse y mostrar los dientes sin pena
- ✕ Mantener el estado emocional normal sin irritaciones
- ✕ Realizar su principal actividad o trabajo
- ✕ Disfrutar el contacto con la gente (salir con amigos)

La cuantificación de los impactos consiste en usar tanto la frecuencia como la severidad. Desde el punto de vista estadístico, ambas necesitan tener una escala de proporciones para multiplicarlos, para lo que se seleccionó una escala de 8 puntos que van desde muy frecuentemente hasta nunca en el caso de la frecuencia, y una escala de 5 puntos que va de extremo a ninguno en el caso de la severidad.

Para obtener el O.I.D.P., se multiplican la frecuencia por la severidad de cada una de las nueve actividades, los nueve productos son sumados y posteriormente multiplicados por 100 y dividido entre la máxima puntuación posible, para obtener un porcentaje.

ACTIVIDAD	F. FRECUENCIA DE 0 A 5 S. SEVERIDAD DE 1 A 5
1 COMER	(F1)(S1)=X1
2 HABLAR	(F2)(S2)=X2
3 LIMPIARSE LOS DIENTES	(F3)(S3)=X3
4 HACER ACTIVIDADES LIGERAS	(F4)(S4)=X4
5 DORMIR	(F5)(S5)=X5
6 SONREIR	(F6)(S6)=X6
7 MANTENER EL EDO. EMOCIONAL	(F7)(S7)=X7
8 TRABAJAR	(F8)(S8)=X8
9 SALIR CON AMIGOS	(F9)(S9)=X9
SUMA	$\square X1, X2, X3, X4, X5, X6, X7, X8, X9 = Y$
REGLA DE TRES	$(Y/360) (100) = \% \text{O.I.D.P.}$
	* MÁXIMA PUNTUACIÓN POSIBLE

Como criterio de inclusión se consideró aplicar al cuestionario a todo adulto que se presentara a recibir atención de las brigadas, el único criterio de exclusión fue que no fueran mayores de 18 años o que no pertenecieran a las comunidades seleccionadas.

El cuestionario fue aplicado durante los fines de semana de enero de 2000 a julio de 2001 a 400 personas de siete comunidades rurales de dos municipios del estado de Morelos a las personas que asisten a las brigadas de servicio social de la Facultad de Odontología. El tiempo que se utiliza normalmente para contestar el

cuestionario se calcula en 15 minutos, aunque debido al bajo nivel educacional de los encuestados el mismo puede alargarse.

Para la contestación de las preguntas se utilizó lápiz y cuestionario (anexo 1) previamente impreso.

Aunque el cuestionario está diseñado para autoaplicación, dado el nivel socio cultural de la población de las comunidades rurales, se realizó un interrogatorio directo.

Para el examen clínico, se utilizaron un espejo del número 5, abate lenguas y explorador.

### 9.1. Registro y Procesamiento de Datos.

La información obtenida a partir de los cuestionarios se captura en una hoja de Excel, para hacer una base de datos más fácil de manejar.

La columna de edad se clasifica en grupos de edad que abarcan intervalos de clase de 10 años (20-29; 30-39.....).

La columna de O.I.D.P., se clasifica en rangos de 10 puntos porcentuales (cero, <10%, 11-20, 21-30, 31-40.....).

Para fines estadísticos, aquellas variables cualitativas tales como edad, sexo, salud general, ocupación y tipo de persona que se considera, se les asignó un valor cuantitativo discreto para lograr su cuantificación.

Para el cálculo del C.P.O., se suma el número total de dientes cariados, perdidos y obturados.

## 9.2. Análisis Estadístico de Datos.

Utilizando el programa S.P.S.S. versión 10:

- Se realiza un análisis de correlación entre las columnas de edad, sexo, nivel educacional, salud general, tipo de persona según la cantidad de problemas con los dientes y C.P.O. Con los resultados de la tabla, se sabrá si existe una relación directa y una diferencia significativa entre cada una de las variables.

- Correlación de coeficientes en el O.I.D.P.

- Se calcula la relación que existe entre C.P.O. y O.I.D.P.

- Se realiza un análisis de correlación entre O.I.D.P., y concepto de uno mismo, según la cantidad de problemas con los dientes.

- Se realiza un análisis de correlación entre O.I.D.P., C.P.O. y las otras variables.

- 

Utilizando el programa Microsoft Excel 2000:

- Se realizan tablas para determinar la prevalencia, incidencia, frecuencia y severidad de los impactos bucales sobre los desempeños diarios considerados.

- Se calcula la incidencia de los síntomas causantes de los impactos sociobucales de cada una de las actividades dentro de los diferentes rangos de O.I.D.P.

- Se calcula el promedio, media y moda de cada variable.

## 10. Resultados.

El cuestionario se aplicó en siete comunidades rurales del estado de Morelos. (tabla 1, gráfica 1)

Tabla 1.

LUGAR DE LA ENCUESTA		
	NUMERO	PORCENTAJE
Santo Domingo	26	7%
Tepoztlán	34	9%
Atlacholoaya	51	13%
Chinconcuac	76	19%
Santa Ma. Alpuyecá	76	19%
Unidad Morelos	67	17%
Xochitepec	70	18%
<b>TOTAL</b>	<b>400</b>	<b>100%</b>

Gráfica 1.

### LUGAR DE ENCUESTA



- Santo Domingo
- Tepoztlán
- Atlacholoaya
- ▣ Chinconcuac
- Sta Ma. Alpuyecá
- Unidad Morelos
- Xochitepec

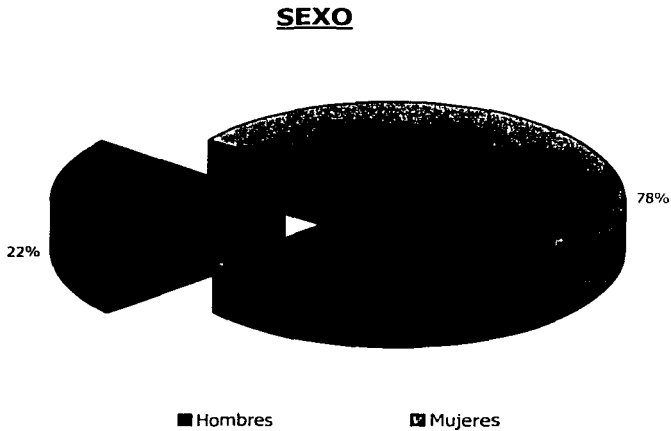
TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN

La población total de Morelos está dividida en partes casi iguales de hombres (49.59%) que de mujeres (50.41%). Sin embargo, a las brigadas asisten muchas más mujeres. Dentro de la muestra el 78% son del sexo femenino. (tabla 2, gráfica 2)

Tabla 2.

SEXO	NÚMERO	PORCENTAJE
Hombres	87	22%
Mujeres	313	78%
TOTAL	400	100%

Gráfica 2.



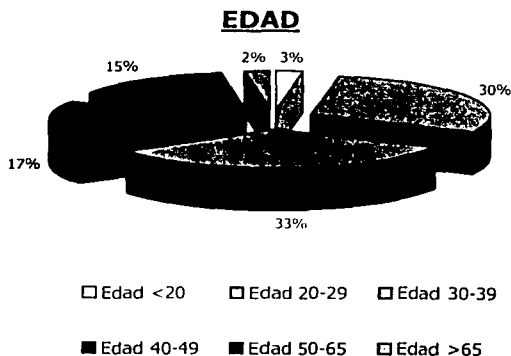


El promedio de edad es de 36.723 años, la mediana es 34 años, la moda 30 y la desviación estándar 12.296. El 66% de la muestra tiene entre 20 y 39 años. (tabla 3, gráfica 3)

Tabla 3.

EDAD	NÚMERO	PORCENTAJE
Edad <20	10	3%
Edad 20-29	119	30%
Edad 30-39	133	33%
Edad 40-49	69	17%
Edad 50-65	60	15%
Edad >65	9	2%
<b>TOTAL</b>	<b>400</b>	<b>100%</b>

Gráfica 3.

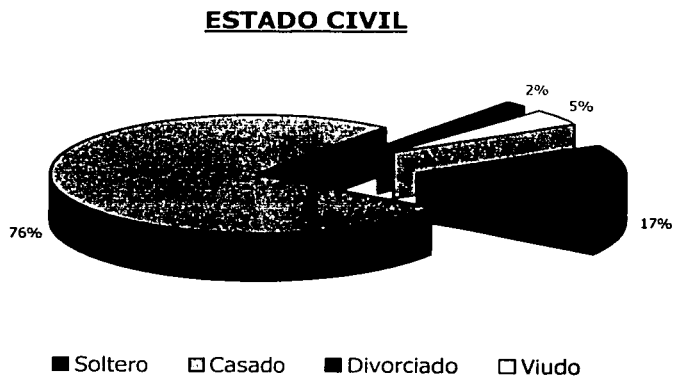


El 77% de la muestra está casado civil y/o religiosamente o en unión libre y el 18% son solteros. (tabla 4, gráfica 4)

Tabla 4.

ESTADO CIVIL	NÚMERO	PORCENTAJE
Soltero	70	18%
Casado	306	77%
Divorciado	6	2%
Viudo	18	5%
TOTAL	400	100%

Gráfica 4.

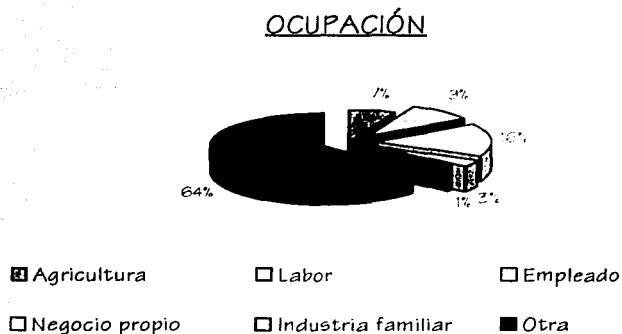


La mayoría de las personas encuestadas son mujeres que se dedican al hogar (64%). (tabla 5, gráfica 5)

Tabla 5.

OCUPACIÓN	NÚMERO	PORCENTAJE
Agricultura	26	7%
Labor	37	9%
Empleado	65	16%
Negocio propio	13	3%
Industria familiar	3	1%
Hogar/Otra	256	64%
TOTAL	400	100%

Gráfica 5.

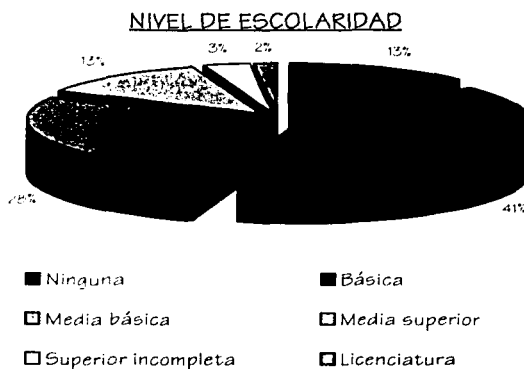


El nivel de escolaridad de la muestra es bajo, la mayoría de las personas tienen un nivel de escolaridad básico o menor, sólo 7 personas tienen licenciatura. (tabla 6, gráfica 6)

Tabla 6.

NIVEL DE ESCOLARIDAD		
	NÚMERO	PORCENTAJE
Ninguna	53	13%
Básica	165	41%
Media básica	112	28%
Media superior	50	13%
Superior incompleta	13	3%
Licenciatura	7	2%
<b>TOTAL</b>	<b>400</b>	<b>100%</b>

Gráfica 6.

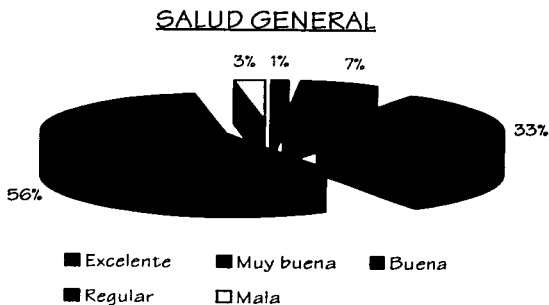


Se preguntó cómo consideran su salud general comparándose con otras personas de la misma edad y el 56% respondió tener una salud regular. (tabla 7, gráfica 7)

Tabla 7.

SALUD GENERAL	NÚMERO	PORCENTAJE
Excelente	5	1%
Muy buena	28	7%
Buena	131	33%
Regular	225	56%
Mala	11	3%
<b>TOTAL</b>	<b>400</b>	<b>100%</b>

Gráfica 7.



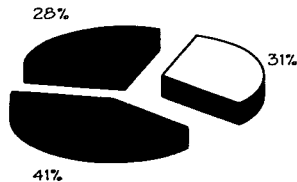
Se preguntó qué tipo de persona se consideran, según la cantidad de problemas que tienen con sus dientes, el 41% respondió tener una cantidad razonable de problemas con sus dientes. (tabla 8, gráfica 8)

Tabla 8.

TIPO DE PERSONA QUE SE CONSIDERA	NUMERO	PORCENTAJE
Que casi no tiene problemas con sus dientes	124	31%
Que tiene una cantidad razonable de problemas en sus dientes	165	41%
Que tiene muchos problemas en sus dientes	111	28%
<b>TOTAL</b>	<b>400</b>	<b>100%</b>

Gráfica 8.

TIPO DE PERSONA



- Una persona que casi no tiene problemas con sus dientes
- Una persona que tiene una cantidad razonable de problemas en sus dientes
- Una persona que tiene muchos problemas en sus dientes

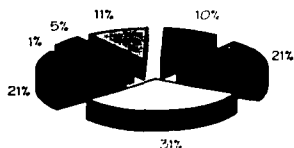
Se preguntó cuándo fue su última visita al dentista, la mayoría respondió haber ido hace menos de un año (tabla 9, gráfica 9). Aunque se debe mencionar que las brigadas de la Facultad de Odontología van a estas comunidades hace más de 5 años, y sólo hacen profilaxis, obturaciones con resina y amalgama y extracciones, por lo que casi ningún paciente tiene restauraciones protésicas.

Tabla 9.

ÚLTIMA VISITA AL DENTISTA		
	NUMERO	PORCENTAJE
Nunca	82	21%
Hace más de 20 años	2	1%
Entre hace 10 y 20 años	18	5%
Entre hace 5 y 10 años	45	11%
Entre hace 2 y 4 años	40	10%
Entre hace 1 y 2 años	86	22%
Hace menos de 1 año	127	32%
<b>TOTAL</b>	<b>400</b>	<b>100%</b>

Gráfica 9.

### ÚLTIMA VISITA AL DENTISTA



- Nunca
- Entre hace 10 y 20 años
- Entre hace 2 y 4 años
- Hace menos de 1 año
- Hace más de 20 años
- Entre hace 5 y 10 años
- Entre hace 1 y 2 años

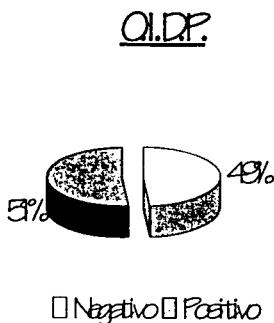
Se preguntó si durante los últimos seis meses, les habían causado problemas o alguna dificultad la boca, los dientes o la dentadura en su desempeño diario. Aquellas personas que respondieron que no, se considera que tienen un O.I.D.P., negativo; por el contrario, las personas que dijeron que sí habían tenido dificultades, se considera que tienen un O.I.D.P. positivo, dentro de éste se hizo una clasificación según el resultado final. (tabla 10, gráfica 10)

Del total de personas encuestadas 206 reportaron si haber tenido un impacto en su vida diaria en los últimos seis meses.

Tabla 10.

O.I.D.P.	NÚMERO	PORCENTAJE
Negativo	194	48%
Positivo	206	52%
Total	400	100%

Gráfica 10.





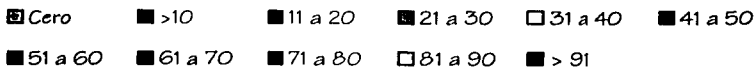
De las personas que respondieron haber tenido problemas en los últimos seis meses, se multiplicó la frecuencia por la severidad de cada una de las nueve actividades. La mayoría de los resultados fueron menores de 50 puntos o 13.88% (tabla 11, gráfica 11). El promedio de O.I.D.P. positivo es de 30.421 puntos o 8.409%, la mediana es de 23 puntos o 6.25% y la moda es de 8 puntos o 29.75%.

Tabla 11.

RANGO DE O.I.D.P. (en puntos)	NÚMERO	PORCENTAJE
Cero	194	49%
>10	49	12%
11 a 20	47	12%
21 a 30	37	9%
31 a 40	25	6%
41 a 50	16	4%
51 a 60	16	4%
61 a 70	2	1%
71 a 80	6	2%
81 a 90	1	0.3%
> 91	7	2%
Total	400	100%

Gráfica 11.

### RESULTADOS DE O.I.D.P.



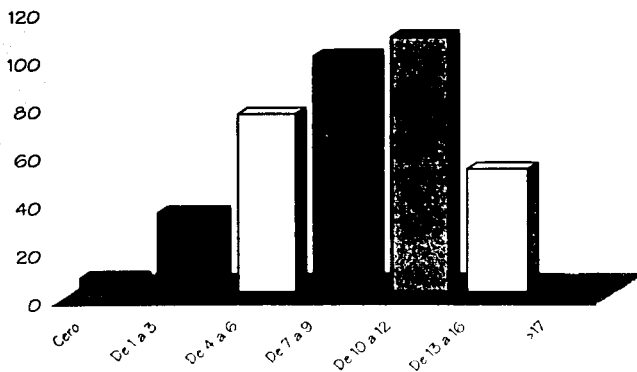
El promedio de C.P.O., es 13.097, la media es de 10.836, la moda es de 14, la mediana es 13 y la desviación estándar 4.7014. El número de dientes cariados en la mayoría de las personas fue de 10 a 12 (tabla 12, gráfica 12). El promedio es de 8.56 dientes por persona, la mediana es 9, la moda 10 y la desviación estándar es de 3.795.

Tabla 12.

C.P.O.		
CARIADO	NUMERO	PORCENTAJE
Cero	6	2%
De 1 a 3	33	9%
De 4 a 6	74	20%
De 7 a 9	98	26%
De 10 a 12	106	28%
De 13 a 16	51	14%
>17	4	1%
<b>TOTAL</b>	<b>372</b>	<b>100%</b>

Gráfica 12.

COMPONENTE C DEL C.P.O.

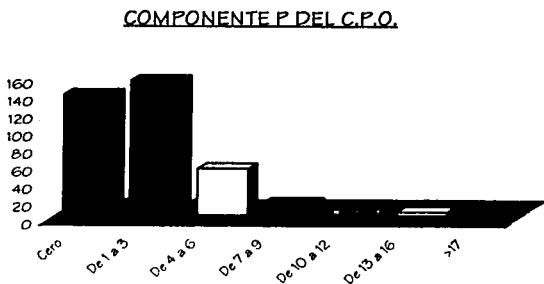


El índice C.P.O., mostró que el 41% de la muestra tiene de 1 a 3 dientes perdidos (tabla 13, gráfica 13). El promedio es de 2.15 dientes perdidos por persona, la mediana es de 1, la moda es cero y la desviación estándar de 3.217. Estas cifras sí pueden ser disminuidas si se realizan restauraciones protésicas.

Tabla 13.

C. P. O.		
PERDIDO	NUMERO	PORCENTAJE
Cero	137	37%
De 1 a 3	153	41%
De 4 a 6	53	14%
De 7 a 9	14	4%
De 10 a 12	9	2%
De 13 a 16	4	1%
>17	2	1%
<b>TOTAL</b>	<b>372</b>	<b>100%</b>

Gráfica 13.



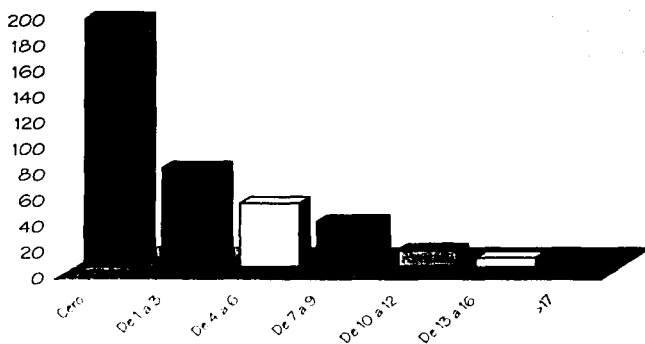
El componente obturado (O) del índice C.P.O., muestra el mayor grupo en cero (tabla 14, gráfica 14). El promedio de dientes obturados por persona es de 2.41, la mediana cero, la moda cero y la desviación estándar es de 3.464.

Tabla 14.

C.P.O.		
OBTURADO	NÚMERO	PORCENTAJE
Cero	192	52%
De 1 a 3	76	20%
De 4 a 6	49	13%
De 7 a 9	35	9%
De 10 a 12	13	3%
De 13 a 16	7	2%
>17	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>372</b>	<b>100%</b>

Gráfica 14.

COMPONENTE O DEL C.P.O.



De las 206 personas con O.I.D.P. positivo, 150 contestaron tener problemas para comer y disfrutar de los alimentos, la causa principal fue tener dolor de dientes. (tabla 15, gráfica 15)

Tabla 15

O.I.D.P. -10	PROBL. PARA COMER	
CAUSA	NUMERO	PORCENTAJE
Dolor de dientes	11	22%
Perder un diente	1	2%
Mal aliento	1	2%
Encías sangrantes	1	2%
No respondió	35	71%
<b>TOTAL</b>	<b>49</b>	<b>100%</b>

O.I.D.P. 11-20	PROBL. PARA COMER	
CAUSA	NUMERO	PORCENTAJE
Dolor de dientes	35	74%
Encías sangrantes	1	2%
No respondió	11	23%
<b>TOTAL</b>	<b>47</b>	<b>100%</b>

O.I.D.P. 21-30	PROBL. PARA COMER	
CAUSA	NUMERO	PORCENTAJE
Dolor de dientes	24	65%
Dientes perdidos	1	3%
Perder un diente	2	5%
Sabor desagradable	2	5%
Encías sangrantes	2	5%
No Respondió	6	16%
<b>TOTAL</b>	<b>37</b>	<b>100%</b>

O.I.D.P. 31-40	PROBL. PARA COMER	
CAUSA	NUMERO	PORCENTAJE
Dolor de dientes	19	73%
Dientes perdidos	1	4%
Perder un diente	1	4%
Úlceras orales	1	4%

O.I.D.P. 51-60	PROBL. PARA COMER	
CAUSA	NUMERO	PORCENTAJE
Dolor de dientes	8	53%
Perder un diente	3	20%
Úlceras bucales	2	13%
Sabor desagradable	1	7%
No respondió	1	7%
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>100%</b>

O.I.D.P. 61-70	PROBL. PARA COMER	
CAUSA	NUMERO	PORCENTAJE
Dolor de dientes	2	100%
<b>TOTAL</b>	<b>2</b>	<b>100%</b>

O.I.D.P. 71-80	PROBL. PARA COMER	
CAUSA	NUMERO	PORCENTAJE
Dolor de dientes	3	50%
Dientes perdidos	1	17%
Perder un diente	1	17%
Sabor desagradable	1	17%
<b>TOTAL</b>	<b>6</b>	<b>100%</b>

O.I.D.P. 81-90	PROBL. PARA COMER	
CAUSA	NUMERO	PORCENTAJE
Dolor de dientes	1	100%
<b>TOTAL</b>	<b>1</b>	<b>100%</b>

O.I.D.P. -91	PROBL. PARA COMER	
CAUSA	NUMERO	PORCENTAJE
Dolor de dientes	5	71%
Sabor desagradable	2	29%
<b>TOTAL</b>	<b>7</b>	<b>100%</b>

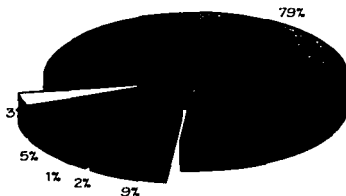
Sabor desagradable	2	8%
No respondió	2	8%
<b>TOTAL</b>	<b>26</b>	<b>100%</b>

O I D P 41 50 CAUSA	PROBL PARA COMER	
	NUMERO	PORCENTAJE
Dolor de dientes	11	69%
Dientes perdidos	1	6%
Perder un diente	1	6%
Trastorno del sabor	1	6%
Encías sangrantes	1	6%
No respondió	1	6%
<b>TOTAL</b>	<b>16</b>	<b>100%</b>

O I D P. TOTAL CAUSA	PROBL PARA COMER	
	NUMERO	PORCENTAJE
Dolor de dientes	119	58%
Dientes perdidos	4	2%
Perder un diente	9	4%
Úlceras bucales	3	1%
Mal aliento	1	0%
Trastorno del sabor	1	0%
Sabor desagradable	8	4%
Encías sangrantes	5	2%
No respondió	56	27%
<b>TOTAL</b>	<b>206</b>	<b>100%</b>

Gráfica 15.

### CAUSAS DE PROBLEMAS PARA COMER



- Dolor de dientes
- Dientes perdidos
- Úlceras bucales
- Mal aliento
- Trastorno del sabor
- Sabor desagradable
- Encías sangrantes

Las personas que reportaron tener problemas para hablar y pronunciar correctamente en su mayoría fueron las que obtuvieron un O.I.D.P. de 51-60. las causas principales fueron dolor de dientes, mal aliento y dientes perdidos. (tabla 16, gráfica 16)

Tabla 16.

O.I.D.P. >10 CAUSA	PROBL. PARA HABLAR NUMERO	PORCENTAJE
Dolor de dientes	1	2%
Dientes perdidos	1	2%
No respondió	47	96%
<b>TOTAL</b>	<b>49</b>	<b>100%</b>

O.I.D.P. 11-20 CAUSA	PROBL. PARA HABLAR NUMERO	PORCENTAJE
Dolor de dientes	1	2%
Color de los dientes	1	2%
Mal aliento	3	6%
No respondió	42	89%
<b>TOTAL</b>	<b>47</b>	<b>100%</b>

O.I.D.P. 21-30 CAUSA	PROBL. PARA HABLAR NUMERO	PORCENTAJE
Dolor de dientes	3	8%
Perder un diente	5	14%
Aspecto del diente	1	3%
Úlceras bucales	1	3%
Mal aliento	3	8%
No respondió	24	65%
<b>TOTAL</b>	<b>37</b>	<b>100%</b>

O.I.D.P. 31-40	PROBL. PARA HABLAR
----------------	--------------------

O.I.D.P. 51-60 CAUSA	PROBL. PARA HABLAR NUMERO	PORCENTAJE
Dolor de dientes	3	20%
Dientes perdidos	1	7%
Mal aliento	2	13%
Ruidos en la A.T.M.	2	13%
No respondió	7	47%
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>100%</b>

O.I.D.P. 61-70 CAUSA	PROBL. PARA HABLAR NUMERO	PORCENTAJE
No respondió	2	100%
<b>TOTAL</b>	<b>2</b>	<b>100%</b>

O.I.D.P. 71-80 CAUSA	PROBL. PARA HABLAR NUMERO	PORCENTAJE
Dientes perdidos	1	17%
Perder un diente	1	17%
Sabor desagradable	1	17%
No respondió	3	50%
<b>TOTAL</b>	<b>6</b>	<b>100%</b>

O.I.D.P. 81-90 CAUSA	PROBL. PARA HABLAR NUMERO	PORCENTAJE
Mal aliento	1	100%
<b>TOTAL</b>	<b>1</b>	<b>100%</b>

O.I.D.P. >91 CAUSA	PROBL. PARA HABLAR NUMERO	PORCENTAJE
Dolor de dientes	2	29%

CAUSA	NUMERO	PORCENTAJE
Dolor de dientes	5	19%
Dientes perdidos	2	8%
Color de dientes	1	4%
Mal aliento	4	15%
No respondió	14	54%
<b>TOTAL</b>	<b>26</b>	<b>100%</b>

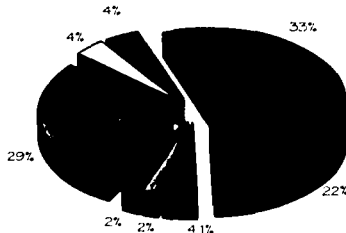
No respondió	5	71%
<b>TOTAL</b>	<b>7</b>	<b>100%</b>

O.I.D.P. 41 50 CAUSA	PROBL. PARA HABLAR NUMERO	PROCENTAJE
Dolor de dientes	1	6%
Mal aliento	1	6%
Sabor desagradable	1	6%
No respondió	13	81%
<b>TOTAL</b>	<b>16</b>	<b>100%</b>

TODOS CAUSA	PROBL. PARA HABLAR NUMERO	PROCENTAJE
Dolor de dientes	16	8%
Dientes perdidos	10	5%
Perder un diente	1	0%
Color de dientes	2	1%
Aspecto del diente	1	0%
Úlceras bucales	1	0%
Mal aliento	14	7%
Sabor desagradable	2	1%
Ruidos en la A.T.M.	2	1%
No respondió	157	76%
<b>TOTAL</b>	<b>206</b>	<b>100%</b>

Grafica 16.

CAUSAS DE PROBLEMAS PARA HABLAR



- Dolor de dientes
- Dientes perdidos
- Color de dientes
- Aspecto del diente
- Úlceras bucales
- Mal aliento
- Sabor desagradable
- Ruidos en la A.T.M.



Los principales motivos por los que las personas reportaron no poderse lavar la boca fueron tener dolor de dientes y/o que les sangraran las encías. (tabla 17, gráfica 17)

Evidentemente el problema de no poder realizar esta actividad es que tanto la caries, como la enfermedad periodontal aumentan.

Tabla 17.

O.I.D.P. - 10 CAUSA	P. PARA LAVARSE LA BOCA	
	NUMERO	PORCENTAJE
Dolor de dientes	10	20%
Úlceras bucales	2	4%
Mal aliento	2	4%
Encías sangrantes	13	27%
Abscesos en las encías	1	2%
No respondió	31	63%
REPETIDAS	-10	-20%
<b>TOTAL</b>	<b>49</b>	<b>100%</b>

O.I.D.P. 51-60 CAUSA	P. PARA LAVARSE LA BOCA	
	NUMERO	PORCENTAJE
Dolor de dientes	8	53%
Mal aliento	3	20%
Encías sangrantes	8	53%
Abscesos en las encías	1	7%
No respondió	2	13%
REPETIDAS	-7	-47%
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>100%</b>

O.I.D.P. 61-70 CAUSA	P. PARA LAVARSE LA BOCA	
	NUMERO	PORCENTAJE
Dolor de dientes	1	50%
Encías sangrantes	1	50%
<b>TOTAL</b>	<b>2</b>	<b>100%</b>

O.I.D.P. 11-20 CAUSA	P. PARA LAVARSE LA BOCA	
	NUMERO	PORCENTAJE
Dolor de dientes	18	38%
Encías sangrantes	17	36%
Abscesos en las encías	1	2%
No respondió	18	38%
REPETIDAS	-7	-15%
<b>TOTAL</b>	<b>47</b>	<b>100%</b>

O.I.D.P. 71-80 CAUSA	P. PARA LAVARSE LA BOCA	
	NUMERO	PORCENTAJE
Dolor de dientes	3	50%
Mal aliento	1	17%
Encías sangrantes	3	50%
Migración de encías	1	17%
REPETIDAS	-2	-33%
<b>TOTAL</b>	<b>6</b>	<b>100%</b>

O.I.D.P. 21-30 CAUSA	P. PARA LAVARSE LA BOCA	
	NUMERO	PORCENTAJE
Dolor de dientes	19	51%
Úlceras bucales	2	5%
Sabor desagradable	1	3%
Encías sangrantes	16	43%
No respondió	8	22%
REPETIDAS	-9	-24%
<b>TOTAL</b>	<b>37</b>	<b>100%</b>

O.I.D.P. 81-90 CAUSA	P. PARA LAVARSE LA BOCA	
	NUMERO	PORCENTAJE
Dolor de dientes	1	100%
Encías sangrantes	1	100%
REPETIDAS	-1	-100%
<b>TOTAL</b>	<b>1</b>	<b>100%</b>

O.I.D.P. 91 CAUSA	P. PARA LAVARSE LA BOCA	
	NUMERO	PORCENTAJE

O.I.D.P. 31-40 CAUSA	P. PARA LAVARSE LA BOCA	
	NUMERO	PORCENTAJE
Dolor de dientes	17	65%
Dientes perdidos	1	4%
Posición de los dientes	1	4%
Mal aliento	1	4%
Encías sangrantes	12	46%
No respondió	6	23%
REPETIDAS	-12	-46%
<b>TOTAL</b>	<b>26</b>	<b>100%</b>

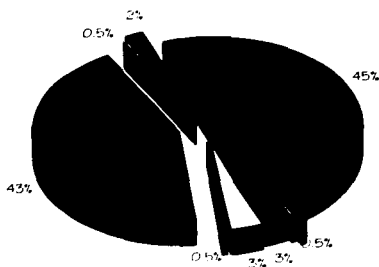
O.I.D.P. 41-50 CAUSA	P. PARA LAVARSE LA BOCA	
	NUMERO	PORCENTAJE
Dolor de dientes	12	75%
Úlceras bucales	1	6%
Encías sangrantes	9	56%
No respondió	2	13%
REPETIDAS	-8	-50%
<b>TOTAL</b>	<b>16</b>	<b>100%</b>

Dolor de dientes	2	25%
Encías sangrantes	5	63%
Abscesos en las encías	1	13%
No respondió	5	63%
REPETIDAS	-5	-63%
<b>TOTAL</b>	<b>8</b>	<b>100%</b>

TODOS CAUSA	P. PARA LAVARSE LA BOCA	
	NUMERO	PORCENTAJE
Dolor de dientes	90	43.7%
Dientes perdidos	1	0.5%
Posición de los dientes	1	0.5%
Úlceras bucales	5	2.4%
Mal aliento	7	3.4%
Sabor desagradable	1	0.5%
Encías sangrantes	85	41.3%
Migración de encías	1	0.5%
Abscesos en las encías	4	1.9%
No respondió	72	35.0%
<b>RESPUESTAS</b>	<b>267</b>	<b>129.6%</b>
<b>REPETIDAS</b>	<b>-61</b>	<b>-22.8%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>206</b>	<b>100%</b>

Gráfica 17.

### CAUSAS DE PROBLEMAS PARA LAVARSE LOS DIENTES



- Dolor de dientes
- Dientes perdidos
- Posición de los dientes
- Úlceras bucales
- Mal aliento
- Sabor desagradable
- Encías sangrantes
- Migración de encías
- Abscesos en las encías

Se consideran como actividades ligeras limpiar, cocinar y el resto de los quehaceres del hogar, principal ocupación de las mujeres de las comunidades estudiadas; esto significa que a pesar de que no aportan dinero como tal, sí son parte importante de la economía. La causa principal en la limitación de esta función fue tener dolor de dientes. (tabla 18, gráfica 18)

Tabla 18.

O.I.D.P. < 10 CAUSA	P. PARA HACER ACT. LIG. NUMERO	ACT. LIG. PORCENTAJE
Dolor de dientes	2	4%
No respondió	47	96%
TOTAL	49	100%

O.I.D.P. 11-20 CAUSA	P. PARA HACER ACT. LIG. NUMERO	ACT. LIG. PORCENTAJE
Dolor de dientes	4	9%
Sabor desagradable	1	2%
No respondió	42	89%
TOTAL	47	100%

O.I.D.P. 21-30 CAUSA	P. PARA HACER ACT. LIG. NUMERO	ACT. LIG. PORCENTAJE
Dolor de dientes	2	5%
No respondió	35	95%
TOTAL	37	100%

O.I.D.P. 31-40 CAUSA	P. PARA HACER ACT. LIG. NUMERO	ACT. LIG. PORCENTAJE
Dolor de dientes	1	4%
No respondió	25	96%

O.I.D.P. 51-60 CAUSA	P. PARA HACER ACT. LIG. NUMERO	ACT. LIG. PORCENTAJE
Dolor de dientes	2	13%
Sabor desagradable	1	7%
No respondió	12	80%
TOTAL	15	100%

O.I.D.P. 61-70 CAUSA	P. PARA HACER ACT. LIG. NUMERO	ACT. LIG. PORCENTAJE
No respondió	2	100%
TOTAL	2	100%

O.I.D.P. 71-80 CAUSA	P. PARA HACER ACT. LIG. NUMERO	ACT. LIG. PORCENTAJE
No respondió	6	100%
TOTAL	6	100%

O.I.D.P. 81-90 CAUSA	P. PARA HACER ACT. LIG. NUMERO	ACT. LIG. PORCENTAJE
No respondió	1	100%
TOTAL	1	100%

O.I.D.P. > 91 CAUSA	P. PARA HACER ACT. LIG. NUMERO	ACT. LIG. PORCENTAJE
No respondió	3	43%
No respondió	4	57%
TOTAL	7	100%

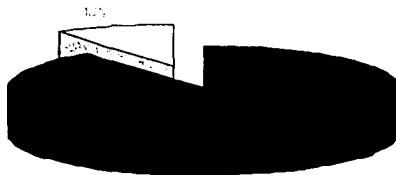
TOTAL	26	100%
-------	----	------

TODOS CAUSA	P. PARA HACER ACT. LIG. NUMERO	PORCENTAJE
Dolor de dientes	18	9%
Sabor desagradable	2	1%
No respondió	186	90%
RESPUESTAS	206	100%
REPETIDAS	0	0%
TOTAL	206	100%

O.I.D.P. 41-50 CAUSA	P. PARA HACER ACT. LIG. NÚMERO	PORCENTAJE
Dolor de dientes	4	25%
No respondió	12	75%
TOTAL	16	100%

Gráfica 18.

CAUSAS DE PROBLEMAS PARA HACER ACTIVIDADES LIGERAS



■ Dolor de dientes

□ Sabor desagradable

La principal causa para no poder dormir, descansar o relajarse que reportaron las personas con O.I.D.P. positivo fue tener dolor de dientes. En la mayoría de los casos estas personas también tenían problemas en otras actividades. (tabla 19, gráfica 19)

Tabla 19.

O.I.D.P. - 10 CAUSA	P. PARA DESCANSAR	
	NUM	PORCENTAJE
No respondió	49	100%
TOTAL	49	100%

O.I.D.P. 11-20 CAUSA	P. PARA DESCANSAR	
	NUM	PORCENTAJE
Dolor de dientes	6	13%
Sabor desagradable	1	2%
No respondió	40	85%
TOTAL	47	100%

O.I.D.P. 21-30 CAUSA	P. PARA DESCANSAR	
	NUM	PORCENTAJE
Dolor de dientes	8	22%
No respondió	29	78%
TOTAL	37	100%

O.I.D.P. 31-40 CAUSA	P. PARA DESCANSAR	
	NUM	PORCENTAJE
Dolor de dientes	4	15%
Sabor desagradable	1	4%
No respondió	21	81%
TOTAL	26	100%

O.I.D.P. 61-70 CAUSA	P. PARA DESCANSAR	
	NUM	PORCENTAJE
No respondió	2	100%
TOTAL	2	100%

O.I.D.P. 71-80 CAUSA	P. PARA DESCANSAR	
	NUM	PORCENTAJE
Dolor de dientes	3	50%
Sabor desagradable	1	17%
No respondió	2	33%
TOTAL	6	100%

O.I.D.P. 81-90 CAUSA	P. PARA DESCANSAR	
	NUM	PORCENTAJE
No respondió	1	100%
TOTAL	1	100%

O.I.D.P. >91 CAUSA	P. PARA DESCANSAR	
	NUM	PORCENTAJE
Dolor de dientes	3	43%
Abscesos en encías	1	14%
No respondió	3	43%
TOTAL	7	100%

O I D P 41 50	P PARA DESCANSAR	
CAUSA	NUM	PORCENTAJE
Dolor de dientes	3	19%
No respondió	13	81%
TOTAL	16	100%

O I D P 51 60	P PARA DESCANSAR	
CAUSA	NUM	PORCENTAJE
Dolor de dientes	5	33%
No respondió	10	67%
TOTAL	15	100%

TODOS	P PARA DESCANSAR	
CAUSA	NUM	PORCENTAJE
Dolor de dientes	34	17%
Sabor desagradable	3	1%
Abscesos en encías	1	0%
No respondió	171	83%
RESPUESTAS	209	101%
REPETIDAS	-3	-1%
TOTAL	206	100%

Gráfica 19.

CAUSAS DE PROBLEMAS PARA DESCANSAR



- Dolor de dientes
- Sabor desagradable
- Abscesos en las encías

Las principales causas de tener problemas para sonreír o reír sin pena fueron el color y la posición de los dientes; por ejemplo, giroversiones, diastemas o malposiciones en general. (tabla 20, gráfica 20)

Tabla 20.

O.I.D.P. -10 CAUSA	PROBL. PARA SONREIR NUMERO	PORCENTAJE
Color de dientes	2	4%
No respondió	47	96%
REPETIDAS	0	0%
TOTAL	49	100%

O.I.D.P. 11 20 CAUSA	PROBL. PARA SONREIR NUMERO	PORCENTAJE
Dientes perdidos	1	2%
Color de dientes	1	2%
Posición de diente	3	6%
No respondió	43	91%
REPETIDAS	-1	-2%
TOTAL	47	100%

O.I.D.P. 21 30 CAUSA	PROBL. PARA SONREIR NUMERO	PORCENTAJE
Perder un diente	1	3%
Color de dientes	2	5%
No respondió	34	92%
TOTAL	37	100%

O.I.D.P. 31 40 CAUSA	PROBL. PARA SONREIR NUMERO	PORCENTAJE
Dolor de dientes	1	4%
Dientes perdidos	2	8%
Color de dientes	3	13%
Posición de dientes	2	8%
Encías sangrantes	1	4%
No respondió	17	71%
REPETIDAS	-2	-8%
TOTAL	24	100%

O.I.D.P. 41 50 CAUSA	PROBL. PARA SONREIR NUMERO	PORCENTAJE
Dientes perdidos	1	6%
Perder un diente	2	13%
Color de dientes	3	19%

O.I.D.P. 61 70 CAUSA	PROBL. PARA SONREIR NUMERO	PORCENTAJE
Aspecto de dientes	1	50%
No respondió	1	50%
TOTAL	2	100%

O.I.D.P. 71 80 CAUSA	PROBL. PARA SONREIR NUMERO	PORCENTAJE
Perder un diente	2	33%
Color de dientes	1	17%
Posición de dientes	1	17%
Encías sangrantes	1	17%
Abscesos en encías	1	17%
No respondió	2	33%
REPETIDAS	-2	-33%
TOTAL	6	100%

O.I.D.P. 81 90 CAUSA	PROBL. PARA SONREIR NUMERO	PORCENTAJE
Color de dientes	1	100%
Encías sangrantes	1	100%
REPETIDAS	-1	-100%
TOTAL	1	100%

O.I.D.P. -91 CAUSA	PROBL. PARA SONREIR NUMERO	PORCENTAJE
Encías sangrantes	1	14%
Trat. incorrecto	1	14%
No respondió	5	71%
TOTAL	7	100%

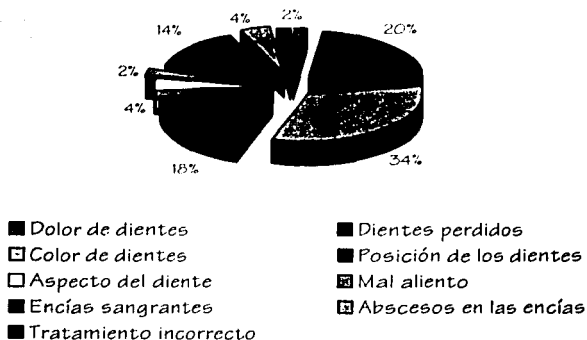
Aspecto del diente	1	6%
Mal aliento	1	6%
Encías sangrantes	1	6%
No respondió	11	69%
REPETIDAS	-4	-25%
TOTAL	16	100%

O.I.D.P. 51-60 CAUSA	PROBL. PARA SONREIR NUMERO	PORCENTAJE
Dientes perdidos	1	7%
Color de dientes	2	13%
Posición de dientes	2	13%
Encías sangrantes	1	7%
Abscesos en encías	1	7%
No respondió	11	73%
REPETIDAS	-3	-20%
TOTAL	15	100%

TODOS CAUSA	PROBL PARA SONREIR NUMERO	PORCENTAJE
Dolor de dientes	1	0%
Dientes perdidos	6	3%
Perder un diente	4	2%
Color de dientes	16	8%
Posición de dientes	9	4%
Aspecto del diente	2	1%
Mal aliento	1	0%
Encías sangrantes	7	3%
Abscesos en encías	2	1%
Trat. incorrecto	1	0%
No respondió	173	84%
RESPUESTAS	222	108%
REPETIDAS	-16	-8%
TOTAL	206	100%

Gráfica 20.

### CAUSA DE PROBLEMAS PARA SONREIR





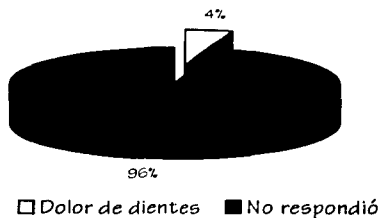
La actividad que parece estar menos comprometida es mantener el estado emocional sin irritarse; sin embargo, la principal causa fue el dolor de dientes. (tabla 21, gráfica 21)

Tabla 21.

O.I.D.P. 51-60	PROBL PARA MANTENER EL EDO EMOCIONAL	
CAUSA	NUMERO	PORCENTAJE
Dolor de dientes	5	2%
No respondió	201	98%
TOTAL	206	100%
O.I.D.P. 61-70	PROBL PARA MANTENER EL EDO EMOCIONAL	
CAUSA	NUMERO	PORCENTAJE
Dolor de dientes	1	50%
No respondió	1	50%
TOTAL	2	100%
O.I.D.P. 71-91	PROBL PARA MANTENER EL EDO EMOCIONAL	
CAUSA	NUMERO	PORCENTAJE
Dolor de dientes	3	43%
No respondió	4	57%
TOTAL	7	100%
TODOS	PROBL PARA MANTENER EL EDO EMOCIONAL	
CAUSA	NUMERO	PORCENTAJE
Dolor de dientes	9	4%
No respondió	197	96%
TOTAL	206	100%

Gráfica 21.

CAUSA DE PROBLEMAS PARA MANTENER EL ESTADO EMOCIONAL



Las personas que reportaron tener problemas para trabajar o realizar su principal actividad identificaron como causa principal el tener dolor de dientes. (tabla 22, gráfica 22)

Los días de trabajo perdidos tienen una repercusión importante en la economía, en la familia de la comunidad y del país.

Tabla 22.

O.I.D.P. 11 20	PROBL. PARA TRABAJAR	
CAUSA	NUMERO	PORCENTAJE
Dolor de dientes	2	4%
No respondió	45	96%
<b>TOTAL</b>	<b>47</b>	<b>100%</b>

O.I.D.P. 51 60	PROBL. PARA TRABAJAR	
CAUSA	NUMERO	PORCENTAJE
Dolor de dientes	1	7%
No respondió	14	93%
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>100%</b>

O.I.D.P. 71 80	PROBL. PARA TRABAJAR	
CAUSA	NUMERO	PORCENTAJE
Dolor de dientes	1	3%
No respondió	36	97%
<b>TOTAL</b>	<b>37</b>	<b>100%</b>

O.I.D.P. 71 80	PROBL. PARA TRABAJAR	
CAUSA	NUMERO	PORCENTAJE
Dolor de dientes	2	33%
No respondió	4	67%
<b>TOTAL</b>	<b>6</b>	<b>100%</b>

O.I.D.P. 31 40	PROBL. PARA TRABAJAR	
CAUSA	NUMERO	PORCENTAJE
Dolor de dientes	1	4%
No respondió	25	96%
<b>TOTAL</b>	<b>26</b>	<b>100%</b>

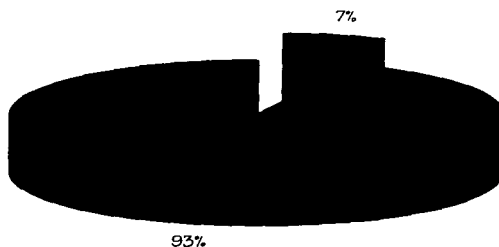
O.I.D.P. 91	PROBL. PARA TRABAJAR	
CAUSA	NUMERO	PORCENTAJE
Dolor de dientes	5	71%
No respondió	2	29%
<b>TOTAL</b>	<b>7</b>	<b>100%</b>

O.I.D.P. 41 50 PROBL. PARA TRABAJAR		
CAUSA	NUMERO	PORCENTAJE
Dolor de dientes	2	13%
No respondió	14	88%
<b>TOTAL</b>	<b>16</b>	<b>100%</b>

TODOS PROBL. PARA TRABAJAR		
CAUSA	NUMERO	PORCENTAJE
Dolor de dientes	14	7%
No respondió	192	93%
<b>TOTAL</b>	<b>206</b>	<b>100%</b>

Gráfica 22.

### CAUSA DE PROBLEMAS PARA TRABAJAR



■ Dolor de dientes

■ No respondió

La causa principal por la que la gente tuvo problemas para salir con amigos fue tener mal aliento. (tabla 23, gráfica 23) El no poder cumplir con un rol social tan importante lleva a la depresión y al aislamiento.

Tabla 23.

O.I.D.P. 10	P.P. SALIR CON AMIGOS	
CAUSA	NUM	PORCENTAJE
Mal aliento	2	4%
No respondió	47	96%
TOTAL	49	100%

O.I.D.P. 11-20	P.P. SALIR CON AMIGOS	
CAUSA	NUM	PORCENTAJE
D. perdidos	1	2%
Mal aliento	3	6%
No respondió	43	91%
TOTAL	47	

O.I.D.P. 21-30	P.P. SALIR CON AMIGOS	
CAUSA	NUM	PORCENTAJE
D. perdidos	1	3%
Mal aliento	4	11%
No respondió	32	86%
TOTAL	37	100%

O.I.D.P. 31-40	P.P. SALIR CON AMIGOS	
CAUSA	NUM	PORCENTAJE
Deformidades	1	4%
Mal aliento	5	19%
E. sangrantes	1	4%
No respondió	21	81%
REPETIDAS	-2	-8%
TOTAL	26	100%

O.I.D.P. 41-50	P.P. SALIR CON AMIGOS	
CAUSA	NUM	PORCENTAJE
Mal aliento	2	13%

O.I.D.P. 61-70	P.P. SALIR CON AMIGOS	
CAUSA	NUM	PORCENTAJE
Mal aliento	1	50%
No respondió	1	50%
TOTAL	2	100%

O.I.D.P. 71-80	P.P. SALIR CON AMIGOS	
CAUSA	NUM	PORCENTAJE
Color de dientes	1	17%
Mal aliento	1	17%
Encías sangrantes	1	17%
Dolor de dientes	1	17%
No respondió	4	67%
REPETIDAS	-2	-33%
TOTAL	6	100%

O.I.D.P. 81-90	P.P. SALIR CON AMIGOS	
CAUSA	NUM	PORCENTAJE
Dolor de dientes	1	100%
Mal aliento	1	100%
REPETIDAS	-1	-100%
TOTAL	1	100%

O.I.D.P. -91	P.P. SALIR CON AMIGOS	
CAUSA	NUM	PORCENTAJE
Dolor de dientes	2	29%
Color de dientes	2	29%
Mal aliento	3	43%
Encías sangrantes	1	14%
No respondió	1	14%
REPETIDAS	-2	-29%
TOTAL	7	100%

No respondió	14	88%
TOTAL	16	100%

O.I.D.P. 51-60	P.P. SALIR CON AMIGOS	
CAUSA	NUM.	PORCENTAJE
Mal aliento	2	13%
Dolor de dientes	1	7%
E. sangrantes	1	7%
No respondió	13	87%
REPETIDAS	-2	-13%
TOTAL	15	100%

TODOS	P.P. SALIR CON AMIGOS	
CAUSA	NUM.	PORCENTAJE
Dolor de dientes	5	2.4%
Dientes perdidos	2	1.0%
Color de dientes	4	2%
Deformidades	1	0.5%
Encías sangrantes	4	1.9%
Mal aliento	24	12%
No respondió	175	85%
REPETIDAS	-9	-4.4%
TOTAL	206	100%

Gráfica 23.

CAUSA DE PROBLEMAS PARA SALIR CON AMIGOS



- Dolor de dientes
- Color de dientes
- Encías sangrantes
- No respondió
- Dientes perdidos
- ▣ Deformidades
- Mal aliento

La mayoría de las personas respondieron tener muchos o una cantidad razonable de problemas con sus dientes, independientemente del grado de O.I.D.P. (tabla 24) Sin embargo, sí existen diferencias significativas entre el grupo con O.I.D.P. positivo y el de O.I.D.P. negativo. (gráfica 24)

Tabla 24.

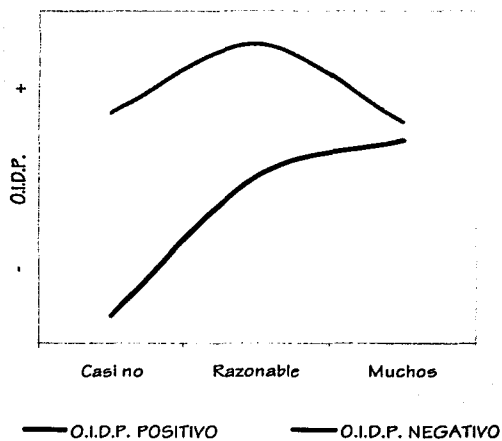
O.I.D.P. <10	TIPO DE PERSONA	NÚMERO	O.I.D.P. 11-20	TIPO DE PERSONA	NÚMERO
	Problemas			Problemas	
	Casi no	5		Casi no	3
	Razonable	35		Razonable	20
	Muchos	9		Muchos	24
	TOTAL	49		TOTAL	47
O.I.D.P. 21-30	TIPO DE PERSONA	NÚMERO	O.I.D.P. 31-40	TIPO DE PERSONA	NÚMERO
	Problemas			Problemas	
	Casi no	2		Casi no	3
	Razonable	20		Razonable	4
	Muchos	15		Muchos	17
	TOTAL	37		TOTAL	24
O.I.D.P. 41-50	TIPO DE PERSONA	NÚMERO	O.I.D.P. 51-60	TIPO DE PERSONA	NÚMERO
	Problemas			Problemas	
	Casi no	0		Casi no	1
	Razonable	3		Razonable	6
	Muchos	13		Muchos	8
	TOTAL	16		TOTAL	15
O.I.D.P. 61-70	TIPO DE PERSONA	NÚMERO	O.I.D.P. 71-80	TIPO DE PERSONA	NÚMERO
	Problemas			Problemas	
	Casi no	0		Casi no	1
	Razonable	1		Razonable	2
	Muchos	1		Muchos	3
	TOTAL	2		TOTAL	6
O.I.D.P. 81-90	TIPO DE PERSONA	NÚMERO	O.I.D.P. >91	TIPO DE PERSONA	NÚMERO
	Problemas			Problemas	
	Casi no	0		Casi no	0
	Razonable	0		Razonable	2
	Muchos	1		Muchos	5
	TOTAL	1		TOTAL	7

O.I.D.P. TOTAL	TIPO DE PERSONA	NUMERO
	Problemas	
	Casi no	16
	Razonable	93
	Muchos	97
	TOTAL	206

O.I.D.P. CERO	TIPO DE PERSONA	NUMERO
	Problemas	
	Casi no	108
	Razonable	72
	Muchos	14
	TOTAL	194

Gráfica 24.

### O.I.D.P. VS TIPO DE PERSONA



En todos los rangos de edad, menos en el de >65, los hombres dijeron tener menos problemas con los dientes que las mujeres. (tabla 25)

Tabla 25.

<b>RELACIÓN SEXO-EDAD-TIPO DE PERSONA</b>			
<b>Sexo</b>	<b>Rango de edad</b>	<b>Tipo de persona</b>	<b>Total</b>
Masc.	Edad 20-29	Casi no tiene problemas con sus dientes	8
		Tiene una cantidad razonable de problemas	5
		Tiene muchos problemas en sus dientes	5
	Edad 30-39	Casi no tiene problemas con sus dientes	10
		Tiene una cantidad razonable de problemas	7
		Tiene muchos problemas en sus dientes	3
	Edad 40-49	Casi no tiene problemas con sus dientes	11
		Tiene una cantidad razonable de problemas	6
		Tiene muchos problemas en sus dientes	5
	Edad 50-65	Casi no tiene problemas con sus dientes	9
		Tiene una cantidad razonable de problemas	6
		Tiene muchos problemas en sus dientes	6
	Edad >65	Tiene una cantidad razonable de problemas	4
		Tiene muchos problemas en sus dientes	2
	Fem.	Edad <20	Casi no tiene problemas con sus dientes
Tiene una cantidad razonable de problemas			5
Tiene muchos problemas en sus dientes			1
Edad 20-29		Casi no tiene problemas con sus dientes	37
		Tiene una cantidad razonable de problemas	44
		Tiene muchos problemas en sus dientes	20
Edad 30-39		Casi no tiene problemas con sus dientes	26
		Tiene una cantidad razonable de problemas	51
		Tiene muchos problemas en sus dientes	36
Edad 40-49		Casi no tiene problemas con sus dientes	10
		Tiene una cantidad razonable de problemas	20
		Tiene muchos problemas en sus dientes	17
Edad 50-65		Casi no tiene problemas con sus dientes	9
		Tiene una cantidad razonable de problemas	15
		Tiene muchos problemas en sus dientes	15
Edad >65	Tiene una cantidad razonable de problemas	2	
	Tiene muchos problemas en sus dientes	1	



Existe una relación directa entre el nivel de escolaridad y el tipo de persona que se consideran, según la cantidad de problemas que tienen con los dientes. (tabla 26)

Tabla 26.

<b>RELACIÓN ESCOLARIDAD —TIPO DE PERSONA</b>		
<b>Educación.</b>	<b>Tipo de persona.</b>	<b>Total</b>
Ninguna	Casi no tiene problemas con sus dientes	11
	Tiene una cantidad razonable de problemas	19
	Tiene muchos problemas en sus dientes	23
Educación básica	Casi no tiene problemas con sus dientes	53
	Tiene una cantidad razonable de problemas	70
	Tiene muchos problemas en sus dientes	42
Educación media básica	Casi no tiene problemas con sus dientes	35
	Tiene una cantidad razonable de problemas	48
	Tiene muchos problemas en sus dientes	29
Educación media superior	Casi no tiene problemas con sus dientes	19
	Tiene una cantidad razonable de problemas	20
	Tiene muchos problemas en sus dientes	11
E. superior incompleta	Casi no tiene problemas con sus dientes	2
	Tiene una cantidad razonable de problemas	5
	Tiene muchos problemas en sus dientes	6
Licenciatura o equivalente	Casi no tiene problemas con sus dientes	4
	Tiene una cantidad razonable de problemas	3

No existe una relación directa entre el estado civil y el tipo de persona que se considera. (tabla 27)

Tabla 27.

RELACIÓN TIPO DE PERSONA-EDO. CIVIL		
Estado civil	Tipo de persona.	Total
Soltero	Casi no tiene problemas con sus dientes	33
	Tiene una cantidad razonable de problemas	25
	Tiene muchos problemas en sus dientes	12
Casado	Casi no tiene problemas con sus dientes	86
	Tiene una cantidad razonable de problemas	132
	Tiene muchos problemas en sus dientes	88
Divorciado	Casi no tiene problemas con sus dientes	3
	Tiene muchos problemas en sus dientes	3
Viudo	Casi no tiene problemas con sus dientes	2
	Tiene una cantidad razonable de problemas	8
	Tiene muchos problemas en sus dientes	8

Las personas con O.I.D.P. positivo coinciden en un C.P.O. de 11 a 20. (tabla 28)

Tabla 28.

O.I.D.P. <10	C.P.O.	PERSONAS
	<5	3
	6 A 10	3
	11 A 15	14
	16 A 20	19
	21 A 25	1
	26 A 30	0
	TOTAL	40

O.I.D.P. 11-20	C.P.O.	PERSONAS
	<5	4
	6 A 10	9
	11 A 15	16
	16 A 20	15
	21 A 25	4
	26 A 30	0
	TOTAL	48

O.I.D.P. 21-30	C.P.O.	PERSONAS
	<5	10
	6 A 10	2
	11 A 15	13
	16 A 20	9
	21 A 25	1
	26 A 30	2
	TOTAL	37

O.I.D.P. 31-40	C.P.O.	PERSONAS
	<5	5
	6 A 10	1
	11 A 15	11
	16 A 20	6
	21 A 25	2
	26 A 30	0
	TOTAL	25

O.I.D.P. 41-50	C.P.O.	PERSONAS
	<5	1
	6 A 10	4
	11 A 15	6
	16 A 20	8
	21 A 25	3
	26 A 30	0
	TOTAL	22

O.I.D.P. 51-60	C.P.O.	PERSONAS
	<5	0
	6 A 10	2
	11 A 15	5
	16 A 20	4
	21 A 25	2
	26 A 30	1
	TOTAL	14

O.I.D.P. 61-70	C.P.O.	PERSONAS
	<5	1
	6 A 10	0
	11 A 15	3
	16 A 20	2
	21 A 25	0
	26 A 30	0
	TOTAL	6

O.I.D.P. 71-80	C.P.O.	PERSONAS
	<5	0
	6 A 10	0
	11 A 15	3
	16 A 20	2
	21 A 25	0
	26 A 30	0
	TOTAL	5

O.I.D.P. 81-90	C.P.O.	PERSONAS
	<5	0
	6 A 10	0
	11 A 15	1
	16 A 20	1
	21 A 25	0
	26 A 30	0
	TOTAL	2

O.I.D.P. -91	C.P.O.	PERSONAS
	<5	0
	6 A 10	1
	11 A 15	3
	16 A 20	3
	21 A 25	0
	26 A 30	0
	TOTAL	7

Las personas con O.I.D.P. positivo (gráfica 25) tienen un C.P.O. más alto que aquellas con un O.I.D.P. negativo. (gráfica 26)(tabla 29)

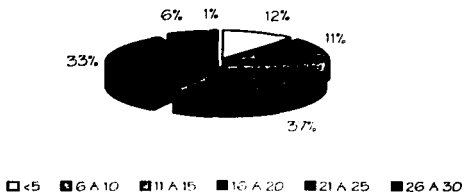
Tabla 29.

O.I.D.P. POSITIVO	C.P.O	NUM.
	<5	24
	6 A 10	23
	11 A 15	74
	16 A 20	69
	21 A 25	13
	26 A 30	3
	TOTAL	206

O.I.D.P. NEGATIVO	C.P.O	NUM.
	<5	18
	6 A 10	39
	11 A 15	80
	16 A 20	45
	21 A 25	11
	26 A 30	1
	TOTAL	194

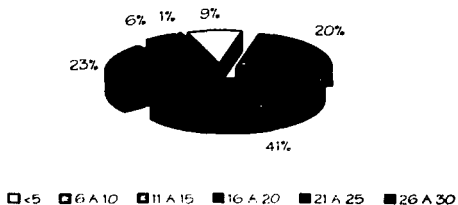
Gráfica 25.

RELACIÓN O.I.D.P. POSITIVO / C.P.O



Gráfica 26.

RELACIÓN O.I.D.P. NEGATIVO / C.P.O.



Las personas con O.I.D.P. bajo dijeron tener una cantidad razonable de problemas con los dientes y aquellos con O.I.D.P. alto dijeron tener muchos problemas, por lo que existe una relación directa entre el O.I.D.P., y el tipo de persona que se consideran (tabla 30, gráfica 27, gráfica 28).

Tabla 30.

O.I.D.P. 10	TIPO DE PERSONA	NUMERO
	Problemas	
	Casi no	5
	Razonable	35
	Muchos	9
	TOTAL	49

O.I.D.P. 21 30	TIPO DE PERSONA	NUMERO
	Problemas	
	Casi no	2
	Razonable	20
	Muchos	15
	TOTAL	37

O.I.D.P. 41 50	TIPO DE PERSONA	NUMERO
	Problemas	
	Casi no	0
	Razonable	3
	Muchos	13
	TOTAL	16

O.I.D.P. 61 70	TIPO DE PERSONA	NUMERO
	Problemas	
	Casi no	0
	Razonable	1
	Muchos	1
	TOTAL	2

O.I.D.P. 81 90	TIPO DE PERSONA	NUMERO
	Problemas	
	Casi no	0
	Razonable	0
	Muchos	1
	TOTAL	1

O.I.D.P. 11 20	TIPO DE PERSONA	NUMERO
	Problemas	
	Casi no	3
	Razonable	20
	Muchos	24
	TOTAL	47

O.I.D.P. 31 40	TIPO DE PERSONA	NUMERO
	Problemas	
	Casi no	3
	Razonable	4
	Muchos	17
	TOTAL	24

O.I.D.P. 51 60	TIPO DE PERSONA	NUMERO
	Problemas	
	Casi no	1
	Razonable	6
	Muchos	8
	TOTAL	15

O.I.D.P. 71 80	TIPO DE PERSONA	NUMERO
	Problemas	
	Casi no	1
	Razonable	2
	Muchos	3
	TOTAL	6

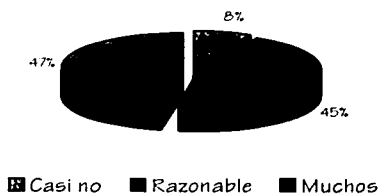
O.I.D.P. 91	TIPO DE PERSONA	NUMERO
	Problemas	
	Casi no	0
	Razonable	2
	Muchos	5
	TOTAL	7

O.I.D.P. POSITIVO	TIPO DE PERSONA	NÚM.
	Problemas	
	Casi no	16
	Razonable	93
	Muchos	97
	<b>TOTAL</b>	<b>206</b>

O.I.D.P. NEGATIVO	TIPO DE PERSONA	NUM.
	Problemas	
	Casi no	108
	Razonable	72
	Muchos	14
	<b>TOTAL</b>	<b>194</b>

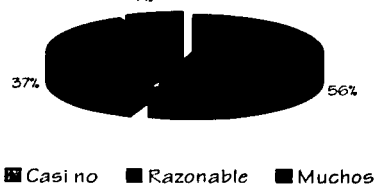
Gráfica 27.

RELACIÓN O.I.D.P. POSITIVO / TIPO DE PERSONA



Gráfica 28.

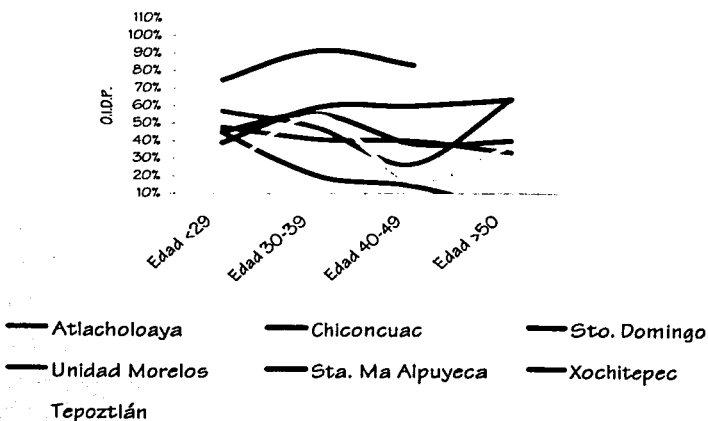
RELACIÓN O.I.D.P. NEGATIVO / TIPO DE PERSONA



La comunidad con O.I.D.P. más alto fue Santo Domingo, esto simplemente se da porque esta comunidad es la que representa el menor porcentaje de la muestra, sin embargo sí existen diferencias entre las comunidades (gráfica 29).

Gráfica 29.

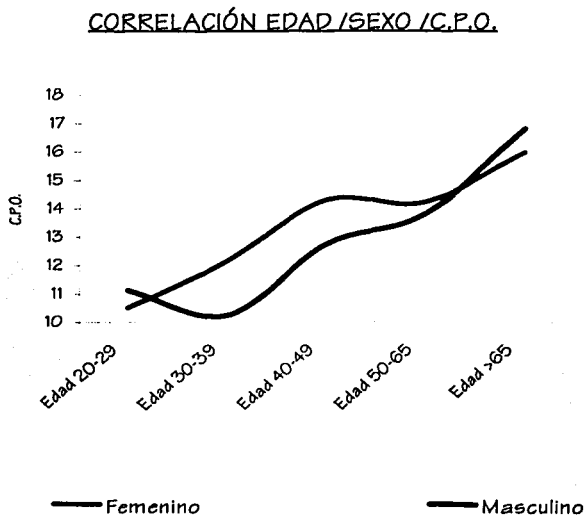
DIFERENCIAS DE O.I.D.P. POR COMUNIDAD





La diferencia entre hombres y mujeres no es significativa, en ambos se presenta un aumento directamente proporcional con la edad, sin embargo, existe un C.P.O. más bajo en los hombres de 30 a 39; pero esto ocurre sólo porque la muestra de hombres es menor (gráfica 30).

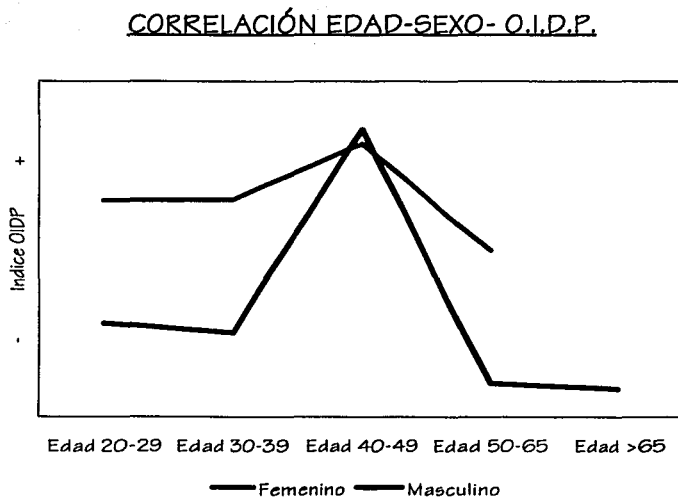
Gráfica 30.



**ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA**

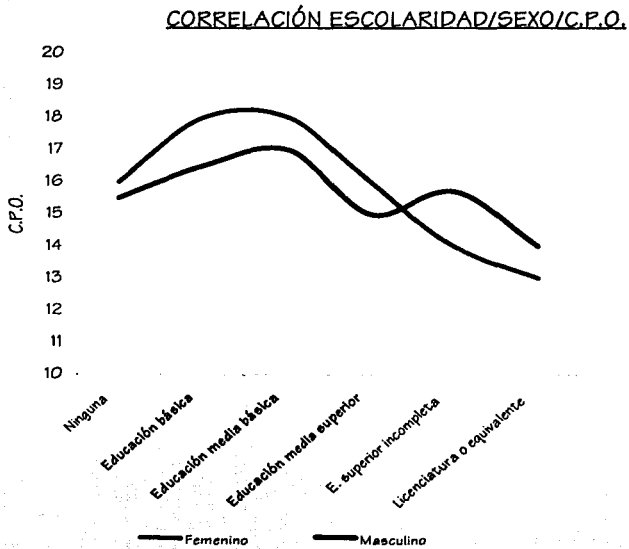
El O.I.D.P., en las mujeres es más alto y más constante que el de los hombres, que sólo presentan un fuerte incremento de O.I.D.P., entre la edad de 40 y 49. En ambos sexos hay una disminución de los impactos sociobucales a partir de los 50 años (gráfica 31).

Gráfica 31.



Para ambos sexos, el C.P.O. es inversamente proporcional con el nivel de escolaridad. Sin embargo, en las mujeres es más constante este decremento, comienza a partir de la educación superior incompleta, aunque en la muestra sólo el 3% tienen educación superior incompleta y el 2% licenciatura (gráfica 32).

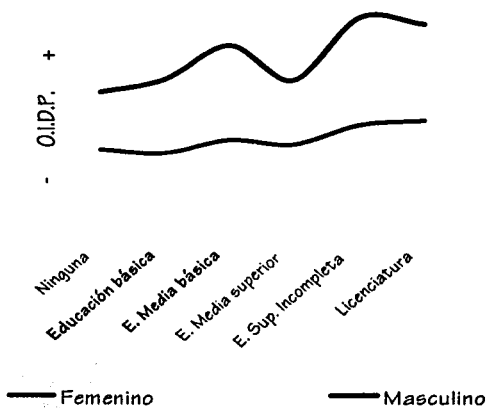
Gráfica 32.



Existe una relación directa entre el O.I.D.P. y el nivel de escolaridad para ambos sexos, más constante en las mujeres (gráfica 33).

Gráfica 33.

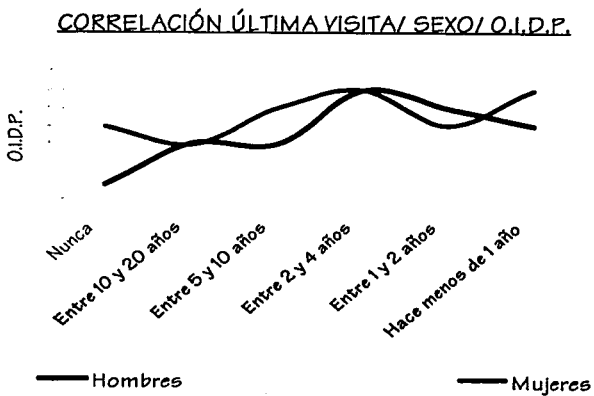
CORRELACIÓN ESCOLARIDAD/ SEXO/ O.I.D.P





Por otra parte, también existe un aumento de impactos bucales en la vida diaria relacionados con la frecuencia de visitas al dentista.(gráfica 35).

Gráfica 35.



## **11. Discusión.**

Sólo la mitad de las personas reportaron tener un O.I.D.P. positivo, esto es debido a que las comunidades encuestadas tienen un nivel de escolaridad muy bajo, el 13% son analfabetas y la escolaridad está fuertemente ligada con la salud (como ausencia de enfermedad) y con la percepción de salud. Conforme aumenta el nivel de escolaridad aumenta la conciencia, hay más cuidado a nivel preventivo y disminuyen los procesos patológicos; sin embargo, esta misma conciencia modifica los parámetros de incapacidad y aumentan los impactos provocados por un problema menor.

Se sabe que para una persona con un nivel de escolaridad alto, que tiene un empleo que requiere presentación, es muy penoso tener los dientes en malposición; mientras que para un campesino el tener los dientes "chuecos" es algo que es tan frecuente en su círculo social que no le importa.

Aún cuando el C.P.O. de la muestra es alto, el O.I.D.P. es bajo; esto se debe a que en las comunidades marginadas los conceptos de incapacidad son diferentes.

Dentro de la muestra, la mayoría de las personas tienen muy alto el componente C del índice C.P.O., y pocos dientes obturados, aún cuando dijeron haber ido hace poco al dentista. Para explicar esto, hay dos posibilidades: una es que hayan mentado con respecto a la frecuencia de las visitas al dentista; la otra es que el mismo dentista haya pasado por alto estas caries que además, la mayoría son avanzadas y provocan dolor, ya que fue la primer causa de impacto sociobucal de todas las actividades.

Las comunidades encuestadas tienen un nivel económico bajo, por lo que no tienen acceso fácil a la promoción de la salud por los medios de comunicación y no tienen dinero ni tiempo para asistir al dentista.

Entre más frecuentes son las visitas al dentista, más alto es el O.I.D.P., porque hay una concientización de los problemas bucales; el dentista le transmite al paciente la importancia de la salud bucal.

Por otro lado, el aumento de C.P.O., también está ligado con la frecuencia de las consultas dentales, esto se da por dos motivos: el primero es que la gente sólo asiste al dentista cuando tiene dolor, es decir, una lesión avanzada y no por una revisión preventiva, o bien, el segundo motivo es que el aumento de C.P.O., está provocado por iatrogenias del mismo dentista. En ambos casos la responsabilidad cae directamente en los servicios de salud.

En cuanto a la salud general, la mayoría de la gente percibe su salud como regular, aún sin tener un proceso patológico presente; sin embargo, la percepción de la salud bucal mucha gente considera no tener problemas con los dientes a pesar de sí tener un proceso patológico presente (caries, enfermedad periodontal, etc.). Esto indica que el concepto de salud general ahora sí incluye el bienestar psicológico y social, mientras que la salud bucal no.

Sí existe una relación entre el O.I.D.P. y la autoevaluación del tipo de persona según la cantidad de problemas que tienen con los dientes, ya que el O.I.D.P., califica el grado de salud bucal según la "percepción" de las dificultades que tienen en la vida diaria para realizar actividades sociales.

Las mujeres tienen una mayor asistencia a los servicios de salud, por lo mismo, tienen un C.P.O. y un O.I.D.P. más alto que los hombres, quienes a lo largo de su vida le dan menor importancia al bienestar; sin embargo, existe una etapa donde hay una mayor preocupación por la salud y la apariencia, esto sucede entre los 40 y los 50 años, que es cuando comienzan a sufrir los cambios típicos de la edad, como calvicie, sobrepeso y disminución en la capacidad sexual, en cambio las mujeres cuando pasan por esa edad no tienen una variación en los impactos sociobucales porque perciben los cambios como naturales.



## **12. Conclusiones.**

Los índices clínicos aportan datos suficientes para conocer el estado biológico de la cavidad bucal –indicadores de salud o enfermedad-; sin embargo, no consideran la manera en que las diferentes alteraciones bucales pueden alterar o modificar a una persona en el cumplimiento de sus roles sociales, es decir, no abordan la salud como un estado de bienestar total (físico, psicológico, económico y social).

Los indicadores sociomédicos no se usan con frecuencia -no obstante que los índices clínicos demuestran una salud bucal deficiente-, por lo que criterios tales como satisfacción, incapacidad, desventaja, minusvalía y calidad de vida, son conceptos rara vez escuchados en odontología. Con este trabajo se demostró que en las comunidades rurales las enfermedades bucales sí tienen un impacto sobre la calidad de vida, aunque menor del que se esperaba. Esto se debe a que los requerimientos, apreciaciones o "sentimientos" de salud son diferentes para cada grupo o comunidad. Mientras que para ciertos grupos o clases sociales una ligera desviación de los patrones "socialmente aceptados" constituyen una incapacidad, para otros grupos, estas desviaciones se asumen como parte necesaria o incuestionable a su condición o estrato al que pertenecen.

Es importante considerar las diferencias que se presentan de acuerdo a variables diversas, como género, edad, grupo social y nivel de educación, estas diferencias son congruentes con otros indicadores de salud y plantean una sociedad con marcadas desigualdades, miedos y expectativas muy diferentes en la utilización de servicios.

Los indicadores sociales permiten redimensionar a las enfermedades bucales, poniéndolas dentro de un concepto más tangible y más humano, otorgándole espacios que nos permiten conocer las necesidades de nuestra población en términos de satisfacción y capacidad de desempeñar actividades plenamente.

Afortunadamente las enfermedades bucales rara vez comprometen la vida -no obstante que su prevalencia en ciertos casos puede ser del 95% de la población-, sin embargo, sus consecuencias comprometen seriamente la habilidad o capacidad de una persona para desempeñarse -elegir alimentos, comer, dormir, divertirse, etc.- o interactuar socialmente.

El hecho de que un paciente le de o no importancia a la salud bucal depende en gran medida de los servicios de salud o cualquier promotor de la misma; para esto, es necesario que primero, el concepto de salud que un dentista tiene se modifique y considere a la cavidad bucal como parte de una persona que debe cumplir un rol social.

### 13. Anexos.

### Anexo 1

#### **CUESTIONARIO PARA EL ESTUDIO DE SALUD BUCAL** "INTEGRACIÓN DE FACTORES SOCIALES Y DE CONDUCTA EN LA ESTIMACIÓN DE NECESIDADES DE TRATAMIENTO"

ID. NUMERO	SITIO	FECHA
		(mes) (año)
_____ (1-3)	_____ (4-6)	_____ (7-8) _____ (9-10)

#### INTRODUCCIÓN.

Estamos realizando una entrevista con la gente acerca de sus experiencias en su salud general y sus problemas con la boca y los dientes. También estamos interesados en su opinión acerca de los tratamientos bucales ofrecidos. Esto no va a ser calificado con un acierto o un error así que siéntase libre al contestar y pregunte cualquier cosa que no entienda.

#### PARTE 1. DATOS DEMOGRAFICOS

Nombre (Sr., Sra., Srita.) _____		(11)
Edad _____	<input type="checkbox"/>	(12)
ESTADO CIVIL _____	<input type="checkbox"/>	(13)
1. Soltero		
2. Casado		
3. Divorciado		
4. Viudo		
OCUPACIÓN _____	<input type="checkbox"/>	(14)
1. Agricultura		
2. Labor		
3. Empleado		
4. Dueño de su propio negocio		
5. Oficial de gobierno		
6. Industria familiar		
7. Profesional, administrador		
8. Otra (especifique) _____		
NIVEL MAS ALTO DE EDUCACIÓN _____	<input type="checkbox"/>	(15)
0. Ninguno		
1. Educación básica		
2. Educación media básica		
3. Educación media superior		

4. Educación superior incompleta
5. Grado de licenciatura o equivalente
6. Especialidad o maestría

**PARTE 2 SALUD GENERAL**

G1. En general, tu salud es:

1. Excelente
2. Muy buena
3. Buena
4. regular
5. Mala  (16)

G2. ¿Durante las pasadas 4 semanas, has tenido alguno de los siguientes problemas en tu trabajo o en otras actividades diarias como resultado de tu salud física?

- a) Reducción del tiempo que inviertes en tu trabajo o en otras actividades
1. Si
  2. No  (17)

- b) Lograste menos de lo que a ti te hubiera gustado?
1. Si
  2. No  (18)

- c) Estuviste limitado en el tipo de trabajo o en otras actividades?
1. Si
  2. No  (19)

- d) Se te dificultó el desarrollo del trabajo o de otra actividad (esto requirió un esfuerzo extra)?
1. Si
  2. No  (20)

G3. ¿Durante las pasadas 4 semanas, has tenido alguno de los siguientes problemas en tu trabajo o en otras actividades diarias como resultado de problemas emocionales(tales como sensaciones de depresión o ansiedad)?

- a) Se redujo el tiempo que inviertes en tu trabajo o en otras actividades
1. Si
  2. No  (21)

- b) Lograste menos de lo que a ti te hubiera gustado
1. Si
  2. No  (22)

- c) No realizaste tu trabajo u otras actividades tan cuidadosamente como de costumbre
1. Si
  2. No  (23)

G4. ¿Durante la semana pasada, que proporción de tu salud física o problemas emocionales han interferido con tus actividades sociales normales con la familia, amigos, vecinos o grupos?

1. Ninguna
2. Escasa
3. Moderada
4. Bastante
5. Extrema  (24)

G5. En comparación con otras personas de la misma edad que tu ¿cómo consideras que esta tu salud?

1. Mucho Mejor
2. Escasamente mejor
3. Similar
4. Escasamente peor
5. Mucho peor

(25)

G6. Durante los pasados últimos años, tu salud es mejor o peor

1. Mucho mejor
2. Escasamente mejor
3. Similar
4. Escasamente peor
5. Mucho peor

(26)

---

### **PARTE 3. IMPACTOS ORALES EN EL DESEMPEÑO DIARIO**

Me gustaría saber acerca de los problemas que por el estado o condición de tu boca has tenido en tu vida diaria en los últimos seis meses. (preguntar cada una de estas preguntas para cada actividad en la TABLA 1)

Pregunta 1

a) ¿En los últimos seis meses, te han causado problemas o alguna dificultad la boca, los dientes o tu dentadura en tu desempeño diario?

0. No (Ir a la PARTE 4)
1. una o dos veces al mes
2. una o dos veces a la semana
3. tres o cuatro veces a la semana
4. hasta cinco días en total
5. hasta quince días en total
6. hasta treinta días en total
7. hasta tres meses en total
8. más de tres meses en total

Pregunta 2

Ahora te voy a preguntar acerca de la severidad de estos problemas cuando te sucedieron.

Usando una escala de 0 a 5, donde 0 es ningún efecto y 5 es muy severo y de gran efecto,

¿Cuál número dirías que refleja la severidad de estas dificultades en tu desempeño o en tu vida diaria?

0      1      2      3      4      5

**Pregunta 3**

¿cuál ha sido el principal síntoma de estas dificultades?

2. Molestia o malestar
3. Limitación de funciones
4. Insatisfacción en tu apariencia
5. Otro (especifique)\_\_\_\_\_

**Pregunta 4**

¿ Puedes especificar cual problema de tu boca, dientes, o dentaduras son las causas de estas dificultades?

00 No puede especificar

Dientes:

01 Dolor de dientes

02 Dientes perdidos

03 Perder un diente

04 Color de los dientes

05 Posición de los dientes (ejemplo: curvo, proyectado o separaciones)

06 Aspecto o tamaño del diente

Boca:

07 Deformidades de la boca o cara

08 Ulceras orales, manchas con dolor (no relacionadas con las dentaduras)

09 Sensación de ardor en la boca

10 Mal aliento

11 Trastorno del sabor

12 Sabor desagradable

Encías:

13 Encías sangrantes

14 Migración de las encías

15 Abscesos en las encías

Mandíbula:

16 Ruidos chasquidos o crepitaciones en la articulación mandibular

17 Trismus mandibular

Tratamientos previos:

18 Tratamiento incorrecto(mal hecho: ejemplo: color, rupturas, ajuste, etc.)

19 Pérdida o malestar por el uso de dentaduras

20 Uso de aparatos ortodónticos

88 Otros (especificar)

99 Respuesta que falta

# TABLA 1

## ACTIVIDADES

### PREGUNTAS

Te han causado problemas los dientes para tu desempeño?

- 0. no
- 1. una o dos veces al mes
- 2. 1 o 2 veces a la semana
- 3. 3 o 4 veces a la semana
- 4. hasta 5 días en total
- 5. hasta 15 días en total
- 6. hasta 30 días en total
- 7. mas de 30 días en total
- 8. mas de 3 meses

Ahora te voy a preguntar de la severidad de estos problemas cuando te sucedieron. Usando una escala de 0 a 5, donde 0 es ningún efecto y 5 es muy severo, cuál número dirías que refleja la severidad de estas dificultades en tu desempeño diario?

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

Cuál ha sido el principal síntoma de estas dificultades?

- 1. Molestia o malestar
- 2. Limitación de funciones
- 3. Insatisfacción con la apariencia
- 4. Otro

Puedes especificar cuál es la causa de l problema?

- 00 No puede especificar
- 01 Dolor de dientes
- 02 Dientes perdidos
- 03 Perder un diente
- 04 Color de dientes
- 05 Posición de dientes
- 06 Tamaño de dientes
- 07 Deformidades de la cara
- 08 Úlceras dolorosas
- 09 Sensación de ardor
- 10 Mal aliento
- 11 Trastorno del sabor
- 12 Sabor desagradable
- 13 Encías sangrantes
- 14 Migración de encías
- 15 Abscesos en las encías
- 16 Ruidos en la A.T.M.
- 17 Trismus mandibular
- 18 Tratamiento mal hecho
- 19 Malestar por dentaduras
- 20 Uso de a. ortodónticos

ACTIVIDADES	PREGUNTAS	PREGUNTAS	PREGUNTAS	PREGUNTAS
1. Comer y disfrutar de los alimentos				
2. Hablar y pronunciar				
3. Lavarse la boca				
4. Hacer actividades ligeras				
5. Dormir y relajarte				
6. Sonreír sin pena				
7. Mantener el estado emocional				
8. Trabajar				
9. Salir con amigos				

#### PARTE 4 PROPENSIÓN DE CONDUCTA: Factores socio-psicológicos.

Ahora, me gustaría hacerte algunas preguntas sobre que haces o que piensas acerca de la relación diente y boca. Esto no va a ser calificado como un acierto o un error ( no hay respuestas buenas o malas) así es que, por favor siéntete libre para contestar lo que realmente hiciste y pensaste.

- P1. a) ¿Tuviste algún tiempo para limpiar tus dientes ayer?  
0. no (Brincarse a la pregunta 2)  (63)  
Si sí, b) ¿Cuántas veces limpiaste tus dientes?  
1. Una  
2. Dos  
3. Mas de dos  (64)
- c) ¿Cómo limpias tus dientes?  
1. Cepillo de dientes  
2. Cepillo de dientes y otros (especifica) \_\_\_\_\_  
3. Otro método(especifica) \_\_\_\_\_  (65)
- P2. A) ¿con que frecuencia agregas azúcar a tus alimentos?  
1. Nunca  
2. Rara vez  
3. Algunas veces  
4. Frecuentemente / siempre    
Número de cucharadas \_\_\_\_\_ (66/67)
- B) ¿Con que frecuencia agregas azúcar a tus bebidas( te, café, etc)?  (68)  
1. Nunca  
2. Rara vez  
3. Algunas veces  
4. Frecuentemente / siempre    
Número de cucharadas \_\_\_\_\_ (69/70)
- C) ¿Cuántas veces comiste el día de ayer dulces o postre?  
Número de veces \_\_\_\_\_  (71)
- D) ¿Cuántas veces consumiste el día de ayer bebidas endulzadas?  
Numero de veces \_\_\_\_\_  (72)
- P3. a) ¿Has fumado cigarrillos en estos días?  
Si no, ¿Alguna vez has fumado como un habito regular?  (73)  
1. Nunca  
2. He fumado, pero no ahora  
3. Fumo ahora



b) Si fumas cigarros prefabricados:

¿Cuántos cigarros en promedio te fumas al día?  
Número de cigarros / día \_\_\_\_\_

(74/75)

b2) Si fumas cigarros hechos a mano:

¿Cuántos gramos de tabaco en promedio usas en una semana?

(76)

Número de gramos / semana \_\_\_\_\_

P4 a) ¿Hace cuánto tiempo fue tu última visita al dentista?

(77)

- 0 Nunca
- 1 Hace más de 20 Años
- 2 Entre hace 10 y 20 Años
- 3 Entre hace 5 y 10 Años
- 4 Entre hace 2 y 4 Años
- 5 Entre hace 1 y 2 Años
- 6 Hace menos de 1 Año

b) ¿Cuántas veces has estado en el dentista los últimos 2 años?

(78-79)

00 Ninguna  
Número de veces \_\_\_\_\_

c) Si estuviste alguna vez ¿Cuál fue la razón por la que visitaste al dentista?  
(Probablemente, pudieron ser más de una razón)

- 1. Chequeo o propósito profiláctico  (80)
- 2. Interés de signos y síntomas tempranos de problemas orales  (81)
- 3. Interés por síntomas tardíos de problemas orales  (82)
- 4. Consulta dental  (83)
- 5. Otras razones (especificar) \_\_\_\_\_  (84)

P5. ¿Qué tipo de persona te consideras?

(85)

- 1. Una persona que tiene muchos problemas en sus dientes.
- 2. Una persona que tiene una cantidad razonable de problemas en sus dientes.
- 3. Una persona que casi no tiene problemas con sus dientes.

P6. ¿Piensas que el tratamiento dental puede ayudar a tus dientes y tu boca a estar más sanos?

- 1. Sí / absolutamente  (86)
- 2. Probablemente / algunas veces / no estoy seguro
- 3. No

4. No lo sé

P7. Me gustaría hacerte algunas preguntas acerca de cómo te sientes cuando vas al dentista. Algunas personas se sienten muy asustadas, otras un poco nerviosas, mientras que otras no les importa. ¿Cómo te sientes tú?  (87)

1. Realmente asustado, muy nervioso(a)
2. Razonablemente nervioso(a)
3. Un poco nervioso(a)
4. Nada nervioso(a)

P8.a) Si tienes problemas dentales, ¿Iirías a ver al dentista?  (88)

1. Definitivamente
2. Probablemente / no muy seguro
3. No

a) Si tu respuesta fue un No definitivo; ¿Qué hace difícil tu no visita al dentista? (Puede haber varias respuestas)

1. Miedo  (89)
2. Costo  (90)
3. Problemas de tiempo  (91)
4. Disponibilidad de servicios  (92)
5. Falta de confianza en la preparación del personal dental  (93)
6. Falta de confianza en el beneficio del tratamiento dental  (94)
7. Insatisfacción en trabajos dentales previos  (95)
8. Otros (Especifique) \_\_\_\_\_  (96)

P9.a) ¿Alguna vez el dentista, el personal dental o algún trabajador de la salud te han dicho como limpiar tus dientes?  (97)

0. No (Ir a p12)

b) Si sí; ¿Qué te aconsejaron hacer?

1. No puedo recordar / no estoy seguro (Ir a P12)

c) Si puedes recordarlo y explicarlo; ¿Estas siguiendo estos consejos?

2. No del todo

3. En parte

4. Completamente

P12. ¿Alguna vez el dentista o el trabajador de la salud te han dado consejos sobre esos temas?

Si sí; ¿Estas siguiendo esos consejos?

Código      0      No  
                  1      No del todo  
                  2      En parte

3 Completamente

Si no, código 0; ¿Cuál tema alguna vez te han sugerido o aconsejado? (Indagar sobre como manejar algún procedimiento, y sobre el régimen para algún medicamento)

a). Manejo de procedimiento

Código

- a1. Dieta: ejemplo. Obesidad /sal /reducción de  
azúcar o evitar comida cruda 0 1 2 3  (98)
- a2. Reducir el habito de fumar 0 1 2 3  (99)
- a3. Otros (Especifica)\_\_\_\_\_ 0 1 2 3  (100)

b). Régimen de medicamentos

- b1. Toma rutinariamente una droga 0 1 2 3  (101)
- b2. Compromiso o cita médica 0 1 2 3  (102)
- b3. Otros (Especifique)\_\_\_\_\_ 0 1 2 3  (103)

Gracias por su cooperación  
entrevista

Tiempo de

(104-105)

PARTE 5: Examen Bucal

1. Índice CPO\_\_\_\_\_

## **14. Bibliografía**

1. Adulyanon A., Vorapukjaru, A.; ORAL IMPACTS AFFECTING DAILY PERFORMANCE IN A LOW DENTAL DISEASE. THAI POPULATION; J. Community Dent Oral Epidemiol; 1996; 24: 385-389
2. Adulyanon, A., Sheiham, A.; DEVELOPING A SOCIO-DENTAL INDICATOR: THE ORAL IMPACTS ON DAILY PERFORMANCES; Department Of Epidemiology And Public Health, University College London Medical School, UK; 1997.
3. Allen, P., Locker, D.; DO ITEM WEIGHTS MATTER? AN ASSESSMENT USING THE ORAL HEALTH IMPACT PROFILE; Community Dent Health; 1997; 14(3):133-138
4. Aronowitz, R.; WHEN DO SYMPTOMS BECOME A DISEASE?; Ann Intern Med; 2001; 1(134):803-808
5. Atchison, K., Dolan, T.; DEVELOPMENT OF THE GERIATRIC ORAL HEALTH INDEX; J Dent Educ; 1990; 54:680-687
6. Atchison, K., Gift, H.; PERCEIVED ORAL HEALTH IN A DIVERSE SAMPLE; J Oral Rehab; 1988;15(4):321-324
7. Beltran, E., Malvitz, D.; VALIDITY OF TWO METHODS FOR ASSESSING ORAL HEALTH STATUS OF POPULATIONS; J Public Health Dent; 1997; 57(4):206-214
8. Berkey, D., Call, R., Loupe, M; ORAL HEALTH PERCEPTIONS AND SELF-ESTEEM IN NON-INSTITUTIONALIZED OLDER ADULTS; Soc Sci Med; 1995;41(10):1447-1462
9. Broder, H., Slade, G., Reisine, S.; PERCEIVED IMPACT OF ORAL HEALTH CONDITIONS AMONG MINORITY ADOLESCENTS; J Public Health Dent; 2000; 60(3):189-192
10. Bulman, S., Osborn, J.; STATICS IN DENTISTRY; British Dental Journal; London; 1989; 115 P.
11. Cabrera, A.; UTILIZACIÓN DE INDICADORES SOCIALES EN LA MEDICIÓN DEL IMPACTO DE LAS ENFERMEDADES BUCALES; Tesis Lic. Fac. Odontología, U.N.A.M.; 1999; México; 66p.
12. Chen, M.; ORAL HEALTH AND QUALITY OF LIFE IN NEW ZEALAND : A SOCIAL PERSPECTIVE; Soc Sci Med; 1996; 43(8): 1213-1222

13. Cohen, S., Fiske, J.; THE IMPACT OF DENTAL ANXIETY ON DAILY LIVING; Br Dental J; 2000; 189(7):385-390
14. Cushing, A., Sheiham, A., Maizels, J.; DEVELOPING SOCIO-DENTAL INDICATORS- THE SOCIAL IMPACT OF DENTAL DISEASE; Comm Dent Health; 1986; 3:3-17.
15. Dolan, T., Gooch, B.; ASSOCIATIONS OF SELF REPORTED DENTAL HALTH AND GENERAL HEALTH MEASURES IN THE RAND HEALTH INSURANCE EXPERIMENT; Comm Dent Oral Epidem; 1997; 25:301-313
16. Ettinger, R.; ORAL DISEASE AND ITS EFFECT ON THE QUALITY OF LIFE; J Dent Educ; 1989; 53(11):629-637
17. Gift, H., Atchison, K., Dayton, M.; CONCEPTUALIZING ORAL HEALTH AND ORAL HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE; Soc Sci Med; 1997; 44(5): 601-608
18. Gift, H., Atchison, K., Drury, T.; PERCEPTIONS OF THE NATURAL DENTITION IN THE CONTEXT OF MULTIPLE VARIABLES; J Dental Res; 1998; 77(7): 1529-1538
19. Gift, H., Atchison, K.; ORAL HEALTH, HEALTH, AND HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE; J. Med. Care; 1995; 33 (11sup): 57-77
20. Gilbert, G., Duncan, R., Heft, M., Dolan, T.; ORAL DISADVANTAGE AMONG DENTATE ADULTS; Comm Dent Oral Epidem; 1997; 25: 301-313
21. Gobierno Del Estado De Morelos; MORELOS DEMOGRÁFICO 1998-2000; Grafiarte De Morelos S.A. De C.V.; México; 1999; 248 P.
22. Jones, J.; USING ORAL QUALITY OF LIFE MEASURES IN GERIATRIC DENTISTRY; Community Dent Health; 1998; 15(1): 13-18
23. Kiyak, H.; SUCCESSFUL AGING: IMPLICATIONS FOR ORAL HEALTH; J Public Health Dent; 2000; 60(4): 276-281
24. Leao, A., Sheiham, A.; RELATION BETWEEN CLINICAL DENTAL STATUS AND SUBJECTIVE IMPACTS ON DAILY LIVING; Dent Res; 1995; 74(7):1408-1413
25. Leao, A., Sheiham, A.; THE DEVELOPMENT OF A SOCIO-DENTAL MEASURE OF DENTAL IMPACTS ON DAILY LIVING; Community Dental Health; 1995; 13: 22-26
26. Lewis, J.; IMPROVING DENTAL HEALTH STATUS INDICATORS FOR EVALUATION; Community Dent Oral Epidemiol; 1996; 24(1): 32-36

27. Locker, D., Grushka, M; THE IMPACT OF DENTAL AND FACIAL PAIN; J Dent Res; 1987; 66(9):1414-1417
28. Locker, D., Jokovic, A.; USING SUBJECTIVE ORAL HEALTH STATUS INDICATORS TO SCREEN FOR DENTAL CARE NEEDS IN OLDER ADULTS; Comm Dent Oral Epidemiol; 1996; 24: 398-402
29. Locker, D., Miller, Y.; SUBJECTIVELY REPORTED ORAL HEALTH STATUS IN AN ADULT POPULATION; Comm Dent Oral Epidemiol; 1994; 22(6):425-430
30. Locker, D., Slade, G.; SELF PERCEIVED ORAL HEALTH STATUS, PSYCHOLOGICAL WELL-BEING, AND LIFE SATISFACTION IN AN OLDER ADULT POPULATION; J Dent Res; 2000; 79(4):970-975
31. Locker, D.; AN INTRODUCTION TO BEHAVIORAL SCIENCE AND DENTISTRY; British Library; London; 1989; 259p.
32. Locker, D.; MEASURING ORAL HEALTH: A CONCEPTUAL FRAMEWORK; Comm Dent Health; 1988; 5:3-18
33. Maizels, J., Maizels, A., Sheiham, A.; DENTAL DISEASE AND HEALTH BEHAVIOUR: THE DEVELOPMENT OF AN INTERACTIONAL MODEL; Comm Dent Health; 1991; 8: 311-321
34. McGrath, C., Bedj, R.; CAN DENTAL ATTENDANCE IMPROVE QUALITY OF LIFE?; Br Dent J; 2001;190(5): 262-265
35. Montgomery, D.; DESIGN AND ANALYSIS OF EXPERIMENTS; Ed. Wiley, 4<sup>a</sup> Ed.; 1992; 699 P.
36. Omar, S., Mcewen, J., Ogston, S; A TEST FOR OCCLUSAL FUNCTION. THE VALUE OF A MASTICATORY EFFICIENCY TEST IN THE ASSESSMENT OF OCCLUSAL FUNCTION; Br J Orthod; 1987;14(2):85-90
37. OMS. CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE LAS DEFICIENCIAS, DISCAPACIDADES Y MINUSVALÍAS. Ed INSERSO. Página 58.
38. Patrick, D., Deyo, R.; GENERIC AND DISEASE SPECIFIC MEASURES IN ASSESSING HEALTH STATUS AND QUALITY OF LIFE; Med Care; 1989; 27(Sup):178-189

39. Pollard, B., Johnston, M.; PROBLEMS WITH THE SICKNESS IMPACT PROFILE: A THEORETICALLY BASED ANALYSIS AND A PROPOSAL FOR A NEW METHOD OF IMPLEMENTATION AND SCORING; Soc Sci Med; 2001; 52(6): 921-934
40. Reisine, S., Fertig, J., y col.; IMPACT OF DENTAL CONDITIONS ON PATIENTS' QUALITY OF LIFE; Comm Dent Oral Epidemiol; 1989;17: 7-10
41. Reisine, S.; DENTAL DISEASE AND WORK LOSS; J Dent Res; 1984;63(9):1158-1161
42. Reisine, S.; THE EFFECTS OF PAIN AND ORAL HEALTH ON THE QUALITY OF LIFE; Community Dent Health; 1988; 5(1):63-68
43. Rosenoer, L., Sheiham, A.; DENTAL IMPACTS ON DAILY LIFE AND SATISFACTION WITH TEETH IN RELATION TO DENTAL STATUS IN ADULTS; J Oral Rehabil; 1995; 22: 469-480
44. Sheiham, A., Steele, J., Marcenes, W., Lowe, C.; THE RELATIONSHIP AMONG DENTAL STATUS, NUTRIENT INTAKE, AND NUTRITIONAL STATUS IN OLDER PEOPLE; J Dent Res; 2001; 80(2): 408-413
45. Slade, G., Spencer, A.; DEVELOPMENT AND EVALUATION OF THE ORAL HEALTH IMPACT PROFILE; Community Dental Health;1994; 1(11): 3-11
46. Slade, S.; ASSESSING CHANGE IN QUALITY OF LIFE USING THE ORAL HEALTH IMPACT PROFILE; Community Dent Oral Epidemiol; 1998; 26(1):52-61
47. Tickle, M., Craven, R., Worthington, H.; A COMPARISON OF THE SUBJECTIVE ORAL HEALTH STATUS OF OLDER ADULTS FROM DEPRIVED AND AFFLUENT COMMUNITIES; Community Dent Health; 1997; 25: 217-222
48. Toshibumi, I., Kanno, R., y col.; DENTAL HEALTH INDICATOR BASED ON A QUESTIONNAIRE; Tokio Dental College; 1995; 36(4):183-191
49. Walls, A., Steele, J., Marcenes, W.; ORAL HEALTH AND NUTRITION IN OLDER PEOPLE; J Public Health Dent; 2000; 60(4): 304-307
50. Watt, R., Sheiham, A.; INEQUALITIES IN ORAL HEALTH: A REVIEW OF THE EVIDENCE AND RECOMMENDATIONS FOR ACTION; Br Dent J; 1999; 10;187(1): 6-12

51. Witter, D., y col.; SIGNS AND SYMPTOMS OF MANDIBULAR DYSFUNCTION IN SHORTENED DENTAL ARCHES; J Oral Rehabil; 1987; 14(4): 321-329