

**RELACIÓN ENTRE POBREZA Y SALUD BUCAL EN LAS COMUNIDADES
DE TIERRA BAJA, MANZANILLO Y BOQUILLA**

AUTORES

SHYRLEY DÍAZ CÁRDENAS

KATHERINE ARRIETA VERGARA

MARIO MARTÍNEZ TORRES

RODRIGO CASTELLAR DÍAZ

LEWIS MARTÍNEZ PÉREZ

Trabajo para optar el título de Odontólogo

UNIVERSIDAD DE CARTAGENA

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

CARTAGENA DE INDIAS

2013

**RELACIÓN ENTRE POBREZA Y SALUD BUCAL EN LAS COMUNIDADES
DE TIERRA BAJA, MANZANILLO Y BOQUILLA**

Investigadores principales

SHYRLEY DÍAZ CÁRDENAS

Odontóloga, Magister en Salud Pública,
Docente Universidad de Cartagena

KATHERINE ARRIETA VERGARA

Odontóloga, Magister en Salud Pública,
Docente Universidad de Cartagena

FARITH GONZÁLEZ MARTÍNEZ

Odontólogo, Jefe del Departamento de Investigación,
Magister en Salud Pública

Docente Universidad de Cartagena

Coinvestigadores

RODRIGO RAFAEL CASTELLAR DÍAZ

MARIO JAVIER MARTÍNEZ TORRES

LEWIS MARTÍNEZ PÉREZ

TRABAJO DE GRADO

ACEPTACIÓN

Firma del presidente de jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

CONTENIDO

LISTA DE CUADROS Y TABLAS

RESUMEN

INTRODUCCIÓN.....	9
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	11
2. JUSTIFICACIÓN.....	13
3. OBJETIVOS.....	17
4. MARCO TEÓRICO.....	18
5. METODOLOGÍA.....	25
6. RESULTADOS.....	33
7. DISCUSIÓN.....	44
8. CONCLUSIÓN.....	48
9. RECOMENDACIONES.....	49

BIBLIOGRAFÍA

ANEXOS

LISTA DE CUADRO Y TABLAS

Tabla 1. Características sociodemográficas de las poblaciones de tierra baja, manzanillo y boquilla 2013	32
Tabla 2. Necesidades básicas insatisfechas.....	33
Tabla 3. Hábitos y vicios orales.....	36
Tabla 4. Evaluación intraoral de las personas encuestadas.....	38
Tabla 5. Relación de la pobreza como factor de riesgo con hábitos y Patologías orales.....	40
Tabla 6. Relación de percepción de pobreza con la percepción de Salud bucal.....	41

LISTA DE ANEXOS

ANEXO 1. Formato de Consentimiento Informado.

ANEXO 2. Instrumento para recolectar la información.

RESUMEN

Objetivos. Medir la pobreza en las comunidades de Tierra baja, Manzanillo y Boquilla y relacionarlos con su estado de salud bucal. **Materiales y métodos.** Se aplicó a un total de 240 personas en las comunidades de Tierra baja, Manzanillo y Boquilla, un instrumento en el que se medían variables sociodemográficas y hábitos de higiene oral, y se realizó a cada encuestado un examen bucal para determinar su real estado de salud bucal. **Resultados.** El 65% de la población objeto de estudio clasificó como pobre, El nivel de escolaridad que más se encontró fue la secundaria incompleta con 39%, el 86% de la población gana menos de un salario mínimo legal vigente para el año 2013 en Colombia, el 62% de los encuestados dejaron de comer por lo menos 1 vez al día por falta de dinero; en el examen oral se encontró que el 10.83% de los participantes tenían menos de 18 dientes, y que el 57.50% habían experimentado la pérdida de algún órgano dental y el 15% se diagnosticó con algún caso de periodontitis. Al realizar los cruces entre la pobreza como factor de riesgo y las veces que se cepillan se encontró que las personas que se cepillan menos de 3 veces al día son las que presentan las necesidades básicas insatisfechas (72,92%). Se encontró que el 82,20% de las personas que tienen una mala percepción de salud oral se consideran pobres. **Conclusiones.** En las comunidades de Tierra baja, Manzanillo y Boquilla el no contar con las necesidades básicas satisfechas está directamente relacionado con un peor estado de salud bucal con lo que se denota una clara tendencia en que las personas que clasificaron como pobres presentan más lesiones en cavidad oral, pudiéndose soportar esto con los resultados del cruce entre los

que clasificaron como pobres y sus hábitos de higiene oral que resaltaron la tendencia que una persona pobre tiene malos hábitos de higiene oral.

Palabras clave: pobreza, salud bucal, perfil epidemiológico bucal

INTRODUCCIÓN

La salud es un proceso complejo, representado por una interdependencia entre factores individuales y sociales y que, por tanto, los procesos salud-enfermedad no dependen exclusivamente de las personas, sino de las interacciones entre la persona y su entorno. Éste favorece la aparición de enfermedades y dificulta o facilita que la persona enferma reciba tratamientos adecuados, controle su enfermedad y se recupere. Los factores socioeconómicos y ambientales juegan un papel importante en la salud oral. Vivir en condiciones de pobreza y limitados en cuanto al acceso a los servicios de salud es un importante factor de riesgo. En adición a esto los estilos de vida saludables son determinantes para la salud oral, incluyendo la dieta pobre, fumar tabaco y la ingesta de alcohol. Por lo tanto el entender la epidemiología de la enfermedad oral y sus patrones socioeconómicos a lo largo de la vida, es crucial para determinar los tiempos óptimos para la intervenir y limitar las enfermedades orales en este tipo de poblaciones¹.

El objetivo del presente estudio es conocer el estado de pobreza de la comunidad de la vereda Tierra Baja y Manzanillo y el corregimiento de la Boquilla de la Ciudad de Cartagena, por medio de dos instrumentos diseñados el primero como forma de encuesta en las que se indagan las características sociodemográficas de la población y el segundo un instrumento clínico para determinar el estado de salud oral de estas poblaciones con el objetivo de buscar una relación directa entre los niveles de pobreza de las comunidades y

¹ VASOONTARA, Yiengprugsawan. TEWARIT, Somkotra. MATTHEW Kelly. Factors associated with self-reported number of teeth in a large national cohort of Thai adults. En: BMC Oral Health, 2011, 11:31, p. 1-2

la presencia de enfermedades de la cavidad oral. Determinando la relación entre las enfermedades orales predisponentes y la situación económica actual en estas comunidades.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La pobreza se define como una situación o forma de vida que surge producto de la imposibilidad de acceso o carencia de los recursos para satisfacer las necesidades físicas y psíquicas básicas humanas que inciden en un desgaste del nivel y calidad de vida de las personas, tales como la alimentación, la vivienda, el acceso a la salud, la educación, la asistencia sanitaria o el acceso al agua potable. También se suelen considerar la falta de medios para poder acceder a tales recursos, como el desempleo, la falta de ingresos o un nivel bajo de los mismos^{2,3}.

La pobreza con lleva al detrimento de la calidad de vida, los índices de deserción escolar aumentan al igual que los de delincuencia, se aumentan las enfermedades en general, la salud bucal es descuidada por completo, no se crean buenos hábitos para la promoción y prevención de estas, favoreciendo este entorno a la falta de interés de las personas asistir al odontólogo.

En las diferentes regiones de un país se considera importante conocer las necesidades en salud de los individuos antes de realizar cualquier tipo de intervención, orientándose inicialmente por los niveles de conocimientos que se tienen sobre la etiología y prevención de estas alteraciones, así como las prácticas diarias de higiene y la actitud frente a la misma⁴.

²ESCUELA DE VOLUNTARIADO DE LA COMUNIDAD DE MADRID. Consejería de asuntos sociales comunidad de Madrid. [pagina web]. [citado 17 de octubre de 2013] disponible en internet <Www.madrid.org>

³ RESPETABLE LORGIA CONDOR 9. Chile un país sin pobreza. ¿un sueño posible?, valle de Santiago, 2012 [en línea]. [citado 20 de octubre de 2013] disponible en internet < <http://www.rlcondor9.cl/wp-content/uploads/2012/06/Chile-un-pa%C3%ADs-sin-pobreza.pdf>>

⁴ GONZÁLEZ, Farith. Et Al. Conocimientos, actitudes y prácticas en salud bucal de padres y cuidadores en hogares infantiles, Colombia. En: Revista de salud pública de México. Vol. 53, No. 3 (mayo. 2011); p 1.

Existen estudios a nivel internacional que relacionan la pobreza con la salud oral donde se caracterizan los riesgos individuales y de las familias buscando su relación con la presencia de enfermedades que presentan sus miembros^{5,6}, pero a nivel local son pocos los estudios que se conocen sobre el real estado socioeconómico y estado de salud oral en las familias de comunidades marginadas, relacionando estos dos factores entre sí para lograr establecer una relación directa entre la pobreza y el estado de salud oral en estas poblaciones, relacionando como este entorno con la inasistencia por esta razón nace la pregunta problema: ¿Existe una relación entre pobreza y salud bucal en las comunidades de Tierra Baja, Manzanillo Y Boquilla?

⁵ ENRIQUEZ, Carolina, CATAÑO Nhora. Riesgo familiar total en familias con escolares según rendimiento académico. En: Av Enferm. 2009, Vol. 27; No. 2; p. 127-138

⁶ LOURO, Isabel. La familia en la determinación de la salud. En: Rev Cubana Salud Pública 2003, Vol.29; No.1; p. 48-51

2. JUSTIFICACIÓN

El debate sobre la relación entre la pobreza y la salud viene de antiguo⁷. En general las tasas de mortalidad más altas se registran en las zonas más pobres de los países⁷, se reconoce que la causalidad entre pobreza y salud es bidireccional y que la analogía que mejor describe esa descripción es la de un círculo vicioso, según empeoren o mejoren las condiciones sanitarias o económicas de la población de que se trate⁷.

La región latinoamericana se enfrenta, hoy en día, a procesos de cambio y transformaciones sin precedentes, en el marco de la globalización que ha arrojado al mundo en el nuevo milenio⁸. Los sistemas políticos, económicos y sociales de los países de la región, enfrentan grandes desafíos debido a los diferentes reajustes entre los principales bloques de poder y las nuevas reglas de juego en el escenario económico y político mundial⁸. Específicamente en el Sector Salud, se aprecia con crudeza la crisis que azota a los países de la región, expresada en problemas de accesibilidad y cobertura a los servicios asistenciales y en el deterioro progresivo de la salud de la población⁸.

La equidad en salud no sólo abarca la distribución y acceso a los servicios, sino la capacidad de obtener salud y bienestar mediante libertades sociales y políticas, disponibilidad de agua limpia y saneamiento proporcionada por autoridades, nutrición adecuada, mejoras en las condiciones de vida (habitación y vestido) y oportunidades para educación y empleo. Todos estos aspectos se encuentran actualmente expresados en la propuesta de los

⁷ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Influencia de la pobreza en la salud. 113a reunión 4 de diciembre de 2003. [disponible en internet] < http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/EB113/seb11312.pdf > EB113/12

⁸ PÉREZ LUGO, Jorge. La necesaria reforma de los sistemas de salud en América latina. En: Revista gaceta laboral. Vol. 13, No. 1 (2007): 43-57.

Objetivos de Desarrollo del Milenio establecidos por la Organización de las Naciones Unidas (ONU) en el año 2000 y como parte del grupo de intervenciones dirigidas a mejorar los determinantes sociales de la salud⁹.

Cada vez aumenta la evidencia de la importancia de la salud oral para la salud general, como comorbilidad de varias enfermedades crónicas y para conseguir un desarrollo infantil adecuado. Desde mediados del siglo XX y con la OMS a la cabeza, se han creado grupos de trabajo que lideran los estudios y propuestas de intervención en salud oral. Más recientemente, en 2010, la OMS publicó otro informe sobre equidad, determinantes sociales y programas en salud pública. La salud oral se incluye por primera vez entre los 12 programas de alto nivel de prioridad, al cumplir con los criterios de representar carga de enfermedad alta, mostrar grandes disparidades entre poblaciones, afectar desproporcionalmente a ciertos grupos y estar reemergiendo o ser propensos a ser epidémicos¹⁰.

Según vasoontara y cols. 2011. Los factores socioeconómicos y ambientales tienen un rol importante en la salud oral. Vivir en condiciones de pobreza es un importante factor de riesgo, adicionando a esto los estilos de vida insaludables como por ejemplo la dieta pobre, fumar tabaco e ingesta de alcohol, creados por esta condición son determinantes para la salud oral. Por lo tanto entender la epidemiología de la enfermedad oral y sus patrones socioeconómicos, son

⁹ SANTOS PRECIADO, José. PAREDES, Carlos. Iniciativas de salud en Latinoamérica: de la Oficina Sanitaria Panamericana a la Iniciativa Mesoamericana de salud Pública. En: Salud Pública Mex 2011; 53 supl 3:S289-S294.

¹⁰ PEIRÓ, Rosana. ÁLVAREZ-DARDET, Carlos. PLASENCIA, Antoni, et al. Rapid appraisal methodology for «health for all» policy formulation analysis. En: Health Policy. 2002;62:309- 28

cruciales para determinar los tiempos óptimos para intervenir y limitar las enfermedades orales en este tipo de poblaciones¹¹.

La Boquilla es un corregimiento que se fundó hace 200 años, localizado al norte de Cartagena de Indias, en la costa sobre el mar Caribe. Está compuesto por 14 sectores de la cabecera del corregimiento, incluyendo las invasiones de Mar Linda, y Villa Gloria y cuatro veredas: Tierra Baja, Zapatero, Puerto Rey, y Manzanillo. En la cabecera de la Boquilla, la dedicación económica de las personas es básicamente pesca, en Manzanillo del Mar, el turismo, en Puerto Rey y Tierra Baja, la pesca y la agricultura y en Zapatero a la agricultura, con productos como el melón. Tierra Baja, está localizada a 15 minutos de la ciudad de Cartagena de Indias en el Departamento de Bolívar, después de pasar el sector de La Boquilla, al margen de la Ciénaga de la Virgen¹².

Se escogieron estas tres comunidades por ser comunidades vecinas, y por considerarse como poblaciones vulnerables por sus condiciones socioeconómicas y geográficas, el Banco De La Republica en un estudio realizado en 2005 donde se medían los niveles de pobreza según la distribución espacial, llego a la conclusión que la ubicación geográfica juega un papel fundamental en la determinación de los niveles de necesidades básicas insatisfechas y de calidad de vida. Es decir, la pobreza de un municipio depende en forma importante del nivel de pobreza de los municipios vecinos¹³.

Tenemos entonces que con este proyecto, midiendo las variables socio

¹¹ VASOONTARA, Yiengprugsawan. TEWARIT, Somkotra. MATTHEW Kelly. Factors associated with self-reported number of teeth in a large national cohort of Thai adults. En: BMC Oral Health, 2011, 11:31.

¹² GONZÁLEZ, Farith. Indicadores de Riesgo para la Caries Dental en Niños Preescolares de La Boquilla, Cartagena. En: Revista de salud pública. Vol.11, No.4 (julio. 2009); p.3.

¹³ PÉREZ, Gerson. Dimensión espacial de la pobreza en Colombia. Centro de estudios económicos regionales – Banco de la Republica, [disponible en internet] < <http://www.banrep.gov.co/es/contenidos/publicacion/dimensi-n-espacial-pobreza-colombia> > N° 54 enero de 2005 P38.

demográficas, el estado de salud bucal y la frecuencia de asistencia a servicios odontológicos, podremos observar si nuestras poblaciones no son ajenas a la realidad de nuestra región latinoamericana, pudiendo hacer de este modo y con los resultados obtenidos una relación directa entre la pobreza como factor de riesgo para una buena salud bucal.

Por medio de este estudio también pretendemos elaborar el perfil epidemiológico de las enfermedades bucales presentes en las comunidades de Tierra baja, Manzanillo y Boquilla, actuando así como pilar para la futura implementación y/o creación de planes de promoción y prevención, además buscando que las autoridades competentes se apropien de la problemática y en conjunto con entidades de carácter privado le brinden un mayor bienestar a los habitantes de esta zona teniendo presente que la relación entre los niveles de pobreza en una comunidad y sus enfermedades orales y generales por lo general tienden a ir de la mano.

3. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Relacionar el nivel de pobreza con el estado de salud bucal de los habitantes de Tierra Baja, Manzanillo y la Boquilla.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Describir las variables socio-demográficas de la comunidad sujeto de estudio.

Identificar el estado de salud bucal de los habitantes de las poblaciones de estudio

Establecer los niveles de pobreza de los habitantes de las comunidades de Tierra Baja, Manzanillo y la Boquilla.

Relacionar el estado de salud bucal con las variables socio-demográficas y los niveles de pobreza.

4. MARCO TEÓRICO

4.1. POBREZA

Según el DANE la pobreza se clasifica de tres formas diferentes, como pobreza absoluta o primaria, pobreza relativa o secundaria, y pobreza integral¹⁴.

Pobreza absoluta o primaria: situación en la que una persona no logra su supervivencia¹⁴.

Pobreza relativa o secundaria: situación en la que la persona no logra satisfacción de sus necesidades básicas, tanto físicas como sociales¹².

Pobreza integral: se ve la pobreza como una noción absoluta, en cuanto a las necesidades de las personas, y relativa, en cuanto al uso que se le dan a los bienes y servicios¹⁴.

Los niveles de pobreza de la región latinoamericana, históricamente alarmantes, continúan en aumento en vez de disminuir. En 1980, 41% de los latinoamericanos vivían en condiciones de pobreza. En 2002, el porcentaje de pobres ya alcanzaba el 44%, 221 millones de personas; 97 millones de ellos (19,4% de la población) viviendo en la pobreza extrema o la indigencia. Tales niveles de pobreza están asociados a la inmensa desigualdad social de la región, la mayor del mundo¹⁵.

4.2 SALUD BUCAL

¹⁴ SEPÚLVEDA, Carlos. Medición de pobreza en Colombia. DANE [disponible en internet] <<http://www.icesi.edu.co/departamentos/economia/images/charla.pdf>>

¹⁵ ABADÍA BARRERO Carlos. Ppobreza y desigualdad sociales: un debate obligatorio en la salud oral. En: Acta Bioethica, 2006; 12 (1).

Según la Organización Mundial de la Salud, la salud oral puede definirse como la ausencia de dolor orofacial crónico, cáncer de boca o garganta, llagas bucales, defectos congénitos como labio leporino o paladar hendido, enfermedades periodontales (de las encías), caries dental y pérdida de dientes, y otras enfermedades y trastornos que afectan a la boca y la cavidad bucal¹⁶.

4.3 POBREZA Y SALUD BUCAL

La pobreza es un determinante social global significativo para la salud oral¹⁷. Las poblaciones pobres y desfavorecidas de todo el mundo son las que soportan una mayor carga de morbilidad bucodental, cuya distribución actual pone de manifiesto en todos los países una serie de perfiles de riesgo bien definidos, que guardan relación con las condiciones de vida, determinados factores ambientales y de comportamiento, los sistemas de salud bucodental y la aplicación de programas preventivos en la materia¹⁸.

Pero ¿Cuál es la relación entre la pobreza y salud? La salud es un proceso complejo, representado por una interdependencia entre factores individuales y sociales y que, por tanto, los procesos salud-enfermedad no dependen exclusivamente de las personas, sino de las interacciones entre la persona y su entorno. Éste favorece la aparición de enfermedades y dificulta o facilita que la persona enferma reciba tratamientos adecuados, controle su enfermedad y se recupere. Personas con más recursos y mejores condiciones de vida tienen menos posibilidades de enfermarse y, en contraste, personas con menos

16 ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Nota informativa n° 318 febrero de 2007. Versión online. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/>

17 BRUCE, Dye. Trends in oral health by poverty status as measured by healthy people 2010 objectives. En: public health reports. Noviembre-Diciembre 2010, volumen 125, p. 818

18 ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Salud bucodental: plan de acción para la promoción y la prevención integrada de la morbilidad. 120a reunión del consejo ejecutivo 30 de noviembre de 2006. Pagina 1

recursos y peores condiciones de vida tienen más posibilidades de enfermarse. Los sistemas de salud y las políticas públicas sociales influyen sustancialmente en este vínculo entre desigualdades sociales y salud. Sin dejar a un lado que existen factores individuales que predisponen a la utilización de los servicios de salud, Los factores que predisponen a la utilización de la atención, según el marco de Aday y Andersen, están relacionados con las características sociodemográficas, creencias y actitudes frente al uso y el conocimiento sobre el funcionamiento de los servicios¹⁹. En un estudio publicado por Vargas I. y cols. Que consistió en una revisión de la literatura donde se incluyeron 27 estudios para medir el acceso a la atención en salud en Colombia entre 1994 y 2009, concluyeron que la probabilidad de utilizar los servicios curativos aumenta con la escolaridad, la edad –niños y adultos-(16,17,20,21,23,24,27) y el sexo femenino)²⁰. Si destinan más recursos y servicios a los pobres, se pueden compensar los efectos de la pobreza y disminuir las desigualdades sociales. Por otro lado, cuando los sistemas de salud y las políticas públicas disminuyen subsidios sociales y crean barreras económicas para el acceso a los servicios de salud, aumentan las desigualdades sociales.

Los factores socioeconómicos y ambientales juegan un papel importante en la salud oral. Vivir en condiciones de pobreza y limitados en cuanto al acceso a los servicios de salud es un importante factor de riesgo. En adición a esto los estilos de vida insaludables son determinantes para la salud oral, incluyendo la dieta pobre, fumar tabaco y la ingesta de alcohol. Por lo tanto el entender la

¹⁹ ADAY, Lu. ANDERSEN, Ronald. A framework for the study of access to medical care. En: Health Serv Res 1974;9(3):208-20.

²⁰ VARGAS, Ingrid. VÁZQUEZ, Luisa. MOGOLLÓN, Amparo. Acceso a la atención en salud en Colombia. En: Rev. salud pública. 12 (5): 701-712, 2010

epidemiología de la enfermedad oral y sus patrones socioeconómicos a lo largo de la vida, es crucial para determinar los tiempos óptimos para la intervenir y limitar las enfermedades bucales en este tipo de poblaciones²¹.

La procedencia rural se asocia con un bajo nivel de ingreso y educación, ambos determinantes de salud por lo que el riesgo de enfermedades bucales es mayor. También se ha observado que los problemas dentales de la población rural están asociados a consulta dental tardía. Estudios nacionales han mostrado mayor daño en jóvenes del área rural sin profundizar en los factores asociados a esto²².

El presente estudio no está centrado en adolescentes, pero es importante tener en cuenta a esta población pues este periodo es crítico para la salud general y bucal, porque durante la transición de la vida de niño a la vida de adultos, las personas viven cambios muy importantes en los aspectos biológicos, cognitivo, emocional y social, y su importancia radica en que en esta fase se adoptan nuevas prácticas y comportamientos que en muchos casos prevalecen en el resto de la vida, se aumenta la autonomía, se exponen a diferentes factores de riesgos y situaciones socio conductuales como el consumo de alcohol y de tabaco, drogas ilícitas, prácticas sexuales inseguras, inadecuada alimentación y estilos de vida sedentario; se convierte entonces esta población joven en un

²¹ VASOONTARA, Yiengprugsawan. TEWARIT, Somkotra. MATTHEW Kelly. Factors associated with self-reported number of teeth in a large national cohort of Thai adults. En: BMC Oral Health, 2011, 11:31, p. 1-2

²² FERNANDEZ, C. NUNEZ, L. Oral Health Determinant in 12 Year-Old Population. En: Revista clinica de periodoncia, implantologia y rehabilitacion oral. Vol. 4, No 3 (diciembre. 2011); p. 118.

grupo prioritario para implementar las políticas de salud en todas las regiones del mundo²³.

Sudaduang K. y cols. Validan lo anterior en un estudio realizado en adolescentes de Tailandia en el que el 83% de los participantes, reportaron experiencias bucales que tuvieron un impacto sobre la calidad de vida durante los últimos seis meses, el 39% de los cuales fue moderada, la caries dental fue el impacto más frecuente (40,7%), seguido por impactos atribuidos a lesiones bucales (36,4%) y enfermedad periodontal (29,6%)²⁴. Otro estudio importante es el realizado por Seter S. y cols. En este explican que 100.0% de los adolescentes encuestados en Zambia tienen la percepción de tener o que tuvieron mala higiene bucal. En el análisis multivariable, se encontró que la edad, el sexo, el consumo de sustancias (alcohol, cannabis) y hambre se asociaron significativamente con la percepción de una mala higiene bucal²⁵. En Colombia, el último Estudio Nacional de Salud Bucal ENSAB III en 1999 reportó algunos datos sobre representaciones sociales, en las que se incluyó la percepción de “Que es tener una boca sana”. En la población de 12 a 69 años de edad, sólo el 26.8% lo asoció a tener los dientes completos, el 24.5% a no tener mal aliento y un 10.9% a no tener dolor²⁶.

Aleksejūnienē J. y cols. Realizaron un estudio en el cual se relacionó los niveles de higiene bucal con factores socio demográficos y la crianza dada por

²³ VETTORE, Mario. Et Al. Condição socioeconômica, frequência de escovação dentária e comportamentos em saúde em adolescentes brasileiros: uma análise a partir da pesquisa nacional de saúde do escolar. En: Cadernos de Saude Publica. Vol.28, No. 3(2012);p. 101

²⁴ KRISDAPONG, Sudaduang. Et Al. Setting oral health goals that include oral health-related quality of life measures: a study carried out among adolescents in Thailand. En: Cadernos de Saude Publica. Vol.28, No. 10 (octubre. 2012);p.1.

²⁵ SETER, Siziya. Et Al. Self-reported poor oral hygiene among in-school adolescents in Zambia. En: BMC Research notes. Vol. 4, No. 7 (Julio. 2011); p. 3 – 4.

²⁶ TELLEZ, Marisol. Et Al. Correlación de un Instrumento de Calidad de Vida relacionado con salud oral entre niños de 8 a 10 años y sus acudientes en Bogotá. En: Revista CES. Vol. 25 No. 1 (2012); p. 10.

los padres, en el cual concluyen que el género y el nivel socioeconómico se asocia con las diferencias en los niveles de placa dental y la frecuencia de cepillado de dientes. Una posible implicación de estos hallazgos es que los programas de educación para la salud deben ser específicos sobre determinados grupos socioeconómico²⁷.

El nivel educativo de un padre y los ingresos económicos que este recibe tiene un impacto en la salud bucal de su familia, ya que una mayor recaudación de ingresos por parte del padre, garantiza unas mejores condiciones de vida en las cuales se puede acceder a los servicios odontológicos²⁸.

En la Costa Atlántica colombiana en el estudio realizado por González y cols. En el corregimiento de la Boquilla, en Cartagena se encontró una prevalencia de caries de 60%²⁹, asociado a factores familiares.

JANICE P. y cols. Afirma que además de la importancia que tiene la familia y la percepción de ésta sobre la salud bucal, el estado socioeconómico y nivel de educación de los padres, tienen mucha importancia sobre la salud general y salud bucal relacionada con la calidad de vida³⁰.

Según lo anterior podemos afirmar que la salud bucal es un importante mediador de la calidad de vida, sobre todo de su componente psicológico³¹, es por ello que se han creado indicadores. Para ser utilizados específicamente en

²⁷ ALEKSEJUNIENÉ, Jolanta. Parenting style, locus of control, and oral hygiene in adolescents. En: .Medicina: Kaunas. Vol. 48, No.2 (marzo. 2012); p 104 – 106.

²⁸ Ibíd Fisher O. Pag 5

²⁹ DÍAZ, Shyrley. GONZALES, Farith. Prevalencia de caries dental y factores familiares en niños escolares de Cartagena de Indias, Colombia. En: Revista de Salud Publica 2010; Vol.12; No.5; p 843-851

³⁰ JANICE, Paula., Et. Al. The influence of oral health conditions, socioeconomic status and home environment factors on schoolchildren's self-perception of quality of life En: Health and Quality of Life Outcomes. Vol. 6, No.10 (junio. 2012); p. 2.

³¹ MARIÑO, Rodrigo. Self-reported and clinically determined oral health status predictors for quality of life in dentate older migrant adults. Community Dent Oral Epidemiology. 2008; 36(1): 85-94.

odontología. Estos tipos de indicadores de calidad de vida relacionada con la salud bucal, permiten estimar el impacto social y funcional de las enfermedades bucales, traducir sus hallazgos en medidas clínicas objetivas y evaluar la efectividad de los tratamientos odontológicos, siendo todas medidas de gran utilidad para mejorar la calidad de los servicios de salud³².

³² SLADE, Gary. Measuring oral health and quality of life. North Carolina: University of North Carolina; [disponible en internet], < <http://www.adelaide.edu.au/arc poh/downloads/publications/reports/miscellaneous/measuring-oral-health-and-quality-of-life.pdf>> 1997.

5. METODOLOGÍA

TIPO DE INVESTIGACIÓN: descriptivo transversal

POBLACIÓN: se escogió a la población ubicada en las comunidades de Tierra baja, Manzanillo y Boquilla, ubicadas en la zona norte de Cartagena perteneciente al departamento de Bolívar. Tierra baja y Manzanillo del mar son veredas de la Boquilla que a su vez es corregimiento de la ciudad de Cartagena.

MUESTRA: Se realizó un muestreo por conveniencia en el que participaron 240 personas los cuales tuvieron presentes los siguientes criterios:

CRITERIOS DE INCLUSIÓN: todas las personas mayores de 18 años que residan en la comunidad de Tierra Baja, Manzanillo y Boquilla y que aceptaron participar en el estudio.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN: personas adultas que tengan menos de 1 año viviendo en la comunidad.

VARIABLES:

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS		
VARIABLE	DEFINICIÓN	INDICADOR
EDAD	Edad cronológica de cada individuo	18-19 adolescente 20-44 adulto maduro 45-60 adulto maduro >de 60 años
SEXO	Características Biológicas que distinguen al hombre de la mujer	Masculino Femenino

VARIABLE	DEFINICIÓN	INDICADOR
ESTADO CIVIL	Condición de cada persona con respecto a los derechos y obligaciones civiles en lo que hace relación a su condición de soltería, matrimonio, viudez etc	Soltero Casado Viudo Unión libre Separado
ESCOLARIDAD	Ultimo año cursado o aprobado y clasificado según la ley 115	Ninguno Primaria incompleta Primaria completa Secundaria incompleta Secundaria completa Técnico Tecnólogo Universitario Postgrado
ESTRATO SOCIOECONÓMICO	Es una herramienta que utiliza el gobierno de Colombia (decreto 196 de 1989) para clasificar a los ciudadanos de acuerdo sus ingresos familiares, propiedades, etc. Relacionándolos con la educación, ocupación. Se tomará en cuenta el estrato reportado en el recibo del servicio de la luz.	1 2 3 4 5 6
CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA	Determina las características de la vivienda	Vivienda propia vivienda arrendada Servicios básicos Número de habitaciones y de habitantes Tipo de vivienda

VARIABLE	DEFINICIÓN	INDICADOR
Pobreza	Clasificación de los participantes	Percepción de pobreza Dependencia económica Vivienda cuenta con las condiciones básicas para vivir. Hambre. Ingreso diario mayor a dos dólares. Ingresos mensuales cubren el valor de la canasta familiar. Cuenta con los servicios públicos básicos
HÁBITOS DE HIGIENE ORAL	Actividades que realiza la persona en función de su salud bucal	usa cepillo Numero de cepillados Tiempo de cepillado Técnica de Cepillado Uso de crema dental Uso de enjuague bucal Uso de seda dental Cepillarse antes dormir Ultima Ida al odontólogo Percepción estado Salud Bucal
otros hábitos	Hábitos que realiza el participante	Fuma Ingiere alcohol Ingesta de café Morder objetos Comerse las uñas Morderse los labios Rechina dientes Otro habito

VARIABLE	DEFINICIÓN	INDICADOR
Estado de salud bucal	Hallazgos encontrados en el participante	<p>Numero de dientes</p> <p>Numero de restos radiculares</p> <p>Numero de dientes cariados</p> <p>Numero de dientes obturados</p> <p>Numero de dientes perdidos</p> <p>COP individual</p> <p>Porcentaje de placa bacteriana</p> <p>Uso de prótesis dental</p> <p>lengua saburral</p> <p>torus palatino</p> <p>melanosis fisiologica</p> <p>lengua surcada</p> <p>exostosis mandibular</p> <p>estomatitissub protesica tipo 1 en paladar</p> <p>torus mandibular</p> <p>lengua geografica</p> <p>hiperqueratosis friccional en carrillo</p> <p>papiloma diapneusico en mucosa labial</p> <p>candidiasis en paladar</p> <p>granulos de fordyce en mucosa labial</p> <p>granulos de fordyce en carrillos</p> <p>afta traumatico</p> <p>estomatitis aftosa recurrente en mucosa labial</p> <p>estomatitis aftosa recurrente en carrillos</p>

5.1 INSTRUMENTOS

La información a recolectar se realizó mediante dos tipos de instrumentos diseñados: un instrumento tipo encuesta diseñado y previamente evaluado en prueba piloto con la participación de dos expertos en Salud Pública y dos estudiantes de Odontología de la Universidad de Cartagena de octavo semestre para medir la suficiencia de las preguntas, pertinencia, semántica y extensión del instrumento, determinar el grado de aceptación de los mismos, así como tomar los tiempos de la entrevista. Este contenía 45 preguntas con respuestas politómicas y dicotómicas para evaluar las características sociodemográficas y el nivel de pobreza teniendo en cuenta medidas subjetivas y objetivas según los datos reportados por el Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas, DANE en Colombia³³. Para las medidas subjetivas encontramos la percepción de pobreza que tenían de sí mismo evaluándola con la pregunta ¿se considera usted pobre? Entre las medidas objetivas encontramos las no monetarias y las monetarias. Las medidas no monetarias se evaluaron teniendo en cuenta el hambre, que se evaluó preguntando si algún miembro de su familia no comió una de las tres comidas uno o más días de la semana; las necesidades básicas insatisfechas evaluando cinco características: la vivienda inadecuada, vivienda sin servicios públicos, la inasistencia escolar y la dependencia económica, y clasificación del Sisben que según el DANE clasifica en Sisben 1 los indigentes y Sisben 2 los pobres. Y

³³ SEPÚLVEDA, Carlos. Medición de pobreza en Colombia. DANE [disponible en internet] <<http://www.icesi.edu.co/departamentos/economia/images/charla.pdf>>

las medidas monetarias como vivir con ingresos inferiores a dos dólares diarios y si sus ingresos mensuales cubrían los gastos de la canasta familiar³⁴.

En el presente estudio para clasificar si una persona era pobre o no, no se tuvo en cuenta la clasificación del Sisben por considerarla una medida fuera de lo real, en el sentido que la clasificación del Sisben habla que una persona clasificada en tipo 1 era una persona indigente, y encontramos en la población que la mayoría de las familias que se clasificaron en Sisben tipo 1 contaban con un hogar en buen estado con todos los servicios públicos e incluso televisión por cable, pisos en baldosa y varios electrodomésticos.

Se tuvieron en cuenta entonces para realizar la clasificación de pobres los siguientes ítems: presencia de hambre, cubrir con su sueldo el precio de una canasta familiar, contar con una vivienda con condiciones básicas para vivir, percepción de pobreza, contar con los servicios públicos básicos (agua, luz, gas, alcantarillado), dependencia económica e ingresos diarios en dólares. Se le asignaron a cada uno de los ítems un valor en porcentaje que fueron asignados por los investigadores del presente estudio tomando en cuenta el impacto de puede tener cada uno de estos en el individuo y su familia. Los valores asignados fueron los siguientes: hambre 30%, cubrir con su sueldo el precio de una canasta familiar 20%, contar con una vivienda con condiciones básicas para vivir 20%, contar con los servicios públicos básicos 15%, percepción de pobreza 5%, dependencia económica 5% e ingresos diarios en dólares 5%. La presencia de cada uno de estos ítems en cada uno de los participantes genera una suma de todos estos porcentajes (100%) catalogado

³⁴ SEPÚLVEDA, Carlos. Medición de pobreza en Colombia. DANE [disponible en internet] <<http://www.icesi.edu.co/departamentos/economia/images/charla.pdf>>

como pobreza. El participante quedaba entonces con un porcentaje que determinaba su inclusión en una de las siguientes categorías: miserable o indigente (70-100%), pobre (31-69%) o necesidades básicas satisfechas (0-30%).

En un segundo instrumento tipo clínico se evaluó el estado de salud bucal a través de los siguientes criterios: el número total de dientes y la presencia de restos radiculares en la persona, el índice COP para medir experiencia de caries³⁴, para medir la cantidad de placa bacteriana se utilizó el índice de placa O'Leary³⁵ y para medir el estado periodontal se utilizó el índice periodontal comunitario propuesto por la OMS³⁶. Este instrumento fue evaluado y calibrado previamente en un pilotaje para garantizar la comprensión de todos los ítems de acuerdo al contexto través de pruebas inter e intraexaminador por medio de una prueba Kappa Cohen arrojando un resultado de 0,69 y 0,72 respectivamente.

5.2 PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la aplicación del instrumento de recolección de información se realizaron varias convocatorias a las personas mayores de 18 años al centro de salud de la localidad. Cada entrevista con su respectivo examen bucal duró un tiempo promedio de 20 minutos para evitar distracción en el entrevistado y facilitar su colaboración.

5.3 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.

³⁵ CORCHUELO, Jairo. Sensibilidad y especificidad de un índice de higiene oral de uso comunitario. En: Colombia médica. V 42, N 4, 2011, 42: 448-57

³⁶ LEROY, Roos. Et Al. Methodological issues in epidemiological studies of periodontitis - how can it be improved?. En: BMC Oral Health. Vol.10, No.8 (abril. 2010); p. 3 – 4

Para el procesamiento y análisis de la información se utilizaron los programas Microsoft Excel 2007® y STATA 11.1®. Se estimaron frecuencias y proporciones de las variables sociodemográficas y las variables relacionadas con los niveles de pobreza y la relación entre pobreza y estado bucal se hizo a través de la prueba Chi ² para establecer la significación de la relación a través del análisis bivariado con un nivel de confianza del 95 %.

5.4 CONSIDERACIONES ÉTICAS

De acuerdo a la resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Protección Social de Colombia, este estudio se considera sin riesgo, por lo que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio y la información recolectada es de carácter confidencial por lo que no se dará a conocer la identidad de los participantes respetando así su dignidad, la protección de sus derechos y su bienestar³⁷.

³⁷ NORMAS TÉCNICAS Y ADMINISTRATIVAS PARA LA INVESTIGACIÓN EN SERES HUMANOS. Resolución 008430 Ministerio de Salud. República de Colombia, 1993. p 53

6. RESULTADOS

Se encuestaron 240 personas mayores de edad en las comunidades de Tierra Baja, Manzanillo y Boquilla a los cuales se les realizo una encuesta y un examen clínico, donde la gran mayoría fueron de sexo femenino, el grupo etario más frecuente corresponde a adultos jóvenes, la mayor parte de la comunidad es de procedencia rural, presentándose un alto índice de parejas en unión libre, la gran mayoría con un nivel de escolaridad de secundaria incompleta y contando con ingresos menores al valor de la canasta familiar actual en Colombia (\$589.500.00 – un salario mínimo legal vigente en Colombia) (ver tabla 1)

TABLA 1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS POBLACIONES DE TIERRA BAJA, MANZANILLO Y BOQUILLA 2013.

CARACTERÍSTICAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
POBLACIONES		
Tierra baja	130	54,17
Manzanillo	40	16,67
Boquilla	70	29,17
SEXO		
Femenino	169	70,42
Masculino	71	29,58
EDAD POR CICLO VITAL		
Adolescentes	16	6,67
Adulto joven	152	63,33
Adulto maduro	50	20,83
Adulto mayor	22	9,17
PROCEDENCIA		
Urbana I	49	20,42
Rural	191	79,58
ESTADO CIVIL		
Soltero	31	12,92
Separado	24	10,00
Viudo	8	3,33
Unión libre	141	58,75
Casado	36	15,00
ESCOLARIDAD		
Ninguno	7	2,92
Primaria incompleta	23	9,58
Primaria completa	29	12,08
Secundaria incompleta	94	39,17
Secundaria completa	74	30,83

CARACTERÍSTICAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Técnico	11	4,58
Tecnológico	1	0,42
Universitario	1	0,42
CUENTA CON SERVICIO DE SALUD		
No cuenta	13	5,42
Si cuenta	227	94,58
TIPO DE SISBEN		
Tipo 1	221	92,08
Tipo 2	11	4,58
Tipo 3	4	1,67
No tiene	4	1,67
CANASTA FAMILIAR		
Si	33	13,75
No	207	86,25

Al indagar sobre las condiciones socioeconómicas, encontramos que en la mayoría de encuestados alguno de los miembros de la familia no comió una de las tres comidas en la semana por no contar con dinero para hacerlo, en cuanto a la dependencia económica tenemos que un 40.00% de los participantes depende de su conyugue, la tenencia de la vivienda era propia en más de la mitad de los participantes y casi la totalidad de los niños asistían a la escuela, los que no lo hacían era porque no estaban en edad escolar. La mayoría de las personas consideran que sus viviendas no cuentan con las condiciones básicas para vivir, Dentro de los hábitos de higiene presentes en la encuesta tenemos

que el 60% de los encuestados se cepillan menos de 3 veces al día, durando de 2 a 4 minutos en el 39.17% de los casos, con una técnica de cepillado combinando todas las formas en un 77.08 %, predomina el no uso de enjuague bucal ni seda dental en casi la totalidad de los encuestados. Y solo el 64.17% se cepilla antes de dormir.

Al examinar las necesidades básicas encontramos que la mayoría de los participantes de la encuesta no cuentan con las condiciones básicas para vivir, solo un tercio de la población afirmó que algún miembro de su familia ha dejado de comer una de las tres comidas, al indagar sobre la dependencia económica un 40% de los encuestados afirman depender de su conyugue, un poco más de la mitad afirmaron vivir en casa propia y casi la totalidad alegaron que los niños asisten al colegio, al evaluar si sus ingresos mensuales satisfacían el valor de la canasta familiar encontramos un alto número de personas que no afirmaron no conseguir este valor, al evaluar la percepción de pobreza encontramos que más de dos tercios de la población encuestada si se consideran pobres, finalmente al evaluar las anteriores características y clasificar a los participantes la mitad de estos fueron categorizados como pobres.

TABLA 2. NECESIDADES BÁSICAS INSATISFECHAS.

CARACTERÍSTICA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CONDICIONES BÁSICAS PARA VIVIR		
Si cuentan con las condiciones	83	34,58
No cuentan con las condiciones	157	65,42
¿ALGÚN MIEMBRO DE LA FAMILIA NO COMIÓ?		
Si	90	37,50
No	150	62,50
DEPENDENCIA ECONÓMICA		
Usted	97	40,42
Conyugue	96	40,00
Padres	24	10,00
Otros	23	9,58
VIVIENDA		
Propia	137	57,08
Arrendada	57	23,75
Familiar	46	19,17
ASISTENCIA ESCOLAR		
Si asisten	196	81,67
No están en edad escolar	44	18,13
CANASTA FAMILIAR		
Si	33	13,75
No	207	86,25
PERCEPCIÓN DE POBRE		
Si	184	76,67
No	56	23,33
CLASIFICACIÓN INDIVIDUAL DE POBREZA		
Miseria	48	20,00
Pobreza	110	45,83
Necesidades básicas satisfechas	82	34,17

En cuanto a la última visita al odontólogo el 34.5% recuerda haber ido hace más de 12 meses, y la minoría de los participantes usa otro método de higiene. La percepción que tienen en cuanto a su estado de salud bucal es buena en la mitad de los casos, el servicio odontológico en la comunidad lo califican como bueno en el 63.75% y no han experimentado temor antes de una cita

odontológica el 52.08% de los participantes. Otros hábitos como fumar, ingesta de bebidas alcohólicas, morder objetos con frecuencia, comerse las uñas, morderse los labios y rechinar los dientes dieron negativo en altos porcentajes, mientras que la ingesta de café dio positiva en más de la mitad de las encuestas. El tiempo de cambio de cepillo cada tres meses fue el de mayor prevalencia, todos los miembros de la familia cuentan con su propio cepillo y no comparten el cepillo. Menos de dos tercios de los encuestados si ha dejado de hacerse algún tratamiento odontológico por falta de dinero. (Ver tabla 3)

TABLA 3. HÁBITOS Y VICIOS ORALES

CARACTERÍSTICAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE	IC 95%
ULTIMA VISITA AL ODONTÓLOGO			
Menos de 1 mes	17	7,08	3,8 – 10,3
De 1 a 6 meses	66	27,50	21,8 – 33,1
De 7 a 12 meses	61	25,47	19,8 – 30,9
Más de 12 meses	83	34,58	28,5 – 40,6
No sabe no recuerda	13	5,42	2,5 – 8,3
UTILIZA OTRO MÉTODO DE HIGIENE			
Si usa otro método	7	2,92	0,7 – 5,0
No usa otro método	233	97,08	94,9 – 99,2
COMO CONSIDERA SU ESTADO DE SALUD BUCAL			
Bueno	122	50,83	44,4 – 57,2
Malo	12	5,00	2,2 – 7,7
Regular	106	44,17	37,8 – 50,4
COMO CALIFICAN EL SERVICIO ODONTOLÓGICO EN LA COMUNIDAD			
Bueno	153	63,75	57,6 – 69,8
Malo	13	5,42	2,5 – 8,3
Regular	74	30,83	24,9 – 36,7
A EXPERIMENTADO TEMOR ANTES DE LA CITA ODONTOLÓGICA			
Si ha experimentado temor	115	47,92	40,7 – 53,4
No ha experimentado temor	125	52,08	46,5 – 59,2

CARACTERÍSTICAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE	IC 95%
FUMA			
Si	26	10,83	6,8 – 14,7
No	214	89,17	85,2 – 93,1
INGESTA DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS			
Si	87	36,25	30,1 – 42,3
No	153	63,75	57,6 – 69,8
INGESTA DE CAFÉ			
Si	139	57,92	51,6 – 64,2
No	101	42,08	35,7 – 48,3
MUERDE OBJETOS CON FRECUENCIA			
Si	26	10,83	6,8 – 14,7
No	214	89,17	85,2 – 93,1
SE COME LAS UÑAS			
Si	43	17,92	13 – 22,8
No	197	82,08	77,1 – 86,9
SE MUERDE LOS LABIOS			
Si	14	5,83	2,8 – 8,8
No	226	94,17	91,1 – 97,1
RECHINA LOS DIENTES			
Si	41	17,08	12,2 – 21,8
No	199	82,92	78,1 – 87,7
TIEMPO DE RECAMBIO DEL CEPILLO			
Cada 3 meses	191	79,58	74,4 – 87,4
Cada 6 meses	46	19,17	14,1 – 24,1
Cada 12 meses	3	1,25	- 0,1 – 2,6
LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA CUENTAN CON SU PROPIO CEPILLO			
Si	238	99,17	98 – 100
No	2	0,83	-0,3 – 1,9
MIEMBROS DE LA FAMILIA COMPARTEN EL CEPILLO DE DIENTES			
Si	3	1,25	- 0,1 – 2,6
No	237	98,75	97,3 – 100
NO SE HA REALIZADO ALGÚN TRATAMIENTO POR FALTA DE DINERO			
Si	143	59,58	53,3 – 65,8
No	97	40,42	34,1 – 46,6

Al momento de realizar el examen intra oral encontramos que en un bajo porcentaje de los encuestados presentaban menos de 18 dientes, y el 26.25% presentaban restos radiculares, al evaluar la presencia de caries, la

encontramos en casi la totalidad de la muestra, y la pérdida de algún órgano dentario en la mitad de los casos; al evaluar la presencia de placa bacteriana encontramos una prevalencia mayor del 30% en la mayor parte de los examinados y solo un mínimo de la población usan algún tipo de prótesis dental, en cuanto a disfunciones en la ATM solo el 22.92% presentaron alguna alteración, la presencia de algún tipo de lesión intra-oral se dio en el 56.25%, y el 15.04% de las personas se diagnosticaron con algún tipo de periodontitis. (Ver tabla 4)

TABLA 4. EVALUACIÓN INTRAORAL DE LAS PERSONAS ENCUESTADAS

CARACTERÍSTICAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE	IC 95%
NUMERO DE DIENTES			
Menos de 18 dientes	26	10,83	6,8 – 14,7
Más de 18 dientes	214	89,17	85,2 – 93,1
PRESENCIA DE RESTOS RADICULARES			
Si presenta	63	26,25	20,6 – 31,8
No presenta	177	73,75	68,1 – 79,3
PRESENCIA DE DIENTES CARADOS			
Si presenta	232	96,67	94,3 – 98,9
No presenta	8	3,33	1,0 – 5,6
PRESENCIA DE DIENTES PERDIDOS			
Si presenta	138	57,50	51,2 – 63,7
No presenta	102	42,50	36,2 – 48,7
% PLACA BACTERIANA			
Mayor 30%	226	94,17	91,1 – 97,1

Menor 30%	14	5,83	2,8 – 8,8
CARACTERÍSTICAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE	IC 95%
¿USA PRÓTESIS?			
Si usa	26	10,83	6,8 – 14,7
No usa	214	89,17	85,2 – 93,1
DISFUNCIÓN EN LA ATM			
Si presenta	55	22,92	17,5 – 28,2
No presenta	185	77,08	71,7 – 82,4
PRESENCIA DE LESIONES			
Si presenta	135	56,25	49,9 – 62,5
No presenta	105	43,75	37,4 – 50
TIPO DE ENFERMEDAD			
Periodontitis	37	15,42	10,8 – 20
Gingivitis	201	83,75	79 – 88,4
Sano	2	0,83	0,3 – 1,9

Al relacionar la pobreza como factor de riesgo con los hábitos de los participantes se encontró asociación entre la pobreza y la percepción de salud, el número de veces que se cepillan y cada cuanto cambian de cepillo (valores de $p < 0.05$) ver tabla 5

TABLA 5. RELACIÓN DE LA POBREZA COMO FACTOR DE RIESGO CON HÁBITOS Y PATOLOGÍAS ORALES.

POBREZA COMO FACTOR DE RIESGO					P
Percepción De Necesidades básicas insatisfechas	FRECUENCIA	PORCENTAJE	Necesidades básicas satisfechas	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Buena Percepción	70	57,38%	52	42,62%	
Veces Que Se Cepillan					
Menos De 3 Veces Al Día	105	72,92%	39	27,08%	0.005
Más De 3 Veces Al Día	53	55,21%	43	44,79%	
Cada Cuanto Cambian De Cepillo					
Más De 3 Meses	39	79,59%	10	24,41%	0.023
Menos De 3 Meses	119	62,30%	72	37,70%	
Presencia De Lesiones En La Cavidad Oral					
Si Presenta	94	69,63%	41	30,37%	0.209
No Presenta	65	61,90%	40	38,10%	
Enfermedad Periodontal					
Presencia De Periodontitis	26	70,27%	11	29,73%	

	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE	P
Presencia De Gingivitis	130	64,68%	71	35,32%	0.477
No Presenta Enfermedad	2	100%	0	0%	

Al momento de relacionar la percepción de pobreza con la percepción de salud bucal de los habitantes que hicieron parte del estudio se nota que al considerarse pobres también se tiene una mala percepción del estado de salud oral y esto se presentó en el 82.20% de los participantes, y con un valor de $p < 0.05$. (Ver tabla 6).

TABLA 6. RELACIÓN DE PERCEPCIÓN DE POBREZA CON LA PERCEPCIÓN DE SALUD BUCAL

	Percepción de pobreza				P
Percepción de salud bucal	Se considera pobre		No se considera pobre		
	Frecuencia	porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Mala percepción	97	82.20%	21	17.80%	0.046
Buena percepción	87	71.31%	35	28.69%	

7. DISCUSIÓN

Los hallazgos de la presente investigación provienen de un estudio descriptivo transversal, que permite identificar las características sociodemográficas y el estado de pobreza de las comunidades de Tierra Baja, Manzanillo y Boquilla y su relación con el estado de salud bucal con el fin de obtener puntos de partida para el diseño y análisis de estrategias de mejoramiento del bienestar, salud oral y calidad de vida.

Al realizar las relaciones de los niveles de pobreza con la percepción de salud y su real estado de salud los resultados arrojaron que todos aquellos que no presentan sus necesidades básicas satisfechas consideran que tienen un mal estado de salud bucal, igual que todos los que se consideran pobres, según el estudio realizado por Meneses E. Actualmente está suficientemente demostrado y documentado que existen diferentes estilos de vida relacionados con los niveles de salud de las personas, tanto en grupos infantiles, como en la mayor edad; Los estudios clínicos quieren relacionar la calidad de vida y la salud del individuo, o sea estimar la calidad de vida como una propuesta para evaluar los cuidados de la salud³⁸, lo que nos ayuda a justificar que no solamente es el cuidado personal sin no también el enfoque o percepción que se tenga de su calidad de vida influirá directamente en su real estado de salud bucal.

La relación entre la percepción de pobreza y la percepción de salud oral va muy ligada con los conocimientos, actitudes y prácticas de los participantes de

38 MENESES, Edwin. Salud bucodental y calidad de vida oral en los mayores. Universidad Complutense de Madrid. [disponible en internet], <<http://eprints.ucm.es/12303/1/T32521.pdf>> ISBN: 978-84-694-0762-2 madrid 2010 , p. 15

este estudio, como lo afirma Díaz y cols en 2011 cuando dicen que si existe una relación entre la presencia de enfermedades orales con las actitudes, conocimientos y prácticas de las personas³⁹, además también se relaciona la baja escolaridad, el hecho de no tener empleo, pertenecer a un estrato socioeconómico bajo, problemas de salud bucal en otros miembros de la familia como factores de riesgo para la aparición de enfermedades orales.

Se encontró que el 96% de los participantes presentan algún tipo de caries siendo muy parecido al estudio realizado por Khalifa N. y cols, llevado a cabo en Sudan con 1.888 pacientes, en el cual se incluyeron los diferentes grupos étnicos del país, el resultado obtenido fue una alta prevalencia de caries con 87.7%⁴⁰, Begzati A, y Cols también afirmaron en su estudio realizado en adolescentes de Kosovo la presencia de caries en un 94.4%⁴¹.

Al momento de relacionar la pobreza como factor de riesgo con el real estado de salud bucal, hayamos una significancia estadística, la tendencia nos indicó que el mayor número de personas con lesiones en cavidad oral son las que no cuentan con recursos suficientes, como lo afirma Garcillan R. cuando hace mención a los diferentes reportes que existen y dicen que hay diferentes tipos de personas que se enferman más que otras, logrando identificar como mayor factor de riesgo las personas con bajos ingresos o recursos económicos⁴².

En estas poblaciones debido a su ubicación y por ser comunidades vulnerables dadas sus condiciones socio económicas, en sus centros de salud no hay una

³⁹ DIAZ, Shirley. ARRIETA Katherine. Factores Familiares asociados a la presencia de Caries Dental en Niños Escolares de Cartagena, Colombia. En: Revista de salud pública. Vol. 15, No. 5 (octubre. 2010); p. 100 – 101.

⁴⁰ KHALIFA, Nadia. Et Al. A survey of oral health in a Sudanese population. EN: BMC Oral Health. Vol.12. No 5. (2012); p.4 - 6.

⁴¹ BEGZATI, Agim. Et. Al. Dental Health Evaluation of Children in Kosovo. En: European Journal of Dentistry. Vol.5, No. 1 (Junio. 2011); p.34 – 36.

⁴² GARCILLAN, Rosio. Estudio y análisis de la equidad en salud. Una visión en salud oral. Madrid: Fundación del Colegio de Odontólogos y Estomatólogos de Madrid (FCOEM), 2013, 144p.

asistencia permanente de odontólogos y la poca asistencia de sus habitantes al servicio demuestran las falencias y ayudan a entender la presencia de enfermedad periodontal, en el 15,42% de los habitantes se diagnosticó con algún tipo periodontitis lo que está de acuerdo con las cifras entregadas por la Organización Mundial de la Salud en la nota informativa 318 de febrero de 2007, que dice que las enfermedades periodontales graves que pueden desembocar en la pérdida de dientes afectan a un 5%-20% de los adultos de edad madura⁴³.

Al evaluar y encontrar la presencia de placa bacteriana por encima del 30% en el 94,17% de los participantes nos indica los bajos niveles de educación en salud oral con los que cuentan estas personas demostrando que esta sería la causa de la gingivitis presente en el 83.75% haciéndonos coincidir esta afirmación con la presentada por Murrieta J. y cols, quienes dicen que existe un sinnúmero de factores que causan gingivitis; sin embargo, se ha comprobado que la calidad de la higiene oral es la de mayor importancia, la participación de este factor también puede ser el resultado de la influencia de otros, tales como: nivel de conocimientos sobre salud oral y condición socioeconómica de las personas, ya que juegan un papel importante en la determinación del estilo de vida y el autocuidado de la salud que adoptan los sujetos⁴⁴.

En estas comunidades por ser afro descendientes, se mantiene la cultura de la mujer atendiendo el hogar dependiendo económicamente solo de su conyugue, quien es el único proveedor económico, generando en los casos de bajos

⁴³ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Nota informativa nº318 de febrero de 2007. Versión on line. [disponible en internet] <<http://www.who.int/tmediacentre/factsheets/fs310/es/>>

⁴⁴ MURRIETA, Jose. JUAREZ Liliانا. prevalencia de gingivitis asociada a la higiene oral, ingreso familiar y tiempo transcurrido desde la última consulta dental, en un grupo de adolescentes ciudad de Mexico. Mediagraphic artemisa. Vol 65. Sept- oct 2008.

ingresos económicos (encontrados frecuentemente en este estudio), unas malas condiciones para vivir, creando pocos y malos hábitos de higiene, coincidiendo con la afirmación de Fisher I. cuando dice el nivel educativo de un padre y los ingresos económicos tienen un impacto en la salud oral de su familia y que una mayor recepción de ingresos por parte de este, garantiza unas mejores condiciones de vida en las cuales se puede acceder a los servicios odontológicos⁴⁵.

⁴⁵ Ibid Fisher O. Pag 5

8. CONCLUSIÓN

En las comunidades de Tierra Baja, Manzanillo y Boquilla el no contar con las necesidades básicas satisfechas está directamente relacionado con un inadecuado estado de salud bucal, presentando estas personas hábitos inadecuados de higiene oral, como cepillarse menos de tres veces al día, no uso de la seda dental ni enjuagues bucales lo cual conlleva a la presencia de patologías orales como la lengua saburral, enfermedad periodontal y altos índices de placa bacteriana y caries dental

9. RECOMENDACIONES

- Ampliar la muestra en la búsqueda de resultados estadísticamente significativos teniendo en cuenta que hay una clara tendencia que las personas con necesidades básicas insatisfechas tienen peor estado de salud bucal.
- Continuar investigaciones relacionadas con esta temática para diseñar y crear instrumentos que evalúen el estado y nivel de pobreza en las poblaciones para obtener resultados más confiables.
- Socialización de los resultados ante los diferentes actores sociales de las comunidades para la generación y creación de nuevas estrategias que permitan mejorar la calidad de vida de los habitantes de Tierra Baja. Manzanillo y Boquilla.

BIBLIOGRAFÍA

VASOONTARA, Yiengprugsawan. TEWARIT, Somkotra. MATTHEW Kelly. Factors associated with self-reported number of teeth in a large national cohort of Thai adults. En: BMC Oral Health, 2011, 11:31, p. 1-2

ESCUELA DE VOLUNTARIADO DE LA COMUNIDAD DE MADRID. Consejería de asuntos sociales comunidad de Madrid. [pagina web]. [citado 17 de octubre de 2013] disponible en internet [Www.madrid.org](http://www.madrid.org)

RESPETABLE LORGIA CONDOR 9. Chile un país sin pobreza. ¿un sueño posible?, valle de Santiago, 2012 [en línea]. [citado 20 de octubre de 2013] disponible en internet < <http://www.rlcondor9.cl/wp-content/uploads/2012/06/Chile-un-pa%C3%ADs-sin-pobreza.pdf>>

GONZÁLEZ, Farith. Et Al. Conocimientos, actitudes y prácticas en salud bucal de padres y cuidadores en hogares infantiles, Colombia. En: Revista de salud pública de México. Vol. 53, No. 3 (mayo. 2011); p 1.

ENRIQUEZ, Carolina, CATAÑO Nhora. Riesgo familiar total en familias con escolares según rendimiento académico. En: Av Enferm. 2009, Vol. 27; No. 2; p. 127-138

LOURO, Isabel. La familia en la determinación de la salud. En: Rev Cubana Salud Pública 2003, Vol.29; No.1; p. 48-51

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Influencia de la pobreza en la salud. 113a reunión 4 de diciembre de 2003. [disponible en internet] < http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/EB113/seb11312.pdf> EB113/12

PÉREZ LUGO, Jorge. La necesaria reforma de los sistemas de salud en América latina. En: Revista gaceta laboral. Vol. 13, No. 1 (2007): 43-57.

SANTOS PRECIADO, José. PAREDES, Carlos. Iniciativas de salud en Latinoamérica: de la Oficina Sanitaria Panamericana a la Iniciativa Mesoamericana de salud Pública. En: Salud Pública Mex 2011; 53 supl 3:S289-S294.

PEIRÓ, Rosana. ÁLVAREZ-DARDET, Carlos. PLASENCIA, Antoni, et al. Rapid appraisal methodology for «health for all» policy formulation analysis. En: Health Policy. 2002;62:309- 28

GONZÁLEZ, Farith. Indicadores de Riesgo para la Caries Dental en Niños Preescolares de La Boquilla, Cartagena. En: Revista de salud pública. Vol.11, No.4 (julio. 2009); p.3.

PÉREZ, Gerson. Dimensión espacial de la pobreza en Colombia. Centro de estudios económicos regionales – Banco de la Republica, [disponible en internet] < <http://www.banrep.gov.co/es/contenidos/publicacion/dimensi-n-espacial-pobreza-colombia> > N° 54 enero de 2005 P38.

SEPÚLVEDA, Carlos. Medición de pobreza en Colombia. DANE [disponible en internet] <<http://www.icesi.edu.co/departamentos/economia/images/charla.pdf>>

ABADÍA BARRERO Carlos. Ppobreza y desigualdad sociales: un debate obligatorio en la salud oral. En: Acta Bioethica, 2006; 12 (1).

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Nota informativa n° 318 febrero de 2007. Versión online. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/>

BRUCE, Dye. Trends in oral health by poverty status as measured by healthy people 2010 objectives. En: public health reports. Noviembre-Diciembre 2010, volumen 125, p. 818

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Salud bucodental: plan de acción para la promoción y la prevención integrada de la morbilidad. 120a reunión del consejo ejecutivo 30 de noviembre de 2006. Pagina 1

ADAY, Lu. ANDERSEN, Ronald. A framework for the study of access to medical care. En: Health Serv Res 1974;9(3):208-20.

VARGAS, Ingrid. VÁZQUEZ, Luisa. MOGOLLÓN, Amparo. Acceso a la atención en salud en Colombia. En: Rev. salud pública. 12 (5): 701-712, 2010

FERNANDEZ, C. NUNEZ, L. Oral Health Determinant in 12 Year-Old Population. En: Revista clinica de periodoncia, implantologia y rehabilitacion oral. Vol. 4, No 3 (diciembre. 2011); p. 118.

VETTORE, Mario. Et Al. Condição socioeconômica, frequência de escovação dentária e comportamentos em saúde em adolescentes brasileiros: uma análise a partir da pesquisa nacional de saúde do escolar. En: Cadernos de Saude Publica. Vol.28, No. 3(2012);p. 101

KRISDAPONG, Sudaduang. Et Al. Setting oral health goals that include oral health-related quality of life measures: a study carried out among adolescents in Thailand. En: Cadernos de Saude Publica. Vol.28, No. 10 (octubre. 2012);p.1.

SETER, Siziya. Et Al. Self-reported poor oral hygiene among in-school adolescents in Zambia. En: BMC Research notes. Vol. 4, No. 7 (Julio. 2011); p. 3 – 4.

TELLEZ, Marisol. Et Al. Correlación de un Instrumento de Calidad de Vida relacionado con salud oral entre niños de 8 a 10 años y sus acudientes en Bogotá. En: Revista CES. Vol. 25 No. 1 (2012); p. 10.

ALEKSEJUNIENÉ, Jolanta. Parenting style, locus of control, and oral hygiene in adolescents. En: .Medicina: Kaunas. Vol. 48, No.2 (marzo. 2012); p 104 – 106.

DÍAZ, Shyrley. GONZALES, Farith. Prevalencia de caries dental y factores familiares en niños escolares de Cartagena de Indias, Colombia. En: Revista de Salud Publica 2010; Vol.12; No.5; p 843-851

JANICE, Paula., Et. Al. The influence of oral health conditions, socioeconomic status and home environment factors on schoolchildren's self-perception of quality of life En: Health and Quality of Life Outcomes. Vol. 6, No.10 (junio. 2012); p. 2.

MARIÑO, Rodrigo. Self-reported and clinically determined oral health status predictors for quality of life in dentate older migrant adults. Community Dent Oral Epidemiology. 2008; 36(1): 85-94.

SLADE, Gary. Measuring oral health and quality of life. North Carolina: University of North Carolina; [disponible en internet], <<http://www.adelaide.edu.au/arcpoh/downloads/publications/reports/miscellaneous/measuring-oral-health-and-quality-of-life.pdf>> 1997.

CORCHUELO, Jairo. Sensibilidad y especificidad de un índice de higiene oral de uso comunitario. En: Colombia médica. V 42, N 4, 2011, 42: 448-57
LEROY, Roos. Et Al. Methodological issues in epidemiological studies of periodontitis - how can it be improved?. En: BMC Oral Health. Vol.10, No.8 (abril. 2010); p. 3 – 4

NORMAS TÉCNICAS Y ADMINISTRATIVAS PARA LA INVESTIGACIÓN EN SERES HUMANOS. Resolución 008430 Ministerio de Salud. República de Colombia, 1993. p 53

MENESES, Edwin. Salud bucodental y calidad de vida oral en los mayores. Universidad Complutense de Madrid. [disponible en internet], <<http://eprints.ucm.es/12303/1/T32521.pdf>> ISBN: 978-84-694-0762-2 madrid 2010, p. 15

DIAZ, Shirley. ARRIETA Katherine. Factores Familiares asociados a la presencia de Caries Dental en Niños Escolares de Cartagena, Colombia. En: Revista de salud pública. Vol. 15, No. 5 (octubre. 2010); p. 100 – 101.

KHALIFA, Nadia. Et Al. A survey of oral health in a Sudanese population. EN: BMC Oral Health. Vol.12. No 5. (2012); p.4 - 6.

BEGZATI, Agim. Et. Al. Dental Health Evaluation of Children in Kosovo. En: European Journal of Dentistry. Vol.5, No. 1 (Junio. 2011); p.34 – 36.

GARCILLAN, Rosio. Estudio y análisis de la equidad en salud. Una visión en salud oral. Madrid: Fundación del Colegio de Odontólogos y Estomatólogos de Madrid (FCOEM), 2013, 144p.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Nota informativa n°318 de febrero de 2007. Versión on line. [disponible en internet] <<http://www.who.int/tmediacentre/factsheets/fs310/es/>>

MURRIETA, Jose. JUAREZ Liliana. prevalencia de gingivitis asociada a la higiene oral, ingreso familiar y tiempo transcurrido desde la última consulta dental, en un grupo de adolescentes ciudad de mexico. Mediagraphic artemisa. Vol 65. Sept- oct 2008.

ANEXOS
CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____ mayor de edad, identificado con cedula de ciudadanía número: _____ en pleno uso de mis facultades mentales libre y consiente mente declaro que autorizo al grupo de estudiantes asignados, con la asesoría y supervisión de la Dra. Shirley Díaz docente investigadora de la facultad de odontología de la universidad de Cartagena para que se realicen en mí los siguientes procedimientos:

1. Encuesta para establecer necesidades de aprendizaje de salud oral y estado socioeconómico en mi población.
2. Diagnóstico inicial, índice de salud oral, historia de caries y demás patologías presentes en cavidad oral

Lo anterior con el fin de participar en el estudio que adelanta la facultad de odontología de la universidad de Cartagena cuyo propósito es identificar y establecer la relación existente entre salud y pobreza; y cuáles son las enfermedades prevalentes en la comunidad de tierra baja.

Declaro que me han explicado los procedimientos del programa y soy consciente que estos no generan ningún riesgo para mí, ningún costo, a su vez se me han aclarado todas las dudas sobre los procedimientos y actividades que se realizaran.

Firma participante: _____

Firma del investigador: _____

Fecha:

Salud bucal de los pacientes adultos de la Comunidad de Tierra Baja, Boquilla y Manzanillo

Fecha: _____ Nombre: _____ Rol dentro de la familia _____

1. Edad: _____
2. Sexo: (F) (M)
3. Procedencia: () Rural () Urbana 4. Estado civil: () Soltero () Casado () Viudo () Unión libre () Separado
5. Quienes trabajan actualmente en la familia (pueden marcar hasta dos respuestas) Padre____ Madre____ Ambos padres _____ Abuelos_____ Tíos _____ Otra persona_____ Ninguno trabaja_____ Usted_____
6. Nivel Académico: () Ninguno () Primaria Incompleta () Primaria completa () Secundaria Incompleta () Secundaria completa () Técnico () Tecnológica () Universitario () Postgrado
7. Ocupación: _____
8. Religión: () Católico () Cristiano () Judaísmo () Adventista () ¿Otra Cual? _____
9. Cuenta con servicio de salud: Si____ No____ Nombre del seguro _____ 10. Sisben tipo: _____ puntaje: _____
11. Estrato socioeconómico 1____ 2____ 3____ 4____ 5____ 6____
12. Cuánto gana usted de sueldo en promedio en un mes? _____ y en un día? _____
13. Algún miembro de su familia padece alguna de las siguientes enfermedades:() Diabetes () Hipertensión () Problemas Cardiacos () Problemas respiratorios () Problemas esqueléticos () Otros cual? _____
14. Padece usted alguna de las siguientes enfermedades: () Diabetes () Hipertensión () Problemas Cardiacos () Problemas respiratorios () Problemas esqueléticos () Otros problemas _____
15. Usted se considera pobre? SI____ NO____
16. Por falta de dinero ¿algún miembro del hogar no consumió ninguna de las tres comidas (desayuno, almuerzo, comida) uno o más días a la semana? Si____ No____
17. Cuantos miembros conforman la familia: () Uno () Dos () Tres () Cuatro () Mas de 5
18. Numero (máximo) de miembros que duermen en un mismo cuarto: (1) (2) (3) (4) (5) () Mas de 6
19. Depende económicamente de: usted mismo ____ su conyugue ____ sus padres ____ otros familiares _____ otra persona _____
20. Asisten los niños al colegio: si () no () Porque no? _____
21. Tenencia de la vivienda: () Propia () Arrendada () Familiar
22. Tipo de Vivienda: () Casa () Apartamento () Habitación () Otro cual? _____
23. Considera usted que su vivienda cuenta con las condiciones básicas para vivir? Si____ No____
24. La vivienda cuenta con los siguientes servicios: Agua____ Luz____ Gas____ Teléfono____ TV Cable____

Hábitos de higiene oral.

25. Usa cepillo de dientes: si __. No __. 15. Cuantas veces se cepilla al día: _____ veces. Tiempo: _____ minutos.
26. Técnica de cepillado: De Arriba Abajo _____ Horizontal _____ Vertical _____ Circular _____ En todas formas _____
27. Usa crema dental: Si ____ No ____ Cual _____
28. Usa enjuague bucal Si _____ No _____ Cual _____
29. Usa seda dental Si ____ No ____ cual: _____
30. Se cepilla antes de dormir. Si ____ No ____
31. Su última visita al odontólogo fue: _____ motivo de consulta _____
32. utiliza otro método de higiene oral: si ____ no ____ cuales: _____

33. ¿Cómo considera su estado de salud bucal? Bueno_____ Malo_____ Regular_____
34. ¿Cómo califica el servicio de odontología de su comunidad? Bueno_____ Malo_____ Regular_____
¿Porque?_____
-
35. ¿Ha experimentado temor o miedo al odontólogo momentos previos a la visita? Si_____ No_____
Porque_____
-
36. ¿Fuma? Si_____ No_____ 37. ¿Toma Alcohol? Si_____ No_____ 38. ¿Toma café o bebidas oscuras? Si_____ No_____
39. ¿Muerde objetos con frecuencia? Si_____ No_____ 36. ¿Se come las uñas? Si_____ No_____
40. ¿Se muerde los labios? Si_____ No_____ 38. ¿Rechina usted los dientes? Si_____ No_____
41. Mencione otros hábitos diferentes a los anteriores mencionados que usted realiza con la boca o los
dientes_____
42. ¿Cada cuanto en su familia se compran los cepillos de dientes? _____
43. ¿Todos los miembros de su familia cuentan con su propio cepillo? Si_____ No_____
44. ¿A veces comparten el cepillo de dientes? Si_____ No_____ Porque motivo_____
45. ¿Ha dejado de hacerse algún tratamiento odontológico o de ir al odontólogo por falta de dinero? Si_____ No_____

Diagnostico Bucal del Paciente

Dientes: Numero de dientes: _____ Presenta Resto Radiculares: () Si () No Números de restos radiculares _____
Operatoria: Índice COP: Dientes con caries: _____ Dientes Perdidos: _____ Dientes Obturados: _____
Obturaciones desadaptadas: () Si () No Cuantas obturaciones: _____
 Presencia de Placa Bacteriana () SI () No Porcentaje de PB: _____
Usa prótesis: () Si () No Superior: _____ Inferior: _____
Tipo de prótesis: () Fija () Removible () Total () Parcial

Evaluación Extraoral: Colocar una x en las casillas correspondientes

Examen Extraoral	Normal	Anormal
Aspecto Extraoral		
Piel y mucosas		
Nódulos linfáticos		
Simetría facial		
Observaciones		

Articulación Temporo- Mandibular

Disfunción en ATM: Si ____ No ____ ¿Cual? _____

Diagnostico de Estructuras Orales

Localización	Lesión elemental	Diagnostico Presuntivo
Piso de Boca		
Carillo		
Mucosa labial superior		
Mucosa labial inferior		
Fondo de surco		
Proceso alveolar		
Paladar duro		
Paladar blando		
Cara dorsal de lengua		
Cara ventral de lengua		

Índice periodontal comunitario propuesto por la OMS

Diente	Índice periodontal comunitario					
	0	1	2	3	4	5
51-11						
55-16						
65-26						
71-31						
75-36						
85-46						
IPC TOTAL						