COMPARACION DEL ESTADO BUCO-DENTAL Y DETERMINANTES SOCIALES DE LOS ESTUDIANTES DE DOS PROGRAMAS ACADEMICOS DE LA UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA SEDE VILLAVICENCIO 2017 INGENIERIA CIVIL Y MEDICINA VETERINARIA

Autores:

Karen Lizeth Acevedo Gómez

Marilyn Villamil Duque

Línea de investigación:

Epidemiológica y proyección social

Área de investigación:

Epidemiológica

UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

PROGRAMA DE ODONTOLOGÍA

VILLAVICENCIO / META

2017

COMPARACION DEL ESTADO BUCO-DENTAL Y DETERMINANTES SOCIALES DE LOS ESTUDIANTES DE DOS PROGRAMAS ACADEMICOS DE LA UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA SEDE VILLAVICENCIO 2017 INGENIERIA CIVIL Y MEDICINA VETERINARIA

Autores:

Karen Lizeth Acevedo Gómez

Marilyn Villamil Duque

Trabajo de grado para optar por el título de Odontólogo

Asesores:

Asesora temática: Dra: Diana Forero Escobar.

Asesor temático: Dr. Julián Eduardo Mora Reina.

Asesora metodológica: Dra. Ruth Ángela Gómez Escarpetta.

UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

PROGRAMA DE ODONTOLOGÍA

VILLAVICENCIO / META

2017

CONTENIDO

INTRODUCCION 6

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 8

1.1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA 11

2. JUSTIFICACIÓN 12

3. MARCO TEORICO 14

3.1. Determinantes de la salud: 17

3.1.1. Teoría de acción razonada *26*

3.1.2. Conocimiento: *26*

3.1.3. Actitud: *27*

3.1.4. Practica: *29*

3.1.5. Comportamiento: *29*

3.2. Salud bucal: 30

3.2.1. Conocimientos relacionados a la salud bucal *31*

3.2.2. Actitudes relacionadas a la salud bucal *32*

3.2.3. Practicas relacionadas a la salud bucal *33*

3.2.4. Autocuidado *34*

3.3. Salud- enfermedad bucal y proceso vital humano 34

3.3.1. Adolescentes y jóvenes *35*

3.3.2. Adultos *36*

3.4. Caries dental 37

3.4.1. Índice COP-D *37*

3.4.2 Índice COP-modificado *38*

3.5. Índice ICDAS 39

3.5.1. Opacidades demarcadas *40*

3.6. Enfermedad periodontal 41

3.6.1. Índice periodontal de CPITN *42*

3.6.2. Índice Silness y Loe simplificado *43*

3.6.3. Índice Silness y Loe gingival *44*

3.7. Fluorosis dental 44

3.7.1. Índice TFI: *45*

3.8. Tratamientos estéticos dentales 46

3.8.1. Alternativas estéticas en odontología restaurativa *46*

3.9. Edentulismo 48

4. MARCO REFERENCIAL 49

5. HIPOTESIS 56

5.1. HIPOTESIS NULA: 56

5.2. HIPOTESIS ALTERNA: 56
7.1. TIPO DE ESTUDIO Y DISEÑO GENERAL 58
7.1.1. Tamaño de Muestra: 58
7.1.2. Muestreo: 59
7.2. CRITERIOS DE INCLUSIÓN 59
7.3. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN 60
7.4 DEFINICION OPERACIONAL DE LAS VARIABLES 60
7.5. PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCION DE INFORMACION, INSTRUMENTOS A UTILIZAR 70
7.6. METODOS PARA EL CONTROL Y CALIDAD DE LOS DATOS 73
7.7. ASPECTOS DE LA ENCUENSTA BAJO EL ENFOQUE DE LA DETERMINACION SOCIAL DE LA SALUD (ENSAB IV) 74
7.7.1. PROCEDIMIENTOS PARA GARANTIZAR ASPECTOS ETICOS EN LA INVESTIGACIONES. 81
7.8 PLAN DE ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS 82
8. RESULTADOS 83
8.1 ANÁLISIS DESCRIPTIVO EXAMEN BUCAL 83
8.1.1 Sexo. 83
8.1.2 Facultad. 84
8.1.3 Edad. 85
8.1.4 Semestre. 87
8.1.5 Puntaje Índice Silness y Loe gingival. 88
8.1.6 Puntaje Índice Silness y Loe Placa. 90
8.1.7 Pruebas Normalidad índice SL gingival y de placa. 92
8.1.8 Frecuencia, porcentaje Silness y Loe gingival. 92
8.1.9 Frecuencia, porcentaje Silness y Loe Placa. 93
8.1.10 Factor de Riesgo del índice Silness y loe gingival y de placa. 94
8.1.11 Frecuencia CPTIN por cuadrantes. 95
8.1.12 Enfermedad Periodontal. 97
8.1.13 Numero de dientes en Boca. 98
8.1.14 Caries Dental: Frecuencias de Códigos ICDAS por superficies. 100
8.1.15 Caries Dental: Frecuencias de Códigos ICDAS por Dientes. 104
8.1.16 Restauraciones dentales. 108
8.1.17 Prevalencia de Caries en dientes con restauraciones. 114
8.1.18 Restauraciones preventivas (sellantes) 116
8.1.19 Dientes perdidos por caries. 119
8.1.20 COP – Convencional. 120
8.1.21 COP – Modificado. 121
8.1.22 Perdida de diente por otras razones. 122
8.1.23 Dientes no erupcionados. 124
8.1.24 Lesiones No cariosas. 125
8.1.25 Opacidades demarcadas 126

8.1.26 Fluorosis dental (Índice TFI). *126*
8.1.27 Edentulismo. *128*
8.2.1 Descripción inserción social. *130*
8.2.2 Modos de vida y salud bucal. *139*
9. DISCUSIÓN 253
10. CONCLUSIONES. 259
11. RECOMENDACIONES 261
12. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS 262
13. ANEXOS 277

INTRODUCCION

La caries dental y las enfermedades periodontales, relacionadas como la gingivitis y la periodontitis son consideradas como las patologías más comunes entre las enfermedades dentales con una prevalencia muy alta en los países desarrollados y en vía de desarrollo, afectan a las personas de todos los grupos etarios; la prevalencia de estas enfermedades es cada vez mayor, debido a los cambios en los hábitos alimenticios y en aumento de consumo de comidas rápidas por la generación más joven, especialmente los adolescentes(1). Un factor comparativo a tener en cuenta lo establece ENSAB IV, es importante resaltar cómo el índice COP se incrementa para los jóvenes de 15 años a 2.35 y para los de 18 años a 3.18, y continúa de forma progresiva con la edad hasta llegar a 15.26 en el grupo de 45 a 64 año (2)

Dentro de los factores que influyen en la adquisición de los hábitos de higiene oral adecuados, se encuentran las creencias personales, valores, actitudes, auto eficacia, influencia de los miembros de la familia, amigos, compañeros de trabajo y líderes de opinión. Lo que hace difícil persuadir a los pacientes para que cuiden adecuadamente su salud bucal. El diagnóstico de la salud es la medición del estado de la población por medio de los indicadores de salud, este por ser multifactorial se hace muy complejo, más aun si se pretende abarcar en toda su magnitud. (3)

Dentro de las teorías que pretenden explicar el comportamiento humano se encuentra “La teoría de Acción Razonada” que representa una importante aporte al estudio de este campo del conocimiento, ofrece un modelo completo de investigación que toma en cuenta factores que en otras teorías se consideran de manera aislada, así mismo, al ofrecer una metodología para hacer investigación, esta teoría constituye una alternativa que involucra aspectos que se mezclan como las creencias, dividiéndolas en conductuales cuando son particulares a cada sujeto y normativas, cuando son manifiestas de los grupos de pertenencia: así como las actitudes, las normas subjetivas, la motivación para cumplir esas creencias y

normas y la intención hacia la realización de una conducta. Esta teoría puede ser utilizada para explicar diferentes comportamientos en contextos disimiles, como puede ser la salud, la cultura, el ámbito laboral o el social. (5)

Dentro de esta investigación podemos mencionar los determinantes sociales de la salud que permiten predecir la mayor proporción de varianza del estado de salud y estructurar los comportamientos relacionados, según la OMS son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. (33) En las últimas décadas, aunque con notorios altibajos en énfasis y amplitud, la determinación social de la salud es un concepto que va ganando adeptos entre las personas que deben tomar decisiones respecto a la salud poblacional. Es, ahora, indiscutible que se pueden prevenir muchas enfermedades desde el principio si se promueven las condiciones sociales que sostienen una vida saludable. A pesar de que este concepto ya viene siendo la base, en magnitud y profundidad muy variadas, para la formulación de políticas y diseños de estrategias orientadas a la recuperación de la salud y a la prevención de las enfermedades. (83)

Por lo anterior se podría pensar que los estudiantes de odontología y demás áreas de la salud tienen acceso a un conocimiento más profundo sobre el cuidado de la salud bucal , la importancia de prevenir las enfermedades y el mejoramiento de este aspecto de la salud oral de los individuos; estos conocimientos deben ser desarrollados y reforzados durante la prácticas de la formación de su pregrado (6) por lo tanto surge la pregunta sobre si la formación de competencias en áreas de la salud influye en la salud bucal de estos estudiantes comparados con los de las diferentes áreas del conocimiento que estudian en la Universidad Cooperativa de Colombia, por lo que se propone realizar un estudio analítico de tipo descriptivo de corte transversal con el fin de comparar los índices de salud bucal y los determinantes sociales de la salud en los estudiantes de los diferentes programas académicos de la universidad Cooperativa de Colombia sede Villavicencio.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Para Saskira Estupiñan, experta en salud bucodental de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS*, "Las enfermedades bucodentales pueden convertirse en un obstáculo importante para disfrutar de una vida saludable, hay que valorar y proteger la salud bucodental antes de que ocurran los problemas". (7)*

Según las cifras reportadas por el cuarto estudio nacional en salud Bucal (ENSAB IV), realizado en Colombia, en el año 2014; la prevalencia de caries aumenta con el incremento de edad, reportando en jóvenes de 15 años una prevalencia del 44,49%, a los 18 años fue de 47,79%, entre 20 y 34 años la proporción aumenta a 52.81%, entre 35 y 44 años fue de 64.73%. El índice de COP en jóvenes de 15 años fue de 2,35, a los 18 años se reporta en 3.17, entre 20 y 34 años fue de 5,9 y entre 35 y 44 años de 11,05. La prevalencia de edentulismo parcial de al menos de un diente fue: del 15.28% en jóvenes de 15 años, a los 18 años fue de 19,67%, entre 20 y 34 años de 45.49% y de los 35 a los 44 años, fue de 82.69%. La prevalencia de edentulismo total en edades de 15 a 34 años fue de 0,00% y de 35 a 44 años fue de 0,50%(34)

En el ENSAB IV la caries dental y las enfermedades periodontales, relacionadas como la gingivitis y la periodontitis son consideradas como las patologías más comunes entre las enfermedades dentales con una prevalencia muy alta en los países desarrollados y en vía de desarrollo, afectan a las personas de todos los grupos etarios; la prevalencia de estas enfermedades es cada vez mayor, debido a los cambios en los hábitos alimenticios y en aumento de consumo de comidas rápidas por la generación más joven, especialmente los adolescentes(2). Además, el mismo estudio afirma: "La caries dental continua siendo el principal problema de salud bucal, aun en países industrializados, por cuanto afecta un 60-90% de la

población en edad escolar y la gran mayoría de adultos. La OMS afirma que, como enfermedad, no ha sido erradicada, sino controlada". (7)

Por otra parte según el estudio nacional de salud bucal ENSAB IV, Al observar el promedio de dientes perdidos (resultante de la sumatoria de dientes perdidos por caries o por otra razón), de acuerdo con la edad, a los 15 años se han perdido 0.24 dientes, a los 18 años 0.36, entre los 20 a 34 años 1.25, entre los 35 a 44 años 4.14, entre los 45 a 64 años 10.18 y entre los 65 a 79 años, se han perdido 19.97 dientes en promedio. De acuerdo al régimen de afiliación se observa que la peor situación la presentan los individuos pertenecientes al régimen subsidiado con un 73.11%, seguido muy de cerca por los de otros regímenes con 73.07% y por el contributivo con 70.47% mientras que los no asegurados presentan la mejor situación con un 54.66%; este hallazgo amerita mayor investigación y análisis.

Las edades donde se encuentra mayor proporción de premolares y molares afectados por opacidades demarcadas, son los 12 años (23.74%), seguidos por los de 15 y 18 años (20.91%, 20.51% en orden). Por regímenes, la mayor afectación se encuentra en el contributivo 16,08% y el que menor prevalencia presente es en los de otros regímenes con 9.66%este último, similar a lo que ocurre con incisivos y premolares. Es así como entre los resultados del Estudio de casos adelantado en el marco del ENSAB IV, los casos abordados por los investigadores, evidenciaron que la determinación social de las condiciones de vida, de la salud general y la salud bucal se explican en las tres dimensiones: general, particular (modos de vida) y singular, propuestas por Breilh (2003). En donde la economía regional y la economía doméstica dependiente de lo laboral (pensada en tanto estabilidad e ingresos) denotaron vulnerabilidad estructural que afecta el consumo de alimentos y las condiciones de vida. Por otra parte se encuentra la citad Teoría de acción razonada propuesta por Fishbein y Ajzen (1980), que permite predecir la conducta de los individuos a través de los factores determinantes en los que se cuentan tanto los factores individuales como los grupales (5)

Dichas cifras han llevado a que organizaciones como la (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y en concordancia con ellas, los gobiernos de los diferentes países miembros; planteen metas y estrategias para mejorar la salud bucal de las poblaciones. Las actividades del Programa Mundial de Salud Bucodental de la OMS están alineadas con la estrategia de la Organización en materia de prevención de enfermedades crónicas y promoción de la salud. Se confiere especial prioridad a la elaboración de políticas mundiales de promoción de la salud bucodental y prevención de enfermedades de la boca tales como:

Fomentar la preparación y ejecución de proyectos comunitarios de promoción de la salud bucodental y prevención de enfermedades de la boca, con énfasis especial en las poblaciones pobres y desfavorecidas. Alentar a las autoridades sanitarias nacionales a poner en práctica programas eficaces de fluoración para la prevención de la caries dental. Promover enfoques basados en los factores de riesgo comunes y dentro de ellos los determinantes sociales de la salud bucal, para prevenir de forma simultánea afecciones bucodentales y otras enfermedades crónicas y ofrecer apoyo técnico a los países para el fortalecimiento de sus sistemas de atención odontológica y la integración de la salud bucodental dentro de la salud pública. (33)

Por lo anterior se considera pertinente realizar un estudio analítico de tipo descriptivo de corte transversal, con el fin de relacionar los componentes de los determinantes estructurales como: conocimiento previo, acceso a información con respecto a la salud buco-dental y estilos de vida conocidos en otros estudios como actitudes y practica de dichos individuos frente al autocuidado, también se busca comparar los índices de caries, higiene bucal, enfermedades periodontales, opacidades demarcadas de los dientes, edentulismo, fluorosis, tratamientos estéticos realizados en boca, y su relación en cuanto a la teoría con la práctica de acuerdo a lo que estudia cada individuo, sexo, edad y demás variables socioeconómicas de los estudiantes de la universidad Cooperativa de Colombia sede Villavicencio; con el propósito de obtener una visión diagnóstica que permita

orientar y optimizar las estrategias de promoción de la salud y prevención de las enfermedades bucales en la población.

1.1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Qué diferencias existen entre los determinantes sociales de la salud y los índices de salud bucal de los estudiantes de los programas de ingeniería civil y medicina veterinaria de la Universidad Cooperativa de Colombia sede Villavicencio?

2. JUSTIFICACIÓN

Según la OPS/OMS Nueve de cada diez personas en todo el mundo está en riesgo de tener algún tipo de enfermedad bucodental, lo cual incluye desde caries hasta enfermedades de las encías pasando por el cáncer de boca.(7) En este sentido, tanto profesionales de la odontología como diversos organismos nacionales e internacionales de la salud recomiendan el cuidado preventivo de la salud bucodental desde la salud general.(1) Desde esta perspectiva resulta evidentemente trascendental el rol del odontólogo, no solo en el cuidado y atención de la salud bucodental de sus pacientes, sino igualmente en la generación de conocimientos, actitudes y hábitos de prevención que minimicen los impactos negativos en la salud en general, la interacción social y el desarrollo humano de las personas.

Este trabajo busca concientizar a los futuros odontólogos, en tanto la consideración holística de su desempeño profesional, empezando por un análisis auto reflexivo que permita, no solo a los investigadores, si no igualmente a todos los participantes, reconocer y evaluar las condiciones de su salud bucodental, así como sus perspectivas, hábitos y actitudes frente al cuidado de la misma, todo lo cual se puede considerar un punto de apoyo al conocimiento científico que están adquiriendo a través de su formación universitaria, es decir, se pretende incorporar factores de conocimiento social con factores de conocimiento académico en interés de potencializar el conocimiento del cuidado de la salud bucal.

Ahora bien, teniendo en cuenta que este trabajo se orienta al contexto socio cultural de la Universidad Cooperativa de Colombia sede Villavicencio, sus resultados y conclusiones igualmente pueden resultar validos a otros contextos y en su esencia se integran los determinantes sociales, conocimiento y las prácticas del cuidado de la salud bucal que se verán reflejadas en el estado de salud de la población de estudio.

Considerando que este es un trabajo que hace parte de un macroproyecto institucional, los resultados corresponden a una fracción de todos los programas académicos de la Universidad Cooperativa de Colombia, Villavicencio.

3. MARCO TEORICO

Una buena salud oral es esencial para las personas, esto dependerá de la calidad de vida y hábitos que tenga una persona en su vida diaria. Si se tiene una salud oral deficiente, traerá problemas que afectaran su organismo; como enfermedades cardiovasculares, además de otros hábitos como el sedentarismo. Esto afectara sus relaciones interpersonales e impedirá la creación de nuevas relaciones con las personas que se encuentran en su entorno, afectara la dieta y se generaran enfermedades periodontales, dolor en su boca e incluso la perdida de piezas dentarias. (8)

Tener dientes, encías y bocas saludables son aspectos de la salud que las personas suelen dar por sentado hasta que ya no los tienen. Los expertos señalan que es un hecho lamentable ya que con buenos hábitos y chequeos regulares se podría prevenir la mayoría de problemas de la salud oral, lo cual es más fácil que suceda si las personas saben de la importancia de la salud bucodental. "Las enfermedades bucodentales pueden convertirse en un obstáculo importante para disfrutar de una vida saludable", afirmó Saskia Estupiñan, experta en Salud Bucodental de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS. "Hay que valorar y proteger la salud bucodental antes de que ocurran los problemas", añadió. Nueve de cada 10 personas en todo el mundo está en riesgo de tener algún tipo de enfermedad bucodental, lo cual incluye desde caries hasta enfermedades de las encías pasando por el cáncer de boca. La prevención empieza en la infancia y, sin embargo, incluso en los países desarrollados, entre el 60% y el 90% de los niños en edad escolar tienen caries, Una de las formas más graves de esta enfermedad es el cáncer de boca, cuyos factores de riesgo más importante son el consumo de tabaco o alcohol y por el virus del papiloma humano (VPH). Los profesionales de salud bucodental pueden tener un papel clave en la detección temprana al examinar a sus pacientes por señales de cáncer bucal en las revisiones. (7)

En las Américas, la carga de este tipo de enfermedades ha disminuido significativamente desde 1980, en gran parte gracias a intervenciones de salud pública como el uso de flúor en la sal y el agua, o el uso de tecnologías sencillas y eficaces en el cuidado de la salud bucodental. (4)

Diversos factores se asocian con una mayor prevalencia de enfermedades bucodentales como pobreza, limitada disponibilidad y accesibilidad a los servicios de salud y de flúor en el agua, y variables relacionadas al estilo de vida como una nutrición inadecuada, uso de tabaco y alcohol, principalmente una deficiencia en los hábitos de higiene oral como cepillado dental. (3) el estado de la salud de una población es un reflejo de desarrollo material y espiritual de una sociedad referente a la salud social, esto será el resultante de sus condiciones específicas como la exposición a determinados agentes bacterianos, dieta rica o carente de carbohidratos, fluoruros, hábitos higiénicos bucales, acceso a servicios odontológicos, capacitaciones sobre conocimientos sobre problemas bucodentales y la responsabilidad individual con su propia salud (9).

Por otro lado, se hace necesario mencionar los determinantes de la salud, lo cual puede representarse en un modelo multinivel para la salud colectiva, el modelo se reflexiona como un eje dinámico, donde se habla de la salud como un producto social, relacionado con las condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales; condiciones de vida y trabajo; influencias comunitarias y soporte social; factores individuales y estilo de vida y, no se puede desconocer, factores biológicos y genéticos. El análisis de la situación de salud debe reconocer la influencia de estos factores dependiendo del contexto social, las características propias de los grupos sociales y el sistema sociopolítico en relación con el sistema sanitario.

Para la salud colectiva, un objetivo por desarrollar como lo expone Castellanos, es reconocer la situación de salud en los propios grupos sociales, y desde esta perspectiva rescatar lo local como sujeto importante en la construcción del bienestar, traducido en mejores indicadores de salud (10)

Estos factores de riesgo se consideran podrían ser conductas habituales que se adquiere desde la primera infancia o se podría iniciar durante la adolescencia. De hecho, la adolescencia se considera un periodo crucial de transición donde se adquieren responsabilidades personales que redundaran en la prevención de enfermedades dentales. En cuanto a la caries dental se reporta que el porcentaje de estudiantes universitarios con índice COP-D (cariado, obturado, perdido-dental), fue de 14,1% y el porcentaje de estudiantes con caries fue del 46,2%. Con respecto a la caries dental y la enfermedad periodontal, son causadas por la presencia de una biopelicula, producto de la organización estructural de diferentes tipos bacterianos dentro de un hábitat propicia, facilitado por la deficiente higiene bucal, que por sus mecanismos patológicos y los múltiples factores involucrados afectan a todos los individuos (8).

Debido entonces a que la progresión de estadios leves de la enfermedad periodontal puede ser detenida después del tratamiento, se hace necesario concientizar a la población de adolescentes para que asistan a citas periódicas con el periodoncista y utilizar las medidas preventivas. A partir de los resultados obtenidos, se concluye que en esta población de adolescentes, la enfermedad periodontal es extremadamente alta (11). Por lo tanto, la vida de un estudiante es un periodo importante, como practicar los correctos hábitos y el mantenimiento de una cavidad bucal sana puede ayudar a mejorar la salud oral durante toda la vida (10).

Existe un mayor interés sobre el estudio de las diferencias de género en la salud y la enfermedad, incluida la salud dental en el Líbano, una encuesta acerca de las prácticas de salud oral, en 1998 encontró hábitos pobres en el uso de la seda dental y hábitos dietéticos desfavorables entre los estudiantes, y variables como el sexo, la educación de sus padres, ejercicio y hábitos de dieta se correlacionan significativamente con la frecuencia que los estudiantes se cepillaban los dientes. Demostró que el sexo no era una característica importante, pero las actitudes y

comportamientos favorables reflejo la adecuada formación clínica de estudiantes (12).

La educación dental juega un papel importante en la mejora de la higiene bucal. Un estudio sobre la aplicación de la educación dental por estudiantes de odontología para mejorar su propio cuidado de la salud oral podría ser de gran valor ya que los estudiantes trasferirán los mismos conocimientos y patrones de comportamiento a sus pacientes durante sus prácticas (13). Los estudiantes de odontología, los futuros profesionales deben encontrar una actitud positiva hacia la salud oral, pero su propia salud bucal debe mejorar, si ellos quieren servir como un modelo positivo para sus pacientes, familias y amigos (14).

La OMS (1978) estableció las primeras metas globales de salud bucal, ser alcanzadas en el año 2000: 85% de la población debe tener todos sus dientes a los 18 años de edad, reducción de 50% del edentulismo a personas de 35-44 años. Las nuevas metas de la salud oral para el año 2020 establecidas conjuntamente con la FDI, la OMS y la IADR en el año 2003 (Hobdell y col. 2003) incluyen objetivos y focos de aplicaciones globales, con la intención de que cada gobierno o entidad haga un análisis de la situación y asigne recursos para establecer metas específicas y reales; reducir el número de dientes extraídos a los 18, 34 y 44 años de edad en porcentaje definido por cada país. (15)

3.1. Determinantes de la salud:

El paradigma positivista que ha imperado por siglos para explicar los fenómenos de salud y enfermedad y que aún hoy continua vigente, privilegia el modelo biomédico que orienta su accionar desde la lógica causalista centrada en la enfermedad individual y en la concepción de la salud como un fenómeno fragmentario sujeto a la interpretación clínica, desvinculado de lo histórico y lo social. Esta orientación, inscrita a su vez en la sociedad de mercado, dirige los mayores esfuerzos a los medios de producción, lo que se traduce en materia de salud, en avances

tecnológicos cada vez más sofisticados para hacerle frente a la enfermedad, en contraste con el deterioro en la calidad de vida de los colectivos humanos.

Lo expresado se refleja en las practicas frente a la salud de los diferentes grupos poblacionales, las estrategias utilizadas para la educación y la promoción, las maneras que las entidades prestadoras de los servicios atienden a los usuarios, la orientación de las políticas públicas y en la formación del talento humano en salud. De igual manera, ha marcado la tendencia en lo referente a los procesos de investigación que, durante las últimas décadas, han adelantado tanto entidades gubernamentales de carácter regional, nacional e internacional como otras instancias fuera del país.

Los estudios realizados en Colombia en el tema de salud bucal, tradicionalmente han centrado su interés en indagar por la frecuencia y/o la severidad de las distintas patologías. Algunos han ido un poco más allá, es el caso de la Encuesta Nacional de Salud 2007, que indago por las causas de algunos problemas bucales e incluyo preguntas sobre prácticas de autocuidado y acceso a los servicios. El ENSAB III indago por los conocimientos y prácticas de la población en materia de salud bucal, aunque de la misma manera que los anteriores, partiendo de una perspectiva teórica fundamentada en la enfermedad y en el marco de un enfoque positivista, que tiene como prioridad establecer relaciones causa efecto. A lo anterior, hay que agregar que los análisis de resultados – procesos investigativos en salud y más específicamente en salud bucal -, indagan por la determinación social pero de manera limitada o, dicho de otra manera, másrt que ahondar sobre el sentido y el significado que tiene para los sujetos individuales y los colectivos humanos la inequidad que subyace en las formas de organización social, se abordan conocimientos y prácticas, o a lo sumo dan cuenta de las consecuencias de algunas desigualdades sociales.

Por lo tanto puede afirmarse que los hallazgos de los estudios hasta ahora realizados se han convertido en insumo para que los gobiernos planteen acciones que se fundamentan específicamente en la prevención del riesgo, pero en muy pocos casos, abordan aspectos estructurales en la determinación de la salud. No se desconoce sin embargo, que han hecho aportes significativos para la ampliación del conocimiento del tema y, derivado de ello, han contribuido también a la reorientación de algunas acciones. Su limitación radica en que no han logrado avanzar en la comprensión de la salud enfermedad como un fenómeno que "se concibe un hecho colectivo, determinado históricamente y que hace presencia de manera diferencial en los grupos sociales, siendo el perfil de salud, la expresión biológica. Diferencia que se marca no solo en el perfil de vida o de muerte en su dimensión singular, sino que es la respuesta a un proceso más general de la inserción del grupo social al sistema productivo imperante en la sociedad en la que se desarrolla". (56)

Es prioritario, entonces, trascender las relaciones causalista en los estudios epidemiológicos que ligado al interés por comprender la salud como un proceso estructurado de carácter colectivo, en el que se requiere hacer visible la determinación social de la misma y ampliar el espectro de análisis del proceso salud enfermedad para de alguna manera, intentar "re-construir las nociones positivistas de la epidemiologia clásica: la exposición como algo externo y el riesgo como un fenómeno contingente. Un primer tipo de propuesta enfatiza en la necesidad de contextualizar la relación "exposición" – "riesgo" en los modos de vida, y buscar el sentido o significado del mismo". (57)

Es prioritario, entonces, trascender las relaciones causalista en los estudios epidemiológicos que ligado al interés por comprender la salud como un proceso estructurado de carácter colectivo, en el que se requiere hacer visible la determinación social de la misma y ampliar el espectro de análisis del proceso salud enfermedad para de alguna manera, intentar "re-construir las nociones positivistas de la epidemiologia clásica: la exposición como algo externo y el riesgo como un

fenómeno contingente. Un primer tipo de propuesta enfatiza en la necesidad de contextualizar la relación “exposición” – “riesgo” en los modos de vida, y buscar el sentido o significado del mismo”. (57)

Para aproximarse comprensivamente a la determinación social de la salud de los colombianos, es preciso hacer un breve recorrido por las tendencias de pensamiento que en este momento coexisten y desde las que se han orientado las búsquedas no solo en Colombia, sino en otras partes de América y del mundo.

Por un lado, está el enfoque de la comisión de determinantes sociales de la Salud (CDSS) de la OMS que incluye como determinantes sociales de la salud: los estilos de vida, la falta de acceso o acceso inadecuado a los servicios y en general, todas las consecuencias que se derivan del modelo del desarrollo imperante, tal como lo expresa Breilh en el siguiente aparte:

“De ahí que el modelo de determinantes sociales de la salud de la OMS, fue esa respuesta de los sectores más alertas de la gestión internacional y nacional, que validaba una apertura de la cooperación internacional y de la gestión pública hacia acciones redistributivas, como sinónimo de equidad, y hacia el control de las distorsiones mayores de la aceleración, pero cuidando claro está, de no amenazar el sistema social en su conjunto, y completar el circulo de análisis con las raíces socio económicas del poder y las relaciones sociales”. (57)

A pesar de los problemas estructurales del enfoque de la OMS, es importante reconocer que el surgimiento de la CDSS fue un paso importante que mostro el interés por actualizarlos planteamientos de Alma Ata y reconsiderar la concepción inicial de Atención Primaria en Salud, razón por la cual ha contribuido a superar la

orientación ligada a políticas neoliberales dominantes durante un periodo significativo.

De otro lado, el enfoque de la medicina Social y la Salud Colectiva Latinoamericana (en adelante MS/SCL) preocupada por las razones que producen las desigualdades y el sentido que los sujetos, en su condición individual y social, les atribuyen, es decir, que la apuesta en este caso está más orientada a la indagación por aquello motiva e inhibe a las personas para participar en la democratización de la salud, sin desconocer que también es importante caracterizar por grupos poblacionales las consecuencias que tienen para salud bucal, las desigualdades sociales.

Profundizando en algunos aspectos, se puede señalar que la CDSS coincide y recupera el enfoque de la epidemiologia social europea, desde el cual se identifica la posición socioeconómica, la estructura social y la clase social como determinantes estructurales de la salud, asociados a condiciones de naturaleza macro en el orden de lo política, lo económico, lo social y lo gubernamental, que a su vez configuran los determinantes sociales intermedios como son la educación, el empleo y el ingreso; mientras las tendencias latinoamericanas, más que analizar la conciencia que se deriva de la distribución inequitativa de los recursos, centran directamente la discusión y el análisis crítico de la inequidad y las razones que la provocan.

En otras palabras, puede afirmarse que la CDSS orienta su acciones desde la sociología Funcionalista en la que se privilegia el trabajo alrededor de aspectos como la educación, el ingreso, el acceso a los servicios de salud y demás determinantes intermediarios. Si bien, se percibe una coincidencia importante entre los planteamientos de la medicina Social (MS), la salud Colectiva Latinoamericana (SCL) y la CDSS conviene hacer explícito el reconocimiento:

…Existencia de una articulación múltiple y compleja entre procesos sociales y los procesos biopsiquicos de individuos y colectividades humanas. Así, tanto una como otra corriente reconocen que los procesos sociales macro tienen variados correlatos con los patrones de salud y enfermedad, y que esta relación no es única, lineal, mecánica, ni se da solo a través de la articulación de distintos niveles." (58)

Desde esta perspectiva, Breilh (2003) propone una elaboración teórica y metodológica que se acerca al problema de las relaciones macro y micro de la determinación de los fenómenos de salud, desde una perspectiva que visualiza la salud como construcción intercultural e interdisciplinar que permite "…perfe9ccionar nuestra conciencia objetiva sobre los nuevos problemas de una realidad muy compleja y caracterizada por una espiral creciente de inequidad, pero hacerlo trabajando simultáneamente por una conciencia sobre la subjetividad, como herramienta de impulso colectivo". (59)

Además que el proceso salud – enfermedad está íntimamente ligado "a la forma como se producen los bienes materiales y las relaciones de producción con sus consecuentes formas políticas e ideológicas, por lo que el objeto de estudio debe ser analizado a la luz de desarrollo de las fuerzas productivas que se presentan en una sociedad concreta en un momento determinado". (60)

…de acuerdo a como se presenta la estructura económica, existirán diferentes grupos socioeconómicos que llevan inscrita una calidad de vida propia, producto de su forma de producir y consumir y por lo tanto de consumirse y reproducirse lo que dará como resultado diversos perfiles y patrones de salud – enfermedad para cada grupo social. El individuo al encontrarse inscrito en uno de estos grupos va a estar expuesto a diversos riesgos, o a procesos beneficiosos para tener una forma típica de enfermar o poseer salud. (60)

De esta manera, en el marco de la epidemiologia crítica se define la categoría inequidad, que ha sido necesaria para analizar cómo influyen sobre la situación de salud aspectos como la concentración del poder, el género y el grupo étnico al que se pertenece.

Desde esta perspectiva teórica, que se enmarca a su vez en la MS y SCL, la inequidad se expresa en las grandes diferencias que, en la sociedad capitalista, se presentan en calidad de vida de las personas, de acuerdo con las formas de propiedad, poder y división del trabajo, determinadas por las condiciones de género, etnia y clase social.

Si bien inicialmente los desarrollos teóricos se centraron en las relaciones entre diferenciales de salud y enfermedad, según la pertenecía a determinada clase social y en el papel del proceso de trabajo, los posteriores avances incluyen un análisis enriquecido con elementos propios de los significados y la subjetividad que los grupos sociales atribuyen de a la salud y que, a su vez, se reflejan en variadas concepciones y prácticas que influyen de manera positiva o negativa en la situación de salud de individuos y colectividades.

La medicina social Latinoamericana/Salud Colectiva (MSL/SC) se considera un campo dinámico de conocimiento y practica para abordar los procesos salud – enfermedad- atención (Iriart, Waitzkin, Breilh, Estrada, & Merhy. 2002). Desde la década de los setenta, con tradiciones más y menos consolidadas en varios países de la región, se han desarrollado innovaciones teóricas, epistemológicas y metodológicas para entender las causas y soluciones a los problemas en salud de individuos y comunidades articulando activismo social, participación política en sectores de izquierda y academia comprometida (61) En conjunto, las distintas tradiciones de la MSL/SC han compartido como característica distintiva una epistemología crítica que propone analizar como el orden social afecta la salud de

las poblaciones y un afán practico por politizar las luchas por la salud (Granda, 2004). (62)

Gran parte del ejercicio teórico de esta tradición ha consistido en criticar la epidemiologia moderna bajo la cual se anclan las propuestas clínicas, epidemiológicas y de salud pública, principalmente por su legado científico positivista y su énfasis en desarrollar propuestas históricas como las que se encuentran en los paradigmas del riesgo y la casualidad (63) (57). En diálogo con distintas teorías sociales y epidemiológicas críticas, los exponentes de las MSL/SC han propuesto formas alternativas de "pensar en salud" (64) que se distancian del énfasis pato céntrico y causalista occidental para poner relaciones más complejas entre salud y vida (65) y entre los procesos históricos de determinación social que sigan experiencias diferenciadas de los procesos salud –enfermedad- atención. (66)

La MSL /SC se diferencias de propuestas como la de la comisión de determinantes sociales en salud (CDSSS) de la OMS, que indica que uno o varios factores relacionados con el orden social determinan los desenlaces adversos en salud de las poblaciones. Si bien postulantes de la MSL/SC saludan el avance que esta comisión ha establecido al señalar la riqueza y el poder como elementos constitutivos de las inequidades en salud resultado de procesos de falta de rigor histórico y perspectiva en el manejo de tales categorías (riqueza y poder) , ya que ; para la MSL/SC las inequidades en salud son resultado de procesos históricos de desigualdad de poder, en donde se articulan las asimetrías entre clases , raza y sexo y se transforman la armonía de la relación ser-naturaleza más que nivelar tales injusticias , al otorgar más al que tiene menos como se propone desde las posturas de " injusticia distributiva " retomadas por la CDSSS, de lo que se trata es de desvelar y desvertebrar los procesos de producción de desigualdades sociales y reproducción del poder que son las " causas ultimas " de las injusticias en salud. (67)

Para la epidemiologia critica, la realidad se organiza en dominios de determinación. Un dominio general que tiene la mayoría fuerza de determinación. Allí se encuentran las lógicas históricas de orden político, económico e ideológico. cultural que constituyen la estructura y supra estructura social, que determinan el desarrollo de las fuerzas productivas , las relaciones de producción , la forma y cuantía de distribución de la riqueza social, los modos específicos de producción o formas económicas sociales , organiza las relaciones entre grupos sociales y los sujetos que los conforman y definen los espacios en que se segregan.

Un dominio intermedio, que comprende los procesos particulares que explican el modo de la vida de los grupos sociales, dependiente del proceso de reproducción social, que explica los procesos de intercambio orgánico del sujeto social con la cultura realizados en el consumo (producción de sujeto social) y en la producción (deterioro del sujeto social). Este proceso es dinámico y dialectico, tiene características específicas según el espacio o territorio geográfico, es influenciado por el grado o tipo de desarrollo económico y su cultura, teniendo en cuenta que al interior de cada espacio social se presentan diferencia en el proceso de consumo y producción según la clase social

Un dominio de los procesos singulares o individuales, es el más próxima e involucra los estilos de vida y los problemas de salud aquí se identifican las características biológicas del individuo la frecuencia y la distribución de la salud- enfermedad y se describen del individuo, la frecuencia y distribución de la salud – enfermedad y se describen los acontecimientos desde el momento de la aparición de la enfermedad hasta la curación o la muerte. En este dominio se puede identificar el proceso de determinación causal de la enfermedad con leyes estadísticas y supones analizar la interacción del sujeto de estudio con elementos individuales, medioambientales y del agente” (68)

3.1.1. Teoría de acción razonada: Reyes L (2007), nos menciona que la teoría de acción razonada es el estudio del comportamiento humano; esta teoría constituye una alternativa que involucra aspectos que se mezclan como las creencias, dividiéndolas en conductuales cuando son particulares a cada sujeto y normativas, cuando son manifiestas como las actitudes, las normas subjetivas, la motivación para cumplir esas creencias y normas y la intención hacia la realización de una conducta.

El modelo propuesto por fishbein y Ajzen (1975) es sumamente completo y permite obtener mayor seguridad en los factores determinantes de la conducta. Defienden la idea de que nuestras creencias determinan nuestras actitudes y nuestras normas subjetivas y, por ello determinan nuestras intenciones y conductas de forma indirecta. Definen la creencia como la probabilidad subjetiva de una relación entre el objeto de la creencia y algún otro objeto, concepto, valor o atributo. Hablan de tres tipos de creencias (creencias descriptivas, creencias inferenciales y creencias informativas). Las cuales se obtienen de un objeto dado por el individuo y la interacción

Con base en la teoría de acción razonada consiste en elaborar un índice de probabilidad de la intención hacia la conducta que relaciona la actitud con las creencias del individuo. Esta teoría puede ser utilizada para explicar comportamientos en diferentes contextos, salud, cultura, ámbito laboral y el ámbito social. Esta teoría no solo ofrece una investigación sistematizada y fundamentada también posibilita un mayor campo de acción en la planeación de intervenciones mejor estructuradas y dirigidas a campos de comportamiento institucional. (35)

3.1.2. Conocimiento: “proceso por el que pasa el hombre para adquirir, saber, conceptos a cerca de los fenómenos reales, y tomar este saber para las prácticas de su vida cotidiana. El saber se puede dar de dos formas mediante la necesidad de la experiencia para validarla como verdadera o por las creencias del individuo. Uno es el que sucede y se sabe mediante la práctica y el otro es el que se cree que

sucederá. En el dialogo platónico se define conocimiento como una creencia que es verdaderamente justificada. La noción tripartida del conocimiento es una regla con la que se puede saber si se está en verdadero conocimiento si se sabe o conoce algo o se evidencian razones para creer ya que sin justificación no hay conocimiento así se tenga una creencia esta no es suficiente para ser considerada como conocimiento los componente del conocimiento son las creencias, las proposiciones y la justificación; desde la filosofía la creencia es una acto mental verdaderos o falsos que tienen en su contenido proposiciones las cuales nos llevan a un acto verbal en el que sugerimos algo o que se lleve algo a cabo, las proposiciones son las que tienen la cualidad de ser verdaderas o falsas, donde si la proposición coincide con un hecho será verdadera y si no coincide será falsa, por medio de la justificación se puede decir si la creencia que se propone es verdadera o falsa. Por lo tanto, para saber si existe conocimiento sobre algún tema se debe tener una justificación que la haga verdadera" (41).

3.1.3. Actitud: "Es un gesto exterior manifiesto que indica su preferencia y entrega a alguna actividad observable. La actitud es una predisposición a actuar, el comportamiento es manifiesto. Las actitudes no son en sí mismas respuestas sino estados de disposición a responder. Una actitud es un predicado de un comportamiento futuro, por eso los esfuerzos deben estar destinados a inculcar o modificar actitudes. Estado de disposición nerviosa y mental, que es organizado mediante la experiencia y que ejerce un influjo dinámico u orientador sobre las respuestas que un individuo ofrece a los objetos y a las situaciones, existen unidades de criterios en que las actitudes se forman y desarrollan a lo largo de la vida del individuo a través de la actividad y la comunicación que se despliega en un contexto sociocultural y son susceptibles de ser modificadas a través de los propios mecanismos que la forman"(42). El carácter definitorio de la identidad del sujeto es uno de los fenómenos actitudinales; según el condicionamiento clásico de las actitudes, plantea que solo un estímulo de respuesta no es bastante para establecer una actitud, es necesaria una repetición de esta para darse la respuesta y estas podrían afectar a posteriores respuestas comportamentales. Una respuesta que

forma parte del comportamiento de un sujeto puede ser reforzada, de manera en que si esta respuesta da consecuencias positivas va a tener tendencia de repetición, contrario a la respuesta que de consecuencias negativas. En comparación de los valores con las actitudes los valores son un punto de decisión. A partir de esto el sujeto desarrolla una actitud, en lo que se concluye que los valores se tratan de actitudes generalizadas. Entre actitudes y opiniones, esta última es una verbalización de una actitud de acuerdo o desacuerdo sobre un tema, mas no son asociadas a actitudes ya desarrolladas. La diferencia entre creencia y actitud, es que la creencia es un conocimiento o información actitudinal y la actitud es un fenómeno esencialmente efectivo. Actitud frente a un hábito, estas dos son fenómenos aprendidos con la diferencia de que el hábito es una conducta rutina-lisada de manera inconsciente, y la actitud son generalmente conductas realizadas de forma consciente. Por otra parte se ha planteado que las actitudes cumplen funciones las del conocimiento en las cuales las actitudes ayudan al sujeto a entender y asimilar información que puede resultar compleja, otra es la función instrumental esta se refiere a las actitudes que ayudan al sujeto a lograr los objetivos deseados y evitar los indeseados, la función ego-defensiva permite afrontar momentos negativos que le suceden al sujeto ayudando a proteger el autoestima de este y evitar la ansiedad o culpabilidad, la función de expresión se valores permite que el sujeto exprese los valores que tiene para su identidad, y por último la función de adaptación permite que el sujeto se integre a un entorno social y ser aceptados en este. Cada una de estas actitudes a veces no cumplen solo una función, suele suceder que cada actitud puede cumplir varias funciones.

Según el modelo tridimensional todas las actitudes tienen tres componentes, el componente cognitivo que hace referencia a como el sujeto percibe una creencia sobre la actitud, el componente afectivo se refiere a los sentimientos de agrado o desagrado del sujeto, de cómo toma estos, el componente conativo hace referencia a la disposición que tiene el sujeto frente a una actitud.

Modelo unidimensional de actitud está compuesto por tres modelos; el modelo socio cognitivo en el cual se dice que la actitud es el esquema del conocimiento que se

forma por asociación debido a un conjunto de creencias cuando asociadas a polémicas públicas, en el modelo de acción razonada esta afirma que la conducta de un sujeto está influenciada por una intención y una actitud, el modelo de la acción planificada trata de la diferencia entre conducta controlable y conducta como objetivo, este modelo intenta predecir las conducta voluntarias como aquellas que no están bajo el control del sujeto mismo. Se menciona que la actitud es como una norma social ya que representan el pensar, sentir y actuar con respecto a eventos sociales (51).

3.1.4. Practica: "son una serie de comportamientos relacionados, acción explícita y observable que una persona ejecuta en circunstancias específicas. Es aquella acción que se lleva acabo de acuerdo al conocimiento que se tiene para resolver situaciones o ideas, soluciones sin necesidad de un conocimiento previo de acuerdo a la realidad y persiguiendo un fin útil (42). El termino práctica siempre tiene que ver con algo que se realiza, la práctica se convierte una acción que se lleva a cabo por diferentes objetivos, uno puede ser para mejorar respecto a un acto como por ejemplo cocinar, o en algún deporte ajedrez y el otro objetivo de práctica es utilizada comúnmente en la medicina como la práctica de la anestesia, este término también puede ser entendido como una adjetivo que se considera cuando algo es útil o hace hacer las cosas con menos dificultad" (43).

3.1.5. Comportamiento: "Conjunto de actos exhibidos por el ser humano y determinados por la cultura, las actitudes, emociones, valores de la persona y valores culturales, la ética, el ejercicio de la autoridad, la relación, la hipnosis, persuasión, la coerción o la genética. Grupo de respuestas motoras frente a estímulos tanto internos como externos. La función del comportamiento, es la supervivencia del individuo que conlleva a la supervivencia de la especie. Acción explicita y observable que se considera necesario realizar a fin de reducir o ayudar a resolver un problema específico. Los factores de comportamiento factores que podrían facilitar o dificultar el desarrollo del comportamiento que queremos que la

gente adopte. Dentro de estos factores está el externo incluye el contexto que puede influir en que la gente adopte o no ese comportamiento. Y los factores internos conocimientos, creencias, habilidades, normas sociales y percepciones de los individuos acerca de lo que los otros quieren que hagan" (42). Por otro lado Jorge E Tascon habla sobre el uso de modelo de las creencias en salud, que permite conocer las creencias básicas que tienen los adolescentes sobre la caries e importancia de la higiene oral, las creencias en salud bucal juegan un papel relevante en la toma de decisiones para la realización de comportamientos saludables (53).

3.2. Salud bucal:

La OMS define salud bucal, como la ausencia de enfermedades y trastornos que afectan boca y dientes; como cáncer de boca o garganta, llagas bucales, defectos congénitos como labio leporino o paladar hendido, enfermedades periodontales, caries dental, dolor oro facial crónico, entre otros. La Salud Bucal, es esencial para tener una buena calidad de vida. La OMS la integra en todos sus programas de salud general a nivel comunitario y nacional, reorientando sus esfuerzos desde mediados del 2002, especialmente hacia la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades, desarrollando áreas prioritarias en salud bucal mediante actividades que concuerden con las políticas globales de la organización. (33)

Grisel zacca González y Maritza Sosa mencionan que la salud bucal es parte integrante de la salud general, pues un individuo no puede considerarse completamente sano si existe presencia activa de enfermedad bucal. Las enfermedades bucales en particular las caries dentales, la periodonpatias y las mal oclusiones son subvaloradas por no ocasionar mortalidad directa cuando en realidad su elevada frecuencia, molestias locales y estética repercute en la salud en general.

3.2.1. Conocimientos relacionados a la salud bucal: En cuanto al conocimiento relacionado a la salud bucal en el estudio realizado por Agudelo A, Martínez L en el año 2005, en una institución de Medellín a estudiantes escolares de 7 a 12 años, se determinó que los niños tenían la definición de que es odontólogo, pero este concepto va cambiando según la edad del niño, se les pregunto también cada cuanto se debe ir al odontólogo encontrándose que la mayoría de los escolares respondieron que cada seis meses se debe ir al odontólogo y 18 de 42 escolares respondieron que cada año, un 60.9% de los escolares consideran que la función de los dientes es comer, el 41% dice que es hablar, el 9% morder el 8.3% es morder y el 17.75% de los estudiantes respondieron que todas las anteriores, con lo que se concluye que se reconocen la funcionalidad de los dientes. En cuanto a conocimiento sobre caries dental el 39,1% respondieron que se debe a no cepillarse los dientes, un 15% dice que es debido a microorganismos, el 9.4% respondió no saber cuál es el agente causal de la carie; en cuanto al conocimiento que tienen sobre el daño que causa la caries a los dientes la mayoría la asocio con dolor coloración negra y perdida del diente lo que indica que tienen conocimiento de que produce la caries en sus bocas; los escolares reconocen que para tener una buena salud oral es necesario el uso de cepillo dental y seda dental, un 8,6% dice que para prevenir la caries se debe ir al odontólogo el 12,4% dice que se debe disminuir el consumo de dulces para prevenirla, “muy pocos asocian una alimentación sana como el elemento más importante para su prevención”.(45). En otro estudio realizado por Barrientos C, Becerra P y Parra A, en el año 2014 en la localidad de Fresia, se encontró que el nivel de conocimiento acerca de la etiología de la caries dental es bajo , reconocen que la visita frecuente al odontólogo es vital para la buena salud bucal, reconocen que la pasta dental contiene flúor, un 34,7% de la población reconoció tener un cocimiento regular sobre enfermedades de la encía un 84,/% cree que sus propios esfuerzos los llevan a una salud bucal (36) La Fabre en el año 2015 realizo un estudio en la Universidad de Cuencas en el cual se comparó el conocimiento de estudiantes de odontología con los de medicina, teniendo los estudiantes de odontología mejoran su conocimiento al entrar en contacto con pacientes (37). En el estudio realizado por Restrepo K Chica J, Berrio N

Romero, Buelvas J, Peña J García K, Upegui A Orozco Gallego C Gómez L, en el año 2010, en el centro de atención al joven “Carlos Lleras Restrepo” en Medellín a unos menores de un reclusorio el 60% de estos jóvenes respondieron saber cuál es el concepto de caries, el 60% de los jóvenes sabe que la etiología es el mal cepillado el 75% asocio los dientes blancos a tener buena salud bucal, los jóvenes que llegan a los centros de reclusión no se encuentran en las mejores condiciones físicas y de salud, porque muchos de ellos tienen origen de la calle o crecen en un medio familiar con problemas económicos y sociales. (38).

3.2.2. Actitudes relacionadas a la salud bucal: Según el estudio realizado a las actitudes de salud bucodental en relación al nivel socioeconómico en individuos adultos, publicado el 21 de octubre del 2014 y realizado por la Universidad Nacional del Nordeste en Odontología bajo la dirección de la Dra. Marta Schufer, el nivel socio económico (NSE) influye en las actitudes frente al dolor dental. Se reportó, un elevado porcentaje de individuos que ante una situación de dolor dental como primera medida se auto medicaría. La automedicación es la opción que predomina en los NSE: bajo (68,3%) medio-bajo (52,9%) y medio alto (48,9%), no obstante hay que destacar, que en el último grupo es mínima la diferencia de personas que optan por la automedicación y aquellas que optan por la consulta odontológica(46,8%). Las personas de NSE más bajo presentan actitudes de salud bucodental menos favorables, en particular en lo que se refiere a la actitud frente al dolor dental, y los motivos por los cuales se consulta generalmente al odontólogo (dolor/urgencias).

En atención a estos resultados, los ejes de la implementación de programas de promoción de salud y de prevención de las enfermedades bucodentales, deberían focalizarse en: Sensibilizar y educar sobre los riesgos y complicaciones de la automedicación. Concienciar sobre la importancia de la consulta odontológica ante el sangrado gingival, para poder diagnosticar el motivo del mismo y aplicar el tratamiento correspondiente. Implementar medidas tendientes a aumentar la

concurrencia a los servicios odontológicos con fines de prevención, especialmente en los sectores de la población más desfavorecidos. (46)

3.2.3. Practicas relacionadas a la salud bucal: Según estudios realizados las prácticas en cuanto a salud oral son mejores si se tiene el conocimiento previo, encontrando que, a mayor conocimiento mejor práctica, sin embargo, también se ha encontrado que aun teniendo el conocimiento este no se lleva a la práctica. Según el estudio de La Febre (2015), en la comparación de las prácticas en cuanto a estudiantes de odontología y medicina, los estudiantes de odontología mejoran sus según van avanzando en su carrera. Lo que quiere decir según este resultado que a mayor conocimiento mejores prácticas (37).

Barrientos C, Becerra P y Parra A (2014), encontraron en su estudio realizado que el 100% de los estudiantes usa el cepillo dental acompañado de agua y pasta dental, un 67,1% declaro cepillarse los dientes por más de 3 minutos, un 64,1% declara cambiar su cepillo de dientes en un periodo de 1 a 3 meses, el 53,3% cepilla sus dientes en la mañana y en la noche, un 52.0% de la población cepilla sus dientes con movimientos de arriba abajo.(36) Restrepo K Chica J, Berrio N Romero, Buelvas J, Peña J García K, Upegui A Orozco Gallego C Gómez L, en su artículo, relacionado con las prácticas en salud bucal encontró que el 80% de la población usa cepillo dental, crema dental y seda dental como elementos de uso diario para su cuidado bucal, un 43% reporto frecuentar al odontólogo periódicamente,(38) Agudelo A, Martínez L, en su estudio encontraron en las prácticas de los menores, que no frecuentan siempre al mismo odontólogo, y la mayoría de los niños son acompañados por sus madres 1 de cada 7 niños es acompañado por su prácticas para el cuidado de salud bucal en los niños son sus madres, u porcentaje alto de la población usa los elementos básicos del cuidado bucal, el 56,8% usa flúor, y el 71,4% usa enjuague bucal (45) Gonzales F Martínez, Sierra C Barrios C, Morales L Salinos E, En su estudio en cuanto a prácticas consultan al odontólogo es cuando hay dolor dental o una urgencia el 19.6% en el caso de los padres, y un 6,6% en los niños un 51,3% de los padres y

68% de los niños manifestaron que iniciaron la higiene bucal de sus niños desde el nacimiento y el 68,4% respondieron que ellos mismos son los responsables de su higiene bucal en este artículo se hizo una comparaciones de prácticas según el estrato socioeconómicos mostrando que los padres de estrato medio/alto fueron los que obtuvieron mejores valores con respecto a los de nivel bajo. (39)

3.2.4. Autocuidado: Según María Tulia Uribe el autocuidado es cuidarse, cuidar y ser cuidado son funciones naturales indispensables para la vida de las personas y la sociedad, en tanto son inherentes a la supervivencia de todo ser vivo. El cuidar representa un conjunto de actos de vida que tiene por objetivo hacer que esta se mantenga, continúe y se desarrolle. Por tanto el artículo propone, en primer lugar, un reencuentro histórico de las prácticas y creencias occidentales relacionadas con el cuidado, las cuales pueden explicar, en parte la forma actual del cuidado, de entender su significado y asumir la responsabilidad frente a este. Es así como anteriormente los griegos manejaban la visión integral de los debía ser el cuidado de sí mismo, pues enfatizaban la necesidad de cuidar el cuerpo y el alma. Para ellos, el cuidado de sí mismo incluía los cuidados del cuerpo, los regímenes de salud, los ejercicios físicos en exceso y la satisfacción de las necesidades. Esto incluía la meditación, las lecturas y el cuidado espiritual.

Por otro lado, los avances científicos y tecnológicos, especialmente relacionados con la medicina, también influyeron en el concepto y forma de promocionar el cuidado. Con la parcelación que hace el modelo anatómico del cuerpo y sus funciones y la separación entre el cuerpo y espíritu se comenzó a confundir lo que pertenecía a la categoría de los cuidados con lo que pertenecía al tratamiento es así como se inició la etapa de la promoción y prevención de la salud. (49).

3.3. Salud- enfermedad bucal y proceso vital humano

El desarrollo humano no puede entenderse dentro del ámbito de un único modelo o teorías del desarrollo (Kail & cavanaugh, 2006) (69) comprende no solo lo que

sucede en la esfera orgánica, sino también en otras, como la cognitiva, la comunicativa, la afectiva – erótica, la ético-moral, la lúdico-estética, la madurativa, la social, la política, y la laboral-económica. Se reconoce que, a lo largo de los años, cada ser humano evoluciona en un proceso gradual (Arias, montero & castellanos, 1996) (70) de allí que diferentes autores proponen periodos del desarrollo que abarcan el ciclo vital del individuo (Kail & cavanaugh, 2006) (69) los cuales varían en la forma como son nombrados y en las edades que comprenden. Para otros autores, el asunto de los límites de edad es relativo, justamente porque consideran que no es solamente el desarrollo orgánico el que guía esta definición (Ruiz, Uribe, 2002). (71)

3.3.1. Adolescentes y jóvenes: La adolescencia comprende un periodo en el que la persona experimenta cambios intensos desde el punto de vista fisco y psicosocial (Kail, 2006) (69) a los que se suman gran cantidad de factores externos que impactan su comportamiento (world Health Organization, 2003). (72)

En Colombia, se entiende por adolescentes al grupo de personas entre 12 y 18 años (ley 1098,2006), aunque se reconoce que estos límites de edad se utilizan fundamentalmente por razones estadísticas, de planificación y de evaluación. Otros autores estiman que la adolescencia, desde el punto de vista biológico comienza antes de los 10 años y no necesariamente terminan a los 20 años, puesto que esta etapa no es un proceso meramente biológico, sino psicológico y social, que asume características diferentes de acuerdo con las múltiples estructuras sociales y culturales en las que crecen y se desarrollan los y las jóvenes (Donas, 2001). (72)

En salud bucal, los adolescentes representan un grupo de referencia importante, pues en este periodo ocurren las principales variaciones dentales-maxilares, se consolida la identidad que definirá los hábitos y su actitud hacia este componente de la salud y se aumenta la incidencia de las enfermedades bucales más comunes

(Mafla, 2008) (73) a esto se suma el fenómeno de la disminución en la prevalencia y severidad de la caries dental en los escolares se acompaña de una menor velocidad de progresión de las lesiones (Burt, 1998). (74) En Colombia, en 1998 el índice CPOD para el grupo de adolescentes de 15- 19 años era de 5.9%, casi el doble que a los 12 años, y un 33% de ellos presentaba algún grado de perdida de inserción periodontal (ENSAB III, 1999). (75)

En el ENSAB IV se incluyeron adolescentes de 12, 15 y 18 años como edades simples representativas de este grupo, debido a que tanto los 12 como los 18 años hacen parte de indicadores nacionales (Plan Nacional de Salud Pública) e internacionales (Metas Globales de Salud Oral para el año 2020) para la evaluación de algunos eventos específicos.

3.3.2. Adultos: La etapa de la adultez comprende gran parte de la vida de la persona, y se divide generalmente en tres periodos: adulto joven, adulto medio y adulto mayor. Aunque se considera que el adulto joven está relativamente libre de patología, en el caso de la salud bucal se observa como a partir de los 20 años el 95% de la población colombiana ha tenido experiencia de caries dental y el 36.9% presenta algún grado de perdida de inserción periodontal (ENSAB III, 1999). (75) El carácter crónico y acumulativo de las enfermedades bucales más comunes, hacen que sea precisamente el grupo de los adultos el que acumule la mayor carga de la enfermedad bucal y por tanto, las mayores necesidades de atención.

Adicionalmente, el incremento en la esperanza de vida, que para el caso de américa latina fue de 7 años en el último cuarto siglo (PAHO, 2007), (76) ha traído consigo un mayor crecimiento en la población de adultos mayores, fenómeno presente en el ámbito mundial. Se espera que el 78.6% de las personas nacidas hoy en américa latina y el caribe vivan más allá de los 60 años (Schou, 1995) (77) un hecho con gran impacto en la atención en salud al que se suman considerables barreras de acceso a los servicios de salud bucal en este grupo.

En términos globales, una deficiente salud bucal entre la población mayor se expresa básicamente en altos niveles de perdida dental, caries dental, prevalencia de enfermedad periodontal, xerostomía y precáncer o cáncer oral (Dunsche & Harle, 2002). (78) De otro lado, varias condiciones orales se asocian con enfermedades crónicas, como es el caso de la enfermedad isquémica del corazón (Joshipura, Rimm, Douglass, trichopoulus, Ascherio & Willett, 1996) (79) y enfermedades respiratorias crónicas (Scannapieco, 1999) (80) con lo cual las relaciones entre salud bucal, salud general y calidad de vida son mayores en la vejez (WHO, 2003; Petersen & Yamamoto, 2005). (81)

3.4. Caries dental: Según López R, 2014, la caries dental es un proceso químico biológico de desintegración de los tejidos duros del diente, causada por la presencia de gérmenes cuyos productos finales de su metabolismo son los ácidos que atacan directamente a las sales inorgánicas del esmalte, labrando así una puerta de entrada a los gérmenes proteolíticos que actúan sobre la materia orgánica propia de los tejidos internos del diente., Afecta a los miembros de ambos sexos, de todas las razas, de todas las edades, de todos los niveles económicos y de todos los grupos cronológicos. La caries comienza, habitualmente en la temprana infancia y avanza hasta tarde en la madurez. (16)

3.4.1. Índice COP-D: FERNANDEZ et al (s. f) señalan que el índice COP-D Fue desarrollado por Klein, Palmer y Knutson durante un estudio del estado dental y la necesidad de tratamiento de niños asistentes a escuelas primarias en Hagerstown, Maryland, EE. UU., en 1935. Se ha convertido en el índice fundamental de los estudios odontológicos que se realizan para cuantificar la prevalencia de la caries dental. Señala la experiencia de caries tanto presente como pasada, pues toma en cuenta los dientes con lesiones de caries y con tratamientos previamente realizados. (17)

Se obtiene de la sumatoria de los dientes permanentes cariados, perdidos y obturados, incluidas las extracciones indicadas, entre el total de individuos examinados, por lo que es un promedio. Se consideran solo 28 dientes. Para su mejor análisis e interpretación se debe descomponer en cada una de sus partes y expresarse en porcentaje o promedio. Esto es muy importante al comparar poblaciones. Se debe obtener por edades, las recomendadas por la OMS son: 5-6, 12, 15, 18, 35-44, 60-74 años. El índice CPO-D a los 12 años es el usado para comparar el estado de salud bucal de los países. Signos: C = caries O = obturaciones P = perdido. Es el índice CPO adoptado por Gruebbel para dentición temporal en 1944.

Se obtiene de igual manera pero considerando solo los dientes temporales cariados, extraídos y obturados. Se consideran 20 dientes. En los niños se utiliza el ceo-d (dientes temporales) en minúscula, las excepciones principales son, los dientes extraídos en niños por tratamiento de ortodoncia o perdidos por accidentes así como coronas restauradas por fracturas. El índice para dientes temporales es una adaptación del índice COP a la dentición temporal, fue propuesto por Gruebbel y representa también la media del total de dientes temporales cariados (c) con extracciones indicadas (e) y obturaciones (o) en inglés DEF. (18)

3.4.2 Índice COP-modificado: a través del índice se reconoce la experiencia que una persona o una población ha tenido respecto de la caries dental, siendo lo ideal que el índice sea de cero, en la medida que se espera que las personas no hayan tenido antecedentes no presencia activa de caries dental.

La OMS definió una escala de gravedad para el COP-D que permite identificar el grado de severidad de la enfermedad.

Muy bajo: cuando el índice esta entre 0.0 y 1.9

Bajo: cuando el índice final está entre 2.0 y 2.8

Intermedio: al estar entre 2.9 y 5.2

Alto: si se encuentra entre 5.3 y 7.3

Muy alto: si llega a ser mayor de 7.3

Si el índice da cero, quiere decir que no ha tenido experiencia de caries y que por tanto se tiene un bajo riesgo.

Un índice mayor de cero tiene varias interpretaciones tanto en el individuo como en la población.

Si el índice esta dado principalmente por el componente de caries no cavitacionales, indica que se tiene ya presencia de caries, aunque se ha logrado un diagnóstico más oportuno, si el componente que más aporta es de obturados indica que ha tenido acceso a servicios. (Documento técnico línea base- MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL) (19)

Debe comprenderse que, además de considerar las caries avanzadas, las obturaciones y dientes perdidos por caries, en este análisis se incorporan también los estadios incipientes de la caries, tanto para la dentición permanente, como para la mixta y la temporal, para lo cual se consideran por tanto los códigos 2 a 6 de ICDAS. Para todas las edades es importante señalar que estos índices muestran un incremento en el promedio de dientes con antecedentes de caries frente a los índices COP y COP, debido precisamente a la inclusión en el análisis de los estadios incipientes de la caries. IV ESTUDIO NACIONAL DE SALUD BUCAL - ENSAB IV. (2)

3.5. Índice ICDAS: ICDAS II (International Caries Detection and Assessment System), según Iruretagoyena, es un nuevo sistema internacional de detección y diagnóstico de caries, consensuado en Baltimore, Maryland. USA en el año 2005, para la práctica clínica, la investigación y el desarrollo de programas de salud pública. El objetivo era desarrollar un método visual para la detección de la caries, en fase tan temprana como fuera posible, y que además detectara la gravedad y el nivel de actividad de la misma. Un estudio llevado a cabo por el Departamento de Cariología, Ciencias de la Restauración y Endodoncia de la Facultad de Odontología

de la Universidad de Michigan en 2007 demostró que el sistema es práctico, tiene validez de contenido, validez discriminatoria y validez de correlación con el examen histológico de las fosas y fisuras en dientes extraídos. (Pubmed-Medline 17518963). Es un método especialmente útil para la detección temprana de caries de esmalte y la planificación de la terapia de remineralización individual; así como para el seguimiento del patrón de caries de una determinada población.

El sistema tiene 70 al 85% de sensibilidad y una especificidad de 80 al 90%; en detectar caries, en dentición temporaria y permanente; dependiendo esta diferencia por el grado de entrenamiento y calibración del personal examinador. Índice de concordancia Kappa => 0.65. (Pubmed-Medline 19681984 - 18204251 - 19907175)

Escala de medición según grado de severidad:

0-sano

1 mancha blanca o marrón en esmalte seco

2 mancha blanca o marrón en esmalte húmedo

3 pérdida superficial del esmalte

4 sombra subyacente

5 cavidades con dentina visible hasta el 50%

6 cavidad extensa más del 50% de la superficie dental (20)

3.5.1. Opacidades demarcadas: De acuerdo con Osorio Tovar, los defectos de desarrollo del esmalte engloban un grupo de alteraciones visibles e identificables en un examen clínico, las cuales se asocian con diversas secuelas. En dentición permanente, estos defectos han sido bastante estudiados sin embargo en dentición temporal la investigación es escasa. Su prevalencia no está determinada a nivel internacional y a nivel nacional no se conocen estudios al respecto.

Los defectos del desarrollo del esmalte (DDE) se definen como alteraciones cuantitativas o cualitativas, clínicamente visibles en esmalte, producto de alteraciones en la matriz de los tejidos duros y de su mineralización durante la odontogénesis. Además del esmalte, su compromiso se puede extender hasta la dentina, el cemento o ambos y pueden localizarse en uno o varios dientes de la dentición temporal o permanente. Macroscópicamente los DDE han sido clasificados en dos tipos: las hipoplasias, asociadas a un espesor localizado y reducido del esmalte, siendo este opaco o translúcido; y las opacidades, asociadas a una afectación de grado variable en la mineralización del tejido, que se traduce en una alteración en la translucidez del esmalte, aunque su espesor es normal . Las opacidades pueden ser difusas o demarcadas y también han recibido el nombre de hipo mineralizaciones. Algunos autores han asociado las hipoplasias a alteraciones en la fase secretora del ameloblasto y las opacidades o hipo mineralizaciones a disturbios en la fase de mineralización. La presencia de los DDE se relaciona directamente con alteraciones en los periodos de formación dental, por lo tanto es importante tener conocimiento de la odontogénesis y específicamente del amelo génesis. (21) una de las opacidades más comunes es la fluorosis dental, que es una hipo mineralización del esmalte que se produce como respuesta a la ingesta de flúor por un periodo prolongado de tiempo durante la formación del esmalte, y se caracteriza por lesiones que van desde manchas blancas tipo mota de algodón hasta fosas de ruptura (Martignon S, 1998). El esmalte fluorótico presenta incremento de la porosidad, por lo cual la superficie se ve expuesta a otros eventos como la caries dental, las tinciones extrínsecas, sensibilidad y mal oclusiones. Según el ENSAB IV el 2.43% de los jóvenes de 12 y 15 años, se registra un nivel moderado de fluorosis. (2)

3.6. Enfermedad periodontal: Nicolasi et al 2015, la definen como patología infecciosa crónica y progresiva que se produce como consecuencia de la respuesta inflamatoria del huésped a la agresión tisular por microorganismos predominantemente gramnegativos y anaerobios de la placa bacteriana depositada en el surco gingivodental. (22)

Lindhe et al 2009, proponen como clasificación de las enfermedades periodontales:

1. Enfermedades gingivales
2. Periodontitis crónica
3. Periodontitis agresiva
4. Periodontitis como manifestación de enfermedades sistémicas
5. Enfermedades periodontales necrosantes.
6. Abscesos del periodonto
7. Periodontitis asociada con lesiones endodonticas
8. Deformidades y anomalías del desarrollo o adquiridas.(25)

3.6.1. Índice periodontal de CPITN: El índice de necesidad de tratamiento periodontal de la comunidad o CPITN es un examen sencillo, de rápida aplicación y uniformidad internacional que permite al odontólogo establecer las condiciones generales de salud y necesidades de tratamiento periodontal de una comunidad.

Existen dos métodos para el levantamiento de la información: 1) Por sextantes: un sextante es considerado como una unidad mínima en el que se puede realizar algún procedimiento clínico como raspado y curetaje abierto. Para establecer los sextantes son considerados 14 dientes del maxilar superior y 14 dientes de la mandíbula, dividido en 3 segmentos cada uno.1 De acuerdo a la Federación Dental Internacional (FDI) los sextantes son divididos de la siguiente manera.

A nivel maxilar:

1. Sextante 1.- dientes 17, 16, 15 y 14. 4
2. Sextante 2.- dientes 13, 12, 11, 21, 22 y 23. 4
3. Sextante 3.- dientes 24, 25, 26 y 27.

A nivel mandibular:

1. Sextante 1.- dientes 47, 46, 45 y 44.
2. Sextante 2.- dientes 43, 42, 41, 31, 32 y 33.
3. Sextante 3.- dientes 34, 35, 36 y 37.

Los códigos y criterios que son aplicados para el levantamiento epidemiológico de este índice son:

Código 0. Periodonto Sano.

Código 1. Gingivitis, No se observa la presencia de cálculo

Código 2. Gingivitis, Existe presencia de cálculo supra gingival o sub gingival

Código 3. Gingivitis de moderada a severa o Periodontitis leve.

Código 4. Gingivitis severa o periodontitis moderada a severa.

Código 9. No Registrado. Utilizado para indicar, en un determinado sextante, la presencia de las siguientes evidencias (las cuales deben de ser especificadas aparte: movilidad dentaria, afectación de la furca, retracciones gingivales superiores a los 3,0 mm y problemas mucogingivales.

3.6.2. Índice Silness y Loe simplificado: Este índice se utiliza con el mismo criterio que el de índice de O´Leary, pero permite establecer grados de intensidad del acumulo de placa, no necesita la aplicación de sustancias descubridoras y puede utilizarse en piezas dentarias seleccionadas representativas de toda la boca, tales como (1.6, 1.2, 2.4, 3.6, 3.2 y 4.4) en cuatro sitios por diente, mesial, vestibular, distal y palatino.

Criterios clínicos para el índice de placa de Löe y Silness	
	Características
0	No hay placa
1	No hay placa a simple vista. Hay placa cuando se realiza el pasaje de sonda por el área dentó gingival
2	Hay placa bacteriana a simple vista
3	Hay placa bacteriana a simple vista rodeando el diente, incluso por espacios interdentales. Puede haber cálculos.

Se estima el promedio de las piezas seleccionadas para tal fin. Incluyendo las cuatro áreas del diente. Se estima que el paciente posea buen estado de salud bucal cuando el índice de Löe y Silness se mantiene en **= < 1**. (29)

3.6.3. Índice Silness y Loe gingival: Es el único índice que mide el grosor de la placa depositada sobre la superficie del borde gingival de todos los dientes presentes en la boca. Se determina pasando una sonda sobre la superficie dentaria y examinando la punta de la sonda en busca de placa. Se debe secar ligeramente la superficie dental con chorro de aire, en cada uno de los dientes se observan las superficies (vestibular, lingual, palatino, mesial y distal. Asignando un código a cada una de ellas.

CODIGO	**CRITERIO**
1.	no hay placa en la zona gingival
2.	hay una película fina de placa que se adhiere al margen gingival libre y a la zona adyacente del diente.
3.	Acumulación moderada de depósitos blandos dentro de la bolsa gingival. Se reconoce a simple vista.
4.	Abundancia de material blando, grueso de 1-2mm desde la bolsa gingival y/o sobre el margen gingival y la superficie adyacente.

3.7. Fluorosis dental: Gómez, 2011 la define como un defecto cualitativo del esmalte, por un aumento de la concentración de fluoruros en el micro entorno de los ameloblastos durante el desarrollo del diente. Esto da lugar a un defecto en la matriz del esmalte y en su calcificación. La ingestión de fluoruros antes de los tres o cuatro años de edad es crítico para el desarrollo de fluorosis en los dientes permanentes estéticamente importantes. Sin embargo, para los dientes más posteriores, como los caninos y premolares, este límite puede extenderse dos o tres años más. Clínicamente puede observarse como manchas que van desde un color blanquecino hasta un café oscuro, o incluso la pérdida de continuidad del esmalte.

La severidad de fluorosis está relacionada con el tiempo, duración y dosis de la exposición al fluoruro durante los periodos de susceptibilidad en el desarrollo del diente. (23)

3.7.1. Índice TFI:

Normal: 0= esmalte normal, liso, traslucido y cristalino de color uniforme. Estas características permanecen aún después del secado con aire prolongado.

Cuestionable: 1= Esmalte liso, traslucido y cristalino, con finas bandas horizontales de color blanquecino.

Muy leve: 2= Esmalte liso, traslúcido y cristalino acompañado con gruesas líneas horizontales blanquecinas.

Leve: 3= Esmalte liso, translúcido y cristalino. Acompañado por gruesas líneas opacas blanquecinas, con manchones de color amarillo y/o café (Es el típico esmalte moteado)

Moderada: 4= Toda la superficies tiene una marcada opacidad que varía del blanco opaco al gris, acompañada de vetas de color amarillo o café. Pudiendo aparecer partes desgatadas por atrición.

Severo:

> **5=** Superficie totalmente opaca, con pérdida del esmalte en forma de cráter no mayor a 2 mm de diámetro. Las pigmentaciones suelen asentarse en el fondo del cráter y suele ser extrínseca
>
> **6=** Superficie blanca opaca con mayor cantidad de cráteres. Los cráteres tienden a unirse formando bandas horizontales y/o verticales de esmalte faltante. Hay decoloración blanco / amarilla / café.

7= Superficie totalmente blanca opaca con pérdida de superficie de esmalte en áreas irregulares, iniciando en el tercio incisal /oclusal menor al 50% de la superficie del esmalte

8= Perdida de la superficie del esmalte que abarca más de un 50%. El remanente del esmalte es blanco opaco. Suele haber exposición de dentina con caries.

9= Perdida de la mayor parte de la superficie de esmalte. Dentina expuesta

3.8. Tratamientos estéticos dentales: Aunque la odontología ha evolucionado a través del tiempo, se mantiene su objetivo fundamental que es la rehabilitación del aparato masticatorio. En este sentido, el concepto de estética debe ser incorporado en la práctica diaria para obtener una restauración funcional que llene los requisitos estéticos del paciente y del odontólogo, Así pues, el concepto de estética dental estará sujeto a amplias variaciones en la interpretación personal y la percepción individual, anqué el resultado final lo controla el odontólogo, el paciente debe contribuir con el proceso artístico de la toma de decisiones bajo la guía del odontólogo. (Heymann HO) (24)

3.8.1. Alternativas estéticas en odontología restaurativa

3.8.1.1. Blanqueamiento: Cuando el paciente se queja que tiene dientes feos, el odontólogo debe indagar si se trata de un problema de forma o de color. Si es el color, el blanqueamiento es el tratamiento de elección más conservador (Bello A.) (24)

3.8.1.2. Recontorno estético: Recontornear el diente natural y lograr una ilusión de enderezamiento es un procedimiento rápido, económico, indoloro y duradero, que el paciente agradece El re contorno estético es el proceso sencillo a través del cual se desgasta la superficie coronal de un diente para modificar su forma, posición, largo, contorno o relaciones proximales con los dientes vecinos y que proporciona un realce notorio a la sonrisa del paciente (Goldstein RE) (24)

3.8.1.3. Resinas compuestas: Las resinas compuestas pueden ser la solución conservadora para resolver los problemas estéticos en nuestros pacientes. Los fabricantes han desarrollado sistemas sofisticados de resinas Compuestas con múltiples colores, caracterizadores y apocadores que permiten al odontólogo ofrecer restauraciones altamente estéticas (Hilton TJ). Goldstein y Lancaster encontraron que, de ochenta y un pacientes evaluados, el 86% tenían dientes restaurados con resinas compuestas. Además, estudiaron las opiniones de los pacientes en relación al procedimiento restaurador, al tiempo empleado y al costo invertido en la realización del tratamiento. Los resultados demostraron que un 75% de los pacientes con este tipo de tratamiento estaban satisfechos. En relación al costo y al tiempo invertido, los pacientes opinan (en un 91% y un 99%, respectivamente) que eran razonables. (24)

3.8.1.4. Carillas de cerámica: La odontología adhesiva ha brindado grandes oportunidades a los odontólogos para lograr restauraciones estéticas, reducir la hipersensibilidad dentinaria, preservar la estructura dental y crear sonrisas más placenteras. Actualmente, se ha logrado unión entre la porcelana y la estructura dental adecuada. El mejorar la calidad estética de este tipo de carillas continúa siendo un reto para la odontología. Sin embargo, se han desarrollado nuevos materiales y técnicas para lograr restauraciones armoniosas (Barghi N)

3.9. Edentulismo: Matarrita 2010, lo define como la ausencia o la pérdida total o parcial de los dientes, su causa puede ser congénita o adquirida, también el edentulismo total o parcial conlleva a importantes alteraciones estéticas. Pudiendo disminuir la autoestima, inducir alteraciones en la pronunciación de las palabras, en la función masticatoria y en la articulación temporomandibular. (25).

4. MARCO REFERENCIAL

Kaur et al, en un estudio sobre "experiencia de caries entre mujeres de 16-21 años de edad y su relación con el estilo de vida" realizado en India, estudiaron la prevalencia de la experiencia de caries (COP-D) encontrando que fue de 63,2% con un COP-D promedio de 2,91 en estudiantes de 16-18 años y 3,26 en los de 19-21 años. De las personas con caries, el 68% también se observó la presencia de cálculo, en comparación con el 60.0% de los pacientes con un COP-D=0. (2), según un estudio realizado en hombres y mujeres de la universidad King Saud University (Arabia Saudita) se realizó un examen intraoral y un cuestionario en el cual se evidencio un 51% de prevalencia de caries en hombres y un 49% en mujeres. Por tanto se encontró que las mujeres menores entre 16-18 años muestran un índice por debajo de la cifra establecida por OMS que es de 3 y, en contrario, las de edad 19-21 superan dicha cifra al presentar un índice de 3,26, lo cual evidencia que los cambios en el cuidado bucodental se ven afectados por los cambios en las costumbres y los estilos de vida que se dan según la edad. (26)

De la Fuente et al realizaron un estudio de prevalencia de caries dental en estudiantes preuniversitarios de la Universidad Nacional Autónoma de México y reporto que el 47,3% de los estudiantes presento caries dental; el 31.9% perdida dental y el 59,1% obturaciones dentales, concluyeron la necesidad de establecer programas y metas específicas en los niveles educativos secundario, medio superior y superior, que promueven favorablemente el autocuidado. (27)

Espinosa Santander et al llevaron a cabo un estudio sobre hábitos de higiene oral en estudiantes de odontología de la Universidad de Chile, allí se seleccionó por muestreo aleatorio simple, con afijación proporcional, 150 estudiantes entre primer y cuarto año, el cual dio como resultado que un 98% se cepillaba los dientes por lo menos dos veces al día, un 37% usaba seda dental diariamente y un 74% había acudido al dentista por lo menos una vez en el último año. Solo un 30% presento un resultado positivo para el índice de hábitos de higiene oral. El estudio reconoce que

no se han publicado estudios nacionales que describan los hábitos de higiene oral de esta población ("*En nuestro país, no encontramos publicaciones indexadas sobre hábitos de higiene oral en odontólogos o en estudiantes de odontología"*) y concluye que: "Los estudiantes de odontología de la Universidad de Chile presentan alta frecuencia de cepillado dental y consultan frecuentemente al dentista, sin embargo, el uso de seda dental es bajo. Estudios futuros deberían analizar otras variables involucradas en un mejor cuidado de la salud bucal en este grupo". Además, agrega "los resultados son mejores que lo reportado en población de adolescentes de Santiago. Sin embargo, el uso de seda dental es bajo, lo que provoca que el índice de hábitos saludables sólo sea de un 30%. No se observa un aumento de adquisición de buenos hábitos a medida que se progresa en los años de estudio de odontología y los alumnos de 1er año son los que presentan en un mayor porcentaje hábitos de higiene oral saludables". Debido a lo anterior y al importante rol social que cumple el odontólogo en los cuidados bucodentales, se hace relevante reforzar la educación y promoción de salud oral durante su proceso de formación profesional (3)

En Colombia, el IV Estudio Nacional de Salud Bucal –ENSAB IV- ratifica que el problema de la caries dental ha sido documentado en numerosos estudios de carácter local y en los tres estudios nacionales, en 1966, el 96,1% para el grupo de 15-19 años y 100% para mayores de 45 años (Mejía Et Al, 1971) el promedio global de dientes cariados, obturados o perdidos (índice COP) fue de 7.6, sin embargo en el estudio de 1998 el COP aún supera el 5.2 en las edades de 15-19 años, sin embargo ya para 1980 se halla en 4,8 y para 1998 en 2.3 cubriendo los requerimientos de OMS que fija una cifra de 3.0. Un 89,5% de los jóvenes ha experimentado caries dental, cifra que se sitúa por encima del 95% a partir de los 20-24 (ministerio de salud, 1999). (2)

Así como la caries dental, la enfermedad periodontal se considera uno de los problemas más frecuentes en salud bucal; la mayoría de los niños tienen signos de gingivitis y entre los adultos son prevalentes los estadios iniciales de la enfermedad

periodontal. La pérdida dentaria puede ser la última consecuencia de la enfermedad periodontal destructiva; se calcula que el 30 al 35% de las extracciones están relacionadas con la enfermedad periodontal, perdida que crea necesidades de tratamiento protésico que son costosas para cualquier sistema de salud. Perder los dientes es visto aun por muchas personas como una consecuencia natural del envejecimiento, la caries dental y la enfermedad periodontal se consideran las principales razones de la perdida dental y a pesar de la tendencia a su reducción, la proporción de edentulos aún es alta en muchos países. ENSAB IV muestra que el 70.43% a perdido uno o más dientes, y que esto se encuentra relacionado con la edad. (2)

Kickbusch I. en Promoción de la salud a través de la educación de adultos; considera la salud como un tema importante en la educación de adultos. Por ello está incluida en los planes de estudio de muchos programas de educación de personas adultas, así como en los programas de educación general. La educación es un factor determinante en la salud. Es bien sabido que quienes están más predispuestos a tener mala salud no son únicamente los más pobres. Si no quienes tienen el menor nivel de educación. Es más, la experiencia adquirida tanto en los países en desarrollo, como en los países desarrollados, indica que la alfabetización y los programas de educación no formal pueden conducir a mejorar la salud y el bienestar general de modo significativo, El concepto de la educación para la salud, que actualmente abarca un concepto más amplio de promoción de la salud y un nuevo énfasis en la prevención, se concentra cada vez más en el aprendizaje y en el proceso de fortalecimiento de la autonomía. Como consecuencia, la educación de personas adultas está abarcando más y más aspectos y ocupando cada vez más seguido una función central dentro de varios sectores de las políticas, entre ellos la salud.” (28)

Son muchos los estudios que se han inclinado a la identificación de los CAPs de salud bucal en adolescentes y jóvenes; es así como Barrientos C, Becerra P, Parra A (2014), Realizaron en la localidad de Fresia en 170 adolescentes entre 12 y 15

años, un estudio descriptivo de tipo censal en establecimientos educacionales donde encontraron, que el nivel de conocimiento de los estudiantes en cuanto a su salud bucal es muy bajo; en cuanto a las actitudes relacionas en salud bucal, el 40.6 % declaro tener un cuidado en los dientes, un 84.7% cree que sus propios esfuerzos son el factor más importante para el futuro de su salud oral, en relación a las prácticas de salud oral el 100% relato usar cepillo de dientes con pasta dental y agua, el 67.1% de los jóvenes declaro cepillarse los dientes por más de 3 minutos y el 54.1% lo hace en la mañana y en la noche (36).

En estudios recientes realizados en Colombia (Ramírez et al., 2004; Tovar, 2005 y Zambrano, 2005) se ha encontrado que algunos de los determinantes más importantes del estado de salud son el ingreso, la edad, el género, el nivel educativo, la práctica de ejercicio físico, el sistema de salud, las regiones y la ubicación de las viviendas en zonas urbanas o rurales. En dichos estudios se ha encontrado cierta evidencia de elementos locales o regionales que influyen de manera significativa sobre el estado de salud de los individuos. (29)

Espinoza L. en el estudio Cambios en el modo y estilo de vida, encuentra que la labor educativa para formar o modificar el modo de vida para y proteger la salud hay que desarrollarla con la familia, para lo cual hay que cuidar y fortalecer la unidad, la permanencia, la autoridad y el prestigio de esta. Al mejorar el modo de vida de las personas, mejoran algunos aspectos importantes como es el nivel educacional, que permiten realizar de forma más factible, las labores de promoción de salud y prevención de enfermedades como las bucales, dentro de las que se encuentra la caries dental, las periodontopatias, las mal oclusiones, y el cáncer bucal, así como enfermedades generales como la hipertensión arterial, cardiopatía isquémica, infarto del miocardio, pues el individuo actúa sobre los factores causantes de dichas enfermedades. (3)

La Febre F, Cobos D, Arévalo, Charry R, concluyeron que la práctica estimula las actitudes y conocimientos. Se entrevistó a 387 estudiantes universitarios de la

facultad de odontología y estudiantes de posgrados en la ciudad de Cuenca, Las variables analizadas fueron: edad, sexo, años que cursa, procedencia, nivel de actitud y conducta sobre salud oral, índice HU-DBIEl que consta de veinte preguntas dicotómicas, de acuerdo / desacuerdo, y que valora las actitudes y conductas. El procedimiento investigativo incluyó la realización de una prueba piloto con 40 estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad de Cuenca, para ajustar la comprensión de las preguntas. El resultado de este estudio el número de población encuestada con una edad promedio de 21 años, 301 estudiantes (78,38%) no tienen contacto clínico con pacientes y 83 estudiantes (21,61%) ha tenido contacto clínico con pacientes, en cuanto a los conocimientos y actitudes en la práctica clínica se desarrollan mejor los conocimientos en la práctica. (37)

Segrera López y colaboradores, realizaron un estudio sobre la prevalencia de caries dental, factores de riesgo, enfermedad periodontal y hábitos de higiene oral en estudiantes de ciencias de la salud, encontraron que el 83.06% eran mujeres y 16.94 hombres de los cuales, la prevalencia de caries dental fue de 56%.(30)

Arrieta, K. y colaboradores, estudiaron sobre la prevalencia de caries y enfermedad periodontal en 234 estudiantes de odontología de la universidad de Cartagena, matriculados en el año 2009 evaluando COP, ICDAS, INCTP y de higiene bucal simplificado; la prevalencia general de experiencia de caries en los sujetos participantes fue de 55.9%, en cuanto al COP-S, el promedio de superficies con historia de caries dental fue de 10,1 (DE=5,5) al observarse más alto para el grupo de estudiante mayores de 26 años.(31)

Gómez y Morales 2012, en un estudio sobre la determinación de los índices COP-D e IHOS en estudiantes de la Universidad Veracruzana, buscan determinar el índice de dientes, cariados, perdidos, obturados (CPOD), determinar el índice de higiene oral simplificado (IHOS), de los jóvenes universitarios de nuevo ingreso en el estado de Veracruz, provincia de México. Algunos de los resultados más relevantes tienen que ver con la edad predominante en la población de estudio de

las tres licenciaturas la cual estaba conformada por un 46.5% entre los 18 años y con una menor representatividad los de 21 años con el 5.1%, considerando que no existe un límite de admisión a este nivel superior de estudio. Asimismo, el género femenino fue el sobresaliente estableciendo el 70% de la población estudiada.

Algunos de los datos importantes en esta investigación se centran en el número de veces que los estudiantes realizan el cepillado de los órganos dentarios, dado que, según la literatura odontológica, este aspecto se encuentra relacionado con la presencia de patologías y alteraciones bucales. El resultado de la evaluación del IHOS, determinó que los estudiantes que ingresan a la universidad en el área de ciencias de la salud se sitúan en una escala de ponderación de (81.5), el cual según la escala es considerado como aceptable. El índice CPO-D obtenido fue muy alto, 13.1 sobrepasando la escala establecida por la OMS, que considera el intervalo de 6.6 como muy alto. Este indicador determinó la prevalencia de caries en los estudiantes en un 80.9%, considerándose también que casi la mitad de los órganos dentarios revisados han sido tratados por este padecimiento (47.0%), y el 37.9 % han sido extraídos, aspectos que hay que considerar pues el área estudiada involucra a jóvenes que ingresan al área de la salud quienes necesitan mantener niveles bajos de alteraciones y patología bucales. (32)

Arrieta et al 2011, establecieron como objetivo de su estudio describir la prevalencia de caries y enfermedad periodontal en los estudiantes del Programa de Odontología de la Universidad de Cartagena de Indias en Colombia y determinar la asociación con variables demográficas. Las mediciones clínicas para las variables caries dental, enfermedad periodontal e higiene bucal fueron realizadas al usarse como parámetros los índices COP (dientes cariados, obturados y perdidos), ICDAS II (international caries detection and assessment system, o sea, sistema de estimación internacional de detección de caries), ICNTP (índice de estado periodontal) e higiene bucal simplificado de Green y Vermillion. Los resultados del estudio hallaron que la prevalencia general de experiencia de caries en los sujetos participantes fue del 55,9 % (IC 95 %; 49-62), al relacionar con las variables edad, sexo y estrato socioeconómico no se observaron diferencias. En cuanto al COP-S, el promedio de

superficies con historia de caries dental fue de 10,1 (DE= 5,5), resultó ser el más alto para el grupo de estudiantes que pertenecen al estrato uno (p= 0,03). Al analizar la severidad de la enfermedad, se presentó mayor ocurrencia de lesiones pre cavitacionales (42,4 %). En cuanto a las lesiones cavitacionales, estas se observaron en el 13,1 %, resultó ser más alta la frecuencia en el grupo de mayores de 26 años con el 33,3 % (p= 0,02). (31)

5. HIPOTESIS

5.1. HIPOTESIS NULA: no existen diferencias significativas entre los determinantes sociales y los índices de salud bucal de los estudiantes de los programas de ingeniería civil y medicina veterinaria de la universidad cooperativa de Colombia sede Villavicencio.

5.2. HIPOTESIS ALTERNA: Existen diferencias significativas entre los determinantes sociales y los índices de salud bucal de los estudiantes de los programas de ingeniería civil y medicina veterinaria de la universidad cooperativa de Colombia sede Villavicencio.

6. OBJETIVOS

6.1. OBJETIVO GENERAL

Comparar el estado buco-dental y los determinantes sociales de los estudiantes de los programas académicos de ingeniería civil y medicina veterinaria de la universidad cooperativa de Colombia sede Villavicencio.

6.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Caracterizar la inserción sociocultural como componente de los determinantes estructurales de la salud bucal en estudiantes de los programas académicos de ingeniería civil y medicina veterinaria de la Universidad Cooperativa de Colombia sede Villavicencio.
- Caracterizar los estilos de vida como componente de los determinantes próximos de la salud bucal en estudiantes de los programas académicos de ingeniería civil y medicina veterinaria de la Universidad Cooperativa de Colombia sede Villavicencio.
- Determinar prevalencia de caries, opacidades demarcadas, enfermedad periodontal, fluorosis, edentulismo y tratamientos estéticos dentales De los estudiantes de los programas académicos de ingeniería civil y medicina veterinaria la Universidad Cooperativa de Colombia.
- Determinar frecuencia y tipo de tratamientos estéticos de los estudiantes de los programas académicos de ingeniería civil y medicina veterinaria la Universidad Cooperativa de Colombia.
- Determinar si existen diferencias entre los índices de salud bucal y el nivel educativo, área del conocimiento, sexo, edad, acceso a salud y estrato socioeconómico de los estudiantes de los programas académicos de ingeniería civil y medicina veterinaria la Universidad Cooperativa de Colombia.

7. METODOLOGIA

7.1. TIPO DE ESTUDIO Y DISEÑO GENERAL

Se trata de un estudio analítico, descriptivo de corte trasversal

Población: estudiantes de ingeniería civil (1244 estudiantes) y medicina veterinaria (318 estudiantes) matriculados en I-2017 (1.562)

7.1.1. Tamaño de Muestra: Se ha calculado un tamaño de muestra de 130 estudiantes pertenecientes a los programas académicos de ingeniería civil y medicina veterinaria de la Universidad Cooperativa de Colombia sede Villavicencio, utilizando la fórmula para estimación de frecuencia en una población, tomando como marco muestra el total de estudiantes matriculados en estos programas para la vigencia I-2017 (1.562), los porcentajes de cada poblacion se debe a que esa es la estructura proporcional de la poblacion de las dos facultades, con una frecuencia esperada de 45% para el evento edentulismo, reportado como el de menor frecuencia en la ENSAB IV, según grupo de edad de la población de estudio.

Tamaño de la muestra para la frecuencia en una población

Tamaño de la población (para el factor de corrección de la población finita o fcp)(*N*):	4847
frecuencia % hipotética del factor del resultado en la población (*p*):	45%+/-5
Límites de confianza como % de 100(absoluto +/-%)(*d*):	5%
Efecto de diseño (para encuestas en grupo-*EDFF*):	1

Tamaño muestral (*n*) para Varios Niveles de Confianza

IntervaloConfianza (%)	Tamaño de la muestra
95%	353
80%	158
90%	254
97%	426
99%	579
99.9%	878
99.99%	1146

Ecuación

Tamaño de la muestra $n = [EDFF*Np(1-p)]/ [(d^2/Z^2_{1-\alpha/2}*(N-1)+p*(1-p)]$

Resultados de OpenEpi, versión 3, la calculadora de código abiertoSSPropor
Imprimir desde el navegador con ctrl-P
o seleccione el texto a copiar y pegar en otro programa

Este tamaño de muestra se estratifico a proporción según pesos porcentuales de las poblaciones de cada programa y proporciones por sexo y edad.

7.1.2. Muestreo: se realizó un muestreo probabilístico a través de tablas de números aleatorios, con los ID de los estudiantes de la base de datos de cada programa con peso porcentual de edad.

Facultad	**Edad**	**Mujeres**	**Hombres**	**Total**
INGENIERIA CIVIL	**>25**	5	20	25
	15 a 20	16	21	37
	21 a 22	11	19	30
	23 a 24	4	12	16
Total Ingeniería civil		**36**	**72**	**108**
MEDICINA VETERINARIA ZOOTECNIA	**>25**	1	2	3
	15 a 20	5	5	10
	21 a 22	3	3	6
	23 a 24	1	2	3
Total medicina veterinaria zootecnia		**10**	**12**	**22**
TOTAL				**130**

7.2. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

1. Estudiantes matriculados en los programas de pregrado de ingeniería civil y medicina veterinaria de la UCC sede Villavicencio que aceptaron la participación voluntaria en este estudio mediante la firma del consentimiento informado.
2. Estudiante matriculado mínimo en uno de los cursos de los programas de ingeniería civil y medicina veterinaria de pregrado de la Universidad Cooperativa de Colombia.
3. Personas sin enfermedades sistémicas de base.

7.3. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

1. Se excluyeron los estudiantes que tengan enfermedades sistémicas o crónicas de base.
2. Personas que no estén definidas por el Acuerdo Superior 161 de 2013, como estudiante de la Universidad Cooperativa de Colombia.
3. Estudiantes que No acepten la participación en el estudio.
4. Personas con limitaciones que impidan un apropiado examen clínico intra oral.

7.4 DEFINICION OPERACIONAL DE LAS VARIABLES

NOMBRE DE LA VARIABLE	**DEFINICIÓN DE LA VARIABLE (¿qué característica mide?)**	**ESCALA DE MEDICION**	**VALORES A TOMAR**	**TIPO DE VARIABLE**	**Instrumento de medición**
Sexo	Determinante próximo de la salud	Cualitativa Nominal.	H (hombre) (1) M (mujer) (2)	Independiente	Encuesta determinantes sociales de salud bucal. Entrevista de selección.
Edad	Edad en años cumplidos Determinante próximo de la salud	Cuantitativa, Discreta	Años cumplidos	Independiente	Encuesta determinantes sociales

					de salud bucal. Entrevista de selección.
Programa de pregrado	Carrera de pregrado que cursa en la UCC Determinante estructural	cualitativa	Derecho Ingeniería de Sistemas Administración de empresas Contaduría	Independiente	Encuesta determinantes sociales de salud bucal. Entrevista de selección.
Semestre	Semestre que cursa reportado por el estudiante Determinante estructural	Cualitativa ordinal	I II III IV V VI VII VIII IX X	Independiente	Encuesta determinantes sociales de salud bucal. Entrevista de selección.
Tipo de aseguramiento	Determinante estructural		Contributivo Subsidiado Especial Exención		Encuesta determinantes sociales de salud bucal

			Sin aseguramiento		
Tipo de afiliado	Determinante estructural		Cotizante Beneficiario		Encuesta determinantes sociales de salud bucal. Determinante estructural
Total de ingresos familiares al mes	Determinante estructural	Cuantitativas discretas	1 a 2 salarios mínimos legales vigentes 3 a 4 salarios mínimos legales vigentes Más de 4 salarios mínimos legales vigentes.		Encuesta determinantes sociales de salud bucal
Numero de persona s que depende del ingreso familiar mensual	Determinante estructural	Cuantitativas discretas	número de personas		Encuesta determinantes sociales de salud Bucal. Entrevista de selección
Condiciones del trabajo, estudio o	Tipo de trabajo, estudio o	Cualitativa Nominal	Nombre de la actividad u ocupación	independiente	Encuesta determinantes sociales

actividad cotidiana	actividad cotidiana				de salud bucal
Condiciones de consumo relacionadas con la salud bucal	Nivel de consumo relacionadas con la salud bucal	Cualitativa categórica	1 deficientes 2 aceptables 3 excelente	dependiente	Encuesta determinantes sociales de salud bucal
Identidad cultural, concepciones y valores relacionados con salud bucal	Nivel de Identidad cultural, concepciones y valores relacionados con salud bucal	Cualitativa categórica	1 escasas 2 Aceptables 3 excelentes	dependiente	Encuesta determinantes sociales de salud bucal
Conciencia organización y patrón de prácticas relacionados con salud bucal	Nivel de Conciencia organización y patrón de prácticas relacionados con salud bucal	Cualitativa categórica	1 escasas 2 Aceptables 3 excelentes	dependiente	Encuesta determinantes sociales de salud bucal
Estilos de vida y comportamientos relacionados con salud bucal	Nivel de Estilos de vida y comportamientos relacionados con salud bucal	Cualitativa categórica	1 escasas 2 Aceptables 3 excelentes	dependiente	Encuesta determinantes sociales de salud bucal
caries	**Caries**	Cuantitativa, Discreta	**Índice COP-D :**Número de dientes cariados Número de dientes obturados	Dependiente	Odontograma

			Número de dientes perdidos		
caries	**Caries**	Cualitativa ordinal	**Índice COP-D modificado (ICDAS)** Número de dientes con caries no cavitacional Número de dientes con caries cavitacional Número de dientes obturados Número de dientes perdidos	Dependiente	Formato ICDAS
Higiene bucal	**Índice de placa bacteriana IPB**	Cualitativa ordinal	**Índice placa bacteriana SILNESS Y LOE** 0- No hay placa 1-No hay placa a simple vista, hay que pasar la sonda. 2- Hay placa bacteriana a simple vista 3-Hay placa bacteriana a simple vista rodeando el diente, incluso por espacios interdentales. Puede haber cálculos.	Dependiente	Formato IPB

FACTOR DE RIESGO PARA PLACA	**Higiene bucal**	Cualitativa ordinal	0-20% Leve 21-40% moderado 41-100% severo	Dependiente	Formato IPB
Índice SILNESS Y LOE GINGIVAL	**Enfermedades periodontales**	Cualitativa ordinal	0= encía Normal 1= inflamación leve 2= inflamación moderada 3= inflamación grave 9= no aplica	Dependiente	Formato IG
FACTOR DE RIESG GINGIVAL		Cualitativa ordinal	0-20% Leve 21-40% moderado 41-100% severo	Dependiente	Formato IG
INDICE ENFERMEDAD PERIODOTAL		Cualitativa ordinal	**Código 0.** Periodonto Sano. **Código 1**. Gingivitis, No se observa la presencia de cálculo **Código 2**. Gingivitis, Existe presencia de cálculo supra gingival o sub gingival **Código 3**. Gingivitis de moderada a severa o Periodontitis leve. **Código 4**. Gingivitis severa o periodontitis moderada a severa. **Código 9**. No Registrado. Utilizado para indicar, en un	Dependiente	Formato CPITN

			determinado sextante, la presencia de las siguientes evidencias (las cuales deben de ser especificadas aparte: movilidad dentaria, afectación de la furca, retracciones gingivales superiores a los 3,0 mm y problemas mucogingivales.		
Índice **FLUROSIS DENTAL**		Cuantitativa, Discreta	**NORMAL: 0=** esmalte normal, liso, traslucido y cristalino de color uniforme. Estas características permanecen aún después del secado con aire prolongado. **CUESTIONABLE: 1=** Esmalte liso, traslucido y cristalino, con finas bandas horizontales de color blanquecino. **MUY LEVE: 2=** Esmalte liso, traslúcido y cristalino acompañado con gruesas líneas horizontales blanquecinas.	Dependiente	Índice TFI

			LEVE: 3= Esmalte liso, translúcido y cristalino. Acompañado por gruesas líneas opacas blanquecinas, con manchones de color amarillo y/o café (Es el típico esmalte moteado) **MODERADA: 4=** Toda la superficies tiene una marcada opacidad que varía del blanco opaco al gris, acompañada de vetas de color amarillo o café. Pudiendo aparecer partes desgatadas por atrición. **SEVERO:** **5=** Superficie totalmente opaca, con pérdida del esmalte en forma de cráter no mayor a 2 mm de diámetro. Las pigmentaciones suelen asentarse en el fondo del cráter y suele ser extrínseca **6=** Superficie blanca opaca con mayor		

			cantidad de cráteres. Los cráteres tienden a unirse formando bandas horizontales y/o verticales de esmalte faltante. Hay decoloración blanco / amarilla / café. **7=** Superficie totalmente blanca opaca con pérdida de superficie de esmalte en áreas irregulares, iniciando en el tercio incisal /oclusal menor al 50% de la superficie del esmalte **8=** Perdida de la superficie del esmalte que abarca más de un 50%. El remanente del esmalte es blanco opaco. Suele haber exposición de dentina con caries **9=** Perdida de la mayor parte de la superficie de esmalte. Dentina expuesta.		

Índice **OPACIDADES DEMARICDAS**	**Defectos del esmalte**	Cuantitativa, Discreta	**0**-sano **1** mancha blanca o marrón en esmalte seco **2** mancha blanca o marrón en esmalte húmedo **3** perdida superficial del esmalte **4** sombra subyacente **5** cavidad con dentina visible hasta el 50% **6** cavidad extensa más del 50% de la superficie dental	Dependiente	ICDAS
EDENTULISMO	Dientes perdidos por causas diferentes a caries	Cuantitativa ordinal	Numero de dientes perdidos	Independiente	Clasificación de Kennedy
CAUSA DE EDENTULISMO			Trauma Ortodoncia Caries Enfermedad periodontal Fracaso de tratamiento Anomalía de numero		

Total de dientes presentes en boca	**Numero de dientes en boca**	Cuantitativa ordinal	Numero de dientes en boca	independiente	Odontograma
tratamientos estéticos		**cualitativa**	Ortodoncia fija Carillas en resina Carillas en porcelana Coronas Coronas cerámicas Amalgamas por resina Blanqueamiento interno Blanqueamiento externo Gingivectomia Regularización de bordes Cierre de diastemas Incrustaciones en ceromeros Prótesis fija Prótesis parcial removible		Entrevista de selección.

7.5. PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCION DE INFORMACION, INSTRUMENTOS A UTILIZAR

Para realizar la recolección de la información se siguieron los siguientes pasos de manera sistemática:

PROCEDIMIENTO	DESCRIPCION	RESPONSABLE
Firma del Consentimiento informado	A los estudiantes seleccionados para el estudio se les hizo entrega del consentimiento informado, ellos tuvieron oportunidad de leer y formular los interrogantes que tenían. Los estudiantes investigadores del proyecto fueron los responsables de aclarar dichas dudas. Todos los participantes de la muestra diligenciaron dicho consentimiento. (Revisar anexo 1).	Estudiantes investigadores
Entrenamiento de encuestadores	Los docentes investigadores responsables de este estudio, realizaron entrenamiento previo a los estudiantes que hicieron parte de este proyecto, para que ellos aplicaran la encuesta de ACP a los sujetos de investigación que aceptaron participar en el estudio	docentes investigadores responsables de este estudio
Aplicación de encuestas	Los estudiantes investigadores implicaron la encuesta a los participantes en el estudio. (Revisar anexo 2). La primera versión de la encuesta fue elaborada conjuntamente con el asesor internacional, Dr. Jaime Breilh Paz y Miño, y luego sometida a consulta con varias personas con experiencia en el tema, hasta llegar a verificar que hubiese correspondencia entre la información que se podría recoger con el instrumento y los objetivos planteados en el estudio. Durante el desarrollo del estudio de la encuesta fue acompañada por asesores temáticos como Adriana Martínez y Cesar Abadía, acompañados por el DR, Breilh.Mas adelante se expone el contenido de la encuesta.	Estudiantes investigadores

Digitación de la información en base de datos	Los estudiantes investigadores digitaron la información recolectada en base de datos diseñada en programa SPSS versión 21.8	Estudiantes investigadores
Análisis de la información	Se realizaron análisis estadísticos descriptivos y posterior análisis multivariado por medio de modelos de regresión para asociación de variables.	docentes investigadores responsables de este estudio y estudiantes
Examen clínico: Paralelo a la aplicación de las encuestas se realizó examen clínico donde se diligenciaron los anexos mencionados a continuación, el protocolo para realizar estos exámenes él es que se adopta en las clínicas odontológicas de la Universidad Cooperativa de Colombia, que reposa en la historia clínica digital PANACEA. Previo al examen se realizó la calibración de los examinadores, tal como se describe más adelante.		
COP-D	Revisar anexo 6	ICDAS
COP-D MODIFICADO	Revisar anexo 6	ICDAS
INDICE DE PLACA BACTERIANA SILNESS Y LOE	Revisar anexo 5	IPB- SILNESS Y LOE
ÍNDICE GINGIVAL SILNESS Y LOE GINGIVAL	Revisar anexo 3	IG- SILNES Y LOE
ENFERMEDAD PERIODONTAL	Revisar anexo 4	TFI
ÍNDICE FLUROSIS DENTAL	Revisar anexo 7	INDICE DEAN
OPACIDADES DEMARCADAS	Revisar anexo 6	ICDAS
EDENTULISMO	Revisar anexo 7	CLASIFICACION E KENNEDY
TRATAMIENTOS ESTETIOS	Revisar anexo 2	ENTREVISTA

REGISTRO DE DATOS INDICE CPITIN	• Los molares se examinan en pares y solo se registra una calificación la + alta. • Solo se registra una calificación para cada sextante • Los dos molares en cada sextante posterior se aparean para la anotación, y de faltar uno no se realiza una sustitución. Si no existe en el sextante los dientes índices que ameriten el examen, se examina el resto de los dientes presentes en ese sextante y se anota la puntuación + alta como la correspondiente al sextante. • No se incluyen los dientes con exodoncia indicada.	ENTREVISTA
Análisis de la información	Se realizaron análisis estadísticos descriptivos y posterior análisis multivariado por medio de modelos de regresión para asociación de variables.	docentes investigadores responsables de este estudio y estudiantes

7.6. METODOS PARA EL CONTROL Y CALIDAD DE LOS DATOS

Para la realización de los exámenes clínicos se realizó calibración previa de los estudiantes, por expertos en cada uno de los índices a tomar, las calibraciones y la estandarización de conceptos estuvieron a cargo de los docentes de la universidad Cooperativa de Colombia, para índice ICDAS realizada por la doctora Johana Arias odontopediatra con un coeficiente kappa interexaminador 0,7, intraexaminador 0,72, para fluorosis la calibración estuvo a cargo de la doctora Inés Hernández con un coeficiente kappa interexaminador 0,73, intraexaminador 0,75 la estandarización de conceptos estuvo a cargo para índice Sliness y Loe y CPTIN por la doctora Cristina Leal periodoncista y en clasificación de Kennedy estuvo a cargo del doctor Francisco Nemocon.

7.7. ASPECTOS DE LA ENCUENSTA BAJO EL ENFOQUE DE LA DETERMINACION SOCIAL DE LA SALUD (ENSAB IV)

La encuesta está constituida por preguntas cerradas, se trata de preguntas claras, sencillas, precisas y comprensibles para los encuestados y se enfocaron a recolectar la información necesaria sobre las categorías teóricas y variables a medir, tal como3 se explica en la tabla.

Encuesta bajo el enfoque de la determinación social de la salud ENSAB IV

CODIGO DE MODULO	**MODULO**	**COMPONENTES**	**TOPICOS**
ENSAB EPI I	**INSERCION SOCIOCULTURAL**	**INSERCION SOCIAL**	Lugar que ocupan los sujetos en un sistema de producción, la actividad económica que desempeña y el oficio que realizan.
			Relación frente a los medios de producción: propiedad de los medios indispensables de producción.
			Papel que desempeña en la organización social del trabajo: jerarquía en el proceso de producción.
			Forma como se distribuye la riqueza generada por el proceso de producción
			Monto del ingreso al que tiene acceso
		Genero	
		Etnia	
		Condiciones del trabajo, estudio	Condiciones de la jornada laboral o de estudio y su relación con el cuidado bucal.

ENSABEPI II	**MODOS DE VIDA**	**o actividad cotidiana y su relación con la salud bucal.**	Tipos de trabajo, estudio o actividad cotidiana y su relación con la salud bucal.
			La salud bucal como determinante de relaciones interpersonales.
			La salud bucal como limitante de opciones laborales.
		Condiciones de consumo relacionadas con la salud bucal.	Tipo de afiliación al sistema de seguridad social en salud. (consumo ampliado)
			Educación (consumo ampliado)
			Acceso a programas de capacitación y vinculación a redes sociales (consumo ampliado)
			Ingreso y capacidad de consumo para la higiene bucal.
			Ingreso y capacidad de consumo pago de servicios odontológicos
			Patrones de alimentación diferenciales según género y edad (consumo simple)
			Acceso a los servicios de salud (consumo ampliado)
			Consumo de procedimientos odontológicos estéticos (blanqueamiento, etc.) (consumo ampliado).
			Satisfacción sobre estado de la dentadura.
		Identidad cultural	Concepción sobre la salud
			Concepción sobre el origen de los problemas de la salud bucal
			Valoración de la dentadura.

	MODOS DE VIDA	**concepciones y valores**	Importancia de la salud oral en relación con la salud general
			La boca como expresión de la salud
		Conciencia, organización y patrón de prácticas	Patrón de práctica personal de higiene bucal
			Conocimiento sobre conductas preventivas para la defensa de la salud bucal
			Concepción sobre el derecho a la salud.
			Reconocimiento del derecho a la atención odontológica como obligación de servicios públicos
			Conocimiento sobre mecanismos de reclamo sobre calidad de programas y servicios
			Conciencia sobre formas y valores de la participación en salud.
	ESTILOS DE VIDA Y COMPORTAMIENTOS	**Adultos**	Tabaquismo
			Alcohol
			Dolor
		Gestantes	Necesidad sentida de atención.
			Demanda y acceso a servicios
			Barreras de acceso a los servicios.

Las categorías teóricas y el modelo interpretativo propuesto por la aproximación al proceso de determinación social de la salud en el país , se retoman igualmente desde los trabajos del investigador Jaime Breikh y de la literatura que ha sido discutida en “ congresos regionales convocados por la Asociación Latinoamericana de medicina social ALAMEZ y que empiezan a sistematizarse por bases de datos internacionales como la del sistema Scielo y el programa de investigación sobre la

medicina social de América Latina coordinado por la universidad de nuevo México (breilh J y Tilleria Muñoz MY,2009). (55)

De acuerdo con la perspectiva teórica adoptada, se presentan a continuación las definiciones de los conceptos principales de cada uno de los módulos expuestos en la matriz del componente de determinación social

MODULO 1 INSERCION SOCIAL: La categoría inserción social se utiliza para operacionalizar la categoría teórica herramienta conceptual "clase social", que se define como "agregados humanos diferentes entre sí por el lugar que ocupan en un sistema de producción, por el papel que desempeñan en la organización del trabajo y por el modo y la proporción en que perciben la riqueza social de que disponen "(Breilh ,2009). De acuerdo con la organización en dominios jerárquicos, la inserción social hace parte del dominio general presentado en el referente teórico.

Las preguntas que conforman este módulo se retoman de instrumentos elaborados por Breilh y se ajustan, algunas de ellas, con el consentimiento del propio autor y del equipo investigador. En la tabla 6 presentan las preguntas y la forma de operacionalización de la variable inserción social.

Operacionalización de la variable inserción social

PREGUNTA	VARIABLE	SIGNIFICADO	CODIGO	CONTENIDO
111			1	Profesional o técnico que ejerce independientemente
			2	Empleado de empresa particular titulado (profesional o técnico).
			3	Empleado público titulado (profesional o técnico).

La ocupación principal del /a responsable económico es?	**Inserción local**	**Ocupación del responsable económico**	4	Empleado de empresa particular no titulado
			5	Empleado público no titulado.
			6	Artesano.
			7	Comerciante propietario de pequeño negocio.
			8	Propietario de empresa industrial, comercial o de servicios.
			9	Obrero o trabajador manual de empresa no propia.
			10	Jornalero o peón.
			11	Trabajador por cuenta propia no profesional ni técnico/empleada doméstica/ayudante familiar sin remuneración
			12	Jubilado.
			13	Militar o policía.
			14	Pequeño trabajador agrícola
			15	Rentista.
			15	Otra, ¿cuál?
			16	Ninguna (Desempleado).
			17	No sabe.
115. **¿El/la principal responsable**		**Relaciones de propiedad del**	A	Locales.
			B	Tierra.
			C	Máquina (vehículo).

económico es propietario/a de…?	**Inserción socia**	**responsable económico**	D	. Herramientas
			E	Mercancías.
			1	Nada
			2	No sabe.

PREGUNTA	**VARIABLE**	**SIGNIFICADO**	**CÓDIGO**	**CONTENIDO**
112 **¿Cuál es la función del Nombre del principal del/a responsable económico en su trabajo?**	**Inserción social**	**Grado de control del proceso de trabajo**	1	Hace el trabajo.
			2	Dirige y organiza el trabajo de otros.
			3	Hace y dirige el trabajo.
			4	No aplicable (fuera del proceso productivo)
113			1	Alquiler de propiedad
			2	Jornal diario o por semana
			3	Negocio particular.
			4	Pensión jubilar.
			5	Sueldo como empleado de empresa del sector público

¿Cuál es la fuente más importante de los ingresos del/a principal responsable económico?	**Inserción social**	**Fuente de ingresos más importante**	6	Sueldo como empleado de empresa del sector privado.
			7	Sueldo como obrero.
			8	Sueldo como trabajador del campo
			9	Sueldo como empleada doméstica.
			10	Ventas ambulantes.
			11	Honorarios por servicios.
			12	Donaciones de familiares u otras personas o entidades.
			13	Subsidio del gobierno.
			14	Limosna.
			15	Otra ¿Cuál?
			16	Ninguna (desempleado/a).
			17	No sabe.

MODULO II MODOS DE VIDA: Los modos de vida hacen referencia al conjunto de prácticas y significados cotidianos derivados de la identidad cultural, en este caso

en relación con la salud bucal, partiendo de la identificación de las condiciones de vida de las personas, entendidas estas como las condiciones materiales necesarias para la subsistencia: nivel educativo, nutrición, vivienda, estructura familia, condiciones de trabajo, todo ello en la esfera del consumo.

Es importante recordar que los modos de vida son reconstruidos continuamente por los sujetos, De acuerdo con sus posibilidades, dadas a su vez por dimensiones socio-históricas y por la pertenencia a determinada clase social. Por ello los modos de vida hacen parte del dominio intermedio. Las preguntas que contienen este módulo se ajustan a la propuesta de Breilh, muchas de ellas construidas con su participación, otras elaboradas por el equipo y avaladas por él y pocas se retoman del ENSAB lll

MODULO lll ESTILOS DE VIDA Y COMPORTAMIENTOS:

Identifica los comportamientos individuales que influyen en la situación de salud bucal de la población colombiana; por lo tanto es el modulo que se inscribe en el dominio singular o individual. Las preguntas de este módulo fueron elaboradas por el equipo investigador y el asesor que elaboro el protocolo.

MODULO IV DIRIGIDO A MUJERES GESTANTES:

Con el fin de conocer algunos aspectos relacionados con el acceso a los servicios y las oportunidades de atención de este grupo poblacional, las preguntas fueron construidas por el equipo investigador y sometidas a evaluación de expertos.

7.7.1. PROCEDIMIENTOS PARA GARANTIZAR ASPECTOS ETICOS EN LA INVESTIGACIONES.

El presente estudio cumplirá con lo establecido en la resolución 8430 de 1993 del ministerio de salud, por medio de la cual se reglamentan las investigaciones en

seres humanos. Según dicha resolución este estudio se clasifica como de riesgo mínimo.

Por otra parte y dentro de lo establecido por esta norma la participación de los participantes será voluntaria y los participantes autorizaran el uso de la información por medio de la firma del consentimiento informado adjunto (anexo)

7.8 PLAN DE ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Se realizó análisis descriptivo de la información utilizando medidas de resumen y de tendencia central para las variables cuantitativas, y distribución de frecuencias para las variables cualitativas.

Para la prueba de hipótesis se realizó análisis bivariado para verificar asociaciones.

8. RESULTADOS

8.1 ANÁLISIS DESCRIPTIVO EXAMEN BUCAL

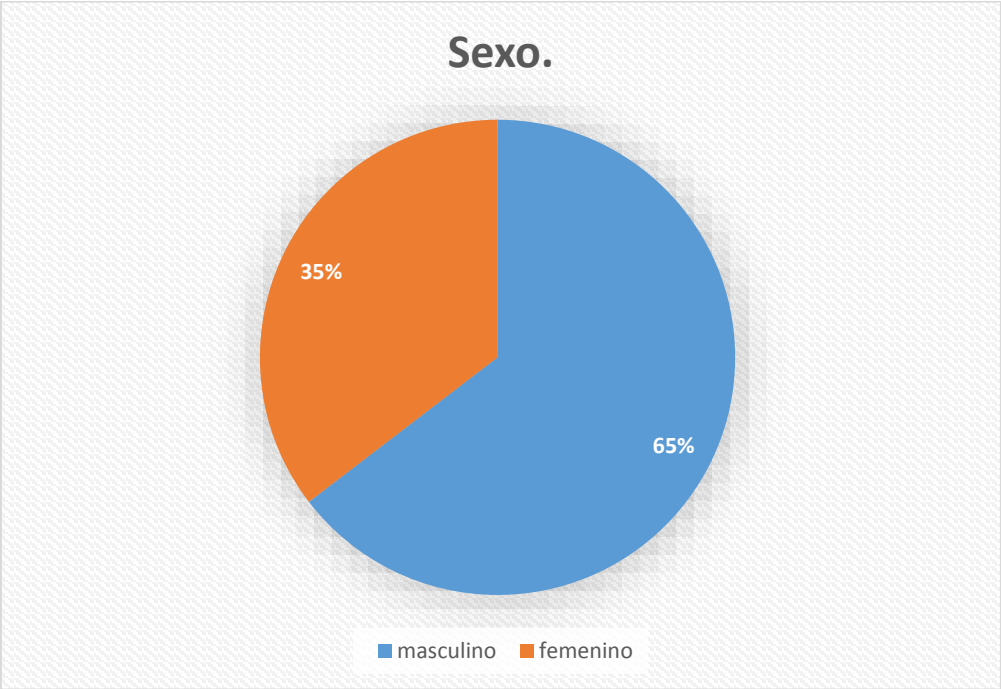
8.1.1 Sexo.

El 65% de la población a la cual se le realizó el estudio es de sexo masculino.

Tabla 1 Frecuencia sexo.

Sexo		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	Masculino	84	64,6	64,6	64,6
	Femenino	46	35,4	35,4	100,0
	Total	130	100,0	100,0	

Grafico 1 Distribución sexo.



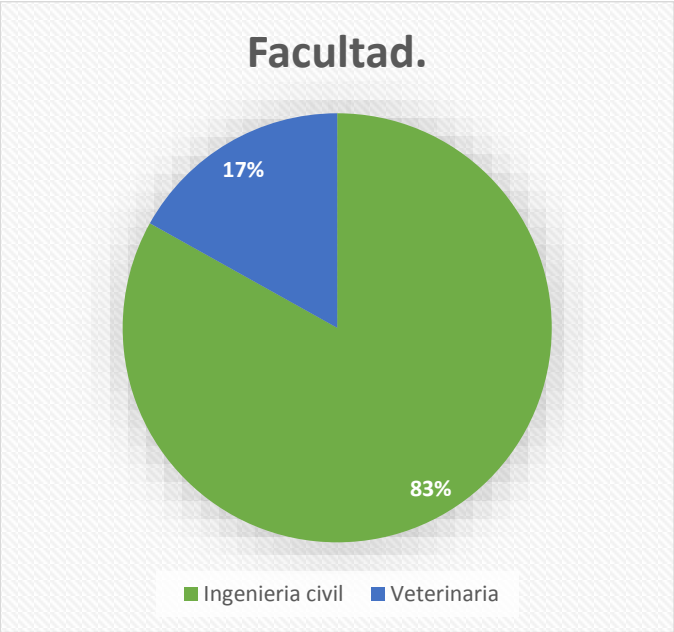
8.1.2 Facultad.

El 83% de la población a la cual se le realizó el estudio es de la facultad de ingeniería civil dado el tipo de muestreo estratificado a proporción según el número de estudiantes en cada programa, utilizado para el estudio macro.

Tabla 2 Frecuencia facultad.

Facultad		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	Ingeniería civil	108	83,1	83,1	83,1
	Veterinaria	22	16,9	16,9	100,0
	Total	130	100,0	100,0	

Grafico 2 Distribución facultad.



8.1.3 Edad.

El 20,8% de los estudiantes tenían 21 años, seguido del 14,6% con 19 años y el 9,2% con 24 años, con un promedio de edad de los estudiados de 22,3 años con una DS 4,4, un rango de 27, un mínimo de 16 y máximo de 43 años. La variable edad presento una distribución no normal según pruebas de normalidad. $p < 0,05$.

Tabla 3 Frecuencia edad.

Edad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
16	1	0,8	0,8	0,8
17	8	6,2	6,2	6,9
18	6	4,6	4,6	11,5
19	19	14,6	14,6	26,2
20	13	10,0	10,0	36,2
21	27	20,8	20,8	56,9
22	9	6,9	6,9	63,8
23	7	5,4	5,4	69,2
24	12	9,2	9,2	78,5
25	9	6,9	6,9	85,4
26	4	3,1	3,1	88,5
27	2	1,5	1,5	90,0
28	1	0,8	0,8	90,8
29	4	3,1	3,1	93,8
30	1	0,8	0,8	94,6
32	4	3,1	3,1	97,7
39	1	0,8	0,8	98,5
40	1	0,8	0,8	99,2
43	1	0,8	0,8	100,0
Total	130	100,0	100,0	

Tabla 4 Medidas tendencias central edad.

N	Válido	130
	Perdidos	0
Media		22,32
Mediana		21,00
Moda		21
Desviación estándar		4,462
Varianza		19,910
Rango		27
Mínimo		16
Máximo		43
Percentiles	25	19,00
	50	21,00
	75	24,00

Grafico 3 Distribución medidas de tendencia central edad.

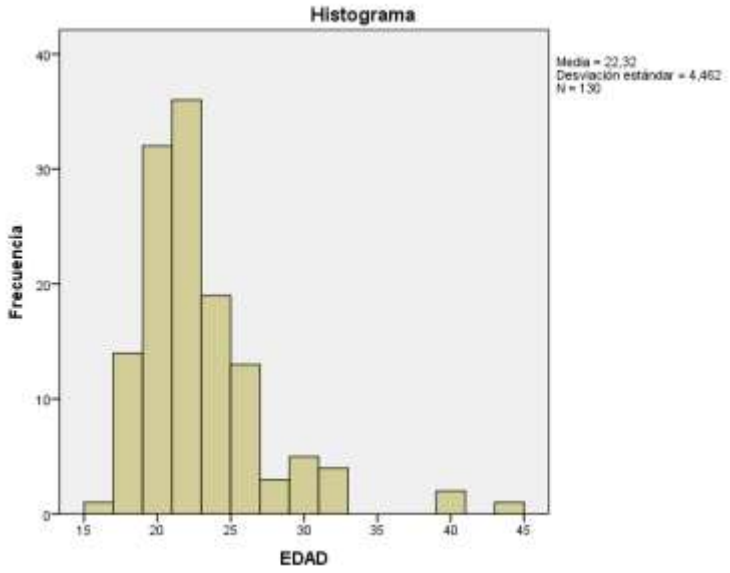


Tabla 5 Pruebas de normalidad.

	Kolmogorov-Smirnov[a]			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
EDAD	,186	130	,000	,832	130	,000

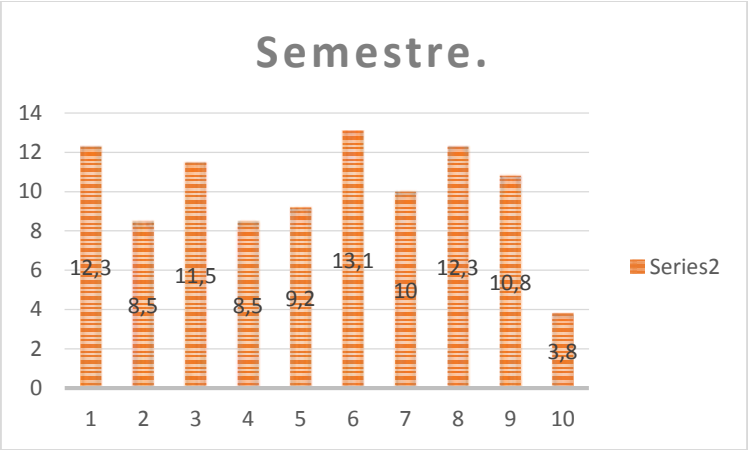
8.1.4 Semestre.

El 13,1% de los estudiantes se encuentra en sexto semestre, el 12,3% de los estudiantes se encuentra en primer y octavo semestre. Esta distribución obedece, a la proporción dada por el muestreo utilizado.

Tabla 6 Frecuencia semestre.

Semestre	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1	16	12,3	12,3	12,3
2	11	8,5	8,5	20,8
3	15	11,5	11,5	32,3
4	11	8,5	8,5	40,8
5	12	9,2	9,2	50,0
6	17	13,1	13,1	63,1
7	13	10,0	10,0	73,1
8	16	12,3	12,3	85,4
9	14	10,8	10,8	96,2
10	5	3,8	3,8	100,0
Total	130	100,0	100,0	

Grafico 4 Distribución semestre.



8.1.5 Puntaje Índice Silness y Loe gingival.

El 13,8% de los estudiantes tenía un puntaje de 0.1, el 10,0% de los estudiantes tiene un puntaje de 0,2, el 42,3 % de los estudiantes tiene un puntaje de 0. El puntaje promedio del índice Silness y Loe gingival en los estudiados fue de 0,21 con una DS 0,29, con un mínimo de 0,0 y máximo de 1.6.

Tabla 7 Frecuencia puntaje Silness y Loe gingival.

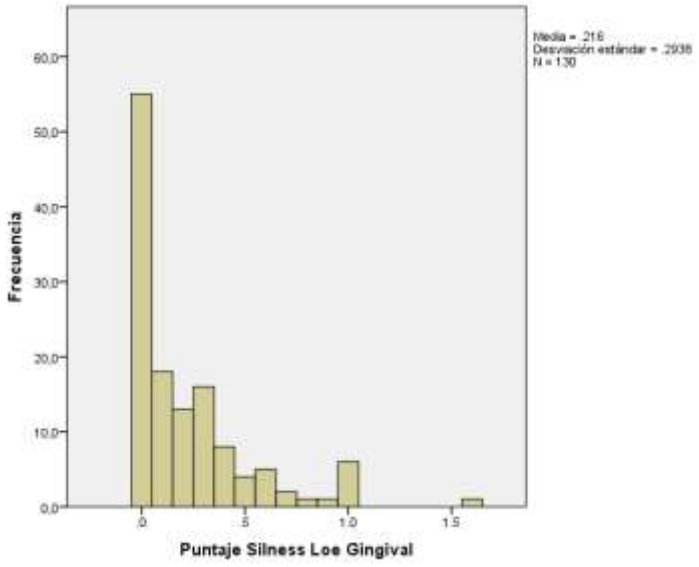
Puntaje gingival	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
0.0	55	42,3	42,3	42,3
0.1	18	13,8	13,8	56,2
0.2	13	10,0	10,0	66,2
0.3	16	12,3	12,3	78,5
0.4	8	6,2	6,2	84,6
0.5	4	3,1	3,1	87,7
0.6	5	3,8	3,8	91,5
0.7	2	1,5	1,5	93,1
0.8	1	0,8	0,8	93,8

0.9	1	0,8	0,8	94,6
1.0	6	4,6	4,6	99,2
1.6	1	0,8	0,8	100,0
Total	130	100,0	100,0	

Tabla 8 Medidas de tendencia central Silness y Loe gingival.

Estadísticos		Puntaje índice Silness y Loe gingival
N	Válido	130
	Perdidos	0
Media		0.216
Mediana		0.100
Moda		0.0
Desviación estándar		0.2938
Mínimo		0.0
Máximo		1.6

Grafico 5 Distribución puntaje Silness y Loe gingival.



8.1.6 Puntaje Índice Silness y Loe Placa.

El 16,2% de los estudiantes tenía un puntaje de 0.4, el 13,8% de los estudiantes tiene un puntaje de 0,3, el 10,0 % de los estudiantes tiene un puntaje de 0.6. con un promedio del índice Silness y Loe placa de 0,53 con una DS 0,43, con un mínimo de 0,0 y máximo de 1.8.

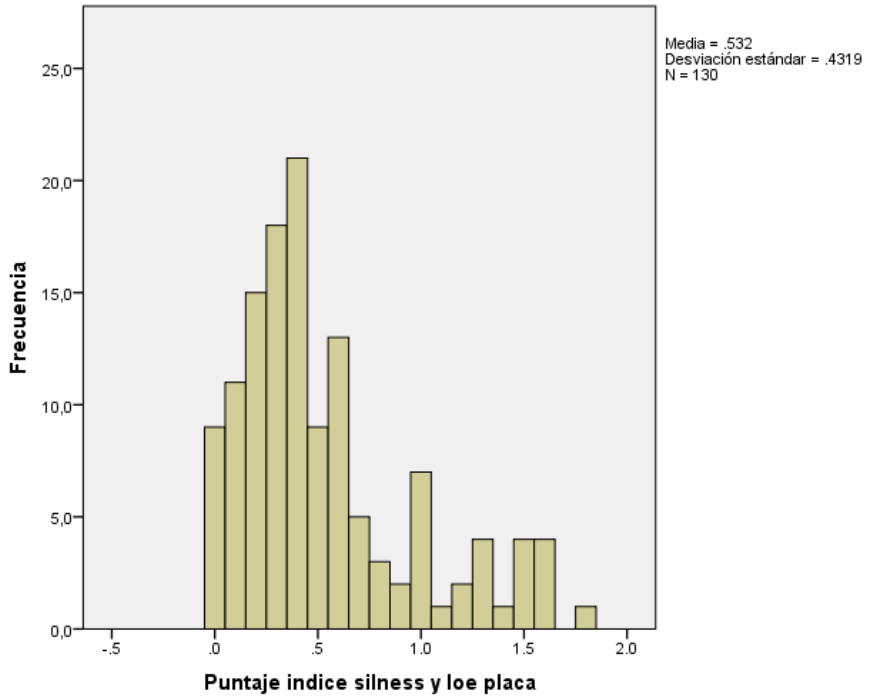
Tabla 9 Frecuencia puntaje Silness y Loe placa.

Puntaje placa	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
0.0	9	6,9	6,9	6,9
0.1	11	8,5	8,5	15,4
0.2	15	11,5	11,5	26,9
0.3	18	13,8	13,8	40,8
0.4	21	16,2	16,2	56,9
0.5	9	6,9	6,9	63,8
0.6	13	10,0	10,0	73,8
0.7	5	3,8	3,8	77,7
0.8	3	2,3	2,3	80,0
0.9	2	1,5	1,5	81,5
1.0	7	5,4	5,4	86,9
1.1	1	0,8	0,8	87,7
1.2	2	1,5	1,5	89,2
1.3	4	3,1	3,1	92,3
1.4	1	0,8	0,8	93,1
1.5	4	3,1	3,1	96,2
1.6	4	3,1	3,1	99,2
1.8	1	0,8	0,8	100,0
Total	130	100,0	100,0	

Tabla 10 Medidas de tendencia central Silness y Loe placa

Estadísticos		Puntaje índice Silness y Loe placa
N	Válido	130
	Perdidos	0
Media		0.532
Mediana		0.400
Moda		0.4
Desviación estándar		0.4319
Mínimo		0.0
Máximo		1.8

Grafico 6 Distribución puntaje Silness y Loe placa.



8.1.7 Pruebas Normalidad índice SL gingival y de placa.

En la tabla se relacionan las variables puntaje de SL gingival y de placa tienen una distribución no normal *p*< 0,05.

Tabla 11 Pruebas de normalidad.

	Kolmogorov-Smirnov[a]			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Puntaje Silness Loe Gingival	0,231	130	0,000	0,749	130	,000
Puntaje indice Silness y Loe placa	0,190	130	0,000	0,878	130	,000

a. Corrección de significación de Lilliefors.

8.1.8 Frecuencia, porcentaje Silness y Loe gingival.

El 13,8% de los estudiantes tiene un porcentaje de 3%, el 12,3% de los estudiantes tiene un porcentaje de10%, el 10,0 % de los estudiantes tiene un porcentaje de 7%.

Tabla 12 Frecuencia, porcentaje Silness y Loe gingival.

Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
0	55	42,3	42,3	42,3
3	18	13,8	13,8	56,2
7	13	10,0	10,0	66,2
10	16	12,3	12,3	78,5
13	8	6,2	6,2	84,6
15	1	0,8	0,8	85,4
17	3	2,3	2,3	87,7
20	5	3,8	3,8	91,5
23	2	1,5	1,5	93,1
27	1	0,8	0,8	93,8
30	1	0,8	0,8	94,6

33	6	4,6	4,6	99,2
53	1	0,8	0,8	100,0
Total	130	100,0	100,0	

8.1.9 Frecuencia, porcentaje Silness y Loe Placa.

El 16,2% de los estudiantes tiene un porcentaje de 13%, el 13,8% de los estudiantes tiene un porcentaje de10%, el 11,5 % de los estudiantes tiene un porcentaje de 7%.

Tabla 13 Frecuencia, porcentaje Silness y Loe placa.

Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
0	9	6,9	6,9	6,9
3	11	8,5	8,5	15,4
7	15	11,5	11,5	26,9
10	18	13,8	13,8	40,8
13	21	16,2	16,2	56,9
17	9	6,9	6,9	63,8
20	13	10,0	10,0	73,8
23	5	3,8	3,8	77,7
27	3	2,3	2,3	80,0
30	2	1,5	1,5	81,5
33	7	5,4	5,4	86,9
37	1	0,8	0,8	87,7
40	2	1,5	1,5	89,2
43	4	3,1	3,1	92,3
47	1	0,8	0,8	93,1
50	4	3,1	3,1	96,2
53	4	3,1	3,1	99,2
60	1	0,8	0,8	100,0
Total	130	100,0	100,0	

8.1.10 Factor de Riesgo del índice Silness y loe gingival y de placa.

El factor de riesgo bajo del índice Silness y loe gingival presento una frecuencia del 92,3%. El factor de riesgo bajo del índice Silness y loe de placa, presento una frecuencia del 73,8%.

Tabla 14 Frecuencia factor de riesgo Silness y Loe gingival.

Factor de riesgo gingival	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Bajo	120	92,3	92,3	92,3
Medio	1	0,8	0,8	93,1
Alto	9	6,9	6,9	100
Total	130	100	100	

Grafico 7 Distribución factor de riesgo Silness y Loe gingival.

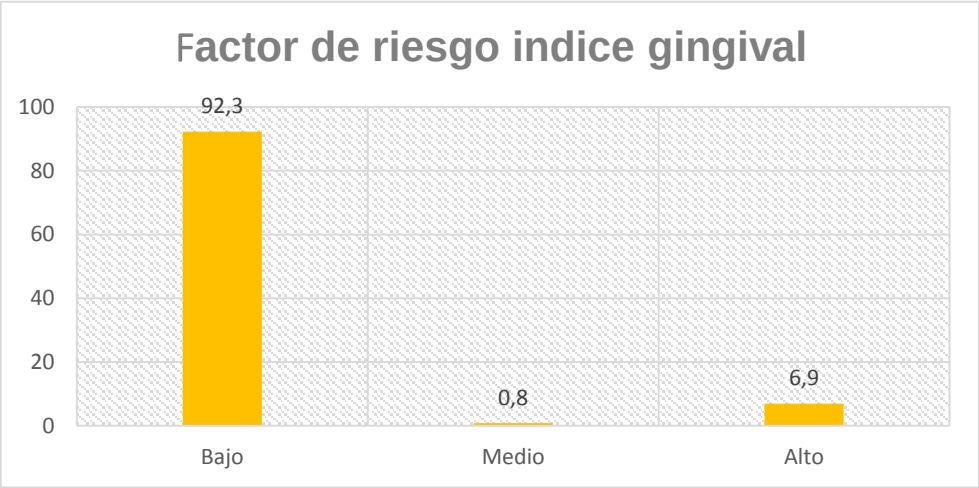
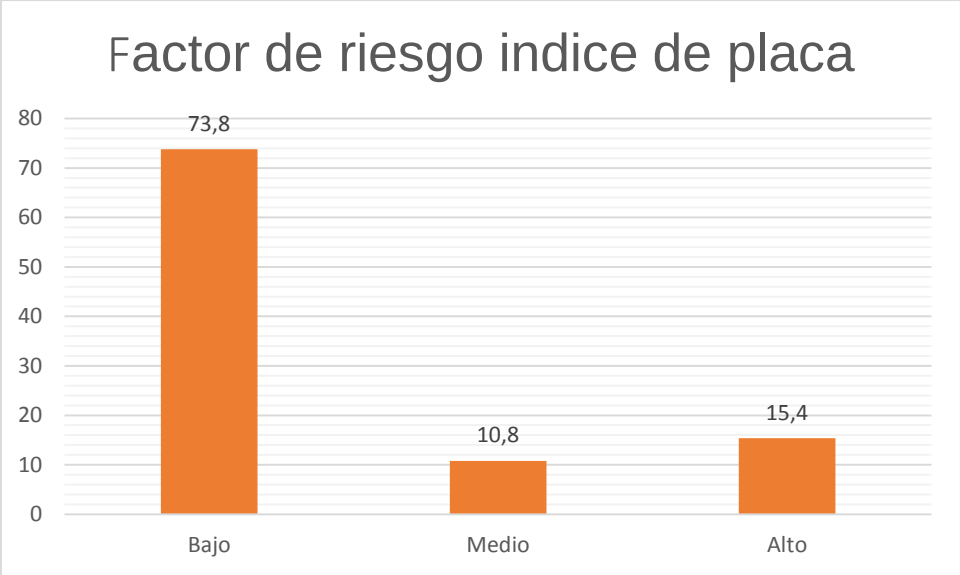


Tabla 15 Frecuencia factor de riesgo Silness y Loe placa.

Factor de riesgo placa	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Bajo	96	73,8	73,8	73,8
Medio	14	10,8	10,8	84,6

Alto	20	15,4	15,4	100
Total	130	100	100,0	

Grafico 8 Distribución factor de riesgo Silness y Loe placa.



8.1.11 Frecuencia CPTIN por cuadrantes.

Tabla 16 frecuencia CPTIN cuadrante S1

CPTIN S1	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
0 Sano	76	58,5	58,5	58,5
1 Sangrado al sondaje	35	26,9	26,9	85,4
3 Bolsa de 4 a 5 mm	17	13,1	13,1	98,5
4 Bolsa de más de 6mm	2	1,5	1,5	100,0
Total	130	100,0	100,0	

En cuanto al índice CPTIN en el cuadrante (S1) el de mayor frecuencia fue el código 0- (sano) con un 58,5%, seguido del código 1- (sangrado al sondaje) con un 26,9%.

Tabla 17 frecuencia CPTIN cuadrante S2

CPTIN S2	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
0- Sano	98	75,4	75,4	75,4
1- Sangrado al sondaje	32	24,6	24,6	100,0
Total	130	100,0	100,0	

En cuanto al índice CPTIN en el cuadrante S2 el de mayor frecuencia fue el código 0- (sano) con un 75,4%, y el código 1- (sangrado al sondaje) con un 24,6%.

Tabla 18 frecuencia CPTIN cuadrante S3

CPTIN S3	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
0 Sano	108	83,1	83,1	83,1
1 Sangrado al sondaje	17	13,1	13,1	96,2
3 Bolsa de 4 a 5 mm	5	3,8	3,8	100,0
Total	13	100,0	100,0	

En cuanto al índice CPTIN en el cuadrante S3 el de mayor frecuencia fue el código 0- (sano) con un 83,1% y el código 1- (sangrado al sondaje) con un 13,1%.

Tabla 19 frecuencia CPTIN cuadrante S4

CPTIN S4	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
0- Sano	99	76,2	76,2	76,2
1- Sangrado al sondaje	25	19,2	19,2	95,4
2- Cálculos y obturaciones desadaptadas	1	0,8	0,8	96,2
3- bolsa de 4 a 5 mm	5	3,8	3,8	100,0
Total	130	100,0	100,0	

En cuanto al índice CPTIN en el cuadrante S4 el de mayor frecuencia fue el código 0- (sano) con un 76,2% y el código 1- (sangrado al sondaje) con un 19,2%.

Tabla 20 frecuencia CPTIN cuadrante S5

CPTIN S5	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
0- Sano	95	73,1	73,1	73,1
1- Sangrado al sondaje	35	26,9	26,9	100,0
Total	130	100,0	100,0	

En cuanto al índice CPTIN en el cuadrante S5 el de mayor frecuencia fue el código 0- (sano) con un 73,1% y el código 1- (sangrado al sondaje) con un 26,9%.

Tabla 21 frecuencia CPTIN cuadrante S6

CPTIN S6	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
0 Sano	91	70,0	70,0	70,0
1 Sangrado al sondaje	34	26,2	26,2	96,2
3 Bolsa de 4 a 5 mm	5	3,8	3,8	100,0
Total	130	100,0	100,0	

En cuanto al índice CPTIN en el cuadrante S6 el de mayor frecuencia fue el código 0- (sano) con un 70,0% y el código 1- (sangrado al sondaje) con un 26,2%.

8.1.12 Enfermedad Periodontal.

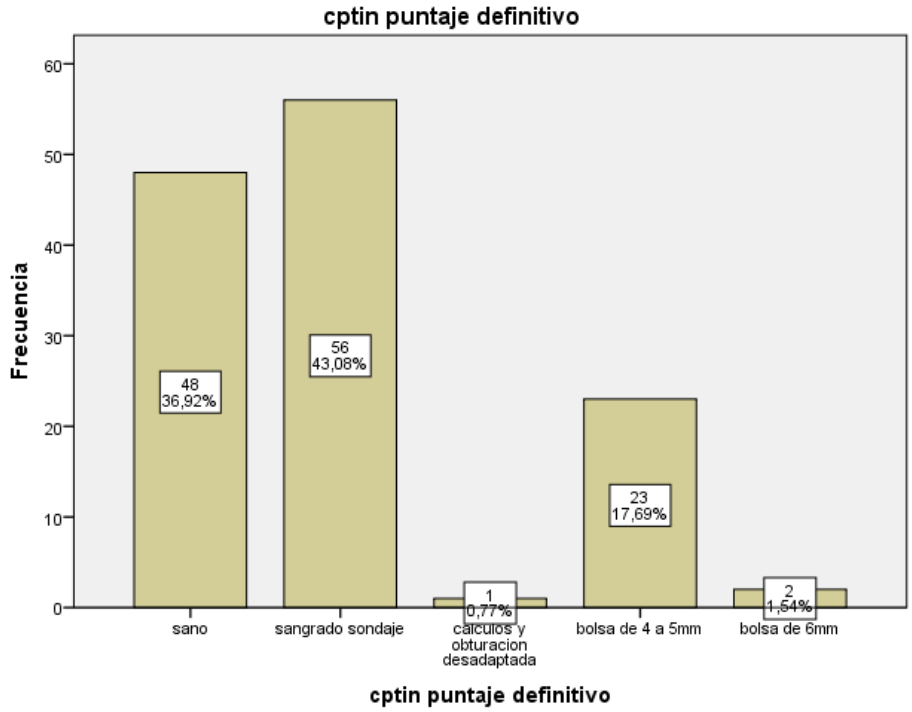
En cuanto al índice CPTIN y los factores relacionados a enfermedad, fue más frecuente el código 1- sangrado al sondaje con un 43,08%, seguido del código 0- sano con un 36,9%, seguido del código 3- bolsa de 4 a 5 mm con un 17,7%.

Tabla 22 frecuencia enfermedad periodontal, puntaje definitivo CPTIN.

La prevalencia de enfermedad periodontal tomando índices de CPTIN≥1 es de 63%.

CPTIN puntaje definitivo	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
sano	48	36,9	36,9	36,9
sangrado sondaje	56	43,1	43,1	80,0
cálculos y obturaciones desadaptada	1	0,8	,8	80,8
bolsa de 4 a 5mm	23	17,7	17,7	98,5
bolsa de 6mm	2	1,5	1,5	100,0
Total	130	100,0	100,0	

Grafico 9 Distribución enfermedad periodontal, CPTIN puntaje definitivo.



8.1.13 Numero de dientes en Boca.

El 45,4%, de las personas a las cuales se les realizo el estudio presentan 28 dientes en boca con seguido de las presencia de 30 dientes en boca en un 15,4%. –con una media 28,95, mediana 28,95, moda: 28 y desviación estándar 1,782%.

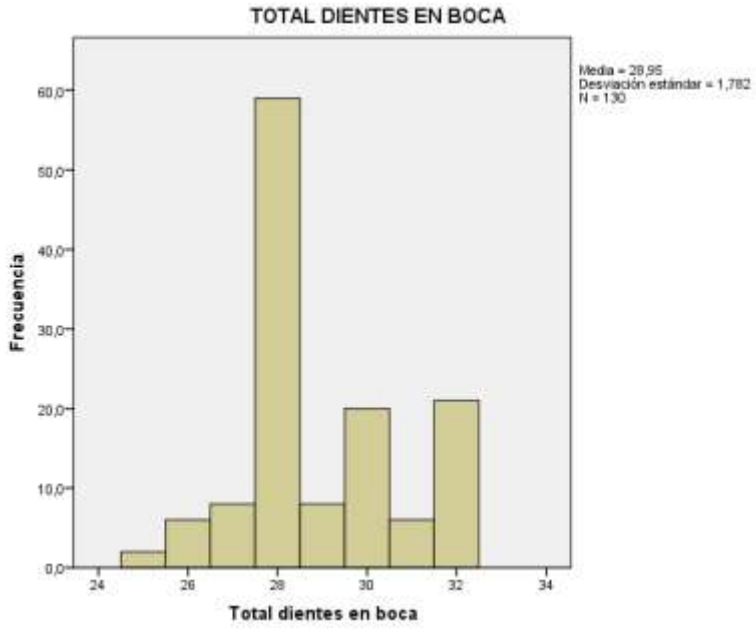
Tabla 23 Frecuencia total dientes en boca.

Total dientes en boca	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
25	2	1,5	1,5	1,5
26	6	4,6	4,6	6,2
27	8	6,2	6,2	12,3
28	59	45,4	45,4	57,7
29	8	6,2	6,2	63,8
30	20	15,4	15,4	79,2
31	6	4,6	4,6	83,8
32	21	16,2	16,2	100,0
Total	130	100,0	100,0	

Tabla 24 medidas de tendencia central total dientes en boca.

N	Válido	130
	Perdidos	0
Media		28,95
Mediana		28,00
Moda		28
Desviación estándar		1,782
Mínimo		25
Máximo		32

Grafico 10 Distribución total dientes en boca.



8.1.14 Caries Dental: Frecuencias de Códigos ICDAS por superficies.

La superficie que presento mayor número de lesiones cariosas fue la superficie OCLUSAL con un promedio de 1,79 (Ds: 2,19).

Tabla 25 Medidas de tendencia central ICDAS superficie mesial.

		Numero de dientes ICDAS Código 0 mesial	Numero de dientes ICDAS código caries 1 mesial	Numero de dientes ICDAS código caries 2 mesial	Numero de dientes ICDAS código caries 3 mesial	Numero de dientes ICDAS código caries 4 mesial	Numero de dientes ICDAS código caries 5 mesial	Numero de dientes ICDAS código caries 6 mesial
N	Válido	130	130	130	130	130	130	130
	Perdidos	0	0	0	0	0	0	0
Media		28,85	0,01	0,02	0,02	0,00	0,00	0,05
Mediana		28,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Moda	28	0	0	0	0	0	0
Desviación estándar	1,818	0,088	0,151	0,124	0,000	0,000	0,245
Mínimo	24	0	0	0	0	0	0
Máximo	32	1	1	1	0	0	2

El código de ICDAS más alto por la superficie mesial fue el 6 con un promedio de 0,05± 0,24 superficies mesiales afectada con un mínimo de 0 y un máximo de 2 superficies mesiales código 6. El código ICDAS con promedio más alto para esta superficie fue el 0 (sano) con 28,85 dientes.

Tabla 26 Medidas de tendencia central ICDAS superficie oclusal.

		Numero de dientes ICDAS caries código 0 oclusal	**Numero de dientes ICDAS código caries 1 oclusal**	**Numero de dientes ICDAS código caries 2 oclusal**	**Numero de dientes ICDAS código caries 3 oclusal**	**Numero de dientes ICDAS código caries 4 oclusal**	**Numero de dientes ICDAS código caries 5 oclusal**	**Numero de dientes ICDAS código caries 6 oclusal**
N	Válido	130	130	130	130	130	130	130
	Perdidos	0	0	0	0	0	0	0
Media		25,54	1,05	1,79	0,18	0,01	0,05	0,05
Mediana		26,00	1,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Moda		27	0	0	0	0	0	0
Desviación estándar		2,711	1,305	2,191	0,479	0,088	0,245	0,245
Mínimo		15	0	0	0	0	0	0
Máximo		32	6	13	2	1	2	2

El promedio más alto de lesiones por caries en la superficie oclusal fue de 1,79 ±2,19 lesiones con ICDAS 2, con un mínimo de 0 y un máximo de 13 dientes con este código. Para el código 0 se presentó un promedio de 25,5 dientes.

Tabla 27 Medidas de tendencia central ICDAS superficie distal.

		Numero de dientes ICDAS codigo 0 distal	Numero de dientes ICDAS código caries 1 distal	Numero de dientes ICDAS código caries 2 distal	Numero de dientes ICDAS código caries 3 distal	Numero de dientes ICDAS código caries 4 distal	Numero de dientes ICDAS código caries 5 distal	Numero de dientes ICDAS código caries 6 distal
N	Válido	130	130	130	130	130	130	130
	Perdidos	0	0	0	0	0	0	0
Media		28,78	0,02	0,02	0,03	0,00	0,01	0,04
Mediana		28,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Moda		28	0	0	0	0	0	0
Desviación estándar		1,821	0,124	0,124	0,173	0,000	0,088	0,193
Mínimo		24	0	0	0	0	0	0
Máximo		32	1	1	1	0	1	1

El promedio más alto de lesiones por caries en superficie distal, fue de 0,04 ±0,19 para el código ICDAS 6 con un mínimo de 0 y un máximo de 1 dientes con este código. El promedio de dientes para el código 0 fue de 28,7 en la superficie distal.

Tabla 28 Medidas de tendencia central ICDAS superficie vestibular.

		Numero de dientes ICDAS código caries 0 vestibular	Numero de dientes ICDAS código caries 1 vestibular	Numero de dientes ICDAS código caries 2 vestibular	Numero de dientes ICDAS código caries 3 vestibular	Numero de dientes ICDAS código caries 4 vestibular	Numero de dientes ICDAS código caries 5 vestibular	Numero de dientes ICDAS código caries 6 vestibular
N	Válido	130	130	130	130	130	130	130
	Perdidos	0	0	0	0	0	0	0
Media		28,02	0,27	0,35	0,18	0,02	0,02	0,02
Mediana		28,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Moda		28	0	0	0	0	0	0

Desviación estándar	1,998	0,568	0,804	0,724	0,196	0,124	0,124
Mínimo	20	0	0	0	0	0	0
Máximo	32	2	5	7	2	1	1

El promedio más alto de lesiones por caries en superficie vestibular fue de 0,35 ±0,80 lesiones con ICDAS 2 con un mínimo de 0 y un máximo de 5. Se presentó un promedio de 28,02 dientes con ICDAS 0.

Tabla 29 medidas de tendencia central ICDAS superficie palatina.

		Numero de dientes ICDAS 0 palatino	**Numero de dientes ICDAS código caries 1 palatino**	**Numero de dientes ICDAS código caries 2 palatino**	**Numero de dientes ICDAS código caries 3 palatino**	**Numero de dientes ICDAS código caries 4 palatino**	**Numero de dientes ICDAS código caries 5 palatino**	**Numero de dientes ICDAS código caries 6 palatino**
N	Válido	130	130	130	130	130	130	130
	Perdidos	0	0	0	0	0	0	0
Media		28,01	0,40	0,40	0,07	0,01	0,02	0,05
Mediana		28,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Moda		28	0	0	0	0	0	0
Desviación estándar		2,126	0,886	0,822	0,469	0,088	0,124	0,245
Mínimo		19	0	0	0	0	0	0
Máximo		32	5	4	5	1	1	2

El promedio más alto de lesiones por superficie palatina fue de 0,40±0,88 lesiones con ICDAS 1 y 2 con un mínimo de 0 y un máximo de 5.

Tabla 30 Resumen de medidas de tendencia central de ICDAS por superficies.

	MESIAL		OCLUSAL		DISTAL		VESTIBULAR		PALATINA	
CODI	**MEDIA**	**DESVIACION ESTANDAR**	**MEDIA**	**DESVIACION ESTANDAR**	**MEDIA**	**DESVIACION ESTANDAR**	**MEDIA**	**DESVIACION ESTANDAR**	**MEDIA**	**DESVIACION ESTANDAR**
0	28,85	1,818	25,54	2,711	28,78	1,821	28,02	1,998	28,01	2,126
1	0,01	0,088	1,05	1,305	0,02	0,124	0,27	0,568	0,40	0,886
2	0,02	0,151	1,79	2,191	0,02	0,124	0,35	0,804	0,40	0,822
3	0,02	0,124	0,18	0,479	0,03	0,173	0,18	0,724	0,07	0,469
4	0,00	0,000	0,01	0,088	0,00	0,000	0,02	0,196	0,01	0,088
5	0,00	0,000	0,05	0,245	0,01	0,088	0,02	0,124	0,02	0,124
6	0,05	0,245	0,05	0,245	0,04	0,193	0,02	0,124	0,05	0,245

8.1.15 Caries Dental: Frecuencias de Códigos ICDAS por Dientes.

Tomando el código ICDAS más alto presentado en todas las superficies de toma como el índice definitivo por diente; así, el de mayor frecuencia fue el código 2 con un promedio de 2,12 ± 2,44 dientes, con un mínimo de 0 y un máximo de 13 dientes con este código, seguido del código 1 con un promedio de 1,52 ± 1,73 con un mínimo de 0 y un máximo de 7 dientes con este último código.

La prevalencia de caries con códigos ICDAS 1-6 es de 89,2%.

Tabla 31 Medidas de tendencia central ICDAS definitivo por diente.

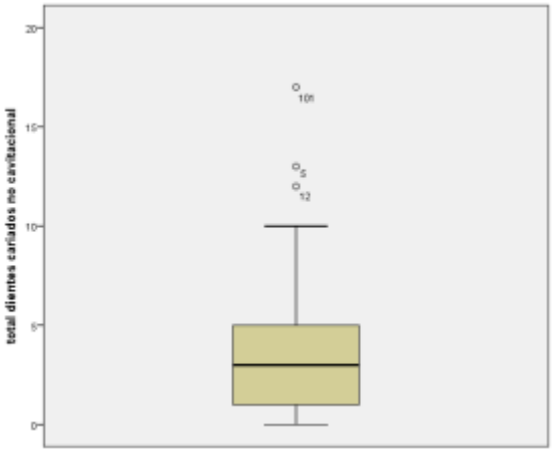
		total dientes ICDAS 0	**total dientes ICDAS 1**	**total dientes ICDAS 2**	**total dientes ICDAS 3**	**total dientes ICDAS 4**	**total dientes ICDAS 5**	**total dientes ICDAS 6**
N	Válido	130	130	130	130	130	130	130
	Perdidos	0	0	0	0	0	0	0
Media		24,30	1,52	2,12	0,41	0,04	0,05	0,07
Mediana		25,00	1,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Moda		25	0	0	0	0	0	0

Desviación estándar	3,237	1,735	2,448	0,921	0,261	0,245	0,310
Mínimo	14	0	0	0	0	0	0
Máximo	32	7	13	7	2	2	2

Tabla 32 Medidas de tendencia central de total dientes cariados con códigos ICDAS no cavitacional (ICDAS 1 y 2).

N	Válido	130
	Perdidos	0
Media		3,64
Mediana		3,00
Moda		3
Desviación estándar		3,088
Mínimo		0
Máximo		17

Grafico 11 Distribución total dientes cariados no cavitacional (ICDAS 1 y 2).

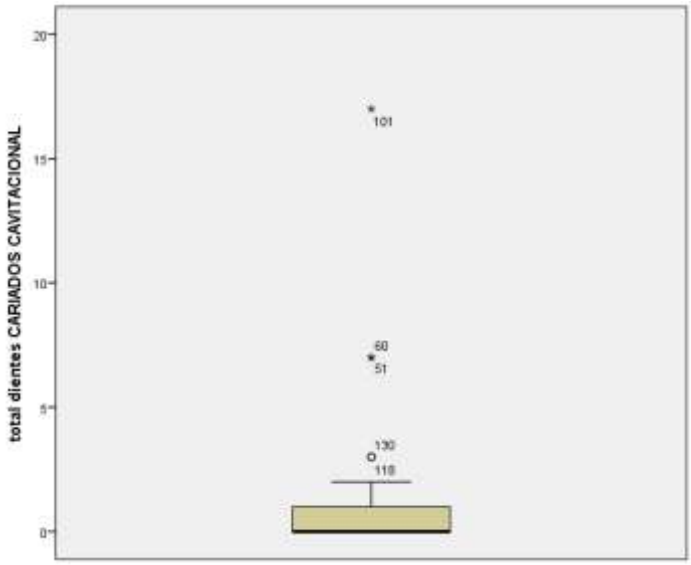


El 16,9% de los individuos de estudio presentan 4 dientes con caries no cavitacional, seguido del 16,2% que presentan solo 1 diente con esta clasificación, con una media: 3,64, mediana: 3,0, y una desviación estándar: 3,08. Dientes con caries no cavitacional.

Tabla 33 Medidas de tendencia central total dientes cariados cavitacional (ICDAS 3-6).

N	Válido	130
	Perdidos	0
Media		0,69
Mediana		0,00
Moda		0
Desviación estándar		1,804
Mínimo		0
Máximo		17

Grafico 12 Distribución total dientes cariados cavitacional (ICDAS 3-6).



El 64,6 % presentan 0 dientes con caries cavitacional, seguido del 22,3% que presentan solo 1 diente con caries cavitacional, con una media: 0,69, mediana 0,00, y desviación estándar de 1,804.

Tabla 34 Medidas de tendencia central para total de dientes cariados según criterios modificados (ICDAS 1-6).

N	Válido	130
	Perdidos	0
Media		4,17
Mediana		4,00
Moda		5
Desviación estándar		3,206
Mínimo		0
Máximo		16

Grafico 13 Distribución total dientes cariados criterios ICDAS modificados (ICDAS 1-6)

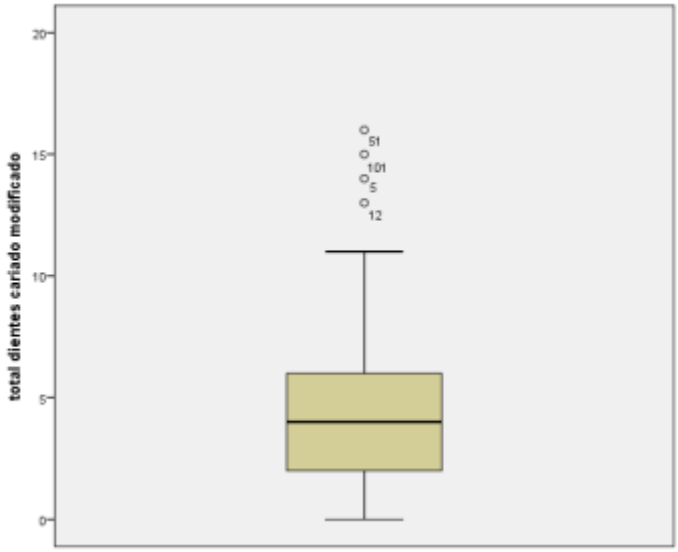


Tabla 35 Frecuencia total dientes cariados criterios ICDAS modificados (ICDAS 1-6)

Dientes.	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
0	14	10,8	10,8	10,8
1	16	12,3	12,3	23,1
2	14	10,8	10,8	33,8
3	17	13,1	13,1	46,9
4	12	9,2	9,2	56,2
5	19	14,6	14,6	70,8
6	13	10,0	10,0	80,8
7	12	9,2	9,2	90,0
8	2	1,5	1,5	91,5
9	3	2,3	2,3	93,8
10	3	2,3	2,3	96,2
11	1	0,8	0,8	96,9
13	1	0,8	0,8	97,7
14	1	0,8	0,8	98,5
15	1	0,8	0,8	99,2
16	1	0,8	0,8	100,0
Total	130	100,0	100,0	

El 14,6% presentan 5 dientes cariados (ICDAS 1-6), seguido del 13,1% que presentan solo 3 dientes cariados con estos códigos, con una media: 4,17, mediana 4,0, y una desviación estándar de 3,206.

8.1.16 Restauraciones dentales.

A continuación se describen las frecuencias de distribución de los códigos ICDAS para restauraciones por superficie, donde se evidencia que la superficie que

presento mayor número de restauraciones fue la OCLUSAL. El código de restauración más frecuente fue el 3 en la superficie oclusal. En promedio los individuos del estudio tenían 3,1 ± 3,4 dientes con obturaciones. Solo un apersona = 0,8% tenía restauraciones de porcelana.

Tabla 36 Medidas de tendencia central código de restauración por superficie mesial.

	Numero de dientes ICDAS código restauración 1 mesial	**Numero de dientes ICDAS código restauración 2 mesial**	**Numero de dientes ICDAS código restauración 3 mesial**	**Numero de dientes ICDAS código restauración 4 mesial**	**Numero de dientes ICDAS código restauración 5 mesial**	**Numero de dientes ICDAS código restauración 6 mesial**	**Numero de dientes ICDAS código restauración 7 mesial**	**Numero de dientes ICDAS código restauración 8 mesial**
N Válido	130	130	130	130	130	130	130	130
Perdidos	0	0	0	0	0	0	0	0
Media	0,00	0,00	0,25	0,04	0,00	0,02	0,00	0,01
Mediana	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Moda	0	0	0	0	0	0	0	0
Desviación estándar	0,000	0,000	0,817	0,193	0,000	0,263	0,000	0,088
Mínimo	0	0	0	0	0	0	0	0
Máximo	0	0	6	1	0	3	0	1

El código más alto de restauraciones fue 3, restauración del color del diente, con un promedio 0,25±0,81 con un mínimo de 0 y un máximo de 6 dientes con restauraciones con este código en superficie mesial.

Tabla 37 Medidas de tendencia central código de restauración por superficie oclusal.

	Numero de dientes ICDAS código restauración 1 oclusal	Numero de dientes ICDAS código restauración 2 oclusal	Numero de dientes ICDAS código restauración 3 oclusal	Numero de dientes ICDAS código restauración 4 oclusal	Numero de dientes ICDAS código restauración 5 oclusal	Numero de dientes ICDAS código restauración 6 oclusal	Numero de dientes ICDAS código restauración 7 oclusal	Numero de dientes ICDAS código restauración 8 oclusal
N Válido	130	130	130	130	130	130	130	130
Perdidos	0	0	0	0	0	0	0	0
Media	0,15	1,45	1,95	1,37	0,00	0,02	0,00	0,02
Mediana	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Moda	0	0	0	0	0	0	0	0
Desviación estándar	0,490	2,276	2,774	2,408	0,000	0,263	0,000	0,151
Mínimo	0	0	0	0	0	0	0	0
Máximo	3	12	14	14	0	3	0	1

El código más alto de restauraciones en las superficies oclusal fue 3, restauración del color del diente, con un promedio 1,95±2,77, con un mínimo de 0 y un máximo de 14 dientes con restauraciones de este código.

Tabla 38 Medidas de tendencia central código de restauración por superficie distal.

	Numero de dientes ICDAS código restauración 1 distal	Numero de dientes ICDAS código restauración 2 distal	Numero de dientes ICDAS código restauración 3 distal	Numero de dientes ICDAS código restauración 4 distal	Numero de dientes ICDAS código restauración 5 distal	Numero de dientes ICDAS código restauración 6 distal	Numero de dientes ICDAS código restauración 7 distal	Numero de dientes ICDAS código restauración 8 distal
N Válido	130	130	130	130	130	130	130	130

Perdidos	0	0	0	0	0	0	0	0
Media	0,00	0,00	0,17	0,05	0,00	0,02	0,00	0,00
Mediana	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Moda	0	0	0	0	0	0	0	0
Desviación estándar	0,000	0,000	0,637	0,287	0,000	0,263	0,000	0,000
Mínimo	0	0	0	0	0	0	0	0
Máximo	0	0	6	2	0	3	0	0

El código más alto de restauraciones en la superficie distal fue 3, restauración del color del diente con un promedio 0,17±0,63 con un mínimo de 0 y un máximo de 6 dientes con restauraciones de este código.

Tabla 39 Medidas de tendencia central código de restauración por superficie vestibular.

		Numero de dientes ICDAS código restauración 1 vestibular	**Numero de dientes ICDAS código restauración 2 vestibular**	**Numero de dientes ICDAS código restauración 3 vestibular**	**Numero de dientes ICDAS código restauración 4 vestibular**	**Numero de dientes ICDAS código restauración 5 vestibular**	**Numero de dientes ICDAS código restauración 6 vestibular**	**Numero de dientes ICDAS código restauración 7 vestibular**	**Numero de dientes ICDAS código restauración 8 vestibular**
N	Válido	130	130	130	130	130	130	130	130
	Perdidos	0	0	0	0	0	0	0	0
Media		0,01	0,03	0,83	0,15	0,00	0,00	0,00	0,01
Mediana		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Moda		0	0	0	0	0	0	0	0
Desviación estándar		0,088	0,213	1,420	0,505	0,000	0,000	0,000	0,088

Mínimo	0	0	0	0	0	0	0	0
Máximo	1	2	7	3	0	0	0	1

El código más alto de restauraciones en la superficie vestibular fue 3, restauración del color del color del diente con un promedio 0,83±1,42 con un mínimo de 0 y un máximo de 7dientes con restauraciones de este código.

Tabla 40 Medidas de tendencia central código de restauración por superficie palatino.

		Numero de dientes ICDAS código restauración 1 palatino	**Numero de dientes ICDAS código restauración 2 palatino**	**Numero de dientes ICDAS código restauración 3 palatino**	**Numero de dientes ICDAS código restauración 4 palatino**	**Numero de dientes ICDAS código restauración 5 palatino**	**Numero de dientes ICDAS código restauración 6 palatino**	**Numero de dientes ICDAS código restauración 7 palatino**	**Numero de dientes ICDAS código restauración 8 palatino**
N	Válido	129	130	130	130	130	130	130	130
	Perdidos	1	0	0	0	0	0	0	0
Media		0,00	0,02	0,51	0,18	0,00	0,00	0,00	0,01
Mediana		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Moda		0	0	0	0	0	0	0	0
Desviación estándar		0,000	0,124	1,170	0,520	0,000	0,000	0,000	0,088
Mínimo		0	0	0	0	0	0	0	0
Máximo		0	1	7	3	0	0	0	1

El código más alto de restauraciones en la superficie palatina fue 3 restauración del color del diente con un promedio 0,51±1,17 con un mínimo de 0 y un máximo de 7 dientes con restauraciones de este código.

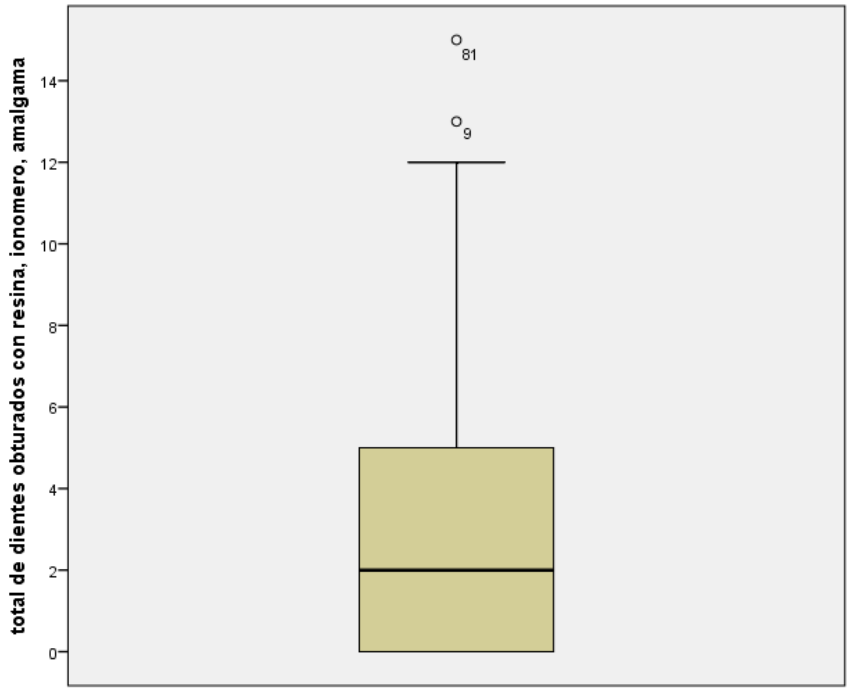
Tabla 41 Resumen de medidas de tendencia central código de restauraciones.

	MESIAL		OCLUSAL		DISTAL		VESTIBULAR		PALATINA	
COD	**MEDIA**	**DESVIACION ESTANDAR**	**MEDIA**	**DESVIACION ESTANDAR**	**MEDIA**	**DESVIACION ESTANDAR**	**MEDIA**	**DESVIACION ESTANDAR**	**MEDIA**	**DESVIACION ESTANDAR**
1	0,00	0,000	0,15	0,490	0,00	0,000	0,01	0,088	0,00	0,000
2	0,00	0,000	1,45	2,276	0,00	0,000	0,03	0,213	0,02	0,124
3	0,25	0,817	1,95	2,774	0,17	0,637	0,83	1,420	0,51	1,170
4	0,04	0,193	0,37	2,408	0,05	0,287	0,15	0,505	0,18	0,520
5	0,00	0,000	0,00	0,000	0,00	0,000	0,00	0,000	0,00	0,000
6	0,02	0,263	0,02	0,263	0,02	0,263	0,00	0,000	0,00	0,000
7	0,00	0,000	0,00	0,000	0,00	0,000	0,00	0,000	0,00	0,000
8	0,01	0,088	0,02	0,151	0,00	0,000	0,01	0,088	0,01	0.088

Tabla 42 Medidas de tendencia central total dientes restaurados. .

		Total de dientes restaurados con resina, ionomero, amalgama
N	Válido	130
	Perdidos	0
Media		3,19
Mediana		2,00
Moda		0
Desviación estándar		3,493
Mínimo		0
Máximo		15

Grafico 14 Distribución total dientes restaurados con resina, ionomero, amalgama.



El 30,8 % no presentan dientes obturados, el 12,3% presentan solo 1 diente, el 11,5% presentan 2 dientes obturados, con una media: 3,19, mediana 2,00, y desviación estándar: 3,493 con un mínimo de 0 y un máximo de 15.

8.1.17 Prevalencia de Caries en dientes con restauraciones.

El 26.7% de los dientes restaurados presentaron caries, así el 16.7% de los dientes tenían caries no cavitacional, mientras el 10% de los dientes con restauraciones tenían caries cavitacional.

Tabla 43 Total dientes caries no cavitacional asociado restauración

Dientes	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
0	109	83,8	83,8	83,8
1	11	8,5	8,5	92,3
2	4	3,1	3,1	95,4
3	6	4,6	4,6	100,0
Total	130	100,0	100,0	

Tabla 44 Total dientes con caries cavitacional asociado restauración

Dientes	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
0	117	90,0	90,0	90,0
1	13	10,0	10,0	100,0
Total	130	100,0	100,0	

Tabla 45 Sumas dientes cariados cavitacional y no cavitacional asociados a restauraciones

Dientes	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
0	98	75,4	75,4	75,4
1	19	14,6	14,6	90,0
2	5	3,8	3,8	93,8
3	8	6,2	6,2	100,0
Total	130	100,0	100,0	

Tabla 46 Total dientes cariados ICDAS más cariados asociados a restauración.

Dientes	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
0	12	9,2	9,2	9,2
1	14	10,8	10,8	20,0
2	17	13,1	13,1	33,1
3	12	9,2	9,2	42,3
4	11	8,5	8,5	50,8
5	15	11,5	11,5	62,3
6	14	10,8	10,8	73,1
7	18	13,8	13,8	86,9
8	3	2,3	2,3	89,2
9	4	3,1	3,1	92,3
10	4	3,1	3,1	95,4
11	1	,8	,8	96,2
13	2	1,5	1,5	97,7
14	1	,8	,8	98,5
15	1	,8	,8	99,2
16	1	,8	,8	100,0
Total	130	100,0	100,0	

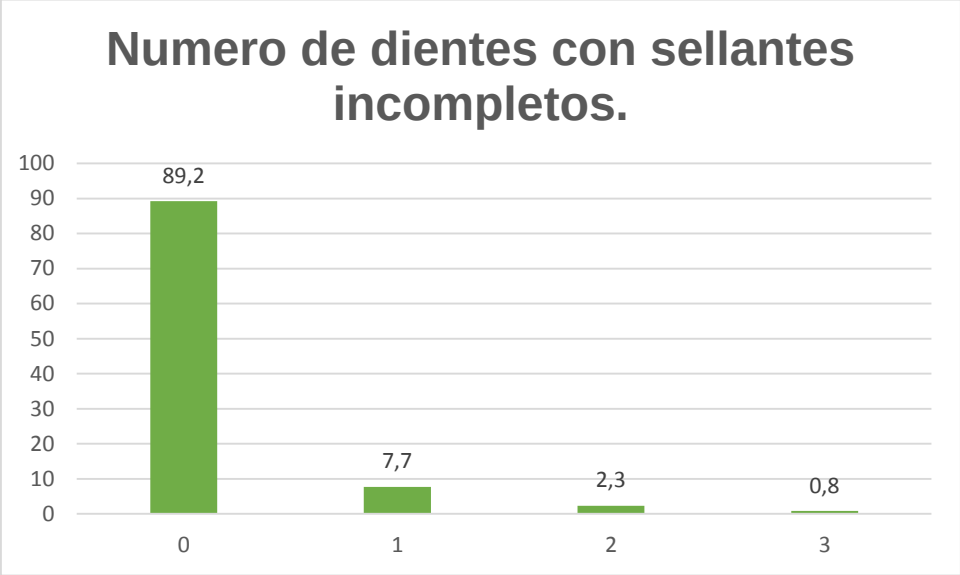
8.1.18 Restauraciones preventivas (sellantes)

El 56,2% no presentan sellantes en boca, el 10,08% presentan 1 y 2 sellantes completos en boca, teniendo una media: 1,42, mediana 0, moda 0, y una desviación estándar de 2,261. El número máximo de dientes con sellantes completos fue 12. Mientras el 7,7% presentan 1 sellante incompleto en boca, el 2,3% presenta 2 sellantes incompletos en boca.

Tabla 47 Frecuencia número de dientes con sellantes incompletos.

Numero de dientes con sellantes incompletos	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
0	116	89,2	89,2	89,2
1	10	7,7	7,7	96,9
2	3	2,3	2,3	99,2
3	1	0,8	0,8	100,0
Total	130	100,0	100,0	

Grafico 15 Distribución número de dientes con sellantes incompletos.

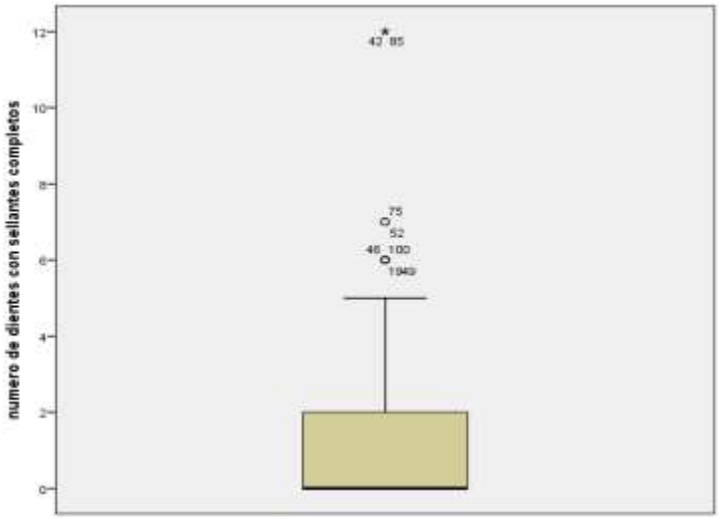


El 89,2% no presentan sellantes incompletos en boca, el 7,7% presentan 1 sellante incompleto en boca, el 2,3% presenta 2 sellantes incompletos en boca.

Tabla 48 Medidas de tendencia central número de dientes con sellantes completos.

		Numero de dientes con sellantes completos
N	Válido	130
	Perdidos	0
Media		1,42
Mediana		0,00
Moda		0
Desviación estándar		2,261
Mínimo		0
Máximo		12

Grafico 16 Distribución número de dientes con sellantes completos.



El 56,2% no presentan sellantes en boca, el 10,08% presentan 1 y 2 sellantes completos en boca, teniendo una media: 1,42, mediana 0, moda 0, y una desviación estándar de 2,261. El número máximo de dientes con sellantes completos fue 12.

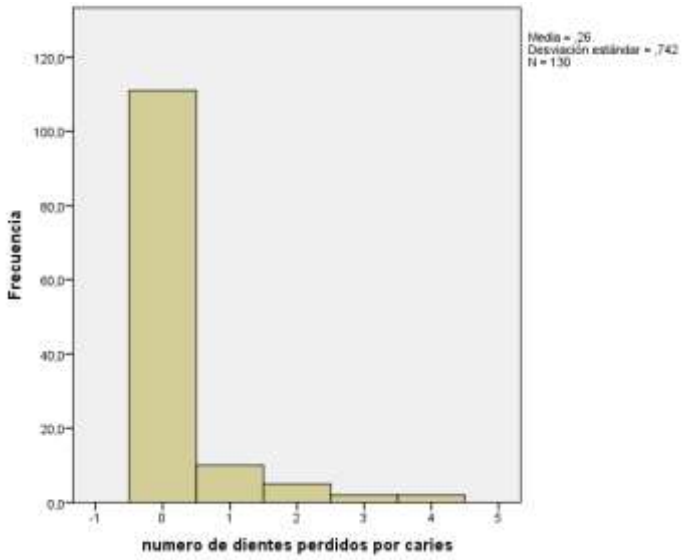
8.1.19 Dientes perdidos por caries.

El 85,4% no presentan perdidas de estructuras dentales por caries, el 7,7% presenta perdida de 1 diente por caries, el 3,8% presentan 2 dientes perdidos por caries, teniendo una media de 0,26, mediana: 0, moda:0, y una desviación estándar de 0,742 con un mínimo de 0 y un máximo de 4 dientes perdidos por caries.

Tabla 49 Medidas de tendencia central número de dientes perdidos por caries.

		Numero de dientes perdidos por caries
N	Válido	130
	Perdidos	0
Media		0,26
Mediana		0,00
Moda		0
Desviación estándar		0,742
Mínimo		0
Máximo		4

Grafico 17 Distribución número de dientes perdidos por caries.



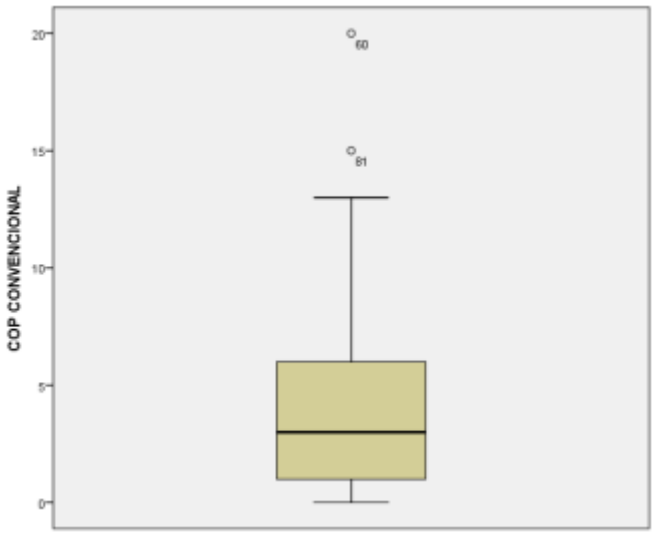
8.1.20 COP – Convencional.

El 19,2% presentan un COP- convencional de 0, el 16,9% presentan un COP- convencional de 1, el 10,8% presentan un COP- convencional de 2 y 4 con una media de 3,96, mediana de 3,00, moda 0 y una desviación estándar de 3,883. Con un COP mínimo de 0 y un máximo de 20.

Tabla 50 Medidas de tendencia central COP-CONVENCIONAL

		COP CONVENCIONAL
N	Válido	130
	Perdidos	0
Media		3,96
Mediana		3,00
Moda		0
Desviación estándar		3,883
Mínimo		0
Máximo		20

Grafico 18 Distribución COP-CONVENCIONAL.



8.1.21 COP – Modificado.

El 13,1% presentan un COP- modificado de 9, el 11,5% presentan un COP- modificado de 7, el 9,2% presentan un COP- modificado de 8. Con una media de 7,66, mediana de 8,00, moda 9 y una desviación estándar de 4,224 con un COP- modificado mínimo de 0 y un máximo de 20.

Tomando un índice de COP-MODIFICADO ≥ 1, La historia de caries es de 96.2% en los estudiantes observados.

Tabla 51 Medidas de tendencia central COP- MODIFICADO.

		COP MODIFICADO
N	Válido	130
	Perdidos	0
Media		7,66
Mediana		8,00
Moda		9
Desviación estándar		4,224
Mínimo		0
Máximo		20

Grafico 19 Distribución COP- MODIFICADO.

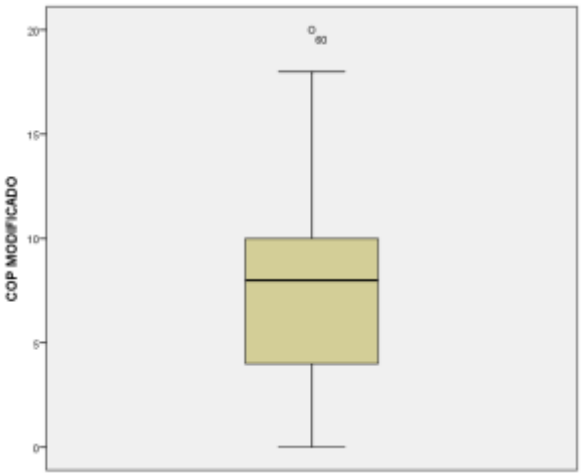


Tabla 52 Frecuencia COP- MODIFICADO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	0	5	3,8	3,8	3,8
	1	3	2,3	2,3	6,2
	2	8	6,2	6,2	12,3
	3	8	6,2	6,2	18,5
	4	10	7,7	7,7	26,2
	5	6	4,6	4,6	30,8
	6	8	6,2	6,2	36,9
	7	15	11,5	11,5	48,5
	8	12	9,2	9,2	57,7
	9	17	13,1	13,1	70,8
	10	10	7,7	7,7	78,5
	11	8	6,2	6,2	84,6
	12	3	2,3	2,3	86,9
	13	3	2,3	2,3	89,2
	14	6	4,6	4,6	93,8
	15	2	1,5	1,5	95,4
	16	2	1,5	1,5	96,9
	17	2	1,5	1,5	98,5
	18	1	0,8	0,8	99,2
	20	1	0,8	0,8	100,0
	Total	130	100,0	100,0	

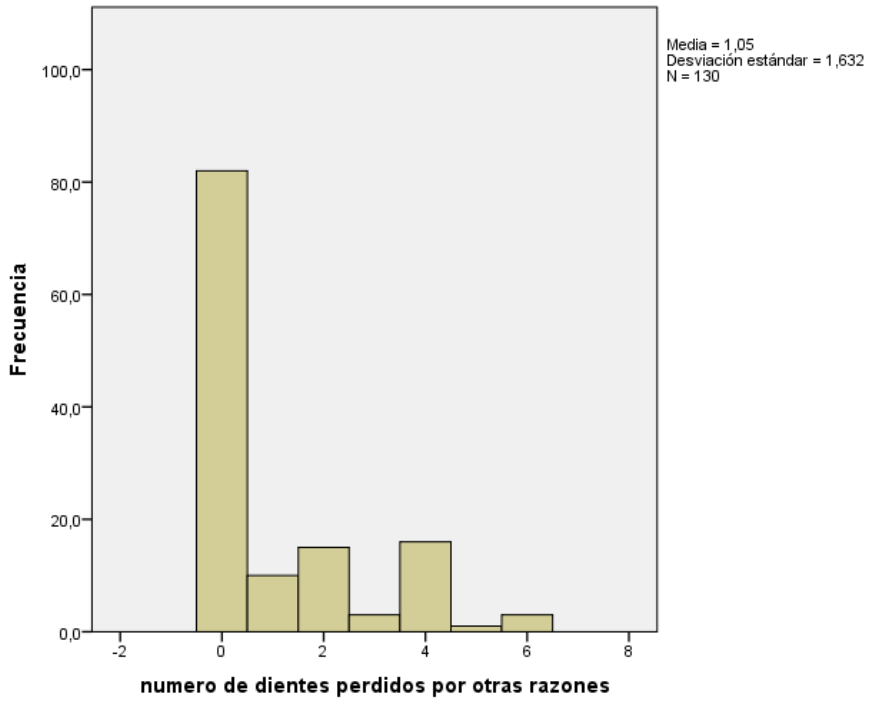
8.1.22 Perdida de diente por otras razones.

El 63.1% no presentan perdidas de estructuras dentales por otras razones, el 12,3% presenta perdida de 4 dientes por otras razones, el 11,5% presentan 2 dientes perdidos por otras razones, con una media de 1,05, mediana: 0, moda:0, y una desviación estándar de 1,632. El máximo número de dientes perdidos por otras razones fue de 6.

Tabla 53 Medidas de tendencia central número de dientes perdidos por otras razones.

		Numero de dientes perdidos por otras razones
N	Válido	130
	Perdidos	0
Media		1,05
Mediana		0,00
Moda		0
Desviación estándar		1,632
Mínimo		0
Máximo		6

Grafico 20 Distribución número de dientes perdidos por otras razones.



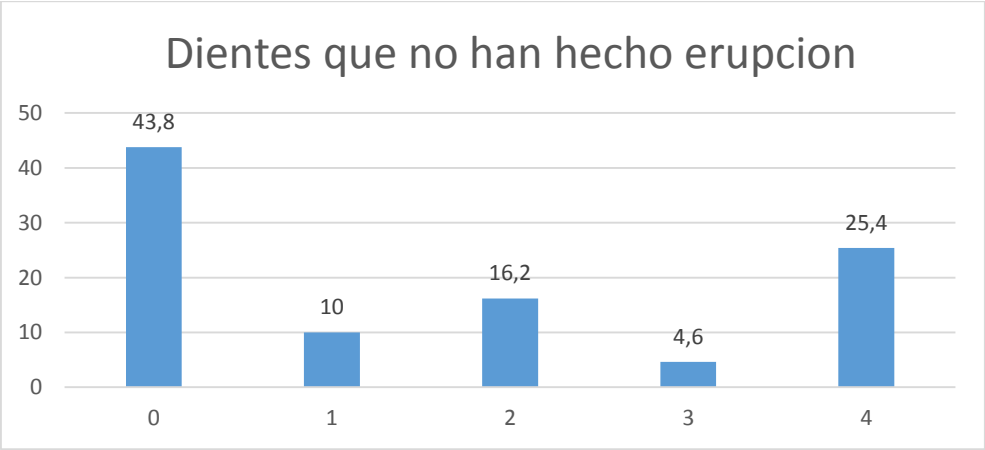
8.1.23 Dientes no erupcionados.

El 25,4% presentan 4 dientes que no han hecho erupción, el 16,2% presentan 2 dientes que no han hecho erupción, el 10% presentan 1 diente que no ha hecho erupción, con una media de 1,58, mediana: 1,00, moda: 0, teniendo una desviación estándar de 1,661. El máximo de dientes no erupcionados fue de 4.

Tabla 54 Medidas de tendencia central número de dientes que no han erupcionado.

		Numero de dientes que no han erupcionado
N	Válido	130
	Perdidos	0
Media		1,58
Mediana		1,00
Moda		0
Desviación estándar		1,661
Mínimo		0
Máximo		4

Grafico 21 Distribución número de dientes que no han erupcionado.



8.1.24 Lesiones No cariosas.

- No se observaron dientes con hipo mineralización difusa.
- Solo 1 paciente (0,8%) presentaba dientes con abrasiones.
- Solo 2 pacientes (1,6%) presentaban dientes con absfracciones.
- Solo 1 paciente (0.8%) presentaba dientes con atricciones.

Tabla 55 Medidas de tendencia central número de dientes fracturados, con hipomineralizacion localizada, hipoplasia, manchas extrínsecas o erosiones.

		Numero de dientes fracturados	Numero de dientes con hipo mineralización localizada	Numero de dientes con hipoplasia	Numero de dientes con manchas extrínsecas	Numero de dientes con erosión
N	Válido	130	130	130	130	130
	Perdidos	0	0	0	0	0
Media		0,12	0,44	0,58	0,40	0,10
Mediana		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Moda		0	0	0	0	0
Desviación estándar		0,406	1,148	1,048	1,874	0,621
Mínimo		0	0	0	0	0
Máximo		2	8	6	13	5

- El 9% de los pacientes presentan fracturas dentales, con un promedio de 0,12 y un máximo de 2 dientes fracturados.
- El 20% de los pacientes presentan hipo mineralización localizada (hml), con u promedio de 0,44 y un máximo de 8 dietes con hml.
- El 32% de los pacientes tienen hipoplasias, con un promedio de 0,58 y un máximo de 6 dientes con este defecto.
- El 7% de los pacientes presentan manchas extrínsecas, con un promedio de 0,40y un máximo de 13 dientes.

- El 3% de los pacientes presentan erosiones, con un promedio de 0,10 y un máximo de 5 dientes con erosiones.

8.1.25 Opacidades demarcadas

La prevalencia de opacidades demarcadas (hipomineralización localizada, hipomineralización difusa. Hipoplasia, manchas extrínsecas) es de 47,7%.

Tabla 56 Frecuencia opacidades demarcadas (dientes con hipomineralizacion localizada, hipoplasia, manchas extrínsecas).

Numero de dientes con opacidades demarcadas.	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
0	68	52,3	52,3	52,3
1	24	18,5	18,5	70,8
2	12	9,2	9,2	80,0
3	9	6,9	6,9	86,9
4	6	4,6	4,6	91,5
5	4	3,1	3,1	94,6
6	2	1,5	1,5	96,2
9	2	1,5	1,5	97,7
10	1	0,8	0,8	98,5
13	2	1,5	1,5	100,0
Total	130	100,0	100,0	

8.1.26 Fluorosis dental (Índice TFI).

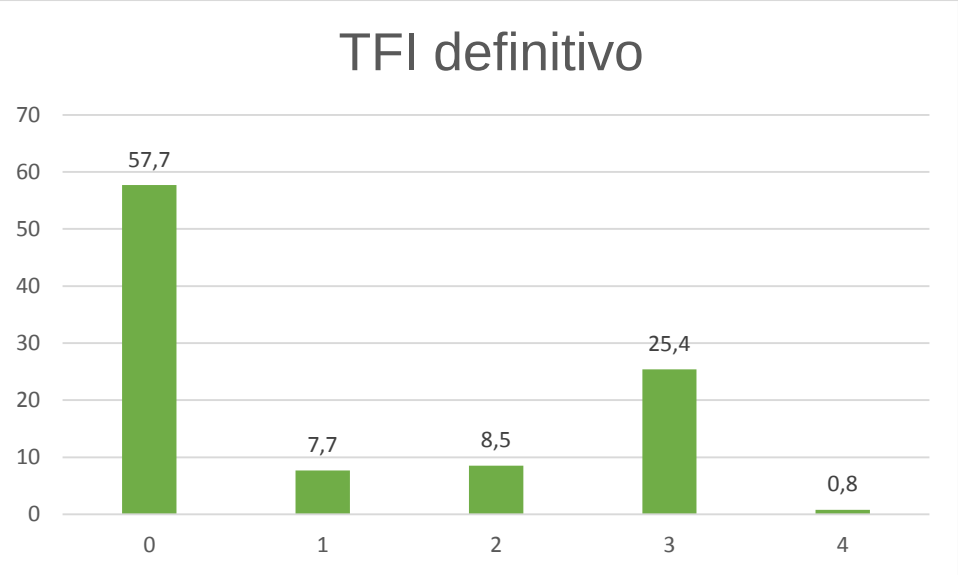
El 57,7% de los pacientes tiene un TFI código 0- sano, el 25,4% tiene un código 3- diente moteado, el grado de severidad más alta fue el Índice TFI 4 en un 0.8% de los observados.

La prevalencia de fluorosis dental fue de 42,3%

Tabla 57 Frecuencia TFI definitivo.

definitiva TFI		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
0-	Sano	75	57,7	57,7	57,7
1-	Finas bandas horizontales de color blanquecino.	10	7,7	7,7	65,4
2-	Gruesas líneas horizontales blanquecinas.	11	8,5	8,5	73,8
3-	Diente moteado.	33	25,4	25,4	99,2
4-	La superficie dental presenta opacidades que varían de blanco opaco a gris, pudiendo estar acompañado de vetas de color amarillo o café.	1	0,8	0,8	100,0
Total		130	100,0	100,0	

Grafico 22 Distribución TFI definitivo.



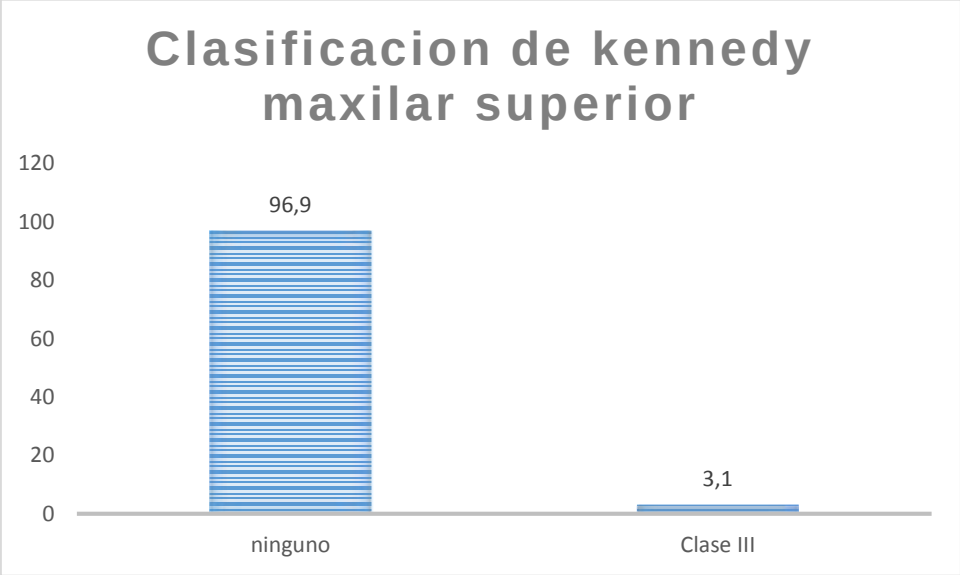
8.1.27 Edentulismo.

La prevalencia de edentulismo (clasificación de Kennedy) es de 14,6%.

Tabla 58 Frecuencia clasificación de Kennedy (Edentulismo) maxilar superior.

Clasificación de Kennedy maxilar superior	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
ninguno	126	96,9	96,9	96,9
Clase III	4	3,1	3,1	100,0
Total	130	100,0	100,0	

Grafico 23 Distribución clasificación de Kennedy (Edentulismo) maxilar superior.

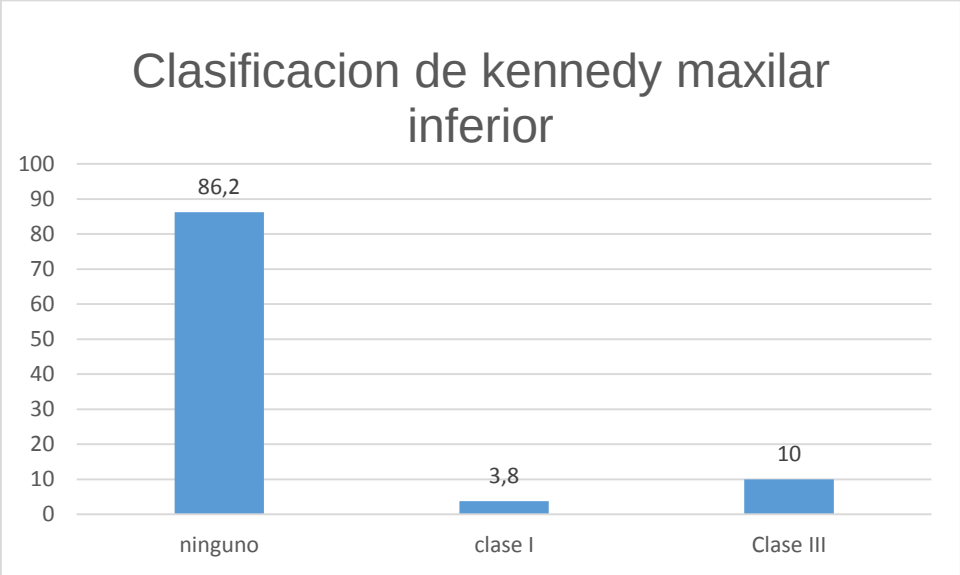


El 3,1% de los pacientes presentan clasificación de Kennedy clase III- zona edentula unilateral dental que posee pilares posteriores y anteriores a la zona edentula.

Tabla 59 Frecuencia clasificación de Kennedy (Edentulismo) maxilar inferior.

Clasificación de Kennedy maxilar inferior		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	Ninguno	112	86,2	86,2	86,2
	Clase I	5	3,8	3,8	90,0
	Clase III	13	10,0	10,0	100,0
	Total	130	100,0	100,0	

Grafico 24 Distribución clasificación de Kennedy (Edentulismo) maxilar inferior.



El 3,8% de los pacientes presentan clasificación de Kennedy clase I- zona edentula bilateral posterior sin soporte, el 10% de los pacientes presentan clasificación de Kennedy clase III- zona edentula unilateral dental que posee pilares posteriores y anteriores a la zona edentula.

Tabla 60 Frecuencia total pacientes que presentan edentulismo (Clasificación de Kennedy).

Edentulismo	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NO	111	85,4	85,4	85,4
SI	19	14,6	14,6	100,0
Total	130	100,0	100,0	

8.2 ANALISIS DESCRIPTIVO DETERMINANTES DE LA SALUD

8.2.1 Descripción inserción social.

El 33,1% de los estudiantes responden por si mismos económicamente, mientras el 61,5% dependen de sus padres, el 31.5 % depende de su madre y el 30% de su padre. El 4.6% del el principal responsable económico, han culminado postgrado, el 18% un nivel universitario, el 35,4% realizaron una formación técnica, el 32,3% han realizado hasta la secundaria, el8.5% realizaron hasta nivel de primaria y 0.8 hasta preescolar, lo que indica que el 77% al culminar su formación estarán en un grado más alto de formación que el principal responsable económico. En relación al tipo de trabajo que realizan los principales responsables económicos, se encontró que el 73,8% realizan el trabajo y el 10,8% se encuentran fuera del proceso productivo. En relación a los ingresos promedio del principal responsable, se determinó que el 22.3% no sabían, el 28,5% de los responsables económicos ganan Más de 1 y 2 SMLV ($589.501- $ 1.179.000), el 17,7% ganan Más de 4 SMLV ($ 2.358.001 o más). El 55,4% de los responsables económicos son propietarios de locales/casas para arrendar, 57,7% son propietarios de maquinaria (vehículo), el 3% son propietarios de mercancía y el 19,2% de los responsables económicos no tienen propiedades. En relación a la composición familiar, se encontró que el 1,5% de estudiantes no viven con su madre y el 6,2% de estudiantes no viven con su padre, el 1,5% viven con su conyugue, mientras ek 0.8% no convive con su pareja.El 50,0% de los estudiantes se identifican con el grupo étnico blanco, el 32,3% se identifica con el grupo étnico mestizo y el 73,1% de los estudiantes se encuentran afiliados al régimen contributivo mientras el 12,3% se encuentran en el régimen subsidiado.

Tabla 61 Frecuencia - Responsable económico de su sostenimiento y/o estudio.

Responsable económico.	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Usted mismo	43	33,1	33,1	33,1
Su madre	41	31,5	31,5	64,6
Su padre	39	30,0	30,0	94,6
Conyugue o conviviente	3	2,3	2,3	96,9
Familiar cercano que vive con usted	2	1,5	1,5	98,5
Familia cercano que no Convive con usted	2	1,5	1,5	100,0
Total	130	100,0	100,0	

El 33,1% de los estudiantes responden por si mismos económicamente, el 61,5% de los estudiantes sus responsables económicos son sus padres.

Tabla 62 Frecuencia - en cuanto a su madre biológica.

Su madre biológica.	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No aplica	90	69,2	69,2	69,2
Vive en este hogar	38	29,2	29,2	98,5
No vive en este hogar	2	1,5	1,5	100,0
Total	130	100,0	100,0	

El 29,2% de los estudiantes viven con su madre, el 1,5% de estudiantes no viven con su madre

Tabla 63 Frecuencia - en cuanto a su padre biológico.

Su padre biológico.	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No aplica	91	70,0	70,0	70,0
Vive en este hogar	31	23,8	23,8	93,8
No vive en este hogar	8	6,2	6,2	100,0
Total	130	100,0	100,0	

El 23,8% de los estudiantes viven con su padre, el 6,2% de estudiantes no viven con su padre.

Tabla 64 Frecuencia - en cuanto a conyugue.

Su conyugue.	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No aplica	127	97,7	97,7	97,7
Vive en este hogar	2	1,5	1,5	99,2
No vive en este hogar	1	0,8	0,8	100,0
Total	130	100,0	100,0	

El 1,5% de los estudiantes viven con su conyugue, el 0,8% de estudiantes no viven con su conyugue.

Tabla 65 Frecuencia - parentesco del principal responsable económico con usted.

Parentesco del principal responsable económico.	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No aplica	43	33,1	33,1	33,1
Otro familiar	1	,8	,8	33,8
Conyugue/compañero	3	2,3	2,3	36,2

Nieto(a)	2	1,5	1,5	37,7
Padre/madre	80	61,5	61,5	99,2
Hermano(a)	1	,8	,8	100,0
Total	130	100,0	100,0	

El principal responsable económico en un 61,5% es la madre o padre del estudiante.

Tabla 66 Frecuencia - grupo étnico con el que se identifica.

Grupo étnico.	**Frecuencia**	**Porcentaje**	**Porcentaje válido**	**Porcentaje acumulado**
Indígena	2	1,5	1,5	1,5
No sabe	19	14,6	14,6	16,2
Negro, mulato, Afrocolombiano, Afrodescendiente	1	0,8	0,8	16,9
Blanco	65	50,0	50,0	66,9
Mestizo	42	32,3	32,3	99,2
No definido	1	0,8	0,8	100,0
Total	130	100,0	100,0	

El 50,0% de los estudiantes se identifican con el grupo étnico blanco, el 32,3% se identifica con el grupo étnico mestizo.

Tabla 67 Frecuencia- régimen de salud al que está afiliado.

Régimen de salud.	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Contributivo	95	73,1	73,1	73,1
Subsidiado	16	12,3	12,3	85,4
Especial	11	8,5	8,5	93,8
No asegurado	4	3,1	3,1	96,9
No sabe	4	3,1	3,1	100,0

Total	130	100,0	100,0	

El 73,1% de los estudiantes se encuentran afiliados al régimen contributivo, el 12,3% se encuentran en el régimen subsidiado.

Tabla 68 Frecuencia- nivel educativo más alto alcanzado por el responsable económicamente de usted.

Nivel educativo.	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Preescolar	1	0,8	0,8	0,8
Primaria	11	8,5	8,5	9,2
Secundaria	42	32,3	32,3	41,5
Técnico o tecnológico	46	35,4	35,4	76,9
Universitaria	24	18,5	18,5	95,4
Posgrado	6	4,6	4,6	100,0
Total	130	100,0	100,0	

El nivel educativo más alto alcanzado por el principal responsable económico es la realización de un técnico en un 35,4%, en un 32,3% han realizado hasta la secundaria.

Tabla 69 Frecuencia- último año o grado aprobado en ese nivel de educación.

Ultimo año o grado aprobado	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Uno	4	3,1	3,1	3,1
Dos	23	17,7	17,7	20,8
Tres	24	18,5	18,5	39,2
Cuatro	5	3,8	3,8	43,1

Cinco	33	25,4	25,4	68,5
Seis	41	31,5	31,5	100,0
Total	130	100,0	100,0	

Tabla 70 Frecuencia- cuál es la función del principal responsable económico.

Función del responsable económico.	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Hacer el trabajo	96	73,8	73,8	73,8
Dirige y organiza el trabajo de otros	10	7,7	7,7	81,5
Hace y dirige el trabajo	10	7,7	7,7	89,2
No aplicable (fuera del Proceso productivo)	14	10,8	10,8	100,0
Total	130	100,0	100,0	

El 73,8% realizan el trabajo, el 10,8% se encuentran fuera del proceso productivo.

Tabla 71 Frecuencia- en cuál de estos rangos se ubican los ingresos mensuales de su responsable económico.

Ingresos mensuales.	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Entre medio y 1 SMLV ($294.751- $589.500)	8	6,2	6,2	6,2
Más de 1 y 2 SMLV ($589.501- $ 1.179.000)	37	28,5	28,5	34,6
Más de 2 y 3 SMLV ($ 1.179.001 - $1.768.500)	19	14,6	14,6	49,2
Más de 3 y 4 SMLV ($ 1.768.501-$ 2.358.000)	13	10,0	10,0	59,2

Más de 4 SMLV ($ 2.358.001 o más)	23	17,7	17,7	76,9
Ninguna (desempleado / a)	1	0,8	0,8	77,7
No sabe	29	22,3	22,3	100,0
Total	130	100,0	100,0	

El 28,5% de los responsables económicos ganan Más de 1 y 2 SMLV ($589.501- $ 1.179.000), el 17,7% ganan Más de 4 SMLV ($ 2.358.001 o más).

Tabla 72 Frecuencia- el principal responsable económico es propietario/a de locales/casas para arrendar.

Arrienda casas.	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	72	55,4	55,4	55,4
No	58	44,6	44,6	100,0
Total	130	100,0	100,0	

El 55,4% de los responsables económicos son propietarios de locales/casas para arrendar.

Tabla 73 Frecuencia- el principal responsable económico es propietario/a de tierra.

Propietario/a de tierras.	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	17	13,1	13,1	13,1
No	113	86,9	86,9	100,0
Total	130	100,0	100,0	

El 86,9 % de los responsables económicos no son propietarios de tierra.

Tabla 74 Frecuencia- el principal responsable económico es propietario/a de máquinas (vehículo).

Propietario/a de máquinas (vehículo).	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	75	57,7	57,7	57,7
No	55	42,3	42,3	100,0
Total	130	100,0	100,0	

El 57,7% de los responsables económicos son propietarios de maquinaria (vehículo).

Tabla 75 Frecuencia- el principal responsable económico es propietario/a de herramientas.

Propietario/a de herramientas.	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	6	4,6	4,6	4,6
No	124	95,4	95,4	100,0
Total	130	100,0	100,0	

El 95,4% de los responsables económicos no son propietarios de herramienta.

Tabla 76 Frecuencia- el principal responsable económico es propietario/a de mercancías.

Propietario/a de mercancías.	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	3	2,3	2,3	2,3
No	127	97,7	97,7	100,0
Total	130	100,0	100,0	

El 97,7% de los responsables económicos no son propietarios de mercancía.

Tabla 77 Frecuencia- el principal responsable económico es propietario/a de nada.

Propietario/a de nada.	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	25	19,2	19,2	19,2
No	105	80,8	80,8	100,0
Total	130	100,0	100,0	

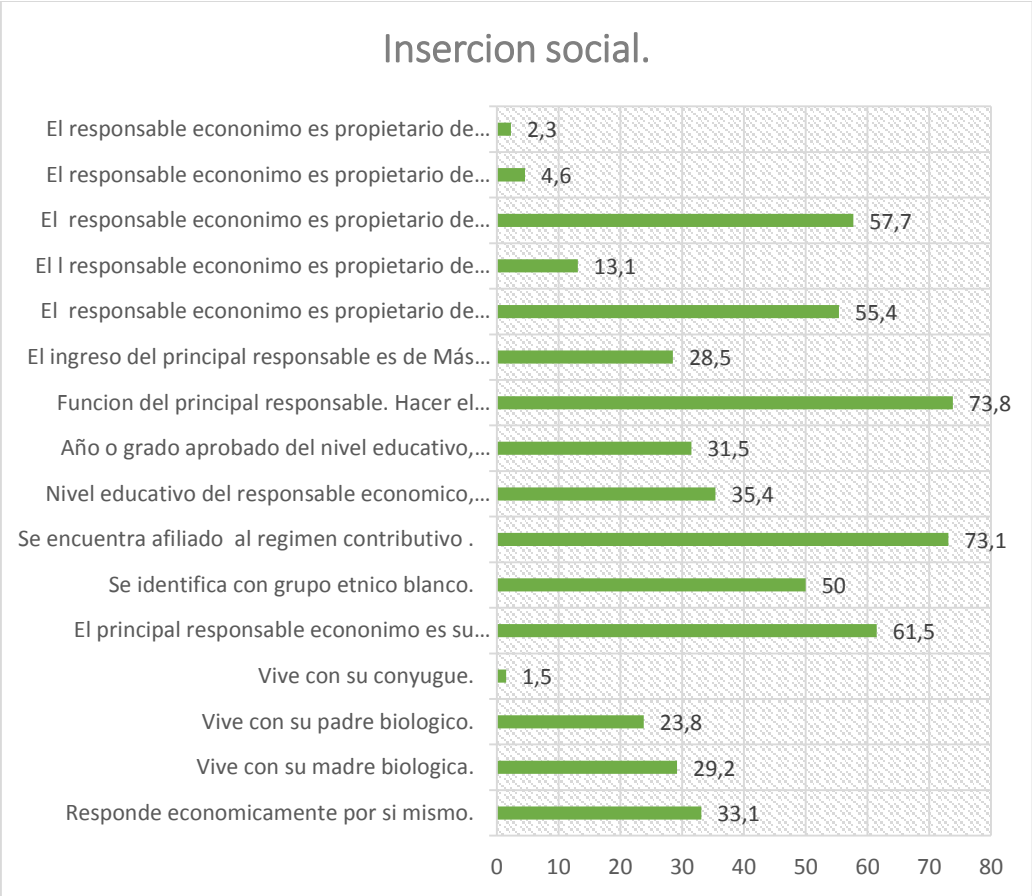
El 19,2% de los responsables económicos no tienen propiedades.

Tabla 78 Frecuencia- el principal responsable económico es propietario/a de no sabe.

Propietario/a de no sabe.	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	3	2,3	2,3	2,3
No	127	97,7	97,7	100,0
Total	130	100,0	100,0	

El 2,3% de los encuestados no saben si sus principales responsables económicos tienen propiedades.

Grafico 25 Distribución inserción social.



8.2.2 Modos de vida y salud bucal.

8.2.2.1 Atención odontológica

El solo un entrevistado refirió nunca haber ido a consulta con el odontólogo porque no tiene tiempo, el 99,2% estante ha ido alguna vez a consulta con el odontólogo, de ellos el 43,8% asistieron a consulta entre los últimos 6 meses, y el 24,6% asistieron a consulta entre 6 y 12 meses. El 48,5% consultaron al odontólogo por un tratamiento, y el 39,2% consultaron al odontólogo por revisión y prevención. El 57,7% fueron atendidos en el servicio de la EPS, el 83,1% quedo satisfecho con la atención en la última consulta odontológica, mientras el 2,3% no quedo satisfecho con la atención recibida por el tiempo de espera para la cita, el 4,6% por la atención

recibida por el trato del profesional, 1,5% por los trámites administrativos que hay que hacer, 9,2% por la calidad del tratamiento. Al 1,5% le han negado la atención odontológica por la EPS en los últimos 12 meses, porque no había profesionales contratados, de ellos el 0,8% ante la negación de la atención prefirió quedarse sin el tratamiento y el 0,8% ante la negación de la atención prefirió hacer una carta o hablar personalmente con los directivos, quien no consiguió atención a pesar de haber reclamado sus derechos.

El 36,9% que fue atendido en los últimos 12 meses en consulta particular, de ellos el 13,8% usaron el servicio de consulta privada porque la atención es más rápida, el 1,5% usaron el servicio de consulta privada porque les queda cerca, el 3,8% porque no tenían afiliación a EPS, 13,8% porque necesitaban tratamientos que la EPS no cubre, el 6,2% porque consideran que el servicio de consulta privada porque la atención es mejor.

Tabla 79 Frecuencia- alguna vez en su vida usted ha ido a consulta con el /la odontólogo/a.

Alguna vez ha ido a consulta odontológica.	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
si	129	99,2	99,2	99,2
no	1	0,8	0,8	100,0
Total	130	100,0	100,0	

El 99,2% ha ido alguna vez a consulta con el odontólogo.

Tabla 80 Frecuencia- cuál es la razón principal por la que no ha ido nunca donde el/la odontólogo/a.

Razón por la cual no ha ido al odontólogo.	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No aplica	129	99,2	99,2	99,2

no ha tenido tiempo	1	0,8	0,8	100,0
Total	130	100,0	100,0	

El solo un entrevistado refirió nunca haber ido a consulta con el odontólogo porque no tiene tiempo.

Tabla 81 Frecuencia- cuando fue por última vez a el /la odontólogo/a.

Cuando fue por última vez a el /la odontólogo/a.	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No aplica	1	0,8	0,8	0,8
En los últimos 6 meses	57	43,8	43,8	44,6
Entre 6 y menos de un año	32	24,6	24,6	69,2
Entre 1 y 2 años	19	14,6	14,6	83,8
Más de 2 años	19	14,6	14,6	98,5
No recuerda	2	1,5	1,5	100,0
Total	130	100,0	100,0	

El 43,8% asistieron a consulta entre los últimos 6 meses, y el 24,6% asistieron a consulta entre 6 y 12 meses.

Tabla 82 Frecuencia- cuál fue el motivo por el que consulto.

Cuál fue el motivo por el que consulto	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No aplica	1	0,8	0,8	0,8
Por una urgencia	12	9,2	9,2	10,0
Para un tratamiento	63	48,5	48,5	58,5
Por revisión/prevención	51	39,2	39,2	97,7
Certificado odontológico	2	1,5	1,5	99,2
Control prenatal	1	0,8	0,8	100,0

Total	130	100,0	100,0	

El 48,5% consultaron al odontólogo por un tratamiento, y el 39,2% consultaron al odontólogo por revisión y prevención.

Tabla 83 Frecuencia- en qué lugar lo atendieron en la última consulta odontológica.

En qué lugar lo atendieron.	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No aplica	1	0,8	0,8	0,8
Servicio que ofrece la EPS	75	57,7	57,7	58,5
Consultorio particular (que no hace parte de la red EPS)	48	36,9	36,9	95,4
En un centro /centro de salud u hospital	6	4,6	4,6	100,0
Total	130	100,0	100,0	

El 57,7% fueron atendidos en el servicio de la EPS, y el 36,9% fueron atendidos en consulta particular.

Tabla 84 Frecuencia- razón para usar consultorio particular, la atención es más rápida.

La atención particular es más rápida.	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No aplica	82	63,1	63,1	63,1
Si	18	13,8	13,8	76,9
No	30	23,1	23,1	100,0
Total	130	100,0	100,0	

El 13,8% usaron el servicio de consulta privada porque la atención es más rápida.

Tabla 85 Frecuencia- razón para usar consultorio particular, me queda más cerca.

Le queda más cerca la atención particular.		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No aplica		82	63,1	63,1	63,1
	Si	2	1,5	1,5	64,6
	No	46	35,4	35,4	100,0
	Total	130	100,0	100,0	

El 1,5% usaron el servicio de consulta privada porque les queda cerca.

Tabla 86 Frecuencia- razón para usar consultorio particular, no tenía afiliación a EPS.

No se encuentra afiliado.		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No aplica		82	63,1	63,1	63,1
	Si	5	3,8	3,8	66,9
	No	43	33,1	33,1	100,0
	Total	130	100,0	100,0	

El 3,8 usaron el servicio de consulta privada porque no tenían afiliación a EPS.

Tabla 87 frecuencia- razón para usar consultorio particular, necesitaba tratamiento que la EPS no cubre.

La EPS no cubre el tratamiento.		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No aplica		82	63,1	63,1	63,1
	Si	18	13,8	13,8	76,9
	No	30	23,1	23,1	100,0
	Total	130	100,0	100,0	

El 13,8% usaron el servicio de consulta privada porque necesitaban tratamientos que la EPS no cubre.

Tabla 88 Frecuencia- razón para usar consultorio particular, la calidad de la atención es mejor.

Es mejor la atención particular.		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No aplica		82	63,1	63,1	63,1
	Si	8	6,2	6,2	69,2
	No	40	30,8	30,8	100,0
	Total	130	100,0	100,0	

El 6,2% usaron el servicio de consulta privada porque la atención es mejor.

Tabla 89 Frecuencia- quedo satisfecho/a con la atención recibida en la última consulta odontológica.

Quedo satisfecho con la última atención odontológica.		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No aplica		1	0,8	0,8	0,8
	Si	108	83,1	83,1	83,8
	No	21	16,2	16,2	100,0
	Total	130	100,0	100,0	

El 83,1% quedo satisfecho con la atención en la última consulta odontológica.

Tabla 90 Frecuencia- razón por la que no quedo satisfecho con la atención recibida, el tiempo de espera para conseguir la cita.

No quedo satisfecho por el tiempo de espera para conseguir la cita.		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No aplica		109	83,8	83,8	83,8
	Si	4	3,1	3,1	86,9

	No	17	13,1	13,1	100,0
	Total	130	100,0	100,0	

El 3,1% no quedo satisfecho con la atención recibida por el tiempo de espera para conseguir la cita.

Tabla 91 Frecuencia- razón por la que no quedo satisfecho con la atención recibida, el tiempo de espera para la cita.

No quedo satisfecho por el tiempo de espera para la cita.		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No aplica		109	83,8	83,8	83,8
	Si	3	2,3	2,3	86,2
	No	18	13,8	13,8	100,0
	Total	130	100,0	100,0	

El 2,3% no quedo satisfecho con la atención recibida por el tiempo de espera para la cita.

Tabla 92 Frecuencia- razón por la que no quedo satisfecho con la atención recibida, el trato del profesional.

No quedo satisfecho por el trato del profesional.		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No aplica		109	83,8	83,8	83,8
	Si	6	2,3	4,6	88,5
	No	15	11,5	11,5	100,0
	Total	130	100,0	100,0	

El 4,6% no quedo satisfecho con la atención recibida por el trato del profesional.

Tabla 93 Frecuencia- razón por la que no quedo satisfecho con la atención recibida, los trámites administrativos.

No quedo satisfecho por los trámites administrativos.		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No aplica		109	83,8	83,8	83,8
	Si	2	1,5	1,5	85,4
	No	19	14,6	14,6	100,0
	Total	130	100,0	100,0	

El 1,5% no quedo satisfecho con la atención recibida por los trámites administrativos que hay que hacer.

Tabla 94 Frecuencia- razón por la que no quedo satisfecho con la atención recibida, la calidad del tratamiento.

No quedo satisfecho por la calidad del tratamiento.		**Frecuencia**	**Porcentaje**	**Porcentaje válido**	**Porcentaje acumulado**
No aplica		109	83,8	83,8	83,8
	Si	12	9,2	9,2	93,1
	No	9	6,9	6,9	100,0
	Total	130	100,0	100,0	

El 9,2% no quedo satisfecho con la atención recibida por la calidad del tratamiento.

Tabla 95 Frecuencia- razón por la que no quedo satisfecho con la atención recibida, otras razones.

No quedo satisfecho por otras razones.		**Frecuencia**	**Porcentaje**	**Porcentaje válido**	**Porcentaje acumulado**
No aplica		109	83,8	83,8	83,8
	No	21	16,2	16,2	100,0
	Total	130	100,0	100,0	

Tabla 96 Frecuencia- en los últimos 12 meses alguna vez le han negado la atención odontológica.

Le han negado la atención odontológica.	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	2	1,5	1,5	1,5
No	128	98,5	98,5	100,0
Total	130	100,0	100,0	

El 1,5% le han negado la atención odontológica en los últimos 12 meses.

Tabla 97 Frecuencia- en donde le negaron la atención odontológica.

Donde le negaron la atención odontológica.	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No aplica	128	98,5	98,5	98,5
En el servicio que le ofrece la EPS	2	1,5	1,5	100,0
Total	130	100,0	100,0	

El 1,5% le negaron la atención odontológica en el servicio que le ofrece la EPS.

Tabla 98 Frecuencia- cual fue la principal razón por la que le negaron la atención odontológica.

Razón por la que le negaron la atención odontológica.	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No aplica	128	98,5	98,5	98,5
No había profesional contratado	2	1,5	1,5	100,0
Total	130	100,0	100,0	

El 1,5% le negaron la atención odontológica porque no había profesionales contratados.

Tabla 99 Frecuencia- ante la negación de la atención, usted prefirió.

Ante la negación usted prefirió.	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No aplica	128	98,5	98,5	98,5
Quedarse sin el tratamiento que necesitaba	1	0,8	0,8	99,2
Escribir una carta o hablar personalmente con las directivas de la EPS	1	0,8	0,8	100,0
Total	130	100,0	100,0	

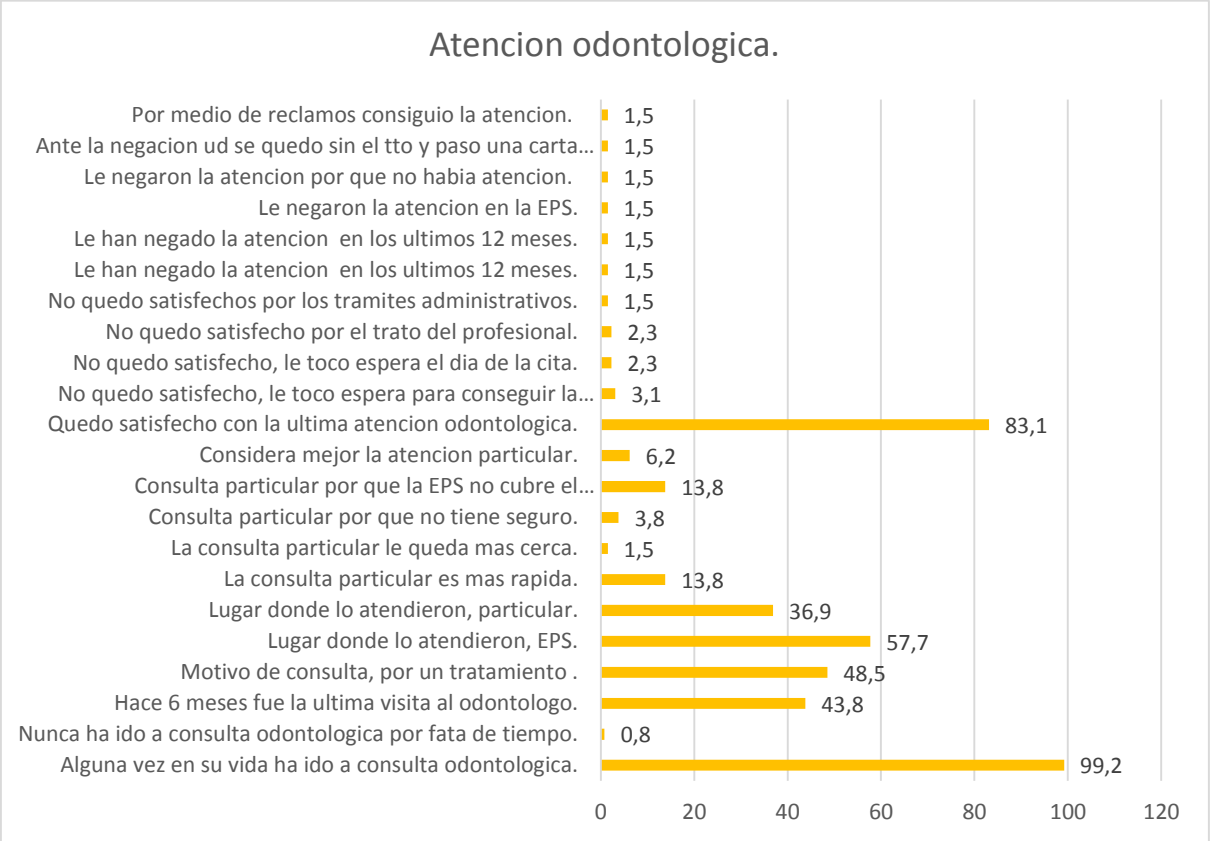
El 0,8% ante la negación de la atención prefirió quedarse sin el tratamiento, el 0,8% ante la negación de la atención prefirió hacer una carta o hablar personalmente con los directivos.

Tabla 100 Frecuencia- usted consiguió la atención odontológica que le negaron a través de un mecanismo de reclamación de derechos.

Consiguió la atención mediante reclamos.	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No aplica	128	98,5	98,5	98,5
No	2	1,5	1,5	100,0
Total	130	100,0	100,0	

EL 100% (2) de los que refirieron haber presentado negación de la prestación de los servicios odontológicos refirieron que no lo consiguieron a pesar de haber reclamado sus derechos.

Grafica 26 Distribución atención odontológica.



8.2.2.2 Servicios de P y P de salud bucal.

En relación a este tipo de actividades se encontró que El 10,0% recibió en los últimos 12 meses actividades educativas/enseñanza de cepillado, el 11,5% recibió meses control de placa y profilaxis, el 4,6% recibió aplicación de flúor, 3,1% aplicación de sellantes, 39,2% detartraje y retiro de cálculos y al 45,4% e no le realizaron ninguna actividad preventiva de salud bucal. El 5,4% no recuerda que actividad de salud bucal le realizaron.

Tabla 101 Frecuencia- actividades de salud bucal que ha recibido en los últimos 12 meses actividades educativas/enseñanza de cepillado.

Recibió enseñanza de cepillado en los últimos 12 meses.	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	13	10,0	10,0	10,0
No	117	90,0	90,0	100,0
Total	130	100,0	100,0	

El 10,0% recibió en los últimos 12 meses actividades educativas/enseñanza de cepillado.

Tabla 102 Frecuencia- actividades de salud bucal que ha recibido en los últimos 12 meses, control de placa y profilaxis.

Recibió en los últimos 12 meses, control de placa y profilaxis.	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	15	11,5	11,5	11,5
No	115	88,5	88,5	100,0
Total	130	100,0	100,0	

El 11,5% recibió en los últimos 12 meses control de placa y profilaxis.

Tabla 103 Frecuencia- actividades de salud bucal que ha recibido en los últimos 12 meses, aplicación de flúor.

Recibió en los últimos 12 meses, aplicación de flúor.	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	6	4,6	4,6	4,6
No	124	95,4	95,4	100,0
Total	130	100,0	100,0	

El 4,6% recibió en los últimos 12 meses aplicación de flúor.

Tabla 104 Frecuencia- actividades de salud bucal que ha recibido en los últimos 12 meses, aplicación de sellantes.

Recibió en los últimos 12 meses, aplicación de sellantes.	**Frecuencia**	**Porcentaje**	**Porcentaje válido**	**Porcentaje acumulado**
Si	4	3,1	3,1	3,1
No	126	96,9	96,9	100,0
Total	130	100,0	100,0	

El 3,1% recibió en los últimos 12 meses aplicación de sellantes.

Tabla 105 Frecuencia- actividades de salud bucal que ha recibido en los últimos 12 meses, detartraje y retiro de cálculos.

Recibió en los últimos 12 meses, detartraje.	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	51	39,2	39,2	39,2
No	79	60,8	60,8	100,0
Total	130	100,0	100,0	

El 39,2% recibió en los últimos 12 meses detartraje y retiro de cálculos.

Tabla 106 Frecuencia- actividades de salud bucal que ha recibido en los últimos 12 meses, no sabe.

No sabe las actividades de salud bucal recibidas en los últimos 12 meses.	**Frecuencia**	**Porcentaje**	**Porcentaje válido**	**Porcentaje acumulado**
Si	2	1,5	1,5	1,5
No	128	98,5	98,5	100,0
Total	130	100,0	100,0	

El 1,5% en los últimos 12 meses no sabe qué actividad de salud bucal le realizaron.

Tabla 107 Frecuencia- actividades de salud bucal que ha recibido en los últimos 12 meses, no recuerda.

No recuerda las actividades de salud recibidas en los últimos 12 meses.	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	7	5,4	5,4	5,4
No	123	94,6	94,6	100,0
Total	130	100,0	100,0	

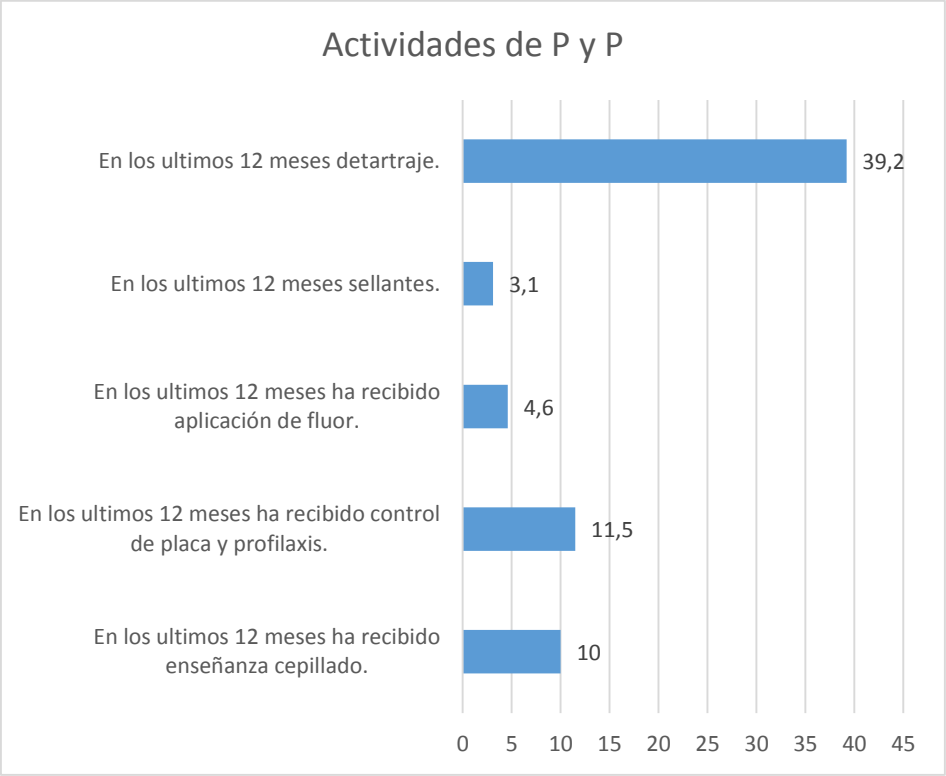
El 5,4% en los últimos 12 meses no recuerda que actividad de salud bucal le realizaron.

Tabla 108 Frecuencia- actividades de salud bucal que ha recibido en los últimos 12 meses, ninguna.

No ha recibido ninguna actividad de salud bucal en los últimos 12 meses.	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	59	45,4	45,4	45,4
No	71	54,6	54,6	100,0
Total	130	100,0	100,0	

El 45,4% en los últimos 12 meses no le realizaron ninguna actividad de salud bucal.

Grafica 26 Distribución actividades de P y P.



8.2.2.3 Cuidado de la salud bucal.

El 81,5% de los estudiantes durante la jornada diaria siempre o casi siempre tienen tiempo para el cuidado de su boca, el 44,6% al finalizar la jornada diaria casi siempre le dedican tiempo al cuidado de su boca y el 38,5% siempre le dedican tiempo al cuidado de su boca. El 6,2% no le dedica tiempo al cuidado de su boca al finalizar su jornada porque llega muy cansado, el 3,8% no le dedica tiempo al cuidado de su boca al finalizar su jornada por pereza. El 100% utiliza cepillo y crema dental para asear su boca, el 64,6% utiliza seda dental, el 59,2% utiliza enjuague bucal, el 11,5% utiliza palillos, el 3,1% utiliza bicarbonato, el 0,8% utiliza carbón/ceniza, ningún estudiante usa salo hierbas para asear su boca, mientras el 0,8% utiliza

otras cosas para asear su boca**Tabla 109 Frecuencia- durante la jornada diaria usted tiene tiempo para el cuidado de su boca.**

Tiene tiempo para el cuidado de su boca.	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Casi nunca	14	10,8	10,8	10,8
Casi siempre	76	58,5	58,5	69,2
Siempre	40	30,8	30,8	100,0
Total	130	100,0	100,0	

El 58,5% durante la jornada diaria casi siempre tienen tiempo para el cuidado de su boca, el 30,8% durante la jornada diaria siempre tienen tiempo para el cuidado de su boca.

Tabla 110 Frecuencia- después de finalizar su jornada diaria usted le dedica tiempo al cuidado de su boca.

Después de finalizar su jornada le dedica tiempo al cuidado de su boca.	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nunca	6	4,6	4,6	4,6
Casi nunca	16	12,3	12,3	16,9
Casi siempre	58	44,6	44,6	61,5
Siempre	50	38,5	38,5	100,0
Total	130	100,0	100,0	

El 44,6% después de finalizar su jornada diaria casi siempre le dedican tiempo al cuidado de su boca, el 38,5% después de finalizar su jornada diaria siempre le dedican tiempo al cuidado de su boca.

Tabla 111 Frecuencia- cuáles son las razones por las cuales usted no le dedica tiempo al cuidado de su boca al finalizar su jornada diaria.

Razones por las cuales usted no le dedica tiempo al cuidado de su boca.	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No aplica	108	83,1	83,1	83,1
Llega muy tarde	4	3,1	3,1	86,2
Llega muy cansado/a	8	6,2	6,2	92,3
No lo considera necesario	3	2,3	2,3	94,6
Debe realizar otras labores	2	1,5	1,5	96,2
Por pereza	5	3,8	3,8	100,0
Total	130	100,0	100,0	

El 6,2% no le dedica tiempo al cuidado de su boca al finalizar su jornada porque llega muy cansado, el 3,8% no le dedica tiempo al cuidado de su boca al finalizar su jornada por pereza.

Tabla 112 Frecuencia- utiliza usted cepillo para asear su boca.

Utiliza cepillo para asear su boca.		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	130	100,0	100,0	100,0

El 100% utiliza cepillo para asear su boca.

Tabla 113 Frecuencia- utiliza usted crema dental para asear su boca.

Utiliza crema dental para asear su boca.		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	130	100,0	100,0	100,0

El 100% utiliza crema dental para asear su boca.

Tabla 114 Frecuencia- utiliza usted seda dental para asear su boca.

Utiliza seda dental para asear su boca.	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	84	64,6	64,6	64,6
No	46	35,4	35,4	100,0
Total	130	100,0	100,0	

El 64,6% utiliza seda dental para asear su boca.

Tabla 115 Frecuencia- utiliza usted enjuague bucal para asear su boca.

Utiliza enjuague bucal para asear su boca.	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	77	59,2	59,2	59,2
No	53	40,8	40,8	100,0
Total	130	100,0	100,0	

El 59,2% utiliza enjuague bucal para asear su boca.

Tabla 116 Frecuencia- utiliza usted palillos para asear su boca.

Utiliza palillos para asear su boca.	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	15	11,5	11,5	11,5
No	115	88,5	88,5	100,0
Total	130	100,0	100,0	

El 11,5% utiliza palillos para asear su boca.

Tabla 117 Frecuencia- utiliza usted bicarbonatos para asear su boca.

Utiliza bicarbonato para asear su boca.	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	4	3,1	3,1	3,1
No	126	96,9	96,9	100,0
Total	130	100,0	100,0	

El 3,1% utiliza bicarbonato para asear su boca.

Tabla 118 Frecuencia- utiliza usted carbón/ceniza para asear su boca.

Utiliza ceniza para asear su boca.	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	1	0,8	0,8	0,8
No	129	99,2	99,2	100,0
Total	130	100,0	100,0	

El 0,8% utiliza carbón/ceniza para asear su boca.

Tabla 119 Frecuencia- utiliza usted sal para asear su boca.

Utiliza sal para asear su boca.	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No	130	100,0	100,0	100,0

El 100% de los estudiantes no usan sal para asear su boca.

Tabla 120 Frecuencia- utiliza usted hierbas para asear su boca.

Utiliza hierbas para asear su boca.	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No	130	100,0	100,0	100,0

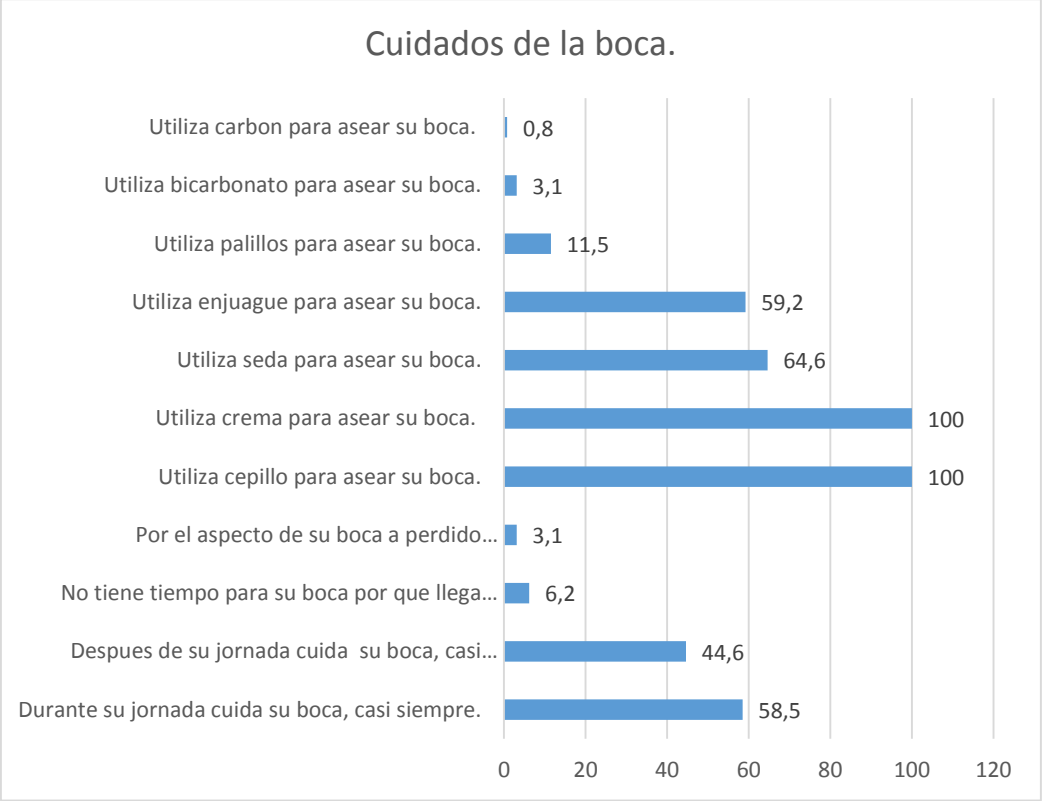
El 100% de los estudiantes no usa hierbas para asear su boca.

Tabla 121 Frecuencia- utiliza usted otras cosas para asear su boca.

Utiliza otras cosas para asear su boca	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	1	0,8	0,8	0,8
No	129	99,2	99,2	100,0
Total	130	100,0	100,0	

El 0,8% utiliza otras cosas para asear su boca.

Grafica 27 Distribución cuidados de la boca.



8.2.2.3 Tratamientos orales estéticos.

El 47.7% presentan tratamientos estéticos (Blanqueamiento dental, diseño de sonrisa, ortodoncia). El 13,8% le han realizado blanqueamiento dental, 0,8% diseño de sonrisa, el 36,9% le han realizado ortodoncia y al 2,3% le han realizado los tres tratamientos estéticos (blanqueamiento, diseño de sonrisa y ortodoncia). El 3,1% se realizó el tratamiento estético porque se estaba usando mucho, el 30,0% porque no se sentía bien con la apariencia de sus dientes, el 15,4% se realizó el tratamiento estético por recomendación del odontólogo, mientras el 0,8% se realizó el tratamiento estético porque se lo exigía su trabajo. El 6,9% considera que necesita una prótesis dental y no se la ha hecho, e ellos el 45% manifiesta que ha sido porque no ha tenido dinero y 6.9% porque tuvo una mala experiencia.

Tabla 122 Frecuencia- considera usted que necesita una prótesis dental.

Usted que necesita una prótesis dental.		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	Si	9	6,9	6,9	6,9
	No	121	93,1	93,1	100,0
	Total	130	100,0	100,0	

El 6,9% considera que necesita una prótesis dental.

Tabla 123 Frecuencia- se ha hecho esa prótesis dental.

Se ha hecho esa prótesis dental.		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No aplica		121	93,1	93,1	93,1
	No	9	6,9	6,9	100,0
	Total	130	100,0	100,0	

El 6,9% no se ha hecho la prótesis dental.

Tabla 124 Frecuencia- la razón por la que no se ha hecho la prótesis, tuvo experiencia negativa con la otra prótesis.

Tuvo experiencia negativa con la otra prótesis.		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No aplica		121	93,1	93,1	93,1
	No	9	6,9	6,9	100,0
	Total	130	100,0	100,0	

Tabla 125 Frecuencia- la razón por la que no se ha hecho la prótesis, no ha tenido dinero.

No ha tenido dinero para realizarse la prótesis.		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No aplica		121	93,1	93,1	93,1
	Si	4	3,1	3,1	96,2
	No	5	3,8	3,8	100,0
	Total	130	100,0	100,0	

El 45% de los que creen que necesitan prótesis dental y que no se la han hecho refieren que esto se debe a que no ha tenido dinero.

Tabla 126 Frecuencia- otras ha sido la razón por la que no se ha hecho la prótesis.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No aplica		121	93,1	93,1	93,1
	Si	5	3,8	3,8	96,9
	No	4	3,1	3,1	100,0
	Total	130	100,0	100,0	

El 45% de los que creen que necesitan prótesis dental y que no se la han hecho refieren que esto se debe a otras razones.

Tabla 127 Frecuencia total pacientes que presentan tratamientos estéticos (Blanqueamiento dental, diseño de sonrisa, ortodoncia).

Tratamientos estéticos	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
no	68	52,3	52,3	52,3
si	62	47,7	47,7	100,0
Total	130	100,0	100,0	

La prevalencia de tratamientos estéticos es de 47.7%

Tabla 128 Frecuencia- a usted le han hecho blanqueamiento dental.

Le han hecho blanqueamiento dental.	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	18	13,8	13,8	13,8
No	112	86,2	86,2	100,0
Total	130	100,0	100,0	

El 13,8% le han realizado blanqueamiento dental.

Tabla 129 Frecuencia- a usted le han hecho diseño de sonrisa.

Le han hecho diseño de sonrisa	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	1	0,8	0,8	0,8
No	129	99,2	99,2	100,0
Total	130	100,0	100,0	

El 0,8% le han realizado diseño de sonrisa.

Tabla 130 Frecuencia- a usted le han hecho ortodoncia.

Le han hecho ortodoncia.	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	48	36,9	36,9	36,9
No	82	63,1	63,1	100,0
Total	130	100,0	100,0	

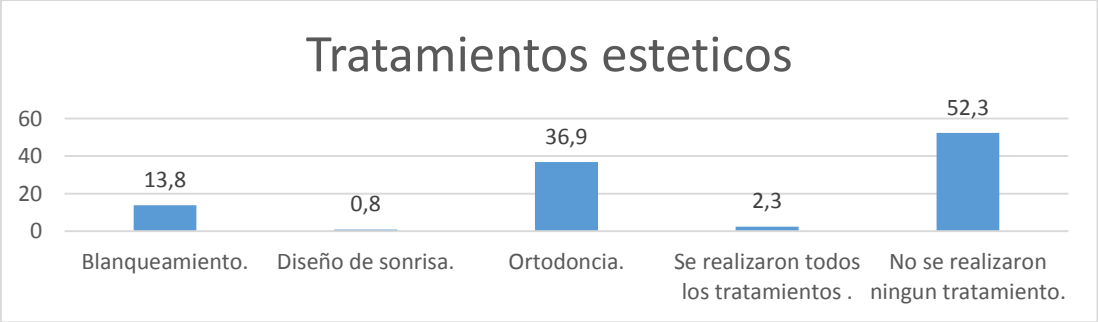
El 36,9% le han realizado ortodoncia.

Tabla 131 Frecuencia- se le realizaron todos los tratamientos estéticos.

Le realizaron todos los tratamientos estéticos	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	3	2,3	2,3	2,3
No	127	97,7	97,7	100,0
Total	130	100,0	100,0	

El 2,3% le han realizado los tres tratamientos estéticos (blanqueamiento, diseño de sonrisa y ortodoncia).

Grafico 28 Distribución tratamientos estéticos.



El 52,3% de los pacientes no se ha realizado ningún tipo de tratamiento estético.

Tabla 132 Frecuencia- la razón por la cual se realizó este tratamiento fue porque se estaba usando mucho.

Se realizó este tratamiento por que se estaba usando mucho.	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No aplica	72	55,4	55,4	55,4
Si	4	3,1	3,1	58,5
No	54	41,5	41,5	100,0
Total	130	100,0	100,0	

El 3,1% se realizó el tratamiento estético porque se estaba usando mucho.

Tabla 133 Frecuencia- la razón por la que se realizó el tratamiento estético fue porque no se sentía bien con la apariencia de sus dientes.

Se realizó el tratamiento estético porque no se sentía bien con la apariencia de sus dientes.	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No aplica	72	55,4	55,4	55,4
Si	39	30,0	30,0	85,4
No	19	14,6	14,6	100,0
Total	130	100,0	100,0	

El 30,0% se realizó el tratamiento estético porque no se sentía bien con la apariencia de sus dientes.

Tabla 134 Frecuencia- la razón por la que se realizó el tratamiento estético fue porque cree que esto mejoraría sus relaciones sociales.

Se realizó el tratamiento estético porque cree que esto mejoraría sus relaciones sociales.		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No aplica		72	55,4	55,4	55,4
	No	58	44,6	44,6	100,0
	Total	130	100,0	100,0	

El 44,6% de los estudiantes no se realizaron el tratamiento estético con el fin de mejorar sus relaciones sociales.

Tabla 135 Frecuencia- la razón por la que se realizó el tratamiento estético fue porque se lo exigía su trabajo.

Se realizó el tratamiento estético porque se lo exigía su trabajo.		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No aplica		72	55,4	55,4	55,4
	Si	1	0,8	0,8	56,2
	No	57	43,8	43,8	100,0
	Total	130	100,0	100,0	

El 0,8% se realizó el tratamiento estético porque se lo exigía su trabajo.

Tabla 136 Frecuencia- la razón por la que se realizó el tratamiento estético fue porque considera que así puede tener mejores oportunidades de trabajo.

Se realizó el tratamiento estético porque considera que así puede tener mejores oportunidades de trabajo.		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No aplica		72	55,4	55,4	55,4
	No	58	44,6	44,6	100,0
	Total	130	100,0	100,0	

El 44,6% de los estudiantes no se realizaron el tratamiento estético para obtener mejores oportunidades de trabajo.

Tabla 137 Frecuencia- la razón por la que se realizó el tratamiento estético fue por recomendación del odontólogo.

Se realizó el tratamiento estético fue por recomendación del odontólogo.		**Frecuencia**	**Porcentaje**	**Porcentaje válido**	**Porcentaje acumulado**
No aplica		72	55,4	55,4	55,4
	Si	20	15,4	15,4	70,8
	No	38	29,2	29,2	100,0
	Total	130	100,0	100,0	

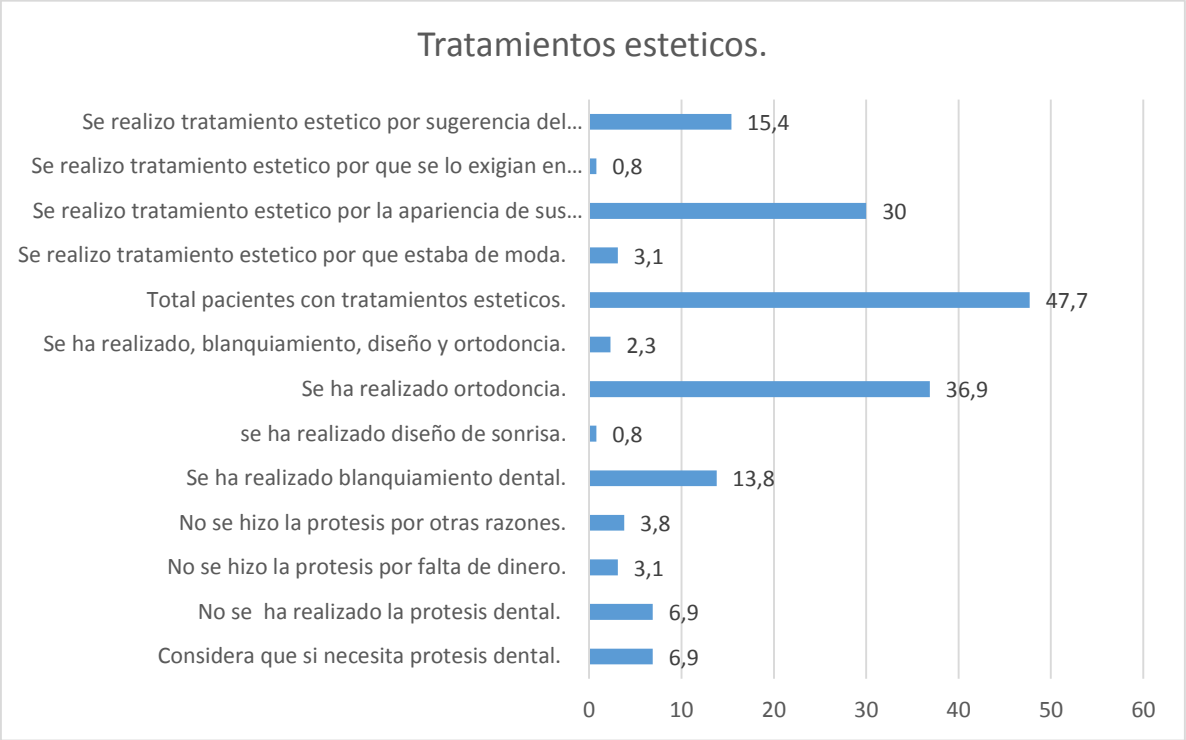
El 15,4% se realizó el tratamiento estético por recomendación del odontólogo.

Tabla 138 Frecuencia- la razón por la que se realizó el tratamiento estético fue porque deseaba parecerse a alguien.

Se realizó el tratamiento estético porque deseaba parecerse a alguien.		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No aplica		72	55,4	55,4	55,4
	No	58	44,6	44,6	100,0
	Total	130	100,0	100,0	

El 44,6% no se realizaron el tratamiento estético para parecerse a alguien.

Grafica 29 Distribución tratamientos estéticos.



8.2.2.3 Percepción de la salud Bucal.

El 3,1% No se siente bien con su boca, el 3.1% considera que perdió un empleo por sus dientes y el 4,6% considera que el estado de su boca ha afectado negativamente sus relaciones con otras personas

Percepción de salud bucal.

Tabla 139 Frecuencia- por el aspecto de su boca alguna vez ha perdido la oportunidad de ser aceptado en algún empleo o grupo social.

Ha perdido la oportunidad de ser aceptado en algún empleo por el aspecto de su boca.		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	Si	4	3,1	3,1	3,1
	No	126	96,9	96,9	100,0

Total	130	100,0	100,0	

El 3,1% ha perdido la oportunidad de conseguir un empleo o entrar a un grupo social por el aspecto de su boca.

Tabla 140 Frecuencia- porque razón perdió la oportunidad de tener ese empleo o de ser aceptado en un grupo social.

Porque razón perdió la oportunidad de tener ese empleo.	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No aplica	126	96,9	96,9	96,9
Por la apariencia de los Dientes (dientes faltantes, manchados o disparejos)	4	3,1	3,1	100,0
Total	130	100,0	100,0	

El 100% (4) de los que refirieron haber perdido la oportunidad de de conseguir un empleo o entrar a un grupo social refirió que esto fue por la apariencia de sus dientes.

Tabla 141 Frecuencia- considera que el estado de su boca ha afectado negativamente sus relaciones con otras personas.

El estado de su boca ha afectado negativamente sus relaciones con otras personas.	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	6	4,6	4,6	4,6
No	124	95,4	95,4	100,0
Total	130	100,0	100,0	

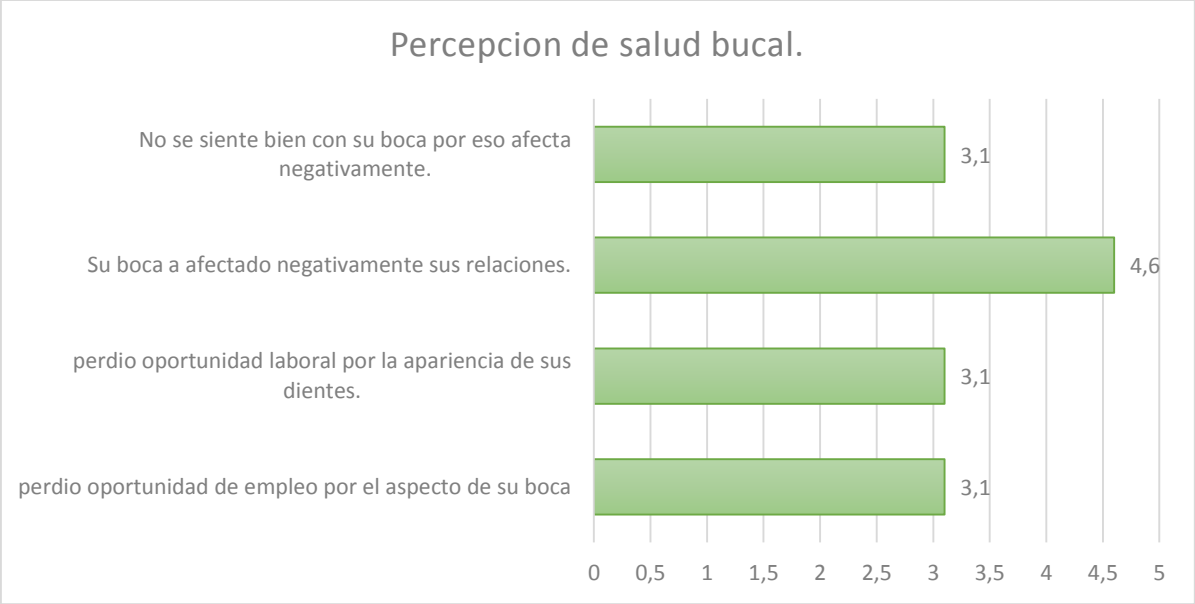
El 4,6% considera que el estado de su boca ha afectado negativamente sus relaciones con otras personas.

Tabla 142 Frecuencia- cuál es la principal razón por la que usted considera que el estado de su boca ha afectado negativamente en sus relaciones con las otras personas.

Razón por la que usted considera que el estado de su boca ha afectado negativamente en sus relaciones.	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No aplica	124	95,4	95,4	95,4
Porque se han burlado de usted	2	1,5	1,5	96,9
Porque no me siento bien con mi boca	4	3,1	3,1	100,0
Total	130	100,0	100,0	

El 3,1% cree que la razón principal por la que sus relaciones son afectadas negativamente es porque no se sienten bien con su boca.

Grafica 30 Distribución percepción de salud bucal.



8.2.2.3 Conocimientos de la salud Bucal

Tabla 143 Frecuencia- tener una boca sana es no tener caries/ no tener dientes dañados.

Una boca sana es no tener caries/ no tener dientes dañados.	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	79	60,8	60,8	60,8
No	51	39,2	39,2	100,0
Total	130	100,0	100,0	

El 60,8% asegura que tener una boca sana es no tener caries/dientes dañados.

Tabla 144 Frecuencia- tener una boca sana es tener los dientes blancos y parejos.

Una boca sana es tener los dientes blancos y parejos.	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	47	36,2	36,2	36,2
No	83	63,8	63,8	100,0
Total	130	100,0	100,0	

El 36,2% asegura que tener una boca sana es tener los dientes blancos y parejos.

Tabla 145 Frecuencia- tener una boca sana es tener los dientes completos.

Una boca sana es tener los dientes completos.	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
si	8	6,2	6,2	6,2
no	122	93,8	93,8	100,0
Total	130	100,0	100,0	

El 6,2% asegura que tener una boca sana es tener los dientes completos.

Tabla 146 Frecuencia- tener una boca sana es no tener mal aliento.

Una boca sana es no tener mal aliento.	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	58	44,6	44,6	44,6
No	72	55,4	55,4	100,0
Total	130	100,0	100,0	

El 44,6% asegura que tener una boca sana es no tener mal aliento.

Tabla 147 Frecuencia- tener una boca sana es no tener placa bacteriana o cálculos.

Una boca sana es no tener placa bacteriana o cálculos.	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	21	16,2	16,2	16,2
No	109	83,8	83,8	100,0
Total	130	100,0	100,0	

El 16,2% asegura que tener una boca sana es no tener placa bacteriana o cálculos.

Tabla 148 Frecuencia- tener una boca sana es no sentir dolor.

Una boca sana es no sentir dolor.	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	5	3,8	3,8	3,8
No	125	96,2	96,2	100,0
Total	130	100,0	100,0	

El 3,8% asegura que tener una boca sana es no sentir dolor.

Tabla 149 Frecuencia- tener una boca sana es no tener sangrado en la encía.

Una boca sana es no tener sangrado en la encía.		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	Si	13	10,0	10,0	10,0
	No	117	90,0	90,0	100,0
	Total	130	100,0	100,0	

El 60,8% asegura que tener una boca sana es no tener sangrado en las encías.

Tabla 150 Frecuencia- tener una boca sana es cuidarse/ limpiarse la boca.

Una boca sana es cuidarse/ limpiarse la boca.		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	Si	33	25,4	25,4	25,4
	No	97	74,6	74,6	100,0
	Total	130	100,0	100,0	

El 60,8% asegura que tener una boca sana es cuidarse/limpiarse la boca.

Tabla 151 Frecuencia- tener una boca sana es no sabe.

Una boca sana es no sabe.		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	Si	5	3,8	3,8	3,8
	No	125	96,2	96,2	100,0
	Total	130	100,0	100,0	

El 3,8% no saben que es tener una boca sana.

Tabla 152 Frecuencia- tener una boca sana es otras razones.

Tener una boca sana es otras razones	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No	130	100,0	100,0	100,0

Tabla 153 Frecuencia- cree que por el mal cepillado les da caries a los dientes.

El mal cepillado les da caries a los dientes.	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	79	60,8	60,8	60,8
No	51	39,2	39,2	100,0
Total	130	100,0	100,0	

El 60,8% cree que por mal cepillado da caries.

Tabla 154 Frecuencia- cree que por la mala higiene les da caries a los dientes.

La mala higiene les da caries a los dientes.	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	56	43,1	43,1	43,1
No	74	56,9	56,9	100,0
Total	130	100,0	100,0	

El 43,1% cree que por mala higiene da caries.

Tabla 155 Frecuencia- cree que el consumo de dulces da caries a los dientes.

El consumo de dulces da caries a los dientes.	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	38	29,2	29,2	29,2
No	92	70,8	70,8	100,0
Total	130	100,0	100,0	

El 60,8% cree que por el consumo de dulces da caries.

Tabla 156 Frecuencia- cree que el consumo de alimentos pegajosos da caries a los dientes.

El consumo de alimentos pegajosos da caries a los dientes.	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	6	4,6	4,6	4,6
No	124	95,4	95,4	100,0
Total	130	100,0	100,0	

El 4,6% cree que por el consumo de alimentos pegajosos da caries.

Tabla 157 Frecuencia- cree que la descalcificación o debilidad en los dientes da la caries en los dientes.

La descalcificación o debilidad en los dientes da la caries en los dientes.	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	3	2,3	2,3	2,3
No	127	97,7	97,7	100,0
Total	130	100,0	100,0	

El 2,3% cree que la descalcificación o debilidad de los dientes da caries.

Tabla 158 Frecuencia- cree que la mala alimentación da caries en los dientes.

La mala alimentación da caries en los dientes.		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	Si	11	8,5	8,5	8,5
	No	119	91,5	91,5	100,0
	Total	130	100,0	100,0	

El 8,5% cree que la mala alimentación da caries.

Tabla 159 Frecuencia- cree que usar cosas que alguien con caries ha usado da caries en los dientes.

Usar cosas que alguien con caries ha usado da caries en los dientes.		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	No	130	100,0	100,0	100,0

El 100% de los estudiantes consideran que usar cosas que alguien con caries ha usado no da caries en los dientes.

Tabla160 Frecuencia- cree que la predisposición genética (herencia) da caries en los dientes.

La predisposición genética (herencia) da caries en los dientes.		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	No	130	100,0	100,0	100,0

El 100% de los estudiantes consideran que la predisposición genética no da caries.

Tabla 161 Frecuencia- cree que por el consumo de medicamentos da la caries.

El consumo de medicamentos da la caries.	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No	130	100,0	100,0	100,0

El 100% de los estudiantes consideran que el consumo de medicamentos no da caries.

Tabla 162 Frecuencia- cree que por el mal uso de seda dental da caries en los dientes.

El mal uso de seda dental da caries.	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
si	1	0,8	0,8	0,8
no	129	99,2	99,2	100,0
Total	130	100,0	100,0	

El 0,8% cree que por el mal uso de la seda dental da caries.

Tabla 163 Frecuencia- cree que por la colocación de aparatos en la boca da la caries en los dientes.

La colocación de aparatos en la boca da la caries en los dientes.	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	1	0,8	0,8	0,8
No	129	99,2	99,2	100,0
Total	130	100,0	100,0	

El 0,8% cree que por colocación de aparatos en la boca da caries.

Tabla 164 Frecuencia- cree que por infección da caries en los dientes.

Por infección da caries en los dientes.	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No	130	100,0	100,0	100,0

El 100% de los estudiantes no creen que la caries se genere por infección.

Tabla 165 Frecuencia- cree que por el embarazo da caries en los dientes.

Por el embarazo da caries en los dientes.	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No	130	100,0	100,0	100,0

El 100% de los estudiantes no creen que el embarazo da caries

Tabla 166 Frecuencia- no sabe porque da caries en los dientes.

No sabe porque da caries en los dientes.	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	2	1,5	1,5	1,5
No	128	98,5	98,5	100,0
Total	130	100,0	100,0	

El 1,5% no saben porque da caries.

Tabla 167 Frecuencia- cree que las encías sangran o se inflaman por mal cepillado o no cepillarse.

Las encías sangran o se inflaman por mal cepillado o no cepillarse.	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	44	33,8	33,8	33,8
No	86	66,2	66,2	100,0
Total	130	100,0	100,0	

El 33,8% cree que las encías sangran o se inflaman por mal cepillado o no cepillarse.

Tabla 168 Frecuencia- cree que las encías sangran o se inflaman por cepillado fuerte.

Las encías sangran o se inflaman por cepillado fuerte.		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	Si	38	29,2	29,2	29,2
	No	92	70,8	70,8	100,0
	Total	130	100,0	100,0	

El 29,2% cree que las encías sangran o se inflaman por cepillado fuerte.

Tabla 169 Frecuencia- cree que las encías sangran o se inflaman por infección.

Las encías sangran o se inflaman por infección.		**Frecuencia**	**Porcentaje**	**Porcentaje válido**	**Porcentaje acumulado**
	Si	13	10,0	10,0	10,0
	No	117	90,0	90,0	100,0
	Total	130	100,0	100,0	

El 10,0% cree que las encías sangran o se inflaman por infección.

Tabla 170 Frecuencia- cree que las encías sangran o se inflaman por debilidad de la encía.

Las encías sangran o se inflaman por debilidad de la encía.	**Frecuencia**	**Porcentaje**	**Porcentaje válido**	**Porcentaje acumulado**

Si	8	6,2	6,2	6,2
No	122	93,8	93,8	100,0
Total	130	100,0	100,0	

El 6,2% cree que las encías sangran o se inflaman por debilidad de la encía.

Tabla 171 Frecuencia- cree que las encías sangran o se inflaman por mala alimentación.

Las encías sangran o se inflaman por mala alimentación.	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	1	0,8	0,8	0,8
No	129	99,2	99,2	100,0
Total	130	100,0	100,0	

El 0,8% cree que las encías sangran o se inflaman por mala alimentación.

Tabla 172 Frecuencia- cree que las encías sangran o se inflaman por problemas en el organismo.

Las encías sangran o se inflaman por problemas en el organismo.	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	3	2,3	2,3	2,3
No	127	97,7	97,7	100,0
Total	130	100,0	100,0	

El 2,3% cree que las encías sangran o se inflaman por problemas en el organismo.

Tabla 173 Frecuencia- cree que las encías sangran o se inflaman por mala higiene bucal.

Las encías sangran o se inflaman por mala higiene bucal.	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	15	11,5	11,5	11,5

No	115	88,5	88,5	100,0
Total	130	100,0	100,0	

El 11,5% cree que las encías sangran o se inflaman por mala higiene oral.

Tabla 174 Frecuencia- cree que las encías sangran o se inflaman por mal uso o no uso de seda dental y enjuagues.

Las encías sangran o se inflaman por mal uso o no uso de seda dental y enjuagues	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	3	2,3	2,3	2,3
No	127	97,7	97,7	100,0
Total	130	100,0	100,0	

El 2,3% cree que las encías sangran o se inflaman por mal uso o no uso de seda dental y enjuagues.

Tabla 175 Frecuencia- cree que las encías sangran o se inflaman por mal uso de palillos/ u otros elementos con punta.

Las encías sangran o se inflaman por mal uso de palillos/ u otros elementos con punta.	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	2	1,5	1,5	1,5
No	128	98,5	98,5	100,0
Total	130	100,0	100,0	

El 1,5% cree que las encías sangran o se inflaman por mal uso de palillos/u otros elementos con punta.

Tabla 176 Frecuencia- cree que las encías sangran o se inflaman por colocación de aparatos en boca (piercing, brackets y demás).

Las encías sangran o se inflaman por colocación de aparatos en boca	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No	130	100,0	100,0	100,0

El 100% de los estudiantes no creen que las encías sangran o se inflaman por colocación de aparatos en boca (piercing, brackets y demás).

Tabla 177 Frecuencia- cree que las encías sangran o se inflaman por problemas de caries.

Las encías sangran o se inflaman por problemas de caries.	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	5	3,8	3,8	3,8
No	125	96,2	96,2	100,0
Total	130	100,0	100,0	

El 3,8% cree que las encías sangran o se inflaman por problemas de caries.

Tabla 178 Frecuencia- cree que las encías sangran o se inflaman por otras enfermedades diferentes a las de la boca.

Las encías sangran o se inflaman por otras enfermedades diferentes a las de la boca.	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	2	1,5	1,5	1,5
No	128	98,5	98,5	100,0
Total	130	100,0	100,0	

El 1,5% cree que las encías sangran o se inflaman por otras enfermedades diferentes a las de la boca.

Tabla 179 Frecuencia- cree que las encías sangran o se inflaman por embarazo.

Las encías sangran o se inflaman por embarazo.	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No	130	100,0	100,0	100,0

El 100% de los estudiantes no creen que las encías sangran o se inflaman por embarazo.

Tabla 180 Frecuencia- cree que las encías sangran o se inflaman por otras razones.

Las encías sangran o se inflaman por otras razones.	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No	130	100,0	100,0	100,0

Tabla 181 Frecuencia- no sabe porque las encías sangran o se inflaman.

No sabe porque las encías sangran o se inflaman.	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	29	22,3	22,3	22,3
No	101	77,7	77,7	100,0
Total	130	100,0	100,0	

El 22,3% no sabe porque las encías sangran o se inflaman.

Tabla 182 Frecuencia- cree usted que los problemas en la boca afectan la salud general.

Los problemas en la boca afectan la salud general.	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	104	80,0	80,0	80,0
No	12	9,2	9,2	89,2
No sabe	14	10,8	10,8	100,0
Total	130	100,0	100,0	

El 80,0% cree que los problemas de la boca afectan la salud en general.

Tabla 183 Frecuencia- cree usted que existen enfermedades del cuerpo que causan problemas en la boca.

Existen enfermedades del cuerpo que causan problemas en la boca.	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	100	76,9	76,9	76,9
No	8	6,2	6,2	83,1
No sabe	22	16,9	16,9	100,0
Total	130	100,0	100,0	

El 76,9% cree que existen enfermedades del cuerpo que causan problemas en la boca.

Tabla 184 Frecuencia- la salud bucal es responsabilidad de.

La salud bucal es responsabilidad de:	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
El estado	1	0,8	0,8	0,8
Cada persona	105	80,8	80,8	81,5
Compartida entre el estado y la persona	23	17,7	17,7	99,2
Ninguna de las anteriores	1	0,8	0,8	100,0
Total	130	100,0	100,0	

El 80,5% dice que la salud bucal es responsabilidad de cada persona, y el 17,7% dice que la salud bucal es responsabilidad compartida entre el estado y las personas.

Tabla 185 Frecuencia- las personas para cuidase la boca deberían cepillarse regularmente, usar seda dental y enjuague bucal.

Para cuidase la boca deberían cepillarse regularmente, usar seda dental y enjuague bucal.	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	120	92,3	92,3	92,3
No	10	7,7	7,7	100,0
Total	130	100,0	100,0	

El 92,3% dice que las personas para cuidarse la boca deberían cepillarse, usar seda dental y enjuague bucal.

Tabla 186 Frecuencia- las personas para cuidarse la boca deberían asistir periódicamente a consulta odontológica.

Para cuidarse la boca deberían asistir periódicamente a consulta odontológica.	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	73	56,2	56,2	56,2
No	57	43,8	43,8	100,0
Total	130	100,0	100,0	

El 56,2% dice que las personas para cuidarse la boca deberían asistir periódicamente a consulta odontológica.

Tabla 187 Frecuencia- las personas para cuidarse la boca deberían tener buenos hábitos alimenticios.

Para cuidarse la boca deberían tener buenos hábitos alimenticios.	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	30	23,1	23,1	23,1
No	100	76,9	76,9	100,0
Total	130	100,0	100,0	

El 23,1% dice que las personas para cuidarse la boca deberían tener buenos hábitos alimenticios.

Tabla 188 Frecuencia- las personas para cuidarse la boca deberían evitar el consumo de azúcar o dulces.

Para cuidarse la boca deberían evitar el consumo de azúcar o dulces.	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	16	12,3	12,3	12,3
No	114	87,7	87,7	100,0
Total	130	100,0	100,0	

El 12,3% dice que las personas para cuidarse la boca deberían evitar el consumo de azúcar o dulces.

Tabla 189 Frecuencia- las personas para cuidarse la boca deberían evitar el consumo de cigarrillo/ tabaco.

Para cuidarse la boca deberían evitar el consumo de cigarrillo/ tabaco.	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	15	11,5	11,5	11,5
No	115	88,5	88,5	100,0
Total	130	100,0	100,0	

El 11,5% dice que las personas para cuidarse la boca deberían evitar el consumo de cigarrillo/tabaco.

Tabla 190 Frecuencia- las personas para cuidarse la boca deberían evitar el consumo de bebidas alcohólicas.

Para cuidarse la boca deberían evitar el consumo de bebidas alcohólicas.	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	10	7,7	7,7	7,7
No	120	92,3	92,3	100,0
Total	130	100,0	100,0	

El 7,7% dice que las personas para cuidarse la boca deberían evitar el consumo de bebidas alcohólicas.

Tabla 191 Frecuencia- las personas para cuidarse la boca deberían proteger los dientes cuando están haciendo deporte.

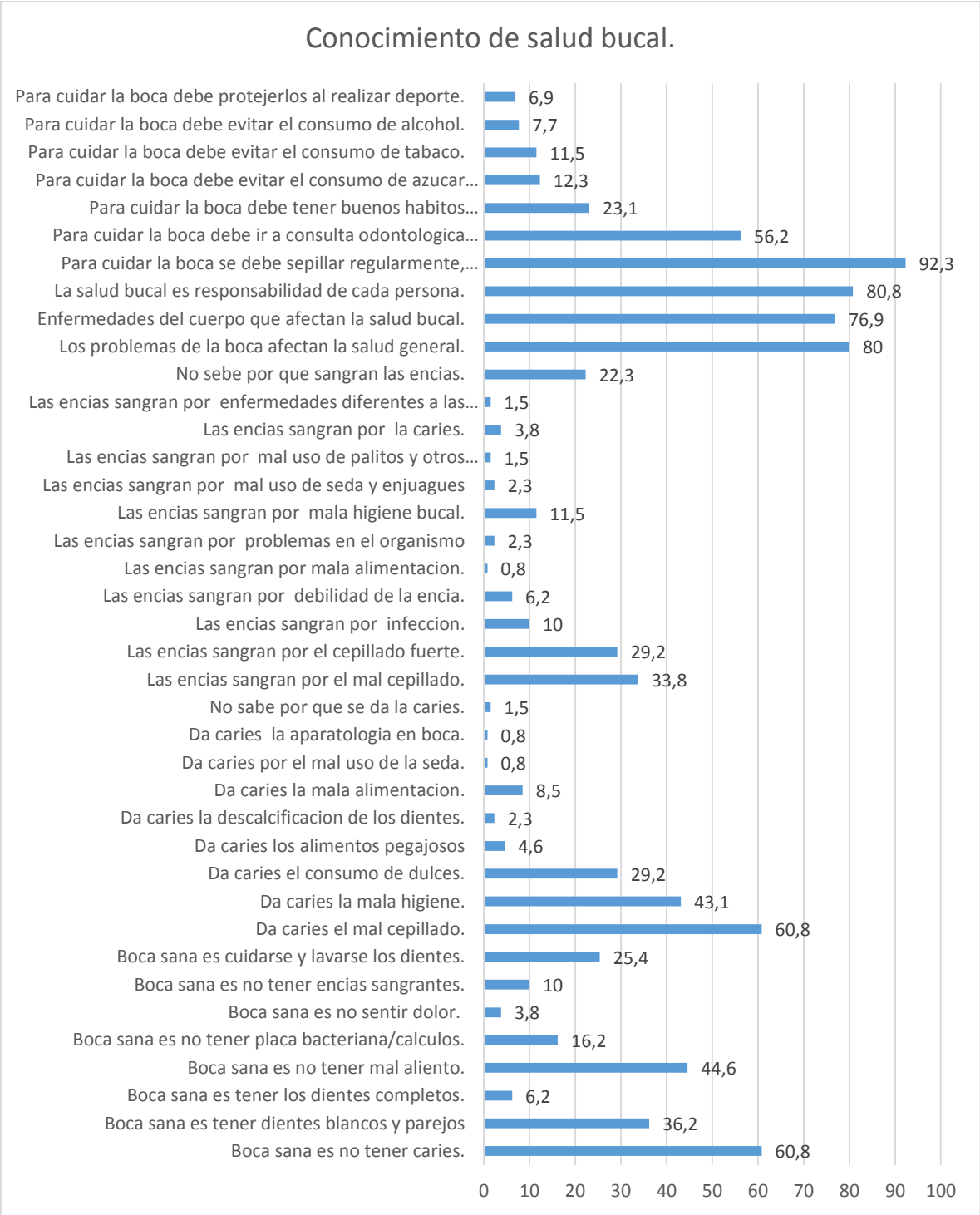
Para cuidarse la boca deberían proteger los dientes cuando están haciendo deporte.	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	9	6,9	6,9	6,9
No	121	93,1	93,1	100,0
Total	130	100,0	100,0	

El 6,9% dice que las personas para cuidarse la boca deberían proteger sus dientes cuando están haciendo deporte.

Tabla 192 Frecuencia- las personas para cuidarse la boca deberían por otras razones.

Para cuidarse la boca deberían por otras razones.	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No	130	100,0	100,0	100,0

Grafica 31 distribución conocimiento de salud bucal.



Participación en organizaciones sociales

Tabla 193 Frecuencia- pertenece a alguna organización social en su barrio, localidad, lugar de estudio o trabajo.

Pertenece a alguna organización social en su barrio, localidad, lugar de estudio o trabajo.	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
si	7	5,4	5,4	5,4
no	123	94,6	94,6	100,0
Total	130	100,0	100,0	

El 5,4% pertenece alguna organización social en su barrio, localidad, lugar de estudio o trabajo.

Tabla 194 Frecuencia- en esa organización usted, ha participado en alguna actividad relacionada con la salud en general.

En esa organización usted, ha participado en alguna actividad relacionada con la salud en general.	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No aplica	123	94,6	94,6	94,6
No	7	5,4	5,4	100,0
Total	130	100,0	100,0	

El 5,4% que pertenece a una organización social no ha participado en alguna actividad relacionada con la salud en general.

Tabla 195 Frecuencia- en esa organización usted, ha participado en alguna actividad relacionada con la salud bucal.

En esa organización usted, ha participado en alguna actividad relacionada con la salud bucal.	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No aplica	123	94,6	94,6	94,6

No	7	5,4	5,4	100,0
Total	130	100,0	100,0	

El 5,4% que pertenece a una organización social no ha participado en alguna actividad relacionada con la salud bucal.

Grafico 32 Distribución participación en actividades sociales.

Estilos de vida y comportamientos.

Tabla 196 Frecuencia- usted se cepilla los dientes al levantarse.

Se cepilla los dientes al levantarse.	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	101	77,7	77,7	77,7
No	29	22,3	22,3	100,0

Total	130	100,0	100,0	

El 77,7% se cepilla los dientes al levantarse.

Tabla 197 Frecuencia- usted se cepilla los dientes al después del desayuno.

Se cepilla los dientes al después del desayuno.	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	53	40,8	40,8	40,8
No	77	59,2	59,2	100,0
Total	130	100,0	100,0	

El 40,8% se cepilla los dientes después del desayuno.

Tabla 198 Frecuencia- usted se cepilla los dientes después del almuerzo.

Se cepilla los dientes después del almuerzo.	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	92	70,8	70,8	70,8
No	38	29,2	29,2	100,0
Total	130	100,0	100,0	

El 70,8% se cepilla los dientes después del almuerzo.

Tabla 199 Frecuencia- usted se cepilla los dientes después de la comida/cena.

Se cepilla los dientes después de la comida/cena.	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	40	30,8	30,8	30,8
No	90	69,2	69,2	100,0
Total	130	100,0	100,0	

El 30,8% se cepilla los dientes después de la comida/cena.

Tabla 200 Frecuencia- usted se cepilla los dientes antes de acostarse.

Se cepilla los dientes antes de acostarse.	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	76	58,5	58,5	58,5
No	54	41,5	41,5	100,0
Total	130	100,0	100,0	

El 58,5% se cepilla los dientes antes de acostarse.

Tabla 201 Frecuencia- usted se cepilla los dientes en otros momentos.

Se cepilla los dientes en otros momentos.	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	22	16,9	16,9	16,9
No	108	83,1	83,1	100,0
Total	130	100,0	100,0	

El 16,9% se cepilla los dientes en otros momentos.

Tabla 202 Frecuencia- usted se cepilla los dientes (nunca).

Se cepilla los dientes (nunca).	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No	130	100,0	100,0	100,0

Tabla 203 Frecuencia- decide cambiar de cepillo de dientes cuando las cerdas han perdido la forma.

Cambia de cepillo de dientes cuando las cerdas han perdido la forma.	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	86	66,2	66,2	66,2
No	44	33,8	33,8	100,0
Total	130	100,0	100,0	

El 66,2% decide cambiar el cepillo de dientes cuando las cerdas han perdido su forma.

Tabla 204 Frecuencia- decide cambiar de cepillo de dientes cuando se ve sucio.

Cambia de cepillo de dientes cuando se ve sucio.		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	Si	15	11,5	11,5	11,5
	No	115	88,5	88,5	100,0
	Total	130	100,0	100,0	

El 11,5% decide cambiar el cepillo de dientes cuando se ve sucio.

Tabla 205 Frecuencia- decide cambiar de cepillo de dientes cuando lastima la encía.

Cambia de cepillo de dientes cuando lastima la encía.		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	Si	1	0,8	0,8	0,8
	No	129	99,2	99,2	100,0
	Total	130	100,0	100,0	

El 0,8% decide cambiar el cepillo de dientes cuando lastima la encía.

Tabla 206 Frecuencia- decide cambiar de cepillo de dientes periódicamente sin importar su estado.

Cambiar de cepillo de dientes periódicamente sin importar su estado.		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	Si	46	35,4	35,4	35,4
	No	84	64,6	64,6	100,0

Total	130	100,0	100,0	

El 35,4% decide cambiar el cepillo de dientes periódicamente sin importar su estado.

Tabla 207 Frecuencia- cada cuanto cambia su cepillo de dientes.

Cada cuanto cambia su cepillo de dientes.	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Menos de un mes	12	9,2	9,2	9,2
Entre 1 y 2 meses	47	36,2	36,2	45,4
Entre más de 2 y 3 meses	37	28,5	28,5	73,8
Entre más de 3 y 6 meses	30	23,1	23,1	96,9
Entre más de 6 meses y 1 año	4	3,1	3,1	100,0
Total	130	100,0	100,0	

El 36,2% cambia su cepillo entre 1 y 2 meses, y el 28,5% cambia su cepillo entre 2 y 3 meses.

Tabla 208 Frecuencia- usa crema dental para cepillarse/lavarse los dientes.

Usa crema dental para cepillarse	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	130	100,0	100,0	100,0

El 100% usa crema dental para cepillarse los dientes.

Tabla 209 Frecuencia- que cantidad de crema usa para cepillarse los dientes.

Que cantidad de crema usa para cepillarse los dientes.	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1/4 del cepillo	7	5,4	5,4	5,4
1/2 del cepillo	32	24,6	24,6	30,0
3/4 del cepillo	14	10,8	10,8	40,8

Todo el cepillo	77	59,2	59,2	100,0
Total	130	100,0	100,0	

El 59,2% aplica crema dental en todo el cepillo, y el 24,6% aplica crema dental en ½ del cepillo.

Tabla 210 Frecuencia- con qué frecuencia usa seda dental.

Con qué frecuencia usa seda dental.	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nunca	20	15,4	15,4	15,4
Rara vez	49	37,7	37,7	53,1
Una vez al día	36	27,7	27,7	80,8
2 o más veces al día	25	19,2	19,2	100,0
Total	130	100,0	100,0	

El 37,7% usa rara vez la seda dental, y el 27,7% usa una vez al día seda dental.

Tabla 211 Frecuencia- con respecto al habito de fumar, usted.

Con respecto al habito de fumar, usted.	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nunca ha fumado	93	71,5	71,5	71,5
Actualmente fuma	16	12,3	12,3	83,8
Fuma ocasionalmente	3	2,3	2,3	86,2
Es ex fumador	18	13,8	13,8	100,0
Total	130	100,0	100,0	

El 71,5% nunca ha fumado, y el 13,8% es ex fumador.

Tabla 212 Frecuencia- usted fuma o fumo con la candela al revés.

Usted fuma o fumo con la candela al revés.	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No aplica	93	71,5	71,5	71,5
Si	2	1,5	1,5	73,1
No	35	26,9	26,9	100,0
Total	130	100,0	100,0	

El 1,5% fuma o ha fumado con la candela al revés.

Tabla 213 Frecuencia- con respecto al consumo de alcohol, usted.

Con respecto al consumo de alcohol, usted.	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nunca ha consumido bebidas Alcohólicas	39	30,0	30,0	30,0
Habitualmente consume Bebidas alcohólicas(más de 1 vez al mes)	11	8,5	8,5	38,5
Ocasionalmente consume bebidas alcohólicas (menos de 1 vez al mes)	77	59,2	59,2	97,7
Es ex bebedor (dejo de Consumir bebidas alcohólicas hace un año o mas	3	2,3	2,3	100,0
Total	130	100,0	100,0	

El 59,2% consume bebidas alcohólicas ocasionalmente, y el 30,0% nunca ha consumido bebidas alcohólicas.

Tabla 214 Frecuencia- usa usted prótesis dental removible.

Usa usted prótesis dental removible.	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No	130	100,0	100,0	100,0

El 100% de los estudiantes no usan prótesis dental removible

Tabla 215 Frecuencia- hace cuanto tiempo que tiene la prótesis/dentadura actual.

Hace cuanto tiempo que tiene la prótesis/dentadura actual.	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No aplica	130	100,0	100,0	100,0

Tabla 215 Frecuencia- usa usted prótesis mientras duerme.

Usa usted prótesis mientras duerme.	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No aplica	130	100,0	100,0	100,0

Tabla 216 Frecuencia- en los últimos 6 meses usted ha tenido dolor en la boca, cara o maxilares que le duro más de una semana.

En los últimos 6 meses usted ha tenido dolor en la boca, cara o maxilares que le duro más de una semana.	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	34	26,2	26,2	26,2
No	96	73,8	73,8	100,0
Total	130	100,0	100,0	

El 26,2% ha tenido dolor en la boca, cara o maxilares que le duro más de una semana.

Tabla 217 Frecuencia- ese dolor le impidió comer.

Ese dolor le impidió comer.	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No aplica	96	73,8	73,8	73,8
Si	13	10,0	10,0	83,8
No	21	16,2	16,2	100,0
Total	130	100,0	100,0	

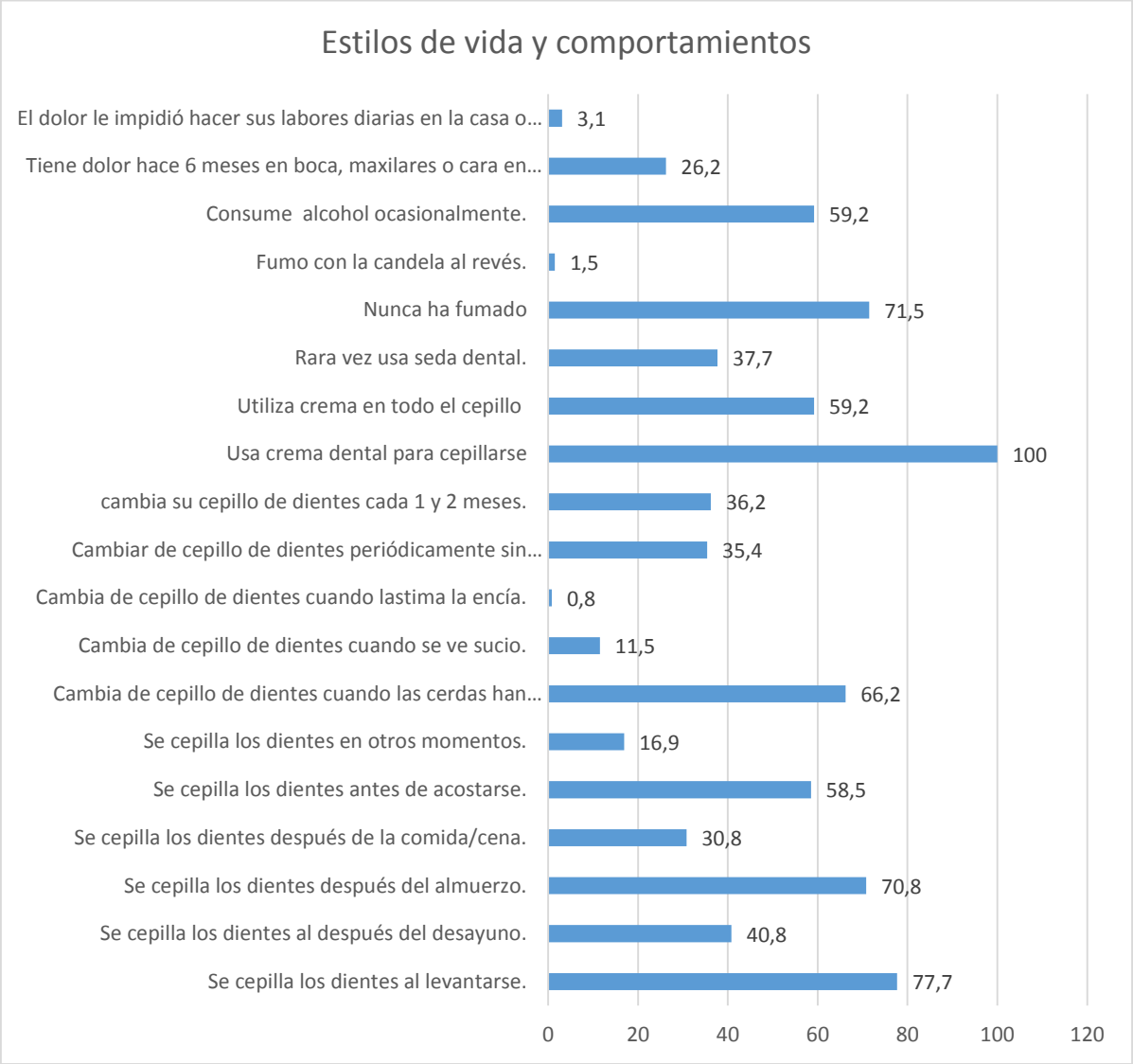
El 10,0% el dolor le impidió comer.

Tabla 218 Frecuencia- el dolor le impidió hacer sus labores diarias en la casa o en el trabajo.

El dolor le impidió hacer sus labores diarias en la casa o en el trabajo.	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No aplica	96	73,8	73,8	73,8
Si	4	3,1	3,1	76,9
No	30	23,1	23,1	100,0
Total	130	100,0	100,0	

El 3,1% el dolor le impidió hacer sus labores diarias en la casa o el trabajo.

Grafica 33 Distribución estilos de vida y comportamientos.



ANALISIS BIVARIADO

Con el fin de realizar los análisis bivariados, para dar respuesta a los objetivos 5 se realizan las siguientes agrupaciones en las siguientes variables a comparar.

Tabla 219 Frecuencia fluorosis dental

Fluorosis dental.	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
no	75	57,7	57,7	57,7
si	55	42,3	42,3	100,0
Total	130	100,0	100,0	

Prevalencia de flurosis dental es de 42,3%.

Tabla 220 Frecuencia opacidades demarcadas.

Opacidades demarcadas.	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
no	68	52,3	52,3	52,3
si	62	47,7	47,7	100,0
Total	130	100,0	100,0	

La prevalencia de opacidades demarcadas es de 47,7%.

Tabla 221 Frecuencia enfermedad periodontal.

Enfermedad periodontal.	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
no	107	82,3	82,3	82,3
si	23	17,7	17,7	100,0
Total	130	100,0	100,0	

La prevalencia de enfermedad periodontal es de 17,7%

Tabla 222 Frecuencia COP MODIFICADO AGRUPADO.

COP MODIFICADO	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
sano	5	3,8	3,8	3,8
1-4	29	22,3	22,3	26,2
5-8	41	31,5	31,5	57,7
>9	55	42,3	42,3	100,0
Total	130	100,0	100,0	

Prevalencia de COP-modificado agrupado es ≥9 en un 42,3% de los individuos observados.

Tabla 223 Frecuencia edad agrupada

Edad agrupada	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
16-19	34	26,2	26,2	26,2
20-21	40	30,8	30,8	56,9
22-24	28	21,5	21,5	78,5
>25	28	21,5	21,5	100,0
Total	130	100,0	100,0	

El 30,8% de los individuos tenían entre 20-21 años.

Tabla 224 Frecuencia Régimen de salud agrupado.

Régimen de salud agrupado.	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
contributivo	95	73,1	73,1	73,1
subsidiado	16	12,3	12,3	85,4
especial	11	8,5	8,5	93,8
no asegurado	8	6,2	6,2	100,0
Total	130	100,0	100,0	

El 73,1% de los individuos del estudio pertenecían al régimen de salud contributivo.

Tabla 225 Frecuencia semestre agrupado.

Semestre agrupado.	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1-3	42	32,3	32,3	32,3
4-6	40	30,8	30,8	63,1
7-10	48	36,9	36,9	100,0
Total	130	100,0	100,0	

El un 36,9% de los encuestados se encontraban cursando de VII a X semestre de los programas de ingeniería y veterinaria.

Tabla 226 Frecuencia ingresos agrupados.

Ingresos agrupados.	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1-4	64	49,2	49,2	49,2
5-6	36	27,7	27,7	76,9
no sabe	30	23,1	23,1	100,0
Total	130	100,0	100,0	

El 49,2% de los encuestados refirieron tener ingresos entre 1 y 4 salarios mínimos legales vigentes.

Análisis Bivariados cruzados.

Tabla 227 Sexo vs factor de riesgo Silness y Loe gingival.

Sexo vs factor de riesgo Silness y Loe gingival.			Factor de riesgo Índice gingival			Total
			Bajo	Medio	Alto	
SEXO	Masculino	Recuento	75	1	8	84
		% dentro de SEXO	89,3%	1,2%	9,5%	100,0%
	Femenino	Recuento	45	0	1	46
		% dentro de SEXO	97,8%	0,0%	2,2%	100,0%
Total		Recuento	120	1	9	130
		% dentro de SEXO	92,3%	0,8%	6,8%	100,0%

$Chi^2 = 3,102$ $p = 0,212$.

No hay diferencia significativa en la prevalencia de índice gingival entre hombres y mujeres. Aunque los más afectados parecen ser los hombres con un 9,5% de riesgo alto vs 2,2% de las mujeres.

Tabla 228 Sexo vs enfermedad periodontal.

Sexo vs enfermedad periodontal.			Enfermedad periodontal		Total
			No	Si	
SEXO	Masculino	Recuento	64	20	84
		% dentro de SEXO	76,2%	23,8%	100,0%
	Femenino	Recuento	41	5	46
		% dentro de SEXO	89,1%	10,9%	100,0%
Total		Recuento	105	25	130
		% dentro de SEXO	80,8%	19,2%	100,0%

Chi^2= 3,204 *p*= 0,073 OR= 0,390; IC95%: 0,135 – 1,121.

No hay diferencia significativa en la prevalencia de enfermedad periodontal entre hombres y mujeres. Aunque los hombres parecen más afectados que las mujeres con un 23,8% vs10, 9%.

Tabla 229 Sexo vs factor de riesgo Silnes y Loe placa

Sexo vs factor de riesgo Silnes y Loe placa			factor de riesgo Silness y loe placa			Total
			Bajo	Medio	Alto	
SEXO	Masculino	Recuento	59	10	15	84
		% dentro de SEXO	70,2%	11,9%	17,9%	100,0%
	Femenino	Recuento	37	4	5	46
		% dentro de SEXO	80,4%	8,7%	10,9%	100,0%
	Total	Recuento	96	14	20	130
		% dentro de SEXO	73,8%	10,8%	15,5%	100,0%

Chi^2 = 1,646 *p*= 0,439.

No hay diferencia significativa enla prevalencia de placa entre hombres y mujeres. Aunque los hombres presentaron más prevalencia de riesgo alto en comparación con las mujeres (17,9 vs 10,9%).

Tabla 230 Sexo vs COP modificado agrupado.

Sexo vs COP modificado agrupado.			COP MODIFICADO AGRUPADO				Total
			SANO	1-4	5-8	>9	
SEXO	Masculino	Recuento	4	16	29	35	84
		% dentro de SEXO	4,8%	19,0%	34,5%	41,7%	100,0%
	Femenino	Recuento	1	13	12	20	46
		% dentro de SEXO	2,2%	28,3%	26,1%	43,5%	100,0%
	Total	Recuento	5	29	41	55	130
		% dentro de SEXO	3,8%	22,3%	31,5%	42,3%	100,0%

Chi^2 = 2,342 *p*= 0,504.

No hay diferencia significativa en la prevalencia de COP entre hombres y mujeres.

Tabla 231 Sexo vs opacidades demarcadas.

Sexo vs opacidades demarcadas.			Opacidades cualitativo		Total
			No	Si	
SEXO	Masculino	Recuento	42	42	84
		% dentro de SEXO	50,0%	50,0%	100,0%
	Femenino	Recuento	26	20	46
		% dentro de SEXO	56,5%	43,5%	100,0%
	Total	Recuento	68	62	130
		% dentro de SEXO	52,3%	47,7%	100,0%

Chi^2 = 0,507 *p*= 0,477 OR=0,769; IC95%: 0,373-1,585.

No hay diferencia significativa en la prevalencia de opacidades demarcadas entre hombres y mujeres. Aunque los más afectados fueron los hombres (50% vs 43%)

Tabla 232 Sexo vs fluorosis.

Sexo vs fluorosis.			Fluorosis cualitativa		Total
			no	si	
SEXO	Masculino	Recuento	49	35	84
		% dentro de SEXO	58,3%	41,7%	100,0%
	Femenino	Recuento	26	20	46
		% dentro de SEXO	56,5%	43,5%	100,0%
	Total	Recuento	75	55	130
		% dentro de SEXO	57,7%	42,3%	100,0%

Chi^2 = 0,040 *p*= 0,842 OR=1.077; IC95%: 0,521-2,227.

No hay diferencia significativa enla prevalencia de fluorosis entre hombres y mujeres. . Aunque los más afectados fueron las mujeres (43,5% vs 41,7%).

Tabla 233 Sexo vs edentulismo.

Sexo vs edentulismo.			Edentulismo		
			No	Si	Total
SEXO	Masculino	Recuento	71	13	84
		% dentro de SEXO	84,5%	15,5%	100,0%
	Femenino	Recuento	40	6	46
		% dentro de SEXO	87,0%	13,0%	100,0%
Total		Recuento	111	19	130
		% dentro de SEXO	85,4%	14,6%	100,0%

Chi^2 = 0,141 *p*= 0,707 OR=0,819; IC95%: 0,289-2,323.

No hay diferencia significativa en la prevalencia de edentulismo entre hombres y mujeres. . Aunque los hombres perecen más afectados que las mujeres (15,5% vs 13).

Tabla 234 Edad agrupada vs factor de riesgo Silness y Loe gingival.

Edad agrupada vs factor de riesgo Silness y Loe gingival.			Factor de riesgo Índice gingival			
			Bajo	Medio	Alto	Total
EDAD AGRUPADA	16-19	Recuento	30	1	3	34
		% dentro de EDAD AGRUPADA	88,2%	2,9%	8,8%	100,0%
	20-21	Recuento	36	0	4	40
		% dentro de EDAD AGRUPADA	90,0%	0,0%	10,0%	100,0%
	22-24	Recuento	27	0	1	28
		% dentro de EDAD AGRUPADA	96,4%	0,0%	3,6%	100,0%
	>25	Recuento	27	0	1	28
		% dentro de EDAD AGRUPADA	96,4%	0,0%	3,6%	100,0%
Total		Recuento	120	1	9	130
		% dentro de EDAD AGRUPADA	92,3%	0,8%	6,9%	100,0%

Chi^2 = 4,644 *p*= 0,590.

No hay diferencia significativa enla prevalencia de índice gingival entre las diferentes edades. Aunque las edades más afectadas fueron los grupos de 16-19 (8,8%) y 20 a 21 (10%).

Tabla 235 Edad agrupada vs enfermedad periodontal.

Edad agrupada vs enfermedad periodontal.			Enfermedad periodontal		Total
			No	Si	
EDAD AGRUPADA	16-19	Recuento	25	9	34
		% dentro de EDAD AGRUPADA	73,5%	26,5%	100,0%
	20-21	Recuento	35	5	40
		% dentro de EDAD AGRUPADA	87,5%	12,5%	100,0%
	22-24	Recuento	22	6	28
		% dentro de EDAD AGRUPADA	78,6%	21,4%	100,0%
	>25	Recuento	23	5	28
		% dentro de EDAD AGRUPADA	82,1%	17,9%	100,0%
Total		Recuento	105	25	130
		% dentro de EDAD AGRUPADA	80,8%	19,2%	100,0%

Chi^2= 2,435 *p*= 0,487.

No hay diferencia significativa en la prevalencia de enfermedad periodontal entre los diferentes grupos de edades. Aunque la prevalencia más alta la presentaron los individuos de 16 a 19 años (26,5%)

Tabla 236 Edad agrupada vs factor de riesgo Silness y Loe placa.

Edad agrupada vs factor de riesgo Silness y Loe placa.			Factor de riesgo Silness y Loe placa			
			Bajo	Medio	Alto	Total
EDAD AGRUPADA	16-19	Recuento	24	5	5	34
		% dentro de EDAD AGRUPADA	70,6%	14,7%	14,7%	100,0%
	20-21	Recuento	30	3	7	40
		% dentro de EDAD AGRUPADA	75,0%	7,5%	17,5%	100,0%
	22-24	Recuento	21	4	3	28
		% dentro de EDAD AGRUPADA	75,0%	14,3%	10,7%	100,0%
	>25	Recuento	21	2	5	28
		% dentro de EDAD AGRUPADA	75,0%	7,1%	17,9%	100,0%
Total		Recuento	96	14	20	130
		% dentro de EDAD AGRUPADA	73,8%	10,8%	15,4%	100,0%

$Chi^2 = 2,251$ $p = 0,895$.

No hay diferencia significativa entre la prevalencia de placa entre las diferentes edades. . Aunque la prevalencia más alta la presentaron los individuos de 16 a 19 años (14,7%).

Tabla 237 Edad agrupada vs COP modificado agrupado.

Edad agrupada vs COP modificado agrupado.			COP modificado agrupado				
			SANO	1-4	5-8	>9	Total
EDAD AGRUPADA	16-19	Recuento	3	12	14	5	34
		% dentro de EDAD AGRUPADA	8,8%	35,3%	41,2%	14,7%	100,0%
	20-21	Recuento	1	10	16	13	40

		% dentro de EDAD AGRUPADA	2,5%	25,0%	40,0%	32,5%	100,0%
	22-24	Recuento	0	5	7	16	28
		% dentro de EDAD AGRUPADA	0,0%	17,9%	25,0%	57,1%	100,0%
	>25	Recuento	1	2	4	21	28
		% dentro de EDAD AGRUPADA	3,6%	7,1%	14,3%	75,0%	100,0%
Total		Recuento	5	29	41	55	130
		% dentro de EDAD AGRUPADA	3,8%	22,3%	31,5%	42,3%	100,0%

Chi^2 = 29,790 *p*= 0,000.

Se encontró diferencia estadísticamente significativa en la prevalencia de COP modificado entre las diferentes edades. Observándose un incremento en el COP modificado a medida que incrementa la edad; de tal forma que el 75% de los individuos con edad igual o mayor a 25 años tienen COP modificado mayores e iguales a 9.

Tabla 238 Edad agrupada opacidades demarcadas.

Edad agrupada vs opacidades demarcadas.			Opacidades demarcadas cualitativo		
			No	Si	Total
EDAD AGRUPADA	16-19	Recuento	21	13	34
		% dentro de EDAD AGRUPADA	61,8%	38,2%	100,0%
	20-21	Recuento	21	19	40
		% dentro de EDAD AGRUPADA	52,5%	47,5%	100,0%
	22-24	Recuento	14	14	28
		% dentro de EDAD AGRUPADA	50,0%	50,0%	100,0%
	>25	Recuento	12	16	28
		% dentro de EDAD AGRUPADA	42,9%	57,1%	100,0%
Total		Recuento	68	62	130
		% dentro de EDAD AGRUPADA	52,3%	47,7%	100,0%

Chi^2 = 2,282 *p*= 0,516.

No hay diferencia significativa en la prevalencia de opacidades demarcadas entre los diferentes grupos de edades. Aunque el grupo más afectado parece ser el de > 25 años con un 57,1%.

Tabla 239 Edad agrupada vs flurosis dental.

Edad agrupada vs flurosis dental.			Fluorosis cualitativo		
			No	Si	Total
EDAD AGRUPADA	16-19	Recuento	16	18	34
		% dentro de EDAD AGRUPADA	47,1%	52,9%	100,0%
	20-21	Recuento	22	18	40
		% dentro de EDAD AGRUPADA	55,0%	45,0%	100,0%
	22-24	Recuento	15	13	28
		% dentro de EDAD AGRUPADA	53,6%	46,4%	100,0%
	>25	Recuento	22	6	28
		% dentro de EDAD AGRUPADA	78,6%	21,4%	100,0%
Total		Recuento	75	55	130
		% dentro de EDAD AGRUPADA	57,7%	42,3%	100,0%

$chi^2 = 6,890$ $p = 0,076$.

No hay diferencia significativa entre la prevalencia de fluorosis entre las diferentes edades. Aunque el grupo que presento más prevalencia fue el de 16 a 19 años (52,9%), lo que se explicaría de dos posibles formas; podría pensarse que el grupo de más jóvenes estuvieron expuestos más expuestos a altas concentraciones de flúor durante su primera infancia. Por otra parte, la disminución de la prevalencia de fluorosis en grupos de edad más avanzada podría deberse al proceso natural de la atenuación de las lesiones fluoróticas con el paso del tiempo.

Tabla 240 Edad agrupada vs edentulismo.

Edad agrupada vs edentulismo.			EDENTULISMO		
			NO	SI	Total
EDAD AGRUPADA	16-19	Recuento	34	0	34
		% dentro de EDAD AGRUPADA	100,0%	0,0%	100,0%
	20-21	Recuento	35	5	40
		% dentro de EDAD AGRUPADA	87,5%	12,5%	100,0%

	22-24	Recuento	23	5	28
		% dentro de EDAD AGRUPADA	82,1%	17,9%	100,0%
	>25	Recuento	19	9	28
		% dentro de EDAD AGRUPADA	67,9%	32,1%	100,0%
Total		Recuento	111	19	130
		% dentro de EDAD AGRUPADA	85,4%	14,6%	100,0%

Chi^2 = 13,092 *p*= 0,004.

Se encontró diferencia significativa en la prevalencia de edentulismo entre los diferentes grupos de edad. Así, en grupo mayor e igual a 25 años fueron los más afectados con un 17,9%.

Tabla 241 Facultad vs factor de riesgo Silness y Loe gingival.

Facultad vs factor de riesgo Silness y Loe gingival.			Factor de riesgo índice gingival			
			Bajo	Medio	Alto	Total
FACULTAD	Ingeniería civil	Recuento	99	1	8	108
		% dentro de FACULTAD	91,7%	0,9%	7,4%	100,0%
	Veterinaria	Recuento	21	0	1	22
		% dentro de FACULTAD	95,5%	0,0%	4,8 %	100,0%
Total		Recuento	120	1	9	130
		% dentro de FACULTAD	92,3%	0,8%	6,9%	100,0%

Chi^2 = 0,448 *p*= 0,799.

No hay diferencia significativa entre la prevalencia de índice gingival entre las facultades. Aunque los individuos de la facultad de ingeniería parece estar más afectados que los de veterinaria (7,4% vs 4,5%).

Tabla 242 Facultad-enfermedad periodontal.

Facultad vs enfermedad periodontal.			Enfermedad periodontal		
			No	Si	Total
FACULTAD	Ingeniería civil	Recuento	88	20	108
		% dentro de FACULTAD	81,5%	18,5%	100,0%

	Veterinaria	Recuento	17	5	22
		% dentro de FACULTAD	77,3%	22,7%	100,0%
Total		Recuento	105	25	130
		% dentro de FACULTAD	80,8%	19,2%	100,0%

Chi^2= 0,208 *p*= 0,648 OR= 1,294; IC95%: 0,427 – 3,923.

No hay diferencia significativa en la prevalencia de enfermedad periodontal entre las dos facultades. Aunque hay una mayor prevalencia en los individuos de la facultad de veterinaria con un 22,7% vs 18,5%.

Tabla 243 Facultad vs factor de riesgo Silness y Loe placa.

Facultad vs factor de riesgo Silness y Loe placa.			Factor de riesgo Silness y Loe placa			
			Bajo	Alto	Medio	Total
FACULTAD	Ingeniería civil	Recuento	77	17	14	108
		% dentro de FACULTAD	71,3%	15,7%	13,0%	100,0%
	Veterinaria	Recuento	19	3	0	22
		% dentro de FACULTAD	86,4%	13,6%	0,0%	100,0%
Total		Recuento	96	20	14	130
		% dentro de FACULTAD	73,8%	15,4%	10,8%	100,0%

Chi^2 = 3,466 *p*= 0,177.

No hay diferencia significativa en la prevalencia de placa entre facultades. Aunque hay una mayor prevalencia de riesgo alto en la facultad de ingeniería (15,7% vs 13,6%).

Tabla 244 Facultad vs COP modificado agrupado.

Facultad vs COP modificado agrupado.			COP modificado agrupado				
			Sano	1-4	5-8	>9	Total
FACULTAD	Ingeniería civil	Recuento	5	24	37	42	108
		% dentro de FACULTAD	4,6%	22,2%	34,3%	38,9%	100,0%
	Veterinaria	Recuento	0	5	4	13	22

	% dentro de FACULTAD	0,0%	22,7%	18,2%	59,1%	100,0%
Total	Recuento	5	29	41	55	130
	% dentro de FACULTAD	3,8%	22,3%	31,5%	42,3%	100,0%

Chi^2 = 4,282 *p*= 0,233.

No hay diferencia significativa en la prevalencia de COP entre facultades. . Aun que los estudiantes de la facultad de veterinaria son los más afectados con un COP modificado mayor e igual a 9 en un 59,1%.

Tabla 245 Facultad vs opacidades demarcadas.

Facultad vs opacidades demarcadas.			Opacidades cualitativo		
			No	Si	Total
FACULTAD	Ingeniería civil	Recuento	57	51	108
		% dentro de FACULTAD	52,8%	47,2%	100,0%
	Veterinaria	Recuento	11	11	22
		% dentro de FACULTAD	50,0%	50,0%	100,0%
Total		Recuento	68	62	130
		% dentro de FACULTAD	52,3%	47,7%	100,0%

Chi^2 = 0,057 *p*= 0,812 OR=1,118; IC95%: 0,447-2,797.

No hay diferencia significativa entre la prevalencia de opacidades demarcadas entre facultades.

Tabla 246 Facultad vs fluorosis.

Facultad vs fluorosis.			fluorosis cualitativo		
			No	Si	Total
FACULTAD	Ingeniería civil	Recuento	65	43	108
		% dentro de FACULTAD	60,2%	39,8%	100,0%
	Veterinaria	Recuento	10	12	22
		% dentro de FACULTAD	45,5%	54,5%	100,0%
Total		Recuento	75	55	130
		% dentro de FACULTAD	57,7%	42,3%	100,0%

Chi^2 = 1,625 *p*= 0,202 OR=1,814; IC95%: 0,720-4,567.

No hay diferencia significativa en la prevalencia de fluorosis entre facultades. Aunque los más afectados son los de la facultad de veterinaria con un 54,5% vs 39,8%, sin embargo hay que tener en cuenta que los estudiantesde esta facultad son más jóvenes que los de ingeniería.

Tabla 247 Facultad vs edentulismo.

Facultad vs edentulismo.			Edentulismo		
			No	Si	Total
FACULTAD	Ingeniería civil	Recuento	91	17	108
		% dentro de FACULTAD	84,3%	15,7%	100,0%
	Veterinaria	Recuento	20	2	22
		% dentro de FACULTAD	90,9%	9,1%	100,0%
Total		Recuento	111	19	130
		% dentro de FACULTAD	85,4%	14,6%	100,0%

Chi^2 = 0,648 *p*= 0,421 OR=0,535; IC95%: 0,114-2,505.

No hay diferencia significativa en la prevalencia de edentulismo periodontal entre facultades. Aunque la prevalencia es mayor en los estudiantes de la facultad de ingeniería con un 15,7% vs 9,1%; aquí la edad más avanzada en los estudiantes de ingeniería sería un factor importante de tener en cuenta.

Tabla 248 Semestre agrupado vs factor de riesgo Silness y Loe gingival.

Semestre agrupado vs factor de riesgo Silness y Loe gingival.			Factor de riesgo índice gingival			
			Bajo	Medio	Alto	Total
Semestre agrupado	1-3	Recuento	36	1	5	42
		% dentro de semestre agrupado	85,7%	2,4%	11,9%	100,0%
	4-6	Recuento	40	0	0	40
		% dentro de semestre agrupado	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	7-10	Recuento	44	0	4	48
		% dentro de semestre agrupado	91,7%	0,0%	8,3%	100,0%

Total	Recuento	120	1	9	130
	% dentro de semestre agrupado	92,3%	0,8%	6,9%	100,0%

Chi^2 = 6,964 *p*= 0,138.

No hay diferencia significativa en la prevalencia de índice gingival entre los diferentes semestres agrupados. Aun que los estudiantes de semestres más bajos se vieron más afectados que los de semestres superiores (11,9%). También es interesante observar que los de semestres intermedios IV a VI son los que menos riesgo gingival presentan.

Tabla 249 Semestre agrupado vs enfermedad periodontal.

Semestre agrupado vs enfermedad periodontal.			Enfermedad periodontal		
			No	Si	Total
Semestre agrupado	1-3	Recuento	29	13	42
		% dentro de semestre agrupado	69,0%	31,0%	100,0%
	4-6	Recuento	35	5	40
		% dentro de semestre agrupado	87,5%	12,5%	100,0%
	7-10	Recuento	41	7	48
		% dentro de semestre agrupado	85,4%	14,6%	100,0%
Total		Recuento	105	25	130
		% dentro de semestre agrupado	80,8%	19,2%	100,0%

Chi^2= 5,549 *p*= 0,062.

No hay diferencia significativa en la prevalencia de enfermedad periodontal entre los diferentes semestres. Aunque los estudiantes de I a III semestre son los que presentan una prevalencia más alta (31,0%)

Tabla 250 Semestre agrupado vs factor de riesgo Silness y Loe placa.

Semestre agrupado vs factor de riesgo Silness y Loe placa.			Factor de riesgo Silness y Loe placa			
			Bajo	Medio	Alto	Total
Semestre agrupado	1-3	Recuento	26	6	10	42
		% dentro de semestre agrupado	61,9%	14,3%	23,8%	100,0%
	4-6	Recuento	33	4	3	40
		% dentro de semestre agrupado	82,5%	10,0%	7,5%	100,0%
	7-10	Recuento	37	4	7	48
		% dentro de semestre agrupado	77,1%	8,3%	14,6%	100,0%
Total		Recuento	96	14	20	130
		% dentro de semestre agrupado	73,8%	10,8%	15,4%	100,0%

$Chi^2 = 5,628$ $p = 0,229$.

No hay diferencia significativa entre la prevalencia de factor de riesgo según placa entre los diferentes semestres. Aunque los estudiantes de I a III semestre son los que presentan una riesgo más alto (23,8%).

Tabla 251 Semestre agrupado vs COP modificado agrupado.

Semestre agrupado vs COP modificado agrupado.			COP modificado agrupado				
			Sano	1-4	5-8	>9	Total
Semestre agrupado	1-3	Recuento	4	11	12	15	42
		% dentro de semestre agrupado	9,5%	26,2%	28,6%	35,7%	100,0%
	4-6	Recuento	0	13	15	12	40
		% dentro de semestre agrupado	0,0%	32,5%	37,5%	30,0%	100,0%
	7-10	Recuento	1	5	14	28	48
		% dentro de semestre agrupado	2,1%	10,4%	29,2%	58,3%	100,0%
Total		Recuento	5	29	41	55	130

% dentro de semestre agrupado	3,8%	22,3%	31,5%	42,3%	100,0%

Chi^2 = 16,067 *p*= 0,013.

Se encontró diferencia significativa en la prevalencia de COP- modificado entre los diferentes semestres. Siendo los más afectados los estudiantes de semestres avanzados (VII a X) en quienes el 58,3% presentaron COP-modificado mayor e igual a 9.

Tabla 252 Semestre agrupado vs opacidades demarcadas.

Semestre agrupado vs opacidades demarcadas.			Opacidades cualitativo		Total
			No	Si	
Semestre agrupado	1-3	Recuento	21	21	42
		% dentro de semestre agrupado	50,0%	50,0%	100,0%
	4-6	Recuento	24	16	40
		% dentro de semestre agrupado	60,0%	40,0%	100,0%
	7-10	Recuento	23	25	48
		% dentro de semestre agrupado	47,9%	52,1%	100,0%
Total		Recuento	68	62	130
		% dentro de semestre agrupado	52,3%	47,7%	100,0%

Chi^2 = 1,409 *p*= 0,494.

No hay diferencia significativa entre la prevalencia de opacidades demarcadas entre los diferentes semestres.

Tabla 253 Semestre agrupado vs fluorosis dental.

Semestre agrupado vs fluorosis dental.			Fluorosis cualitativo		Total
			No	Si	
Semestre agrupado	1-3	Recuento	24	18	42
		% dentro de semestre agrupado	57,1%	42,9%	100,0%
	4-6	Recuento	20	20	40
		% dentro de semestre agrupado	50,0%	50,0%	100,0%
	7-10	Recuento	31	17	48
		% dentro de semestre agrupado	64,6%	35,4%	100,0%
Total		Recuento	75	55	130

	% dentro de semestre agrupado	57,7%	42,3%	100,0%

Chi^2 = 1,909 *p*= 0,385.

No hay diferencia significativa entre la prevalencia de fluorosis entre los diferentes semestres. Aunque los menos afectados son los de semestres superiores.

Tabla 254 Semestre agrupado vs edentulismo.

Semestre agrupado vs edentulismo.			Total edentulismo		Total
			No	Si	
Semestre agrupado	1-3	Recuento	34	8	42
		% dentro de semestre agrupado	81,0%	19,0%	100,0%
	4-6	Recuento	38	2	40
		% dentro de semestre agrupado	95,0%	5,0%	100,0%
	7-10	Recuento	39	9	48
		% dentro de semestre agrupado	81,3%	18,8%	100,0%
Total		Recuento	111	19	130
		% dentro de semestre agrupado	85,4%	14,6%	100,0%

Chi^2 = 4,282 *p*= 0,118.

No hay diferencia significativa entre la prevalencia de edentulismo entre los diferentes semestres.

Tabla 255 Régimen de salud agrupado vs factor de riesgo Silness y Loe gingival.

Régimen de salud agrupado vs factor de riesgo Silness y Loe gingival.			Factor de riesgo índice gingival			
			Bajo	Medio	AltoMedio	Total
Régimen de salud agrupado	Contributivo	Recuento	91	0	4	95
		% dentro de régimen de salud agrupado	95,8%	0,0%	4,2%	100,0%
	Subsidiado	Recuento	12	1	3	16
		% dentro de régimen de salud agrupado	75,0%	6,3%	18,8%	100,0%
	Especial	Recuento	11	0	0	11

		% dentro de régimen de salud agrupado	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	No asegurado	Recuento	6	0	2	8
		% dentro de régimen de salud agrupado	75,0%	0,0%	25,0%	100,0%
Total		Recuento	120	1	9	130
		% dentro de régimen de salud agrupado	92,3%	0,8%	6,9%	100,0%

$Chi^2 = 16,879$ $p = 0,010$.

Se observó diferencia significativa entre la prevalencia de índice gingival entre los diferentes regímenes de aseguramiento en salud; así, el 25% de los estudiantes que refirieron no tener aseguramiento en salud y el 18,8% del régimen subsidiado, presentaron la prevalencia más alta de riesgo alto para el índice gingival.

Tabla 256 Régimen de salud agrupado vs enfermedad periodontal.

Régimen de salud agrupado vs enfermedad periodontal			Enfermedad periodontal		
			No	Si	Total
Régimen de salud agrupado	Contributivo	Recuento	79	16	95
		% dentro de Régimen de salud agrupado	83,2%	16,8%	100,0%
	Subsidiado	Recuento	12	4	16
		% dentro de Régimen de salud agrupado	75,0%	25,0%	100,0%
	Especial	Recuento	8	3	11
		% dentro de Régimen de salud agrupado	72,7%	27,3%	100,0%
	No asegurado	Recuento	6	2	8
		% dentro de Régimen de salud agrupado	75,0%	25,0%	100,0%
Total		Recuento	105	25	130
		% dentro de Régimen de salud agrupado	80,8%	19,2%	100,0%

Chi^2= 1,321 *p*= 0,724.

No hay diferencia significativa entre la prevalencia de enfermedad periodontal entre los diferentes regímenes de salud. Aunque los estudiantes de régimen especial presentaron mayor prevalencia 27,3%.

Tabla 257 Régimen de salud agrupado vs factor de riesgo Silness y Loe placa.

Régimen de salud agrupado vs factor de riesgo Silness y Loe placa.			Factor de riesgo Silness y Loe placa			
			Bajo	Medio	Medio	Total
Régimen de salud agrupado	Contributivo	Recuento	69	11	15	95
		% dentro de Régimen de salud agrupado	72,6%	11,6%	15,8%	100,0%
	Subsidiado	Recuento	12	1	3	16
		% dentro de Régimen de salud agrupado	75,0%	6,3%	18,8%	100,0%
	Especial	Recuento	9	1	1	11
		% dentro de Régimen de salud agrupado	81,8%	9,1%	9,1%	100,0%
	No asegurado	Recuento	6	1	1	8
		% dentro de Régimen de salud agrupado	75,0%	12,5%	12,5%	100,0%
Total		Recuento	96	14	20	130
		% dentro de Régimen de salud agrupado	73,8%	10,8%	15,4%	100,0%

Chi^2 = 0,985 *p*= 0,986.

No hay diferencia significativa entre la prevalencia de factor de riesgo placa entre los diferentes regímenes de salud.

Tabla 258 Régimen de salud agrupado vs COP modificado agrupado.

Régimen de salud agrupado vs COP modificado agrupado.			COP modificado agrupado				Total
			SANO	1-4	5-8	>9	
Régimen de salud agrupado	Contributivo	Recuento	3	20	27	45	95
		% dentro de Régimen de salud agrupado	3,2%	21,1%	28,4%	47,4%	100,0%
	Subsidiado	Recuento	1	4	7	4	16
		% dentro de Régimen de salud agrupado	6,3%	25,0%	43,8%	25,0%	100,0%
	Especial	Recuento	0	4	4	3	11
		% dentro de Régimen de salud agrupado	0,0%	36,4%	36,4%	27,3%	100,0%
	No asegurado	Recuento	1	1	3	3	8
		% dentro de Régimen de salud agrupado	12,5%	12,5%	37,5%	37,5%	100,0%
Total		Recuento	5	29	41	55	130
		% dentro de Régimen de salud agrupado	3,8%	22,3%	31,5%	42,3%	100,0%

$Chi^2 = 7,336$ $p = 0,602$.

No hay diferencia significativa en la prevalencia de COP entre los diferentes regímenes de salud. Aunque el 47,4% de los estudiantes con régimen contributivo presentan COP-modificado mayor e igual a 9.

Tabla 259 Régimen de salud agrupado vs opacidades demarcadas

Régimen de salud agrupado vs opacidades demarcadas.			Opacidades cualitativo		Total
			No	Si	
Régimen de salud agrupado	Contributivo	Recuento	48	47	95
		% dentro de Régimen de salud agrupado	50,5%	49,5%	100,0%
	Subsidiado	Recuento	8	8	16
		% dentro de Régimen de salud agrupado	50,0%	50,0%	100,0%
	Especial	Recuento	7	4	11

		% dentro de Régimen de salud agrupado	63,6%	36,4%	100,0%
	No asegurado	Recuento	5	3	8
		% dentro de Régimen de salud agrupado	62,5%	37,5%	100,0%
Total		Recuento	68	62	130
		% dentro de Régimen de salud agrupado	52,3%	47,7%	100,0%

Chi^2 = 1,054 *p*= 0,788.

No hay diferencia significativa entre la prevalencia de opacidades demarcadas entre los diferentes regímenes de salud.

Tabla 260 Régimen de salud agrupado vs fluorosis dental.

Régimen de salud agrupado vs fluorosis dental.			Fluorosis cualitativo		Total
			No	Si	
Régimen de salud agrupado	Contributivo	Recuento	54	41	95
		% dentro de Régimen de salud agrupado	56,8%	43,2%	100,0%
	Subsidiado	Recuento	11	5	16
		% dentro de Régimen de salud agrupado	68,8%	31,3%	100,0%
	Especial	Recuento	5	6	11
		% dentro de Régimen de salud agrupado	45,5%	54,5%	100,0%
	No asegurado	Recuento	5	3	8
		% dentro de Régimen de salud agrupado	62,5%	37,5%	100,0%
Total		Recuento	75	55	130
		% dentro de Régimen de salud agrupado	57,7%	42,3%	100,0%

Chi^2 = 1,580 *p*= 0,664.

No hay diferencia significativa en la prevalencia de fluorosis entre los diferentes regímenes de salud. Aunque los que presentan prevalencias más altas son los estudiantes con régimen contributivo (42,2% y el de especial con un 54,5%).

Tabla 261 Régimen de salud agrupado vs edentulismo.

Régimen de salud agrupado vs edentulismo.			Edentulismo		Total
			No	Si	
Régimen de salud agrupado	Contributivo	Recuento	77	18	95
		% dentro de Régimen de salud agrupado	81,1%	18,9%	100,0%
	Subsidiado	Recuento	16	0	16
		% dentro de Régimen de salud agrupado	100,0%	0,0%	100,0%
	Especial	Recuento	10	1	11
		% dentro de Régimen de salud agrupado	90,9%	9,1%	100,0%
	No asegurado	Recuento	8	0	8
		% dentro de Régimen de salud agrupado	100,0%	0,0%	100,0%
Total		Recuento	111	19	130
		% dentro de Régimen de salud agrupado	85,4%	14,6%	100,0%

$Chi^2 = 5,806$ $p = 0,121$.

No hay diferencia significativa en la prevalencia de edentulismo entre los diferentes regímenes de salud. Aunque la prevalencia más alta se presenta en los estudiantes pertenecientes al régimen contributivo (18,9%).

Tabla 262 Ingresos agrupado vs factor de riesgo Silness y Loe gingival.

Ingresos agrupado vs factor de riesgo Silness y Loe gingival.			Factor de riesgo índice gingival			Total
			Bajo	Medio	Alto	
Ingresos agrupados	1-4 Slmv	Recuento	59	1	4	64

		% dentro de ingresos agrupados	92,2%	1,6%	6,3%	100,0%
	5-6 Slmv	Recuento	34	0	2	36
		% dentro de ingresos agrupados	94,4%	0,0%	5,6%	100,0%
	No sabe	Recuento	27	0	3	30
		% dentro de ingresos agrupados	90,0%	0,0%	10,0%	100,0%
Total		Recuento	120	1	9	130
		% dentro de ingresos agrupados	92,3%	0,8%	6,9%	100,0%

*smlv (Salarios mínimos legales vigentes)

$Chi^2 = 1,616$ $p = 0,806$.

No hay diferencia significativa entre la prevalencia de índice gingival entre los diferentes grupos de ingresos económicos.

Tabla 263 Ingresos agrupado enfermedad periodontal.

Ingresos agrupados vs enfermedad periodontal.			Enfermedad periodontal		
			No	Si	Total
Ingresos agrupados	1-4 Slmv	Recuento	53	11	64
		% dentro de ingresos agrupados	82,8%	17,2%	100,0%
	5-6 Slmv	Recuento	31	5	36
		% dentro de ingresos agrupados	86,1%	13,9%	100,0%
	No sabe	Recuento	21	9	30
		% dentro de ingresos agrupados	70,0%	30,0%	100,0%
Total		Recuento	105	25	130
		% dentro de ingresos agrupados	80,8%	19,2%	100,0%

*Smlv (Salarios mínimos legales vigentes)

Ch^2= 3,073 *p*= 0,215.

No hay diferencia significativa entre la prevalencia de enfermedad periodontal entre los diferentes ingresos económicos. Aunque la prevalencia más alta se presenta en los de 1 a 4 smlv (17,2%)

Tabla 264 Ingresos agrupado vs factor de riesgo Silness y Loe placa.

Ingresos agrupado vs factor de riesgo Silness y Loe placa.			Factor de riesgo Silness y Loe placa			
			Bajo	Medio	Alto	Total
Ingresos agrupados	1-4 smlv	Recuento	43	9	12	64
		% dentro de ingresos agrupados	67,2%	14,1%	18,3%	100,0%
	5-6 smlv	Recuento	30	3	3	36
		% dentro de ingresos agrupados	83,3%	8,3%	8,3%	100,0%
	No sabe	Recuento	23	2	5	30
		% dentro de ingresos agrupados	76,7%	6,7%	16,7%	100,0%
Total		Recuento	96	14	20	130
		% dentro de ingresos agrupados	73,8%	10,8%	15,4%	100,0%

*Smlv (Salarios mínimos legales vigentes)

Chi^2 = 3,834 *p*= 0,429.

No hay diferencia significativa en la prevalencia de enfermedad periodontal entre los diferentes grupos de ingresos económicos. Aunque los que refirieron ingresos entre 1 a 4 Smlv son quienes presentan una prevalencia de riesgo alto en un 18,8%.

Tabla 265 Ingresos agrupado vs COP modificado agrupado.

Ingresos agrupados vs COP modificado agrupado.	COP modificado agrupado				
	Sano	1-4	5-8	>9	Total

Ingresos agrupados	1-4 Slmv	Recuento	2	13	16	33	64
		% dentro de ingresos agrupados	3,1%	20,3%	25,0%	51,6%	100,0%
	5-6 Slmv	Recuento	0	9	11	16	36
		% dentro de ingresos agrupados	0,0%	25,0%	30,6%	44,4%	100,0%
	No sabe	Recuento	3	7	14	6	30
		% dentro de ingresos agrupados	10,0%	23,3%	46,7%	20,0%	100,0%
Total		Recuento	5	29	41	55	130
		% dentro de ingresos agrupados	3,8%	22,3%	31,5%	42,3%	100,0%

*Smlv (Salarios mínimos legales vigentes)

Chi^2 = 12,589 *p*= 0,050.

No hay diferencia significativa entre la prevalencia de COP entre los diferentes grupos de ingresos económicos. Aunque el COP.mod más alto (>9) los presentan los estudiantes que refirieron tener de 1 a 4 smlv con un 51,6%.

Tabla 266 Ingresos agrupado vs opacidades demarcadas.

Ingresos agrupados vs opacidades demarcadas.			Opacidades cualitativo		Total
			No	Si	
Ingresos agrupados	1-4 Slmv	Recuento	28	36	64
		% dentro de ingresos agrupados	43,8%	56,3%	100,0%
	5-6 Slmv	Recuento	22	14	36
		% dentro de ingresos agrupados	61,1%	38,9%	100,0%
	No sabe	Recuento	18	12	30
		% dentro de ingresos agrupados	60,0%	40,0%	100,0%
Total		Recuento	68	62	130
		% dentro de ingresos agrupados	52,3%	47,7%	100,0%

*smlv (Salarios mínimos legales vigentes)

Chi^2 = 3,709 *p*= 0,157.

No hay diferencia significativa en la prevalencia de opacidades demarcadas entre los diferentes grupos de ingresos económicos. Aunque los más afectados con un 56,3% son los estudiantes con ingresos entre 1 a 4 smlv

Tabla 267 Ingresos agrupado vs fluorosis dental.

Ingresos agrupados vs fluorosis dental.			Fluorosis cualitativo		Total
			No	Si	
Ingresos agrupados	1-4 Slmv	Recuento	35	29	64
		% dentro de ingresos agrupados	54,7%	45,3%	100,0%
	5-6 Slmv	Recuento	22	14	36
		% dentro de ingresos agrupados	61,1%	38,9%	100,0%
	No sabe	Recuento	18	12	30
		% dentro de ingresos agrupados	60,0%	40,0%	100,0%
Total		Recuento	75	55	130
		% dentro de ingresos agrupados	57,7%	42,3%	100,0%

*smlv (Salarios mínimos legales vigentes)

$Chi^2 = 0,475$ $p = 0,789$.

No hay diferencia significativa en la prevalencia de fluorosis dental entre los diferentes grupos de ingresos económicos.

Tabla 268 Ingresos agrupado vs edentulismo.

Ingresos agrupado vs edentulismo.			Total edentulismo		Total
			No	Si	
Ingresos agrupados	1-4 Slmv	Recuento	54	10	64
		% dentro de ingresos agrupados	84,4%	15,6%	100,0%
	5-6 Slmv	Recuento	30	6	36
		% dentro de ingresos agrupados	83,3%	16,7%	100,0%
	No sabe	Recuento	27	3	30
		% dentro de ingresos agrupados	90,0%	10,0%	100,0%
Total		Recuento	111	19	130
		% dentro de ingresos agrupados	85,4%	14,6%	100,0%

$Chi^2 = 0,686$ $p = 0,710$.

No hay diferencia significativa entre la prevalencia de enfermedad periodontal entre los diferentes grupos de ingresos económicos.

ANALISIS BIVARIADO- DETERMINANTES SOCIALES.

Tabla 269 Inserción social.

Inserción Social		FACULTAD				*p chi² Pearson*
		Ingeniería civil		Veterinaria		
		Recuento	%	Recuento	%	
Responsable económico de su sostenimiento y/o estudio	Usted mismo	38	35,19	5	22,73	0,42
	Su madre	32	29,63	9	40,91	
	Su padre	31	28,70	8	36,36	
	Conyugue o conviviente	3	2,78	0	0	
	Familiar cercano que vive con usted	4	3,70	0	0	
	Otro familiar que convive con usted	0	0	0	0	
	Otro familiar que no convive con usted	0	0	0	0	
	Total	**108**	**100**	**22**	**100**	
En cuanto a su madre biológica	No aplica	76	NA	14	NA	0,61
	Vive en este hogar	30	93,75	8	100	
	No vive en este hogar	2	6,25	0	0	
	Total	108	NA	22	NA	
	Total valido	**32**	**100**	**8**	**100**	
En cuanto a su padre biológico	No aplica	77	NA	14	NA	0,27
	Vive en este hogar	26	83,87	5	62,5	
	No vive en este hogar	5	16,13	3	37,5	
	Total	108	NA	22	NA	
	Total valido	**31**	**100**	**8**	**100**	
En cuanto a su conyugue	No aplica	105	NA	22	NA	0,73
	Vive en este hogar	2	66,67	0	0	
	No vive en este hogar	1	33,33	0	0	
	Total	108	NA	22	NA	

	Total valido	**3**	**100**	**0**	**100**	
Parentesco del principal responsable económico con usted	No aplica	38	NA	5	NA	0,64
	Hijo(a) no biológica	0	0	0	0	
	Otro familiar	1	1,43	0	0	
	No pariente	0	0	0	0	
	Empleada domestica	0	0	0	0	
	Conyugue/compañero	3	4,29	0	0	
	Hijo(a)	0	0	0	0	
	Nuera/yerno	0	0	0	0	
	Nieto(a)	2	2,86	0	0	
	Padre/madre	63	90	17	100	
	Suegro(a)	0	0	0	0	
	Hermano(a)	1	1,43	0	0	
	Cuñado(a)	0	0	0	0	
	Total	108	NA	22	NA	
	Total valido	**70**	**100**	**17**	**100**	
Grupo étnico con el que se identifica	Indígena	1	0,93	1	4,55	0,01
	No sabe	12	11,11	7	31,82	
	Gitano	0	0	0	0	
	Raizal del archipiélago de San Andrés y providencia	0	0	0	0	
	Palenquero de San Basilio	0	0	0	0	
	Negro, mulato, afrocolombiano, afrodescendiente	1	0,93	0	0	
	Blanco	56	51,85	9	40,91	
	Mestizo	38	35,19	4	18,18	
	Otras etnias	0	0	0	0	
	No definido	0	0	1	4,55	
	Total	**108**	**100**	**22**	**100**	
Regimen de salud agrupado	Contributivo	81	75	14	63,64	0,33
	Subsidiado	13	12,04	3	13,64	
	Excepcional	0	0	0	0	
	Especial	7	6,48	4	18,18	

	No asegurado	7	6,48	1	4,55	
	Total	**108**	**100**	**22**	**100**	
Semestre agrupado	1-3	34	31,48	8	36,36	0,1
	4-6	30	27,78	10	45,45	
	7-10	44	40,74	4	18,18	
	Total	**108**	**100**	**22**	**100**	
Cuál es la función del principal responsable económico	Hacer el trabajo	84	77,78	12	54,55	0,002
	Dirige y organiza el trabajo de otros	5	4,63	5	22,73	
	Hace y dirige el trabajo	10	9,26	0	0	
	No aplicable (fuera del proceso productivo)	9	8,33	5	22,73	
	Total	**108**	**100**	**22**	**100**	
Ingresos agrupados	1-4	53	49,07	11	50	0,41
	5-6	28	25,93	8	36,36	
	No sabe	27	25	3	13,64	
	Total	**108**	**100**	**22**	**100**	
El principal responsable económico es propietario/a de locales/casa para arrendar	Si	62	57,41	10	45,45	0,3
	No	46	42,59	12	54,55	
	Total	**108**	**100**	**22**	**100**	
El principal responsable económico es propietario/a de tierra	Si	13	12,04	4	18,18	0,43
	No	95	87,96	18	81,82	
	Total	**108**	**100**	**22**	**100**	
El principal responsable económico es propietario/a de máquinas (vehículo)	Si	64	59,26	11	50	0,42
	No	44	40,74	11	50	
	Total	**108**	**100**	**22**	**100**	
El principal responsable económico es propietario/a	Si	5	4,63	1	4,55	0,98
	No	103	95,37	21	95,45	

de herramientas	**Total**	**108**	**100**	**22**	**100**	
El principal responsable económico es propietario/a de mercancías	Si	1	0,93	2	9,09	0,02
	No	107	99,07	20	90,91	
	Total	**108**	**100**	**22**	**100**	
El principal responsable económico es propietario/a de nada	Si	19	17,59	6	27,27	0,29
	No	89	82,41	16	72,73	
	Total	**108**	**100**	**22**	**100**	
El principal responsable económico es propietario/a de no sabe	Si	3	2,78	0	0	0,42
	No	105	97,22	22	100	
	Total	**108**	**100**	**22**	**100**	

En cuanto a la Inserción social, se encontró diferencia estadísticamente significativa entre facultades en las siguientes situaciones.

- Grupo étnico con el que se identifica (P Chi= 0,01)
- Cuál es la función del principal responsable económico (P Chi= 0,002)
- El principal responsable económico es propietario/a de mercancías (P Chi= 0,02)
-

En los demás ítems no se encontraron diferencia estadísticamente significativa entre facultades.

Tabla 270 Atención odontológica.

Atención odontológica		**FACULTAD**				***p chi² Pearson***
		Ingeniería civil		**Veterinaria**		
		Recuento	**%**	**Recuento**	**%**	
Alguna vez en su vida usted ha ido a consulta	Si	107	99,07	22	20,37	0,65
	No	1	0,93	0	0	

con el /la odontólogo/a	**Total**	**108**	**100**	**22**	**100**	
Cuál es la razón principal por la que no ha ido nunca donde el/la odontólogo/a	No aplica	107	NA	22	NA	0,65
	No ha sentido la necesidad	0	0	0	0	
	No le dan permiso	0	0	0	0	
	No lo han llevado	0	0	0	0	
	Por falta de dinero	0	0	0	0	
	Le da miedo, nervios o pena	0	0	0	0	
	No ha tenido tiempo	1	100,00	0	0	
	Dificultad para conseguir la cita	0	0	0	0	
	Piensa que no tiene derecho a cita odontológica	0	0	0	0	
	No sabe dónde prestan el servicio	0	0	0	0	
	No tiene donde acudir	0	0	0	0	
	El sitio de atención es muy lejano	0	0	0	0	
	Total	108	NA	22	NA	
	Total valido	**1**	**100**	**0**	**100**	
Cuando fue por última vez a el /la odontólogo/a	No aplica	1	NA	0	NA	0,1
	En los últimos 6 meses	52	48,60	5	22,73	
	Entre 6 y menos de un año	23	21,50	9	40,91	
	Entre 1 y 2 años	14	13,08	5	22,73	
	Más de 2 años	17	15,89	2	9,09	
	No recuerda	1	0,93	1	4,55	
	Total	108	NA	22	NA	
	Total valido	**107**	**100**	**22**	**100**	

Cuál fue el motivo por el que consulto	No aplica	1	NA	0	NA	0,12
	Por una urgencia	10	9,35	2	9,09	
	Para un tratamiento	49	45,79	14	63,64	
	Por revisión/prevención	46	42,99	5	22,73	
	Certificado odontológico	2	1,87	0	0,00	
	Control prenatal	0	0	1	4,55	
	Total	108	NA	22	NA	
	Total valido	**107**	**100**	**22**	**100**	
En qué lugar lo atendieron en la última consulta odontológica	No aplica	1	NA	0	NA	0,035
	Servicio que ofrece la EPS	67	62,62	8	36,36	
	Consultorio particular (que no hace parte de la red EPS)	34	31,78	14	63,64	
	En un centro /centro de salud u hospital	6	5,61	0	0	
	Total	108	NA	22	NA	
	Total valido	**107**	**100**	**22**	**100**	
Razón para usar consultorio particular , la atención es más rápida	No aplica	74	NA	8	NA	0,014
	Si	12	35,29	6	42,86	
	No	22	64,71	8	57,14	
	Total	108	NA	22	NA	
	Total valido	**34**	**100**	**14**	**100**	
Razón para usar consultorio particular, me queda más cerca	No aplica	74	NA	8	NA	0,009
	Si	2	5,88	0	0	
	No	32	94,12	14	100	
	Total	108	NA	22	NA	
	Total valido	**34**	**100**	**14**	**100**	
Razón para usar consultorio particular, no tenía afiliación a EPS	No aplica	74	NA	8	NA	0,014
	Si	3	8,82	2	14,29	
	No	31	91,18	12	85,71	
	Total	108	NA	22	NA	
	Total valido	**34**	**100**	**14**	**100**	
Razón para usar consultorio	No aplica	74	NA	8	NA	0,003
	Si	15	44,12	3	21,43	

particular, necesitaba tratamiento que la EPS no cubre	No	19	55,88	11	78,57	
	Total	108	NA	22	NA	
	Total valido	**34**	**100**	**14**	**100**	
Razón para usar consultorio particular, la calidad de la atención es mejor	No aplica	74	NA	8	NA	0,014
	Si	5	14,71	3	21,43	
	No	29	85,29	11	78,57	
	Total	108	NA	22	NA	
	Total valido	**34**	**100**	**14**	**100**	
Quedo satisfecho/a con la atención recibida en la última consulta odontológica	No aplica	1	NA	0	NA	0,84
	Si	89	83,18	19	86,36	
	No	18	16,82	3	13,64	
	Total	108	NA	22	NA	
	Total valido	**107**	**100**	**22**	**100**	
Razón por la que no quedo satisfecho con la atención recibida, el tiempo de espera para conseguir la cita	No aplica	90	NA	19	NA	0,65
	Si	4	22,22	0	0	
	No	14	77,78	3	100	
	Total	108	NA	22	NA	
	Total valido	**18**	**100**	**3**	**100**	
Razón por la que no quedo satisfecho con la atención recibida, el tiempo de espera para la cita	No aplica	90	NA	19	NA	0,72
	Si	3	16,67	0	0	
	No	15	83,33	3	100	
	Total	108	NA	22	NA	
	Total valido	**18**	**100**	**3**	**100**	
Razón por la que no quedo satisfecho con la atención recibida, el trato del profesional	No aplica	90	NA	19	NA	0,92
	Si	5	27,78	1	33,33	
	No	13	72,22	2	66,67	
	Total	108	NA	22	NA	
	Total valido	**18**	**100**	**3**	**100**	
Razón por la que no quedo satisfecho con la atención recibida, los trámites administrativos	No aplica	90	NA	19	NA	0,8
	Si	2	11,11	0	0	
	No	16	88,89	3	100	
	Total	108	NA	22	NA	
	Total valido	**18**	**100**	**3**	**100**	
Razón por la que no quedo satisfecho con la atención recibida, la calidad del tratamiento	No aplica	90	NA	19	NA	0,88
	Si	10	55,56	2	66,67	
	No	8	44,44	1	33,33	
	Total	108	NA	22	NA	
	Total valido	**18**	**100**	**3**	**100**	
Razón por la que no quedo	No aplica	90	NA	19	NA	0,72
	Si	0	0	0	0	

satisfecho con la atención recibida, otras razones	No	18	100	3	100	
	Total	108	NA	22	NA	
	Total valido	**18**	**100**	**3**	**100**	
En los últimos 12 meses alguna vez le han negado la atención odontológica	Si	2	1,85	0	0	0,52
	No	106	98,15	22	100	
	Total valido	**108**	**100**	**22**	**100**	
En donde le negaron la atención odontológica	No aplica	106	NA	22	NA	0,52
	En el servicio que le ofrece la EPS	2	100	0	0	
	En un consultorio particular (que no hace parte de la red de la EPS)	0	0	0	0	
	En el centro /puesto de salud u hospital	0	0	0	0	
	Total	108	NA	22	NA	
	Total valido	**2**	**100**	**0**	**100**	
Cual fue la principal razón por la que le negaron la atención odontológica	No aplica	106	NA	22	NA	0,52
	No había citas disponibles	0	0	0	0	
	No había profesional contratado	2	100	0	0	
	No había materiales / insumos	0	0	0	0	
	El procedimiento que necesitaba no estaba incluido en el plan de beneficios	0	0	0	0	
	Tenía problemas de afiliación	0	0	0	0	
	Falta de dinero para pagar la consulta	0	0	0	0	

	Otro , cual	0	0	0	0	
	Total	108	NA	22	NA	
	Total valido	**2**	**100**	**0**	**100**	
Ante la negación de la atención, usted prefirió	No aplica	106	NA	22	NA	0,81
	Quedarse sin el tratamiento que necesitaba	1	50	0	0	
	Buscar atención en un consultorio privado	0	0	0	0	
	Buscar ayuda de personal no odontólogo	0	0	0	0	
	Buscar tratamientos alternativos	0	0	0	0	
	Manifestar su inconformidad a través del buzón de sugerencias	0	0	0	0	
	Escribir una carta o hablar personalmente con las directivas de la EPS	1	50	0	0	
	Interponer una acción de tutela	0	0	0	0	
	Convocar a otros usuarios para reclamar colectivamente el derecho al servicio odontológico	0	0	0	0	
	Total	108	NA	22	NA	
	Total valido	**2**	**100**	**0**	**100**	
Usted consiguió la atención odontológica que le negaron a través de un mecanismo de reclamación de derechos	No aplica	106	NA	22	NA	0,52
	Si	0	0	0	0	
	No	2	100	0	0	
	Total	108	NA	22	NA	
	Total valido	**2**	**100**	**0**	**100**	

En cuanto a la atención odontológica se encontraron diferencias estadísticamente significativa entre facultades en las siguientes situaciones.

- En qué lugar lo atendieron en la última consulta odontológica: p- 0,035
- Razón para usar consultorio particular , la atención es más rápida: p-0,014
- Razón para usar consultorio particular, me queda más cerca: p 0,009
- Razón para usar consultorio particular, no tenía afiliación a EPS: p-0,014
- Razón para usar consultorio particular, necesitaba tratamiento que la EPS no cubre: p-0,003
- Razón para usar consultorio particular, la calidad de la atención es mejor : p-0,014

En los demás ítems no se encontraron diferencia estadísticamente significativa entre facultades.

Tabla 271 Servicios de P y P de salud bucal.

Servicios de P y P de salud bucal		FACULTAD				*p chi² Pearson*
		Ingeniería civil		Veterinaria		
		Recuento	%	Recuento	%	
Actividades de salud bucal que ha recibido en los últimos 12 meses. Actividades educativas/enseñanza de cepillado	Si	9	8,33	4	18,18	0,16
	No	99	91,67	18	81,82	
	Total valido	**108**	**100**	**22**	**100**	
Actividades de salud bucal que ha recibido en los últimos 12 meses, control de placa y profilaxis	Si	14	12,96	1	4,55	0,26
	No	94	87,04	21	95,45	
	Total valido	**108**	**100**	**22**	**100**	
Actividades de salud bucal que ha recibido en los últimos 12 meses, aplicación de flúor	Si	5	4,63	1	4,55	0,98
	No	103	95,37	21	95,45	
	Total valido	**108**	**100**	**22**	**100**	
	Si	3	2,78	1	4,55	0,66

Actividades de salud bucal que ha recibido en los últimos 12 meses, aplicación de sellantes	No	105	97,22	21	95,45	
	Total	108	NA	22	NA	
	Total valido	**108**	**100**	**22**	**100**	
Actividades de salud bucal que ha recibido en los últimos 12 meses, retartraje y retiro de cálculos	Si	45	41,67	6	27,27	0,20
	No	63	58,33	16	72,73	
	Total valido	**108**	**100**	**22**	**100**	
Actividades de salud bucal que ha recibido en los últimos 12 meses, no sabe	Si	1	0,93	1	4,55	0,20
	No	107	99,07	21	95,45	
	Total valido	**108**	**100**	**22**	**100**	
Actividades de salud bucal que ha recibido en los últimos 12 meses, no recuerda	Si	5	4,63	2	9,09	0,39
	No	103	95,37	20	90,91	
	Total valido	**108**	**100**	**22**	**100**	
Actividades de salud bucal que ha recibido en los últimos 12 meses ninguna	Si	51	47,22	8	36,36	0,35
	No	57	52,78	14	63,64	
	Total valido	**108**	**100**	**22**	**100**	

En cuanto a Servicios de P y P de salud bucal no se encontró diferencia estadísticamente significativa entre facultades.

Tabla 272 Cuidado de la salud bucal

Cuidado de la salud bucal		**FACULTAD**				***p chi² Pearson***
		Ingeniería civil		**Veterinaria**		
		Recuento	**%**	**Recuento**	**%**	
Durante la jornada diaria usted tiene tiempo para el cuidado de su boca	Nunca	0	0	0	0	0,36
	Casi nunca	11	10,19	3	13,64	
	Casi siempre	61	56,48	15	68,18	
	Siempre	36	33,33	4	18,18	
	Total valido	**108**	**100**	**22**	**100**	
Después de finalizar su jornada diaria usted le dedica tiempo al cuidado de su boca	Nunca	5	4,63	1	4,55	0,91
	Casi nunca	13	12,04	3	13,64	
	Casi siempre	47	43,52	11	50	
	Siempre	43	39,81	7	31,82	
	Total valido	**108**	**100**	**22**	**100**	

Cuáles son las razones por las cuales usted no le dedica tiempo al cuidado de su boca al finalizar su jornada diaria	No aplica	90	NA	18	NA	0,9
	Llega muy tarde	3	16,67	1	25	
	Llega muy cansado/a	6	33,33	2	50	
	No lo considera necesario	3	16,67	0	0	
	Debe realizar otras labores	2	11,11	0	0	
	Por pereza	4	22,22	1	25	
	Total	108	NA	22	NA	
	Total valido	**18**	**100**	**4**	**100**	
Utiliza usted cepillo para asear su boca	Si	108	100	22	100	No aplica
	No	0	0	0	0	
	Total valido	**108**	**100**	**22**	**100**	
Utiliza usted crema dental para asear su boca	Si	108	100	22	100	No aplica
	No	0	0	0	0	
	Total valido	**108**	**100**	**22**	**100**	
Utiliza usted seda dental para asear su boca	Si	75	69,44	9	40,91	0,011
	No	33	30,56	13	59,09	
	Total valido	**108**	**100**	**22**	**100**	
Utiliza usted enjuague bucal para asear su boca	Si	62	57,41	15	68,18	0,34
	No	46	42,59	7	31,82	
	Total valido	**108**	**100**	**22**	**100**	
Utiliza usted palillos para asear su boca	Si	13	12,04	2	9,09	0,69
	No	95	87,96	20	90,91	
	Total valido	**108**	**100**	**22**	**100**	
Utiliza usted bicarbonatos para asear su boca	Si	4	3,70	0	0	0,35
	No	104	96,30	22	100	
	Total valido	**108**	**100**	**22**	**100**	
Utiliza usted carbón/ceniza para asear su boca	Si	0	0	1	4,55	0,026
	No	108	100	21	95,45	
	Total valido	**108**	**100**	**22**	**100**	
Utiliza usted sal para asear su boca	Si	0	0	0	0	No aplica
	No	108	100	22	100	
	Total valido	**108**	**100**	**22**	**100**	
Utiliza usted hierbas para asear su boca	Si	0	0	0	0	No aplica
	No	108	100	22	100	
	Total valido	**108**	**100**	**22**	**100**	
Utiliza usted otras cosas	Si	0	0	1	4,55	0,026
	No	108	100	21	95,45	

para asear su boca	**Total valido**	**108**	**100**	**22**	**100**	

En cuanto al cuidado de la salud bucal se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre facultades en la siguiente situación:

-Utiliza usted otras cosas para asear su boca: p-0,026

- Utiliza usted seda dental para asear su boca p-0,011

- Utiliza usted carbón/ceniza para asear su boca p-0,026

En los demás ítems no se encontraron diferencia estadísticamente significativa entre facultades

Tabla 273 Tratamientos estéticos

Tratamientos estéticos		**FACULTAD**				***p chi² Pearson***
		Ingeniería civil		**Veterinaria**		
		Recuento	**%**	**Recuento**	**%**	
Considera usted que necesita una prótesis dental	Si	9	8,33	0	0	0,16
	No	99	91,67	22	100	
	Total	**108**	**100**	**22**	**100**	
Se ha hecho esa prótesis dental	No aplica	99	NA	22	NA	0,16
	Si	0	0	0	0	
	No	9	100	0	0	
	Total	108	NA	22	NA	
	Total valido	**9**	**100**	**0**	**100**	
La razón por la que no se ha hecho la prótesis, tuvo experiencia negativa con la otra prótesis	No aplica	99	NA	22	NA	0,16
	Si	0	0	0	0	
	No	9	100	0	0	
	Total	108	NA	22	NA	
	Total valido	**9**	**100**	**22**	**100**	
La razón por la que no se ha hecho la prótesis, no ha tenido dinero	No aplica	99	NA	22	NA	0,37
	Si	4	44,44	0	0	
	No	5	55,56	0	0	
	Total	108	NA	22	NA	

	Total valido	**9**	**100**	**22**	**100**	
Otras ha sido la razón por la que no se ha hecho la prótesis	No aplica	99	NA	22	NA	0,37
	Si	5	55,56	0	0	
	No	4	44,44	0	0	
	Total	108	NA	22	NA	
	Total valido	**9**	**100**	**22**	**100**	
Le han realizado tratamientos estéticos	No	60	55,56	8	36,36	0,1
	Si	48	44,44	14	63,64	
	Total	**108**	**100**	**22**	**100**	
A usted le han hecho blanqueamiento dental	Si	11	10,19	7	31,82	0,007
	No	97	89,81	15	68,18	
	Total	**108**	**100**	**22**	**100**	
A usted le han hecho diseño de sonrisa	Si	1	0,93	0	0	0,65
	No	107	99,07	22	100	
	Total	**108**	**100**	**22**	**100**	
A usted le han hecho ortodoncia	Si	37	34,26	11	50	0,16
	No	71	65,74	11	50	
	Total	**108**	**100**	**22**	**100**	
Se le realizaron todos los tratamientos estéticos	Si	2	1,85	1	4,55	0,44
	No	106	98,15	21	95,45	
	Total	**108**	**100**	**22**	**100**	
La razón por la cual se realizó este tratamiento fue porque se estaba usando mucho	No aplica	64	NA	8	NA	0,14
	Si	3	6,82	1	7,14	
	No	41	93,18	13	92,86	
	Total	108	NA	22	NA	
	Total valido	**44**	**100**	**14**	**100**	
La razón por la que se realizó el tratamiento estético fue porque no se sentía bien con la apariencia de sus dientes	No aplica	64	NA	8	NA	0,022
	Si	27	61,36	12	85,71	
	No	17	38,64	2	14,29	
	Total	108	NA	22	NA	
	Total valido	**44**	**100**	**14**	**100**	
La razón por la que se realizó el tratamiento estético fue porque cree que esto mejoraría sus relaciones sociales	No aplica	64	NA	8	NA	0,049
	Si	0	0	0	0	
	No	44	100	14	100	
	Total	108	NA	22	NA	

	Total valido	**44**	**100**	**14**	**100**	
La razón por la que se realizó el tratamiento estético fue porque se lo exigía su trabajo	No aplica	64	NA	8	NA	0,018
	Si	0	0	1	7,14	
	No	44	100	13	92,86	
	Total	108	NA	22	NA	
	Total valido	**44**	**100**	**14**	**100**	
La razón por la que se realizó el tratamiento estético fue porque considera que así puede tener mejores oportunidades de trabajo	No aplica	64	NA	8	NA	0,049
	Si	0	0	0	0	
	No	44	100	14	100	
	Total	108	NA	22	NA	
	Total valido	**44**	**100**	**14**	**100**	
La razón por la que se realizó el tratamiento estético fue porque por recomendación del odontólogo	No aplica	64	NA	8	NA	0,016
	Si	18	40,91	2	14,29	
	No	26	59,09	12	85,71	
	Total	108	NA	22	NA	
	Total valido	**44**	**100**	**14**	**100**	
La razón por la que se realizó el tratamiento estético fue porque deseaba parecerse a alguien	No aplica	64	NA	8	NA	0,049
	Si	0	0	0	0	
	No	44	100	14	100	
	Total	108	NA	22	NA	
	Total valido	**44**	**100**	**14**	**100**	

En cuanto Tratamientos estéticos se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre facultades en la siguiente situación:

- La razón por la que se realizó el tratamiento estético fue porque no se sentía bien con la apariencia de sus dientes: p0,022.

-La razón por la que se realizó el tratamiento estético fue porque cree que esto mejoraría sus relaciones sociales: p 0,049.

-La razón por la que se realizó el tratamiento estético fue porque se lo exigía su trabajo p 0,018.

-La razón por la que se realizó el tratamiento estético fue porque considera que así puede tener mejores oportunidades de trabajo p 0,049.

-La razón por la que se realizó el tratamiento estético fue porque por recomendación del odontólogo: p 0,016.

-La razón por la que se realizó el tratamiento estético fue porque deseaba parecerse a alguien: p 0,049.

En los demás ítems no se encontraron diferencia estadísticamente significativa entre facultades.

Tabla 274 Percepción de salud bucal.

Percepción de salud bucal		FACULTAD				*p chi² Pearson*
		Ingeniería civil		Veterinaria		
		Recuento	%	Recuento	%	
Por el aspecto de su boca alguna vez ha perdido la oportunidad de ser aceptado en algún empleo o grupo social	Si	4	3,70	0	0	0,35
	No	104	96,30	22	100	
	Total	**108**	**100**	**22**	**100**	
Porque razón perdió la oportunidad de tener ese empleo o de ser aceptado en un grupo social	No aplica	104	NA	22	NA	0,35
	Por la apariencia de los dientes (dientes faltantes, manchados o disparejos)	4	100	0	0	

	Por la apariencia de la boca (prótesis, problemas con los maxilares, etc., problemas de labio y paladar hendido)	0	0	0	0	
	Por tener mal aliento	0	0	0	0	
	Otra, especifique	0	0	0	0	
	Total	108	NA	22	NA	
	Total valido	**4**	**100**	**0**	**100**	
Considera que el estado de su boca ha afectado negativamente sus relaciones con otras personas	Si	6	5,56	0	0	0,25
	No	102	94,44	22	100	
	Total	**108**	**100**	**22**	**100**	
Cuál es la principal razón por la que usted considera que el estado de su boca ha afectado negativamente en sus relaciones con las otras personas	No aplica	102	NA	22	NA	0,52
	Porque ha sido rechazado/a por las otras personas	0	0	0	0	
	Porque se han burlado de usted	2	33,33	0	0	
	Porque le ha provocado conflictos con su pareja	0	0	0	0	
	Porque no me siento bien con mi boca	4	66,67	0	0	
	Total	108	NA	22	NA	
	Total valido	**6**	**100**	**0**	**100**	

En cuanto a Percepción de salud bucal no se encontró diferencia estadísticamente significativa entre facultades.

Tabla 275 Conocimiento de salud bucal.

Conocimiento de salud bucal		FACULTAD				*P chi² Pearson*
		Ingeniería civil		Veterinaria		
		Recuento	%	Recuento	%	
Tener una boca sana es no tener caries/ no tener dientes dañados	Si	63	58,33	16	72,73	0,2
	No	45	41,67	6	27,27	
	Total	**108**	**100**	**22**	**100**	
Tener una boca sana es tener los dientes blancos y parejos	Si	40	37,04	7	31,82	0,64
	No	68	62,96	15	68,18	
	Total	**108**	**100**	**22**	**100**	
Tener una boca sana es tener los dientes completos	Si	7	6,48	1	4,55	0,73
	No	101	93,52	21	95,45	
	Total	**108**	**100**	**22**	**100**	
Tener una boca sana es no tener mal aliento	Si	45	41,67	13	59,09	0,13
	No	63	58,33	9	40,91	
	Total	**108**	**100**	**22**	**100**	
Tener una boca sana es no tener placa bacteriana o cálculos	Si	16	14,81	5	22,73	0,35
	No	92	85,19	17	77,27	
	Total	**108**	**100**	**22**	**100**	
Tener una boca sana es no sentir dolor	Si	2	1,85	3	13,64	0,009
	No	106	98,15	19	86,36	
	Total	**108**	**100**	**22**	**100**	
Tener una boca sana es no tener sangrado en la encía	Si	10	9,26	3	13,64	0,53
	No	98	90,74	19	86,36	
	Total	**108**	**100**	**22**	**100**	
Tener una boca sana es cuidarse/ limpiarse la boca	Si	31	28,70	2	9,09	0,054
	No	77	71,30	20	90,91	
	Total	**108**	**100**	**22**	**100**	
Tener una boca sana es no sabe	Si	4	3,70	1	4,55	0,85
	No	104	96,30	21	95,45	
	Total	**108**	**100**	**22**	**100**	
Tener una boca sana es otras razones	Si	0	0	0	0	No aplica
	No	108	100	22	100	
	Total	**108**	**100**	**22**	**100**	
Cree que por el mal cepillado les da caries a los dientes	Si	65	60,19	14	63,64	0,76
	No	43	39,81	8	36,36	
	Total	**108**	**100**	**22**	**100**	

Cree que por la mala higiene les da caries a los dientes	Si	48	44,44	8	36,36	0,48
	No	60	55,56	14	63,64	
	Total	**108**	**100**	**22**	**100**	
Cree que el consumo de dulces da caries a los dientes	Si	26	24,07	12	54,55	0,004
	No	82	75,93	10	45,45	
	Total	**108**	**100**	**22**	**100**	
Cree que el consumo de alimentos pegajosos da caries a los dientes	Si	4	3,70	2	9,09	0,27
	No	104	96,30	20	90,91	
	Total	**108**	**100**	**22**	**100**	
Cree que la descalcificación o debilidad en los dientes da la caries en los dientes	Si	3	2,78	0	0	0,42
	No	105	97,22	22	100	
	Total	**108**	**100**	**22**	**100**	
Cree que la mala alimentación da caries en los dientes	Si	8	7,41	3	13,64	0,33
	No	100	92,59	19	86,36	
	Total	**108**	**100**	**22**	**100**	
Cree que usas cosas que alguien con caries ha usado da caries en los dientes	Si	0	0	0	0	No aplica
	No	108	100	22	100	
	Total	**108**	**100**	**22**	**100**	
Cree que la predisposición genética (herencia) da caries en los dientes	Si	0	0	0	0	No aplica
	No	108	100	22	100	
	Total	**108**	**100**	**22**	**100**	
Cree que por el consumo de medicamentos da la caries	Si	0	0	0	0	No aplica
	No	108	100	22	100	
	Total	**108**	**100**	**22**	**100**	
Cree que por el mal uso de seda dental da caries en los dientes	Si	1	0,93	0	0	0,65
	No	107	99,07	22	100	
	Total	**108**	**100**	**22**	**100**	
Cree que por la colocación de aparatos en la boca da la caries en los dientes	Si	1	0,93	0	0	0,65
	No	107	99,07	22	100	
	Total	**108**	**100**	**22**	**100**	
Cree que por infección da caries en los dientes	Si	0	0	0	0	No aplica
	No	108	100	22	100	
	Total	**108**	**100**	**22**	**100**	
	Si	0	0	0	0	No aplica

Cree que por el embarazo da caries en los dientes	No	108	100	22	100	
	Total	**108**	**100**	**22**	**100**	
No sabe porque da caries en los dientes	Si	1	0,93	1	4,55	0,2
	No	107	99,07	21	95,45	
	Total	**108**	**100**	**22**	**100**	
Cree que las encías sangran o se inflaman por mal cepillado o no cepillarse	Si	39	36,11	5	22,73	0,22
	No	69	63,89	17	77,27	
	Total	**108**	**100**	**22**	**100**	
Cree que las encías sangran o se inflaman por cepillado fuerte	Si	28	25,93	10	45,45	0,066
	No	80	74,07	12	54,55	
	No sabe	0	0	0	0	
	Total	**108**	**100**	**22**	**100**	
Cree que las encías sangran o se inflaman por infección	Si	11	10,19	2	9,09	0,87
	No	97	89,81	20	90,91	
	Total	**108**	**100**	**22**	**100**	
Cree que las encías sangran o se inflaman por debilidad de la encía	Si	6	5,56	2	9,09	0,52
	No	102	94,44	20	90,91	
	Total	**108**	**100**	**22**	**100**	
Cree que las encías sangran o se inflaman por mala alimentación	Si	1	0,93	0	0	0,65
	No	107	99,07	22	100	
	Total	**108**	**100**	**22**	**100**	
Cree que las encías sangran o se inflaman por problemas en el organismo	Si	3	2,78	0	0	0,42
	No	105	97,22	22	100	
	Total	**108**	**100**	**22**	**100**	
Cree que las encías sangran o se inflaman por mala higiene bucal	Si	13	12,04	2	9,09	0,69
	No	95	87,96	20	90,91	
	Total	**108**	**100**	**22**	**100**	
Cree que las encías sangran o se inflaman por mal uso o no uso de seda dental y enjuagues	Si	2	1,85	1	4,55	0,44
	No	106	98,15	21	95,45	
	Total	**108**	**100**	**22**	**100**	
Cree que las encías sangran o se inflaman por mal uso de palillos/ u otros elementos con punta	Si	1	0,93	1	4,55	0,2
	No	107	99,07	21	95,45	
	Total	**108**	**100**	**22**	**100**	
Cree que las encías sangran o se	Si	0	0	0	0	No aplica

inflaman por colocación de aparatos en boca(piercing, brackets y demás)	No	108	100	22	100	
	Total	**108**	**100**	**22**	**100**	
Cree que las encías sangran o se inflaman por problemas de caries	Si	4	3,70	1	4,55	0,85
	No	104	96,30	21	95,45	
	Total	**108**	**100**	**22**	**100**	
Cree que las encías sangran o se inflaman por otras enfermedades diferentes a las de la boca	Si	0	0	2	9,09	0,002
	No	108	100	20	90,91	
	Total	**108**	**100**	**22**	**100**	
Cree que las encías sangran o se inflaman por embarazo	Si	0	0	0	0	No aplica
	No	108	100	22	100	
	Total	**108**	**100**	**22**	**100**	
Cree que las encías sangran o se inflaman por otras razones	Si	0	0	0	0	No aplica
	No	108	100	22	100	
	Total	**108**	**100**	**22**	**100**	
No sabe por qué las encías sangran o se inflaman	Si	26	24,07	3	13,64	0,28
	No	82	75,93	19	86,36	
	Total	**108**	**100**	**22**	**100**	
Cree usted que los problemas en la boca afectan la salud general	Si	87	80,56	17	77,27	0,89
	No	10	9,26	2	9,09	
	No sabe	11	10,19	3	13,64	
	Total	**108**	**100**	**22**	**100**	
Cree usted que existen enfermedades del cuerpo que causan problemas en la boca	Si	79	73,15	21	95,45	0,074
	No	8	7,41	0	0,00	
	No sabe	21	19,44	1	4,55	
	Total	**108**	**100**	**22**	**100**	
La salud bucal es responsabilidad de	El estado	1	0,93	0	0	0,84
	Cada persona	88	81,48	17	77,27	
	Compartida entre el estado y la persona	18	16,67	5	22,73	
	Ninguna de las anteriores	1	0,93	0	0	
	Total	**108**	**100**	**22**	**100**	
Las personas para cuidarsen la boca	Si	99	91,67	21	95,45	0,54

deberían cepillarse regularmente, usar seda dental y enjuague bucal	No	9	8,33	1	4,55	
	Total	**108**	**100**	**22**	**100**	
Las personas para cuidarsen la boca deberían asistir periódicamente a consulta odontológica	Si	61	56,48	12	54,55	0,86
	No	47	43,52	10	45,45	
	Total	**108**	**100**	**22**	**100**	
Las personas para cuidarsen la boca deberían tener buenos hábitos alimenticios	Si	23	21,30	7	31,82	0,28
	No	85	78,70	15	68,18	
	Total	**108**	**100**	**22**	**100**	
Las personas para cuidarsen la boca deberían evitar el consumo de azúcar o dulces	Si	11	10,19	5	22,73	0,1
	No	97	89,81	17	77,27	
	Total	**108**	**100**	**22**	**100**	
Las personas para cuidarsen la boca deberían evitar el consumo de cigarrillo/ tabaco	Si	12	11,11	3	13,64	0,73
	No	96	88,89	19	86,36	
	Total	**108**	**100**	**22**	**100**	
Las personas para cuidarsen la boca deberían evitar el consumo de bebidas alcohólicas	Si	8	7,41	2	9,09	0,78
	No	100	92,59	20	90,91	
	Total	**108**	**100**	**22**	**100**	
Las personas para cuidarsen la boca deberían proteger los dientes cuando están haciendo deporte	Si	7	6,48	2	9,09	0,66
	No	101	93,52	20	90,91	
	Total	**108**	**100**	**22**	**100**	
Las personas para cuidarsen la boca deberían por otras razones	Si	0	0	0	0	No aplica
	No	108	100	22	100	
	Total	**108**	**100**	**22**	**100**	
Las personas para cuidarsen la boca deberían por otras razones	Si	0	0	0	0	No aplica
	No	108	100	22	100	
	Total	**108**	**100**	**22**	**100**	

En cuanto Conocimiento de salud bucal se encontró diferencias estadísticamente significativas entre facultades en la siguiente situación:

- Tener una boca sana es no sentir dolor: p 0,009

- Cree que el consumo de dulces da caries a los dientes: p 0,004

- Cree que las encías sangran o se inflaman por otras enfermedades diferentes a las de la boca: p 0,002

En los demás ítems no se encontraron diferencia estadísticamente significativa entre facultades.

Tabla 276 Participación en organizaciones sociales.

Participación en organizaciones sociales		FACULTAD				*p chi² Pearson*
		Ingeniería civil		Veterinaria		
		Recuento	%	Recuento	%	
Pertenece a alguna organización social en su barrio, localidad, lugar de estudio o trabajo	Si	5	4,63	2	9,09	0,39
	No	103	95,37	20	90,91	
	Total	**108**	**100**	**22**	**100**	
En esa organización usted, ha participado en alguna actividad relacionada con la salud en general	No aplica	103	NA	20	NA	0,39
	Si	0	0	0	0	
	No	5	100	2	**100**	
	Total	108	NA	22	NA	
	Total valido	**5**	**100**	**2**	**100**	
En esa organización usted, ha participado en alguna actividad relacionada con la salud bucal	No aplica	103	NA	20	NA	0,39
	Si	0	0	0	0	
	No	5	100	2	100	
	Total	108	NA	22	NA	
	Total valido	**5**	**100**	**2**	**100**	

En cuanto a Participación en organizaciones sociales no se encontró diferencia estadísticamente significativa entre facultades

Tabla 277 Estilos de vida y comportamientos.

Estilos de vida y comportamientos		FACULTAD				*P chi² Pearson*
		Ingeniería civil		Veterinaria		
		Recuento	%	Recuento	%	
Usted se cepilla los dientes al levantarse	Si	84	77,78	17	77,27	0,95
	No	24	22,22	5	22,73	
	Total	**108**	**100**	**22**	**100**	
Usted se cepilla los dientes al después del desayuno	Si	46	42,59	7	31,82	0,34
	No	62	57,41	15	68,18	
	Total	**108**	**100**	**22**	**100**	
Usted se cepilla los dientes al después del almuerzo	Si	79	73,15	13	59,09	0,18
	No	29	26,85	9	40,91	
	Total	**108**	**100**	**22**	**100**	
Usted se cepilla los dientes al después de la comida/cena	Si	36	33,33	4	18,18	0,16
	No	72	66,67	18	81,82	
	Total	**108**	**100**	**22**	**100**	
Usted se cepilla los dientes al antes de acostarse	Si	60	55,56	16	72,73	0,13
	No	48	44,44	6	27,27	
	Total	**108**	**100**	**22**	**100**	
Usted se cepilla los dientes en otros momentos	Si	20	18,52	2	9,09	0,28
	No	88	81,48	20	90,91	
	Total	**108**	**100**	**22**	**100**	
Usted se cepilla los dientes nunca	Si	0	0	0	0	No aplica
	No	108	100	22	100	
	Total	**108**	**100**	**22**	**100**	
Decide cambiar de cepillo de dientes cuando las cerdas han perdido la forma	Si	68	62,96	18	81,82	0,088
	No	40	37,04	4	18,18	
	Total	**108**	**100**	**22**	**100**	
Decide cambiar de cepillo de dientes cuando se ve sucio	Si	13	12,04	2	9,09	0,69
	No	95	87,96	20	90,91	
	Total	**108**	**100**	**22**	**100**	
Decide cambiar de cepillo de dientes cuando lastima la encía	Si	1	0,93	0	0	0,65
	No	107	99,07	22	100	
	Total	**108**	**100**	**22**	**100**	

Decide cambiar de cepillo de dientes cuando periódicamente sin importar su estado	Si	42	38,89	4	18,18	0,064
	No	66	61,11	18	81,82	
	Total	**108**	**100**	**22**	**100**	
Cada cuanto cambia su cepillo de dientes	Menos de un mes	10	9,26	2	9,09	0,59
	Entre 1 y 2 meses	40	37,04	7	31,82	
	Entre más de 2 y 3 meses	28	25,93	9	40,91	
	Entre más de 3 y 6 meses	27	25,00	3	13,64	
	Entre más de 6 meses y 1 año	3	2,78	1	4,55	
	Más de 1 año	0	0	0	0	
	Total	**108**	**100**	**22**	**100**	
Usa crema dental para cepillarse/lavarse los dientes	Si	108	100	22	100	No aplica
	No	0	0	0	0	
	Total	**108**	**100**	**22**	**100**	
Que cantidad de crema usa para cepillarse los dientes	1/4 del cepillo	6	5,56	1	4,55	0,003
	1/2 del cepillo	30	27,78	2	9,09	
	3/4 del cepillo	7	6,48	7	31,82	
	Todo el cepillo	65	60,19	12	54,55	
	Total	**108**	**100**	**22**	**100**	
Con que frecuencia usa seda dental	Nunca	15	13,89	5	22,73	0,15
	Rara vez	40	37,04	9	40,91	
	Una vez al día	34	31,48	2	9,09	
	2 o más veces al día	19	17,59	6	27,27	
	Total	**108**	**100**	**22**	**100**	
Con respecto al habito de fumar, usted	Nunca ha fumado	76	70,37	17	77,27	0,57
	Actualmente fuma	15	13,89	1	4,55	
	Fuma ocasionalmente	2	1,85	1	4,55	
	Es exfumador	15	13,89	3	13,64	
	Total	**108**	**100**	**22**	**100**	

Usted fuma o fumo con la candela al revés	No aplica	76	NA	17	NA	0,7
	Si	2	6,25	0	0	
	No	30	93,75	5	100	
	Total	108	NA	22	NA	
	Total valido	**32**	**100**	**5**	**100**	
Con respecto al consumo de alcohol, usted	Nunca ha consumido bebidas alcohólicas	35	32,41	4	18,18	0,28
	Habitualmente consume bebidas alcohólicas (más de 1 vez al mes)	10	9,26	1	4,55	
	Ocasionalmente consume bebidas alcohólicas (menos de 1 vez al mes)	60	55,56	17	77,27	
	Es exbebedor (dejo de consumir bebidas alcohólicas hace un año o mas	3	2,78	0	0	
	Total	**108**	**100**	**22**	**100**	
Usa usted prótesis dental removible	Si	0	0	0	0	No aplica
	No	108	100	22	100	
	Total	**108**	**100**	**22**	**100**	
Hace cuanto tiempo que tiene la prótesis/dentadura actual	No aplica	108	NA	22	NA	No aplica
	Menos de 1 año	0	0	0	0	
	Entre 1 y 9 años	0	0	0	0	
	Entre 10 y 20 años	0	0	0	0	
	Más de 20 años	0	0	0	0	
	Total	108	NA	22	NA	
	Total valido	**0**	**100**	**0**	**100**	
Usa usted prótesis mientras duerme	No aplica	108	NA	22	NA	No aplica
	Si	0	0	0	0	
	No	0	0	0	0	
	Total	108	NA	22	NA	

	Total valido	**0**	**100**	**0**	**100**	
En los últimos 6 meses usted ha tenido dolor en la boca, cara o maxilares que le duro más de una semana	Si	26	24,07	8	36,36	0,23
	No	82	75,93	14	63,64	
	Total	**108**	**100**	**22**	**100**	
Ese dolor le impidió comer	No aplica	82	NA	14	NA	0,48
	Si	10	38,46	3	37,50	
	No	16	61,54	5	62,50	
	Total	108	NA	22	NA	
	Total valido	**26**	**100**	**8**	**100**	
El dolor le impidió hacer sus labores diarias en la casa o en el trabajo	No aplica	82	NA	14	NA	0,48
	Si	3	11,54	1	12,50	
	No	23	88,46	7	87,50	
	Total	108	NA	22	NA	
	Total valido	**26**	**100**	**8**	**100**	

En cuanto Estilos de vida y comportamientos se encontró diferencias estadísticamente significativas entre facultades en la siguiente situación:

- Que cantidad de crema usa para cepillarse los dientes: p 0,003

En los demás ítems no se encontraron diferencia estadísticamente significativa entre facultades.

9. DISCUSIÓN

Las enfermedades bucales son las de mayor prevalencia en todas las sociedades industrializadas (84), a pesar de la disminución en los índices bucales en salud, en Colombia este tipo de enfermedades sigue considerándose un problema de salud pública (1), no solo porque ejerce un impacto social importante, sino porque las generaciones más jóvenes continúan padeciendo estas patologías, a pesar de los esfuerzos por su erradicación. En estudios recientes realizados en Colombia (Ramírez et al., 2004; Tovar, 2005 y Zambrano, 2005) se ha encontrado que algunos de los determinantes más importantes del estado de salud son el ingreso económico, la edad, el género, el nivel educativo, la práctica de ejercicio físico, el sistema de salud, las regiones y la ubicación de las viviendas en zonas urbanas o rurales (29); este estudio tuvo como objetivo comparar el estado de salud buco dental y su relación con los determinantes sociales, de estudiantes en formación universitaria de dos programas de pregrado en la Universidad cooperativa de Colombia, en la sede Villavicencio, con un promedio de edad de 22,3 años (DS 4,4, un rango de 27, un mínimo de 16 y máximo de 43 años), con mayor porcentaje (30.8%) en un rango 20-21 años. En relación a la enfermedad periodontal, la cual se considerada uno de los problemas más frecuentes en salud bucal, especialmente en los estadios iniciales (2) , se encontró que los estudiantes incluidos en la investigación tenían bajos porcentajes de placa bacteriana, clasificando a la mayoría de los participantes en un bajo riesgo (73%), lo que quiere decir que tienen bajos acúmulos de placa, por otro lado el índice gingival mostro un bajo riesgo en el 92% de la población, lo que indica que los sujetos no presentan inflamación gingival localizada, comparado con un estudio realizado por Lozada en la universidad de las américas en quito (2015) que comprobó que la mayoría de personas estudiadas, presentaba inflamación gingival incipiente en un 94,2% determinando un riesgo bajo (86), a pesar del bajo porcentaje de estudiantes con alto riesgo en el índice gingival, se encontró una asociación estadísticamente significativa (Chi^2 = 16,879 p= 0,010.) entre el régimen subsidiado, los no asegurados y el alto riesgo, lo que puede indicar que los estudiantes con régimen subsidiado tienen menos información del cuidado bucal, sin embargo no existieron diferencias estadísticamente significativas con

acceso a consulta odontológica, actividades de promoción y prevención o conocimientos en salud bucal. Estos hallazgos contrastan con el estudio de Diaz, Arrieta y Col, quienes encontraron en el 93.2% de 234 estudiantes de la Universidad de Cartagena marcadores para la enfermedad periodontal, en este estudio el porcentaje fue menor con un 63.1%, no obstante continua siendo alta la prevalencia de estos indicadores de enfermedad periodontal, aunque en estadios incipientes. En promedio se encontraron 28 dientes en boca con un 59% de la población estudiada, el 14.6% de los sujetos presentaron alguna zona edentula, este valor coincide con lo reportado en el ENSAB IV, donde cerca del 15% de la población presenta perdida prematura de dientes después de los 15 años, y en el rango de 20 a 34 años se ha perdido en promedio 1.25 dientes, en este estudio el promedio de perdida es mayor, con una diferencia significativa ($Chi^2 = 13,092$ $p = 0,004$.) entre prevalencia de edentulismo y los diferentes grupos de edad, siendo el grupo mayor e igual a 25 años el más afectado con un 17,9%. El número de dientes en boca, puede estar disminuido por exodoncias de terceros molares o exodoncias por tratamientos estético u ortodoncia correctiva, puesto que los resultados evidencian que por caries dental se han perdido un promedio de 0,26 dientes en toda la población (DS 0,742 mínimo de 0 y un máximo de 4 dientes perdidos por caries), se sugiere que la disminución del número de dientes está relacionada a exodoncias indicadas, adicionalmente el 36.9% de los estudiantes habían tenido tratamiento de ortodoncia.

En relación a la caries dental, se encontró que el 90.8% de los estudiantes universitarios estudiados tenían caries dental en el momento del examen, 24,6%. de estas lesiones estaban asociadas a restauraciones desadaptadas, con una experiencia de caries COP- modificado de 96.2%; valor superior al reportado en estudios Arrieta et (2011), en estudiantes universitarios de Cartagena con el 55.9% (31), Sergera, Lopez y Col (2011) también en Cartagena con el 56% de los estudiantes universitarios de ciencias de la salud (30) y Gomez Morales (2012), quienes encontraron que el 80.9% de los estudiantes Universitarios Venezolanos presentaron experiencia de caries (32). El valor promedio de COP convencional fue de 3,96, al incluir estadio iniciales de caries en el COP modificado aumenta

drásticamente al 7,66, se encontró diferencia significativa (Chi^2 = 16,067 *p*= 0,013) en la prevalencia de COP- modificado entre y los diferentes semestres. Siendo los más afectados los estudiantes de semestres avanzados (VII a X) en quienes el 58,3% presentaron COP-modificado mayor e igual a 9, valores superiores a los propuestos en las metas para salud bucal al 2020 según la OMS, En cuanto a la severidad de la caries se determinó que el criterio ICDAS más frecuente fue en 2, donde la superficie aún no tiene destrucción del esmalte, por lo tanto puede ser detenido con tratamiento no operativos para detener su progresión como enseñanza de cepillado, control de placa bacteriana, aplicación de flúor, sellantes de fosas y fisuras (87), la superficie que presento mayor número de lesiones cariosas fue la superficie oclusal con un promedio de 1,79 (Ds: 2,19), de acuerdo a Cueto (2009),esta superficie es la más vulnerable al desarrollo de las lesiones cariosas por la morfología dental (87). Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la prevalencia de COP modificado y las diferentes edades (Chi^2 = 29,790 *p*= 0,000.), observándose un incremento en el COP modificado a medida que incrementa la edad; de tal manera que el 75% de los individuos con edad igual o mayor a 25 años tienen COP modificado mayores e iguales a 9, esto es coherente a lo reportado en el estudio de salud Bucal (1). Este panorama es crítico y preocupante ya que los problemas dentales pueden interferir de modo significativo en la ejecución de tareas diarias del hogar, en el trabajo, en la escuela y en momentos de ocio (85)

Otros hallazgos importantes que se evidenciaron en el examen clínico, fueron las opacidades demarcadas (hipomineralización localizada, hipomineralización difusa. Hipoplasia, manchas extrínsecas), encontrando que el 47.7% de los estudiantes presentaban este tipo de alteraciones, esta prevalencia es mayor a la reportada en el ENSAB I (1), ya que el grupo poblacional de 20-34años de edad presento una prevalencia de 30.41% , es importante mencionar que los odontólogos deben estar documentados sobre este tipo de lesiones ya que debido a su cuadro clínico son frecuentemente confundidos con otras patologías dentales (90), dentro de las cuales se incluye la Fluorosis dental, que tuvo una prevalencia del 42.3%, la mayor

prevalencia (25,4%) fue en el Código 3 y el grado de severidad más alta de acuerdo al índice TFI encontrado fue el Código 4 (0.8%), no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, para asociarlo a otras variables, aunque el grupo que presento más prevalencia fue el de 16 a 19 años (52,9%), lo que se explicaría de dos posibles formas; podría pensarse que este grupo estuvo expuesto con mayor frecuencia a altas concentraciones de flúor durante su primera infancia, validando en el estudio realizado por Gomez Scarpetta y col. (2014) donde afirma la prevalencia e incidencia de Fluorosis está relacionada a la exposición de múltiples fuentes de flúor en periodo de gestación o edades tempranas (88). Por otra parte, la disminución de la prevalencia de Fluorosis en grupos de edad más avanzada podría deberse al proceso natural de la atenuación de las lesiones fluoróticas con el paso del tiempo (88). El porcentaje de lesiones no cariosas fue muy bajo, con porcentajes menores a 1 diente en promedio en toda la población.

Al comparar los hallazgos en los dos programas estudiados, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas del estado de salud bucal, sin embargo se esperaría que dada la formación de los médicos veterinarios en cuanto al conocimiento de fisiopatología y prevención de la enfermedad mostrara un mejor comportamiento en cuanto a prevalencias de enfermedades, ya que autores como Espinoza y col, mencionan que a mayor conocimiento debería ser mayor la prevención y por tanto menor la experiencia de enfermedades (89) no obstante, en relación a la enfermedad periodontal y la caries dental se encontraron mayores prevalencias en el programa de medicina Veterinaria.

Otro de los aspectos que se analizó en este estudio fueron los determinantes sociales presentes en los estudiantes, donde se destaca que el 33.1% de los estudiantes responden económicamente por sí mismos, mientras el 61,5% tienen el respaldo de alguno de sus padres, porcentaje inferior al reportado Yépez y col donde el 82,6% de los estudiantes universitarios tenían apoyo de sus padres(91), esto puede estar asociado a que el programa de ingeniería civil se oferta en jornada nocturna, lo que permite que los estudiantes laboren durante su proceso de formación, Cuevas y Col (2013) menciona que los estudiantes que trabajan y

estudian, logran la conjunción de conocimientos, habilidades, actitudes y valores orientados de la formación académica y el ejercicio laboral, lo cual impacta el desempeño social y profesional(96), de acuerdo a esta apreciación las actitudes frente a su salud podrían verse impactadas también, por eso las menores prevalencias de enfermedades. En relación a los ingresos promedio del principal responsable, se determinó que el 49,3% de los responsables económicos ganan menos de 4 SMLV, la OMS afirma que las condiciones sociales y económicas, tienen efectos en la vida de la población, determinan el riesgo de enfermar y las medidas que se adoptan para evitar que la población enferme o para tratar las patologías(97) , esto está igualmente relacionado con el acceso a la salud, el 73.1%de los estudiantes se encuentran afiliados al régimen contributivo, lo que indican que ellos tienen acceso a servicios de salud bucal, tanto preventivos como correctivos, no obstante esto contrasta con las altas prevalencias de enfermedades bucales encontrada en esta población, de hecho el 99,2% de los estudiantes han ido al odontólogo, encontrando asociación (p chi^2 0,035), entre el programa académico y el lugar de atención odontológica, encontrando que los estudiantes de ingeniería civil acuden con más frecuencia a su EPS que los de medicina Veterinaria, ya que el 63.6% de ellos acude a consulta particular, ellos reportan asociación de este tipo de consulta a calidad (PChi=0.014), este hallazgo llama la atención, ya que los estudiantes que asisten a consulta particular tienen mayor frecuencia de aparición de enfermedades y se esperaría en esta población menores prevalencias (89). Las razones que presentaron diferencias significativas para acceder a la consulta particular fueron que la atención es más rápida (PChi=0.014) y el consultorio es más cerca (PChi=0.009).

En este estudio en se encontró que cerca del 50% de la población ha recibido Servicios de Promoción y Prevención en salud Bucal, por lo que se esperaría que los compromisos patológicos fueran menores, de cara a lo que afirma Contreras (2013), quien refiere que a educación y la promoción de hábitos saludables es una estrategia costo-efectiva para evitar enfermedades de salud bucal a largo plazo (94). Se pudo determinar que el 81,5% de los estudiantes refieren tener tiempo para el cuidado de su boca, el 100% utiliza cepillo y crema dental, lo que demuestra que el

conocimiento es adecuado, se encontró que los estudiantes de ingeniería civil, asocian la enfermedad al dolor, (p chi^2 0,009), a mayor frecuencia al consumo de dulces (p chi^2 0,004) y a otras enfermedades (p chi^2 0,002), contrario a estos resultados se esperaría que los estudiantes de medicina Veterinaria dados los contenidos curriculares, tuvieran mayor conocimiento al respecto. Otra de las variables que se analizaron fue el acceso a tratamientos estéticos, (Blanqueamiento dental, diseño de sonrisa, ortodoncia), donde el 47.7% de los estudiantes se habían practicado alguno, siendo ortodoncia el de mayor elección, el motivo de mayor prevalencia fue porque no se sentían bien con la apariencia de sus dientes, encontrándose diferencias significativas entre los dos programas (p chi^2 0,022), siendo de mayor elección en ingeniería Civil, esto sugiere que esta población se preocupa más por su salud bucal, aunque no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la percepción de salud bucal entre los dos programas y tan solo el 4,6% considera que el estado de su boca ha afectado negativamente sus relaciones con otras personas, llama la atención que para los estudiantes de Medicina veterinaria, se encontró asociación entre el motivo de recomendación del odontólogo y el acceso a tratamientos estéticos (pChi= 0.016), estos estudiantes asisten con mayor frecuencia a la consulta particular porque este tipo de tratamientos no los cubre la EPS (PChi=0.003), lo que sugiere que los odontólogos de consulta privada inducen este tipo de tratamientos.

10. CONCLUSIONES.

- Se evidencio diferencias entre la inserción social y estado de salud bucal de los estudiantes de Ingeniería civil y Medicina veterinaria de la Universidad Cooperativa de Colombia sede Villavicencio, determinando un factor de riesgo alto del índice gingival y el régimen subsidiado y los no asegurados.

- Se presentaron diferencias en los resultados con respecto a los estilos de vida y el estado de salud bucal de los programas académicos de Ingeniería civil y Medicina Veterinaria de la Universidad Cooperativa Colombia sede Villavicencio, debido a que los estudiantes refieren tener buenos hábitos orales, pero estos no se ven reflejados en los exámenes clínicos.

- Los estudiantes de Ingeniería civil y Medicina veterinaria de la universidad cooperativa sede Villavicencio, presentan una prevalencia de caries, COP modificado, enfermedad periodontal menor a la reportada en el ENSAB IV y mayor a la reportada para opacidades demarcadas, la prevalencia de edentulismo coincide con los reportes del ENSAB IV, la prevalencia de Fluorosis es menor en grupos de edad más avanzada debido al proceso natural de la atenuación de las lesiones fluoróticas con el paso del tiempo.

- El tipo de tratamiento estético más frecuente realizado en los estudiantes de Ingeniería civil y Medicina veterinaria es el tratamiento de ortodoncia y el motivo principal para su realización fue porque los estudiantes no se sentía bien con la apariencia de sus dientes.

- No existen diferencias significativas entre los índices de salud bucal, sexo, facultad, régimen de salud y estrato social, aunque los más afectados son los

estudiantes de la facultad de Medicina veterinaria, en cuanto los índices de salud bucal, semestre y la edad solo existen diferencias entre la edad y semestre con el COP estableciendo que a medida que incrementa la edad, incrementa este índice.

11. RECOMENDACIONES

Considerando que este es un trabajo que hace parte de un macroproyecto institucional, los resultados corresponden a una fracción de todos los programas académicos de la Universidad Cooperativa de Colombia, Villavicencio y por tanto existen limitaciones en cuanto a la significancia estadística de los parámetros analizados, los cuales se espera sean mejorados una vez se culmine el análisis del consolidado de los resultados los demás programas.

12. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Rodríguez C, conocimientos de salud bucal de estudiantes de 7° y 8° básico de la ciudad de Santiago, universidad de chile facultad de odontología departamento del niño y ortopedia dentomaxilar área de odontopediatria, Santiago de chile, [Internet] 2005; Agosto - noviembre. [consultado 19 de setiembre de 2015]; (1-153). Disponible en: http://www.tesis.uchile.cl/tesis/uchile/2005/rodriguez_c/sources/rodriguez_c.pdf.

2. Ministerio de salud y Protección Social, IV estudio nacional de salud bucal-ENSAB IV, [Internet] 2013-2014; Agosto - noviembre. [Consultado 19 de setiembre de 2015]; (1-379). Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENSAB-IV-Situacion-Bucal-Actual.pdf.

3. Espinoza S, Muñoz P, Lara M, Cifuentes U, Hábitos de higiene oral en estudiantes de odontología de la universidad de Chile, Rev. Clini. Periodoncia Implantol Rehabil Oral, 2010; 3(1) [11-18].

4. Rada G, Preparación de indicadores para vigilar los progresos realizados en el logro de la salud para todos en el año 2.000, p. universidad católica de chile, 2000, rev. Epi Centro, 2007; 4 [1-103].

5. Reyes L. La teoría de la acción Razonada, implicaciones para el estudio de las actitudes. Investigación educativa, [Internet] 2007; Agosto - noviembre. [Consultado 20 de setiembre de 2015]; 7, (66-67) [66-77].

6. Peker K, Uysal O, Bermek G, Dental training and changes in Oral Health attitudes and behaviors in istanbul dental students, Journal of dental education, 2010; 74(9) [1017-1023].

7. Estupiñan S, El 90 por ciento de la población puede sufrir caries, Europa Press Social, Madrid España, [Internet] 2013. Agosto - noviembre. [Consultado 20 de setiembre de 2015]. Disponible en: http://www.europapress.es/.

8. Valencia C, Arzarate N, González E, Medición del índice de higiene oral simplificada en los alumnos del 2° semestre turno matutino de la licenciatura de odontología del IPN CIS_UST, Revista electrónica del CICST_UST, 2011; 1(1) [1-10].

9. Rodríguez A, Delgado L, Diagnóstico de salud bucal, Rev. Cubana Estomatología, [Internet] 1996 Agosto - noviembre. [Consultado 19 de setiembre de 2015]; 33(1). Disponible: http://bvs.sld.cu/revistas/est/vol33_1_96/est01196.htm.

10. Agudelo A, Martínez E, La salud bucal colectiva y el contexto colombiano: un análisis crítico, Rev. Gerencia. Polit. Salud, Bogotá (Colombia) ,2009; 8 (16) [91-105].

11. Organización panamericana de la salud, nota informativa: la salud bucal es importante para la salud general (OMS), [Internet] 2013; Agosto - noviembre. [consultado 19 de setiembre de 2015]; Disponible en: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/.

12. Lubna AS, Muhammed ME, Muhammed AE, Muhammed A, Nada TH, Evaluation of Dental Students Oral Hygiene Attitude and Behavior using HU-DBI in Sudan, Science Postprint, 2014;1 (2) [2187-9834].

13. Arrieta KM, Díaz A, González F, Prevalencia de caries y enfermedad periodontal en estudiantes de odontología, Rev. Cubana de Estomatología, 2011; 48 (1) [6-13].

14. Kim HJ , Hwa AJ , The Influence of Oral Health Status and Causes of Dental Caries on the OHQOL, Int. J. of Bio-science and Bio-tecnology, 2014; 6(3) [41-48].

15. Piovano S, Bordoni N, Doño R, Estado dentario en niños, adolescentes y adultos de la ciudad autónoma de buenos aires, Revista de la facultad de Odontología (UBA), 2008; 23(3) [54-55].

16. López ME, Prevención Dental; unidad docente interdisciplinaria de ciencias de la salud, facultad de odontología, Veracruz, [Internet] 1986, Agosto - noviembre. [Consultado 27 de agosto de 2015] [1-61] Disponible en: http://cdigital.uv.mx/bitstream/123456789/30075/1/Lopez%20Ramirez.pdf.

17. Desire V. Castillo MS, Prevalencia de caries dental en la población infantil que acuden al ambulatorio urbano “la haciendita” en el barrio Mariara, estado de Carabobo, [Internet] 2011, Agosto - noviembre. [Consultado 27 de agosto de 2015] 49 (4) Disponible en: http://www.actaodontologica.com/ediciones/2011/4/art11.asp.

18. Ortiz SM, informe final programa ejercicio profesional supervisado realizado en el municipio de nuevo San Carlos, Departamento de Retalhuleu, Guatemala, [Internet] 2013, Agosto - noviembre. [Consultado 27 de agosto de 2015] [1-88] Disponible en: http://www.repositorio.usac.edu.gt/id/eprint/1164.

19. Aspectos Metodológicos para la construcción de línea base para el seguimiento del plan nacional de salud pública, [Internet] 2010, febrero - marzo. [Consultado 27 de febrero de 2016], 3; [1-36] Disponible en: http://www.metropol.gov.co/observatorio/Expedientes%20Municipales/Documentos%20tecnicos/Aspectos_Metodologicos_Indicadores_Linea_Base.pdf

20. Iruretagoyena MA, (International Caries Detection and Assessment System), [Internet] 2014, febrero - marzo. [Consultado 27 de febrero de 2016] Disponible en: http://www.sdpt.net/ICDAS.htm.

21. Osorio JP, prevalencia de defectos de desarrollo del esmalte en dentición temporal en niños de 4 a 6 años que asisten al colegio instituto pedagógico Arturo Ramírez Montufar (iparm) de la universidad nacional de Colombia sede Bogotá en el año 2011, universidad nacional de Colombia, [Internet] 2012, febrero - marzo. [Consultado 27 de febrero de 2016] [1-77], Disponible en: http://www.bdigital.unal.edu.co/6395/1/05500461-2012.pdf.

22. Lindhe J, Periodonto logia e Implanto logia odontológica, Quinta Edición, Editorial Panamericana;2009.

23. Gómez R, Fluorosis dental en estudiantes de 8 a 12 años de la escuela fiscal mixta Luís Vivero Espinoza de la parroquia totoras en la ciudad de Ambato año lectivo, universidad central del ecuador facultad de odontología, [Internet] 2010-2011, febrero - marzo. [Consultado 2 de marzo de 2016]. Disponible en: http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/355.

24. Gonzales O, Solórzano A, Estética en Odontología parte IV alternativas de tratamiento en odontología estética, [Internet] 1999, febrero - marzo. [Consultado 2 de marzo de 2016], 37(3) Disponible en: http://www.actaodontologica.com/ediciones/1999/3/estetica_odontologia_alternativas_tratamiento.asp.

25. Matarrita Quiros F, Edentulismo en el área de Barranca Puntarenas, Universidad Latinoamericana de Ciencia y Tecnología, [Internet], 2010, febrero - marzo. [Consultado 2 de marzo de 2016], Disponible en: http://bb9.ulacit.ac.cr/tesinas/publicaciones/040456.pdf.

26. Kaur R, Kataria H, Kumar S, Kaur, experiencia de caries entre mujeres de 16-21 años de edad en punjab, India y su relación con el estilo de vida y saliva, Eur J Dent, 2010; 4 [308-13].

27. De la fuente-Hernández J, Sifuentes Valenzuela MC, ortega Maldonado M, González de Cossío M, costo de la atención odontológica por caries dental en estudiantes preuniversitarios mexicanos, Univ. odontológicas, [Internet] 2010; febrero - marzo. [Consultado 2 de marzo de 2016], 29 [67-75] Disponible en: http://www.redalyc.org/pdf/2312/231216366008.pdf.

28. Kickbusch I, Promoción de la Salud a través de la Educación de Adultos. CONFINTEA, Hamburgo, [Internet] 1997, febrero – marzo, [Consultado 2 de marzo de 2016], Disponible en: http://creditoc8.blogspot.com.co/2015/02/promocion-de-la-salud-y-educacion-de.html.

29. Tovar L, García G, El entorno regional y la percepción del estado de salud en Colombia, lecturas de economía, [Internet], 2003; febrero – marzo, [Consultado 15 de marzo de 2016], 65 [177-208], Disponible en: http://www.scielo.org.co/pdf/le/n65/n65a6.

30. López S, Barrios C, Pallares K, Torres L, Torres D, Fostich N, Prevalencia de caries dental, factores de riesgo, enfermedad periodontal y hábitos de higiene oral en estudiantes de ciencias de la salud, Rev. Ciencia y salud Virtual, 2011; 3(1) [35-41].

31. Díaz A, Arrieta K, González F. Prevalencia de Caries y Enfermedad periodontal en estudiantes de Odontología Universidad de Cartagena. Rev. Cub. Estomatol 2011; 48(1)266-275. (online) Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072011000100003.

32. Gómez NI, Morales MH, Determinación de los Índices CPO-D e IHOS en estudiantes de la Universidad Veracruzana, México, Rev. Chil Salud Pública 2012; Vol. 16 (1): 26-31.

33. Organización panamericana de la salud, nota informativa: la salud bucal es importante para la salud general (OMS), [Internet] 2013; Agosto - noviembre. [consultado 19 de setiembre de 2015]; Disponible en: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/.

34. Ministerio de salud y Protección Social, IV estudio nacional de salud bucal-ENSAB IV, [Internet] 2013-2014; Agosto - noviembre. [Consultado 19 de setiembre de 2015]; (1-379). Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENSAB-IV-Situacion-Bucal-Actual.pdf.

35. Reyes L. La teoría de la acción Razonada, implicaciones para el estudio de las actitudes. Investigación educativa, [Internet] 2007; Agosto - noviembre. [Consultado 20 de setiembre de 2015]; 7, (66-67) [66-77].

36. Barrientos C, Becerra P, Parra A. conocimiento, actitudes y prácticas en salud oral en adolescentes de 12 y 15 años de la localidad de Fresia, chil salud pública, 2014; 18 (2): [140- 148].

37. La Febre F Carrasco, Cobos D Carrera, Arévalo C, Charry R, Torrachi A Carrasco M. Actitudes y Conductas de Salud Oral de Estudiantes de Odontología de la Universidad de Cuenca 2014. Rev. acta odontológica colombiana. 2015; 5 (2): [47- 58].

38. Restrepo K Chica J, Berrio N Romero, Buelvas J, Peña J Garcia K, Upegui A Orozco M, Gallego C Gómez L. conocimientos, actitudes y prácticas en salud bucal de la población interna en el centro de atención al joven "Carlos lleras Restrepo", Medellín. Rev. nacional de odontología. 2011; 7(12): [43-48].

39. Gonzales F Martinez, Sierra C Barrios C, Morales L Salinos E. Conocimientos, actitudes y prácticas en salud bucal de padres y cuidadores en hogares infantiles, Colombia, Odontóloga, Facultad de Odontología. Rev. scielo. 2011; 53(3): [247-257].

40. Vio del r, Fernando, & salinas c, judith, Promoción de salud y calidad de vida en chile: una política con nuevos desafíos. revista chilena de nutrición, 2006; 33(1), [252-259].

41. Posada G. la definición tripartita de conocimientos un análisis desde el lenguaje ordinario. Rev. de ciencias humanas. 2005; 11(35): [39-54].

42. Ponce, J. R. Dialéctica de las actitudes. Editorial Científico-Técnica. Ciudad de la Habana. Clasificaciones de la actitud. (1981).

43. Bembibre C. Práctica, [internet], 2017; Agosto - noviembre. [Consultado 20 de setiembre de 2016], Disponible: http://www.definicionabc.com/general/practica.php.

44. Zacca G González, Sosa M. Situación de salud bucal de la población cubana estudio comparativo. Rev. cubana estomatológica. 2001; 38 (2): [90-110].

45. Agudelo A, Martínez L. conocimientos, actitudes y prácticas en salud bucal, medios de comunicación y mercadeo social en escolares de 7 a 12 años de una institución de Medellín. Rev. Facultad de Odontología Universidad de Antioquia. 2005; 16(1-2): [81-94].

46. Shufer M. Actitudes de salud buco dental en relación al nivel socioeconómico en individuos adultos. Rev. scielo. 2015; 31(2): [67-76].

47. Garbero I Delgado A, Benito de cárdenas I. salud oral en embarazadas conocimientos y actitudes, Tucumán Argentina. acta venezolana. [internet], 2005, febrero - junio. [Consultado 3 de junio de 2016] 42(2). Disponible: http://www.actaodontologica.com/ediciones/2005/2/salud_oral_embarazadas.asp.

48. Páez D, Rovira S, Ubillos L, Pizarro M, Pacheco, M, León C. Modelos de creencias de salud y de la acción razonada aplicados al caso del SIDA. Rev. Psicol. Gral y aplic.1994; 47(2): [141-149].

49. Uribe T, el autocuidado y su papel en promoción en la salud, [internet] 1999, febrero - junio. [Consultado 3 de junio de 2016], [109-118]. Disponible: http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd26/fulltexts/0467.pdf.

50. Saldarriaga O, Sánchez M Avendaño L. conocimientos y prácticas en salud bucal de las gestantes vinculadas al programa de control prenatal. Rev ces odontología. 2003; 17(2): [9-23].

51. Ubillos S, Mayordomo s, Paez D. actitudes: definición y medición componentes de la actitud. modelo de la acción razonada y acción

planificada. [internet] 2004, febrero - junio. [Consultado 3 de junio de 2016] capitulo 10 [301-326]. Disponible: https://dialnet.unirioja.es/servlet/autor?codigo=709233.

52. Parra G Ramírez, García I Castro L. Representaciones sociales sobre salud oral y su relación con los discursos y prácticas profesionales, Rev. hacia la promoción y salud, 2008; 13: [121-130].

53. Agudelo A Suarez. La salud bucal colectiva y el contexto colombiano: un análisis crítico, Rev. Gerenc. Polit. Salud, 2009; 8 (16): [91-105].

54. Tascon Cabrera G. Creencias sobre caries e higiene oral en adolescentes del Valle del cauca. Rev. Colombia médica.2005; 36 (2): [73-78].

55. Breilh J, Tilleria Muños MY. Aceleración global y despojo en Ecuador, el retroceso del derecho a la salud en la era neoliberal. Ediciones Abya-Yala, Universidad Andina Simón Bolívar, (2009).

56. Otiz A. Condiciones de vida y de salud bucal del escolarizado y su familia, Municipio de Caroni, Estado Bolivar, [internet], 1992, febrero - junio. [Consultado 3 de junio de 2016], 38(1).

57. Breih j. Una perspectiva emancipadora de la investigación y acción, basada en la determinación social de la salud. Taller latinoamericano sobre determinantes sociales de la salud, ALAMES, [internet], 2008, febrero - junio. [Consultado 10 de junio de 2016], [28-49].

58. Breih j. Una perspectiva emancipadora de la investigación y acción, basada en la determinación social de la salud. Taller latinoamericano sobre determinantes sociales de la salud, ALAMES, [internet], 2008, febrero - junio. [Consultado 10 de junio de 2016], [28-49].

59. Breilh J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2013; 31(1): [13-27].

60. Breih, j., & Granada, Investigación de la salud en la sociedad: Guía pedagógica sobre un nuevo enfoque del método epidemiológico, [internet] 1980, febrero - junio. [Consultado 10 de junio de 2016], [1-442].

61. Tajes D. Latin American Social Medicine: Roots, Development during the 1990s, and Current Challenges, Rev. Am J Public Health 2003, 93(12): [2023–2027].

62. Granada E. ¿A que llamamos salud colectiva, hoy? Revista Cubana de Salud Pública, 2004, 30(2), [1-20].

63. Ayres JR. Epidemiologia e Emancipacao, Rev. Hist. cienc. saude-Manguinhos 1995; 2, [138-141].

64. Testa M. Pensar en Salud, 5ed, Buenos Aires, Editorial lugar, 1997.

65. Hechavarria B, Venzant S, Carbonell M, Carbonell C, Oral health in adolescence, Rev. Medisan 2013; 17(1):117.

66. Breilh J, Epidemiología crítica, Ciencia Emancipadora e interculturalidad, Rev. Salud colectiva, 2003. (1).

67. Breilh j. La determinación social de la salud como herramienta de trasformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva).Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2013; 31(1): [13-S27].

68. Carmona J, Maestre A. Breilh J. En Piñero J. Incidencia de la malaria gestacional en Urabá Colombia 2005-2007, Rev. Colombiana de obstetricia y ginecología, 2009, 60(1) [19-36].

69. Kail R V, Cavanaugh JC. Desarrollo Humano. Una perspectiva del ciclo vital. 6ed, México, Editorial Cengage learning 2006.

70. Arias L, Montero JT, Castellanos R. Fundamentos y principios de medicina familiar / Ministerio de Salud. Dirección General de Promoción y Prevención, Santa fe de Bogotá, 1996.

71. Ruiz D, Uribe C. Psicología del ciclo vital: Hacia una visión comprehensiva de la vida humana. Rev Latinoame Psicol, 2002, 34(1-2), [17-27].

72. Petersen P. The World Oral Health Report [internet] 2003, febrero - junio. [Consultado 10 de junio de 2016], [1-45], Disponible en: http://www.who.int/oral_health/media/en/orh_report03_en.pdf.

73. Donas S, Compilador. Adolescencia y juventud en América Latina 1ed, México: Colima, editorial LUR 2001, [1-506].

74. Mafla AC. Adolecence: bio-psychosocial changes and oral health. Rev. Colombia Medica, 2008, 39(1), [41-57].

75. Burt BA. Prevention polices in the ligth of the change distribution of dental caries. Acta Odontol Scand, 1999 56(3), [86-179].

76. Ministerio de salud y Protección Social, III estudio nacional de salud bucal-ENSAB III, [Internet] 1999; Agosto - noviembre. [Consultado 19 de setiembre

de 2015]; (1-379). Disponible en: http://www.visitaodontologica.co/ARCHIVOS/ARCHIVOS-NORMAS/Salud%20Publica_P_y_P/II_ESTUDIO_NACIONAL_SALUD_BUCAL.pdf.

77. Organización Panamericana de la Salud, Salud en las Americas, [internet], 2007, Agosto - noviembre. [Consultado 23 de octubre de 2015], 1-2 [1-482], Disponible en: http://www.paho.org/cor/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publicaciones&alias=256-salud-en-las-americas-2007-vol-1&Itemid=222.

78. Schou L. Oral health care, and oral health promotion among older adults: social and behavioral dimensions. In: Cohen LK, Gift HC, editors. Disease Prevention and Oral Health Promotion, Copenhagen: Munksgaard. (1995).

79. Sánchez B, Comisuroplastia en un caso de microstomía debida a quemadura bucal, Rev. Colombia medica 2008, 39(1), [1-5].

80. Joshipura KJ, Rimm EB, Douglass CW, Trichopoulos D, Ascherio A, Willett WC, Poor oral health and coronary health disease. Rev. J dent Res, 1996, 75(9), [1631-6].

81. Petersen P.E, Kandelman D, Arpin S, Ogawa H, Global oral health of older people – Call for public health action, Rev. Community Dental Health 2010, 27(2) [257–268].

82. González A, Martínez T, Betancourt N, Rodríguez J, Morales A, Dental caries and risk factors present in young adults, Rev. Cubana de Estomatología. 2009; 46(3): [30-37].

83. Ministerio de Salud, Universidad Norbert Wiener, Organización Panamericana de la Salud, Determinantes sociales de la salud en Perú, Cuadernos de promoción de la salud Nº 17,[internet], 2005, Agosto - noviembre. [Consultado 25 de octubre de 2015], [1-87].

84. Márton, K, P. Balázs, J. Bánóczy, P. Kivovics and S.Z. Fogorv. 2009. The dental aspects of public health in Hungary. Rev. Fogorv Sz 2009, 102(2): [53-62].

85. Moreno X, Vera C, Cortes R, Impacto de la salud bucal en la calidad de vida de escolares de 11 a 14 años, Rev. Clínica de Periodoncia, Implantología y Rehabilitación Oral 2013, 7(3), [142-148].

86. Lozada C, Análisis clínico de la presencia de caries y enfermedad periodontal en los alumnos de tres facultades de la Universidad de las Américas, [internet], 2015, febrero- abril. [Consultado 25 de abril 2017], [1-108].

87. Cueto V, Diagnóstico y tratamiento de lesiones cariosas incipientes en caras oclusales Rev. Scielo, 2009, 2(13), [1-12].

88. Gómez Scarpetta RA, Olaya Pardo M, Barbosa Rivera A, Durán Arismendy L, Vergara Bobadilla H, Rodas Avellaneda CP, et al. Prevalencia de fluorosis dental en infantes de 8 a 12 años de colegios públicos, Villavicencio 2013. Rev. Hacia promoc. salud. 2014; 19(1): [25-38].

89. Espinoza M, León R, Prevalencia y experiencia de caries dental en estudiantes según facultades de una universidad particular peruana. Rev Estomatol Herediana, 2015, 25(3): [187-193].

90. Feltrin J, Jeremias F, Costa C, Cilense A, Dos Santos L; Loiola R, Hipomineralización incisivo y molar: diagnóstico diferencial, Rev. Odontológica Venezolana, 2011, 49(3).

91. Yepes FL, Beltrán M, Arrubla J, Marín LM, Martínez M, Tobón C, Hoyos AM. Factores causales de la deserción estudiantil en el pregrado de la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia de 1997 a 2004. Rev Fac Odontol Univ Antioq 2007; 19 (1): [35-48].

92. El Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), Disponible en: http://www.dane.gov.co/.

93. Rojas E, Arredondo S, Molina S, Ocampo, K, Conociendo nuestras necesidades y potencialidades educativas diversas: aportes al mejoramiento de la caracterización socio educativo de estudiantes de primer y segundo semestre de la facultad de educación de la Universidad de Antioquia, [internet] 2010, febrero- abril. [Consultado 25 de abril 2017], [1-26], Disponible en: file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/2010%20-%20Conociendo%20nuestras%20necesidades%20(1).pdf.

94. Contreras A, La promoción de la salud bucal como una estrategia para el desarrollo de la salud pública: una oportunidad para la profesión y para el país, Rev. Biomédica instituto nacional de salud, 2013, 33(1), [1-3].

95. Otero Y, Seguí A, Las afecciones estéticas: un problema para prevenir, Rev. Cubana Estomatología, 2001, 39(2): [83-9].

96. Cuevas J, Ibarrola M, Vidas cruzadas, los estudiantes que trabajan: un análisis de sus aprendizajes, Revista de la Educación Superior, 2013, 42(1), [145,148].

97. Organización mundial de la salud (OMS), Determinantes sociales de la salud [internet] febrero- abril. [Consultado 23 de abril 2017], [1-2]. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/key_concepts/es/.

13. ANEXOS

ANEXO 1.

FACULTAD DE ODONTOLOGIA
SEDE VILLAVICENCIO
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN ESTUDIOS DE INVESTIGACION Y AUTORIZACION PARA EL USO Y DIVULGACION DE INFORMACION DE SALUD

Este documento trata de explicar toda la información que una persona quisiera saber para decidir si desea participar o no en este estudio de investigación. Se da cumplimiento así a una de las normas científicas, técnicas y administrativas dispuestas en la Resolución 8430 del 4 de octubre de 1993 en el Titulo II, capítulo 1. Artículo 6, literal e. del Ministerio de Salud de la República de Colombia para la investigación en salud.

TITULO DEL ESTUDIO: COMPARACION DE DETERMINANTES SOCIALES Y SALUD BUCODENTAL DE LOS ESTUDIANTES DE LOS DIFERENTES PROGRAMAS DE LA UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA SEDE VILLAVICENCIO

PATROCINADOR DEL ESTUDIO: Los costos del estudio serán asumidos por los investigadores.

INVESTIGADORES PRINCIPALES: RUTH ANGELA GOMEZ Y JULIAN EDUARDO MORA, DIANA FORERO. **Estudiantes:** Karen Acevedo, Marilyn Villamil Duque

LUGAR DONDE SE LLEVARA A CABO EL ESTUDIO: Universidad Cooperativa de Colombia. Sede Villavicencio. **DIRECCION**: Carrera 35 n 36-99 Barzal, cra 22 n 7-06 sur barrio la rosita

NUMEROS DE TELEFONOS ASOCIADOS: 3112573437 – 3114625599- 6618850 Extensión 8538

(Este formato de consentimiento puede tener palabras que usted no entienda. Por favor solicite al investigador o cualquier persona del estudio que le explique cualquier palabra o información, que usted no entienda claramente. Usted puede llevarse una copia de este formulario de consentimiento informado para pensar en su participación en este estudio o para discutirlo con la familia y amigos antes de tomar su decisión).Una vez que haya comprendido el estudio y si usted decide participar se le pedirá que firme este formulario de consentimiento que se encuentra al final del documento.

A continuación se explicaran los aspectos del estudio que usted debe conocer.

1. JUSTIFICACION DEL ESTUDIO. Este trabajo busca concienciar a los futuros odontólogos, en tanto la consideración holística de su desempeño profesional, empezando por un análisis auto reflexivo que permita, no solo a los investigadores, si no igualmente a todos los participantes, reconocer y evaluar las

2. condiciones de su salud bucodental, así como sus perspectivas, hábitos y actitudes frente al cuidado de la misma, todo lo cual se puede considerar un punto de apoyo al conocimiento científico que les está entregando la Universidad, es decir, se pretende incorporar factores de conocimiento social con factores de conocimiento académico en interés de potencializar el conocimiento pertinente.

2. OBJETIVOS DEL ESTUDIO: Comparar los determinantes sociales y el estado de salud bucodental de los estudiantes de los diferentes programas académicos de la Universidad Cooperativa de Colombia.

3. PARTICIPANTES DEL ESTUDIO: ¿Quiénes pueden participar en el estudio?
Estudiantes matriculados en los programas de pregrado de la UCC sede Villavicencio que acepte su participación voluntaria en este estudio mediante la firma del consentimiento informado. No podrán participar estudiantes con enfermedades crónicas. Estudiantes que tengan aparatología fija de ortodoncia.

4. BENEFICIOS DEL ESTUDIO: Su participación el presente estudio tendrá como beneficio para usted una asesoría en cuanto al estado de su salud bucal y algunas recomendaciones frente al mismo.

5. PROCEDIMIENTOS DEL ESTUDIO: Se utilizará instrumental odontológico básico debidamente esterilizado, para la toma de los índices COP modificado (para caries dental), TFI (para fluorosis), SILNESS Y LOE GINGIVAL (para enfermedad gingival), SILNESS Y LOE DE PLACA (para determinar la presencia de placa dental), INDICE OPACIDADES DEMARCADAS (para defectos del esmalte) y de EDENTULISMO (para dientes perdidos)Se realizara calibración previa de los examinadores para la toma de cada uno de los índices y aplicación de encuestas para determinantes sociales.

6. RIESGOS O INCOMODIDADES ASOCIADAS AL ESTUDIO: Para la realización de este estudio un grupo de investigadores anterior realizo la validación de la encuesta. Su participación eta dada solamente con la realización de dicha encuesta lo cual no trae ningún tipo de riesgo. Su identidad no será revelada y los resultados del estudio se utilizaran solamente con fines estadísticos.

7. COSTOS: Los implementos e insumos utilizados en el desarrollo de este estudio serán proporcionados por los investigadores. Este estudio no representará ningún costo para usted.

8. INCENTIVO PARA EL PARTICIPANTE: a cada estudiante que participe en el estudio investigativo se le dará de manera gratuita un cepillo y crema dental

9. ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO: No hay un tratamiento como tal, solo se realizarán la toma de los índices ya mencionados lo cual implica bajo riesgo para usted,

10. PRIVACIDAD Y CONFIDENCIALIDAD: La información obtenida será utilizada únicamente con fines estadísticos y los resultados de esta investigación pueden ser publicados en revistas científicas o presentados en reuniones de investigadores y profesionales en el área, garantizando la confidencialidad de la identidad y demás datos relacionados con ella, de cada uno de los participantes.

11. PARTICIPACIÓN Y RETIRO VOLUNTARIO: La participación suya en este estudio es voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento. La decisión suya no resultará en ninguna penalidad o pérdida de beneficios para los cuales tenga derecho.

12. PREGUNTAS: Si usted tiene alguna pregunta sobre este estudio o su participación en el mismo puede contactar a: RUTH ANGELA GOMEZ Y JULIAN EDUARDO MORA. TELEFONOS: 3112573437 - 3114625599 CORREO ELECTRONICO: Ruth.Gomez@campusucc.edu.co y julian.mora@ucc.edu.co

Si usted ha resuelto todas sus dudas y decide participar en el estudio puede firmar la hoja de consentimiento que hace parte de este documento.

SE REALIZARA GRABACION DE AUDIO DURANTE LA REALIZACION DE LA ENCUESTA Y VIDEO DURANTE LA TOMA DE LOS INDICES DE SALUD BUCAL

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ identificado con cédula de ciudadanía No. _____expedida en la ciudad de _____he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de forma satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Acepto mi participación en el presente estudio. Recibiré una copia firmada y fechada de esta forma de consentimiento.

Nombres y Apellidos Completos _____

No. de documento de identidad _____

Firma: _____

Número (s) telefónico de contacto _____

Dirección: _____ Barrio: _____

Esta parte debe ser completada por el investigador.

He explicado a los padres de familia y acudientes relacionados en la lista anexa, Identificados con los respectivos documentos de identidad; la naturaleza y los propósitos de la investigación, les he explicado a cerca de los riesgos y beneficios que implica su participación. He contestado las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tienen alguna duda. Acepto que he leído y conozco la normatividad correspondiente para realizar investigación con seres humanos y me acojo a ella.

Doy mi consentimiento de que se realizaran grabaciones de audio y videos durante la realización de la encuesta y la toma de los índices de salud bucal.

Una vez aclaradas todas las inquietudes del participante se firma el presente documento.

Nombre Completo del Investigador: _____

Firma del investigador: _____

No. Documento de identidad. _____

Registro profesional No._____

ANEXO 2.

ANEXO 4
Instrumentos del ENSAB IV
Módulo 2. Personas de 12 a 79 años

MinSalud	CUARTO ESTUDIO NACIONAL DE SALUD BUCAL (ENSAB IV) ENCUESTA SOBRE PROCESOS DE DETERMINACIÓN SOCIAL DE LA SALUD BUCAL	S.E.I. S.A.	Pontificia Universidad JAVERIANA
	MÓDULO 2. PERSONAS DE 12 A 79 AÑOS		

Número identificación muestral: |__|__|__|__|__|__|

CONTROL OPERATIVO

RESULTADOS DE LAS VISITAS

	Fecha Día Mes Año	Hora Inicio	Hora Fin	Resultado
1	|__|__| - |__|__| - |__|__|__|__|	|__|__:|__|__|	|__|__:|__|__|	1☐ 2☐ 3☐ 4☐ 5☐ 6☐➔____
2	|__|__| - |__|__| - |__|__|__|__|	|__|__:|__|__|	|__|__:|__|__|	1☐ 2☐ 3☐ 4☐ 5☐ 6☐➔____
3	|__|__| - |__|__| - |__|__|__|__|	|__|__:|__|__|	|__|__:|__|__|	1☐ 2☐ 3☐ 4☐ 5☐ 6☐➔____

CÓDIGOS DE RESULTADO DE ENTREVISTA

1.	Completa	**3.**	Rechazo	**5.**	Ausente no recuperable
2.	Incompleta	**4.**	Ausente momentáneo	**6.**	Otro: _____

6. Nombre del entrevistador: _____ Identificación |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

7. Nombre del supervisor: _____ Identificación |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

8. ¿Tipo de supervisión:	Verificación personal	1☐
	Verificación telefónica	2☐
	Acompañamiento	3☐
	Ninguna	4☐

9. ¿Revisó el formulario? Sí 1☐ No 2☐

I. INSERCIÓN SOCIAL

100	*ENTREVISTADOR(A): Transcriba el nombre y número de orden de la persona, de las preguntas 202, 200 y 203b del Módulo 1. Hogar.*	a. Nombres y apellidos:	
		b. No. orden:	
		c. Edad	
101A	¿Cuál es su tipo de documento de identificación?	Cédula	1☐
		Tarjeta de identidad	2☐
		Registro civil	3☐
		Cédula de extranjería	4☐
		Otro, ¿cuál? _____	5☐
		No tiene	6☐➔**102**
101B	Número de identificación	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| No sabe 1☐	

ARD-434/FORM PERSONAS 12-79 AÑOS/JULIO_25 1

102	El principal responsable económico de su sostenimiento y/o estudio es: *Espere respuesta y marque una sola opción*	Usted mismo (a)	1☐→111
		Su madre	2☐
		Su padre	3☐→105
		Cónyuge o conviviente	4☐→107
		Familiar cercano que vive con usted	5☐→109
		Familiar cercano que NO vive con usted	6☐→110
		Otro no familiar que vive con usted	7☐→109
		Otro no familiar que NO vive con usted	8☐→110
103	En cuanto a su madre biológica:	Vive en este hogar	1☐
		No vive en este hogar	2☐→110
104	De las personas de la matriz del hogar quien es la madre biológica de ____ *Registre nombre y número de orden, transcriba de preguntas 202 y 200 del Módulo 1. Hogar.*	a. Nombre:	
		b. No. Orden	→111
105	En cuanto al padre biológico:	Vive en este hogar	1☐
		No vive en este hogar	2☐→110
106	De las personas de la matriz del hogar quien es el padre biológico de ___ *Registre nombre y número de orden, transcriba de preguntas 202 y 200 del Módulo 1. Hogar.*	a. Nombre:	
		c. No. Orden	→111
107	En cuanto a su cónyuge o conviviente:	Vive en este hogar	1☐
		No vive en este hogar	2☐→110
108	*Registre nombre y número de orden, transcriba de preguntas 202 y 200 del Módulo 1. Hogar.*	a. Nombre:	
		b. No. Orden	→111
109	De las personas de la matriz del hogar quien es el familiar cercano u otro familiar que responde económicamente por ____ *Registre nombre y número de orden, transcriba de preguntas 202 y 200 del Módulo 1. Hogar.*	a. Nombre:	
		b. No. Orden	→111
110	Por favor dígame los siguientes datos de esta persona.		
	a. Nombres y apellidos:		
	b. Edad:		
	c. ¿Cuál es el parentesco de *Nombre del principal responsable económico* con usted o *Nombre de la persona seleccionada si tiene 12 años*?	*2= Cónyuge / compañero (a)* *3= Hijo (a)* *4= Nuera / Yerno* *5= Nieto (a)* *6= Padre / Madre* *7= Suegro (a)* *8= Hermano (a)* *9= Cuñado (a)* *10= Hijo (a) no biológica* *11= Otro familiar* *12= No pariente* *13= Empleada doméstica*	|_|_|
	d. ¿Con cuál de los siguientes grupos étnicos se identifica *Nombre del principal responsable económico*?	*1= Indígena* *2= ROM (Gitano)* *3= Raizal del archipiélago de San Andrés y Providencia* *4= Palenquero de San Basilio* *5= Negro(a), Mulato(a), Afro colombiano(a) o Afro Descendiente* *6=Blanco* *7= Mestizo* *8= Otras etnias* *9= No definido* *10= No sabe*	|_|
	e. ¿A cuál régimen de salud está afiliado *Nombre del principal responsable económico*?	*1= Contributivo* *2= Subsidiado* *3= Excepcional* *4= Especial* *5= No asegurado* *6= No sabe*	|_|
	f. Cuál es el nivel educativo más alto alcanzado por *Nombre del principal responsable económico*?	1. Ninguno→111 2. Preescolar 3. Primaria 4. Secundaria 5. Técnico o tecnológica 6. Universitaria 7. Posgrado 8. No sabe no responde→111	|_|
	g. Último grado o año aprobado en ese nivel	0☐ 1☐ 2☐ 3☐ 4☐ 5☐ 6☐	

ARD-434/FORM PERSONAS 12-79 AÑOS/JULIO_25 2

111	La ocupación de *Nombre del principal responsable económico* es: *Marque solamente la opción más importante, es decir aquella que genera mayores ingresos).En aquellos casos en que la persona tenga 2 ocupaciones que le generan **exactamente** los mismos ingresos diligencie las preguntas 111A y 111B*	Profesional o técnico que ejerce independientemente	1☐
		Empleado de empresa particular titulado (profesional o técnico)	2☐
		Empleado público titulado (profesional o técnico)	3☐
		Empleado de empresa particular no titulado	4☐
		Empleado público no titulado	5☐
		Artesano	6☐
		Comerciante propietario de pequeño negocio	7☐
		Propietario de empresa industrial, comercial o de servicios	8☐
		Obrero o trabajador manual de empresa no propia	9☐
		Jornalero o peón	10☐
		Trabajador por cuenta propia no profesional ni técnico (empleada doméstica / ayudante familiar sin remuneración fija)	11☐
		Jubilado	12☐
		Militar o policía	13☐
		Pequeño trabajador agrícola	14☐
		Rentista	15☐
		Otra, ¿cuál? _____	16☐
		Ninguna (desempleado/a)	17☐➔113
		No sabe	18☐➔113
111A	*Nombre del principal responsable económico* tiene una segunda ocupación:	Si 1☐ No 2☐➔112	
111B	¿Cuál es esa ocupación? Encuestador(a) registre el número *que corresponde de las opciones de la pregunta 111*	|__|	
112	¿Cuál es la función del *Nombre del principal responsable económico* en su trabajo? *Lea las opciones de respuesta y marque una sola opción*	Hace el trabajo	1☐
		Dirige y organiza el trabajo de otros	2☐
		Hace y dirige el trabajo	3☐
		No aplicable (fuera del proceso productivo)	4☐
113	¿Cuál es la fuente más importante de los ingresos de *Nombre del principal responsable económico*? *Espere respuesta, marque una sola opción*	Alquiler de propiedad	1☐
		Jornal diario o por semana	2☐
		Negocio particular	3☐
		Pensión jubilar	4☐
		Sueldo como empleado del sector público	5☐
		Sueldo como empleado del sector privado	6☐
		Sueldo como obrero	7☐
		Sueldo como trabajador del campo	8☐
		Sueldo como empleada doméstica	9☐
		Ventas ambulantes	10☐
		Honorarios por servicios	11☐
		Donaciones de familiares u otras personas o entidades	12☐
		Subsidio del Gobierno	13☐
		Limosna	14☐
		Otra, ¿cuál? _____	15☐
		Ninguna (desempleado/a)	16☐
		No sabe	17☐

114	¿En cuál de estos rangos de dinero se ubican los ingresos mensuales de *Nombre del principal responsable económico*? *Lea las opciones de respuesta* *Tarjeta*	Menos de medio SMLV ($294.750)	1☐
		Entre medio y 1 SMLV ($294.751 - $589.500)	2☐
		Más de 1 y 2 SMLV ($589.501 - $1.179.000)	3☐
		Más de 2 y 3 SMLV ($1.179.001 - $1.768.500)	4☐
		Más de 3 y 4 SMLV ($1.768.501 - $2.358.000)	5☐
		Más de 4 SMLV ($2.358.001 o más)	6☐
		Ninguna (desempleado/a)	7☐
		No sabe	8☐
115	¿ *Nombre del principal responsable económico* es propietario/a de: *Lea las opciones de respuesta y marque las dos más importantes que mencione el entrevistado(a)*	a. Locales/Casas para arrendar	|__|
		b. Tierra	|__|
		c. Máquinas (vehículo)	|__|
		d. Herramientas	|__|
		e. Mercancías	|__|
		Nada	1☐
		No sabe	2☐

II. MODOS DE VIDA Y SALUD BUCAL

201	¿Durante su jornada diaria tiene tiempo para el cuidado de su boca? *Lea las opciones de respuesta, marque una sola opción*	Nunca	1☐
		Casi nunca	2☐
		Casi siempre	3☐
		Siempre	4☐
202	¿Después de finalizar su jornada diaria usted le dedica tiempo al cuidado de su boca? *Lea las opciones de respuesta, marque una sola opción*	Nunca	1☐
		Casi nunca	2☐
		Casi siempre	3☐ ➔ **204**
		Siempre	4☐ ➔ **204**
203	¿Cuáles son las razones por las que usted no dedica tiempo al cuidado de su boca al finalizar la jornada diaria? *Espere respuesta, puede marcar varias opciones*	a) Llega muy tarde	☐
		b) Llega muy cansado/a	☐
		c) No lo considera necesario	☐
		d) Debe realizar otras labores	☐
		e) Por pereza	☐
204	¿Por el aspecto de su boca alguna vez usted ha perdido la oportunidad de conseguir un empleo o ser aceptado en un grupo social?	Si	1☐
		No	2☐ ➔ **206**
205	¿Por qué razón perdió la oportunidad de conseguir este empleo o de ser aceptado en el grupo social? *Espere respuesta*	Por la apariencia de los dientes (Dientes faltantes, manchados o disparejos)	1☐
		Por la apariencia de la boca (prótesis, problemas con los maxilares, etc., problemas de labio y paladar hendido)	2☐
		Por tener mal aliento	3☐
		Otra, especifique _____	4☐
206	¿Alguna vez en su vida usted ha ido a consulta con el/la odontólogo/a?	Si 1☐ ➔ **208** No 2☐	

207	¿Cuál es la razón PRINCIPAL por la qué no ha ido nunca donde el/la odontólogo/a? *Espere respuesta. Marque una sola opción*	No ha sentido la necesidad	1☐	➔**Pase a 214**
		Por falta de dinero	2☐	
		Le da miedo, nervios o pena	3☐	
		No ha tenido tiempo	4☐	
		Dificultad para conseguir la cita	5☐	
		Piensa que no tiene derecho a cita odontológica	6☐	
		No sabe dónde prestan el servicio	7☐	
		No tiene donde acudir	8☐	
		El sitio de atención es muy lejano	9☐	
		No le dan permiso en el trabajo	10☐	
		No me han llevado	11☐	
208	¿Cuándo fue por última vez a el/la odontólogo/a? *Espere respuesta*	En los últimos seis meses	1☐	
		Entre 6 meses y menos de 1 año	2☐	
		Entre 1 y 2 años	3☐	
		Más de 2 años	4☐	
		No recuerda	5☐	
209	¿Cuál fue el motivo por el que consultó? *Espere respuesta*	Por una urgencia	1☐	
		Para un tratamiento	2☐	
		Por revisión/prevención	3☐	
		Certificado odontológico	4☐	
		Control prenatal	5☐	
210	¿En qué lugar lo atendieron en la última consulta odontológica? *Lea las opciones de respuesta*	En el servicio que le ofrece la EPS	1☐➔**212**	
		En un consultorio particular (que no hace parte de la red de la EPS	2☐	
		En un centro/puesto de salud u hospital	3☐➔**212**	
211	¿Cuál es la razón para usar los servicios del consultorio particular (que no hace parte de la red de la EPS) *Espere respuesta. Puede marcar más de una opción*	a. La atención es más rápida	☐	
		b. Me queda más cerca	☐	
		c. No tenía afiliación a ninguna EPS	☐	
		d. Necesitaba tratamientos que la EPS no cubre (prótesis, ortodoncia)	☐	
		e. La calidad de la atención es mejor	☐	
212	¿Quedó satisfecho/a con la atención recibida en la última consulta odontológica?	Sí 1☐➔**214** No 2☐		
213	¿Cuál (es) fueron las razones por la/s que no quedó satisfecho/a con la atención recibida? *Espere respuesta, puede marcar varias opciones*	a) El tiempo de espera para conseguir la cita	☐	
		b) El tiempo de espera para la atención	☐	
		c) El trato del/a profesional	☐	
		d) Los trámites administrativos	☐	
		e) La calidad del tratamiento	☐	
		f) Otra, especifique _____	☐	

214	¿En los últimos 12 meses alguna vez le han negado la atención odontológica?	Sí 1☐ No 2☐ ➔219	
215	¿En dónde le negaron la atención odontológica?	1. ☐ En el servicio que le ofrece la EPS	
		2. ☐ En un consultorio particular (que no hace parte de la red de la EPS)	
		3.☐ En el centro/puesto de salud u hospital	
216	¿Cuál fue la PRINCIPAL razón por la que le negaron la atención odontológica? *Lea opciones de respuesta, marque una sola opción*	No había citas disponibles	1☐
		No había profesional contratado	2☐
		No había materiales/insumos	3☐
		El procedimiento que necesitaba no estaba incluido en el plan de beneficios	4☐
		Tenía problemas de afiliación	5☐
		Falta de dinero para pagar la consulta	6☐
		Otro ¿Cuál?	7☐
217	Ante la negación de la atención, usted prefirió: *Leer opciones de respuesta, marque una sola opción*	Quedarse sin el tratamiento que necesitaba	1☐
		Buscar atención en un consultorio privado	2☐
		Buscar ayuda de personal no odontólogo	3☐
		Buscar tratamientos alternativos	4☐
		Manifestar su inconformidad a través del buzón de sugerencias	5☐
		Escribir una carta o hablar personalmente con las directivas de la EPS	6☐
		Interponer una acción de tutela	7☐
		Convocar a otros usuarios para reclamar colectivamente el derecho al servicio odontológico	8☐
218	¿Usted consiguió la atención odontológica que le negaron a través de un mecanismo de reclamación de derechos?	Sí 1☐ No 2☐	
219	¿Cuál(es) de las siguientes actividades de salud bucal ha recibido en los últimos 12 meses? *Leer opciones de respuesta, puede marcar varias opciones*	a) Actividades educativas/enseñanza de cepillado	☐
		b) Control de placa y profilaxis (uso pigmento rojo)	☐
		c) Aplicación de flúor	☐
		d) Aplicación de sellantes (esmalte que va ayudar a prevenir la caries)	☐
		e) Detartraje/Retiro de cálculos	☐
		f) No sabe	☐
		g) No recuerda	☐
		Ninguna	1☐

		a) Cepillo	☐

228	En su opinión, ¿Qué es tener una boca sana? *Espere respuesta, puede marcar varias opciones*	a) No tener caries/ No tener los dientes dañados	☐
		b) Tener los dientes blancos y parejos	☐
		c) Tener los dientes completos	☐
		d) No tener mal aliento	☐
		e) No tener placa bacteriana o cálculos	☐
		f) No sentir dolor	☐
		g) No tener sangrado de la encía	☐
		h) Cuidarse/limpiarse la boca	☐
		i) No sabe	☐
		j) Otro, especifique _____	☐
229	En su opinión, ¿por qué se pican o les da caries a los dientes? *Espere respuesta, puede marcar varias opciones*	a) Mal cepillado o no cepillarse	☐
		b) Mala higiene Bucal	☐
		c) Consumo de dulces	☐
		d) Consumo de alimentos pegajosos	☐
		e) Descalcificación o debilidad de los dientes	☐
		f) Mala alimentación	☐
		g) Usar cosas que alguien con caries ha usado	☐
		h) Predisposición genética (herencia)	☐
		i) Por el consumo de medicamentos (antibióticos)	☐
		j) Mal uso o no uso de seda dental	☐
		k) Por la colocación de aparatos en la boca	☐
		l) Infección	☐
		m) Por el embarazo	☐
		No sabe	1 ☐

230	En su opinión, ¿por qué sangran o se inflaman las encías? *Espere respuesta, puede marcar varias opciones*	a) Mal cepillado o no cepillarse	☐
		b) Cepillado fuerte	☐
		c) Infección	☐
		d) Debilidad de la encía	☐
		e) Mala alimentación	☐
		f) Problemas en el organismo	☐
		g) Mala higiene bucal	☐
		h) Mal uso o no uso de seda dental y enjuagues	☐
		i) Mal uso de palillos/u otros elementos con punta	☐
		j) Por la colocación de aparatos en la boca (incluir piercing, brackets y demás)	☐
		k) Por problemas de caries	☐
		l) Por otras enfermedades diferentes a las de la boca	☐
		m) Por el embarazo	☐
		n) Otro ¿Cuál?	☐
		No sabe	1☐
231	¿Cree usted que los problemas de la boca afectan la salud general?	Sí 1☐ No 2☐ No sabe ☐	
232	¿Cree usted que existen enfermedades del cuerpo que causan problemas en la boca?	Sí 1☐ No 2☐ No sabe ☐	
233	La salud bucal es responsabilidad de: *Lea opciones de respuesta, marque una sola opción*	El Estado	1☐
		Cada persona	2☐
		Compartida entre el Estado y las personas	3☐
		Ninguna de las anteriores	4☐
234	Qué deberían hacer las personas para cuidarse la boca *Lea opciones de respuesta, puede marcar varias opciones*	a) Cepillarse regularmente, usar seda dental y enjuague bucal	☐
		b) Asistir periódicamente a consulta odontológica	☐
		c) Tener buenos hábitos alimenticios	☐
		d) Evitar el consumo de azúcar/dulces	☐
		e) Evitar el consumo de cigarrillo/tabaco	☐
		f) Evitar el consumo de bebidas alcohólicas	☐
		g) Proteger los dientes cuando están haciendo deporte	☐
		h) Todas las anteriores	☐
		i) Otra, ¿cuál? _____	☐
		Ninguna de las anteriores	1 ☐

PARTICIPACIÓN EN ORGANIZACIONES SOCIALES		
235	¿Pertenece usted a alguna organización social en su barrio, localidad, lugar de estudio o trabajo?	Sí 1☐ No 2☐➔**301**
236	¿En esa organización usted, ha participado en alguna actividad relacionada con la salud general?	Sí 1☐ No 2☐
237	¿En esa organización usted, ha participado en alguna actividad relacionada con la salud bucal?	Sí 1☐ No 2☐

III. ESTILOS DE VIDA Y COMPORTAMIENTOS

301	¿Cuándo se cepilla usted los dientes? *Espere respuesta, puede marcar varias opciones*	a. Al levantarse	☐
		b. Después del desayuno	☐
		c. Después del almuerzo	☐
		d. Después de la comida/cena	☐
		e. Antes de acostarse	☐
		f. Otros momentos	☐
		g. Nunca	☐
302	¿Por qué razón decide cambiar el cepillo de dientes? *Espere respuesta, puede marcar varias opciones*	a. Cuando las cerdas han perdido la forma/	☐
		b. Cuando se ve sucio	☐
		c. Cuando lastima la encía	☐
		d. Periódicamente sin importar su estado	☐
		e. Otro	3☐
303	¿Cada cuánto cambia su cepillo de dientes?	Menos de 1 mes	1☐
		Entre 1 y 2 meses	2☐
		Entre más de 2 y 3 meses	3☐
		Entre más de 3 y 6 meses	4☐
		Entre más de 6 meses y 1 año	5☐
		Más de 1 año	6☐
304	¿Usa crema dental para cepillarse/lavarse los dientes?	Sí 1☐ No 2☐ ➔306	
305	¿Qué cantidad de crema dental usa para cepillarse? *Presente la tarjeta*	¼ del cepillo	1☐
		½ del cepillo	2☐
		¾ del cepillo	3☐
		Todo el cepillo	4☐
306	¿Con qué frecuencia usa seda dental?	Nunca	1☐
		Rara vez	2☐
		Una vez al día	3☐
		Dos o más veces al día	4☐
307	Con respecto al hábito de fumar, usted:	Nunca ha fumado	1☐ ➔312
		Actualmente fuma	2☐
		Fuma ocasionalmente	3☐
		Es exfumador	4☐
308	¿A qué edad comenzó a fumar?	|___|___| años	
309	¿Si usted fuma o ha fumado, cuántos cigarrillos en promedio se fuma o se fumaba por día?	|___|___| No. cigarrillos/día	
		Menos de 1 al día 1☐	
310	¿Por cuánto tiempo ha fumado o fumó?	|___|___| años	
		Menos de un año	1☐
311	¿Usted fuma o fumó con la candela al revés?	Sí 1☐ No 2☐	

312	Con respecto al consumo de alcohol, usted	Nunca ha consumido bebidas alcohólicas	1☐➔318
		Habitualmente consume bebidas alcohólicas (más de 1 vez al mes)	2☐ ➔313
		Ocasionalmente consume bebidas alcohólicas (Menos de 1 vez al mes)	3☐➔313
		Es exbebedor (dejó de consumir bebidas alcohólicas hace 1 año o más)	4☐
315	¿A qué edad dejó de beber?	|__|__|	
313	¿A qué edad comenzó a consumir bebidas alcohólicas?	|__|__|	
316	¿Cuántas copas/tragos/cervezas semanales consume o consumía?	|__|__|__| Menos de una copas/tragos/cervezas a la semana 1☐	
318	¿Usa usted prótesis dental removible?	Sí 1☐ No 2☐ ➔321	
319	¿Hace cuánto tiempo que tiene la prótesis/dentadura actual?	Menos de 1 año	1☐
		Entre 1 y 9 años	2☐
		Entre 10 y 20 años	3☐
		Más de 20 años	4☐
320	¿Usa usted su prótesis mientras duerme?	Sí 1☐ No 2☐	
TÍTULO DOLOR			
321	¿En los últimos seis meses usted ha tenido dolor en la boca, cara o maxilares que le duró más de una semana?	Sí 1☐ No 2☐➔IV	
322	¿Ese dolor le impidió comer?	Sí 1☐ No 2☐	
323	¿El dolor le impidió hacer sus labores diarias en la casa o en el trabajo?	Sí 1☐ No 2☐	

IV. SOLO PARA MUJERES GESTANTES

400	*ENTREVISTADOR(A): Verifique con pregunta 205 del Módulo 1. Hogar, ¿marcó 2?*	Sí 1☐ No 2☐➔**TERMINE**	
401	*ENTREVISTADOR(A): Verifique con pregunta 203 del Módulo 1. Hogar, ¿La mujer encuestada tiene entre 12 y 49 años de edad?*	Sí 1☐ No 2☐➔ **TERMINE**	
402	*ENTREVISTADOR(A): Verifique en pregunta 214 del Módulo 1. Hogar, ¿La mujer encuestada está embarazada?*	Sí 1☐ No 2☐➔ **TERMINE**	
403	¿Cuantos meses de embarazo tiene?	|__| meses	
404	¿En qué mes de embarazo acudió al primer control prenatal	|__| meses En ninguno 99☐	
405	¿Ha tenido algún problema de los dientes o en la boca durante este embarazo?	Sí 1☐ No 2☐	
406	¿En el servicio de salud que usted utiliza la ha remitido al odontólogo/a?	Sí 1☐ No 2☐➔410	
407	¿Cuándo la remitieron le dieron la cita?	Sí 1☐ No 2☐ ➔409	
408	¿En qué mes del embarazo acudió a la cita con el odontólogo/a?	|__| ➔ **TERMINE**	
409	¿Qué razones le dieron para no darle la cita? *Espere respuesta*	No había cita disponible	1☐
		No atienden mujeres embarazadas	2☐
		Le recomendaron esperar que pasara el embarazo	3☐
		No le dieron ninguna explicación	4☐

		Otra, especifique _____	5☐
410	¿Si no la remitieron, usted por iniciativa propia ha pedido cita odontológica?	Sí	1☐
		No	2☐ ➔ **413**
411	¿Por qué motivo pidió la cita? *Espere respuesta, marque una sola opción*	Por una urgencia	1☐
		Para un tratamiento	2☐
		Por revisión/prevención	3☐
		Otra, especifique _____	4☐
412	¿En qué mes del embarazo acudió a la cita con el odontólogo que usted misma solicitó?	|____| mes ➔ **TERMINE**	
413	¿Por qué motivo no pidió la cita? *Espere respuesta*	No ha sentido la necesidad	1☐
		Por falta de dinero	2☐
		Le da miedo, nervios o pena	3☐
		No ha tenido tiempo	4☐
		Porque le puede hacer daño al bebé	5☐
		Piensa que no tiene derecho a consulta odontológica	6☐
		No sabe dónde prestan el servicio	7☐
		No tiene dónde acudir	8☐
		El sitio de atención es muy lejano	9☐
		No le dan permiso en el trabajo	10☐
		No ha tenido la necesidad	11☐

ANEXO 3.

INDICE GINGIVAL SLINESS Y LOE

Nombre o código: _____

Edad: _____ Sexo: _____

Examinador: _____

INDICE: Suma de puntaje obtenido en cada superficie dividido por el número de superficies examinadas.

DV	V	MV	DV	V	MV	DV	V	MV

16	11	24
P	P	P

0.1		0.2		0.3		0.4		0.5		0.6		0.7		0.8		0.9		1.0		1.1		1.2		1.3		1.4		1.5	
3	%	7	%	10	%	13	%	17	%	20	%	23	%	27	%	30	%	33	%	37	%	40	%	43	%	47	%	50	%
1.6		1.7		1.8		1.9		2.0		2.1		2.2		2.3		2.4		2.5		2.6		2.7		2.8		2.9		3.0	
53	%	57	%	60	%	63	%	67	%	70	%	73	%	77	%	80	%	83	%	87	%	90	%	93	%	97	%	100	%

L	L	L
36	31	44

DV	V	MV	DV	V	MV	DV	V	MV

0 = Sin signos clínicos de inflamación
1 = Signo clínico inflamación sin sangrado
2 = Sangrado al pasar la sonda.
3 = Signo evidente y grave de inflamación gingival

PUNTAJE IG _____

Factor de riesgo:

O a 20% bajo.
21 a 40% medio.
41 a 100% alto.

NOMBRE DEL PROFESIONAL: _____

CEDULA: _____

FIRMA: _____

ANEXO 4.

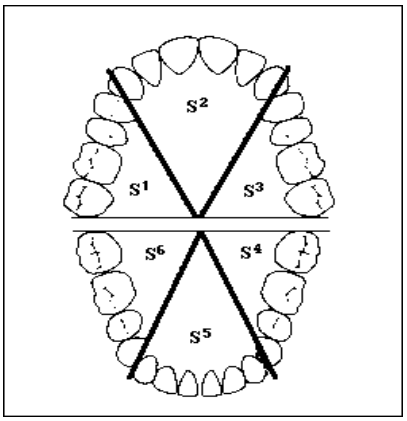
INDICE CPITIN

NOMBRE_____

REGISTRO DE DATOS:

- Los molares se examinan en pares y solo se registra una calificación la + alta.
- Solo se registra una calificación para cada sextante
- Los dos molares en cada sextante posterior se aparean para la anotación, y de faltar uno no se realiza una sustitución. Si no existe en el sextante los dientes índices que ameriten el examen, se examina el resto de los dientes presentes en ese sextante y se anota la puntuación + alta como la correspondiente al sextante.
- No se incluyen los dientes con exodoncia indicada.

S1: 17 - 16 **S1:**	**S2: 11** **S2:**	**S3: 26 - 27** **S3:**
S4: 47 - 46 **S4:**	**S5: 31** **S5:**	**S6: 36 - 37** **S6:**
	Fecha:	



Códigos y criterios:

Código x: cuando solamente hay un diente presente o ninguno en el sextante.

Código 0: tejidos periodontales sanos.

Código 1: sangrado observado durante o después del sondaje. Y se registra el código 1 en todo el sextante

Código 2: presencia de placa calcificada y/o obturaciones defectuosas.

Código 3: bolsa de 4 o 5 mm.

Código 4: bolsa de 6 mm.

Nota: si el diente examinado se halla con un valor 5,5 mm. O más, este valor se le asigna al sextante.

Sitios recomendados para el sondaje son M y D en las superficies vestibular y punto medio de la superficie P/L.

FUENTE: 1. Carranza, F "Periodontología clínica de Glickman".4 edición. Editorial Interamericana.**2**.Carlos JP,Wolfe MD,Kigman A:The extend and severity index:a simple method for use in epidemiologic studies of periodontal dissease.J Clin Periodontol 1986,13:500-505.

ANEXO 5.

INDICE DE PLACA SLINESS Y LOE

Nombre o código: _____

Edad: _____ Sexo: _____

Examinador: _____

INDICE: Suma de puntaje obtenido en cada superficie dividido por el número de

DV	V	MV		DV	V	MV		DV	V	MV
	16				11				24	
	P				P				P	

0.1		0.2		0.3		0.4		0.5		0.6		0.7		0.8		0.9		1.0		1.1		1.2		1.3		1.4		1.5	
3	%	7	%	10	%	13	%	17	%	20	%	23	%	27	%	30	%	33	%	37	%	40	%	43	%	47	%	50	%
1.6		1.7		1.8		1.9		2.0		2.1		2.2		2.3		2.4		2.5		2.6		2.7		2.8		2.9		3.0	
53	%	57	%	60	%	63	%	67	%	70	%	73	%	77	%	80	%	83	%	87	%	90	%	93	%	97	%	100	%

	L				L				L	
	36				31				44	
	DV	V	MV		DV	V	MV		DV	V	MV

0 = Ausencia de placa.
1 = Placa identificada solo al paso de la sonda. **PUNTAJE IPB** [ ]
2 = Placa moderada en el surco o a simple vista.
3 = Placa abundante en el surco gingival, puede haber presencia de cálculo.

Factor de riesgo:

O a 20% bajo. NOMBRE DEL PROFESIONAL: _____

21 a 40% medio. CEDULA: _____

41 a 100% alto. FIRMA: _____

ANEXO 6.

Universidad Cooperativa de Colombia

UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
ODONTOGRAMA ICDAS

Superficie	SD			55	54	53	52	51	61	62	63	64	65			SI
	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
M																
O																
D																
V																
P																
RAZ																

SD-SI

Superficie	ID			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75			II
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
M																
O																
D																
V																
P																
RAZ																

ID-II

SISTEMA ICDAS II (Códigos ICDAS de dos dígitos)				Según la ACTIVIDAD de la caries	
0	Sin restauración ni sellante	0	Sano	A activa	D detenida
1	Sellante en mal estado	1	Primer Cambio Visual en el Esmalte	OTRAS PATOLOGIAS (Superficie y Diente)	
2	Sellante en buen estado	2	Cambio Visual Marcado en el Esmalte	E	Erosión
3	Obturación de color del diente	3	Ruptura localizada del esmalte	Ab	Abrasión
4	Amalgama	4	Sombra oscura subyacente	Af	Afraccion
5	Corona de acero	5	Cavidad detectable	H	Hipoplasia
6	Restauración en porcelana	6	Cavidad extensa	HL	Hipomineralizacion Localizada
7	Obturación perdida o fracturada			Hg	Hipomineralizacion Generalizada
8	Restauración temporal			M	Manchas Extrínsecas
91	Implante realizado por caries	CONVENCIONES PARA CARIES RADICULAR		DF	Dientes Fracturados
96	La superficie no se puede revisar			At	Atricción
97	Perdido debido a caries	NO CAVITACIONAL (NC) A - Activa D - Detenida			
98	Perdido por razones diferentes a caries	CAVITACIONAL (C) A - Activa D - Detenida			
99	Dientes que no han hecho erupción				

Manchas extrínsecas: _____ Dientes fracturados:_____
Abfraccion: _____ Hipoplasias: _____
Erosión:_____ Atrición:_____
Hipomineralización generalizada_____ Hipomineralización Localizada:_____
Observaciones:_____
_____

Nombre: _____ C.C. _____

Fecha: _____ Estudiante: _____ Semestre: _____

Firma tutor Firma Docente de Sala Visto Bueno Tutor

ANEXO 7.

INDICE TFI

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28

48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

CLASE KENNEDY

☐ **CLASE I** ☐ **CLASE II** ☐ **CLASE III** ☐ **CLASE IV**

MOTIVO DE LA PÉRDIDA ☐ ☐ **NINGUNO**

ANEXO 8.

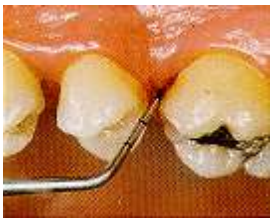
PROTOCOLO

- Convocamos e invitamos a los estudiantes de los diferentes programas de la universidad cooperativa de Colombia sede Villavicencio para que participen y formen parte de nuestro estudio de investigación
- Damos información verbal y escrita a los estudiantes sobre nuestro estudio investigativo
- Si el estudiante desea participar en el estudio le damos el consentimiento informado para que lo diligencie.
- Se le establece a cada paciente un código de registro
- Se procede a iniciar la grabación y realización de las preguntas de la encuesta
- Armamos la unidad, la forramos con el cristaflex, acomodamos nuestro material (gasas, algodones, servilletas, eyectores) e instrumental (espejos, sondas periodontales diseñada por la OMS)
- Realizamos video durante la toma del examen oral a cada paciente
- Ubicamos al estudiante en la unidad odontológica portátil y
- Procedemos a tomar el **INDICE SLINESS Y LOE GINGIVAL** con el fin de evaluar el tejido gingival en lo que respecta los estadios de la gingivitis.
- Revisamos las superficies (vestibular, media, distal, palatina o lingual) de los dientes 16,11,24,36,31,44 utilizando la sonda periodontal diseñada por la OMS
- Introducimos la sonda suavemente paralela al eje longitudinal del diente hasta el fondo del surco gingival, repetimos el procedimiento en cada una de las superficies (mesial, media, distal, lingual o palatina).
- Posteriormente establecemos el código de acuerdo a los resultados observados

Código 0	Encía normal color rosa pálido, textura con aspecto de cascara de naranja firme y resistente.	
Código 1	Inflamación leve, se observa con ligero enrojecimiento gingival sin hemorragia al sondaje.	

Código 2	Inflamación moderada, color rojo y aspecto brillante con hemorragia al sondaje.	
Código 3	Inflamación severa, marcado el enrojecimiento, edema y ulceraciones con tendencia a sangrar espontáneamente.	

- Se registra en el formato el código de la superficie que se encuentre en estado más severo en los dientes 16, 11, 24, 36, 31, 44.
- Continuamos con el INDICE **de CPITN** con el fin de realizar un examen periodontal básico y de esta manera identificar los pacientes que presenten alteraciones periodontales.
- La dentición se divide en 6 sextantes, para cada uno de los cuales se determina un valor. Las piezas dentarias a examinar en adultos mayores de 20 años son (17-14, 13-23,24-27, 47-44, 43-33, 34-37)
- Para jóvenes entre 14 y 19 años se recomienda el examen de solo seis dientes debido a la presencia de bolsas falsas por la erupción dentaria los dientes son (16,11,26,46,31,36)
- Los sitios para sondaje son: mesial, distal en las superficies vestibulares y punto medio en las superficies palatinas.
- Posteriormente utilizamos la sonda periodontal ejerciendo una fuerza suave para determinar la profundidad de la bolsa y para detectar la presencia de cálculo subgingival. Esta presión no debe ser mayor de 20 gramos. La sonda se introduce entre el diente y la encía, lo más paralelamente posible a la superficie de la raíz. La profundidad del surco gingivodentario se determina observando el código de color o marca, al nivel del margen gingival. El extremo de la sonda debe mantener el contacto con la superficie de la raíz.
- Los molares se examinan en pares y solo se registra la calificación más alta, cada sextante debe tener una sola calificación.
- Los códigos de este índice son:

	Código 4: bolsa patológica de 5,5 mm. O más, el área negra de la sonda no se ve. *Nota:* si el diente examinado se halla con un valor 5,5 mm. O más, este valor se le asigna al sextante.
	**Código 3:** bolsa patológica de 3,5 a 5,5 mm. O más, el área negra de la sonda se encuentra a nivel del margen gingival.
	Código 2: presencia de tártaro y/o obturaciones defectuosas.
	Código 1: sangrado observado hasta 30 segundos después del sondaje. Si no hay bolsa o tártaro, pero el sangrado está presente se registra el código 1 en ese sextante.
	Código 0: tejidos periodontales sanos.

- Posteriormente realizamos el **IINDICE SILNESS Y LÖE DE PLACA BACTERIANA** donde vamos a determinar si hay ausencia de placa o presencia de la misma y el grado en que se encuentra (leve, moderado, abundante).
- Revisamos las superficies (vestibular, media, distal, palatina o lingual) de los dientes 16, 11, 24, 36, 31,44 utilizando la sonda periodontal.
- Se aplica aire en cada cara del diente, se observa detenidamente para determinar si tiene placa a simple vista, posteriormente se pasa la sonda suavemente para evidenciar determinar la presencia de placa bacteriana.
- Teniendo en cuenta el espesor se marca el código correspondiente en la casilla.

Código 0	Ausencia de placa	
Código 1	Placa identificada solo al paso de la sonda	
Código 2	Placa moderada en el surco o a simple vista	
Código 3	Placa abundante en el surco gingival, puede haber presencia de calculo	

Se marca en

- Se marca en el formato el código de la superficie que se encuentre en estado más severo en los dientes 16, 11, 24, 36, 31,44.
- Posteriormente se realiza la **PROFILAXIS PROFESIONAL**; Depositamos en el vaso dappen pasta profiláctica.
- Luego debe colocarse la pasta en el cepillo profiláctico o puede colocarse directamente sobre los dientes una cantidad adecuada
- El cepillo debe deslizarse por toda la superficie dentaria con presión moderada y movimientos circulares
- Las superficies interproximales se limpian con seda dental
- Podemos utilizar explorador para ayuda de la eliminación de placa bacteriana , deslizándolo sobre el margen gingival
- Realizamos la revisión exhaustiva de todas las superficies dentarias para verificar la eliminación de placa bacteriana
- Finalizamos retirando la pasta profiláctica de las superficies con abundante agua y eyector.
- Posterior a la profilaxis realizamos el índice de **FLUOROSIS**, Se inspeccionan las superficies vestibulares, limpias y secas y se determina la presencia y gravedad de la Fluorosis dental en seis pares de dientes (incisivos centrales y laterales y primeros molares en ambas arcadas).
- Se clasifica la apariencia macroscópica de los dientes en relación con la condición histológica del esmalte a partir de una escala ordinal que va de 0 a 9

Tf 0: se caracteriza por esmalte normal, liso, traslucido y cristalino de color uniforme. Estas características permanecen aún después del secado con aire prolongado. ***No necesita tratamiento.***	
Tf 1: Esmalte liso, traslucido y cristalino, con finas bandas horizontales de color blanquecino. Alteración del esmalte que no compromete la estética***. No necesita tratamiento***	
Tf 2: Esmalte liso, traslúcido y cristalino acompañado con gruesas líneas horizontales blanquecinas. Alteración del esmalte que no compromete la estética.	
Tf 3: esmalte liso, traslucido y cristalino. Acompañado por gruesas líneas opacas blanquecinas, con machones opacos que pueden ir del color amarillo al café (esmalte moteado). ***Tratamiento con micro abrasión y blanqueamiento.***	
Tf 4: toda la superficie tiene una marcada opacidad que varía del blanco opaco al gris. Puede estar acompañada de vetas de color amarillo o café. Pueden aparecer partes desgastadas por atricción. ***Tratamiento con micro abrasión y blanqueamiento.***	

Tf 5: superficie totalmente opaca, con pérdida del esmalte en forma de cráter no mayor a 2 mm de diámetro. Las pigmentaciones suelen asentarse en el fondo del cráter y suele se extrínseca. ***Tratamiento con micro abrasión y blanqueamiento, relleno de los cráteres con resina compuesta fluida.***	
Tf 6: superficie blanca opaca con mayor cantidad de cráteres. Formando blandas horizontales de esmalte faltante. Las pigmentaciones suelen asentarse en el fondo del cráter y suele ser extrínseca. ***Tratamiento con micro abrasión y blanqueamiento, relleno de los cráteres con resina compuesta fluida.***	
Tf 7 Superficie totalmente blanca opaca con pérdida de superficie de esmalte en áreas irregulares, iniciando en el tercio incisoclusal menor al 50% de la superficie del esmalte***. Tratamiento protésico con carilla o corona.***	
Tf 8: perdida de la superficie del esmalte que abarca más de un 50%. El remenente del esmalte es blanco opaco. Suele haber exposición de dentina con caries. ***Tratamiento protésico con carilla o corona.***	
Tf 9: perdida de la mayor parte de la superficie de esmalte. Dentina expuesta. ***Tratamiento protésico con carilla o corona***	

- Posteriormente al examen clínico de fluorosis, se inicia la toma del **ÍNDICE ICDAS**, colocamos algodones entre la superficie vestibular y caras internas de mejillas y/o labios.
- Se aplica aire para retirar el exceso de saliva
- Se inicia desde el cuadrante superior derecho, siguiendo las manecillas del reloj.
- Secar con jeringa triple 5 segundos para realizar el examen visual en seco.
- Según el resultado, se asignará el código correspondiente a la lesión de caries o código de obturación, y este será consignado en el formato correspondiente.

Códigos de Restauración y Sellante

0 = No restaurado ni sellado

1 = Sellante, parcial

2 = Sellante, completo

3 = Restauración color diente

4 = Restauración de amalgama

5 = Corona de acero inoxidable

6 = Corona o carilla en porcelana, oro o metal-porcelana

7 = Restauración perdida o fracturada

8 = Restauración temporal

Códigos de Caries

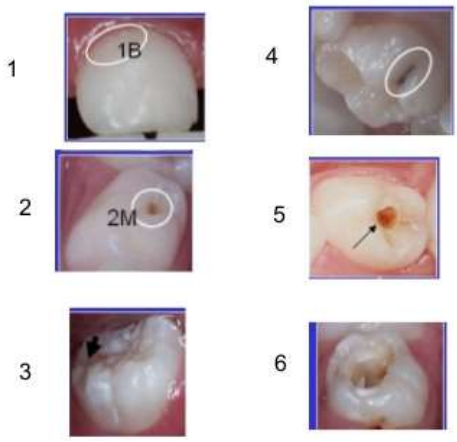
0 = Superficie dental sana

1 = Primer cambio visual en esmalte

2 = Cambio visual definido en esmalte

3 = Pérdida de integridad del esmalte, dentina no visible

4 = Sombra subyacente de dentina (no cavitada hasta la dentina)

5 = Cavidad detectable con dentina visible

6 = Cavidad extensa detectable con dentina visible