



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA
SALUD
ESCUELA DE SALUD PUBLICA



MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA
2013 – 2015
SUBSEDE OCOTAL, NUEVA SEGOVIA

Tesis para optar a título de Master en Salud Pública

ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD BUCODENTAL Y SU IMPACTO
FÍSICO Y PSICOSOCIAL EN LOS POBLADORES DE LA ALDEA DE
ARMENTA, MUNICIPIO DE SAN PEDRO SULA, HONDURAS
NOVIEMBRE DE 2014

Autor:
Víctor Hugo David Campos
Doctor en Cirugía Dental
Especialista en Odontología
Restauradora
Master en Administración de
Empresas

Tutora:
MSc. Rosario Hernández García
Docente Investigadora

Ocotal, Nueva Segovia, Nicaragua, Enero 2015.

Agradecimientos

En primer lugar agradezco a Dios por darme la vida, los dones, y los medios para lograr alcanzar esta meta educativa.

A mis compañeros y grandes amigos del departamento de Odontología, Brenda Carolina Tabora, Alejandra Perdomo, José Ibraham Bueso P., Amílcar Ludovico Pazzetti, y Estefanía Dore, con quienes nos embarcamos en esta aventura, gracias por su amistad, apoyo y compañía en las largas horas de estudio y viaje en busca del acervo educativo.

A mis maestros del CIES por su afán y su legado transmitido en las aulas de clase.

A mi tutora la MSc. Rosario Hernández García, por su generosidad para compartir su gran don de gentes y sus conocimientos.

A mis padres, Leonardo David Ulloa y Daysi Campos Flores, y a mis hermanos Leonardo, Homel, Waldina, Fernando, a mis cuñadas y todos mis sobrinos, por creer siempre en mí, e inspirarme a seguir superándome.

***Dedico esta tesis a mis hijas Carolina y Laura Isabel,
¡Por siempre hacerme sentir tan orgulloso de ser su padre!
A Carol, mi esposa, por ser siempre mi apoyo seguro,
¡Y a los niños de Armenta, deseándoles un mejor futuro!***

Resumen general de la investigación

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, con el propósito de Identificar el nivel de acceso a los servicios de salud bucodental y el impacto físico y psicosocial que tiene en los pobladores de la comunidad de Armenta. Noviembre 2014.

La información se obtuvo a través de tres instrumentos, el primero para evaluar el impacto físico, obteniendo índice COP (Cariados, Obturados, Perdidos) a través de un examen clínico a los niños de la Escuela 18 de Noviembre, el segundo para el estudio socioeconómico, en un modelo de entrevista estandarizada, la cual fue recopilada con un formulario creado para tal efecto, que permitió la consolidación y análisis de la misma y el tercero la encuesta cualitativa de perfil de impacto de la salud Oral OHIP 14 , los tres instrumentos fueron aplicados con la ayuda de los estudiantes de las clases de Gestión de la Calidad en Odontología y Oclusión de la UNAH-VS.

Para el procesamiento de datos del índice COP y perfil sociodemográfico se utilizó el programa Excel para generar los datos que nos permitan ver de manera gráfica los resultados y del instrumento OHIP-14 se utilizó el programa SPSS 22, para presentar una distribución de frecuencia expresada en cifras absolutas y porcentajes.

Para facilitar la evaluación de la severidad del impacto, cada pregunta tiene un peso derivado de la técnica de comparación pareada de Thurstone. Las respuestas a las preguntas que abordan cada uno de estos aspectos pueden ser calculadas en sub escalas separada para cada dimensión del impacto psico-social del OHIP, o en su conjunto todas las preguntas.

El estudio sociodemográfico nos presentó una población con muy poca escolaridad el 62.6% realizó estudios primarios, un 25.9 % finalizó sus estudios secundarios y un 4.4 % con estudios universitarios, un 7.1 % manifestó haber tomado otro tipo de estudios menos formales como cursos y capacitaciones.

Esto sumado a su precaria situación laboral en donde el 40.7 % de los entrevistados manifestó contar con un empleo formal con el 41.1 % que se declararon desempleados y un 18.2 % que dijo tener trabajo de manera eventual, ubica a los pobladores en un nivel socioeconómico bajo.

Un 29.3% de la población encuentra el acceso a los servicios de salud bucal como fácil, el 32.3 medianamente difícil y el 38.3 encuentra muy difícil acceder a los servicios de salud bucal

Los resultados obtenidos indican que el índice COP presentó un preocupante 6.714 que se considera "muy alto" cuando sobrepasa 6.6, de acuerdo a la clasificación empleada por la ONU para la edad de 12 años, edad que es la elegida como referencia a nivel mundial para conocer y comparar la prevalencia de caries, edad en la que el recambio de la dentición temporal por la definitiva se ha realizado.

El grupo más vulnerable en la escuela fue el de las niñas quienes presentaron mayor prevalencia de caries dental que los varones esto se explica a esta edad debido a que en ellas la erupción dental comienza a más temprano.

A pesar de la evidencia de afección física por falta de acceso a los servicios de salud oral, manifiesta en la alta prevalencia de caries, los resultados obtenidos para este grupo social en relación al impacto psicosocial fueron sorprendentemente muy bajos, manifestado en su gran mayoría haber tenido nunca o casi nunca limitaciones funcionales, incapacidad psicológica, incapacidad social o sentirse en desventaja por problemas con sus dientes, boca o prótesis.

INDICE

	Contenido	Pagina
	Agradecimientos	I
	Dedicatoria	II
	Resumen	III
I	INTRODUCCIÓN	1
II	ANTECEDENTES	2
III	JUSTIFICACIÓN	3
IV	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
V	OBJETIVOS	5
VI	MARCO TEORICO	6
VII	DISEÑO METODOLÓGICO	12
VIII	RESULTADOS	17
IX	ANÁLISIS DE RESULTADOS	21
X	CONCLUSIONES	24
XI	RECOMENDACIONES	25
XII	BIBLIOGRAFÍA	26
	ANEXOS	

I. INTRODUCCIÓN

El sistema sanitario ha sido reconocido por las principales organizaciones internacionales como un determinante social de la salud en sí mismo. Hace décadas, *la inverse care law* de Julian Tudor Hart¹, postulaba que aquellas poblaciones con más necesidades en salud estarían recibiendo menos cuidados y los grupos más favorecidos recibían más atención sanitaria.

La identificación de grupos potencialmente vulnerables a los riesgos que podrían no estar accediendo y usando adecuadamente los servicios sanitarios, sería un aspecto fundamental en el abordaje tanto científico como político de las inequidades en salud. La gente pobre invierte muchos recursos de sus escasos ingresos tanto en el acceso al servicio como en la compra de medicamentos y gastos de movilización.

Las enfermedades orales influyen en la calidad de vida afectando diversos aspectos de la vida diaria como la función masticatoria y fono articular, la apariencia física, las relaciones interpersonales e incluso las oportunidades de trabajo. Aunque este concepto se relacionó por primera vez con la salud oral durante la segunda guerra mundial, en las últimas décadas se han creado instrumentos para la evaluación de la calidad de vida relacionados con la salud oral, como el OHIP 14.

En este estudio se identifica el grado de acceso a los servicios de salud bucodental y su impacto físico y psicosocial en los pobladores de la comunidad de Armenta, municipio de San Pedro Sula, Honduras.

Esta investigación constituye un requisito para optar al Título de Máster en Salud Pública del Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud en la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua CIES-UNAN.

II. ANTECEDENTES

El colegio de Odontólogos de Honduras presenta estadísticas en las cuales reflejan que el 93 por ciento de la población de Honduras padece de caries dental. Un estudio sobre Situación de Salud Bucal² presentado por el Dr. Marlon Gilberto Paz Benegas comenta “En Honduras, los esfuerzos organizados para controlar el problema de las enfermedades bucales han tenido poco éxito debido a las condiciones económicas, sociales y culturales que obstaculizan estos esfuerzos.”

Un estudio que describe la situación de la salud bucal de la población universitaria Hondureña³, realizado en estudiantes que asistieron a la clínica dental de la dirección de servicios estudiantiles DIDE, UNAH. A quienes se les aplicó el índice de COP, refleja el alto grado de padecimiento de caries dental.

En Honduras, un 80 por ciento de la población vive en la pobreza. Al sistema público de salud en Honduras, acuden la mayoría de los 8.5 millones de hondureños, pero enfrenta graves limitaciones de infraestructura, cobertura y recursos, esto pone en evidencia la seria problemática de acceso a la salud bucal en la República de Honduras. Se estima que en Honduras, el porcentaje de población no cubierta por servicios de salud es alrededor del 20%.

Actualmente no existen estudios que relacionen el acceso a los servicios de salud bucal el impacto físico y psicosocial en esta comunidad.

III. JUSTIFICACIÓN

Armenta es una aldea que pertenece al municipio de San Pedro Sula y que aporta a la ciudad mucho activo humano importante, La aldea de Armenta se encuentra ubicada en la zona N.O. de la ciudad en la falda de la cordillera del Merendón, (Ver Anexo1 , Mapa 1)

En los últimos años ONG's, y algunos grupos empresariales han manifestado su interés en apoyar a la comunidad en diversos ámbitos, incluidos educación y salud, por lo que se considera este estudio una oportunidad para involucrarlos en la implementación de estrategias que promuevan la salud bucal de la comunidad.

Actualmente se están realizando en otros países estudios similares que miden cualitativamente el impacto que tiene la salud oral en los individuos, uno de ellos se llevó a cabo al año pasado en la ciudad de San José, Costa Rica y fue realizado por la Universidad Latinoamericana, los investigadores han manifestado su interés en conformar alianzas que permitan generar datos de interés regional, que puedan divulgarse de forma colaborativa. Encontrando en esta tesis una oportunidad para realizar comparaciones de los resultados obtenidos. (Ver anexo 4, numeral 5)

Este estudio permitirá identificar el nivel de acceso a los servicios de salud bucodental y su impacto físico, psicológico y social de los habitantes de la Aldea de Armenta y servirá de base y sustento para poder realizar, de acuerdo a los resultados, una intervención en salud efectiva a favor de dicha comunidad, ayudándoles a superar, las barreras de la inequidad de la salud bucal que existe entre grupos con diferente nivel socioeconómico y que ha sido establecida como una de las metas globales para la salud oral 2020, propuestas por la OMS, la *International Asociation for Dental Research* (iadr) y la Comisión Científica de la *Federation Dental International* (FDI)⁴

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La falta de acceso a los servicios de salud bucal, es un problema muy serio para cualquier grupo poblacional, que provoca el deterioro físico de sus miembros así como también viene en menoscabo de sus relaciones interpersonales y laborales. Armenta, es una aldea que pertenece al municipio de San Pedro Sula y una importante fuente de recursos humanos para la ciudad por lo cual es importante saber;

¿Cuál es el acceso a servicios de salud bucodental y su impacto físico y psicosocial de los habitantes de la aldea de Armenta, San Pedro Sula, Honduras, Noviembre 2014?

Algunas interrogantes para responder a este problema son:

1. ¿Cuáles son las características sociodemográficas en las familias de la Aldea de Armenta?
2. ¿Qué opciones de servicios de salud bucodental tienen los habitantes de la Aldea de Armenta?
3. ¿Se encuentra el impacto físico y psicosocial, asociado a los problemas de la salud bucal en la población?
4. ¿Qué aplicabilidad tendrá la implementación del OHIP-14?

V. OBJETIVOS

Objetivo General

Identificar el nivel de acceso a los servicios de salud bucodental y el impacto físico y psicosocial que tiene en los pobladores de la comunidad de Armenta. Noviembre 2014.

Objetivos específicos

1. Determinar las características sociodemográficas de los habitantes de la aldea de Armenta.
2. Conocer las alternativas de los servicios de salud bucodental de la aldea de Armenta.
3. Determinar el impacto físico y psicosocial que tiene la salud oral en la población de Armenta.
4. Describir las experiencias en el uso del instrumento OHIP-14

VI. MARCO TEÓRICO

Sobre el acceso y uso de los servicios sanitarios se han construido marcos conceptuales como el modelo de Ronald. M Andersen creado en 1974 , que permite definir operativamente estas variables para contribuir a identificar los factores relevantes en el acceso y uso de los servicios sanitarios. El modelo resalta que el acceso a los servicios sanitarios debe ser analizado desde los objetivos de las políticas de salud, desde las características del sistema sanitario y a partir de los resultados obtenidos (output) de la atención a poblaciones en riesgo (input), y que serían la utilización actual de los servicios de cuidados en salud y la satisfacción del consumidor con los servicios.⁵

De forma más operativa, el modelo identifica la influencia tanto de variables individuales (conductas) como de variables contextuales (ambiente físico, político o económico). Adicionalmente, identifica las posibles barreras de acceso a los servicios de salud en diferentes niveles: barreras desde el paciente, el proveedor y los servicios.

La identificación de estas barreras o determinantes del acceso y uso de los servicios de salud es un requisito imprescindible para abordar las inequidades en el acceso al sistema sanitario

Existen tres criterios de equidad en salud, a saber: i) igual acceso a la atención sanitaria para aquellos en igual necesidad de dichos cuidados; ii) igual utilización de los bienes y servicios de salud para aquellos que tienen igual necesidad de dichos bienes y servicios; y iii) resultados equitativos en salud⁶

De acuerdo con el documento “Oral health in America: A report of the surgeon general”, la caries es la enfermedad crónica infantil más común en los Estados Unidos ⁷. Los niños que viven en la pobreza, incluidos los que tienen discapacidades, son los más afectados por esta enfermedad. La aparición de caries en adolescentes es cinco veces mayor que el asma y siete veces mayor que la fiebre.

La salud bucal de una población en relación con la caries dental puede ser evaluada a través de un grupo de índices de reconocimiento internacional. Tales índices de salud bucal se emplean para cuantificar y comparar la prevalencia de caries dental. Identificarlos y conocer la forma de interpretarlos contribuye al análisis objetivo de la situación existente y su comparación con otras regiones o países.

Los indicadores que permiten evaluar la salud bucal de una población en relación con la caries dental son diversos, el más utilizado internacionalmente para la comparación de los países es el índice CPO (sumatoria de dientes cariados, perdidos y obturados en la dentición permanente, entre el total de personas examinadas) a la edad de 12 años. 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, EUA, 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. Para su mejor análisis e interpretación se debe descomponer en cada una de sus partes y expresarse en por ciento o promedio de las mismas. Esto es muy importante al comparar poblaciones⁸.

El Índice CPO considera toda la historia de la patología en el individuo, ya que en su registro se incluyen datos sobre las piezas dentarias con lesión activa y clínicamente evidente (cariadas) las piezas dentarias extraídas y perdidas por caries dental y aquellas que están indicadas para una extracción (perdidas). Las piezas que ya recibieron tratamiento para la caries dental (obturadas) Índice CPO
C= Dientes Cariados P= Dientes Perdidos O=Dientes Obturados

El Índice CPO se registra para cada individuo y toma en cuenta la dentición permanente, más específicamente las 28 piezas dentarias permanentes, sin contar las terceras molares. Se anota para cada persona el número de dientes cariados, obturados y perdidos, incluyéndose las extracciones indicadas debido a caries

dental. Su valor constituye en realidad un promedio, que divide el total de dientes cariados, perdidos y obturados en la población examinada entre el total de las personas examinadas. Por lo general, se observa que se produce un crecimiento del Índice CPO a medida que se incrementa la exposición de las personas con la edad.

Cuando se realiza una comparación de dos poblaciones a través del Índice CPO, es importante tener en cuenta no sólo el índice en sí, sino además cada uno de sus componentes. Es decir, los valores porcentuales y los promedios de piezas cariadas, obturadas y extraídas o perdidas, con la finalidad de establecer las tendencias poblacionales y las necesidades de tratamiento y de rehabilitación en cada grupo.

Se debe obtener por edades, las recomendadas por la OMS son: o 5-6 años o 12 años o 15 años o 18 años o 35-44 años o 60-74 años.

La edad de los 12 años se considera como estratégica porque se constituye en el punto intermedio del período de vida donde es mayor la incidencia de caries, además de proporcionar facilidades para su verificación en la escuelas primarias; de manera que el CPO para este grupo se considera como el indicador epidemiológico que refleja mejor el estado de la salud bucal de la población infantil y adolescente, dado el nivel actual de conocimientos. Edades índices Las edades más adecuadas son: 5-6, 12 y 15 años. La edad de 5-6 años, fue propuesta por la Organización Mundial de la Salud y la Federación Dental Internacional en 1981, para establecer uno de los objetivos mundiales de salud buco-dental para el año 2000 (el 50% de los niños deben estar exentos de caries dental). La edad de 12 años, es la elegida como referencia a nivel mundial para conocer y comparar la prevalencia de caries, edad en la que el recambio de la dentición temporal por la definitiva se ha realizado. La edad de 15 años, es la propuesta por la OMS, para estudiar la tendencia de la prevalencia y severidad de la caries. Por otro lado esta edad también es importante como indicador de la enfermedad Periodontales en el adolescente. Los niveles de severidad en prevalencia de caries: (Según COP y

COPS) es de 0.0 – 0.1 Muy bajo. De 1.2 – 2.6 es bajo. De 2.7 – 4.4 es Moderado. De 4.5 – 6.5 es Alto. Mayor 6.6 Muy alto.

Los instrumentos que miden calidad de vida con relación a salud se aplican en estudios de: 1. Evaluación y seguimiento de los problemas psicosociales en el cuidado de un paciente individual, 2. Detección de problemas de salud percibidos por la población, 3. Auditoria médica, 4. Evaluación de servicios de salud, 5. Estudios clínicos, 6. Análisis de costo-efectividad. El instrumento más utilizado para medir calidad de vida en general es el SF36 que permite comparaciones entre diferentes enfermedades y tratamientos. Los más utilizados para medir calidad de vida y salud bucal son el GOHAI y OHIP-14. Se ha comprobado que ambos miden aspectos que los individuos consideran de importancia para su calidad de vida. Las mediciones sobre calidad de vida humanizan la atención de salud, al considerar las percepciones de los pacientes sobre la misma.

Hoy en día es usual la aplicación de instrumentos en el campo de la Odontología que responden a factores de función y bienestar, como el cuestionario *Oral Health Profile* en su versión reducida OHIP-14, la cual se encuentra validada en español y permite identificar autopercepción de salud bucal. Esta versión presenta dominios y limitaciones funcionales, de interacciones sociales, confort, dolor y satisfacción con su apariencia. Los individuos incluidos permiten evidenciar el impacto de la condición bucal y su calidad de vida⁹.

El cuestionario modificado OHIP-14 (contiene siete pares de preguntas relacionadas) es que se deriva del original de OHIP- 49, y que ha sido validado por diversos estudios comparativos. Considerando que este extenso instrumento de 46 preguntas podría ser difícil de aplicar en estudios epidemiológicos, Slade publicó en el año 1997 una forma resumida del OHIP consistente en 14 preguntas que presentaron un alto grado de coincidencia con los resultados obtenidos con la OHIP de 49 preguntas, mediante correlaciones se logró llegar al OHIP 14.

El instrumento OHIP-14 demostró una muy buena confiabilidad al medir el impacto de la Salud Oral Relacionada a Calidad de Vida, basada en la prueba de consistencia interna.

Las respuestas a las preguntas que abordan cada uno de estos aspectos pueden ser calculadas en sub escalas separada para cada dimensión del impacto social del OHIP, o en su conjunto todas las preguntas, Un ejemplo de una pregunta del OHIP es ¿Has sentido que tu apariencia ha sido afectada por problemas con tus dientes, boca o prótesis? , para su cuantificación se usa un formato de tipo Likert (0 = nunca, 1 = rara vez, 2 = a veces, 3 = a menudo, 4 = muy a menudo). En estudios epidemiológicos que han utilizado el OHIP se ha encontrado que los dientes perdidos, la caries no tratada, la pérdida de inserción periodontal y las barreras para el cuidado dental, están asociados con un incremento en el impacto sobre el bienestar y la calidad de vida^{10.11}.

La investigación “Impacto de la salud bucal en la calidad de vida de adultos mayores demandantes de atención dental”¹² ha concluido que el estado bucodental influye en la calidad de vida de los adultos mayores y afecta particularmente la realización de sus actividades cotidianas

La eficacia de las soluciones de salud pública contra las enfermedades bucodentales es máxima cuando se integran con otras enfermedades crónicas y con los programas nacionales de salud pública. Las actividades de la Organización Mundial de la Salud (OMS) ¹³abarcan la promoción, la prevención y el tratamiento:

- La promoción de un enfoque basado en los factores de riesgo comunes para prevenir simultáneamente las enfermedades bucodentales y otras enfermedades crónicas;
- Los programas de fluorización para mejorar el acceso a los fluoruros en los países de bajos ingresos; y el apoyo técnico a los países que están integrando la salud bucodental en sus sistemas de salud pública.
- El concepto de equidad/inequidad está inserto en el marco de la Teoría de la Justicia Distributiva, que permite discernir cómo se debe distribuir la salud con el fin

de asegurar justicia en los resultados de salud; por consiguiente, la inequidad en salud implica que las desigualdades son innecesarias, evitables e injustas.

Por tanto, en salud la equidad es la ausencia de diferencias injustas y evitables en el acceso a bienes, servicios y oportunidades de salud y en los resultados de salud entre diversos grupos en el interior de los países y entre ellos. Utilizando un criterio adaptado de las Metas de Salud para Todos para el 2000, de la Organización Mundial de la Salud (OMS)/Organización Panamericana de la Salud (OPS), se afirma que la equidad en la salud implica que idealmente todos deben tener una oportunidad igual para alcanzar su total potencial de salud y, de manera más pragmática, que nadie debe ser perjudicado en cuanto alcanzar este potencial si ello puede evitarse¹⁴.

La salud bucal posibilita que las personas hablen, coman y socialicen, acciones estas que desempeñan un papel fundamental en su calidad de vida. No obstante la salud bucal es todavía un problema de salud pública en todo el mundo, ya que las enfermedades bucodentales siguen particularmente prevalentes en grupos poblacionales desprotegidos.

Lo cual tiene efectos devastadores como la pérdida de dientes y los traumas causados por accidentes y lesiones no intencionales que impactan especialmente en la calidad de vida de todos, en la ingestión de alimentos y en el crecimiento y desarrollo de los niños. La investigación sobre la inequidad social en el acceso a los servicios de salud bucal es más sustancial en los países desarrollados. Por ello se considera necesario llevar a cabo estudios sistemáticos de gradientes sociales en países en vía de desarrollo.

Cabe destacar que desde la socioepidemiología de la salud bucal las variables más comúnmente utilizadas como indicadores del estado socioeconómico son, clase social, educación, empleo, etnia, urbanización y género. Estos factores resultan en exposiciones diferenciales y vulnerabilidad a problemas de salud bucal con resultados y consecuencias diferentes en los cuidados de salud.

Las investigaciones de acceso a los servicios de salud bucal plantean la necesidad de determinar los factores asociados a esta, a través de estudios locales ¹⁵. Asimismo, existen sendas declaraciones como la resolución wha60 A16 de la OMS o la Carta de Brasilia de Salud Bucal de 2009 que proponen que se adopten políticas y estrategias para la salud bucal en el siglo XXI ¹⁶ orientadas a la atención integral de las enfermedades bucodentales y a la investigación.

DISEÑO METODOLÓGICO

a) Tipo de Estudio

Estudio descriptivo, de corte transversal.

b) Área de Estudio

El estudio es realizado en la aldea de Armenta, municipio de San Pedro Sula, Honduras

c) Universo

Población de la Aldea Armenta, con una población total de 5,089 habitantes aproximadamente en 900 viviendas. Ver anexo 2

d) Tamaño de la Muestra

Población: El número de viviendas de la Aldea de Armenta son 900 = N

Muestra: Para efectos de veracidad del estudio, se seleccionó una muestra simple del total de viviendas a ser visitadas para el levantamiento de la encuesta

Para estimar la proporción se seleccionó un nivel de confianza o seguridad de 95% equivalente a un coeficiente de $Z = 1.96$.

Siendo N el tamaño de la población = 900, n es el tamaño de la muestra, la probabilidad p es la proporción de mujeres $p = 0.50 = 50$ por ciento.

La probabilidad $q = 1-p = 1-0.50 = 0.50 = 50$ por ciento para hombres

Z es el valor de la curva normal a un nivel de confiabilidad del 95 por ciento, en la curva normal, $Z = 1.96$ y $d = 0.04655 = 4.655$ por ciento es el error entre las características de la muestra y las características de la población, esto es el error derivado de la muestra y la población.

Aplicando la formula $n = \frac{Z^2 * p * N}{d^2 + (N-1) * Z^2 * p * q}$

Con un nivel de significancia del 5 por ciento tenemos

$$n = \frac{1.96 * 1.96 * 0.5 * 0.5 * 900}{0.04655 * 0.04655 * (900 - 1) + 1.96 * 1.96 * 0.5 * 0.5} = 297$$

e) Unidad de Análisis

Hogares de la aldea de Armenta

Criterios de selección para la encuesta de estudio sociodemográfico y OHIP-14

➤ Criterios de Inclusión

Todos los jefes de familia de la población estudiada

Todos los jefes de familia que acepten participar en el estudio

Que tengan edad comprendida entre 18 a 60 años

➤ Criterios de Exclusión

Los casos que no sean residentes permanentes de la aldea, casas cerradas, los jefes de familia que no acepten participar en el estudio.

Para el instrumento COP se excluirán:

Población con enfermedad sistémica

Población con síndromes congénitos.

Población con trastornos neurológicos.

Población con retardo mental.

Población con tratamiento de Ortodoncia.

f) Variables de Estudio por objetivos. Ver anexo 1, numeral 2

Objetivo No 1

Determinar las características sociodemográficas de los habitantes de la aldea de Armenta.

- Edad
- Sexo
- Educación
- Número de miembros
- Ocupación
- Situación laboral

Objetivo No 2

Conocer las alternativas de los servicios de salud bucodental de la aldea de Armenta

- Instituciones de atención bucodental pública en el área.
- Personas con acceso a Seguridad social.
- Preferencias individuales para usos de servicios de salud bucal.

- Grado de dificultad para acceder a las diversas opciones de salud bucodental.

Objetivo No 3

Determinar el impacto físico y psicosocial que tiene la Salud Oral en la población de Armenta

- Índice Cariados Obturados Perdidos de la población
- Limitaciones funcionales
- Dolor físico
- Disconfort psicológico
- Incapacidad física
- Incapacidad Psicológica
- Incapacidad Social
- Desventaja

Objetivo No 4

Describir las experiencias en el uso del instrumento OHIP-14

- Descripción de experiencia en conclusiones

g) Fuente de Información

La fuente de información es primaria mediante entrevista estructurada a los jefes de familia de la comunidad abordados con entrevistas personales en visitas a sus hogares, Examen clínico para el indicador COP aplicado en la escuela

Aplicación de la encuesta OHIP-14 sp

Fuente secundaria constituida por información proveniente de la oficina de estadística y censo

h) Técnica de Recolección de Información

La técnica utilizada fue entrevista estructurada a los jefes de hogar.

Examen clínico aplicado a los niños que asisten a escuela “18 de noviembre” por razones prácticas.

Para el OHIP global de la población se utilizó la siguiente metodología: Las respuestas se codifican en una escala de 5 puntos. Estableciéndose como: 0 = nunca 1 = casi nunca, 2 = Ocasionalmente, 3 = Frecuentemente, 4 = muy frecuentemente, dentro de cada dimensión las respuestas codificadas pueden multiplicarse por el valor de la pregunta para tener el puntaje de la dimensión,

i) Instrumento de Recolección de Información

Los instrumentos utilizados son tres: La encuesta sociodemográfica, el instrumento OHIP-14 sp y el Odontograma para examen clínico COP .Ver anexo 4 , numeral 2,3,4.

j) Procesamiento de la Información

Para el procesamiento de datos del índice COP y perfil sociodemográfico se utilizó el programa Excel para generar los datos que nos permitan ver de manera gráfica los resultados y del instrumento OHIP-14 se utilizó el programa SPSS 22, para presentar una distribución de frecuencia expresada en cifras absolutas y porcentajes.

Para facilitar la evaluación de la severidad del impacto, cada pregunta tiene un peso derivado de la técnica de comparación pareada de Thurstone. Las respuestas a las preguntas que abordan cada uno de estos aspectos pueden ser calculadas en sub escalas separada para cada dimensión del impacto psico-social del OHIP, o en su conjunto todas las preguntas.

k) Consideraciones Éticas

La información fue manejada confidencialmente y solo para efecto del estudio.

Se obtuvo autorización para la realización de este estudio por partes de las autoridades correspondientes de la municipalidad de San Pedro Sula y del patronato de la Aldea.

Para realizar el presente estudio, se solicitó permiso a las fuerzas vivas de la comunidad, patronato de la aldea, Iglesia Católica, Iglesia evangélica cuadrangular, Escuela 18 de noviembre.

i) Trabajo de Campo

El trabajo fue ejecutado por el investigador con la colaboración los estudiantes de las clases de Gestión de la Calidad en Odontología y Oclusión de la UNAH-VS

VIII RESULTADOS

Objetivo No 1

Determinar el nivel sociodemográfico

Se logró determinar que 18.9 % de los encuestados están en el rango de 18 – 25 años, el 31.6 en el rango de 25-35 y el 49.5 en el rango de 35-100 años Ver la tabla # 1 gráfico # 1 del anexo 3

El 66% de los entrevistados pertenecía al sexo femenino y a pesar de que se realizaron entrevistas en horas laborales un 34 % de los entrevistados eran del sexo masculino. Ver Tabla # 2, gráfico # 2 en el anexo 3.

En relación al nivel de escolaridad, el 62.6% realizó estudios primarios, un 25.9 % finalizó sus estudios secundarios y un 4.4 % con estudios universitarios, un 7.1 % manifestó haber tomado otro tipo de estudios menos formales como cursos y capacitaciones. Ver Tabla # 3 gráfico # 3 en el anexo 3.

Se pudo medir que el 52.2 % de los grupos familiares estaban formados en el rango de 2-4 miembros por vivienda, 42.8 % en el rango de 4-8 y el 5.1 % lo comprendieron grupos familiares de 8 o más personas viviendo bajo el mismo techo. Ver Tabla # 4, gráfico # 4 en el anexo 3.

El 40.7 % de los entrevistados manifestó contar con un empleo formal con el 41.1 % que se declararon desempleados y un 18.2 % que dijo tener trabajo de manera eventual. Ver Tabla # 5 , gráfico 5 en el anexo 3.

Objetivo No 2

Conocer las alternativas y acceso a los servicios de salud bucodental de la aldea de Armenta

El 74.4 % prefiere los servicios de salud bucal públicos, el 16.5 conoce los servicios privados el 4 % conoce el IHSS y 5.1% conoce los servicios ofrecidos por la Universidad. Ver Tabla #6, gráfico # 6 en el anexo 3.

69 % de los encuestados prefiere los servicios públicos, el 23.6 prefiere los servicios privado el 2.7 % prefiere los servicios del Seguro Social y el 4.7 los servicios prestados por la universidad. Ver Tabla # 7, gráfico # 7 en el anexo 3.

El 29.3 % de la población entrevistada encuentra facil el acceso a los servicios de salud bucal, el 32.3 % medianamente fácil y el 38.3 % muy difícil Ver Tabla # 8, gráfico 8 en el anexo 3.

Objetivo No 3

Describir las patologías presentes en la población de la aldea de Armenta

La población estudiada de la Escuela 18 de Noviembre de la comunidad de Armenta, está distribuida entre las edades comprendidas entre los 7 y los 15 años encontrándose la mayoría de los niños evaluados entre los 11 y los 12 años. Ver Tabla # 9, gráfico # 9 en el anexo 3.

El índice COP de los niños de la edad de 12 años, fue de 6.7 piezas afectadas por niño en promedio, , Obturados 0.036 en promedio, perdidos 0.411, y extraídos 0.446 en promedio. Ver Tabla # 10, gráfico 10 en el anexo 3.

El índice COP comparado por genero fue de 5.95 para los de sexo masculino y 6.76 para los de sexo femenino. Ver Tabla # 11, gráfico # 11 en el anexo 3.

Objetivo No 4

Determinar el impacto de la Salud Oral en la población de Armenta

En la variable Limitaciones Funcionales los entrevistados debieron contestar dos preguntas

1. ¿Tiene problemas para pronunciar alguna palabra por problemas con sus dientes, boca o prótesis dental? Y 2. Ha sentido que la sensación del gusto ha empeorado por problemas con sus dientes, boca o prótesis? La encuesta mostró que el 63.97 % de la población estudiada no considera que sus problemas dentales le ocasione nunca una limitación funcional, y el 22.9% considera que casi nunca ha tenido limitaciones funcionales el 9.43 % ocasionalmente el 2.69% casi siempre. Ver Tabla # 12 , gráfico # 12 en el anexo 3.

En la variable de Dolor Físico los entrevistados debieron contestar dos preguntas:

1. ¿Tiene alguna molestia dolorosa en la boca. ? Y 2. ¿Ha sentido alguna molestia al comer algún alimento por problemas con sus dientes, boca y prótesis dental? los entrevistados contestaron un 42.76 % que nunca, un 28.96 % que casi nunca un 18.18 % ocasionalmente un 7.41 % frecuentemente, solo un 2.69 % manifestó sentir dolor físico casi siempre. Ver tabla # 13 , gráfico 13 en el anexo 3.

En la variable de Discomfort Psicológico los entrevistados debieron contestar dos preguntas:

2. ¿ Ha estado preocupado/a debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dental? Y 2. ¿Se ha sentido nervioso/a debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dental? 43.77% manifestó que nunca, 23.23 % casi nunca, 16.84 % ocasionalmente, 10.77 % frecuentemente y 5.39 % casi siempre. Ver tabla # 14, gráfico # 14 en el anexo 3.

En la variable de Incapacidad Física los entrevistados debieron contestar dos preguntas:

1. Su dieta es poco satisfactoria debido a problemas con sus dientes boca o prótesis dental ? Y 2. ¿ Ha tenido que interrumpir sus comidas por problemas con sus dientes, boca o prótesis dental? 51.85% manifestó que nunca, 22.90% casi nunca, 13.13% ocasionalmente, 8.42 % casi siempre y 3.70 % casi siempre, Ver Tabla # 15, gráfico # 15 en el anexo 3.

En la variable de Incapacidad Psicológica los entrevistados debieron contestar dos preguntas: 1. ¿Encuentra dificultad para relajarse por problemas con sus dientes, boca o prótesis bucal? y 2. ¿Se ha sentido avergonzado por problemas con sus dientes boca o prótesis bucal? Los entrevistados manifestaron en un 55.56 % que nunca habían tenido incapacidad psicológica, 18.86 % casi nunca, 15.49% Ocasionalmente, 5.39 frecuentemente Ver tabla # 16, gráfico # 16 en el anexo 3.

En la variable de Incapacidad Social los entrevistados debieron contestar dos preguntas:

1. ¿Se ha sentido irritable con otra gente por problemas con sus dientes, boca o prótesis dental? Y 2. ¿Tiene dificultad para hacer su trabajo habitual por problemas con sus dientes boca o prótesis bucal? 66.33% manifestaron nunca sentir incapacidad social. Un 16.84 % manifestó que casi nunca, 12.79 ocasionalmente, 2.69 % frecuentemente y 1.35 casi siempre. Ver tabla #17, gráfico # 17 en el anexo 3.

En la variable de En Desventaja los entrevistados debieron contestar dos preguntas:

1. ¿Ha sentido que su vida en general, es menos satisfactoria por problemas con sus dientes, boca o prótesis dental? En un 71.04 % los entrevistados manifestaron nunca sentirse en desventaja, un 13.47% manifestó que casi nunca, 8.75% ocasionalmente, 3.70% frecuentemente y un 3.03 % que casi siempre. Ver Tabla # 18 , gráfico # 18 en el anexo 3.

La gráfica muestra que el OHIP global se ubica entre el código de escala de 0 a 1(nunca o casi nunca) y las dimensiones que más puntaje presentaron fueron las

de incapacidad física, discomfort psicológico y dolor físico que se encontraban entre casi nunca (código de escala 1) y Ocasionalmente (código de escala 2) pero significativamente más cerca del código 1 = casi nunca, así como también se observa que las dimensiones “dolor físico”, “incapacidad social”, “incapacidad psicológica”, y “limitaciones funcionales” presentaron valores entre el código de escala 0 y 1 (nunca y casi nunca) Ver gráfico # 19 en el anexo 3.

IX. ANALISIS DE RESULTADOS

El estudio sociodemográfico muestra una población que presenta evidencia de ser en parte migración del campo a la ciudad, por ser una aldea marginal del municipio de San Pedro Sula, quienes han venido a conformar lo que se conoce como el grupo de los pobres urbanos, con casi el 50% de desempleados y que ha carecido de oportunidades de desarrollo humano que se manifiesta en su escaso grado de escolaridad, a pesar de contar con una escuela pública en la zona, contando con apenas el 4.4 % de personas que han recibido educación universitaria lo que los ubica en una población de clase socioeconómica baja.

La gran mayoría de los pobladores solamente conoce el sistema público de atención odontológica, lo cual se relaciona con el alto índice de desempleo puesto que al no tener cobertura de sistemas mixtos no tienen acceso a los servicios prestados por el Instituto Hondureño de Seguridad Social, y mucho menos optar por alternativas privadas que resultan muy onerosas para sus posibilidades económicas.

En relación a las preferencias de atención se mantiene como favorita la atención pública, disminuyendo la preferencia por el seguro social quizás por el desprestigio sufrido por la institución que se ha visto envuelta en escándalos de corrupción en el presente año y aumentando la preferencia por una opción privada.

Solamente un tercio de la población encuentra el acceso a los servicios de salud bucal como fácil, la gran mayoría tiene mediana o mucha dificultad para acceder a los servicios que podría deberse a la falta de fluidez en el transporte público de la zona o al hecho que la mayoría de los hogares está liderado por mujeres que normalmente debido a labores propias de hogar tienen mayor dificultad y libertad de movilización,

El índice COP presentó un preocupante 6.714 que se considera "muy alto" cuando sobrepasa 6.6 como de acuerdo a la clasificación empleada por la ONU para la edad de 12 años, edad que es la elegida como referencia a nivel mundial para conocer y comparar la prevalencia de caries, edad en la que el recambio de la dentición temporal por la definitiva se ha realizado.

El COP global para la escuela fue de 6.41 que se considera alto para una población de 292 niños examinados, es de hacer notar que distribuidas en toda la población únicamente se encontraron 10 piezas restauradas lo cual evidencia una clara falta de atención bucodental.

El grupo más vulnerable en la escuela fue el de las niñas quienes presentaron mayor prevalencia de caries dental que los varones esto se explica a esta edad debido a que en ellas la erupción dental comienza a más temprano.

A pesar de la evidencia manifiesta en el estudio de afección física por falta de acceso a los servicios de salud oral, los resultados obtenidos para este grupo social en relación a su grado de afección psicosocial fueron sorprendentemente muy bajos, manifestado en su gran mayoría haber tenido nunca o casi nunca limitaciones funcionales, incapacidad psicológica, incapacidad social o sentirse en desventaja por problemas con sus dientes, boca o prótesis.

En las categorías que se vieron un poco más afectados fueron las de dolor físico, incapacidad física y discomfort psicológico en donde manifestaron entre casi nunca y ocasionalmente haberlos padecido.

El uso del instrumento Ohip-14 resultó de muy fácil implementación para los encuestadores, además los entrevistados se mostraron muy receptivos a contestar las preguntas en el expresadas.

Por tanto el instrumento Ohip 14 puede utilizarse con mucha versatilidad y facilidad de parte de personal ajeno al área de la salud, y autoaplicado.

X. CONCLUSIONES

1. Los jefes de hogar de la comunidad de Armenta en su mayoría pertenecen al sexo femenino y la mitad son mayores de 35 años, que se encuentra en situación de desempleo con una escolaridad de estudios primarios únicamente, conformando núcleos familiares de 4 personas.
2. Los pobladores de Armenta solo conocen los servicios públicos de salud buco dental, y encuentran difícil el acceso a los mismos.
3. Es concluyente que existe una muy alta prevalencia de caries entre los pobladores de la Aldea de Armenta.
4. La comunidad de Armenta requiere de una intervención urgente en salud bucal.
5. No se ha encontrado evidencia de afección psicosocial de los pobladores de Armenta debido a su alta prevalencia de caries dental.
6. El instrumento OHIP ofrece una información cualitativa, confiable y de fácil aplicación, que puede servir para medir el impacto psicológico y social de la salud oral de un grupo poblacional.
7. El Instrumento OHIP puede servir para evaluar comparativamente una población antes y después de ser intervenida en salud bucal.

RECOMENDACIONES

Al Ministerio de Salud:

1. Diseñar una intervención de promoción de la salud bucal en la comunidad dirigida por el ministerio de salud e involucrando a las fuerzas vivas de la misma.

A la Alcaldía:

2. La municipalidad de San Pedro Sula debe de establecer un programa de, promoción, prevención y curación para los niños de la escuela 18 de Noviembre.

A la Universidad Nacional Autónoma de Honduras en el Valle de Sula:

3. Promover a través de la unidad de Vinculación Universidad Sociedad la instalación de una clínica dental para dar atención a los niños en la escuela con pasante en servicio social.
4. Involucrar a la municipalidad de San Pedro Sula, ONG's y empresas de la zona de influencia en las recomendaciones anteriores.

IX. BIBLIOGRAFIA

1. Tudor Hart J. Inverse care law. The Lancet. 1971.
2. Paz Benegas, Marlon Salud Bucal en Escolares del Centro Experimental de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras. Año 2005. UNAH en la facultad de ciencias médicas y del Postgrado de Epidemiología.
3. Arévalo, Sandra J Situación de la salud bucal de la población universitaria hondureña. UNAH DIDE. 2001.
4. World Health Organisation (who), Commission of Social Determinants of Health. A conceptual framework for action on social determinants of health 2005
5. World Health Organisation (who), Commission of Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health 2009
6. Rocha-Buelvas, Anderson Análisis sobre el acceso a los servicios de la salud bucal: un indicador de equidad Revista Gerencia y Políticas de Salud, vol. 12, núm. 25, julio-diciembre, 2013, pp. 96-112 Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá Colombia.
7. US Department of Health and Human Services. Oral Health in America: A report of the surgeon general - Executive summary. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services, National Institute of Dental and Craniofacial Research, National Institutes of Health; 2000
8. Klein, H., C. E. Palmer, and J. W. Knutson, "Studies on Dental Caries: Dental Status and Dental Needs of Elementary School Children," Public Health Reporter, Vol. 53 (1938), 751-765
9. Diaz, Pertega, Fernandez, Pita. "Metodos no paramétricos para la comparación de dos muestras"
10. Locker M, Matear D, Stephens M, Lawrence H, Payne B (2001). Comparision of the GOHAI and OHIP-14 as measure of the oral health-related quality of life of the elderly. Community Dent Oral Epidemiol 29(5): 372-81.
11. Atchison KA, Der-Martirosian C, Gift H (1998). Components of self reported oral health and general health in racial and ethnic groups. J Public Health Dent 58: 301-7

12. Javier de la Fuente-Hernández, Óscar Sumano-Moreno, María Cristina Sifuentes-Valenzuela, Alberto Zelocuatecatl-Aguilar Impacto de la salud bucal en la calidad de vida de adultos mayores demandantes de atención dental Universitas Odontológica, vol. 29, núm. 63, julio-diciembre, 2010, pp. 83-92,
13. OMS Salud Bucodental Nota informativa N°318 Febrero de 2007
14. Rocha-Buelvas, Anderson. Análisis sobre el acceso a los servicios de la salud bucal: un indicador de equidad.
15. Petersen PE. Oral cancer prevention and control - The approach of the World Health Organization. Oral Oncol. 2008; 1-7.
16. Carta de Brasilia sobre Salud Bucal en las Américas. En II Encuentro Internacional de Coordinadores Nacionales de Salud Bucal de los Países Latinoamericanos, Brasilia, 2009.

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTARIA

Aday L, Andersen RA. Framework for the study of access to medical care. Health Services Research. 1974; 9 (3): 208-20.

Asociación Latinoamericana de Medicina Social (Alames). El caso colombiano: el mercado no es para todos y todas. En Derecho a la salud. Situación en países de América Latina. Plataforma Interamericana de Derechos Humanos, Democracia y Desarrollo (pidhdd), Alames; pp. 85-104.

Lang T, Kelly-Irving M, Delpierre C. Inequalities in health: from the epidemiologic model towards intervention. Pathways and accumulations along the life course. Rev EpidemiolSantePublique. 2009 Dec; 57 (6): 429-35.

Martínez Martín FL. Enfoque para el análisis y la investigación sobre equidad-inequidad en salud. En Restrepo D, editor. Equidad y salud. Debates para la acción. Bogotá: Secretaría Distrital de Salud,

ANEXOS

Anexo I

Mapa de Armenta e instrumentos para la operacionalización de las variables.

1. Mapa de Armenta



2. Operacionalización de variables

<i>Objetivo # 1</i>		<i>Determinar el nivel sociodemográfico</i>		
<i>Variable</i>	<i>Indicador</i>	<i>Definición operacional</i>	<i>Valores</i>	<i>Escala de medición</i>
Edad	% por grupos	Edad del jefe de familia	18-25 25-45 45-60	Continuo
Sexo	% por genero	Define Genero	Hombre y Mujer	Nominal
Educación	% por grupo	Grados Aprobados	Educación primaria Educación Secundaria Educación Universitaria Otros	Nominal
Número de miembros	% de personas para cada grupo	Cantidad de personas que habitan en la casa	De 2 a 4 4 a 8 8 a 12 o mas	Ordinal
Situación laboral del jefe de familia.	% de personas para cada grupo	Activo, inactivo	Empleado Desempleado	Ordinal

Objetivo # 2 Conocer las alternativas y acceso a los servicios de salud bucodental de la aldea de Armenta

<i>Variable</i>	<i>Indicador</i>	<i>Definición operacional</i>	<i>Valores</i>	<i>Escala de medición</i>
Instituciones de atención bucodental	% de instituciones para cada grupo	Que instituciones de atención bucodental conoce en el área	Publicas Universidad Seguro Social Privadas	Nominal
Preferencias individuales para uso de servicios de salud bucodental	% para cada grupo de servicios	Que tipos de servicio prefiere para sus atenciones	Publicas Universidad Seguro Social Privadas	Nominal
Acceso a los servicios	% de categoría	Como encuentra el acceso a los servicios	Muy difícil Medianamente difícil Nada difícil	

Objetivos # 3	Describir las patologías presentes en la población de la aldea de Armenta				
Patologías bucodentales presentes en la población	% de cariados	Piezas	Examen clínico de un miembro de la casa	Obturados Cariados Perdidos	Nominal
	% de obturadas	Piezas			
	% de pérdidas	piezas			

Objetivo # 4	Determinar el impacto de la Salud Oral en la población de Armenta				
<i>Variable</i>	<i>Indicador</i>	<i>Definición operacional</i>	<i>Valores</i>	<i>Escala de medición</i>	
Perfil del impacto de la salud bucal	% por categoría	Aplicación de la encuesta de perfil de salud (OHIP-14Sp)	Limitaciones funcionales, Dolor Físico, Disconfort Psicológica, Incapacidad Física, Incapacidad Psicológica, Incapacidad Social , en desventaja	Ordinal	

Anexo 2

Cuadros de la población de Armenta

Tabla 1

Edad	Cantidad		Masculino		Femenino	
< año	118	2.32%	60	2.46%	57	2.18%
1 a 4 años	453	8.91%	242	9.85%	212	8.03%
5 a 9 años	577	11.34%	278	11.33%	299	11.35%
10 a 14 años	580	11.40%	305	12.44%	275	10.44%
15 a 19 años	571	11.22%	263	10.71%	308	11.70%
20 a 24 años	532	10.45%	269	10.96%	263	9.98%
25 a 29 años	493	9.68%	224	9.11%	269	10.21%
30 a 34 años	417	8.19%	190	7.76%	227	8.60%
35 a 39 años	378	7.42%	166	6.77%	212	8.03%
40 a 44 años	181	3.56%	97	3.94%	85	3.21%
45 a 49 años	230	4.51%	103	4.19%	127	4.82%
50 a 54 años	148	2.91%	66	2.71%	82	3.10%
55 a 59 años	109	2.14%	48	1.97%	60	2.29%
60 a 64 años	100	1.96%	48	1.97%	51	1.95%
65 a 69 años	82	1.60%	36	1.48%	45	1.72%
Mayores de 69 años	121	2.38%	57	2.34%	63	2.41%
Total	5089	100.00%	2454	100.00%	2635	100.00%

Grafico 1

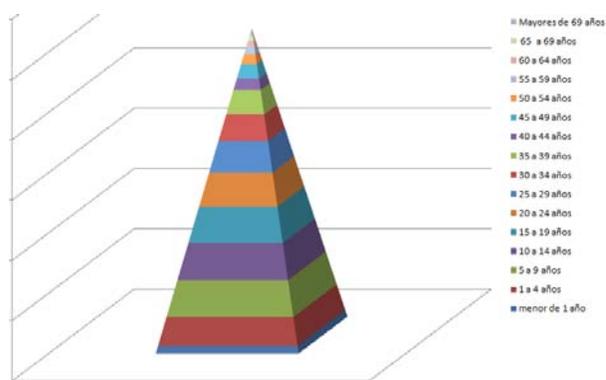
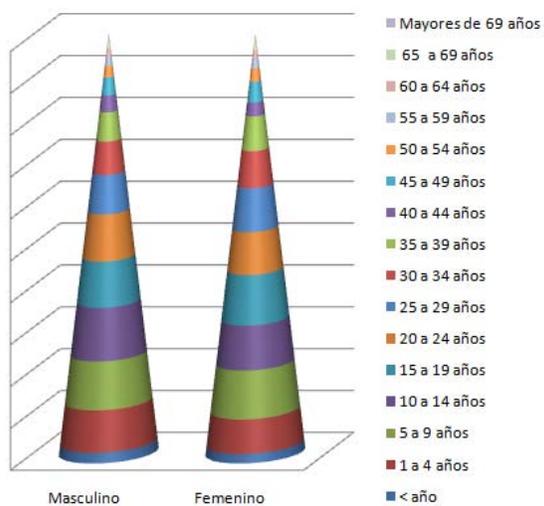


Tabla 2

Edad	Masculino		Femenino	
< año	60	2.46%	57	2.18%
1 a 4 años	242	9.85%	212	8.03%
5 a 9 años	278	11.33%	299	11.35%
10 a 14 años	305	12.44%	275	10.44%
15 a 19 años	263	10.71%	308	11.70%
20 a 24 años	269	10.96%	263	9.98%
25 a 29 años	224	9.11%	269	10.21%
30 a 34 años	190	7.76%	227	8.60%
35 a 39 años	166	6.77%	212	8.03%
40 a 44 años	97	3.94%	85	3.21%
45 a 49 años	103	4.19%	127	4.82%
50 a 54 años	66	2.71%	82	3.10%
55 a 59 años	48	1.97%	60	2.29%
60 a 64 años	48	1.97%	51	1.95%
65 a 69 años	36	1.48%	45	1.72%
Mayores de 69 años	57	2.34%	63	2.41%
Total	2454	100.00%	2635	100.00%

Grafico 2

piramide poblacional por genero



Anexo 3

Resultados endógenos del estudio

1. OBJETIVO 1. Determinar el nivel sociodemográfico de los habitantes de la aldea de Armenta.

Tabla # 1 Tabla de los rangos de edad de los entrevistados en la encuesta sociodemográfica.

	Porcentaje
18-25	18.9
25-35	31.6
35-100	49.5

Grafico # 1 Grafico de los rangos de edad de los entrevistados en la encuesta sociodemográfica.

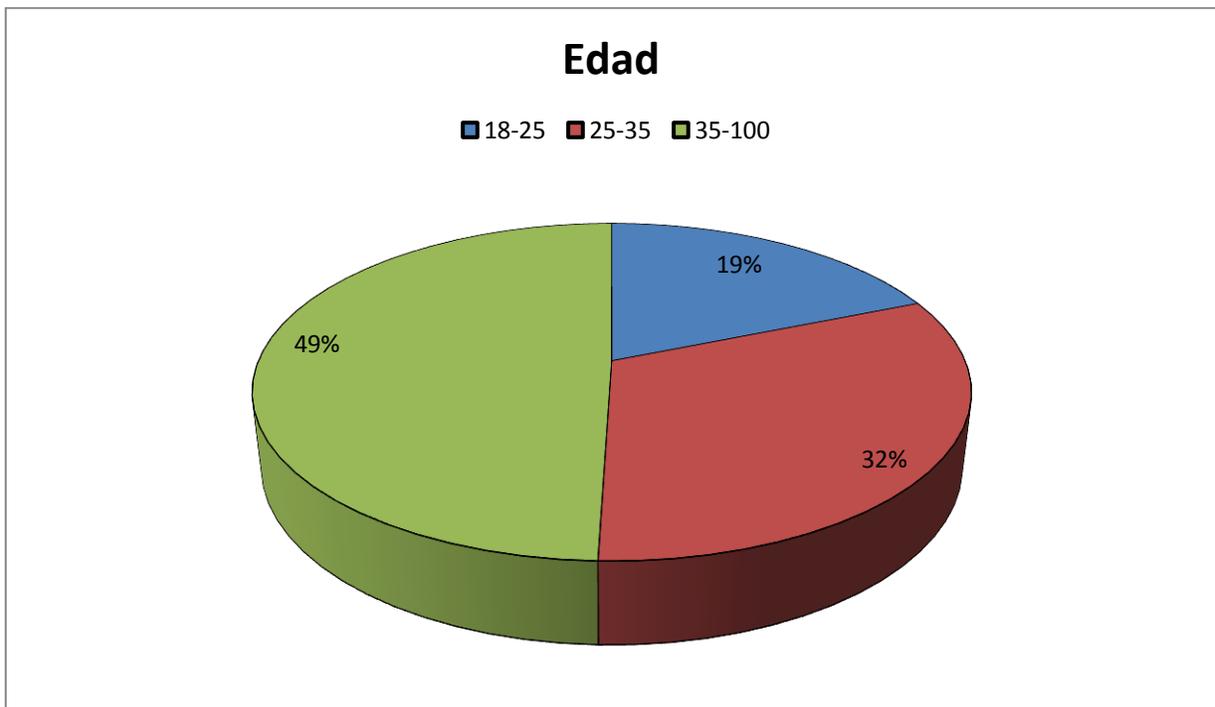


Tabla # 2

Tabla de la distribución por genero de los entrevistados en la encuesta sociodemográfica.

	Porcentaje
Masculino	34.0
Femenino	66.0

Grafico # 2

Gráfico de la distribución por genero de los entrevistados en la encuesta sociodemográfica.

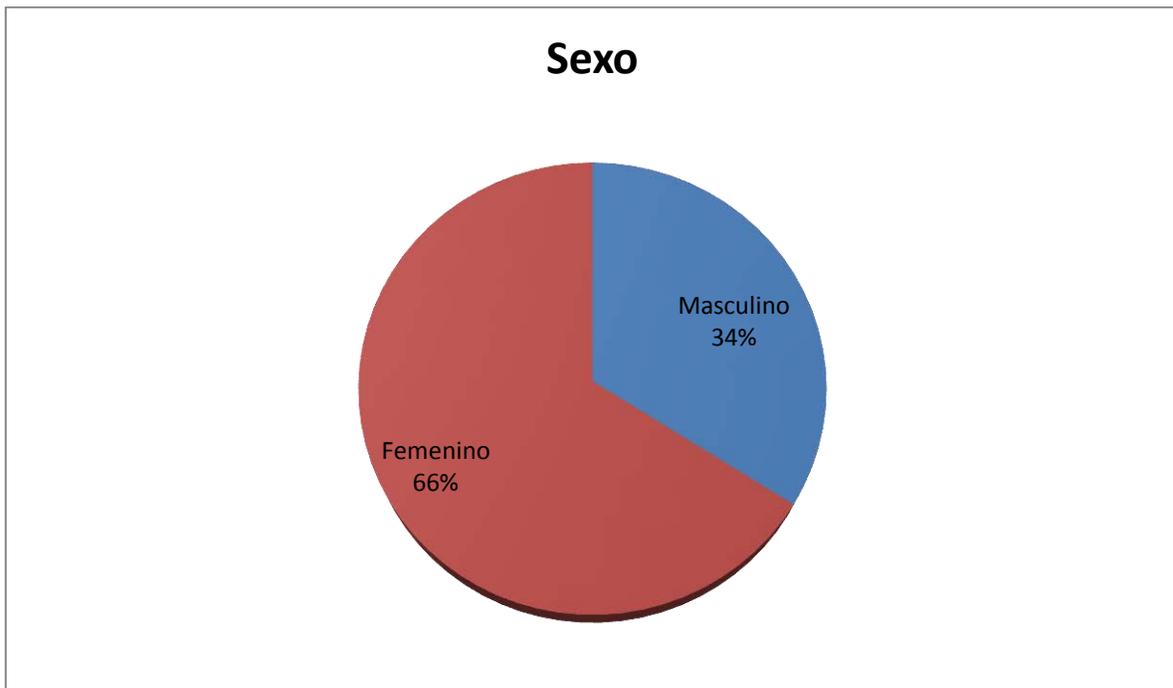


Tabla # 3

Tabla de la distribución según el grado de escolaridad de los entrevistados en la encuesta sociodemográfica.

	Porcentaje
Estudios Primarios	62.6
Estudios Secundarios	25.9
Estudios Universitarios	4.4
Otros	7.1

Grafico # 3

Gráfico de la distribución según el grado de escolaridad de los entrevistados en la encuesta sociodemográfica.

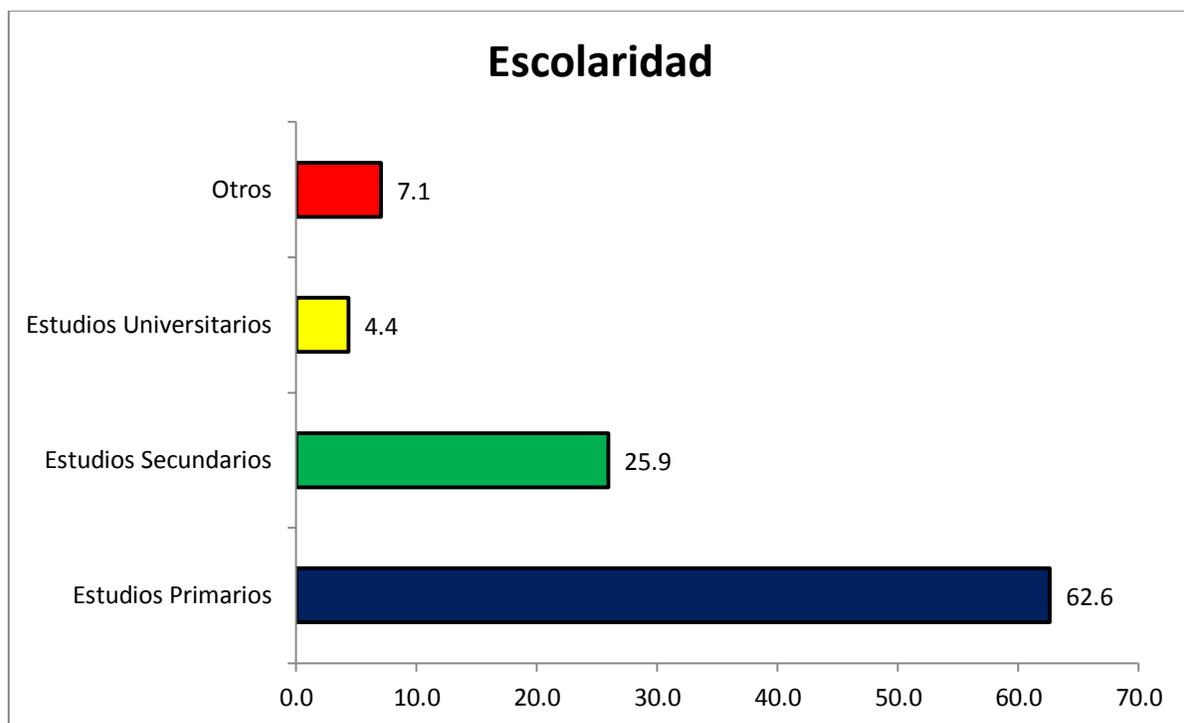


Tabla # 4

Tabla la distribución según Cantidad de personas que habitan en la vivienda de los entrevistados en la encuesta sociodemográfica.

	Porcentaje
2 a 4	52.2
4 a 8	42.8
8 o mas	5.1

Grafico # 4

Tabla la distribución según Cantidad de personas que habitan en la vivienda de los entrevistados en la encuesta sociodemográfica.

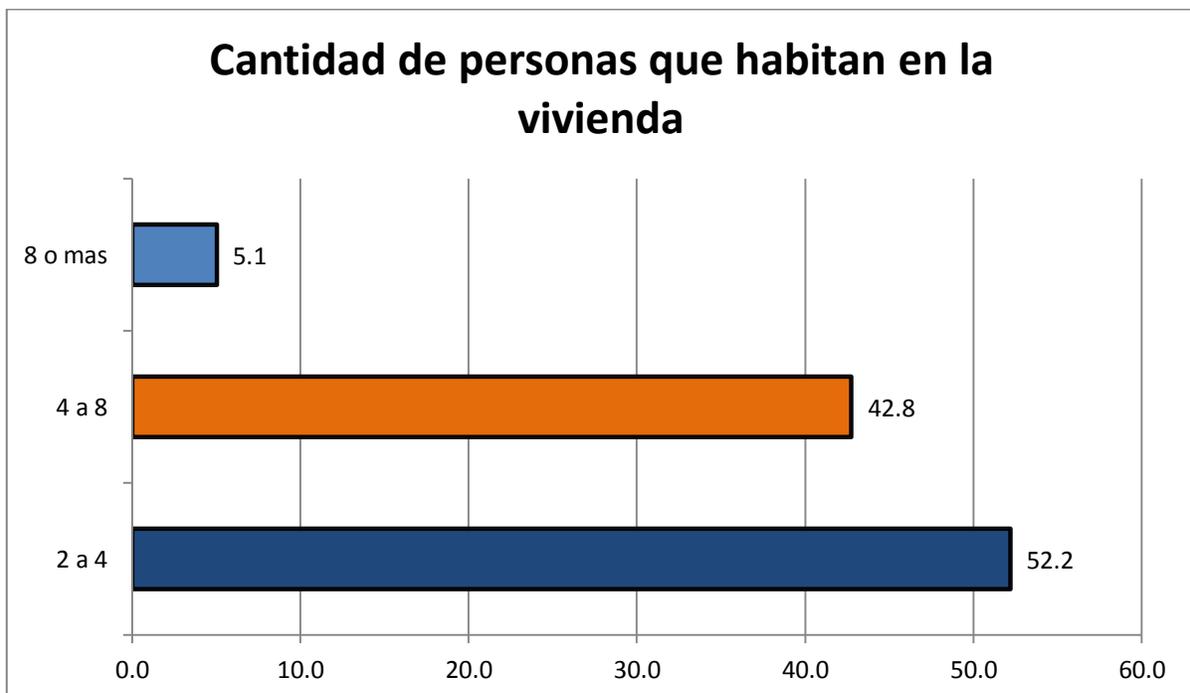


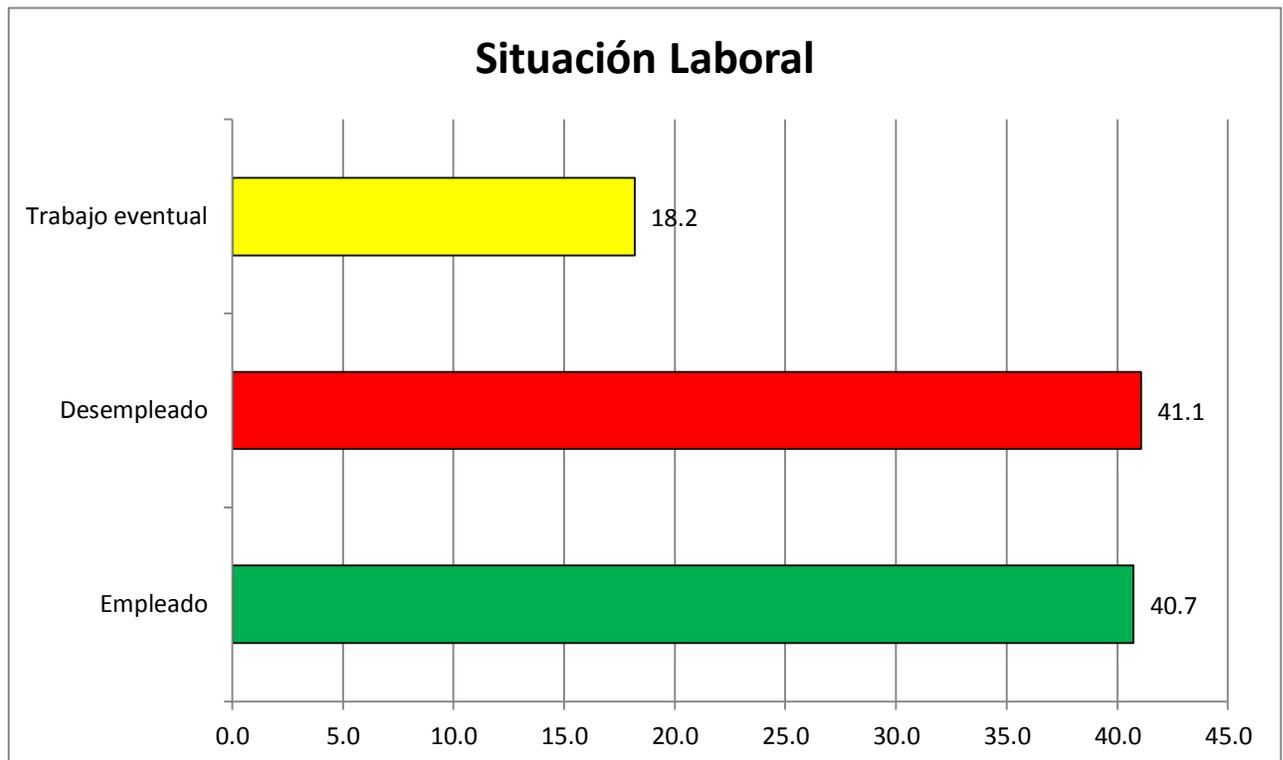
Tabla # 5

Tabla de la distribución según la situación laboral de los entrevistados en la encuesta sociodemográfica.

	Porcentaje
Empleado	40.7
Desempleado	41.1
Trabajo eventual	18.2

Grafico # 5

Gráfico de la distribución según la situación laboral de los entrevistados en la encuesta sociodemográfica.



OBJETIVO 2

Conocer las alternativas y acceso a los servicios de salud bucodental de la aldea de Armenta

Tabla # 6

Tabla de la pregunta *¿Qué tipos de servicios de salud bucal conoce?* de los entrevistados en la encuesta para conocer las alternativas y acceso a los servicios de salud bucodental de la aldea de Armenta

	Porcentaje
Pública	74.4
Privada	16.5
IHSS	4.0
Universidad	5.1

GRAFICO # 6

Gráfico de la pregunta *¿Qué tipos de servicios de salud bucal conoce?* de los entrevistados en la encuesta para conocer las alternativas y acceso a los servicios de salud bucodental de la aldea de Armenta

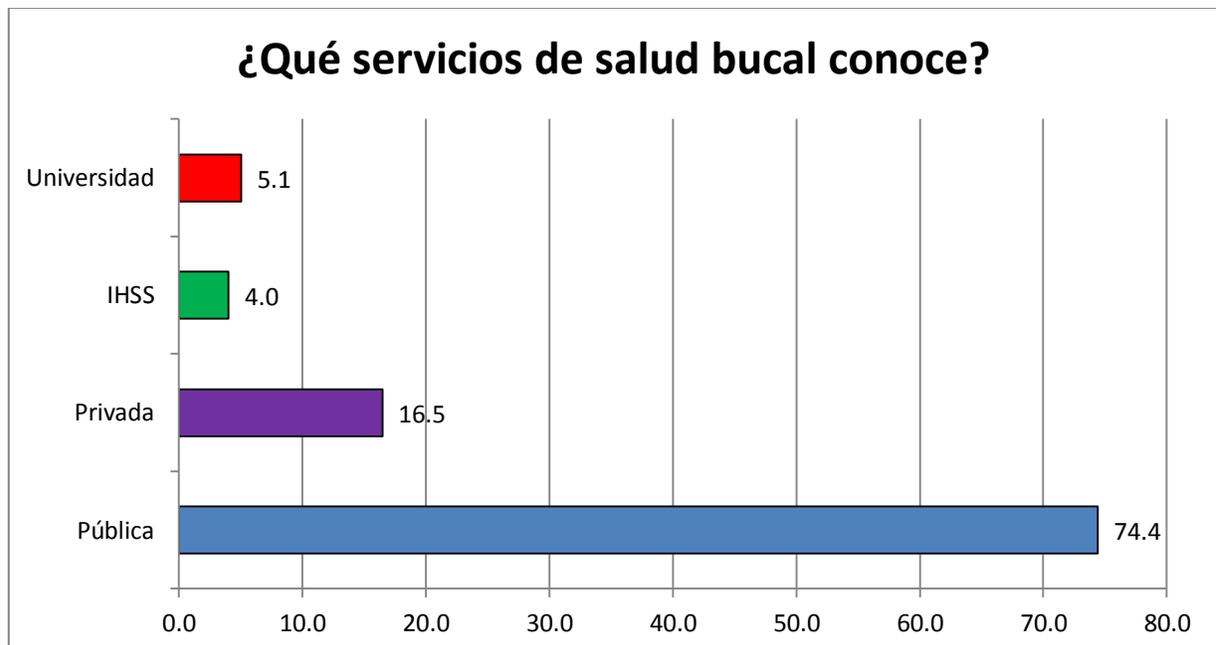


Tabla # 7

Tabla de la pregunta *¿Qué tipos de servicios de salud bucal prefiere?* de los entrevistados en la encuesta para conocer las alternativas y acceso a los servicios de salud bucodental de la aldea de Armenta

	Porcentaje
Pública	69.0
Privado	23.6
IHSS	2.7
Universidad	4.7

Grafico # 7

Tabla de la pregunta *¿Qué tipos de servicios de salud bucal prefiere?* de los entrevistados en la encuesta para conocer las alternativas y acceso a los servicios de salud bucodental de la aldea de Armenta

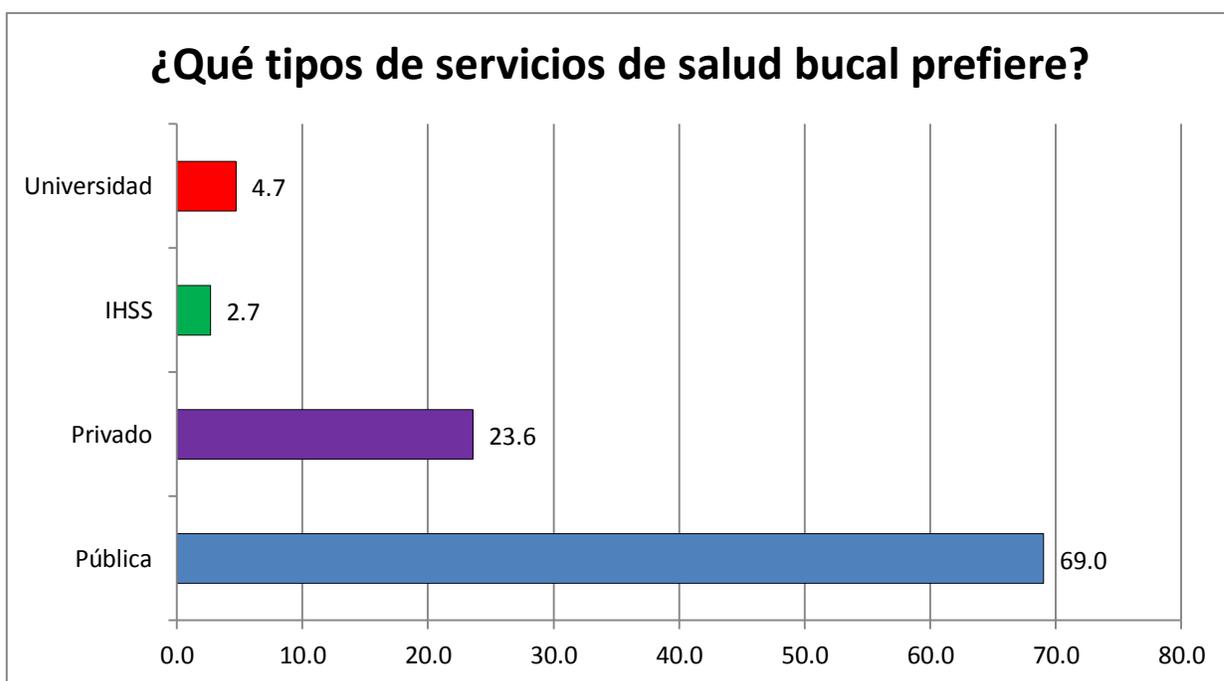
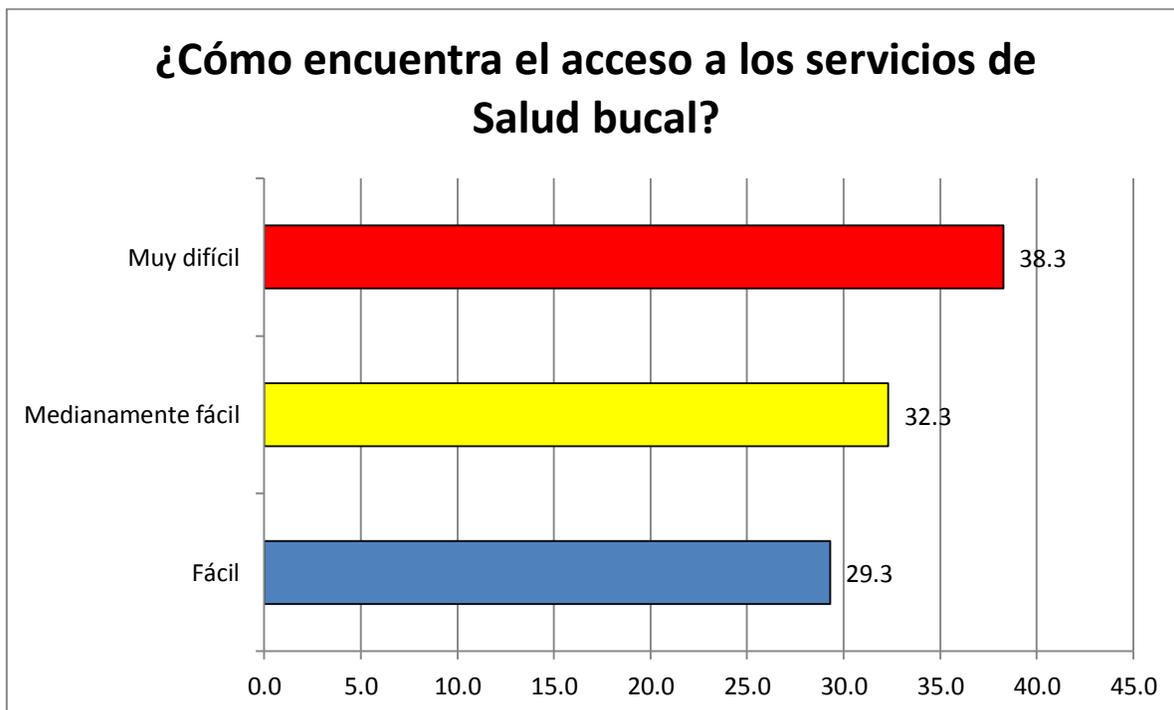


Tabla # 8

Tabla de la pregunta **¿Cómo encuentra el acceso a los servicios de Salud bucal?** de los entrevistados en la encuesta para conocer las alternativas y acceso a los servicios de salud bucodental de la aldea de Armenta

	Porcentaje
Fácil	29.3
Medianamente fácil	32.3
Muy difícil	38.3

Grafico # 8 Grafico de la pregunta **¿Cómo encuentra el acceso a los servicios de Salud bucal?** de los entrevistados en la encuesta para conocer las alternativas y acceso a los servicios de salud bucodental de la aldea de Armenta



Objetivo No 3

Determinar el impacto físico y psicosocial de la Salud Oral en la población de Armenta

Tabla 9 Tabla de *distribución por edad* de los sujetos examinados en la Escuela 18 de Noviembre, a noviembre de 2014.

Edad	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Frecuencia	2	15	54	53	69	56	22	15	6

Grafico # 9

Gráfico de *distribución por edad* de los sujetos examinados en la Escuela 18 de Noviembre, a noviembre de 2014.

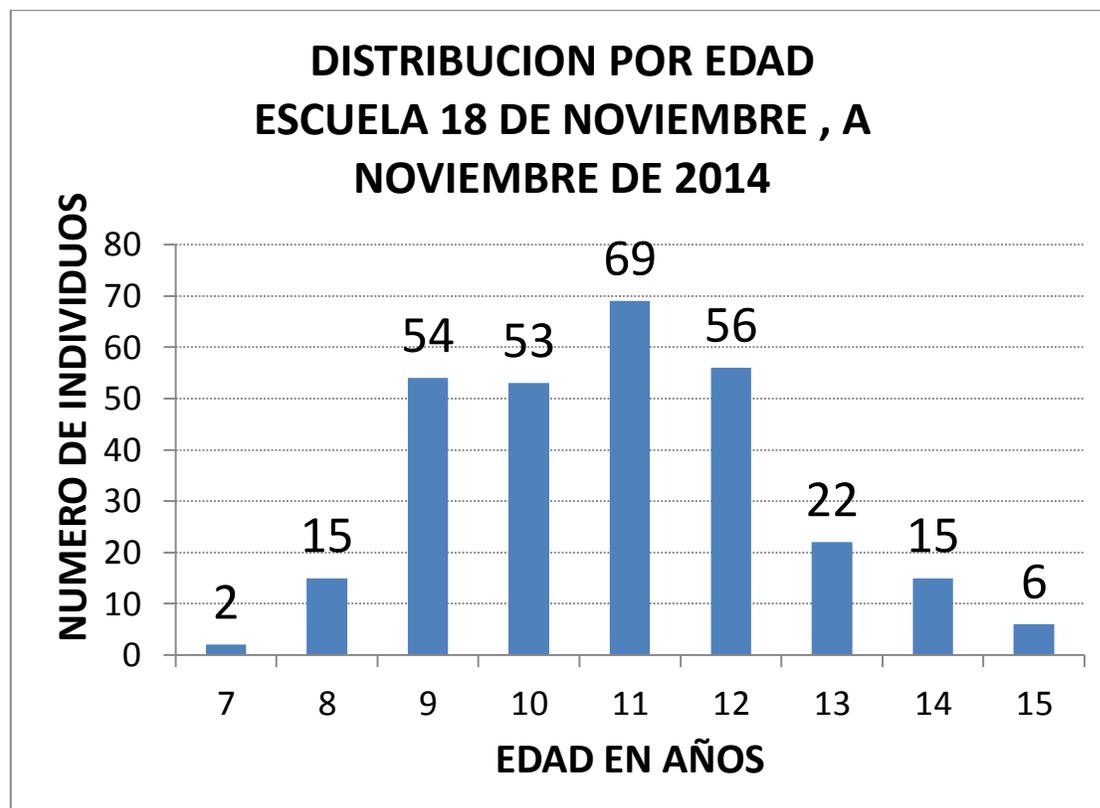


Tabla # 10

Tabla del Índice COP en población de 12 años de los sujetos examinados en la Escuela 18 de Noviembre

C	5.821	86.70%
O	0.036	0.53%
P	0.411	6.12%
EI	0.446	6.65%
COP	6.714	100.00%

Grafico # 10. Gráfico del Índice COP en población de 12 años de los sujetos examinados en la Escuela 18 de Noviembre

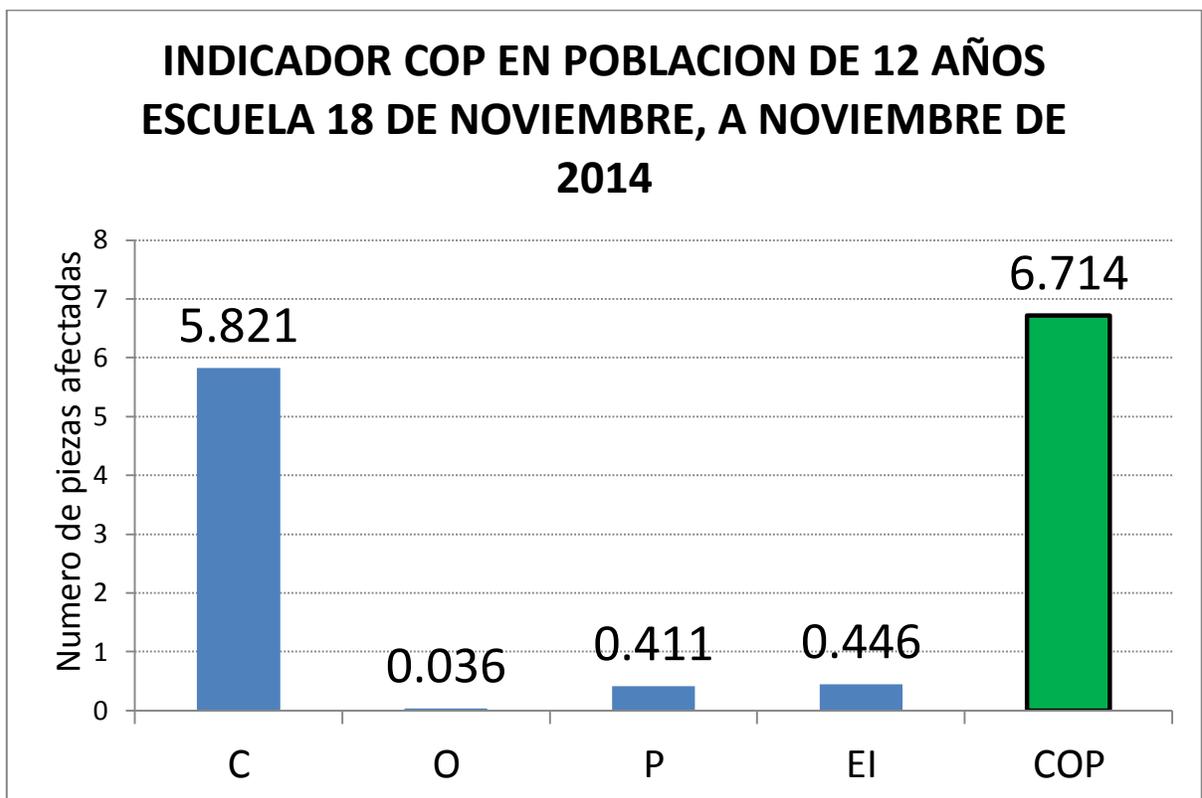


Tabla 11

Tabla del Índice COP por género de los sujetos examinados en la Escuela 18 de Noviembre.

Masculino

Femenino

C	5.032	84.54%
O	0.024	0.40%
P	0.296	4.97%
EI	0.600	10.08%
COP	5.952	100.00%

C	5.677	83.97%
O	0.042	0.62%
P	0.275	4.07%
EI	0.766	11.34%
COP	6.760	100.00%

Grafico 11

Grafico del índice COP por género de los sujetos examinados en la Escuela 18 de Noviembre.

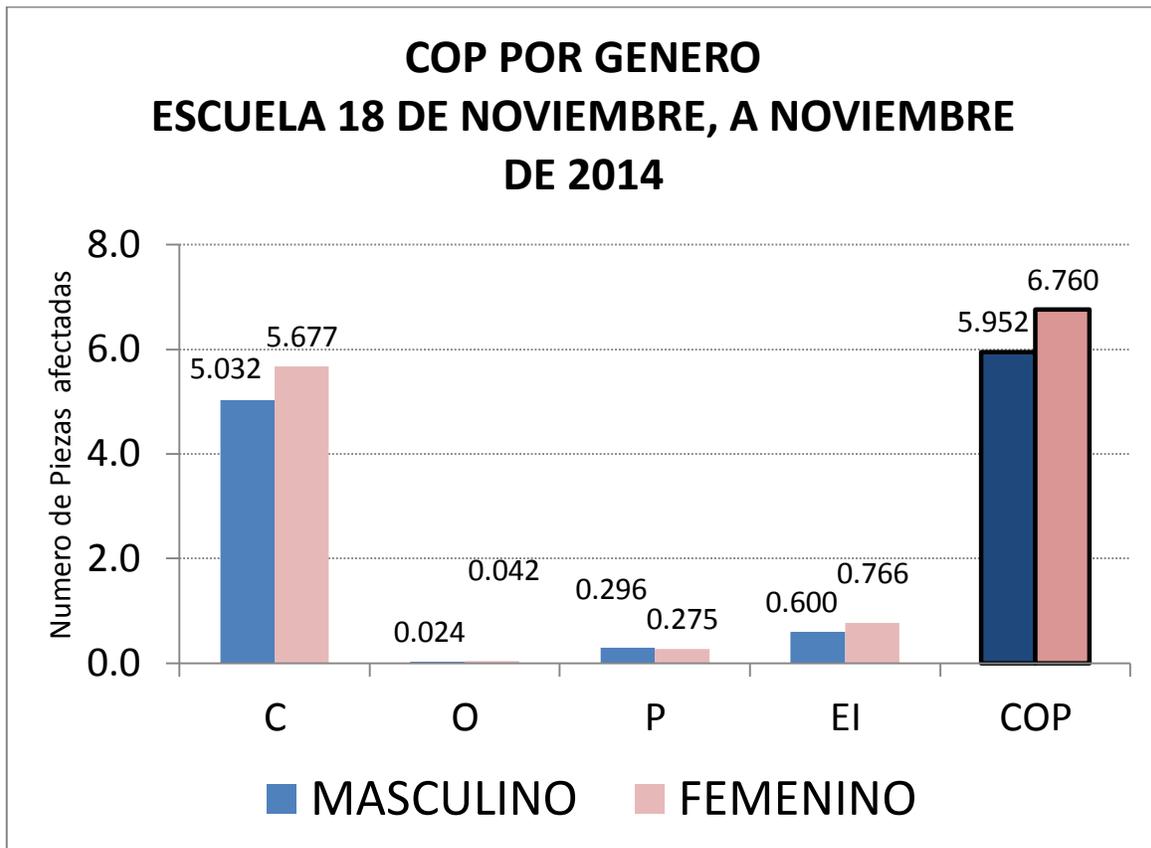


Tabla # 12

Tabla de variable *Limitaciones Funcionales* según el perfil de impacto de la salud bucal de los pobladores de Armenta a Noviembre de 2014

63.97	22.90	9.43	1.01	2.69	100
Nunca	Casi Nunca	Ocasionalmente	Frecuentemente	Casi Siempre	Total

Grafico # 12

Gráfico de variable *Limitaciones Funcionales* según el perfil de impacto de la salud bucal de los pobladores de Armenta a Noviembre de 2014

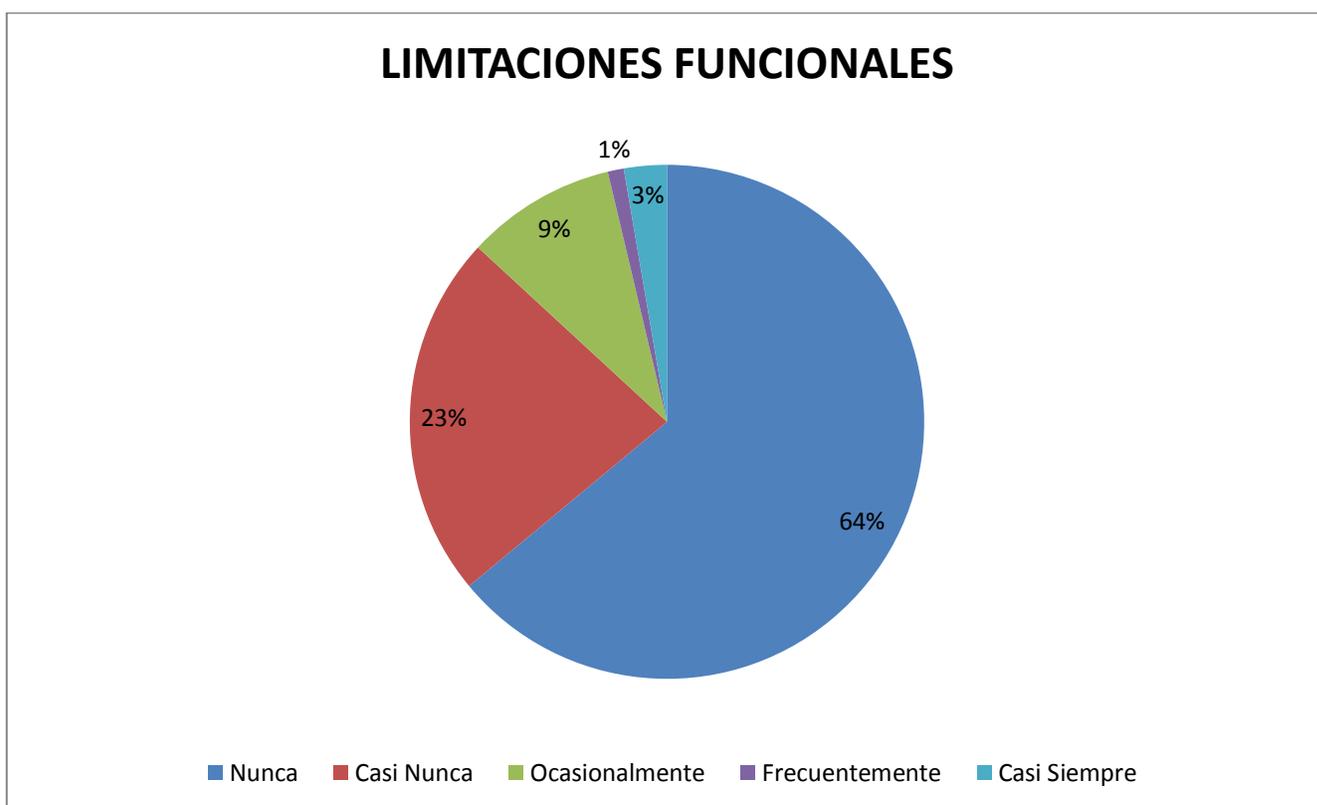


Tabla # 13

Tabla de variable *Dolor Físico* según el perfil de impacto de la salud bucal de los pobladores de Armenta a Noviembre de 2014

42.76	28.96	18.18	7.41	2.69	100.00
0	1	2	3	4	
Nunca	Casi Nunca	Ocasionalmente	Frecuentemente	Casi Siempre	total

Gráfico # 13

Gráfico de variable *Dolor físico* según el perfil de impacto de la salud bucal de los pobladores de Armenta a Noviembre de 2014

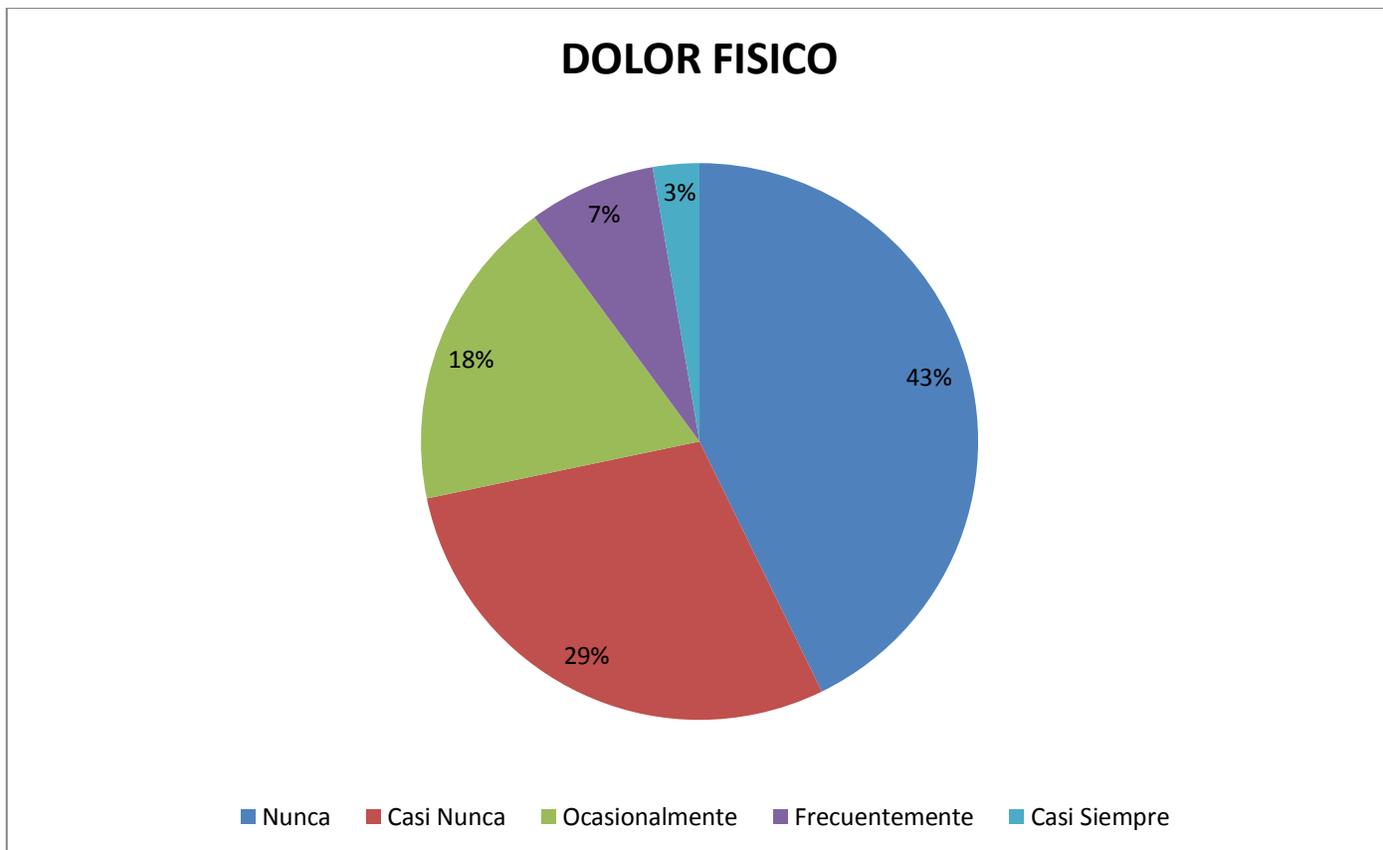


Tabla # 14

Tabla de variable Discomfort psicológico según el perfil de impacto de la salud bucal de los pobladores de Armenta a Noviembre de 2014

130	69	50	32	16	297
43.77	23.23	16.84	10.77	5.39	100.00
0	1	2	3	4	
Nunca	Casi Nunca	Ocasionalmente	Frecuentemente	Casi Siempre	Total

Grafico # 14

Gráfico de variable Discomfort psicológico según el perfil de impacto de la salud bucal de los pobladores de Armenta a Noviembre de 2014

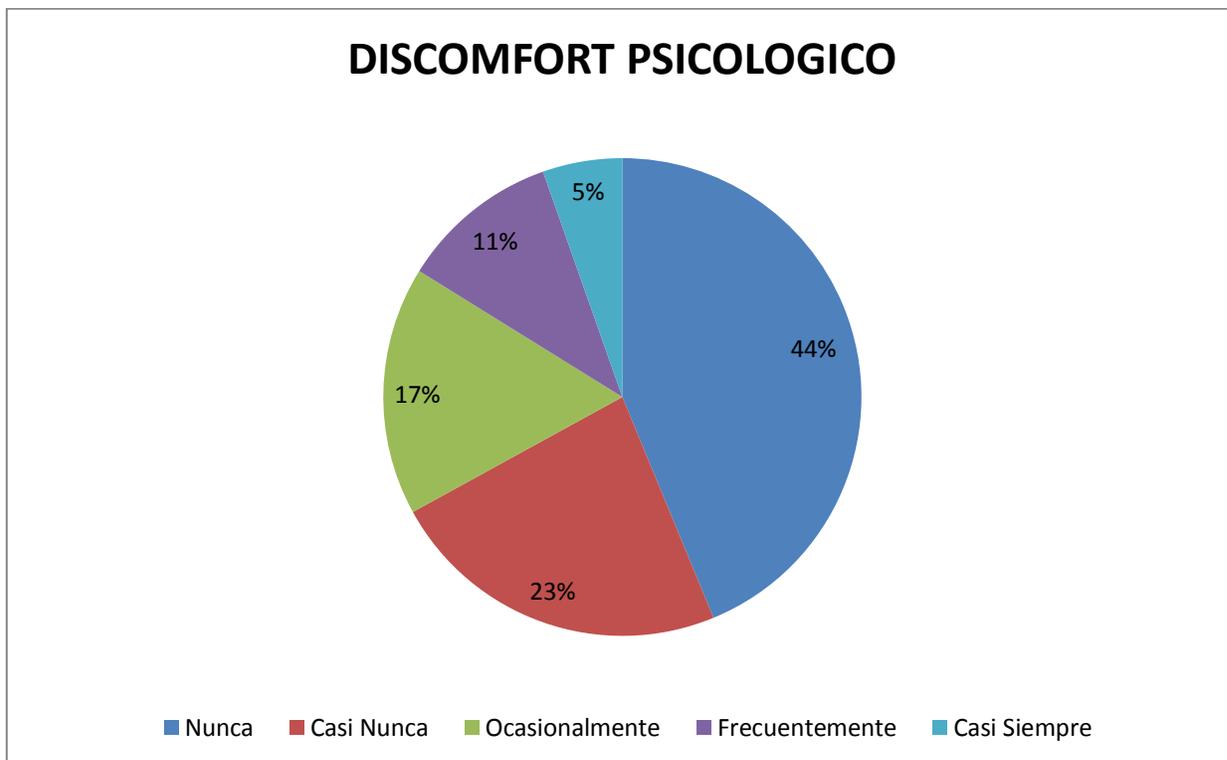


Tabla # 15

Tabla de la variable *Incapacidad física* según el perfil de impacto de la salud bucal de los pobladores de Armenta a Noviembre de 2014

154	68	39	25	11	297
51.85	22.90	13.13	8.42	3.70	100.00
0	1	2	3	4	
Nunca	Casi Nunca	Ocasionalmente	Frecuentemente	Casi Siempre	Total

Grafico 15.

Gráfico de variable *incapacidad física* según el perfil de impacto de la salud bucal de los pobladores de Armenta a Noviembre de 2014

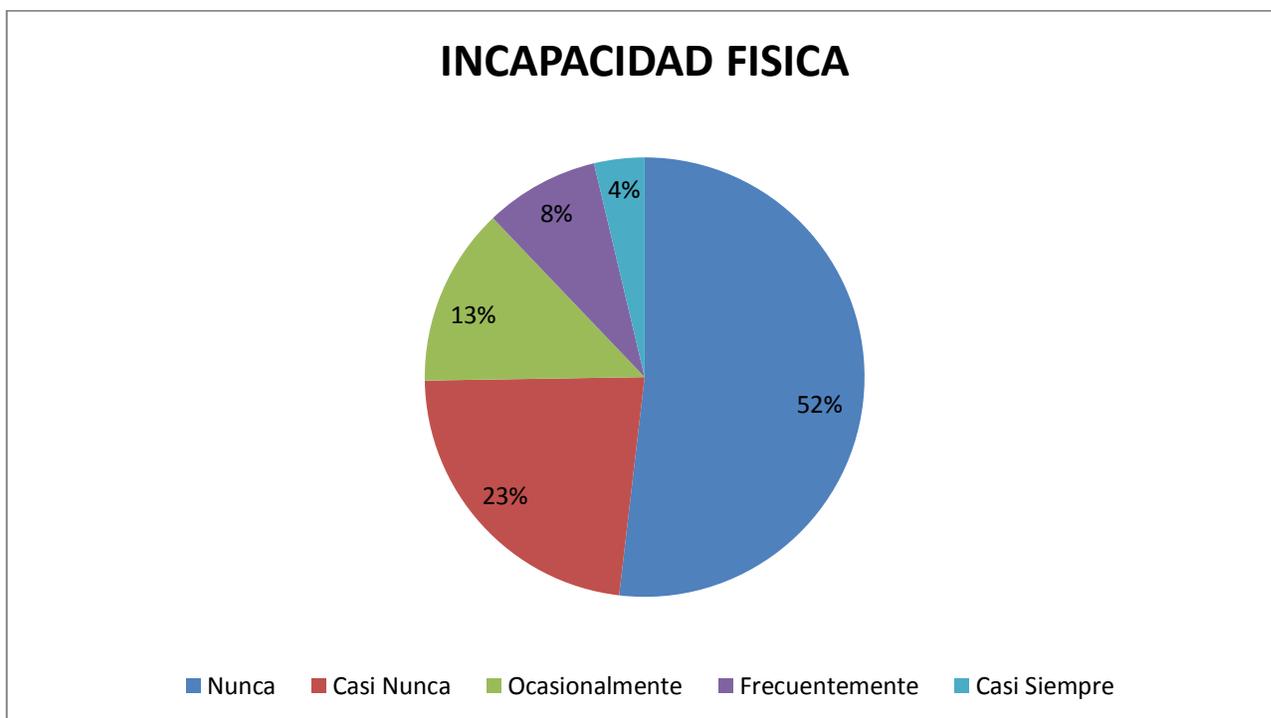


Tabla # 16

Tabla de variable *incapacidad Psicológica* según el perfil de impacto de la salud bucal de los pobladores de Armenta a Noviembre de 2014

165	56	46	16	14	297
55.56	18.86	15.49	5.39	4.71	100.00
0	1	2	3	4	
Nunca	Casi Nunca	Ocasionalmente	Frecuentemente	Casi Siempre	Total

Grafico 16.

Gráfico de variable *incapacidad Psicológica* según el perfil de impacto de la salud bucal de los pobladores de Armenta a Noviembre de 2014

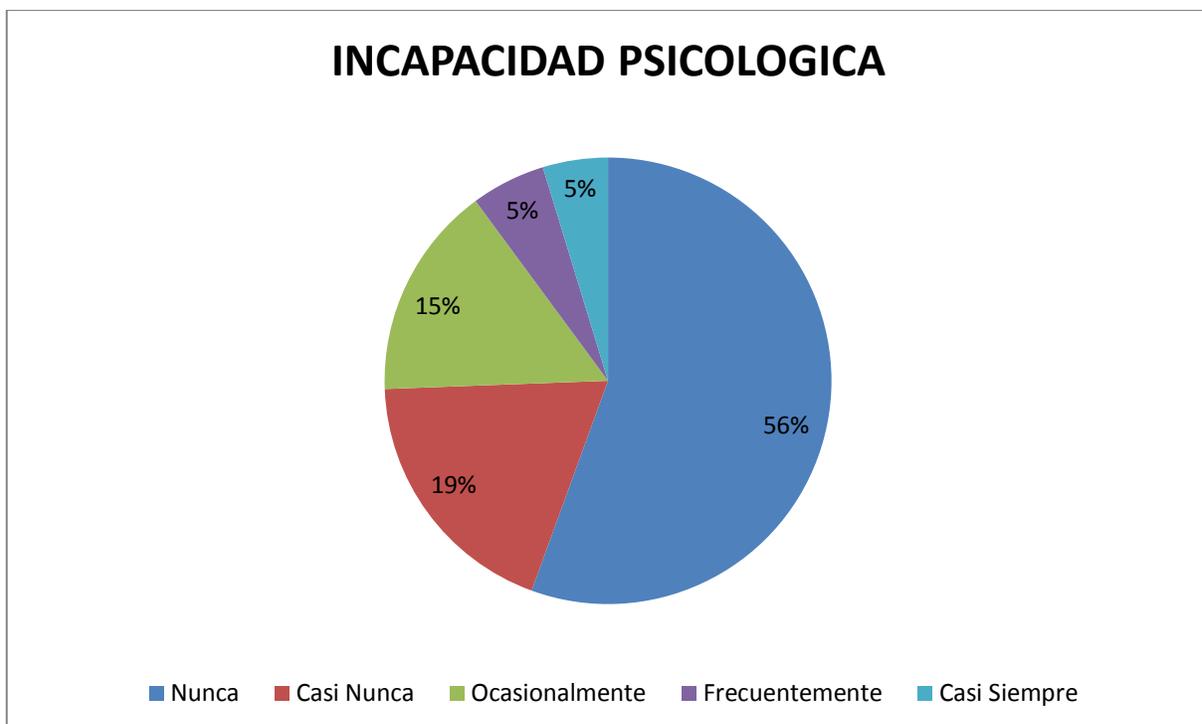


Tabla 17 Tabla de variable *incapacidad social* según el perfil de impacto de la salud bucal de los pobladores de Armenta a Noviembre de 2014

197	50	38	8	4	297
66.33	16.84	12.79	2.69	1.35	100.00
0	1	2	3	4	
Nunca	Casi Nunca	Ocasionalmente	Frecuentemente	Casi Siempre	Total

Grafico 17.

Gráfico de variable *incapacidad social* según el perfil de impacto de la salud bucal de los pobladores de Armenta a Noviembre de 2014

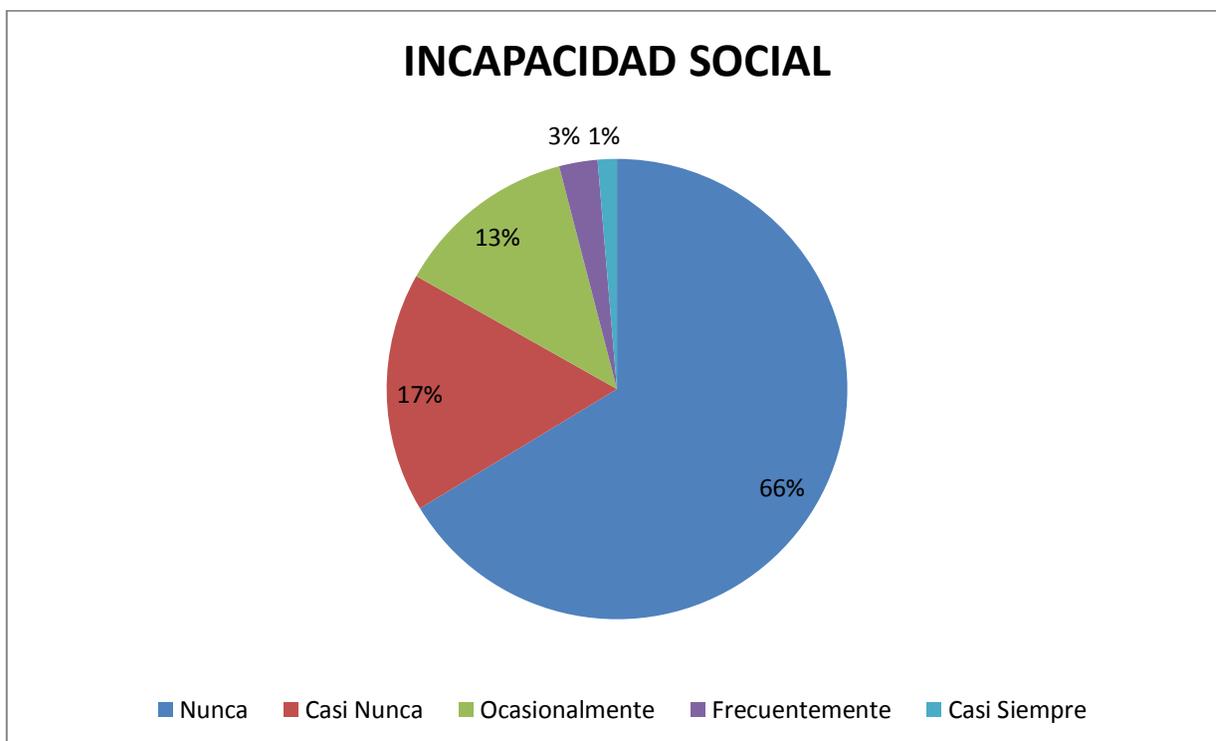


Tabla 18

Tabla de variable *en desventaja* según el perfil de impacto de la salud bucal de los pobladores de Armenta a Noviembre de 2014

211	40	26	11	9	297
71.04	13.47	8.75	3.70	3.03	100.00
0	1	2	3	4	
Nunca	Casi Nunca	Ocasionalmente	Frecuentemente	Casi Siempre	Total

Grafico # 18

Gráfico de variable *en desventaja* según el perfil de impacto de la salud bucal de los pobladores de Armenta a Noviembre de 2014

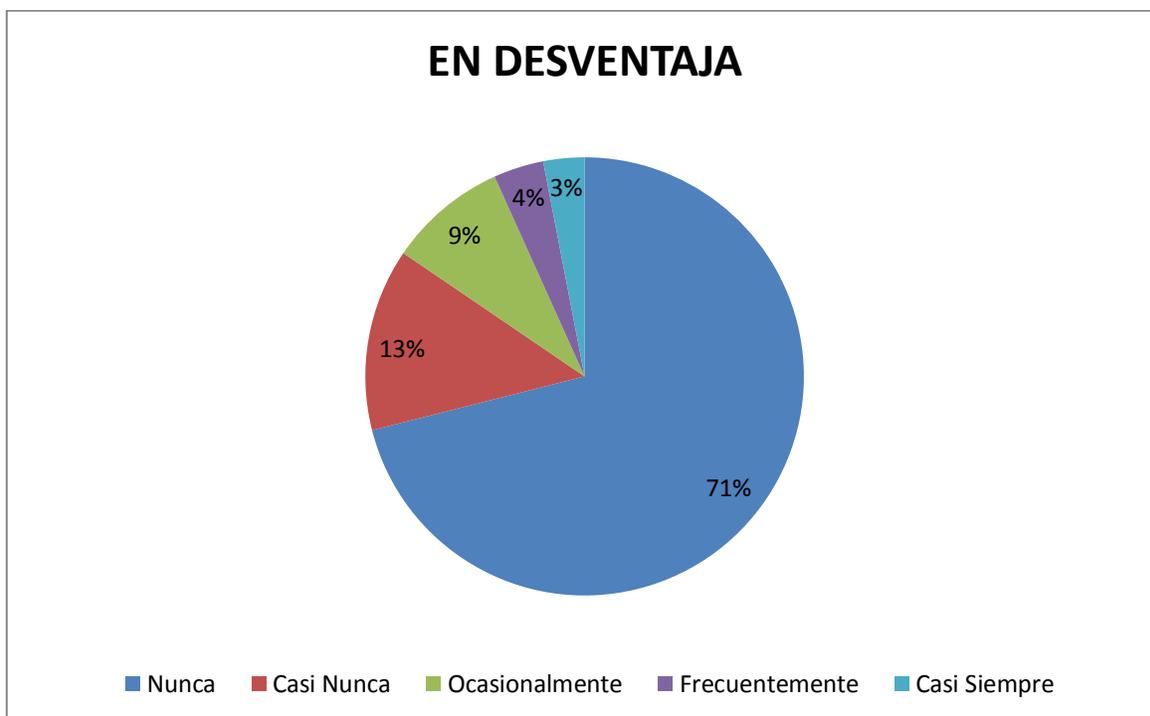
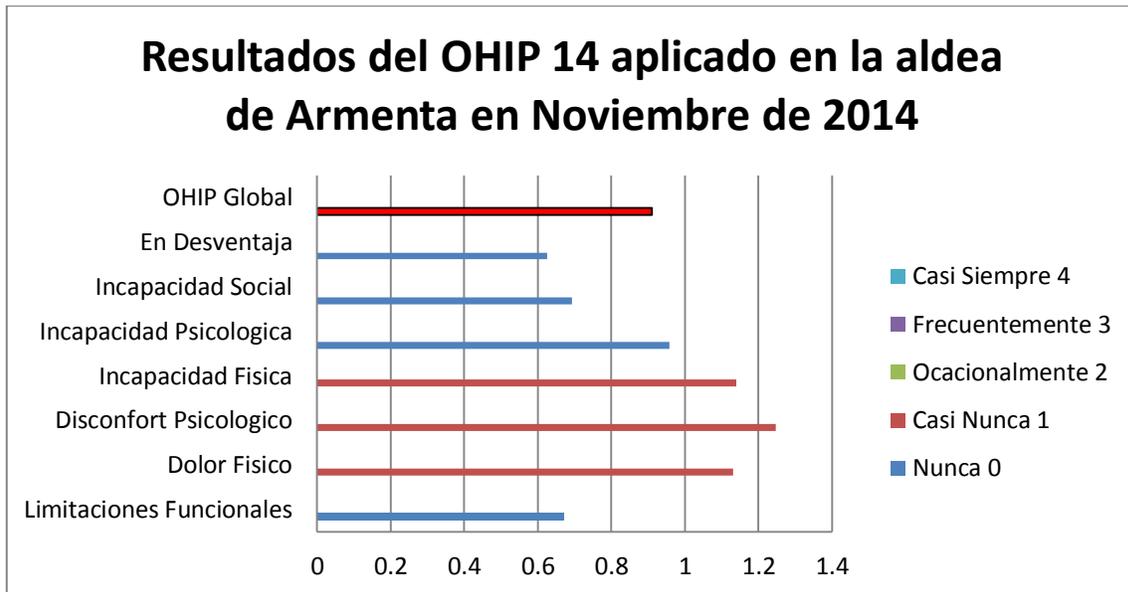


Grafico # 19

Gráfico de los resultados globales del OHIP 14 aplicado a los pobladores de la aldea de Armenta a Noviembre de 2014



Anexo 4

1. Consentimiento Informado

Consentimiento informado

A través del presente documento expreso mi voluntad de participar en la investigación titulada: **Acceso a los servicios de Salud bucodental y su impacto físico y psicosocial en los pobladores de la aldea de Armenta, municipio de San Pedro Sula, Honduras, a Noviembre de 2014**

Habiendo sido informado(a) del propósito y de los objetivos de dicha investigación, teniendo la plena confianza de que por la información que se vierte en instrumento será única y exclusivamente para fines investigativos y confiando en que se utilizará adecuadamente dicha información asegurándome la máxima confidencialidad, acepto participar en la presente investigación.

Nombre:

Identidad #:

2. Instrumento de medición 1

Iniciales del Sujeto _____ Iniciales del encuestador _____

Fecha _____

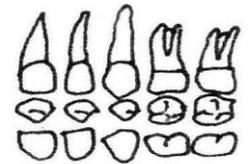
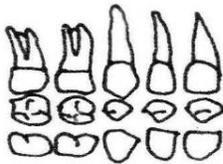
Encuesta para Identificar el nivel de acceso a los servicios de salud bucodental			
y el impacto físico y psicosocial que tiene en los habitantes de la comunidad de Armenta. Noviembre de 2014.			
1. Edad		5. Situación Laboral	
15-21	0	Empleado	0
21-35	1	Desempleado	1
35-100	2	Trabajo eventual	2
2. Sexo		6. Que servicios de salud bucal conoce	
M	0	Publica	0
F	1	Privada	1
3. Escolaridad		Mixta	2
Estudios primarios	0	Ninguno	3
Estudios Secundarios	1	7. Que tipos de servicios de salud bucal prefiere	
estudios Universitarios	2	Publico	0
Otros	3	Privado	1
Expiique		Mixto	2
4. Cantidad de personas que habitan en la vivienda		8. Como encuentra el acceso a los servicios de Salud bucal	
2 a 4	0	Fácil	0
4 a 8	1	Medianamente difícil	1
8 o mas	2	Muy difícil	2

3. Instrumento de medición 2 para obtener el índice COP

ODONTOGRAMA

No. _____

Nombre del paciente: _____ Fecha: ____ / ____ / ____

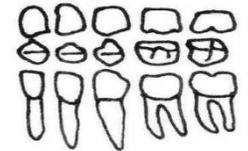
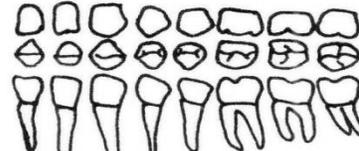
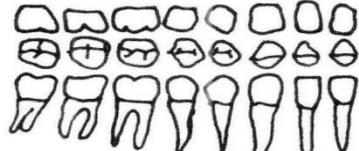
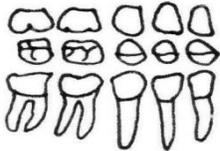


5.5	5.4	5.3	5.2	5.1
8.5	8.4	8.3	8.2	8.1

1.8	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1
4.8	4.7	4.6	4.5	4.4	4.3	4.2	4.1

2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8
3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8

6.1	6.2	6.3	6.4	6.5
7.1	7.2	7.3	7.4	7.5



4. Instrumento de medición 3 OHIP 14

OHIP			
Sujeto #	Iniciales del Sujeto	Iniciales del Encuestador	Fecha
_____	_____	_____	____/____/____

Para cada uno de los siguientes elementos que se enumeran a continuación, indicar en una escala de 0 a 4. Marque (x) en la columna de "0" si se estable = nunca, "1"= casi nunca, "2"= ocasionalmente, "3"= frecuentemente, "4"= casi siempre.

	0	1	2	3	4
1. ¿Tiene problemas para pronunciar alguna palabra por problemas con sus dientes, boca o prótesis dental?	<input type="checkbox"/>				
2. ¿Ha sentido que la sensación del gusto ha empeorado por problemas con sus dientes, boca o prótesis dental?	<input type="checkbox"/>				
3. ¿Tiene alguna molestia dolorosa en su boca?	<input type="checkbox"/>				
4. ¿Ha sentido alguna molestia al comer algún alimento por problemas con sus dientes, boca o prótesis dental?	<input type="checkbox"/>				
5. ¿Ha estado preocupado/a debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dental?	<input type="checkbox"/>				
6. ¿Se ha sentido nervioso/a debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dentales?	<input type="checkbox"/>				
7. ¿Su dieta es poco satisfactoria debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dental?	<input type="checkbox"/>				
8. ¿Ha tenido que interrumpir sus comidas por problemas con sus dientes, boca o prótesis dental?	<input type="checkbox"/>				
9. ¿Encuentra dificultad para relajarse por problemas con sus dientes, boca o prótesis dental?	<input type="checkbox"/>				
10. ¿Se ha sentido avergonzado por problemas con sus dientes, boca o prótesis dental?	<input type="checkbox"/>				
11. ¿Se ha sentido irritable con otra gente por problemas con sus dientes, boca o prótesis dental?	<input type="checkbox"/>				
12. ¿Tiene dificultad de hacer su trabajo habitual por problemas con sus dientes, boca o prótesis dental?	<input type="checkbox"/>				
13. ¿Ha sentido que su vida en general, es menos satisfactoria por problemas con sus dientes, boca o prótesis dental?	<input type="checkbox"/>				
14. ¿Se ha sentido incapaz de desempeñarse debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dental?	<input type="checkbox"/>				

5. Solicitud ULACIT



San José, 6 de octubre 2014

Dr. Victor Hugo David
Maestrante en Salud Pública de la UNAN, Nicaragua
San Pedro Sula, Honduras

Estimado Dr. David,

Reciba un cordial saludo de parte de la carrera de Odontología de la Universidad Latinoamericana de Ciencia y Tecnología, ULACIT, de San José Costa Rica.

Hemos conocido de su proyecto de investigación como maestrante en Salud Pública, y nos complace que esté utilizando el instrumento de percepción de salud oral, OHIP, que estamos utilizando en nuestra institución desde el 2013. A la fecha, hemos levantado datos correspondientes a los pacientes de la clínica odontológica y tenemos más de 200 datos en procesamiento para su primera publicación.

Somos conscientes de que en su caso, su investigación relaciona el nivel acceso a los servicios de salud bucal y su impacto en la población estudiada, literalmente "Acceso a los servicios de salud bucodental y su impacto en la población de la aldea de Armenta , municipio de San Pedro Sula, Honduras, a Octubre de 2014". El motivo de esta carta responde a nuestro deseo de conformar alianzas de investigación, que nos permitan generar datos de interés regional, que puedan divulgarse de forma colaborativa. Encontramos en su proyecto una gran oportunidad, para realizar comparaciones de los resultados obtenidos.

Por este medio quisiéramos verificar su anuencia a que podamos discutir los resultados de nuestras investigaciones y diseñar una publicación común con la que logremos mayor impacto y visualización por parte de medios reconocidos. Por supuesto entendemos que tenemos publicaciones individuales en proceso, incluyendo su disertación como Maestrante de Salud Pública, por lo que los tiempos deberemos respetarlos como lo indiquen las regulaciones que correspondan.

En primera instancia, solamente quisiéramos conocer su anuencia para iniciar en poco tiempo un proyecto común. En el caso de ULACIT la persona que coordina el proyecto es el Director de Investigación, Dr. Robert Utsman (rutsmana282@ulacit.ed.cr).

Quedo a sus órdenes para cualquier pregunta o comentario,

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "J. Padilla". The signature is fluid and cursive, with a small dot at the end.