

**VALIDEZ DE LA AUTO PERCEPCIÓN DE LA CONDICIÓN ORAL DEL
PACIENTE**

Investigadoras

**LUISA FERNANDA GUAYARA ZUÑIGA
MADELYN JIMÉNEZ MOLINA
DENIS NOVOA PEÑA
GINA PAOLA VANEGAS ROJAS**

**INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA COLEGIOS DE COLOMBIA
COLEGIO ODONTOLÓGICO
UNICOC, PREGRADO
BOGOTÁ
I-2009**

**VALIDEZ DE LA AUTO PERCEPCIÓN DE LA CONDICIÓN ORAL DEL
PACIENTE**

Investigadoras

**LUISA FERNANDA GUAYARA ZUÑIGA
MADELYN JIMÉNEZ MOLINA
DENIS NOVOA PEÑA
GINA PAOLA VANEGAS ROJAS**

**Trabajo de grado para optar el título de
Odontóloga**

**Asesor Científico y metodológico
MARTHA LUCIA CAYCEDO**

**INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA COLEGIOS DE COLOMBIA
UNICOC, PREGRADO
BOGOTÁ
I-2009**

DEDICATORIA

Dedicamos este trabajo a nuestras familias y amigos quienes brindaron el apoyo y paciencia para la elaboración del presente documento.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a la doctora Martha Caycedo por su colaboración y por su asesoría científica y metodológica en todo el desarrollo de esta investigación, especialmente por su invaluable conocimiento.

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	9
1. ASPECTOS TEÓRICO CIENTÍFICOS.....	12
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	12
1.2. JUSTIFICACIÓN.....	13
1.3. IMPACTO	14
1.4. MARCO TEÓRICO	14
1.5. OBJETIVOS	20
1.6. OBJETIVO GENERAL.....	20
1.7. OBJETIVOS ESPECIFICOS	20
2. ASPECTOS METODOLÓGICOS.....	21
2.1. TIPO DE ESTUDIO	21
2.2. OBJETO DE ESTUDIO	21
2.3. POBLACIÓN DE ESTUDIO.....	21
2.4. MUESTRA.....	21
2.5. CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	21
2.6. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	22
2.7. VARIABLES.....	23

2.8. PROCEDIMIENTO	24
3. RESULTADOS	29
4. DISCUSIÓN	36
5. CONCLUSIONES	39
6. RECOMENDACIONES	40
7. BIBLIOGRAFIA	41

INTRODUCCIÓN

La salud oral es un aspecto fundamental en la calidad de vida de la población. En Colombia los problemas de salud oral ocupan las primeras causas de morbilidad en las diferentes etapas de la vida. En la dentición permanente, el 88.7% de las personas ha presentado historia de caries y el 65.3% tenían caries sin tratamiento. El 92,4% de la población presento necesidades de tratamiento para enfermedad periodontal de acuerdo a datos del III Estudio Nacional de Salud ENSAB III (MINSALUD, 1990)

Estas patologías, mediante adecuadas estrategias de prevención y protección pueden ser controladas o al menos limitados sus efectos y complicaciones, beneficiando las condiciones de salud de la población (RESOLUCION 412). Los programas de atención y prevención de la salud oral deben tener como base la percepción del individuo en cuanto a su salud. (LIRA C, 2006) El desconocer la opinión de la comunidad dificultad entender posibles obstáculos para el desarrollo de los programas e, incluso, puede afectar las relaciones de promotores y la población, como el uso y aceptación de instituciones que velan por la salud de la población(PINZÓN, 1999)

El concepto de percepción de salud se incluyó a partir de la década de los cincuenta, la validez de esta ha sido ampliamente aceptada como una medida

sensible y confiable del estado de salud general, al integrar una medición subjetiva como indicador, se ha comprobado que es un predictor independiente y significativo de la caries, enfermedad periodontal, y alteraciones de la Articulación temporomandibular. (JIMÉNEZ, 2003)

La percepción del individuo como medida subjetiva de la salud oral, mejora el conocimiento sobre los problemas y permite, la adecuada planeación y utilización de estrategias de promoción y prevención logrando un mayor impacto en la comunidad (LIRA C,2006)

Según Díaz.M y col, 1999 "La percepción sobre la salud oral aparece mediada por la cultura a la que pertenezca el perceptor. De allí se desprenderán las actitudes que cada quien considere pertinentes para interpretar como relevante o no el cuidado bucodental, los tratamientos que se habrán de proveer, las personas a quien acudir para solicitar ayuda, los deberes de cada quien al respecto y la evaluación que se haga del servicio profesional o empírico que se haya decidido emplear" (DÍAZ, 1999)

Pinzón.S, 1999 y Díaz.M y col, 1999, entre otros, han demostrado que la percepción de buena salud se correlaciona con el bajo prevalencia de patologías orales. Sin embargo la percepción de salud puede tener diferentes respuestas dependiendo de los grupos de personas evaluados, por lo cual el odontólogo debe

tratar al paciente de manera multidimensional teniendo en cuenta la anamnesis realizada inicialmente al mismo (DÍAZ, 1999, PINZÓN, 1999)

La caries dental, enfermedades periodontales y las condiciones de tejidos blandos son las enfermedades mas comunes que se encuentran en la cavidad oral; pero no solo se debe focalizar en detectar las patologías, sino también en como la percibe el paciente, si esta enterado de su condición o no. (RODRÍGUEZ, 2001).

Es importante evaluar la validez de la percepción que tiene el paciente en cuanto a su salud oral y el diagnóstico que da el odontólogo, pues según estudios del tema, una buena percepción de la salud oral contribuye a mejorar la calidad de vida de los pacientes y aumenta considerablemente la autoestima de los mismos.(CARBALLIDO, 2000) El objetivo de esta investigación es identificar la percepción de los pacientes frente a su salud oral y compararla con el diagnostico del profesional dicha investigación se realizara en las clínicas de UNICOC.

1. ASPECTOS TEÓRICO CIENTÍFICOS

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En Colombia los problemas odontológicos son las enfermedades más comunes en todos los períodos de la vida desde el segundo año. La prevalencia de individuos con caries dentales fluctúa alrededor del 95% en todos los grupos de edad a partir de los 4 años, según el Estudio Nacional de Salud.

Sin embargo, los programas de atención y prevención de la salud oral han tenido en cuenta muy poco la auto percepción del paciente en cuanto a su salud oral. El desconocer la opinión del común de la gente impide entender posibles obstáculos para el desarrollo de los programas e, incluso, podría afectar tanto las relaciones de funcionarios y habitantes como el uso y aceptación de ciertas instituciones que velan por la salud general de las poblaciones (DÍAZ, 1999)

Por lo anterior surge el siguiente interrogante, ¿Cuál es la validez de la auto percepción de la condición oral del paciente que es atendidos en las clínicas de UNICOC?

1.2. JUSTIFICACIÓN

Según María del Pilar Díaz Murillo, 1999 "La percepción sobre la salud oral aparece mediada por la cultura a la que pertenezca el perceptor. De allí se desprenderán las actitudes que cada quien considere pertinentes para interpretar como relevante o no el cuidado bucodental, los tratamientos que se habrán de proveer, las personas a quien acudir para solicitar ayuda, los deberes de cada quien al respecto y la evaluación que se haga del servicio profesional o empírico que se haya decidido emplea"(DÍAZ, 1999)

La caries dental, enfermedades periodontales y las condiciones de tejidos blandos son las enfermedades mas comunes que encontramos en la cavidad oral; pero no solo se debe centrar en detectar las patologías, sino también en como la percibe el paciente, si esta enterado de su condición o no (JIMÉNEZ, 2003).

Es importante evaluar la validez de la percepción que tiene el paciente en cuanto a su salud oral y el diagnóstico que da el odontólogo, pues según estudios del tema, una buena percepción de la salud oral contribuye a mejorar la calidad de vida de los pacientes y aumenta considerablemente la autoestima de los mismos.

1.3.IMPACTO

Reconocer el valor de la autopercepción de la salud oral favorece el diseño e implementación de programas de promoción y prevención de la salud oral, teniendo en cuenta las necesidades y realidades de las poblaciones a las que van dirigidos.

El odontólogo valorará la percepción del paciente en cuanto a su salud oral, como herramienta fomentadora de buenos hábitos de salud oral.

1.4. MARCO TEÓRICO

El concepto de percepción de salud se incluyó a partir de la década de los cincuenta, la validez de esta ha sido ampliamente aceptada como una medida sensible y confiable del estado de salud general, al integrar una medición subjetiva como indicador, se ha comprobado que es un predictor independiente y significativo de la caries, enfermedad periodontal, y alteraciones de la Articulación temporomandibular en personas de 35-60 años (LIRA C,2006)

Muchas investigaciones sugieren que también afectan los hábitos y conductas saludables, el uso de servicios de salud, el soporte social que afecta especialmente a las personas de bajos recursos. (OMS/FDI, 2000)

Numerosos estudios, han demostrado que la percepción de buena salud se correlaciona con bajo número de, Índice de caries, sin presencia de alguna alteración en la articulación temporomandibular, y gingival. Sin embargo la percepción de salud puede tener diferentes respuestas dependiendo de los grupos de personas evaluados. (DÍAZ, 1999) El ENSAB III, también presentó un panorama respecto a las percepciones, conocimientos y prácticas de la población con relación a la salud bucal, encontrando de forma general que si bien la información ha llegado a los diferentes niveles, las prácticas distan mucho de reflejarlas, demostrando la necesidad de replantear el abordaje de las acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y de las acciones de intervención, para hacer más coherentes los conocimientos y prácticas con los resultados en la salud. (MINSALUD, 1999)

Se observó que tener "una boca sana" significa principalmente no tener caries y tener dientes blancos y/o parejos, e incluso un alto porcentaje estuvo de acuerdo con que "cuando los dientes están amarillos, están dañados". Estas afirmaciones y el que el 88% atribuye la aparición de la caries a "no cepillarse o a efectuar un mal cepillado" permite establecer una tendencia de la población hacia una representación estética de la boca, incluso sin percibir que otros tejidos y problemas se presentan alterando su condición. El 77% de las personas consideró que los dientes permanentes deben durar toda la vida, siendo más frecuente esta

convicción entre las mujeres que entre los hombres y solo el 3.4% relaciona la presencia de sangrado de la encía con no tener la boca sana. (MINSAUD, 1999)

Algunos hallazgos puntuales del ERNSAB III son los siguientes: (MINSALUD, 1999)

- Una tendencia hacia una representación estética de la boca, que pierde de vista la importancia de los otros tejidos y problemas presentes, al identificar que tener "una boca sana" significa principalmente no tener caries y tener dientes blancos y/o parejos y a que solo el 88% atribuye la aparición de la caries a "no cepillarse o a efectuar un mal cepillado" y que solo el 3.4% relaciona la presencia de sangrado de la encía con no tener la boca sana.
- Una baja percepción de la importancia de la función de la dentición y de la cavidad bucal dentro del bienestar general, cuando solo el 77% de las personas consideró que los dientes permanentes deben durar toda la vida.
- Discrepancia entre las prácticas y su impacto en salud, toda vez que el 98.4% de la población manifestó utilizar cepillo y crema dental para limpiar sus dientes con un periodo promedio de recambio de cepillo de tres meses.
- El 37.4% mencionó usar la seda dental y el 16.5% el enjuague bucal aunque se mantiene en uso en menor proporción de elementos como bicarbonato, palillos,

carbón, ceniza, sal, hierbas entre otros y aún cuando el 55.7% considera que el uso de la seda previene el sangrado de la encía.

- Se demuestra la importancia de impactar las prácticas desde el hogar, al encontrarse que el 71.5% de las personas expresaron que los padres fueron quiénes les enseñaron a cuidarse la boca, seguidos por los maestros y/o el odontólogo, por el autoaprendizaje o por el aprendizaje a través de mensajes de radio y televisión.
- Los cuidadores de los niños, reconocen que estos "son más propensos a la caries dental", que "el cuidado de la boca del bebé comienza con la salida del primer diente", que "es perjudicial o dañino para el niño dormir con el tetero en la boca" y que "la alimentación es un factor importante que influye en la formación de los dientes".
- Se reconocen la utilidad del uso de flúor debido a "que evita la caries" y "por que endurece los dientes" aunque entre quienes no lo consideran útil se destaca el argumento de que "es suficiente con el cepillado", o que "el flúor es dañino por que mancha los dientes o les quita su brillo".
- Se evidencia que si bien se ha logrado un mayor interés sobre el cuidado de la dentición de los niños desde los primeros años de vida, se hace necesario

continuar el proceso educativo sobre aspectos fisiológicos normales que las madres pueden monitorear como las etapas de erupción y de recambio dentario.

- Con relación a la demanda y utilización de servicios de salud bucal, solo el 66% consultó al odontólogo cuando la enfermedad se tornó incapacitante, en tanto el resto hace uso de analgésicos, remedios caseros y antibióticos, entre quienes tuvieron alguna vez dolor en una muela o diente. Los problemas más frecuentes fueron dolor de muelas o dientes, seguido por presencia de caries dental, sangrado de la encía, pérdida de obturaciones y dientes, fracturas dentales y de prótesis, inflamación de la cara, dificultad para abrir la boca y otros.

- Sin embargo, sólo consultó el 45%, principalmente por la pérdida de dientes y por la fractura de prótesis; el 12.3% dejó de asistir a su trabajo o al estudio, o no pudo realizar sus actividades ordinarias durante un tiempo promedio de 3 días, situación que aumenta el ausentismo escolar y laboral impactando negativamente la productividad del individuo.

- Como causas de no consulta se reportaron la falta de dinero, la dificultad en el acceso a los servicios para consultas regulares ya sea por vivir en zonas rurales o por no tener afiliación a la seguridad o pertenecer al régimen subsidiado; deficiencia en la oportunidad y en la organización de los servicios para responder a las diferentes percepciones y representaciones de las personas tanto de la boca como de la enfermedad bucal y la credibilidad de la población frente a la profesión

odontológica. El autoreporte se ha convertido en un método muy común en estudios poblacionales masivos para evaluar el estado de salud y estimar la prevalencia de los factores de riesgo (LIRA, 2006)

En cuanto a la importancia de la autopercepción de la salud oral se puede decir que, la salud oral puede ser medida utilizando la autoevaluación del propio paciente; 2) que los niveles de salud oral varían entre personas y que esta variación puede demostrarse utilizando una medición basada en la autopercepción del paciente, y 3) que la autopercepción ha sido identificada como predictiva de la salud oral. Algunos instrumentos relacionan las dimensiones a través de múltiples preguntas que son administradas a través de entrevistas estructuradas o en forma de cuestionarios. Uno de estos instrumentos, que considera que aún cuando los individuos generalmente no son capaces de definir la extensión de sus necesidades de tratamiento, su autopercepción de la apariencia de su boca. (MISRACHI L, 2004). Este tipo de instrumento puede ser aplicado por personal sanitario no-odontólogo y ha demostrado tener una alta sensibilidad y especificidad en la detección de necesidades de tratamiento bucodental. (ARLETTE PINZÓN,1999)

Jimenez y col, 2003, indican en su estudio que “la percepción que tienen los ancianos de las condiciones de su boca y la influencia de sus dientes o dentadura en su calidad de vida, con base en la conclusión de que la percepción general de

salud es un predictor de la calidad de vida. La forma en que perciben su salud bucal está relacionada significativamente con el bienestar, es decir, que una boca “saludable” contribuye a que la persona se sienta bien y ayuda a su satisfacción y felicidad, es por ello que la percepción de salud bucal puede ser considerada como un factor predictor de calidad de vida”(JIMÉNEZ, 2003)

1.5.OBJETIVOS

1.6.OBJETIVO GENERAL

Identificar la precepción de los pacientes frente a su salud oral y compararla con el diagnostico del profesional dicha investigación se realizara en las clínicas de UNICOC.

1.7.OBJETIVOS ESPECIFICOS

Determinar el nivel de autopercepción de la salud oral de los pacientes

Comparar la autopercepción de la salud oral de los pacientes con el diagnóstico del odontólogo

2. ASPECTOS METODOLÓGICOS

2.1. TIPO DE ESTUDIO

Descriptivo observacional

2.2. OBJETO DE ESTUDIO

Autopercepción de la salud oral

2.3. POBLACIÓN DE ESTUDIO

Pacientes que asisten a las clínicas del colegio odontológico, de ambos géneros, mayores de 18 años de edad-

2.4. MUESTRA

100 pacientes que asisten a las clínicas de la Institución Universitaria Colegios de Colombia

2.5. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Pacientes que asisten a las clínicas de la Institución Universitaria Colegios de Colombia

2.7. VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN	OPERACIONALIZACIÓN	TIPO DE VARIABLE	ESCALA	INSTRUMENTO
Genero	Características físicas de hombres y mujeres	1. Femenino 2. Masculino	cualitativa	nominal	cuestionario
Estrato	Nivel socioeconómico de acuerdo al recibo	1 2 3 4 5 6	cualitativa	ordinal	cuestionario
Edad	Lapso de tiempo comprendido entre el momento de nacer y el estudio	7 -14	cuantitativa	discreta	cuestionario
Raza	grupos en que se subdividen algunas especies biológicas	Negroide Caucásica	cualitativa	nominal	cuestionario
Estado civil	es la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia	Soltero Casado Viudo Divorciado	cualitativa	nominal	cuestionario
Escolaridad	Tiempo durante el que un alumno asiste a la escuela o a cualquier centro de enseñanza	Primaria Secundaria Técnico Profesional Ninguno	cualitativa	nominal	cuestionario
Ocupación	Actividad a la que se dedica	Ama de casa Profesional Técnico Estudiante	cualitativa	nominal	cuestionario
Percepción encías	Signo que determina que el tejido gingival esta inflamado	A,B,C,DE	Cualitativa	Nominal	Encuesta
Presenta alteracion en la articulacion temporomandibular.	Ruido que se presenta a nivel de la ATM	A,B,C,DE	Cualitativa	Nominal	Encuesta
Presenta lesión cariosa	Causa de acumulo de placa bacteriana en los dientes	A,B,C,DE	Cualitativa	Nominal	Encuesta

2.8. PROCEDIMIENTO

FASE I DISEÑO DE LA ENCUESTA DE MEDICIÓN: se realizó una revisión bibliográfica de estudios que evaluaban la percepción de los pacientes a cerca de su propia salud oral, se tomó como referente principal el estudio realizado por Camila Pinelli, en el cual se evaluó la percepción de la salud oral del paciente por medio de una encuesta realizada tanto a los pacientes como a los odontólogos.

Se realizó una adaptación de dos instrumentos de recolección de datos tomados del estudio de Camila Pinelli, el primero dirigido al paciente, consta de tres preguntas de selección múltiple con única respuesta en el que se evalúa la percepción del paciente. El segundo va dirigido al odontólogo, consta de tres preguntas de selección múltiple con única respuesta correcta.

FASE II VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO:

Una vez adaptados los instrumentos se realizó validación por pares, donde el instrumento original y la adaptación fue entregada al doctor Cesar Rodríguez odontólogo especialista en Prostodoncia y Perdiodoncia, y a la doctora Tatiana Pérez de Urbina Odontóloga especialista en Odontología Forense, quienes validaron la información consignada en los nuevos instrumentos. A continuación se muestra el formato de evaluación de los formatos de evaluación

**FORMATO DE EVALUACION POR JUECES
INSTRUMENTO**

NOMBRE EVALUADOR _____
UNIVERSIDAD _____
FECHA _____

INSTRUCCIONES

SEÑOR EVALUADOR: a continuación encontrará una serie de preguntas mediante las cuales podrá calificar la pertenencia y adecuación semántica para cada uno de los ítems del instrumento. A partir de lo anterior por favor marque con una (x) en el espacio según la evaluación que haga de cada uno de los ítems en los espacios correspondientes. Le agradecemos escribir sus observaciones al final de la evaluación. Los siguientes son los criterios a tener en cuenta.

ADECUACIÓN SEMÁNTICA: Hace referencia al nivel de precisión gramatical y adaptación semántica que tiene la redacción del ítem en español con respecto de la versión original en inglés.

PERTINENCIA: Evalúa lo oportuno y adecuado que resulta se el uso del ítem con relación al tema a medir.

ESTRUCTURA: Mide el grado de relación, extensión y organización de los conceptos usados en la conformación del instrumento.

ADECUACIONES

SEMÁNTICA ADECUADO- NO ADECUADO
PERTINENCIA PERTINENTE-NOPERTINENTE

ESTRUCTURA COHERENTE-NO COHERENTE

FASE III SOLICITUD DE PERMISOS:

Se diseñó un formato de consentimiento informado donde se especifica el objetivo del proyecto y se le explica al paciente el procedimiento que se va a realizar así como la confidencialidad de la información allí consignada.

FASE IV APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO:

En las clínicas del centro de la Institución Universitaria Colegios de Colombia, se recurrió al piso en el que se realizan las valoraciones, una vez en el sitio se ubicaron los pacientes que asisten y se les preguntó si asistían por primera vez a valoración. Posteriormente se le presentó el formato de consentimiento informado para su aceptación al tiempo que se le pidió al operador diligenciar el formato diseñado para éste.

FASE V TABULACIÓN Y RESULTADOS:

Una vez realizadas las encuestas se tabularon en hoja de cálculo Microsoft Excel, para su posterior análisis estadístico en programa spss version 12.0 para análisis de estadística básica y prueba de chi cuadrado, así como correlación de variables.

VALIDEZ DE LA AUTOPERCEPCION DE LA CONDICION ORAL DEL PACIENTE



ANEXO 1 INSTRUMENTO PACIENTE

APELLIDOS Y NOMBRES DEL PACIENTE		EDAD	SEXO	OCUPACION
RAZA	ESTADOCIVIL	ESCOLARIDAD	ESTRATO	TELEFONOS
MOTIVO DE CONSULTA				
SEÑALE UNA UNICA RESPUESTA				
CONDICION DENTAL				
1)¿Usted cree que tiene caries actualmente?				
a)No, no creo				
b)Si, yo tengo dolor en el diente con comidas calientes o frías				
c)Si, yo tengo una cavidad extensa y dolor dental				
d)No se.				
CONDICION Articulación Temporomandibular (ATM)				
2)¿Usted tiene problemas con la articulación mandibular al abrir su Boca ampliamente o cuando usted esta masticando?				
a)No, no hay problema				
b)Si, yo tengo un ruido en la ATM(Articulación)				
c) Si, yo tengo dolor en la ATM, en la sien, en la cara y en el área del oído				
d)Si, yo tengo dificultad en abrir la boca ampliamente o al masticar				
e)No se				
CONDICION PERIODONTAL				
3)¿Usted cree que sus encías están sanas ?				
a)Si ellas no sangran cuando me cepillo o uso seda dental				
b)No, mis encías sangran cuando me cepillo o uso seda dental				
c)No, algunas veces siento sabor a sangre, aún cuando no me cepillo				
d)No algunos dientes tienen movilidad y yo siento dolor cuando ellos se mueven				
se mueven				
e)No se				

VALIDEZ DE LA AUTOPERCEPCION DE LA CONDICION ORAL DEL PACIENTE



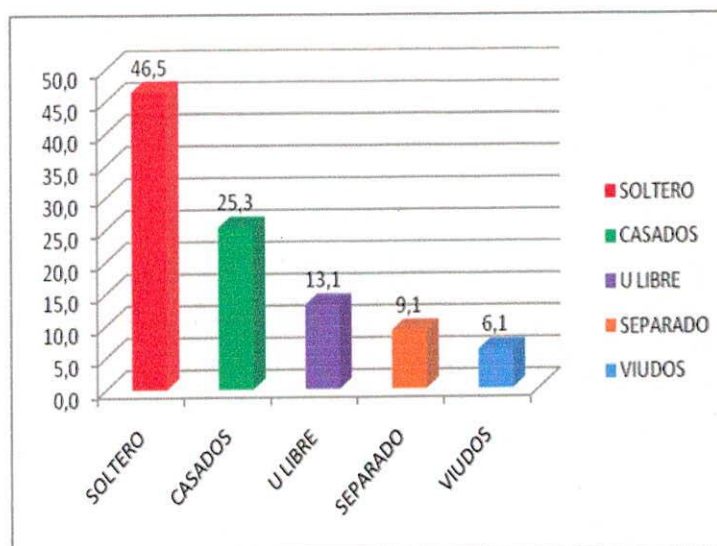
ANEXO 2 DIAGNOSTICO PROFESIONAL			
INFORMACION GENERAL			
APELLIDOS Y NOMBRES DEL PACIENTE	EDAD	SEXO	OCUPACION
CONDICION DENTAL			
1)¿Usted cree que tiene caries actualmente?			
No presenta caries			
Si presenta caries y sensibilidad dentaria			
Presenta cavidad cavidad extensa			
CONDICION Articulación Temporomandibular (ATM)			
2)¿Usted tiene problemas con la articulación mandibular al abrir su boca ampliamente o cuando usted esta masticando?			
No presenta			
Si presenta ruido			
Si presenta dolor			
Si presenta dificultad en la apertura			
CONDICION PERIODONTAL			
3)¿Usted cree que sus encías están sanas ?			
No presenta inflamación			
Presenta sangrado			
Presenta gingivitis y sangrado			
Presenta movilidad y dolor			

3. RESULTADOS

Se encuestaron 99 (100%) pacientes, de los cuales el 54% fueron mujeres y el 45% fueron hombres. En cuanto a la raza el 51% de los pacientes fueron mestizos, el 44% blancos y el 4% negros.

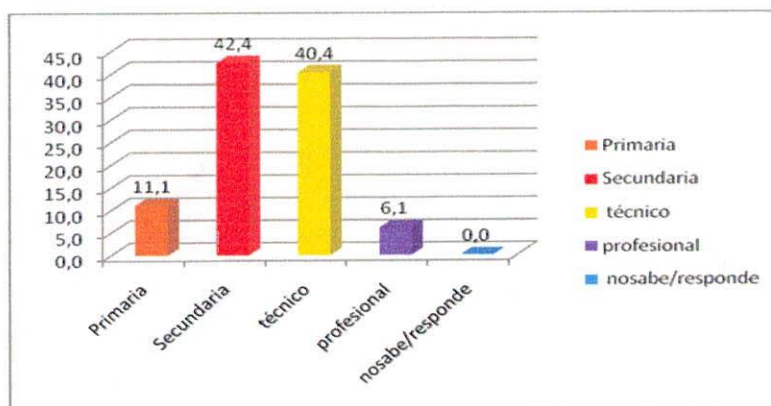
La distribución de la población de acuerdo al genero se muestra en la Figura No 1

Figura No. 1 Distribución De La Población De Acuerdo Al Estado Civil



Respecto al nivel educativo el 42% de los encuestados ha hecho hasta secundaria, el 40% es técnico, el 11% primaria y el 6% es profesional. (figura 2)

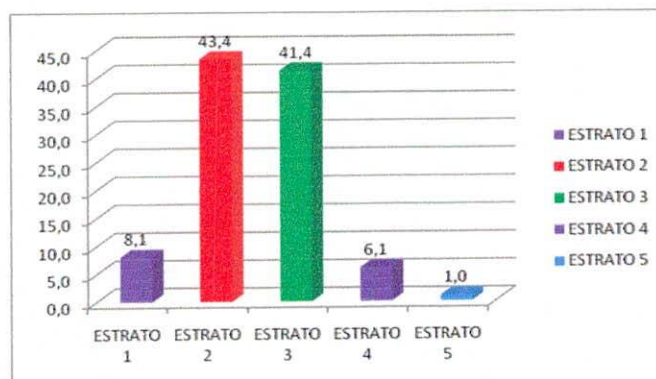
Figura No. 2. Distribución De La Población De Acuerdo a La Escolaridad



El 43% pertenece al estrato 2, el 41% al estrato

3, el 8% al estrato 1, el 6% al estrato 4 y el 1 % al estrato 5.(figura 3)

Figura No. 3 Distribución De La Población De Acuerdo al Estrato socioeconómico



En cuanto a la condición dental 77 pacientes determinaron la presencia o ausencia de caries y 22 dijeron no saber si presentaban caries. La correlación de

la autopercepción del paciente y el diagnostico del odontologo se muestra en la tabla No1

Tabla 1. Correlación de la percepción del paciente de la condición dental vs el dx del odontólogo

Condición dental	Diagnóstico del odontólogo			
Percepción del paciente		No presenta caries	presenta caries, sensibilidad dentaria	Presenta cavidad extensa
	No presenta caries	12	5	1
	Si presenta caries y sensibilidad dentaria	8	22	9
	Presenta cavidad extensa	2	9	3
	No y no se	1	2	0

Kappa = 0.126, p = 0,00

La percepción de la presencia de caries o no presencia se muestra en la tabla No 2

Tabla.2. Condición dental paciente vs Condición dental profesional

Condición dental	Diagnóstico del odontólogo			
Percepción del paciente		Presencia	Ausencia	Total
	Presencia	48	6	54
	Ausencia	11	12	23
	Total	59	18	77

Kappa = 0.43, p = 0,00

En cuanto a la condición de la articulación temporomandibular 94 pacientes determinaron la presencia o ausencia dolor en la articulación temporomandibular y 5 dijeron no saber si presentaban dolor en la articulación temporomandibular. La correlación de la autopercepción del paciente y el diagnostico del odontologo se muestra en la tabla No. 3

Tabla 3. Condicion articulación profesional vs Condicion articulación paciente

Condición ATM		Diagnóstico del odontólogo				
Percepción del paciente		No presenta	Si presenta ruido	Si presenta dolor	Si presenta dificultad en la apertura	Total
	No, no hay problema	50	10	4	1	65
	Si, yo tengo un ruido en la ATM	5	9	0	0	14
	Si, yo tengo dolor en la ATM, en la sien, en la cara y en el area del oido	6	1	1	0	8
	Si, yo tengo dificultad en abrir la boca ampliamente o al masticar	2	4	0	1	7
	No se	4	0	1	0	5
	Total	67	24	6	2	99

Kappa= 0,31, p= 0,02

La percepción de la presencia de dolor de la articulación temporomandibular o no presencia se muestra en la tabla No 4

Tabla 4. Condicion ATM profesional vs Condicion ATM paciente

Percepción del paciente	Condición ATM	Diagnóstico del odontólogo		
		Presencia	Ausencia	Total
	Presencia	16	13	65
	Ausencia	15	50	29
	Total	31	63	94

Kappa=0.438 p=0,000

En cuanto a la condición periodontal 89 pacientes determinaron la presencia o ausencia de sangrado en las encías y 22 dijeron no saber si presentaban sangrado en las encías. La correlación de la autopercepción del paciente y el diagnóstico del odontólogo se muestra en la tabla No3

**Tabla 3. Condicion periodontal profesional vs Condicion periodontal
paciente**

Condición Periodontal	Diagnóstico del odontólogo					
Percepción del paciente		No presenta inflamacion	Presenta sangrado	Presenta gingivitis y sangrado	Presenta movilidad y dolor	Total
	Si ellas no sangran cuando me cepillo o uso seda dental	17	6	17	2	42
	No, mis encías sangran cuando me cepillo o uso seda dental	8	6	16	1	31
	No, algunas veces siento sabor a sangre, aún cuando no me cepillo	2	0	5	2	9
	No algunos dientes tienen movilidad y yo siento dolor cuando ellos se mueven	0	1	4	2	7
	No se	4	2	4	0	10
	total	31	15	46	7	99

Kappa = 0.196, p = 0,49

La percepción de la presencia sangrado gingival o no presencia se muestra en la tabla No 4

Tabla 4. Condicion periodontal profesional vs Condicion periodontal paciente

Condición Periodontal	Diagnóstico del odontólogo			
		Presencia	Ausencia	Total
Percepción del paciente	Presencia	37	10	47
	Ausencia	25	17	42
	Total	62	27	89

Kappa=0.196 p=0,49

4. DISCUSIÓN

La organización mundial de la salud (OMS) define salud como un completo estado de bienestar físico mental y social y no sólo la ausencia de enfermedad", sugiere una visión integral del ser humano en todas sus dimensiones, los estudios de sobre salud deben

de incluir el estado de salud bucal (SB) como un componente del estado general de salud. y el diagnóstico del odontólogo es primordial para determinar dicho estado, este diagnostico no debe ser solamente clinico , si no que se debe conocer la autopercepción del paciente sobre su salud. Los aspectos subjetivos incluyendo la autopercepción del paciente permiten una mejor comunicación y efectividad en las intervenciones en pro de salud y calidad de vida del paciente.

La baja correlación entre el dx del odontologo y la autopercepción del paciente sobre su estado dental, periodontal y de la ATM, evidencia la necesidad del incremento de acciones de educacion en salud como estrategia basica para el mantenimiento de un buen estado.

El estudio realizado por Penelli y col en 2007, mostro valores de correlación entre la autopercepción del paciente y el dx del odontólogo en cuanto a la condición dental, periodontal y de ATM, altos, que oscilaron entre valores del índice de

Kappa del 0,73 a 0.94, lo cual difiere con las correlaciones encontradas en este estudio donde los valores del índice de Kappa fueron de 0.196- 0,46, en las diferentes condiciones evaluadas (PINELLI, 2007)

Determinar el nivel de autopercepción de la salud oral de los pacientes es una tarea difícil, según Pinzón, 1999 se considera que aún cuando los individuos generalmente no son capaces de definir la extensión de sus necesidades de tratamiento, la percepción de la apariencia de su boca, de su capacidad de masticar, de las molestias o percepción de dolor llevan al individuo a buscar apoyo en profesionales de salud oral (PINZÓN, 1999).

La percepción de su salud bucal es un factor importante al momento de evaluar calidad de vida. Misrachi .C y col evidenciaron que esta percepción se ve afectada tanto por el nivel socioeconómico como por el género. (MISRACHI, 2004) En el presente estudio no se encontraron relación entre la percepción del paciente y las características sociodemográficas.

La autopercepción que tiene el paciente en cuanto a su estado de salud oral se ha relacionado positivamente con la asistencia asintomática a la consulta dental, y en forma negativa con la asistencia al servicio de urgencias. Sería importante realizar estudios en donde se tengan en cuenta variables como las mencionadas anteriormente e igualmente relacionar la autopercepción del paciente con la pérdida de dientes y complejidad de las necesidades de tratamiento.

Este estudio es un primer paso para iniciar proyectos que profundicen mas sobre la autopercepción del paciente en cuanto a su salud oral, ya que es un aspecto a veces olvidado por los profesionales que puede ser utiliza como elemento fundamental en el tratamiento integral del paciente.

5. CONCLUSIONES

Los pacientes determinaron presencia de alteraciones en su condición dental, periodontal y de la articulación temporomandibular, solo un bajo porcentaje reporto no conocer a cerca de alguna de estas condiciones.

Se encontró una baja concordancia entre la autopercepción del paciente y el diagnostico dado por el profesional.

6. RECOMENDACIONES

Tomar como referente los hallazgos de la presente investigación para incluir en los programas de prevención y promoción del UNICOC, el apoyo y fortalecimiento de la percepción de la salud oral por parte del paciente.

Realizar estudios de autopercepción de la salud oral en estudiantes del UNICOC para evaluar el valor que le dan a la autopercepción como medio diagnóstico y establecer cual es el nivel de autopercepción de ellos mismos

Realizar estudios de auto percepción de la salud oral, teniendo en cuenta variables socio demográficas que pueden llegar a afectar percepción personal de la salud de cada paciente.

Fortalecer en los estudiantes de odontología del UNICOC la indagación durante la consulta sobre la percepción del paciente en cuanto a su salud oral, ya que puede ser indicador del diagnóstico clínico.

7. BIBLIOGRAFIA

BUHLIN K, Gustafsson A, Andersson K, Ha°kansson J, Klinge B. Validity and limitations of self-reported periodontal health. Community Dent Oral Epidemiol 2002; 30: 431–7

DÍAZ M. La Salud Oral, ¿Cuestión de Cultura? R Salud Publica [internet] 1999 [consultado en Marzo 2008] 1 (1): 43-52
<http://www.revmed.unal.edu.co/revistas/v1n1/v1n1a2.pdf>

GÓMEZ E. Un recorrido histórico del concepto de salud y calidad de vida a través de los documentos de la OMS. TOG(A Coruña) [Revista en Internet] 2009 [Marzo 2009] 6(9) :1-10 Disponible en: <http://www.revistatog.com/num9/pdfs/original2.pdf>

JAMIESON LM, Thomson WM. The Dental Neglect and Dental Indifference scales compared. Community Dent Oral Epidemiol 2002; 30: 168–75

JIMÉNEZ FJ, Esquivel HRI, González-Celis RAL ,La percepción de salud bucal como medida de la calidad de vida en ancianos, Revista ADM 2003; 60 (1): 19-24

LIRA, C, Kunstmann ,M, Guarda ,S, Villarroel ,P. Valor del autoreporte como método para estimar la prevalencia de factores de riesgo en prevención primaria:

Resultados del proyecto RICAR. Revista Chilena de Cardiología, 2006. Vol. 25 (2): 35:47.

Ministerio de la protección Social, República de Colombia. Norma Técnica para la Protección Específica de la Caries y la Enfermedad Gingival. 2007: 1- 6

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. RESOLUCION NUMERO 3577 DE 2006. (Septiembre 28). Por la cual se adopta el Plan Nacional de Salud Bucal – PNSB. EL MINISTRO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL.

Ministerio de Salud, República de Colombia. Discusión general de promoción y prevención. III Estudio nacional de salud bucal y II Estudio de factores de riesgo de las enfermedades crónicas. Bogotá: Ministerio de Salud; 1999. p. 69-153

MINSALUD-Departamento Nacional de Planeación. La Salud en Colombia. Estudio Sectorial de Salud. Tomo I. Bogotá; 1990

MISRACHI L. Influencia de la Rehabilitación Protésica en la Salud Oral del Adulto Mayor. Rev Dent Chile. 2004.(95) N°3: 237:245.

OMS/FDI. Metas de salud bucal para el año 2000. Ginebra: OMS/FDI; 1979

PINELLI C, de Castro Monteiro, Loffredo L. Reproducibility and validity of self-perceived oral health conditions. *Clin Oral Investig.* 2007;11:431-437

PINZÓN, S, y Zunzunegui, M. Detección de necesidades de atención bucodental en ancianos mediante la autopercepción de la salud oral. Revista multidisciplinar de gerontología. 1999. (9). pg 216:224.

RODRÍGUEZ C, Llach B, Collado G, Anechina R, Saavedra D, Sardá G. Validez de las pruebas utilizadas en el diagnóstico inicial y su concordancia con el diagnóstico final en pacientes con sospecha de hiperplasia benigna de próstata. Actas Urol Esp. 2006;30(7):667-674

RODRÍGUEZ T, Ballart F, Pastor C, Jordà B Val A. Validación de un cuestionario de frecuencia de consumo alimentario corto: reproducibilidad y validez .Nutr Hosp. 2008;23(3):242-252