

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGIA**



**CALIDAD DE VIDA Y AUTOPERCEPCIÓN DE LA SALUD BUCAL
EN MILITARES DE 18 A 25 AÑOS DEL FUERTE MANCO
CÁPAC PUNO 2017**

TESIS

PRESENTADA POR:

SANDRA MAGDALENA ALVAREZ MULLISACA

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

CIRUJANO DENTISTA

PUNO – PERÚ

2018

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGIA

TESIS

CALIDAD DE VIDA Y AUTOPERCEPCIÓN DE LA SALUD BUCAL EN MILITARES DE 18 A 25 AÑOS DEL FUERTE MANCO CÁPAC PUNO 2017

PRESENTADA POR:

SANDRA MAGDALENA ALVAREZ MULLISACA

PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE:

CIRUJANO DENTISTA



APROBADO POR EL JURADO REVISOR CONFORMADO POR:

PRESIDENTE :

.....
Dr. JORGE LUIS MERCADO PORTAL

PRIMER MIEMBRO :

.....
Mg. HENRY QUISPE CRUZ

SEGUNDO MIEMBRO :

.....
Mg. VICTOR IVAN SANCHEZ PARRA

DIRECTOR DE TESIS :

.....
CD. ERICK ABELARDO CASTAÑEDA PONZE

Área: SALUD PÚBLICA Y OCUPACIONAL

Tema: CALIDAD Y AUTOPERCEPCIÓN DE LA SALUD BUCAL

Fecha de sustentación: 08 / Nov / 2018

DEDICATORIA

A Dios.

Por su bondad y amor infinito, por permitirme sonreír y obtener este logro, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.

A mi abuelo Isidro(QEPD)

Por ser mi inspiración y ser un gran ejemplo de perseverancia, por mostrarme un camino hacia la superación, por cuidarme y guiarme desde el cielo.

A mi madre Gregoria

Por darme la vida, porque me formaste con buenos sentimientos, hábitos y valores, por tus consejos, porque siempre me apoyaste, tu cariño, tu amor, por tus grandes manifestaciones de afecto.

A mi padre Francisco

Por creer y confiar en mí, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, por los ejemplos de perseverancia y constancia que te caracterizan y que me has inculcado siempre, por tu invaluable apoyo, ternura, cariño y amor que siempre me has ofrecido.

A mis hermanos Alex y Franco

Porque siempre han estado junto a mí, brindándome su apoyo incondicional, por estar en los momentos más importantes de mi vida y a todos aquellos que participaron directa o indirectamente en la elaboración de esta tesis.

AGRADECIMIENTOS

A mi prestigiosa Universidad Nacional del Altiplano por haberme acogido en su seno y formarme como profesional en cada uno de sus ambientes.

A mis queridos docentes de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Escuela Profesional de Odontología quienes me inculcaron conocimientos y consejos para mi formación profesional y personal.

Al Dr. Jorge Luis Mercado Portal, por su apoyo incondicional, por su importante aporte y apoyo a la realización del presente estudio.

Al Mg. Henry Quispe Cruz, miembro de mi Jurado, por su tiempo y la paciencia que se ha tomado para la revisión y corrección de esta investigación.

Al Mg. Víctor Iván Sánchez Parra, miembro de mi Jurado, por su orientación e incentivo en la realización de este trabajo de investigación.

Al CD Erick Abelardo Castañeda Ponze, mi asesor de tesis, por su disposición paciente y amena en la orientación y elaboración del presente estudio.

A cada uno de los militares del Fuerte Manco Cápac, por su tiempo, disposición y su gran colaboración con el presente estudio.

GRACIAS.

ÍNDICE GENERAL

ÍNDICE DE GRÁFICOS	6
ÍNDICE DE TABLAS	7
ÍNDICE DE ACRÓNIMOS.....	8
RESUMEN.....	9
ABSTRACT.....	10
I. INTRODUCCIÓN	11
II. REVISIÓN DE LITERATURA.....	13
2.1. ANTECEDENTES.....	13
2.1.1. INTERNACIONALES.....	13
2.1.2 NACIONALES	15
2.2. MARCO TEORICO	17
2.2.1 CALIDAD DE VIDA.....	17
2.2.2 SALUD BUCAL.....	27
2.2.3 PRINCIPALES ENFERMEDADES DE LA CAVIDAD BUCAL EN JOVENES.....	30
2.3. OBJETIVOS.....	38
III. MATERIALES Y MÉTODOS.....	38
3.1. METODOLOGIA	38
3.3. CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	40
3.4. PROCEDIMIENTO Y RECOLECCION DE DATOS.....	40
3.5. INSTRUMENTOS	41
3.6. CONSIDERACIONES ETICAS	42
3.7. ANÁLISIS ESTADÍSTICOS	43
IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	43
4.1 RESULTADOS.....	43
4.2 DISCUSION.....	51
V. CONCLUSIONES	53
VI. RECOMENDACIONES	54
ANEXOS.....	57

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. GENERO DE PARTICIPANTES DE ESTUDIO	44
Gráfico 2. EDAD DE PARTICIPANTES DE ESTUDIO	45
Gráfico 3. GRADO DE INSTRUCCIÓN DE PARTICIPANTES DE ESTUDIO.	46
Gráfico 4. CALIDAD DE VIDA Y AUTOPERCEPCION DE SU SALUD BUCAL DE PARTICIPANTES DEL ESTUDIO	47
Gráfico 5. PORCENTAJE SEGÚN PUNTUACION OBTENIDA DE CALIDAD DE VIDA RELACIONADO A SU SALUD BUCAL DE PARTICIPANTES DEL ESTUDIO	49
Gráfico 6. INDICAR AUTOPERCEPCION DE SU SALUD BUCAL DE PARTICIPANTES DEL ESTUDIO	50

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. GENERO DE PARTICIPANTES DE ESTUDIO	43
Tabla 2. EDAD DE PARTICIPANTES DE ESTUDIO	44
Tabla 3. GRADO DE INSTRUCCIÓN DE PARTICIPANTES DE ESTUDIO ...	45
Tabla 4. CALIDAD DE VIDA Y AUTOPERCEPCION DE SU SALUD BUCAL DE PARTICIPANTES DEL ESTUDIO	46
Tabla 5. PORCENTAJE SEGÚN PUNTUACION OBTENIDA DE CALIDAD DE VIDA RELACIONADO A SU SALUD BUCAL DE PARTICIPANTES DEL ESTUDIO	48
Tabla 6. AUTOPERCEPCION DE SU SALUD BUCAL DE PARTICIPANTES DEL ESTUDIO	49

ÍNDICE DE ACRÓNIMOS

CV: Calidad de vida

CVRSB: Calidad de vida relacionada con la salud bucal

CVRSO: Calidad de vida relacionada con la salud oral

CVRS: La calidad de vida relacionada a la salud

OMS: Según la Organización Mundial de la Salud

RESUMEN

El presente estudio se realizó para promover que exista más estudios en poblaciones jóvenes y dar mayor importancia a la calidad de vida relacionada con la salud bucal. Además, tener en cuenta que a nivel nacional existen pocos estudios que relacionen la salud oral y la calidad de vida en este grupo de edad.

Objetivo: Relacionar la calidad de vida y autopercepción con su salud bucal, en militares de 18 a 25 años del Fuerte Manco Cápac Puno 2017.

Materiales y métodos: es de tipo descriptivo, transversal; la técnica para la recolección y obtención de datos es por encuesta y se encuentra dividida en dos cuestionarios, la primera consta de datos generales y autopercepción de salud bucal, la siguiente consta de cuestionario OHIP-14SP. La muestra estuvo conformada por 164 militares de 18 a 25 años de edad del Fuerte Manco Cápac, Puno 2017.

Resultados: que se obtuvieron al relacionar la calidad de vida y autopercepción de la salud bucal se observa que los participantes de estudio que obtuvieron un puntaje de 21 -30 puntos Según OHIP-14SP, representan el 38,6 % y tienen regular autopercepción de su salud bucal; y los que obtuvieron un puntaje de 0 según OHIP-14SP, representan el 1,1 % y tienen muy buena autopercepción de su salud bucal.

Conclusiones: la calidad de vida y autopercepción de la salud bucal en jóvenes militares tiene una puntuación regular, quizá sea debido a que ellos cuentan con su policlínico en la misma institución y se encuentran continuamente en supervisión médica cada cierto tiempo.

Palabras Clave: Autopercepción, Calidad de vida, Jóvenes, Militares.

ABSTRACT

The present study was carried out to promote more studies in young populations and to give greater importance to the quality of life related to oral health. Also, bear in mind that at the national level there are few studies that relate oral health and quality of life in this age group.

Objective: To relate the quality of life and self-perception with their oral health, in military from 18 to 25 years of the Fort Manco Cápac Puno 2017.

Materials and methods: it is transversal, descriptive type; the technique for collecting and obtaining data is by survey and is divided into two questionnaires, the first consists of general data and self-perception of oral health, the following consists of questionnaire OHIP-14SP. The sample consisted of 164 soldiers from 18 to 25 years of age from Fort Manco Cápac, Puno 2017.

Results: that were obtained when relating the quality of life and self-perception of oral health, it is observed that the study participants obtained a score of 21 -30 points According to OHIP-14SP, they represent 38.6% and have a regular self-perception of their oral health; and those who obtained a score of 0 according to OHIP-14SP, represent 1.1% and have very good self-perception of their oral health.

Conclusions: the quality of life and self-perception of oral health in young soldiers has a regular score, perhaps it is because they have their polyclinic in the same institution and are continuously under medical supervision every so often.

Keywords: self-perception, quality of life, military, youth.

I. INTRODUCCIÓN

En los últimos años, la calidad de vida ha tomado mucha importancia en diferentes instituciones que brindan servicios de salud, tanto a nivel nacional e internacional. En la presente investigación; la calidad de vida se relaciona con un término relativamente reciente; la autopercepción de la persona a cerca de su salud bucal, que incluyen aspectos sociales, psicológicos y fisiológicos. Aspectos que abarcan íntegramente a la persona.

Así mismo el presente estudio, se planteó porque se encontró pocas investigaciones en poblaciones jóvenes, que desde mi punto de vista es muy necesario realizar un estudio en ellos, ya que es una etapa de la vida que puede resultar bastante difícil en algunas ocasiones, incluso en las mejores circunstancias los jóvenes se ven invadidos y conflictuados por una serie de emociones y sentimientos nuevos, afrontan presiones diarias y se ven expuestos a la incesante influencia de la televisión, el cine, la música e Internet. Y por ende tienen diferente autopercepción sobre su salud bucal a diferencia de los niños o pacientes geriátricos.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como: “El estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente a la ausencia de afecciones o enfermedades”, mientras que a la calidad de vida la define como: “La percepción que el individuo tiene del grado de disfrute de su vida, teniendo en cuenta sus voluntades, sus expectativas, sus paradigmas y acorde al sistema de valores de su contexto sociocultural”¹.

En la actualidad la formación del estudiante de Odontología y futuro profesional, está más orientada a los aspectos de ciencia básica y tecnológica de la

profesión, poniendo muy poco énfasis en los aspectos sociales que pueden condicionar el proceso de salud – enfermedad.

Bajo estas consideraciones:

El objetivo general del estudio fue:

- Relacionar la calidad de vida y autopercepción con su salud bucal,

Los objetivos específicos fueron:

- Determinar la calidad de vida relacionada con la salud bucal

- Estimar la autopercepción de su salud bucal, en militares de 18 a 25 años del Fuerte Manco Cápac Puno 2017.

De tal manera poder prestar un servicio más adecuado, en cuanto a salud bucal se refiere, y conocer al paciente en forma integral; y con ello determinar hacia donde orientar la educación en salud bucal.

II. REVISIÓN DE LITERATURA

2.1. ANTECEDENTES

2.1.1. INTERNACIONALES

- Jiménez J y col. (2003)²; Iztacala México, en su estudio “La percepción de salud bucal como medida de la calidad de vida en ancianos”, El objetivo de su estudio fue someter a prueba la existencia de asociación entre la percepción de salud bucal con el bienestar subjetivo, como medida de la calidad de vida en ancianos. Realizaron un estudio transversal. Trabajaron con una muestra de 80 sujetos, constituida en mayor porcentaje por mujeres (78.8%) que por hombres (21.3%), con edades entre 60 y 85 años. Obteniendo como resultado Cuatro de cada cinco adultos mayores percibieron un nivel de bienestar entre bueno o muy bueno, mientras que uno de cada cinco lo calificó como malo o muy malo, hubo diferencias significativas en la percepción de salud, los hombres tuvieron una percepción de salud más positiva que las mujeres, en una escala que va de 0 a 100, donde 100 representa el mejor estado de salud, 84% calificó su estado de salud entre 80 y 100; 11% la calificó menor a 60. Concluyendo que la percepción del estado de salud estuvo asociado significativamente con el bienestar y confirma la relación que existe entre la salud bucal y la calidad de vida, también se atribuye una importante contribución de la salud bucal para el bienestar y que los profesionales de la salud bucal tienen que hacer conciencia en esta relevancia de ver la boca como parte integral del individuo y fomentar medidas preventivas para este grupo de edad, mismas que deberán de iniciarse en etapas tempranas de la vida, con el propósito de disminuir el deterioro de la cavidad bucal, sobre todo por el gran impacto en la vejez.

- **Meneses E, (2010)**³; Madrid España, en su estudio “salud bucodental y calidad de vida oral en los mayores”. El objetivo de su estudio fue, analizar la relación entre salud, enfermedad y calidad de vida bucodental, de los pacientes adultos mayores que acuden a la recepción de la clínica de adultos de la Universidad Complutense de Madrid, mediante la aplicación de test estadísticos. Realizo un estudio no experimental, seccional, descriptivo y transversal, para la realización del estudio se eligió las personas mayores de 55 años que asisten por primera vez con intenciones de iniciar un tratamiento odontológico. Obteniendo como resultado a la pregunta enmarcada en el concepto de autoevaluación del paciente, la muestra (n=209), indica que el 24,4% (n=51) consideran tener una buena condición de salud bucodental, frente al 44% (n=92) que responden estar en una condición de salud bucodental en estado regular y un tercer grupo correspondiente al 31,6% de la muestra (n=66) quienes se identifican con autoevalúan con una condición de salud bucodental mala, e l índice de calidad de vida oral aplicado a los adultos mayores “Geriatric Oral Health Assessment Index” o GOHAI, indica en su resultado un valor de 39,12;según la escala de respuestas propuesta por los autores, para categorizar el resultado del test con un resultado máximo de 60, el de la muestra indica que se encuentra en un nivel de calidad de vida oral bajo, definido como valor de 50 o menor, según las tres categorías de nivel alto, moderado y bajo. Concluyendo que; la calidad de vida oral percibida, obtenida mediante el uso del índice GOHAI), indica un nivel de calidad de vida oral bajo, en la muestra de sujetos que acuden a la clínica de recepción de pacientes de la facultad de odontología de la Universidad Complutense de Madrid, La valoración de la autoevaluación por parte del

paciente, está incluida en la mayoría de ellos, en la categoría de regular; seguida por la categoría de mala y finalmente el grupo de buena autoevaluación.

- **Díaz S, y col. (2013)⁴**; Cartagena, Colombia; en su estudio “Impacto de la salud oral en la calidad de vida de los adultos atendidos en las clínicas odontológicas de la universidad de Cartagena”. El objetivo de su estudio fue relacionar la salud bucal y la calidad de vida de los sujetos adultos que son atendidos en las Clínicas Odontológicas Universitarias de Cartagena. Realizaron un estudio descriptivo de corte transversal, La muestra estuvo integrada por un total de 200 adultos ubicados en las etapas joven y adultez madura, que asistieron a la facultad de Odontología de la Universidad de Cartagena, de los cuales la gran mayoría fueron mujeres, con una edad promedio 41 años de edad. Obteniendo como resultados, que la calidad de vida está estrechamente relacionada con los problemas de articulación temporomandibular, el uso de prótesis y el número de dientes que tiene el paciente, estos presentaron significancia estadística. Concluyendo que los resultados obtenidos en esta investigación confirman el gran impacto que tiene la salud bucal en la calidad de vida de los adultos jóvenes y maduros.

2.1.2 NACIONALES

- **Gallardo A, y col (2013)⁵**; Lima, Perú ; en su estudio “Calidad de vida relacionada con la salud oral en adultos mayores de una población peruana”. El objetivo de su estudio fue determinar la autopercepción de la calidad de vida relacionada a la salud oral en personas atendidas en la Casa del Adulto Mayor de la Municipalidad de Chorrillos, Lima, Perú. Realizaron un estudio de tipo descriptivo. La muestra estuvo conformada por 164 adultos mayores. obteniendo

como resultado que la mayoría de la muestra presentó una “mala” autopercepción de su salud oral (77,4%), seguido por “regular” (18,3%). No se encontró relación entre la autopercepción de salud oral y el sexo, con el nivel educativo, ni con la existencia de enfermedades sistémicas. Concluyendo que la mayor parte de la muestra presentó una autopercepción “mala” de su salud oral y requiere de atención odontológica, servicio que debe ser incluido en los programas integrales de salud del estado.

- **Zamora J. (2017)**⁶, Lima, Perú; en su estudio “Autopercepción de la calidad de vida relacionada con la salud oral en adultos mayores atendidos en el “Centro Integral del Adulto Mayor (CIAM)” del distrito de independencia lima, Perú, 2016”. El objetivo de su estudio fue determinar la autopercepción de la calidad de vida relacionada con la salud oral en los adultos mayores. Realizo un estudio de corte transversal a 80 adultos mayores de 60 años a más de edad, quienes asistieron voluntariamente al Centro Integral del Adulto Mayor (CIAM) de la municipalidad de independencia. Obteniendo como resultados que la autopercepción de la calidad de vida relacionada con la salud oral fue considerada como Regular con un 35%, seguida de Mala con un 34% y Buena con un 31%: En relación a las dimensiones con alto porcentaje como la función física se obtuvo que un 36% de la población autopercibe que tiene un estado Regular, en la dimensión de función psicosocial también se obtuvo un 36% que considero como Mala al no poder relacionarse con comodidad y en la dimensión de dolor e incomodidad el 45% autopercibe su estado de manera regular. concluyendo que la calidad de vida se ve afectada por estado de salud oral, afectando principalmente las actividades cotidianas de los adultos mayores. Sin embargo, hubo respuestas que fueron subjetivas contradiciendo la evaluación clínica.

2.2. MARCO TEORICO

2.2.1 CALIDAD DE VIDA

La calidad de vida (CV), es un término que se utilizó por primera vez, en los Estados Unidos después de la Segunda Guerra Mundial, como una tentativa de los investigadores de la época de conocer la percepción de las personas acerca de si tenían una buena vida o si se sentían financieramente seguras. Sin embargo, es a partir de los años sesenta cuando los científicos inician investigaciones sobre la CV con la recolección de información y datos objetivos como el estado socioeconómico, nivel educacional o tipo de vivienda, siendo muchas veces estos indicadores económicos insuficientes^{7,8}. En ese entonces sólo eran capaces de explicar un parte de la varianza en la calidad de vida individual. Frente a esta situación, algunos psicólogos plantearon que mediciones subjetivas como la felicidad y la satisfacción podrían mostrar un mayor porcentaje de varianza en la calidad de vida de las personas. Respecto a lo mismo, Wrosch y Scheier (2003) y Huppert y Whittington (2003) plantean que la CV se relaciona con indicadores objetivos como condiciones de vida y estado de salud, e indicadores subjetivos como satisfacción con la vida y bienestar. Estos autores asumen que las personas pueden valorar más una cosa que otra, dependiendo del significado que ellos le otorguen y de sus estándares de comparación⁷.

La Organización Mundial de la Salud define a la calidad de vida como "La percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes.⁷ Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su

estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno⁸.

Existen tres dimensiones que engloban e integran la calidad de vida:

– **Dimensión física:** Es la percepción del estado físico o la salud, entendida como ausencia de enfermedad, los síntomas producidos por la enfermedad, y los efectos adversos del tratamiento. – **Dimensión psicológica:** Es la percepción del individuo de su estado cognitivo y afectivo, como el miedo, la ansiedad, la incomunicación, la pérdida de autoestima, la incertidumbre del futuro. También incluye las creencias personales, espirituales y religiosas como el significado de la vida y la actitud ante el sufrimiento.

– **Dimensión social:** Es la percepción del individuo de las relaciones interpersonales y los roles sociales en la vida, como la necesidad de apoyo familiar y social, la relación médico-paciente, el desempeño laboral⁸.

Definición: La calidad de vida es “la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y sistema de valores en que vive con respecto a sus objetivos, expectativas, estándares e intereses”. Este concepto resulta de la combinación de factores objetivos y subjetivos, en los que el aspecto objetivo hace referencia a indicadores que son evaluados por otras personas y el aspecto subjetivo está dado por la mayor satisfacción del individuo, la valoración global de la calidad de vida que la persona realiza en función de criterios propios. La salud bucal es parte de la salud general y es fundamental para presentar una buena Calidad de Vida (CV). Todos los individuos deben tener una condición de salud bucal que les permita hablar, masticar, reconocer el sabor de los alimentos, sonreír, vivir libres de dolor e incomodidad y poder relacionarse con otras personas sin ninguna dificultad⁹.

La Calidad de Vida, nos hace ver que la adaptación humana es muy importante ya que se prioriza las expectativas de vida por lo general ajustadas a la realidad de cada individuo donde cree que puede llegar a cumplir, esto permite a las personas que tienen circunstancias negativas en su vida, mantener una calidad de vida razonable. Así es que en la actualidad está completamente evidenciado y documentado que existen diversos estilos de vida, vinculados con los niveles de salud de las personas⁶.

La calidad de vida en general puede variar de acuerdo a la edad, el sexo, la condición de salud y la residencia; pero los factores socioeconómicos y la escolaridad son elementos de importancia, pero no del todo determinantes para la calidad de vida. En cuanto a los aspectos relacionados con la salud; cualquier enfermedad en general afecta la calidad de vida, y en mayor medida los problemas de salud mental: desordenes de ansiedad, depresivos y afectivos⁴

Se encuentran definiciones aportadas por diversos autores al referirse a la CV:

-Shaw (1977): Define la calidad de vida de manera objetiva y cuantitativa, diseñando una ecuación que determina la calidad de vida individual.

-Hornquist (1982): Define en términos de satisfacción de necesidades en las esferas física, psicológica, social, de actividades, material y estructural.

-Opong et al. (1987): Condiciones de vida o experiencia de vida.

-Ferrans (1990): Calidad de vida general definida como el bienestar personal derivado de la satisfacción o insatisfacción con áreas que son importantes para él o ella.

-Bigelow et al. (1991): Ecuación en donde se balancean la satisfacción de necesidades y la evaluación subjetiva de bienestar.

-Martin & Stockler (1998): Tamaño de la brecha entre las expectativas individuales y la realidad a menor intervalo, mejor calidad de vida.

-Lawton (2001): Evaluación multidimensional, de acuerdo a criterios intrapersonales y socio-normativos, del sistema personal y ambiental de un individuo⁸.

2.2.1.1. CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD BUCAL

La calidad de vida relacionada con la salud bucal (CVRSB) se refiere específicamente al impacto de las principales afecciones bucales en la vida diaria de los individuos, así como las limitantes en las funciones normales del aparato estomatognático⁹.

La calidad de vida relacionada a la salud (CVRS) ha concitado el interés de las instituciones y profesionales de la salud, surgiendo frente a la necesidad de nuevos y mejores indicadores clínicos. Los problemas de salud oral más prevalentes, caries dental y enfermedad periodontal, tienen consecuencias no solo físicas, son también económicas, sociales y psicológicas, es decir afectan la calidad de vida de los pacientes en gran medida. Debido a las consecuencias que ocasionan las enfermedades orales, repercutiendo en la calidad de vida, entendidas por los impactos intermedios o negativos como: dolor, incomodidad, limitación funcional e insatisfacción con la apariencia y por los impactos finales: que afectan el desarrollo de las actividades diarias de las personas, para las que se requiere adecuado rendimiento físico, psicológico y social, se hace necesario la medición de cuánto está siendo afectada la calidad de vida, calidad de vida relacionada a la salud oral (CVRSO), mediante indicadores que tengan en cuenta la opinión (percepción) de las personas, es decir, la forma en que percibe su estado de salud-enfermedad¹⁰.

La Calidad de Vida Relacionada con Salud (CVRS) se presentó a los profesionales de la salud como un nuevo concepto haciendo énfasis en que el bienestar de los pacientes es de vital importancia ya que se considera parte de su tratamiento. Desde su incorporación como método de estado de salud de las personas se ha utilizado de diferentes maneras ya que para algunos autores, la CVRS está directamente relacionada con la calidad de vida general, por otro lado otros autores han sugerido que su uso puede ser frecuentemente intercambiable con el de CV proponiendo así que ambos constructos están evaluando similares dimensiones. A pesar de algunas discrepancias la mayoría de autores sugieren en que la CV debería ser diferenciada de la CVRS debido básicamente al término ya que es utilizado en el campo de la medicina en su interés por identificar la calidad de los cambios como resultado de intervenciones médicas. Otros investigadores sugirieron que la CVRS debe relacionarse con otras características como ingreso, libertad y calidad del medioambiente ya que sus indicadores se encuentran alejados de la esfera de lo que se entiende por resultados médicos, y que además podrían ser vinculados con una mayor facilidad en otros indicadores propuestos por ciencias sociales como por ejemplo la felicidad, la satisfacción con la vida o el bienestar subjetivo⁶.

Los problemas dentarios o los desórdenes bucales de cualquier naturaleza influyen en la calidad de vida de los individuos; el hecho de no darle atención a los problemas bucales y los efectos en la salud general del individuo, se debe básicamente a la separación histórica entre la Medicina y la Odontología ya que esta veía la cavidad oral siempre fue vista como una estructura anatómica autónoma, aislada del resto del cuerpo, sin embargo, la misma está íntimamente

relacionada con el individuo y, en dependencia de sus condiciones puede causar un gran impacto negativo en el bienestar general del organismo⁴.

2.2.1.2. PRINCIPALES INSTRUMENTOS UTILIZADOS PARA MEDIR LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD BUCAL

Hay una gran cantidad de instrumentos que miden la calidad de vida relacionada con la salud bucal CVRSB, estos instrumentos que se usan para medir la CVRSB han sido contruidos como cuestionarios auto aplicados en la mayoría de los casos, compuestos por una serie de preguntas que abarcan las diferentes dimensiones de la CV, como la limitación funcional, bienestar emocional, bienestar social, percepción de síntomas bucales, ambiente en la escuela, trastornos del sueño, nivel de autopercepción y autoestima⁹.

- Child Perceptions Questionnaire (CPQ)

Este cuestionario fue desarrollado en el 2002 por Jokovic y colaboradores. Es el primer instrumento que mide la CVRSB en niños y adolescentes, con un rango de edad de 8 a 10 años y de 11 a 14 años; ambos cuestionarios (CPQ 8-10 y CPQ 11-14) abarcan las dimensiones de síntomas bucales, limitación funcional, bienestar social y bienestar emocional. La versión de 8 a 10 años consta de 29 preguntas con un tiempo de recuerdo de cuatro semanas, mientras que la versión de 11 a 14 años cuenta con 37 preguntas y un tiempo de recuerdo de tres meses. Las respuestas se registran en una escala Likert, donde 0 = nunca, 1 = una o dos veces, 2 = a veces, 3 = a menudo, y 4 = todos los días o casi todos los días. El puntaje máximo es de 100 y el mínimo de 0 para el CPQ8-10. Las respuestas para el CPQ11-14 se registran también en una escala Likert y tienen un rango posible de la suma de respuestas de 0 a 103; esto quiere decir que, a mayor puntaje, peor CV. El tiempo de recuerdo es de tres meses. El CPQ11-14

ha sido modificado a versiones cortas de 16 y 8 preguntas⁹. Este instrumento ha sido adaptado para medir la CVRSO en adolescentes (Child-OIDP) y viene usándose en distintas poblaciones y culturas¹⁰.

- **Parental Caregiver Perceptions Questionnaire (PCPQ)**

Este cuestionario fue creado en el 2003 por Jokovic y su equipo. Esto ha sido desarrollado como complemento de los cuestionarios CPQ8-10 y CPQ 11-14 que son dirigidos a los niños y adolescentes. El P-CPQ es respondido por los padres de familia con hijos en edades comprendidas de los 6 a 14 años. El P-CPQ tiene 31 ítems divididos en 4 subescalas: síntomas orales (6 ítems), limitaciones funcionales (8 ítems), bienestar emocional (7 ítems) y bienestar social (10 ítems). Las preguntas se refirieren a la frecuencia de eventos en los tres meses anteriores. Se utilizó una escala Likert de cinco puntos con las siguientes opciones de respuesta: "nunca" = 0, "una vez / dos veces" = 1, "a veces" = 2, "a menudo" = 3, "todos los días / casi todos los días" = 4. Una puntuación más alta denota un mayor grado de impacto de las condiciones orales en la calidad de vida del niño. Los autores también diseñaron dos preguntas pidiendo a los padres una calificación global de la salud bucal de sus hijos y la medida en que la salud bucal afecta su bienestar general. Estas calificaciones mundiales tenían un formato de respuesta de cinco puntos. Las respuestas se puntuaron de la siguiente manera: "excelente" = 0, "muy bueno" = 1, "bueno" = 2, "regular" = 3, "pobre" = 4 para la salud oral y nada = 1, algo = 2, mucho = 3 y mucho = 4 para el bienestar general. El CPQ 11-14 también cuenta con estas dos preguntas⁹.

- **Índice De Salud Oral Geriátrico (GOHAI)**

Este índice es un instrumento que se utiliza para evaluar la calidad de vida relacionada a la salud oral, o el impacto social de sentirse bien cuando se

presenta una patología oral. Como fundamento para el desarrollo del Índice de Salud Oral Geriátrico (GOHAI) la salud oral fue definida como la ausencia de dolor e infección compatible con una dentición funcional y cómoda que permita al individuo continuar en su rol social⁴.

Consiste en un cuestionario de 12 preguntas donde contempla tres dimensiones que se muestran a continuación: La función física: la influencia en el comer, deglutir y hablar. La función psicosocial: preocupación por su salud oral, insatisfacción con la apariencia, dificultad en el contacto social debido a problemas orales. El dolor e incomodidad: reflejado en la cavidad oral y el uso de fármacos para aliviar el dolor. Los sujetos de estudio responden si ellos han experimentado alguno de los doce problemas en los últimos tres meses, codificando como, 0 = nunca, 1 = rara vez, 2 = a veces, 3 = a menudo, 4 = muy a menudo, 5 = siempre. Se calcula una sumatoria simple de las respuestas para cada sujeto, dando un rango entre 0 y 60, donde el valor más alto indica la mejor auto percepción de la salud oral⁴.

Auto percepción alta: 34 – 60

Auto percepción moderada: 31- 33

Auto percepción baja: 0- 30

Las preguntas relacionadas con la función física son: ¿Limitó la clase o cantidad de alimentos debido a problemas con sus dientes o prótesis dentales?, ¿Pudo tragar cómodamente?, ¿Sus dientes o prótesis dentales le impidieron hablar del modo que usted quería?, ¿Pudo comer lo que usted quería sin sentir molestias?

Las preguntas que hacen referencia a la función psicosocial son las siguientes: ¿Evitó estar en contacto con personas debido a la condición de sus dientes o prótesis dentales?, ¿Se sintió satisfecho o contento con la apariencia de sus

dientes, encías o prótesis dentales?, ¿Se preocupó o intranquilizó por problemas con sus dientes, encías o prótesis dentales?, ¿Se sintió nervioso o consiente debido a problemas con sus dientes, encías o prótesis dentales?, ¿Se sintió incómodo al comer frente a otras personas debido a problemas con sus dientes, encías o prótesis dentales?, ¿Evitó reírse o sonreírse debido a que sus dientes o prótesis dentales eran antiestéticas?. Por último, las preguntas relacionadas con dolor e incomodidad: ¿Ha tenido dolor o molestias alrededor de la boca?, ¿Sintió sus dientes o encías sensibles a los alimentos calientes, fríos o dulces?⁴

- **Dental Impacts on Daily Living –DIDL**

En 1995, los doctores Leao y Sheiham, desarrollan el Índice de Impactos Orales en la vida Diaria, que evalúa problemas psicosociales reflejados en la calidad de vida de las personas según su condición bucal, utilizando cinco dimensiones de calidad de vida como son: confort (asociado a salud gingival y ausencia de empaquetamiento alimenticio entre otros), apariencia (autoimagen), dolor, conformidad (habilidad de integración en actividades diarias e integración social) y restricciones alimentarias (dificultad para comer y masticar) . Aunque el DIDL es un cuestionario de 36 ítems, cuyo objetivo es obtener una escala para cada dimensión, también obtiene una escala general que evalúa el impacto en conjunto de todas las dimensiones tenidas en cuenta.

Las ventajas del DIDL son su flexibilidad para producir y eliminar datos, la posibilidad de atribuir peso a las dimensiones dando la importancia de cada dimensión en la vida del individuo³

- **Oral Impacts on Daily Performance –OIPD**

Su objetivo es evaluar lo que sus autores llaman “últimos impactos”. El índice de Impactos Orales en la Actividad Diaria, aparece en 1996 y fue creado por

ADULYANON y su grupo de colaboradores. En esta herramienta los síntomas y las funciones no son medidos, pero si evalúa otras funciones diarias como comer, hablar claramente, realizar la higiene oral, sonreír, interacción social y aprovechar el contacto con otras personas. El OIDP es un índice ampliamente utilizado y su ventaja es la facilidad de comprensión para los individuos entrevistados y la rapidez con que es realizado⁸.

- Perfil de Impacto en la Salud Oral (Oral Health Impact Profile-OHIP)

Respecto del OHIP, Slade y Spencer desarrollaron en Australia, en 1994, un cuestionario integrado por 49 preguntas, denominado OHIP-49. Debido a las limitaciones de su uso por su extensión, Slade, validó un formato resumido con 14 preguntas (OHIP-14), conformado, al igual que el anterior, por siete dimensiones denominadas: limitación funcional, dolor físico, malestar psicológico, incapacidad física, incapacidad psicológica, incapacidad social y minusvalía. Cada dimensión consta de dos preguntas. Las respuestas se cuantifican en la escala Likert con valores de 0 a 4, donde 0 representa el valor más bajo y el 4 es el más alto. López y Baelum concluyeron en su investigación que la versión en español del perfil de impacto de salud oral (OHIP sp), tiene una adecuada consistencia y validez, habiéndose probado su traducción (inglés-español-inglés) en base a una población de 9,133 sujetos. Cabe señalar que se hizo una validez de apariencia y de contenido para conocer la claridad y entendimiento de las preguntas. El concepto de calidad de vida relacionada con la salud bucal es relativamente nuevo debido a que considera la propia percepción del individuo con respecto a su salud. Esta autopercepción es uno de los factores a ser considerados junto con el examen clínico odontológico. En una revisión de la literatura, se planteó el objetivo de hallar evidencia científica sobre

el impacto negativo que tienen en la calidad de vida las diversas patologías orales y los diversos factores sociodemográficos, a través de estudios que utilizaron el cuestionario Perfil de Impacto de Salud Oral (OHIP-14). Esta revisión tuvo lugar durante los años 2009 al 2013, y la conclusión fue que dicho instrumento es válido para el diagnóstico, plan de tratamiento y pronóstico del paciente, el cual ha servido como guía en el conocimiento de la auto-percepción del paciente acerca de su salud en su vida diaria, pudiendo de esta manera prever la adherencia del mismo. La versión en nuestro idioma castellano, OHIP-14SP, ha demostrado ser un instrumento preciso, válido y confiable en la evaluación de la salud bucal y en consecuencia de la calidad de vida en la población adulta en países como España, Chile, y México, utilizado actualmente tanto en estudios transversales como longitudinales¹¹.

2.2.2 SALUD BUCAL

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), define la salud bucodental como la ausencia de enfermedades y trastornos que afectan boca, cavidad bucal y dientes, como cáncer de boca o garganta, llagas bucales, defectos congénitos como labio leporino o paladar hendido, enfermedades periodontales, caries dental, dolor orofacial crónico, entre otros^{8,9}. Por tanto, este concepto se refiere al estado de normalidad y funcionalidad eficiente de los dientes, estructuras de soporte y de los huesos, articulares, mucosas, músculos, todas las partes de la boca y cavidad bucal, relacionadas con la masticación, comunicación oral y músculo facial⁸.

“La salud bucodental es esencial para la salud general y la calidad de vida.”

(Ficha técnica de salud bucodental, OMS 2012).

2.2.2.1 ADULTEZ

Es la llamada segunda edad de la vida del ser humano, incluye el final de la adolescencia por lo que no pueden verse aisladas una de otra, es el periodo comprendido entre los 20 y los 59 años de edad. El hombre alcanza la etapa plena de desarrollo humano, se enfrenta a la sociedad con un nivel de responsabilidad en la formación de las nuevas generaciones

Clasificación por edades

Adulto joven ----de 18 años a----35 años

Adulto maduro----de 35 años a----59 años

A esa edad el ADULTO JOVEN alcanza la madurez física y sus sistemas corporales funcionan a optimo nivel adquieren una filosofía de la vida acorde con los cambios sexuales las transformaciones físicas y el momento social en el cual se desarrollan. La percepción sensorial e intelectual y el vigor muscular están al máximo

En el ADULTO MADURO a partir de los 45 años hay una disminución progresiva de la talla debido a los cambios degenerativos. Desarrolla un nuevo tipo de relación interpersonal. Desecha a voluntad lo que considera bueno o no. Contribuye a la transformación del medio. Así como a su desarrollo. Se convierte en un eslabón más del proceso social. Hay aumento de peso con el decursar de los años¹².

2.2.2.2 LA SALUD BUCAL EN ADOLESCENTES Y JOVENES

Pasan por desequilibrios e inestabilidades y así se suceden o superponen momentos de audacia, timidez, incoordinación, urgencia, desinterés, conflictos

afectivos, crisis religiosas, intelectualizaciones y postulaciones filosóficas. Durante la pubertad ocurren cambios hormonales que determinan características sexuales primarias y secundarias a las que se agregan modificaciones del crecimiento en general, cambios en el peso y en las proporciones del cuerpo. Los cambios físicos se suceden tan rápidamente que al adolescente le cuesta adaptarse a ellos. Debe modificar continuamente su “esquema corporal”, es decir la representación mental que tiene de su propio cuerpo. En la búsqueda de su identidad recurre a la moda, donde cada uno se identifica con todos. Estas identificaciones pueden ser transitorias, hasta lograr su propia identidad adulta. En odontología, los adolescentes y jóvenes son un grupo de referencia importante, pues en este período ocurren las principales variaciones dentales-maxilares y se consolida la identidad que definirá una actitud hacia la salud bucal del futuro. Es importante que los adolescentes y jóvenes vayan asumiendo responsabilidades, y dentro de ellas está el cuidado por su propia salud¹³.

Las alteraciones más frecuentes en esta etapa son Las caries y enfermedad periodontal que son de causa infecciosa y afectan al 95% de la población. Los cambios hormonales, la dieta, hábitos de higiene inadecuados y otros factores que modifican el ambiente interno y externo del individuo convierten a los adolescentes y jóvenes en un grupo de riesgo para la salud bucal. El control periódico y los programas preventivos son muy importantes en este período por la presencia en la cavidad bucal de piezas dentarias recién erupcionadas, lo que las hace vulnerables. Medidas preventivas de autocuidado que deben ser ejecutadas diariamente, la higiene bucal para la remoción de placa bacteriana origina respuestas variables, si bien los adolescentes y jóvenes manifiestan que es la medida más fácil de poner en práctica no se comprometen a su ejecución

diaria. El uso de hilo dental y enjuagues bucales también deben ser parte de la rutina¹³.

2.2.3 PRINCIPALES ENFERMEDADES DE LA CAVIDAD BUCAL EN

JOVENES

CARIES

La caries dental se define como un proceso localizado de origen multifactorial que se inicia después de la erupción dentaria, ocasionando el reblandecimiento del tejido duro del diente y a consecuencia de esta la formación de una cavidad, si esta no es tratada a tiempo puede llegar a afectar la salud general y la calidad de vida de los individuos de todas las edades⁹.

La OMS informa que el 60-90 % de los niños en edad escolar padecen de caries dental, esto se da en la mayoría de los países⁹.

Etiología

La caries una enfermedad infecciosa y transmisible que requiere cuatro factores:

A.- Huésped susceptible (diente): El diente manifiesta puntos débiles que lo predispone al ataque de la caries:

- **Anatomía:** existen zonas retentivas como las fosas y fisuras profundas, además de las superficies proximales, donde es limitado el acceso de la saliva y de los instrumentos de higiene.
- **Disposición de dientes en la arcada:** el apiñamiento dentario predispone a la caries dental.
- **Constitución del esmalte:** las deficiencias adquiridas durante la formación de la matriz o en la mineralización puede favorecer el desarrollo de la caries.

- **Edad post eruptiva del diente:** la susceptibilidad de caries es mayor inmediatamente después de la erupción de diente, y disminuye con la edad⁹.

B.- Flora bucal cariogénica (microorganismos – Estreptococo mutans): Los primeros microorganismos suelen ser bacterias grampositivas principalmente estreptococos y lactobacilos, que producen ácido láctico, la cual es difícil de neutralizar

C.-Sustrato (carbohidratos fermentables en la dieta): La sacarosa es el sustrato más cariogénico, ya que produce glucano, el cual es un polisacárido responsable de la adhesión a la placa dental cuando el pH en boca cae por debajo de 5.5 (valor crítico) dando inicio a la desmineralización del esmalte. El proceso comienza de los 3 a 5 minutos después de la ingesta y tarda entre 30 a 60 minutos en alcanzar el pH neutro de 7. Por lo tanto, decimos que la ingesta frecuente de azúcares extrínsecos sin la realización de la higiene bucal entre horas, favorece la aparición de caries, al prolongar los niveles de pH bajos en el medio bucal⁹.

Cuando las bacterias colonizan una superficie dental con sacarosa producen ácido láctico por la fermentación de los carbohidratos, originando la disolución de los cristales de hidroxiapatita y produciendo la caries dental⁹.

D.- Tiempo: La presencia y formación de caries en niños no está solamente relacionada con la cantidad de carbohidratos ingeridos, sino también por la consistencia del alimento y la frecuencia de ingestión. Como después de la ingestión de alimentos cariogénicos el pH baja al nivel de 5 y se mantiene aproximadamente 45 minutos, la frecuencia por encima de 6 ingestión/día contribuye para aumentar el riesgo de caries. Cuando el consumo de alimentos

ocurre entre las comidas, esto determina una acidificación de placa en forma continua que perturba la capacidad buffer, así como altera el mecanismo de Remineralización -Desmineralización, aumentando el riesgo de caries⁹.

Alteraciones en terceros molares

Los terceros molares o “molares de juicio” erupcionan hacia los 18 a 20 años. Son las piezas dentarias que con mayor frecuencia no finalizan su proceso normal de erupción, provocando alteraciones como inflamaciones, infecciones, caries, tumores, alteraciones en la oclusión (mordida), apiñamiento dental, etc.¹³

Maloclusión

es la condición patológica caracterizada por no darse la relación normal entre las piezas dentarias, con los demás dientes en el mismo arco y con las del arco antagonista⁹.

Según la Organización Mundial de la Salud, las maloclusiones constituyen la tercera mayor prevalencia entre las enfermedades bucales⁹, después de caries y enfermedad periodontal. En el Perú, tienen una prevalencia del 70%. El conocimiento de la situación epidemiológica de la población peruana es esencial para la implementación de programas que contemplen acciones preventivas, interceptivas y de tratamiento⁹.

Las maloclusiones pueden tener origen en problemas esqueléticos o dentarios y en ocasiones relacionarse con hábitos que producen modificaciones de las estructuras óseas y de los tejidos blandos peribucales, como por ejemplo la succión de dedo mantenida durante un largo período de la niñez y la respiración bucal no tratada. Cuando el adolescente usa aparatología fija debe tener una

alimentación muy ordenada y un estricto control de la higiene oral, evitando así futuras complicaciones¹³.

Relación molar según la clasificación de Angle

- **Clase I:** se caracteriza por una relación anteroposterior normal de los primeros molares permanentes: la cúspide mesiovestibular del primer molar superior está en el mismo plano que el surco vestibular del primer molar inferior.

- **Clase II:** esta se da cuando los primeros molares inferiores ocluyen distalmente a su relación normal con los primeros molares superiores en extensión de más de una mitad del ancho de una cúspide de cada lado, los demás dientes ocluirán anormalmente y estarán forzados a una posición de oclusión distal, causando más o menos retrusión o falta de desarrollo de la mandíbula

- **Clase III:** Caracterizada por la oclusión mesial de ambas hemiarquadas del arco dental inferior. Puede existir apiñamiento de moderado a severo en ambas arcadas, especialmente en el arco superior⁹.

Enfermedades gingivales

Las enfermedades gingivales son aquellas patologías que se encuentran confinadas a la encía y son el resultado de diferentes etiologías. La característica común a todas ellas es que se localizan exclusivamente sobre la encía; no afectan de ningún modo a la inserción ni al resto del periodonto. La Academia Americana de Periodoncia considera que dentro de las enfermedades gingivales en niños y adolescentes el cuadro clínico más prevalente es la gingivitis asociada a la placa bacteriana⁹.

La gingivitis

La gingivitis es una enfermedad que afecta a la mayoría de la población mundial, con más frecuencia en los pacientes jóvenes y es la segunda causa de morbilidad bucal. Se trata de un proceso inflamatorio reversible de la encía que provoca cambios de color, edema y sangrado, esta puede evolucionar a periodontitis con consecuencias locales por la afección de las estructuras de apoyo del diente y sistémicas como afección cardiovascular, entre otras. La gingivitis está muy asociada a la deficiente higiene bucal y a los cambios hormonales de la pubertad. La placa dentobacteriana y la microbiota del surco gingival constituyen el factor de riesgo que más se asocia con el origen y la evolución de la gingivitis crónica por ser el contacto mantenido de los microorganismos con la encía. Estos microorganismos y sus productos inician el proceso, pues al acumularse en las proximidades gingivales estimulan la respuesta inmunoinflamatoria en la que los elementos celulares, vasculares y humorales, intentan destruir, neutralizar o reducir la acción irritante de ellos y a su vez estos tratan de reparar los daños, lo que provoca una respuesta de carácter defensivo, pues el hospedero en sus esfuerzos por contrarrestar las bacterias libera diversas sustancias que pueden causar un mayor daño a los tejidos periodontales. La inflamación gingival es causada por los efectos a largo plazo de los depósitos de la placa dentobacteriana, denominada biophill y formada por diversas bacterias y células descamadas, leucocitos y macrófagos dentro de una matriz proteico-polisacárido que constituye un nido sellado dentro de las cuales las bacterias intercambian nutrientes e información genética bajo los efectos de los mecanismos de defensa del huésped⁹.

Enfermedad periodontal

afecta los tejidos de soporte dentario, la placa bacteriana periodontopática adherida a la superficie dentaria genera toxinas que producen inflamación de los tejidos blandos (encía). La presencia de gingivitis alcanza su pico máximo en la adolescencia, en un pequeño porcentaje pueden presentar ya enfermedad con pérdida de hueso alveolar. La tendencia a la no progresión de lesiones en niños y adolescentes sanos es poco común por lo que una enfermedad periodontal generalizada con pérdida de hueso de inserción hace indispensable estudiar la salud general. Mientras una encía normal presenta color rosa pálido, es firme, bien adherida al diente y hueso, las manifestaciones clínicas de gingivitis son: enrojecimiento, inflamación del margen gingival y sangrado provocado o espontáneo. Un factor agravante de los problemas gingivales son los aparatos de ortodoncia ya que facilitan la retención de restos alimentarios y de placa bacteriana¹³.

La periodontitis juvenil

Es una enfermedad que se presenta en dos formas básicas localizada o generalizada. Se caracteriza por la destrucción del tejido llegando al hueso alveolar pudiendo progresar hasta la movilidad dentaria y la pérdida de los dientes afectados. Existe una predisposición genética para esta enfermedad.

La gingivitis ulceronecrotizante aguda (GUNA).

Infección aguda, atribuida a una baja en las defensas por stress. Las manifestaciones clínicas son ulceraciones en las papilas interdentarias, mucho dolor, halitosis (mal aliento), fiebre y presencia de ganglios inflamados.

Bruxismo.

Las tensiones de la adolescencia motivan numerosas reacciones fisiológicas, algunas de las cuales pueden ser la disfunción masticatoria y los movimientos parafuncionales (bruxismo). Los trastornos de la articulación temporomandibular (es la que articula el maxilar inferior con el cráneo) pueden estar relacionadas con traumatismos o por bruxismo, manifestándose con ruidos, dolor, desviaciones y limitación durante la apertura bucal¹³.

Traumatismos de la cavidad bucal.

La causa más frecuente son las peleas callejeras, deportes, juegos o accidentes de tránsito. En principio es importante tener en cuenta que el traumatismo dentario siempre constituye una urgencia. La fractura de la corona dentaria se presenta como secuela por trauma en los dientes permanentes en 60 a 70% de los casos. El desplazamiento total del diente (avulsión) es de pronóstico incierto, en algunos casos se restablece la inserción normal, otros se anquilosan (fusión al hueso) y algunos fracasan. El uso de protectores bucales es conveniente en la práctica de deportes, el mismo proporciona un efecto de acolchado que disminuye el impacto al distribuirlo en un número mayor de piezas dentarias, de esta manera minimiza todo tipo de lesiones.

Hábitos frecuentes que afectan la salud bucal

como uso de piercings, fumar, beber alcohol, trastornos en la alimentación. Los malos hábitos que se forman en esta etapa perjudican la salud bucal y condicionan a los jóvenes a adquirir otros males en la adultez¹³.

Piercings bucales.

Los piercings en la lengua siguen siendo una moda a pesar del peligro que representan para la salud bucal. Éstos astillan sus dientes cuando duermen, hablan o mastican. La fractura puede limitarse al esmalte del diente o puede ser más profunda, lo que puede causar que sea necesario un tratamiento de conductos o la extracción del diente. Las hemorragias e infecciones también son comunes, la lengua puede inflamarse luego de ser perforada a tal punto que puede llegar a obstruir la respiración.

Tabaquismo.

Es el causante del 80% de mortalidad por procesos pulmonares crónicos en la edad adulta. La circulación de humo es una agresión continua que provoca a nivel local disminución en los sentidos de gusto, olfato, además de mal aliento, enfermedad paradencial, manchas en dientes, lesiones premalignas, cáncer bucal y de labios, promoviendo además enfermedades circulatorias respiratorias, digestivas colaborando con la aparición de otros tipos de cáncer.

Bulimia y Anorexia

Se presentan generalmente entre los 10 y 30 años, hay distorsión en la percepción de la imagen corporal, gran pérdida de peso, rechaza mantener el peso corporal mínimo y miedo a engordar. Osteoporosis, baja temperatura corporal, piel seca y deshidratada son algunas de las tantas características que se suman a este estado. Las alteraciones bucales más frecuentes son las lesiones erosivas en las superficies dentarias superiores por acción de la acidez de los vómitos, caries, enfermedad periodontal, menos cantidad de saliva y con mayor acidez.¹³

2.3. OBJETIVOS

Objetivo general

- Relacionar la calidad de vida y autopercepción con su salud bucal en militares de 18 a 25 años del Fuerte Manco Cápac Puno 2017.

Objetivos específicos

- Determinar la calidad de vida relacionada a la salud bucal, en militares de 18 a 25 años del Fuerte Manco Cápac Puno 2017.

-Determinar la autopercepción de su salud bucal en militares de 18 a 25 años del Fuerte Manco Cápac Puno 2017.

III. MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. METODOLOGIA

-**Según el periodo y secuencia del estudio:** se trata de una investigación de tipo transversal porque las variables que se estudiaron, se realizaron en una sola ocasión.

- **Según el análisis y alcance de los resultados:** este estudio es de tipo descriptivo.

- **Según la planificación de la toma de datos:** Prospectivo

3.2. POBLACION Y MUESTRA

-POBLACION

La población es de 286 militares del cuartel Manco Cápac de la Ciudad de Puno

-MUESTRA

Es de tipo probabilístico ya que toda la población tiene la misma probabilidad de ser incluida. Y está constituida por 164 militares que forman parte del cuartel Manco Cápac de la Ciudad de Puno.

Calculo del tamaño de la muestra

Para hallar el tamaño de la muestra se aplicó la fórmula de poblaciones finitas de la siguiente manera:

Tamaño de la muestra:

$$n = \frac{Z^2 p * q}{E^2}$$

Donde:

n = tamaño de muestra

Z = Limite de confianza (1.96)

p q = Campo de variabilidad de aciertos y errores (p: 0.5; q: 0.5)

E = Nivel de precisión (0.05)

Reemplazando:

$$n = \frac{1,96^2 (0,5 * 0,5)}{0,05^2} = 384.16 \quad n= 385$$

Corrección para poblaciones finitas:

Cuando se tiene conocimiento del tamaño de la población que se estudia, se corrige la muestra, en este caso la población estimada de militares que forman parte del cuartel Manco Capac Puno es de 286, por lo tanto:

$$n = \frac{n_0 * N}{n_0 + N}$$

Donde:

n_0 = Valor de la muestra inicial

n = Tamaño de muestra ajustada

N = Población

Reemplazando:

$$n = \frac{384,16 * 286}{384,16 + 286}$$

$$n = 163,94 \rightarrow n = 164$$

3.3. CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterio de inclusión

- Todos los militares que formen parte del cuartel Manco Cápac de la ciudad de Puno.
- Todos los militares que acepten firmar la carta de consentimiento.
- Militares mayores de 18 a 25 años de edad.

Criterio de exclusión

- Civiles que forman parte del cuartel militar Manco Cápac de la ciudad de Puno.
- Militares mayores de 25 años de edad.
- Militares que no quieran participar en la investigación.

3.4. PROCEDIMIENTO Y RECOLECCION DE DATOS

- Se envió una solicitud al General de la Cuarta Brigada de Montaña del cuartel Manco Cápac de la ciudad de Puno, para la autorización de ejecución y permiso para utilizar los ambientes de la institución.

- Una vez aceptada la solicitud y teniendo la autorización, se coordinó con las autoridades pertinentes el horario, lugar y fecha, para proceder con la ejecución del proyecto de investigación.
- En la fecha y horario indicado, se explicó a los militares en que consiste el estudio y preguntándole si desea formar parte del estudio de manera voluntaria.
- Luego se procedió a entregarle la hoja de consentimiento informado para que lo lean y firmen, permitiendo ser partícipe del estudio.
- Se hace la entrega del cuestionario y un bolígrafo a los militares; los que fueron seleccionados para el estudio a través de los criterios de exclusión e inclusión, teniendo en cuenta de las condiciones adecuadas.
- Luego de un tiempo determinado se recogió los cuestionarios y se dio una breve charla sobre salud oral.
- Finalizando, se entregó a cada participante un kit de limpieza bucal.

3.5. INSTRUMENTOS

En la recolección de datos se utilizó el instrumento denominado Perfil de Impacto en la Salud Oral (Oral Health Impact Profile – OHIP Sp 14). Validado en la versión en español por León S, BMC Oral Health 2014, que proporciona una información integral de la disfunción del autorreporte, el malestar y la discapacidad atribuida a condiciones orales. El OHIP tiene la capacidad de evaluar la frecuencia con que una persona experimenta dificultades para cumplir determinadas funciones y realizar actividades de la vida diaria, debido a trastornos bucales.

Para obtener una calificación por medio del método aditivo se sumó el código de cada respuesta para obtener una calificación para cada dimensión y para el instrumento completo (0-56), del tal forma que 0 equivale a NO IMPACTO y 1-56 IMPACTO, implicando que la mayor calificación representará el mayor efecto de los trastornos bucodentales en la calidad de vida del entrevistado.

Las preguntas sin respuesta se codificaron como valor de “cero”.

Nunca= 0,

Casi Nunca= 1

Algunas veces= 2

Frecuentemente= 3

Siempre= 4.

El cuestionario de recolección de datos incluyó información sobre edad, genero, grado de instrucción, autopercepción sobre su salud bucal en el cual las respuestas se codificaron de la siguiente manera:

Excelente = 1

Muy buena = 2

Buena = 3

Regular = 4

Mala = 5

3.6. CONSIDERACIONES ETICAS

- Solicitud de autorización para recolectar datos en las instalaciones del cuartel, dirigido al General del Fuerte militar Manco Cápac de la ciudad de Puno
- carta de consentimiento informado para los militares que deseen participar en la encuesta.

3.7. ANÁLISIS ESTADÍSTICOS

Se revisaron cada uno de los cuestionarios verificando que estén consignados todos los datos. Luego, los datos obtenidos fueron codificados según el indicador y tabulados a través del software IBM SPSS versión 25. El análisis estadístico de los datos obtenidos se realizó recurriendo a la estadística descriptiva con frecuencias y representados en tablas y gráficos.

El análisis se realizó con la obtención de los puntajes totales de las escalas de valoración descriptiva, calculándose posteriormente la media geométrica, y los valores mínimo y máximo para cada uno de las preguntas. También se obtuvo la frecuencia y porcentaje de las variables género, edad, nivel educativo.

IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 RESULTADOS

Tabla 1. GENERO DE PARTICIPANTES DE ESTUDIO

GENERO	PORCENTAJE
MASCULINO	73%
FEMENINO	27%

FUENTE: matriz de datos

INTERPRETACION

Al evaluar la tabla 1; se observa que los participantes de estudio, de género femenino representan un 27 %; a diferencia del género masculino que representan el 73%.

Gráfico 1. GENERO DE PARTICIPANTES DE ESTUDIO

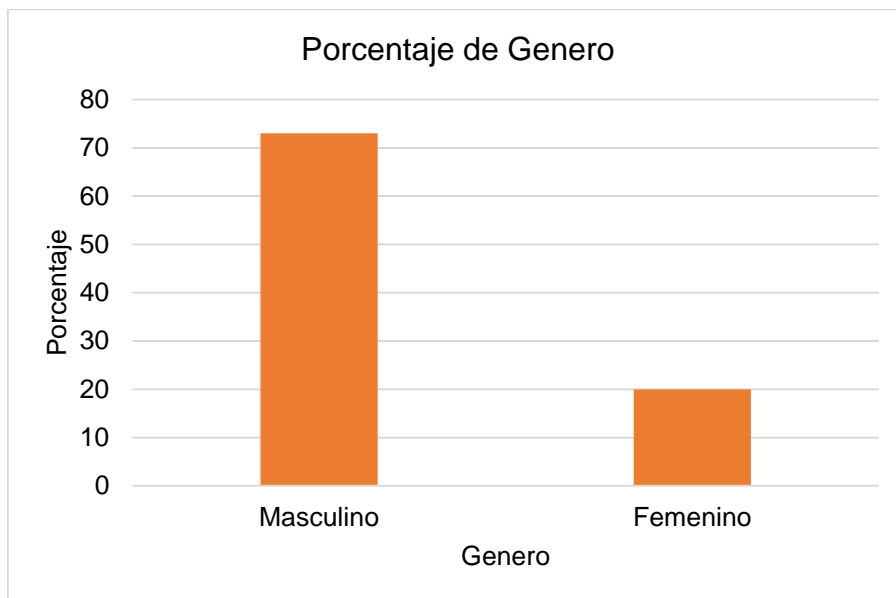


Tabla 2. EDAD DE PARTICIPANTES DE ESTUDIO

EDAD	PORCENTAJE
18 años	20 %
19 años	25 %
20 años	22%
21 años	9 %
22 años	10 %
23 años	8%
24 años	6 %
25 años	0 %

FUENTE: matriz de datos

INTERPRETACION

Al evaluar la tabla 2; se observa que 25 % de participantes de estudio tenían 19 años de edad y 6 % de participantes de estudio tenían 24 años de edad.

Gráfico 2. EDAD DE PARTICIPANTES DE ESTUDIO

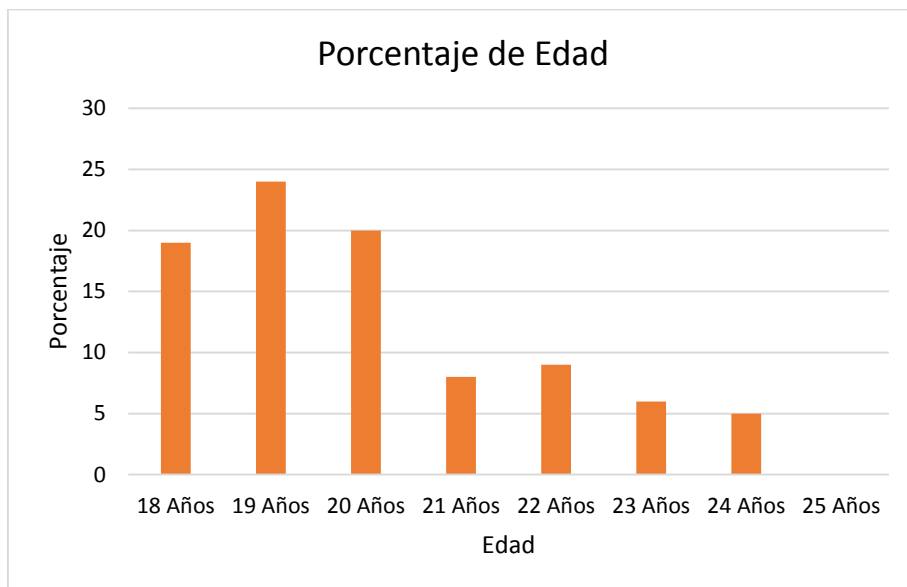


Tabla 3. GRADO DE INSTRUCCIÓN DE PARTICIPANTES DE ESTUDIO

GRADO ACADÉMICO	PORCENTAJE
Primaria incompleta	0 %
Primaria completa	0 %
Secundaria incompleta	5 %
Secundaria completa	65 %
Superior incompleta	17 %
Superior completa	3 %
Técnica incompleta	8 %
Técnica completa	2 %

FUENTE: matriz de datos

INTERPRETACION

Al evaluar la tabla 3; se observa que el 2 % de los participantes de estudio tienen un grado académico de técnica completa y 65 % de participantes de estudio tienen un grado académico de secundaria completa.

Gráfico 3. GRADO DE INSTRUCCIÓN DE PARTICIPANTES DE ESTUDIO

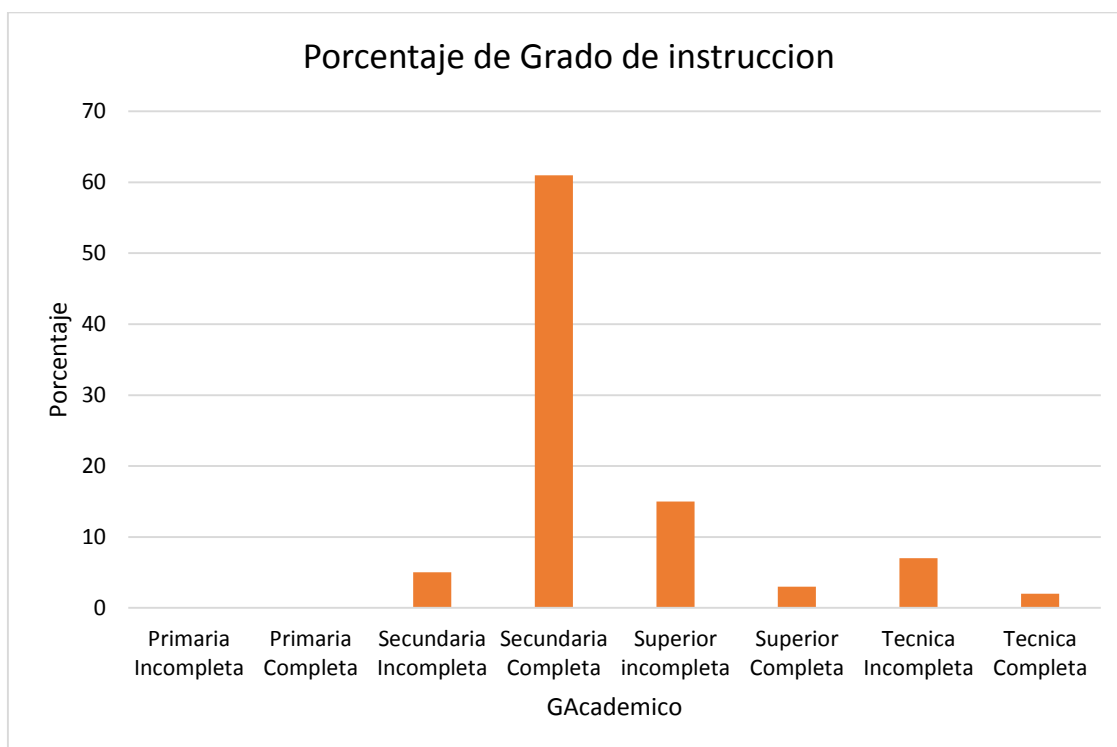


Tabla 4. CALIDAD DE VIDA Y AUTOPERCEPCION DE SU SALUD BUCAL DE PARTICIPANTES DEL ESTUDIO

OHIP-14 AGRUPADOS	SP	PORCENTAJE	AUTOPERCEPCION	N° DE CASOS
0		1.1	Muy buena(2)	2
1-10		14.8	Buena (3)	24
11-20		32.9	Buena (3)	54
21-30		38.6	Regular (4)	63
31-40		9.1	Buena (3)	15
40 a mas		3.5	Buena(3)	6

FUENTE: matriz de datos

INTERPRETACION

Al evaluar la tabla 4; se observa que los participantes de estudio que obtuvieron un puntaje de 21 -30 puntos Según OHIP-14SP, representan el 38,6 % y tienen regular autopercepción de su salud bucal; y los que obtuvieron un puntaje de 0 según OHIP-14SP , representan el 1,1 % y tienen muy buena autopercepción de su salud bucal.

Gráfico 4. CALIDAD DE VIDA Y AUTOPERCEPCION DE SU SALUD BUCAL DE PARTICIPANTES DEL ESTUDIO

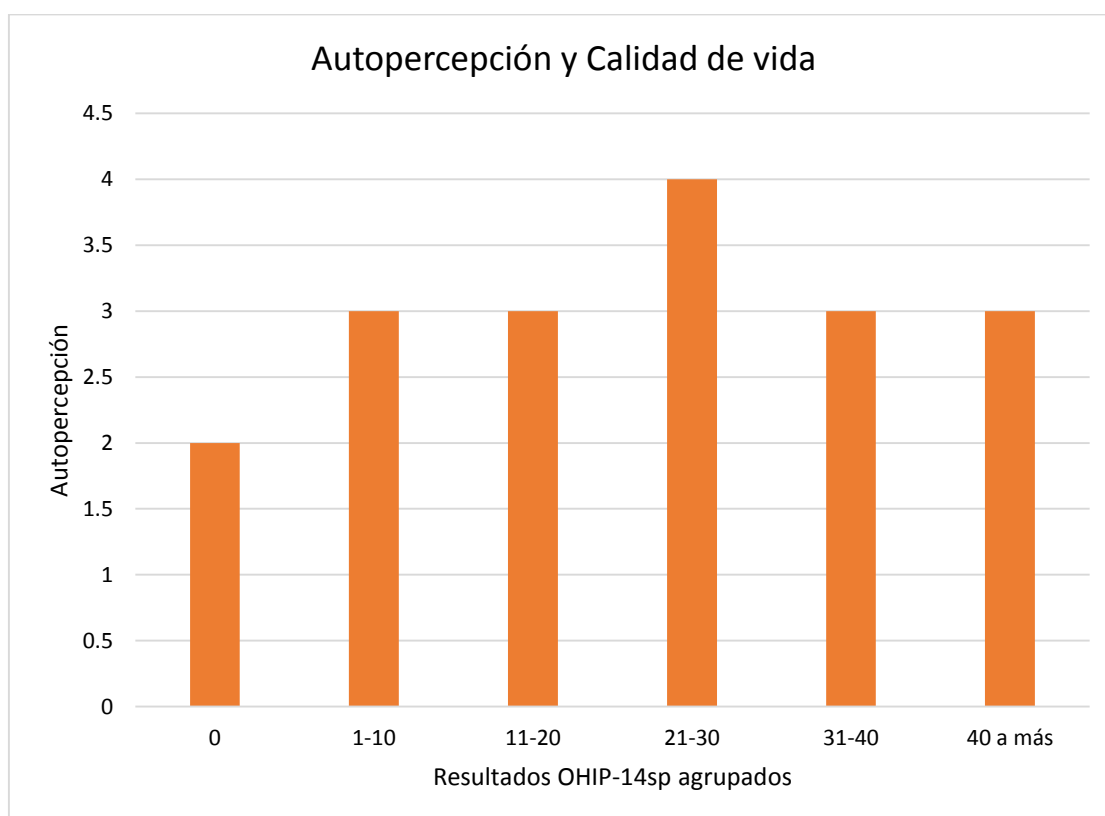


Tabla 5. PORCENTAJE SEGÚN PUNTUACION OBTENIDA DE CALIDAD DE VIDA RELACIONADO A SU SALUD BUCAL DE PARTICIPANTES DEL ESTUDIO

OHIP -14SP	PORCENTAJE
0	3,5%
1-10	14,8%
11-20	38,6%
21-30	32,9%
31-40	9,1%
40 a mas	1,1%

FUENTE: Matriz de datos

INTERPRETACION:

Se observa que 3, 5 % de los participantes según OHIP no tienen impacto en su calidad de vida relacionada con su salud bucal y 1, 1 % de los participantes tienen mayor impacto en su calidad de vida relacionada con su salud bucal.

Gráfico 5. PORCENTAJE SEGÚN PUNTUACION OBTENIDA DE CALIDAD DE VIDA RELACIONADO A SU SALUD BUCAL DE PARTICIPANTES DEL ESTUDIO

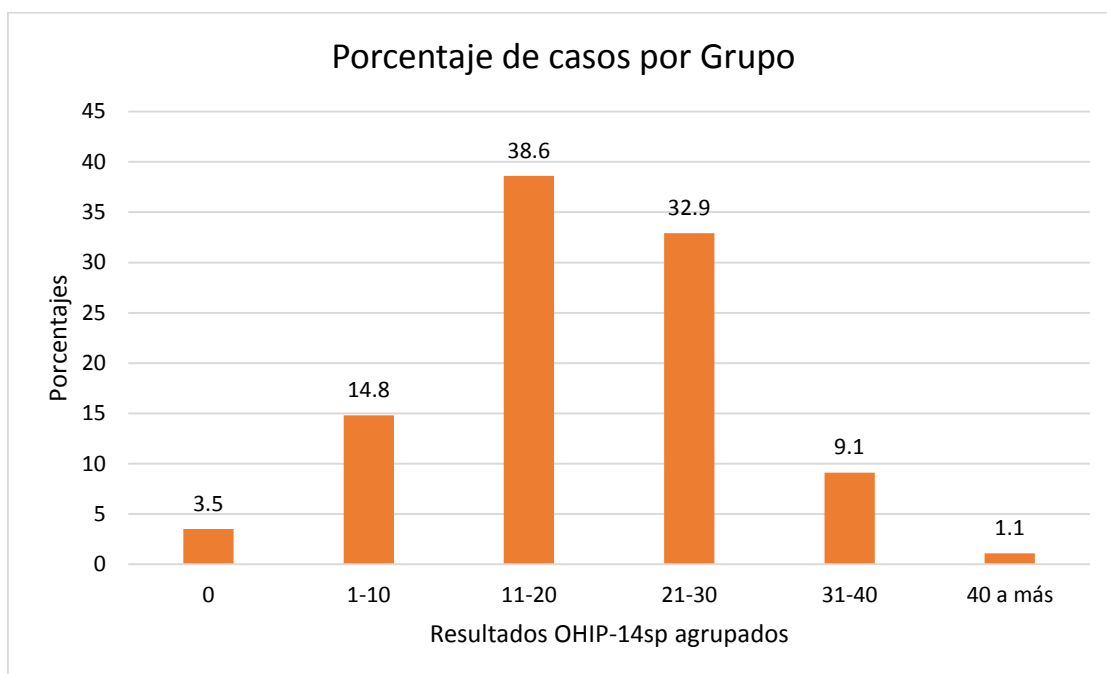


Tabla 6. AUTOPERCEPCION DE SU SALUD BUCAL DE PARTICIPANTES DEL ESTUDIO

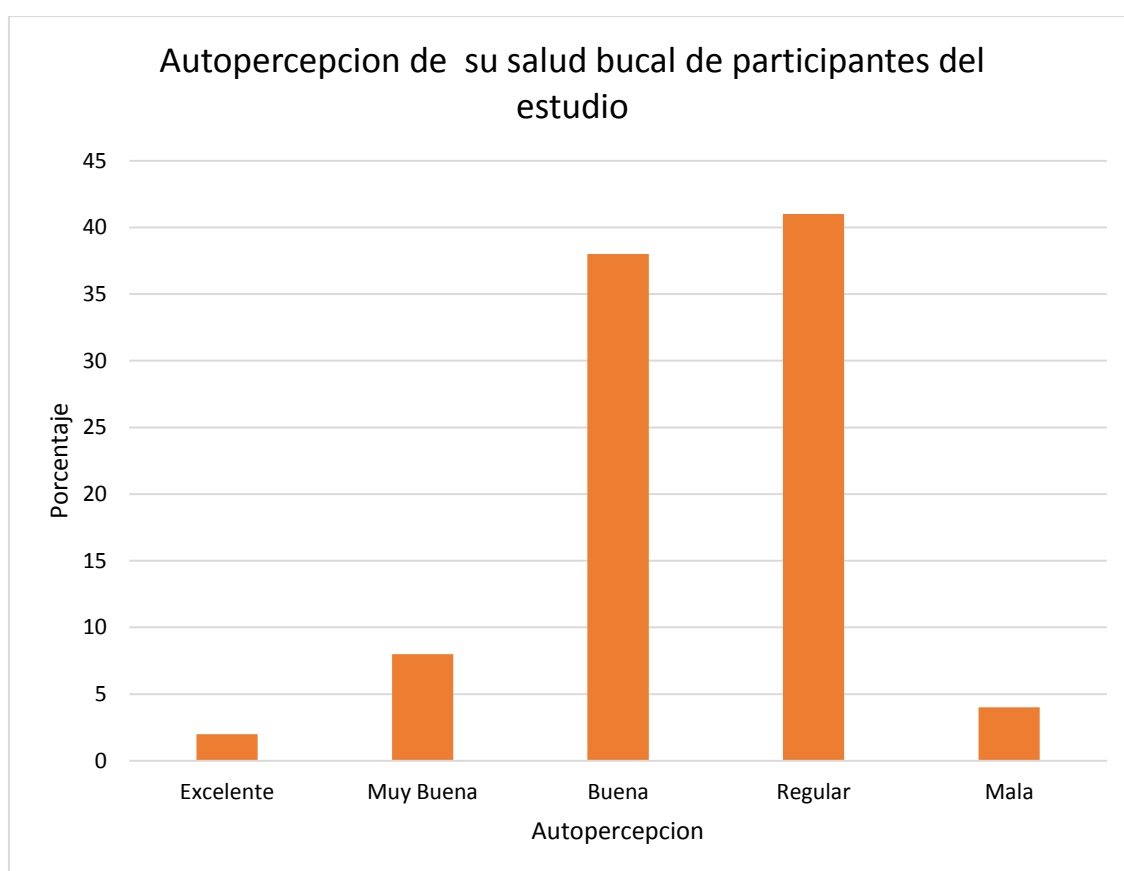
	RECuento	PORCENTAJE	
AUTOPERCEPCION	Excelente	4	2,2%
	Muy buena	14	8,6%
	Buena	67	40,9%
	Regular	72	44,1%
	Mala	7	4,3%
	164		

FUENTE: Matriz de datos

INTERPRETACION

Se observa que el 44.1 % de los participantes de estudio su auto percepción de su salud bucal es regular y 2.2 % de los participantes de estudio tienen auto percepción excelente sobre su salud bucal.

Gráfico 6. INDICAR AUTOPERCEPCION DE SU SALUD BUCAL DE PARTICIPANTES DEL ESTUDIO



4.2 DISCUSION

- De acuerdo al estudio realizado por Jiménez J, Esquivel R, González A, Rangel C; (2003); Iztacala México, quienes realizaron un estudio para evaluar la existencia de asociación entre la percepción de salud con el bienestar subjetivo, Obteniendo como resultado que Cuatro de cada cinco adultos mayores percibieron un nivel de bienestar entre bueno o muy bueno, mientras que uno de cada cinco lo calificó como malo o muy malo, a diferencia del presente estudio que se percibió con mayor porcentaje como regular y un menor porcentaje como excelente.

- según Gallardo A, Picasso M, Huillca N, Ávalos J. (2013); Lima; quienes realizaron un estudio para determinar la autopercepción de la calidad de vida relacionada a la salud oral en personas atendidas en la Casa del Adulto Mayor de la Municipalidad de Chorrillos, Lima, Perú. obteniendo como resultado que la mayoría de la muestra presentó una “mala” autopercepción de su salud oral (77,4%), seguido por “regular” (18,3%). Que a diferencia del presente estudio el mayor porcentaje de autopercepción fue regular seguido de buena autopercepción.

- Zamora J. (2017), Lima; realizo un estudio para determinar la autopercepción de la calidad de vida relacionada con la salud oral en los adultos mayores. Obteniendo como resultados que la autopercepción de la calidad de vida relacionada con la salud oral fue considerada como Regular con un 35%, seguida de Mala con un 34% y Buena con un 31% a diferencia del presente estudio que se obtuvo que el 1.1 % muy buena y 38,6 % regular En relación a las

dimensiones con alto porcentaje como la función física se obtuvo que un 36% y esto debido aparentemente a la diferencia de participantes de estudio ya que los jóvenes tienen diferente perspectiva de su salud bucal a diferencia de los adultos mayores.

V. CONCLUSIONES

PRIMERO

Se concluye que la calidad de vida se relaciona con la autopercepción de su salud bucal en militares de 18 a 25 años del Fuerte Manco Cápac

SEGUNDO

La calidad de vida tiene un impacto de 96,5% en su salud bucal en militares de 18 a 25 años del Fuerte Manco Cápac

TERCERO

Los militares de 18 a 25 años del Fuerte Manco Cápac, auto perciben o describen que su salud bucal es regular en 44,1%

VI. RECOMENDACIONES

PRIMERO

- Realizar nuevas investigaciones sobre la calidad de vida en relación al estado de salud oral, priorizando poblaciones jóvenes.

SEGUNDO

- Realizar un estudio más amplio, con mayor cantidad de participantes y entregar el cuestionario un antes y después del tratamiento integral, para tener un mejor panorama de la situación en la que se encontraban y como se encuentran después de recibir un tratamiento integral.

TERCERO

- Tener en cuenta las respuestas que causan impacto en los jóvenes, de tal manera enfocarnos más en ese tema y tratar de solucionarlo.

CUARTO

- Proponer que cada institución que brinda servicios de salud, se asigne un profesional de odontología que constantemente brinde charlas educativas y demostrativas sobre salud oral y de esa manera reconozcan las enfermedades más comunes y busquen ayuda.

VII. BIBLIOGRAFIA

1. Gallardo A, Picasso M, Huillca N, Ávalos J. Calidad de vida relacionada con la salud oral en adultos mayores de una población peruana. KIRU [Internet].2013 [citado 14 de mayo 2017];10 (2):145-50. Disponible en: http://www.usmp.edu.pe/odonto/servicio/2013/Kiruv.10.2/Kiru_v.10.2_Art.8.pdf
2. Jiménez J, Esquivel R, González A, Rangel C; La percepción de salud bucal como medida de la calidad de vida en ancianos. Revista de la Asociación Dental Mexicana. 2003; 60(1): 19-24.
3. Meneses E. Salud bucodental y calidad de vida oral en los mayores. [Tesis para optar grado de Doctor]. España. 2010.
4. Díaz S, González F, Madera M, Tirado L, Martelo J, Salazar, Guzmán E. Impacto de la salud oral en la calidad de vida de los adultos atendidos en las clínicas odontológicas de la universidad de Cartagena. Colombia.2013.
5. Gallardo A, Picasso M, Huillca N, Ávalos J. Calidad de vida relacionada con la salud oral en adultos mayores de una población peruana. KIRU [Internet].2013 [citado 14 de mayo 2017];10 (2):145-50. Disponible en: http://www.usmp.edu.pe/odonto/servicio/2013/Kiruv.10.2/Kiru_v.10.2_Art.8.pdf
6. Zamora J. Autopercepción de la calidad de vida relacionada con la salud oral en adultos mayores atendidos en el “Centro Integral del Adulto Mayor (CIAM)” del distrito de independencia lima – Perú, 2016. [Tesis para optar el grado académico de: Maestro en Gestión de los Servicios de la Salud]. Lima. 2017.

7. Rojas M. Relación entre calidad de vida relacionada a la salud bucal, prevalencia y severidad de caries en niños prescolares. [Tesis para optar título de Cirujano Dentista]. Chile. 2018.
8. Oñate M. Efecto de la salud oral en la calidad de vida de adultos mayores dependientes, comuna de Hualpén, 2015. [Tesis para optar título de Cirujano Dentista y grado de magister en Ciencias Odontológicas]. Chile. 2015.
9. Rojas E. "Calidad de vida relacionada a la salud bucal, según la percepción de los adolescentes de 11-14 años y la percepción por parte de sus padres en la institución educativa 0146 Su Santidad Juan Pablo II del distrito de San Juan de Lurigancho en el año 2017". [Tesis para optar título de Cirujano Dentista]. Lima. 2017.
10. Ingunza J, López C, Evangelista A, Sánchez P. Calidad de vida relacionada a la salud bucal en escolares de ámbito urbano-marginal. Rev Estomatol Herediana;25(3):194-204.
11. Espinoza D. Calidad de vida en relación a la salud bucal en adultos mayores concurrentes al centro del adulto mayor de san isidro. [Tesis para optar el grado de Maestro en Estomatología]. Lima. 2017.
12. Núñez L. Atención de enfermería al pre-escolar, escolar, adolescentes, joven, adulto sano y al trabajador. Prescolar, escolar, adolescente, adulto sano y trabajador. Disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/pdvedado/prescolar.pdf>
13. Deambrosi C, Brovia R. Salud bucal en la adolescencia. La revista de salud del Casmu. 2015;26-29. Disponible en: <http://casmu.com.uy/wp-content/uploads/2017/08/Salud-bucal-en-la-adolescencia-2015-02.pdf>

ANEXOS**ANEXO “A”****CARTA DE CONSENTIMIENTO**

Estimado señor (srta):

Me dirijo a usted manifestándole mis mejores deseos para que todas sus actividades se estén desarrollando de la mejor manera posible. Por este medio deseo comentarle que actualmente estoy realizando una encuesta que pretende obtener información sobre “Calidad de vida y autopercepción de la salud bucal en militares de 18 a 25 años del Fuerte Manco Capac Puno 2017”, para ello requiero de tu colaboración respondiendo el cuestionario de forma anónima, la información será utilizada para efectos de la realización de una tesis para optar el título de Cirujano-Dentista. El cuestionario está construido para una duración aproximada de 10 minutos, contéstalo con la mayor sinceridad posible. Recuerda que todas las preguntas deben ser respondidas.

Firma.....

Iniciales de Nombre.....

Fecha.....

ANEXO "B"

I. CUESTIONARIO

Marque con una (X)

1.Genero	A. Masculino B. Femenino
2.Edad	A. 18 años B. 19 años C. 20 años D. 21 años E. 22 años F. 23 años G. 24 años H. 25 años
3.Grado de instrucción	A. primaria incompleta B. primaria completa C. secundaria incompleta D. secundaria completa E. superior incompleta F. superior completa G. técnica incompleta H. técnica completa

¿Cómo describiría su salud dental? Diría usted que es:

- Excelente
- Muy buena
- Buena
- Regular
- Mala

ANEXO “C”

PREGUNTAS OHIP-14 SP		Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	siempre
1	¿Ha sentido que su aliento se ha deteriorado por problemas con sus dientes, boca o prótesis?					
2	¿Ha sentido que su digestión ha empeorado por problemas con sus dientes, boca o prótesis?					
3	¿Ha tenido dientes sensibles, por ejemplo debido a alimentos o líquidos fríos?					
4	¿Ha tenido dolor de dientes?					
5	¿Los problemas dentales lo han hecho sentir totalmente infeliz?					
6	¿Se ha sentido inconforme con la apariencia de sus dientes, boca o prótesis?					
7	¿Ha sido poco clara la forma como usted habla por problemas con sus dientes, boca o prótesis?					
8	¿La gente a malentendido algunas de sus palabras por problemas con sus dientes, boca o prótesis?					

9	¿Su sueño ha sido interrumpido por problemas con sus dientes, boca o prótesis?					
10	¿Ha estado molesto o irritado por problemas con sus dientes, boca o prótesis?					
11	¿Ha sido menos tolerante con su pareja o familia por problemas con sus dientes, boca o prótesis?					
12	¿Ha tenido dificultades haciendo su trabajo habitual por problemas con sus dientes, boca o prótesis?					
13	¿ ha sido totalmente incapaz de funcionar por problemas con sus dientes, boca o prótesis?					
14	¿Ha sido incapaz de trabajar a su capacidad total por problemas con sus dientes, boca o prótesis?					
	TOTAL					

ANEXO “D”**“AÑO DEL BUEN SERVICIO DEL CIUDADANO”****SOLICITO: AUTORIZACION PARA****EJECUTAR PROYECTO DE TESIS****SEÑOR:****TTE CRL INF HENRRY ORNA RODRIGUEZ****JEFE DE INSTALACION DEL FUERTE MANCO CAPAC**

Yo, Sandra Magdalena Álvarez Mullisaca, identificada con DNI N° 43646584, domiciliada en la urbanización Villa Florida S-23, de la Provincia y Distrito de Puno. Ante Usted con el debido respeto me presento y expongo:

Que, habiendo seguido estudios en la escuela profesional de odontología de la Universidad Nacional del Altiplano Puno y estando realizando actualmente mi internado hospitalario en el Policlínico Manco Capac, y teniendo conocimiento parcial sobre la salud bucal de los militares que forman parte del Fuerte Manco Capac, tengo la necesidad de ejecutar un proyecto de investigación académica que permitirá mi posterior titulación como Cirujano Dentista, para tal efecto solicito a su digna y distinguida persona, me permita utilizar los ambientes del Fuerte Manco Capac, que usted dignamente lo dirige, para poder ejecutar la tesis, denominada: “Calidad de vida y autopercepción relacionada con la salud bucal en militares de 18 a 25 años de edad del Fuerte Manco Capac Puno, 2017”. El mismo que será aplicado al personal militar, sin dañar la integridad de los participantes, ni de la institución; la ejecución del proyecto

consiste en una breve charla sobre salud oral, llenado de cuestionario, obsequio y sorteo de kits de limpieza bucal para los participantes. Para lo cual solicito se me indique las fechas en las que podría ejecutarse dichas actividades, en el mes de agosto.

POR LO EXPUESTO:

Solicito vuestro permiso para las facilidades del caso.

Puno, 25 de Julio del 2017

Sandra Magdalena Álvarez Mullisaca

DNI N° 43646584

ANEXO "E"

ANEXO FOTOGRAFICO 1

CHARLA INFORMATIVA SOBRE SALUD BUCAL DIRIGIDO A MILITARES DE
FUERTE MANCO CAPAC PUNO



ANEXO FOTOGRAFICO 2

MILITARES DE FUERTE MANCO CÁPAC PUNO, CON SU KIT DE LIMPIEZA BUCAL

