Cuaderno de odontología. Revista científica
Vol. 4(especial3), 17-24, 2026
https://doi.org/10.62574/w7eqh970

Calidad de vida y salud oral según hábitos y condiciones de vida en adultos rurales

Oral health-related quality of life according to habits and living conditions in rural adults

Sharon Vanessa Martínez-Martínez
sharonmm78@uniandes.edu.ec
Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ecuador
https://orcid.org/0009-0006-2837-505X

Rocío Pilar Remache-Yaucen
rociory49@uniandes.edu.ec
Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ecuador
https://orcid.org/0009-0007-4530-3768

Sara Nebai Quisintuña-Til
saraqt89@uniandes.edu.ec
Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ecuador
https://orcid.org/0009-0000-5002-3751

Carmen Salinas-Goodier
ua.carmensalinas@uniandes.edu.ec
Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ecuador
https://orcid.org/0000-0001-5601-9008

RESUMEN

Objetivo: describir la calidad de vida relacionada con la salud oral de adultos de comunidades rurales de Chimborazo, Tungurahua y Cotopaxi, y explorar su relación con el sexo, la ocupación, la provincia y la frecuencia de consumo de alcohol. **Métodos:** estudio observacional, descriptivo y transversal en 122 personas de 18 años o más; se aplicó el OHIP-14Sp y la afectación se comparó con chi cuadrado por simulación de Monte Carlo. **Resultados:** los impactos más referidos fueron sensibilidad dental (52,9 %), mal aliento (46,3 %) y dolor dental (45,9 %); el 27,3 % presentó afectación moderada. Las personas dedicadas a labores del hogar mostraron más afectación moderada (6 de 8; p = 0,002); sexo, provincia y consumo de alcohol no se asociaron. **Conclusión:** el impacto de la salud oral fue mayoritariamente leve, pero concentrado en dolor e incomodidad, y más intenso en quienes se dedican al hogar.
Descriptores: calidad de vida; salud bucal; población rural. (DeCS).

ABSTRACT

Objective: To describe oral health-related quality of life among adults from rural communities in Chimborazo, Tungurahua and Cotopaxi, and to explore its relationship with sex, occupation, province and frequency of alcohol consumption. **Methods:** Observational, descriptive, cross-sectional study of 122 people aged 18 years or older; the OHIP-14Sp was administered and impact levels were compared using the chi-square test with Monte Carlo simulated p-values. **Results:** The most frequently reported impacts were tooth sensitivity (52.9%), bad breath (46.3%) and toothache (45.9%); 27.3% showed moderate impact. People engaged in household work had more moderate impact (6 of 8; p = 0.002); sex, province and alcohol consumption were not significantly associated. **Conclusion:** The oral health impact was mostly mild, but concentrated on pain and discomfort, and greater among those devoted to household work.
Descriptors: quality of life; oral health; rural population. (MeSH).

Recibido: 08/07/2026. Revisado: 19/07/2026. Aprobado: 25/09/2026. Publicado: 01/10/2026.
Artículo original breve

INTRODUCCIÓN

Más allá de la caries o del sangrado gingival que registra el odontólogo, la boca condiciona la manera en que una persona come, habla, duerme y se muestra ante los demás; de ahí que la calidad de vida relacionada con la salud oral se haya convertido en un resultado tan relevante como los índices clínicos (1). Y es que una molestia menor en el consultorio puede significar, en casa, una comida a medias o una sonrisa escondida.

En ese sentido, las enfermedades bucodentales afectan a cerca de 3500 millones de personas y se concentran en los grupos con menos recursos (2). Según el estudio de Gaber et al., los residentes rurales de Quebec reportaron una mayor prevalencia de impactos negativos en dolor, malestar psicológico e incapacidad social que los urbanos (3), una desigualdad que se repite allí donde los servicios odontológicos son escasos y la prevención llega tarde (4). En el Ecuador, el escenario rural e indígena resulta especialmente sensible; en la Amazonía, las lesiones cariosas sin tratar predominaban en todas las edades escolares (5).

Entre los hábitos que pueden agravar este panorama, el consumo de alcohol ocupa un lugar particular. Conforme al metaanálisis de Pulikkotil et al., beber alcohol se asoció con una mayor probabilidad de periodontitis (6), mientras que otros trabajos lo vinculan con problemas bucales autopercibidos y con la erosión del esmalte por el pH ácido de muchas bebidas (7,8). En la Sierra central, donde las celebraciones comunitarias marcan el calendario social, este factor merece atención.

Por ello, el objetivo del estudio fue describir la calidad de vida relacionada con la salud oral en adultos de comunidades rurales de Chimborazo, Tungurahua y Cotopaxi, y explorar su relación con el sexo, la ocupación, la provincia de residencia y la frecuencia de consumo de alcohol.

MÉTODOS

Desde un enfoque cuantitativo, se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal en cuatro comunidades rurales: el Barrio Central de la parroquia San Juan y Gatazo Chico (cantón Riobamba, Chimborazo), Chibuleo San Francisco (cantón Ambato, Tungurahua) y Papaurco (cantón Salcedo, Cotopaxi).

En cuanto a los participantes, se incluyó a personas de 18 años o más, residentes en dichas comunidades, que comprendieran el español y aceptaran participar; se excluyó a mujeres embarazadas o en periodo de lactancia y a quienes no pudieron completar el cuestionario. La muestra se estimó por comunidad con un 95 % de confianza y un 5 % de error. La recolección se efectuó a inicios de 2025, en visitas a hogares y espacios comunitarios acompañadas por dirigentes locales, durante festividades que facilitaron el contacto con la población.

Para medir el desenlace se utilizó el OHIP-14, versión abreviada del perfil de impacto de salud oral (9), en su adaptación al español OHIP-14Sp validada por León et al. (10), con cinco opciones de respuesta para cada ítem, desde «nunca» hasta «siempre». A partir del puntaje total (0 a 56), los autores clasificaron la afectación como nula (0), leve (1 a 18) o moderada (19 a 36). Se registraron también el sexo, la ocupación, la provincia y la frecuencia semanal de consumo de alcohol.

Posteriormente, las variables se describieron mediante frecuencias absolutas y porcentajes. La proporción de afectación moderada se comparó entre categorías con chi cuadrado; por las frecuencias esperadas bajas, el valor p se estimó por simulación de Monte Carlo (20 000 réplicas), con significación en $p < 0,05$. El reporte siguió la declaración STROBE (11). En lo ético, la participación fue voluntaria y anónima, previa aceptación de cada persona; la aprobación por un comité de ética queda pendiente de consignar por los autores.

RESULTADOS

En total participaron 122 personas; de las 121 que registraron su sexo, 76 eran hombres (62,8 %) y 45 mujeres (37,2 %). La mayoría residía en Chimborazo (52,5 %).

En cuanto a los ítems del OHIP-14Sp (Tabla 1), al sumar las respuestas «algunas veces» o más, destacaron la sensibilidad dental (52,9 %), el mal aliento (46,3 %), el dolor dental (45,9 %), la infelicidad por problemas dentales (42,6 %) y la inconformidad con la apariencia (41,0 %); la incapacidad para funcionar (18,9 %) fue el impacto menos frecuente.

Tabla 1. Distribución de respuestas a los ítems del OHIP-14Sp (n = 122).

Ítem	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuen-temente	Siempre
Mal aliento*	35	30	52	4	0
Digestión empeorada	51	32	34	5	0
Dientes sensibles*	19	38	52	9	3
Dolor de dientes	24	42	54	2	0
Habla poco clara	51	40	26	4	1
Palabras malentendidas	59	37	19	7	0
Menor tolerancia con la familia	58	39	20	4	1
Dificultad en el trabajo habitual	62	33	25	2	0
Incapaz de trabajar a plena capacidad	67	30	19	3	3
Sentirse infeliz	43	27	39	8	5
Sueño interrumpido	61	31	29	0	1
Molestia o irritación	44	40	34	4	0
Incapaz de funcionar	66	33	18	4	1
Inconformidad con la apariencia	36	36	41	6	3

Valores expresados en número de participantes. *n = 121 por una respuesta faltante.

Respecto al nivel global, entre 121 personas con datos completos, 84 (69,4 %) presentaron afectación leve, 33 (27,3 %) moderada y 4 (3,3 %) ninguna; no se registraron casos graves. La Tabla 2 muestra la proporción de afectación moderada según las variables estudiadas.

Tabla 2. Afectación moderada de la calidad de vida relacionada con la salud oral según características de los participantes.

Variable	N	Afectación moderada n (%)	Valor p
Sexo			0,534
Femenino	45	14 (31,1)	
Masculino	76	19 (25,0)	
Ocupación			0,002
Estudia	70	14 (20,0)	
Trabaja	41	13 (31,7)	
Labores del hogar	8	6 (75,0)	
Provincia			0,065
Tungurahua	30	5 (16,7)	
Cotopaxi	28	5 (17,9)	
Chimborazo	64	23 (35,9)	
Consumo de alcohol			0,169
Una vez por semana	96	22 (22,9)	
Dos veces por semana	5	2 (40,0)	
Tres o más veces por semana	22	9 (40,9)	

Chi cuadrado con simulación de Monte Carlo. n: participantes con dato válido.

Como se aprecia, solo la ocupación mostró asociación significativa: seis de las ocho personas dedicadas al hogar presentaron afectación moderada, frente a una de cada cinco entre quienes estudiaban.

DISCUSIÓN

De entrada, el perfil de impacto observado se inclina hacia el dolor y la incomodidad más que hacia la incapacidad. Más de la mitad sintió dientes sensibles y casi la mitad dolor dental, pero menos de uno de cada cinco se declaró incapaz de funcionar: una población que convive con molestias recurrentes sin que paralicen su vida. Esto concuerda con el trabajo de Gaber et al., donde los residentes rurales concentraron sus impactos negativos en los dominios de dolor y malestar

psicológico (3). La verdad es que una sensibilidad «a veces» presente rara vez motiva una consulta, y ahí reside parte del problema.

En cuanto a la ocupación, el dato más llamativo corresponde a quienes se dedican al hogar. Aunque el grupo es pequeño y el resultado debe tomarse con cautela, la tendencia coincide con la literatura sobre gradiente social: según Guarnizo-Herreño et al., la peor salud oral subjetiva se concentra en los niveles socioeconómicos más bajos y, de forma más marcada, en edades jóvenes (12). Cabe pensar que la falta de ingresos propios y la costumbre de anteponer la salud de los hijos a la propia expliquen, en parte, esa diferencia.

Por su parte, la ausencia de asociación con el consumo de alcohol no permite descartarlo como factor de riesgo. Desde el punto de vista biológico, Tezal et al. describieron una relación dosis-respuesta entre la cantidad de alcohol consumida y la pérdida de inserción periodontal (13), y en personas con dependencia alcohólica se han documentado peores condiciones de higiene, más caries y más enfermedad periodontal (14). A ello se suma el metaanálisis de Wang et al., que confirmó un mayor riesgo de periodontitis en bebedores (15). Aquí, quienes bebían dos o más veces por semana tuvieron casi el doble de afectación moderada, pero el grupo pequeño restó potencia al análisis; la tendencia está ahí, aunque los números no alcanzaron para confirmarla.

En relación con la provincia, la mayor afectación en Chimborazo, cercana a la significación, podría reflejar diferencias de acceso a servicios, hipótesis que estos datos no permiten verificar.

Entre las limitaciones, el diseño transversal impide establecer causalidad y el consumo de alcohol se midió solo por frecuencia, sin considerar cantidad ni tipo de bebida. Tampoco hubo examen clínico que vinculara los impactos con diagnósticos. Por otra parte, la exigencia de comprender el español pudo excluir a población kichwahablante, y las festividades pudieron influir en quiénes respondieron.

CONCLUSIÓN

En los adultos de las comunidades rurales estudiadas, el impacto de la salud oral sobre la calidad de vida fue mayoritariamente leve, aunque concentrado en sensibilidad, mal aliento y dolor dental, molestias que suelen pasar desapercibidas para los servicios de salud. Las personas dedicadas a labores del hogar mostraron la mayor afectación, y el consumo frecuente de alcohol mostró una tendencia desfavorable no significativa. Estos resultados respaldan acciones preventivas en el propio territorio, con atención especial a quienes sostienen el trabajo doméstico, y estudios futuros con examen clínico.

FINANCIAMIENTO

Este trabajo se llevó a cabo con recursos exclusivamente aportados por los autores.

CONFLICTO DE INTERESES

No existen conflictos de interés por parte de los autores respecto a la presente investigación.

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ecuador.

REFERENCIAS

1. Sischo L, Broder HL. Oral health-related quality of life: what, why, how, and future implications. J Dent Res. 2011;90(11):1264-70.
2. Peres MA, Macpherson LMD, Weyant RJ, Daly B, Venturelli R, Mathur MR, et al. Oral diseases: a global public health challenge. Lancet. 2019;394(10194):249-60.
3. Gaber A, Galarneau C, Feine JS, Emami E. Rural-urban disparity in oral health-related quality of life. Community Dent Oral Epidemiol. 2018;46(2):132-42.
4. Watt RG, Daly B, Allison P, Macpherson LMD, Venturelli R, Listl S, et al. Ending the neglect of global oral health: time for radical action. Lancet. 2019;394(10194):261-72.
5. Medina W, Hurtig AK, San Sebastián M, Quizhpe E, Romero C. Dental caries in 6-12-year-old indigenous and non-indigenous schoolchildren in the Amazon basin of Ecuador. Braz Dent J. 2008;19(1):83-6.

6. Pulikkotil SJ, Nath S, Muthukumaraswamy, Dharamarajan L, Kweh TJ, Vaithilingam RD. Alcohol consumption is associated with periodontitis. A systematic review and meta-analysis of observational studies. Community Dent Health. 2020;37(1):12-21.
7. Çetinkaya H, Romaniuk P. Relationship between consumption of soft and alcoholic drinks and oral health problems. Cent Eur J Public Health. 2020;28(2):94-102.
8. Lan Z, Zhao IS, Li J, Li X, Yuan L, Sha O. Erosive effects of commercially available alcoholic beverages on enamel. Dent Mater J. 2023;42(2):236-40.
9. Slade GD. Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. Community Dent Oral Epidemiol. 1997;25(4):284-90.
10. León S, Bravo-Cavicchioli D, Correa-Beltrán G, Giacaman RA. Validation of the Spanish version of the Oral Health Impact Profile (OHIP-14Sp) in elderly Chileans. BMC Oral Health. 2014;14:95.
11. von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. Lancet. 2007;370(9596):1453-7.
12. Guarnizo-Herreño CC, Watt RG, Fuller E, Steele JG, Shen J, Morris S, et al. Socioeconomic position and subjective oral health: findings for the adult population in England, Wales and Northern Ireland. BMC Public Health. 2014;14:827.
13. Tezal M, Grossi SG, Ho AW, Genco RJ. The effect of alcohol consumption on periodontal disease. J Periodontol. 2001;72(2):183-9.
14. Priyanka K, Sudhir KM, Reddy VCS, Kumar RK, Srinivasulu G. Impact of alcohol dependency on oral health - a cross-sectional comparative study. J Clin Diagn Res. 2017;11(6):ZC43-6.
15. Wang J, Lv J, Wang W, Jiang X. Alcohol consumption and risk of periodontitis: a meta-analysis. J Clin Periodontol. 2016;43(7):572-83.

Derechos de autor: 2026. Por los autores. Este artículo es de acceso abierto y distribuido según los términos y condiciones de la licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0)

https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/