

Universidad Católica de Santa María

Facultad de Odontología

Escuela Profesional de Odontología



**CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD BUCAL EN NIÑOS DE 8
A 10 AÑOS DE LOS SUMAC WASI SANTA TERESA DEL NIÑO JESÚS Y
SUMAC WASI SANTO TOMÁS DE AQUINO-CIRCA AREQUIPA 2021**

Tesis presentada por la Bachiller:

Jara Mamani, Diana Carolina

Para optar el Título Profesional
de:

Cirujana Dentista

Asesora:

Dra. Portilla Miranda, Serey

Arequipa-Perú

2021

DICTAMEN APROBATORIO

UCSM-ERP

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

ODONTOLOGIA

TITULACIÓN CON TESIS

DICTAMEN APROBACIÓN DE BORRADOR

Arequipa, 15 de Mayo del 2021

Dictamen: 002274-C-EPO-2021

Visto el borrador del expediente 002274, presentado por:

2012801642 - JARA MAMANI DIANA CAROLINA

Titulado:

**CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD BUCAL EN NIÑOS DE 8 A 10 AÑOS DE LOS SUMAC
WASI SANTA TERESA DEL NIÑO JESUS Y SUMAC WASI SANTO TOMAS DE AQUINO-CIRCA
AREQUIPA 2021**

Nuestro dictamen es:

APROBADO

**0149 - DEL CARPIO RODRIGUEZ GASPAR ENRIQUE
DICTAMINADOR**



**0421 - PACHECO BALDARRAGO ELMER ERMILIO
DICTAMINADOR**



**2293 - PEREA CORIMAYA ELIZABETH MARIELA
DICTAMINADOR**

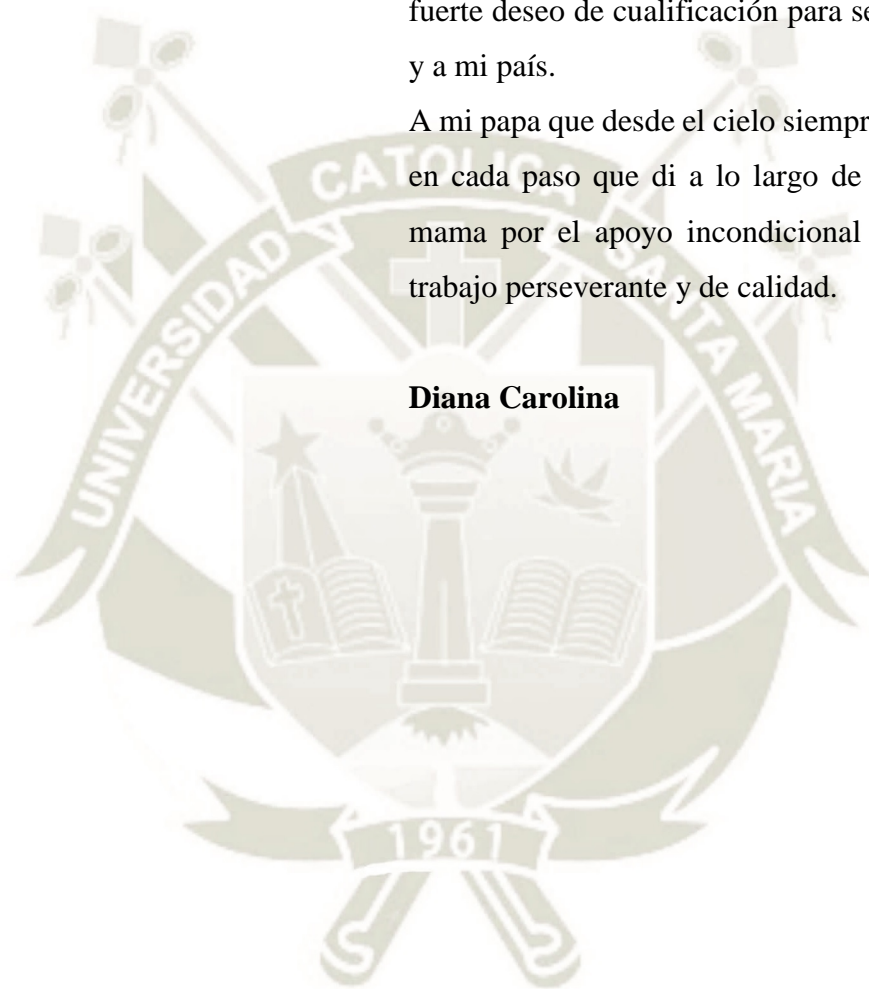


DEDICATORIA

A Dios, por darme la vida y por estimular en mí un fuerte deseo de cualificación para servir a mi familia y a mi país.

A mi papa que desde el cielo siempre estuvo presente en cada paso que di a lo largo de mi carrera, a mi mama por el apoyo incondicional y el ejemplo de trabajo perseverante y de calidad.

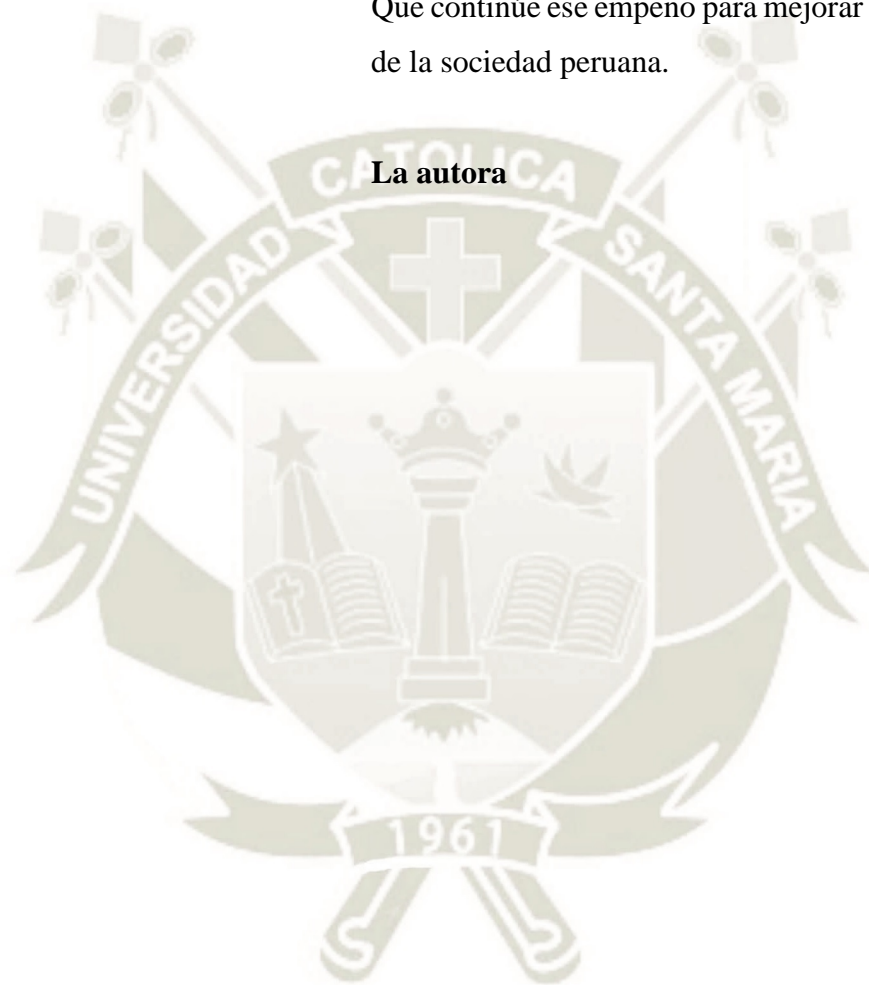
Diana Carolina



AGRADECIMIENTO

A la Universidad Católica de Santa María en sus docentes, administrativos y directivos por la organización de una excelente formación académica. Que continúe ese empeño para mejorar la calidad de vida de la sociedad peruana.

La autora



RESUMEN

Esta investigación tiene por objetivo conocer la relación que existe entre la salud bucal y la calidad de vida en los niños de 8 a 10 años en los Sumac Wasi Santa Teresa del Niño Jesús y Santo Tomás de Aquino. Se caracteriza por ser una investigación de enfoque cuantitativo, nivel básico, tipo descriptivo-correlacional, diseño no experimental y de corte transversal. La información se obtuvo con la técnica de la encuesta y la observación, con los instrumentos Documental child perceptions questionnaire y Ficha de examen clínico dental. La muestra estuvo conformada por 100 niños de 8 a 10 años de los Sumac Wasi Santa Teresa del Niño Jesús y Santo Tomás de Aquino-CIRCA. Se llegó a las siguientes conclusiones: El 59% de niños presenta dientes primarios cariados y el 62% de niños presenta dientes permanentes cariados, y en cuanto a la maloclusión hay predominio de la neutroclusión (90%); además, los niños presentan buena calidad de vida. Existe correlación estadísticamente significativa entre salud bucal y calidad de vida de los niños con dientes permanentes ($p: 0.000$), lo mismo sucede en los niños con dientes primarios o deciduos ($p: 0.021$), también hay correlación significativa entre maloclusión y calidad de vida ($p: 0.000$).

Palabras clave: salud bucal, calidad de vida, síntomas bucales, bienestar emocional, bienestar social.

ABSTRACT

The objective of this research is to know the relationship between oral health and quality of life in children between 8 and 10 years old in the Sumac Wasi Santa Teresa del Niño Jesús and Santo Tomás de Aquino. It is characterized by being a research with a quantitative approach, basic level, descriptive-correlational type, non-experimental and cross-sectional design. The information was obtained with the survey and observation technique, with the instruments Documental child perceptions questionnaire and Sheet of dental clinical examination. The sample consisted of 100 children from 8 to 10 years old from the Sumac Wasi Santa Teresa del Niño Jesús and Santo Tomás de Aquino-CIRCA. The following conclusions were reached: 59% of children present decayed primary teeth and 62% of children present decayed permanent teeth, and regarding malocclusion there is a predominance of neutroocclusion (90%); in addition, children have a good quality of life. There is a statistically significant correlation between oral health and quality of life in children with permanent teeth ($p: 0.000$), the same happens in children with primary or deciduous teeth ($p: 0.021$), there is also a significant correlation between malocclusion and quality of life ($p: 0.000$).

Keywords: Oral health, quality of life, oral symptoms, emotional well-being, social well-being.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad existe un creciente interés en aceptar a la salud bucal como un componente integral de la salud y de la calidad de vida, por lo que los esfuerzos en la investigación del área odontológica no únicamente se enfoca en la rehabilitación de los padecimientos bucales, sino también analizar la relación que hay entre el estado de la salud bucal y la calidad de vida. Disfrutar de una correcta salud bucodental en alguna etapa de la vida es primordial para un preciso desarrollo de las ocupaciones rutinarias. Es por eso que la calidad de vida relacionada con la salud, o la salud percibida, integra esos puntos de la vida de manera directa relacionados con el desempeño físico y mental y con el estado de confort de las personas.

La calidad de vida y la condición oral de los individuos permanecieron por un largo tiempo desconocidas gracias a que no existían instrumentos que tengan la posibilidad de ser aplicados en las distintas edades. No obstante, en los años anteriores se han creado instrumentos validados en diferentes lenguajes para lograr considerar la calidad de vida relacionada con la salud bucal.

Los niños de 8 a 10 años se encuentran en una etapa de cambio, este es un proceso de pérdida de los dientes primarios para dar paso a los dientes permanentes, pero este proceso no es inocuo, sino que está acompañado por la afección de múltiples problemas bucales en las que se destacan la caries dental y las maloclusiones.

La caries dental es una variación del equilibrio y la proporción entre las distintas especies de microorganismos de la flora oral. De igual modo, es la disolución química localizada del área dentaria como producto de diferentes eventos metabólicos asociada a distintos causantes, como la carencia de higiene bucal, nutrición indebida, insuficiente información acerca de medidas preventivas y falta de ingreso a los servicios de salud.

Una impecable salud oral es un ingrediente fundamental para la salud general y la calidad de vida; es por esto que el Minsa y la AAPD sugieren la atención odontológica a temprana edad. Además, es de enorme consideración detectar esos causantes que afectan a la calidad de vida. Por otro lado, no existe bastante prueba científica creíble que demuestre su relación, más que nada en la gente peruana.

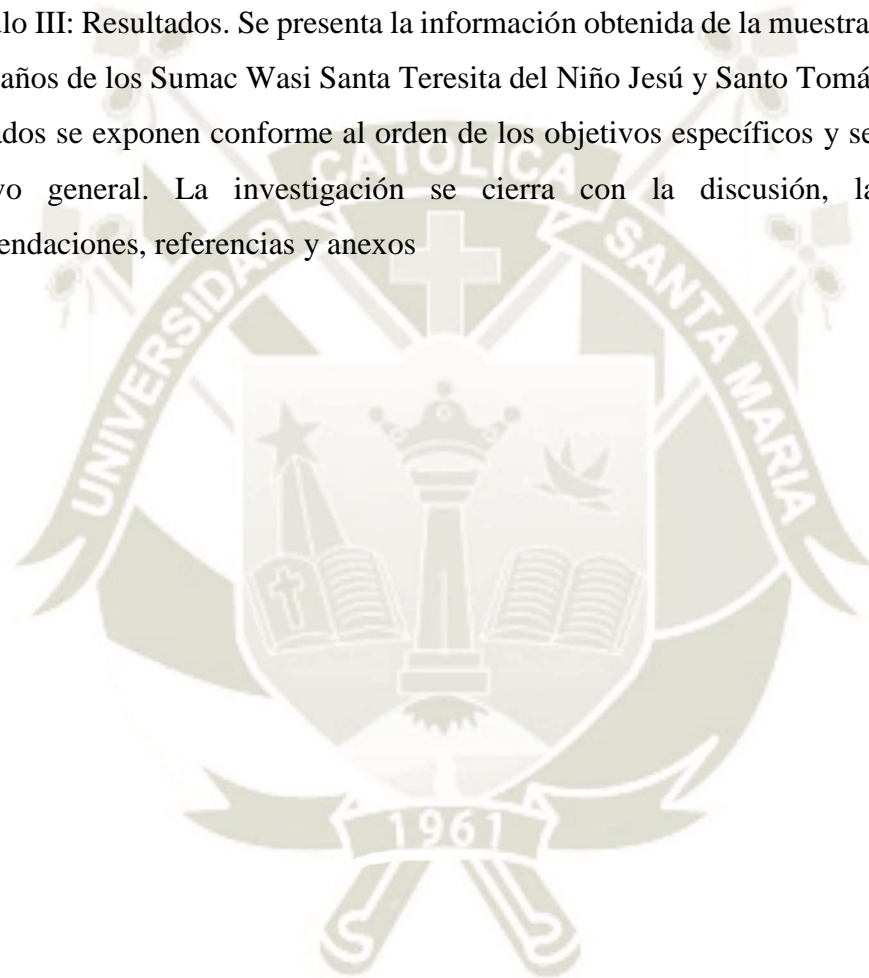
Ante esta situación, en esta investigación, se ha decidido conocer la relación que existe entre la salud bucal y la calidad de vida en los niños de 8 a 10 años en los Sumac Wasi Santa Teresa del Niño Jesús y Santo Tomás de Aquino.

Para el cumplimiento de este objetivo se desarrolló el siguiente itinerario:

Capítulo I: Planteamiento teórico. Se describe ampliamente y se enuncia el problema de investigación, se reconoce las variables y sus respectivas dimensiones e indicadores, y se expone los objetivos de la investigación. Además, se presenta la teoría de cada una de las variables.

Capítulo II: Planteamiento operacional. Para operativizar las variables se presenta cada uno de las técnicas e instrumentos con su respectiva validación, se precisa la población y la muestra, se indica las estrategias de recolección de datos.

Capítulo III: Resultados. Se presenta la información obtenida de la muestra de niños de ocho a diez años de los Sumac Wasi Santa Teresita del Niño Jesús y Santo Tomás de Aquino. Los resultados se exponen conforme al orden de los objetivos específicos y se concluye con el objetivo general. La investigación se cierra con la discusión, las conclusiones, recomendaciones, referencias y anexos



ÍNDICE

DICTAMEN APROBATORIO.....	ii
DEDICATORIA.....	iii
AGRADECIMIENTO.....	iv
RESUMEN.....	v
ABSTRACT.....	vi
INTRODUCCIÓN.....	vii
CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO TEÓRICO.....	1
1. Problema de investigación.....	2
1.1. Determinación del problema.....	2
1.2. Enunciado del problema.....	2
1.3. Descripción del problema.....	3
1.4. Justificación.....	4
2. Objetivos.....	5
2.1. Objetivo general.....	5
2.2. Objetivos específicos.....	5
3. Marco teórico.....	6
3.1. Conceptos básicos.....	6
3.2. Revisión de antecedentes investigativos.....	29
4. Hipótesis.....	36
CAPÍTULO II PLANTEAMIENTO OPERACIONAL.....	37
1. Técnica, instrumentos y materiales de verificación.....	38
1.1. Técnica.....	38
1.2. Instrumentos.....	41
1.3. Materiales de verificación.....	41
2. Campo de verificación.....	42
2.1. Ámbito.....	42
2.2. Unidades de Estudio.....	42
2.3. Temporalidad.....	42
2.4. Ubicación Espacial.....	42
3. Estrategia de recolección de datos.....	43
3.1. Organización.....	43
3.2. Recursos.....	43

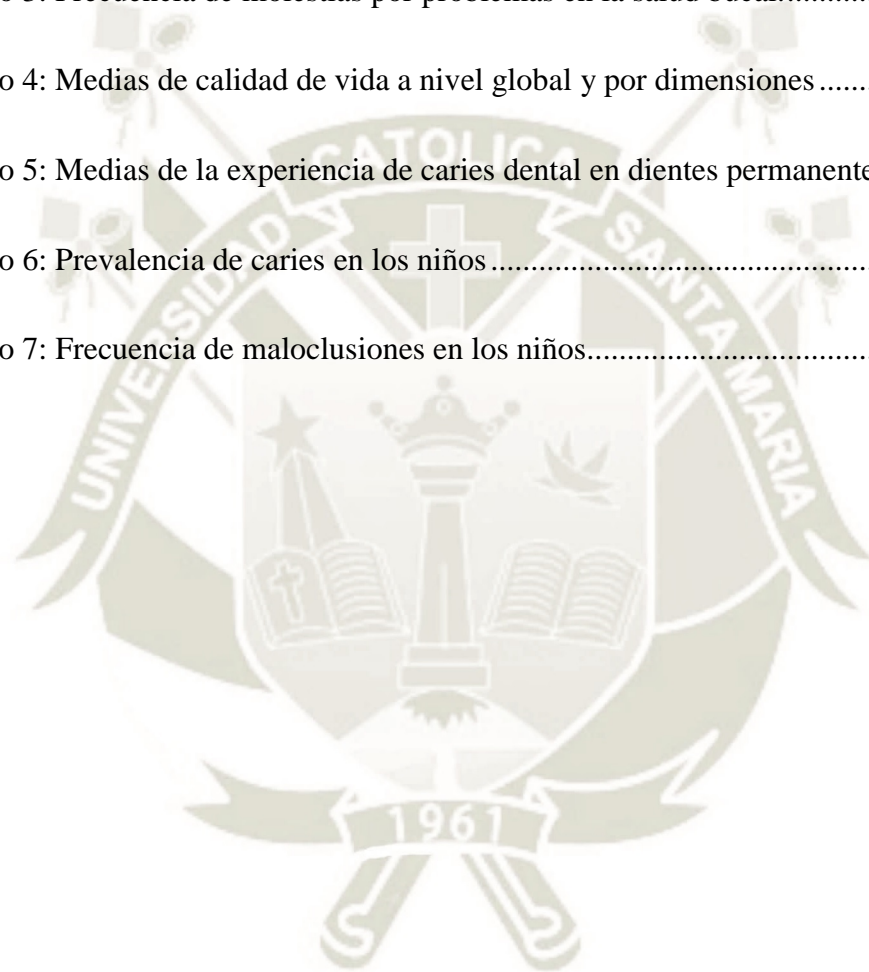
3.3. Recursos Económicos	43
3.4. Recursos institucionales.....	43
4. Validación del instrumento	43
5. Estrategia para manejar los resultados	44
5.1. Tipo de procesamiento.....	44
5.2. Operaciones	44
6. Plan de Análisis de Datos.....	44
7. Cronograma de trabajo	45
CAPÍTULO III RESULTADOS	46
DISCUSIÓN.....	65
CONCLUSIONES.....	68
RECOMENDACIONES	70
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	71
ANEXOS	75
ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LOS PADRES	76
ANEXO 2: CONSENTIMIENTO INFORMADO	77
ANEXO 3: CUESTIONARIO DE PERCEPCIÓN INFANTIL CPQ8-10	78
ANEXO 4: FICHA DE EXAMEN CLÍNICO DENTAL	83
ANEXO 5: BASE DE DATOS	84
ANEXO 7: FOTOS DE LA APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO	92
ANEXO 8: CONSENTIMIENTO INFORMADO	97
ANEXO 9: CARTA DE PRESENTACION PARA LA APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO	99

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Muestra según sexo y edad.....	47
Tabla 2: Percepción sobre la salud bucal de los niños.	48
Tabla 3: Medias de calidad de vida a nivel global y por dimensiones.	50
Tabla 4: Medias de la experiencia de caries dental en dientes permanentes y deciduos.....	52
Tabla 5: Prevalencia de caries en los niños	54
Tabla 6: Frecuencia de maloclusiones en los niños.....	56
Tabla 7: Prueba de hipótesis de correlación entre calidad de vida y caries dental en dientes permanentes	58
Tabla 8: Prueba de hipótesis de correlación entre calidad de vida y caries dental en dientes deciduos o primarios.....	60
Tabla 9: Prueba de hipótesis de correlación entre calidad de vida y maloclusión en los niños	61
Tabla 10: Relación entre las dimensiones de calidad de vida con las dimensiones de salud bucal.	63

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Muestra de estudio según sexo y edad	47
Gráfico 2 Percepción sobre la salud bucal.	49
Gráfico 3: Frecuencia de molestias por problemas en la salud bucal.....	49
Gráfico 4: Medias de calidad de vida a nivel global y por dimensiones	51
Gráfico 5: Medias de la experiencia de caries dental en dientes permanentes y deciduos..	53
Gráfico 6: Prevalencia de caries en los niños	55
Gráfico 7: Frecuencia de maloclusiones en los niños.....	57





CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. Problema de investigación

1.1. Determinación del problema

En la infancia a lo largo de su desarrollo puede ocurrir muchos problemas bucodentales y estos a su vez dejar secuelas en su vida diaria, la cual puede perjudicar en la mayoría de casos el bienestar emocional y social del niño, es decir estos problemas dentales tienen la posibilidad de perjudicar su calidad de vida.

La salud bucal en el Perú, según un estudio epidemiológico realizado por el MINSA, muestra una prevalencia de caries dental de 85 % en niños menores de 11 años, mientras que en niños de 3 a 5 años existe una prevalencia de 76% (1).

Debido a las altas cifras de prevalencia, en el año 2017 se aprobó el “Plan Nacional de Salud Bucal” con diversas acciones para fomentar la prevención y promoción, además de garantizar el acceso a servicios de salud oral; sin embargo, la población peruana aún sufre de este grave problema de salud afectando a niños, adolescentes y adultos.

Además, se cree que al afrontar los problemas de salud bucal se logrará potenciar la calidad de vida de los niños, es algo que urge dado que esta población es de escasos recursos y con innumerables limitantes a su desarrollo personal y familiar. Por tal motivo, el propósito de esta investigación es evaluar el efecto que causa la salud bucal sobre la calidad de vida de los niños de 8 a 10 años que viven en los Sumac Wasi Santa Teresa del Niño Jesús y Santo Tomás de Aquino, aplicando un cuestionario de percepción del niño (CPQ 8-10) validado en idioma español que permitirá desarrollar estrategias de prevención y promoción no sólo en individuos enfermos, sino también en población sana (2).

1.2. Enunciado del problema

“Calidad de vida relacionada a la salud bucal en niños de 8 a 10 años de los Sumac Wasi Santa Teresa del Niño Jesús y Sumac Wasi Santo Tomás de Aquino-CIRCA, Arequipa 2021”.

1.3. Descripción del problema

1.3.1. Área del Conocimiento

Área General : Ciencias de la salud

Área Específica : Odontología

Especialidad : Odontopediatría

Línea o Tópico : Salud pública

1.3.2. Operacionalización de Variables

<i>Variables</i>	<i>Dimensiones</i>	<i>Indicadores</i>	<i>Escala de medición</i>	<i>Valor</i>
Variable dependiente: Calidad de vida	-Síntomas bucales -Limitaciones funcionales -Bienestar emocional -Bienestar social	Instrumento cuestionario de percepción del niño (CPQ 8-10)	Ordinal	0 = no, nunca 1 = no, casi nunca 2 = a veces 3 = siempre 4 = casi siempre Valor 0-100 > puntuación peor CV
Variable independiente: Salud bucal	Caries dental	-Índice CPOD -Índice ceo-d	Nominal	0.0-1.1 Muy Bajo 1.2-2.6 Bajo 2.7-4.4 Moderado 4.5-6.5 Alto >6.6 Muy Alto
	Maloclusión dental	Clasificación de angle	Nominal	Clase I Clase II Clase III

1.3.3. Interrogantes Básicas

- ¿Qué relación existe entre la calidad de vida y la salud bucal de los niños de 8 a 10 años en los Sumac Wasi Santa Teresa del Niño Jesús y Santo Tomás de Aquino?
- ¿Cómo es la calidad de vida en los niños de 8 a 10 años en los Sumac Wasi Santa Teresa del Niño Jesús y Santo Tomás de Aquino?
- ¿Cuál es la condición de caries dental en los niños de 8 a 10 años en los Sumac Wasi Santa Teresa del Niño Jesús y Santo Tomás de Aquino?
- ¿Cuál es la condición de maloclusión en los niños de 8 a 10 años en los Sumac Wasi Santa Teresa del Niño Jesús y Santo Tomás de Aquino?

1.3.4. Taxonomía de la Investigación

Abordaje	<i>Tipos de estudio</i>						
	Por la técnica de recolección	Por el tipo de dato	Numero de mediciones de variable	Numero de muestra	Por el ámbito de recolección	Diseño	Nivel
Cuanti-tativo	-Encuesta. -Observa-cional	Retrospec-tivo	Transversal (una sola medición)	Descriptivo	De campo	No experimental.	- Descriptivo -Correla-cional

1.4. Justificación

Las afecciones bucales son altamente prevalentes en todo el mundo, a pesar de las mejoras de los índices de salud oral en las últimas décadas, un deteriorado estado bucal como, la ausencia de piezas dentales caries dental, traumatismos dentales, maloclusiones y placa bacteriana puede influir en la calidad de vida desde muy temprana edad, afectando diversos aspectos de su vida diaria como: la función masticatoria, la fonación, la apariencia física y las relaciones interpersonales.

Por esta razón se ha desarrollado diversos cuestionarios para así evaluar la calidad de vida relacionada con la salud oral en niños y adolescentes, así lograr una comprensión adecuada de la enfermedad por parte del individuo que será de vital importancia en su prevención; y así el nivel de educación de los padres o apoderados podría constituir también un factor importante en la prevención de los problemas bucales, en consideración al rol clave que estos desempeñan en el modelamiento de hábitos para mantener la salud bucal en los niños (2).

Actualmente se encuentra dentro de los más utilizados en niños, el Child Perceptions Questionnaire(CPQ8-10)(CPQ11-12), Child Oral Impacts on Daily Performances, y el Child Oral Health Impact Profile siendo unos de los pocos instrumentos que han sido adaptados y validados para su uso en Latinoamérica.

El presente estudio permitirá establecer si existe o no relación entre las condiciones de salud oral antes mencionadas y la calidad de vida de los niños permitiéndonos brindar alternativas de solución que faciliten un desarrollo óptimo de los niños (3).

Finalmente, el desarrollo de esta investigación, cumple con las políticas de investigación que la Universidad exige en esta etapa para el desarrollo profesional.

1.4.1. Originalidad

A pesar de existir investigaciones relacionadas sobre el impacto que causa las afecciones bucales sobre la calidad de vida en niños, por consiguiente, tiene una originalidad parcial, sin embargo, la realización de la investigación es de gran importancia ya que nos ayudaría a la prevención de muchos problemas psicosociales a futuro en niños con escasos recursos.

1.4.2. Relevancia científica

Este estudio trata de brindar un aporte científico a la Odontología Preventiva y Social en odontopediatría, dado que los resultados obtenidos aportaran a futuras investigaciones relacionadas al tema (3).

1.4.3. Relevancia social

Es relevante socialmente debido que ayudará a determinar si en la actualidad existe relación significativa de las afecciones bucales en niños sobre la calidad de vida, lo cual servirá para determinar nuevas propuestas de prevención a futuro

1.4.4. Factibilidad

Es una investigación factible, puesto que las condiciones de dicho estudio son realizables teniendo garantizado el apoyo de la institución, una disponibilidad de recursos, materiales, conocimiento metodológico, tiempo adecuado en un tiempo prudente, consta de un presupuesto cubierto por el investigador e interés del mismo. Al mismo tiempo nos dará resultados, conclusiones y recomendaciones (3).

2. Objetivos

2.1. Objetivo general

Determinar la relación que existe entre la calidad de vida y la salud bucal de los niños de 8 a 10 años en los Sumac Wasi Santa Teresa del Niño Jesús y Santo Tomás de Aquino.

2.2. Objetivos específicos

1. Analizar la calidad de vida en los niños de 8 a 10 años en los Sumac Wasi Santa Teresa del Niño Jesús y Santo Tomás de Aquino.

2. Identificar la condición de caries dental en niños de 8 a 10 años en los Sumac Wasi Santa Teresa del Niño Jesús y Santo Tomás de Aquino.
3. Identificar la condición de maloclusión en los niños de 8 a 10 años en los Sumac Wasi Santa Teresa del Niño Jesús y Santo Tomás de Aquino.

3. Marco teórico

3.1. Conceptos básicos

3.1.1. Calidad de vida

3.1.1.1. Génesis histórica de la calidad de vida.

La calidad de vida es un término que se remontó desde el siglo pasado como una idea del estado de bienestar, derivando de los desajustes socioeconómicos antecedentes de la colosal depresión de la década de 1930, evoluciona y se difunde rígidamente, este criterio ha evolucionado históricamente encontrándose diferentes definiciones de acuerdo con la etapa.

Moreno y Ximénez, señalan que “Para las culturas de Egipto, hebrea, griega y romana, la calidad de vida se relacionó con la enorme tradición occidental de la preocupación por el cuidado de la salud del individuo, más que nada en los puntos alimenticios y de cuidado personal” (4).

Casas y Lindström indican que, durante el siglo XX, tras la segunda guerra mundial, el progreso de la industrialización acarreó con su llegada el desarrollo económico y las mejoras en las condiciones en general de vida, identificando la calidad de vida con la función de ingreso a bienes materiales, o sea, la iniciativa del confort poblacional se reflejaba en el término renta per cápita (5,6).

García indicó que en los años 50 y 60 es que se cobra auge el interés por bienestar social y su medición. Más adelante se empieza a cuestionar no solamente el bienestar material sino también el bienestar social y que así se producía el bienestar personal, es así que el término de calidad de vida amplió su estructura, integrando puntos de bienestar personal y social en cada una de sus magnitudes (7).

Sin embargo, a fines de la década de los 60 y en la década de los 70 se vinculó a esta idea medidas subjetivas, o sea, evaluaciones que incluían puntos como las emociones individuales de felicidad o satisfacción. Desde entonces hubo una evolución bastante significativa del término calidad de vida, que implicó pasar de bienestar en términos objetivos a incluir la perspectiva subjetiva de satisfacción con la vida (4).

Es así que en el ámbito de la medicina tuvo un importante significado ya que durante el crecimiento de patologías crónicas nos dio la posibilidad del diagnóstico temprano de las mismas, alargándolo y no solo dándole cantidad sino una mejor calidad de años ganados.

Puig refirió que “La satisfacción de las necesidades es un factor clave en la percepción de la calidad de vida”. Además, señaló que “En la era preindustrial se hablaba más que nada de felicidad, valorando la espiritualidad y subjetividad; en la fase industrial se hablaba de bienestar, relacionando este concepto con el materialismo y el utilitarismo, y es apenas en la fase postindustrial que se comienza a definir el constructo calidad de vida como consecuencia de los rápidos y seguidos cambios sociales” (8).

Gómez y Sabeh analizaron con claridad el término calidad de vida y lo asumió constituyéndolo por tres elementos en interacción:

1. Las condiciones objetivas de vida, o descripción objetiva de los individuos y sus circunstancias.
2. El bienestar subjetivo, definido como la satisfacción personal con esas condiciones y con el estilo de vida.
3. Los valores personales y aspiraciones. En este sentido, se señalan dos ámbitos básicos que la mayoría de los autores indican: la dimensión objetiva (condiciones de vida experimentadas por las personas) y la dimensión subjetiva (la valoración del individuo sobre distintos aspectos de su existencia) (9).

De otro lado, para Melchioris et al, indico que “la calidad de vida es un criterio multidimensional que incluye una diversidad de componentes, entre los cuales el estilo de vida, la vivienda, la satisfacción con el trabajo, situación económica, las comunicaciones, la urbanización y la criminalidad, entre

otros, que la conforman en el entorno social, influyen en el desarrollo humano de una sociedad”. Es decir, este término abarca el bienestar físico (actividad funcional, fuerza o fatiga, sueño y dolor entre otros síntomas), social (funciones y las relaciones, el afecto y la intimidad, la apariencia, el entretenimiento, el aislamiento, el trabajo, la situación económica y el sufrimiento familiar), psicológico (el temor, la ansiedad, la depresión, la cognición y la angustia que genera la enfermedad y el tratamiento) y espiritual (la enfermedad, la esperanza, la trascendencia, la incertidumbre, la religiosidad y la fortaleza interior) (10).

De acuerdo con López y Rodríguez, la calidad de vida implica “La evaluación general que un individuo hace de su vida, basado en sus propiedades particulares (demográficas, valores, personalidad) y en componentes externos entre los que se hallan las patologías y el procedimiento que éstas necesitan” (11).

3.1.1.2. Definición de calidad de vida

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la calidad de vida se define como “la percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones”. Es decir, se define como la unificación de los escenarios de vida y la satisfacción particular, se habla de un criterio bastante extenso que está influido de manera compleja por la salud física del individuo, su estado psicológico, su grado de libertad, sus interacciones sociales, así como su interacción con los recursos fundamentales de su ámbito. De esta forma, la calidad de vida presenta un término multidimensional que comprendería tres dimensiones:

- **Dimensión física:** 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:** percepción del individuo sobre su estado cognitivo y afectivo como el miedo, la ansiedad, la incomunicación, la pérdida de autoestima, la incertidumbre del futuro, etc. También incluye tanto las

creencias personales, espirituales y religiosas como el significado de la vida y la actitud ante el sufrimiento.

- **Dimensión social:** percepción del individuo sobre las relaciones interpersonales y los roles sociales en la vida como la necesidad de apoyo familiar y social, la relación médico-paciente y el desempeño laboral (12).

3.1.1.3. Calidad de vida relacionada a la salud general

El concepto de la salud evoluciona en función de procesos históricos, sociales, culturales y a lo largo del desarrollo de la humanidad teniendo diferentes significados. De esta forma, ha trascendido a partir de un modelo estático hasta comprenderse como un proceso dinámico, que no solo implica puntos físicos, también psicológicos y sociales.

En la actualidad, la salud es reconocida como un proceso que incluye habilidades individuales, sociales, físicas y psicológicas; y posibilita a los individuos ajustarse a su ámbito (interpersonal, social, biológico y físico) para hacer sus pretensiones y satisfacer sus necesidades, este proceso está atravesado por situaciones que exceden lo biológico y que se vinculan con la conducta personal, el entorno natural y social en que el individuo vive y los determinantes económicos de su propia realidad.

Es así que, la calidad de vida relacionada a la salud aspira medir el impacto de la salud y de la enfermedad en la calidad de vida.

Kaplan y Bush especificaron el concepto de calidad de vida relacionado a la salud, evaluando las restricciones que la persona manifestaba tener en diferentes superficies (biológicas, psicológicas y sociales) a efecto de una cierta enfermedad y/o accidente, de eso se desprende que el estado de salud está profundamente influido por el estado de ánimo, los mecanismos de afrontamiento a las múltiples situaciones y el soporte social integrando así los elementos tanto propios (físicos y mentales) como externos del individuo. (13).

Posteriormente, y desde una vista multidimensional, la Organización Mundial de la Salud define la calidad de vida relacionada a la salud como “la autopercepción sobre la posición que se tiene en la vida, en un sistema cultural y de valores, relacionado con: objetivos, esperanzas, normas y

preocupaciones personales”. Esta mirada positiva, dirigida a la satisfacción, amplía el campo de interés de este constructo hacia las condiciones de salud de los individuos, con un enfoque de promoción de la salud y prevención de las patologías (14).

Asimismo, la percepción de la calidad de vida relacionada con salud general, se ve afectada por el estado y la autopercepción de la salud oral, ya que es un elemento importante en la calidad de vida, pues la boca cumple muchas funciones tanto biológicas como sociales, por ejemplo: hablar, comer y sonreír, pudiendo tener impacto en la autoestima, la vida diaria y el bienestar (15).

Sin embargo, la calidad de vida relacionada a la salud también constituye una variable fundamental de medida subjetiva, del efecto que la enfermedad y su procedimiento generan en la vida del individuo. La evaluación de la calidad de vida relacionada a la salud en medicina, nos aporta un resultado final de salud que se concentra en la persona mas no en la enfermedad decir en cómo se siente el paciente, independientemente de los signos clínicos (16).

3.1.1.4. Calidad de vida relacionada a la salud en la infancia

En la infancia se indagan de manera primordial los dominios físicos, psicológicos y sociales. Además, se tiene presente la destreza para hacer ocupaciones apropiadas al estadio de crecimiento y desarrollo, dichos dominios involucran al criterio del desarrollo humano y se hallan íntimamente relacionados y mutuamente influenciados.

Desde el punto de vista social, se considera importante la forma en que niños y niñas se relacionan e interactúan con el medio ya sea los familiares y amistades, también la dificultad de relacionarse.

La dimensión psicológica de la calidad de vida relacionada a la salud refiere a las emociones, los sentimientos, la percepción de uno mismo, las habilidades cognitivas y las conductas. En la evolución cognoscitiva infantil participa el desarrollo neurológico y las vivencias de habituación al ambiente, que involucran al mundo físico determinado por la cultura.

En consideración a los aspectos físicos, se explora la capacidad para hacer las ocupaciones físicas de la vida cotidiana, las emociones involucrados con la

percepción subjetiva de la salud física y las sensaciones corporales; la energía y la vitalidad; así como la percepción general de la salud en efecto se apoya en su participación a la maduración, al desarrollo de las capacidades motoras y su contribución al mantenimiento de la salud (14).

Además, se entiende por calidad de vida relacionada con la salud en la infancia a la valoración que poseen las niñas y niños en la interacción a su desempeño físico, psicológico y social, según sea su desarrollo evolutivo, sus diferencias particulares y su entorno sociocultural.

Es por esta razón que la podemos definirla como “La percepción subjetiva y grado de satisfacción del niño o niña, acerca de su funcionamiento físico, psicológico y social; sus condiciones de vida, su momento de desarrollo particular y la influencia que éste tiene en su vida cotidiana y en las cosas que le resultan relevantes y en continuo salud-enfermedad” Cabe resaltar que las dimensiones que deben tomarse en cuenta, para evaluar la calidad de vida son: las áreas de funcionamiento (física, psicológica y social), las relaciones familiares y de amistad, las actividades escolares y recreativas incluyendo también la percepción general del estado de salud, presencia e influencia de los síntomas, impacto del tratamiento, conductas de riesgo y afrontamiento y como todo ello repercute en los contextos de funcionamiento (13).

3.1.2. Variable salud bucal

3.1.2.1. Definición de salud bucal en niños

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), define a la salud bucal como “la ausencia de dolor orofacial, cáncer de boca o de garganta, infecciones y llagas bucales, enfermedades periodontales (de las encías), caries, pérdida de dientes y ciertos trastornos que limitarán la ejecución de sus actividades habituales con normalidad, ya sea, la capacidad de morder, masticar, sonreír y hablar, lo que afectará en el bienestar psicosocial de la persona afectada” (17), 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 facial (18).

La población más afectada por los problemas de salud bucal, en su gran mayoría son los niños ya que en muchos casos no cuentan con conocimientos suficientes acerca de las enfermedades bucales, la manera de prevenirlas, o como tratarlas (12).

La salud bucal en el Perú, según un estudio epidemiológico realizado por el Ministerio de Salud (Minsa), muestra una prevalencia de caries dental en niños menores de 11 años con un 85 %, mientras que en aquellos de entre 3 y 5 años es de 76%. Debido a las altas cifras de prevalencia, en el año 2016 se aprobó el Plan Nacional de Salud Bucal, con diversas acciones para fomentar la prevención y promoción de la salud general, y también para garantizar el acceso a los servicios de salud oral; sin embargo, la población peruana en la actualidad aún sufre de este grave problema de salud que afecta a niños, adolescentes y adultos (1).

Se hace necesario resaltar que el grupo etario más afectado en presentar alguna alteración en su salud bucal, son aquellos que viven en situación de pobreza. En el Perú, el grado de pobreza comunicado últimamente para el cierre del año 2017 ha sido de 21,7% por Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), siendo los infantes y adolescentes los más afectados; en el 2017, el 32,7% de infantes registraron niveles de pobreza, siendo dichos más grandes que los reportados en el año 2016. Los bajos ingresos económicos, por consiguiente, conforman un componente de peligro para el desarrollo de patologías bucales ya que hay pocas modalidades de entrar a los servicios dentales por los precios altos, siendo estos sitios primordiales centros de información en la enseñanza de la salud bucal, por consiguiente, la entrada reducido va a afectar de cualquier manera en el desenvolvimiento usual del individuo, por esto es preocupante velar por aquellos que poseen falta de estos servicios básicos de salud para poder hacer de dicha forma un bienestar equitativo para los individuos de cualquier condición. Una óptima salud oral es un componente esencial para la salud en general y la calidad de vida; es por ello que el Minsa y la AAPD recomiendan la atención odontológica a temprana edad. Además, es también de gran importancia identificar aquellos factores que afectan a la calidad de vida, tales como la severidad de la caries dental y la necesidad de tratamiento. Sin embargo, no existe suficiente

evidencia científica confiable que demuestre su relación, en especial en la población peruana (19).

3.1.2.2. Impacto de la caries dental

La caries dental es una alteración del equilibrio y la proporción entre las diferentes especies de microorganismos de la flora oral. Asimismo, se puede indicar que es la disolución química localizada de la superficie dentaria como resultado de diferentes eventos metabólicos asociada a diversos factores, como la falta de higiene bucal, alimentación inadecuada, insuficiente información sobre medidas preventivas y falta de acceso a los servicios de salud. De eso se desprende que la caries dental es una de las enfermedades más extendidas en el mundo; la Organización Mundial de la Salud ha estimado que 60% a 90% de todos los niños escolares están afectados por caries dental habiendo un aumento directamente proporcional con el aumento de la edad (19).

3.1.2.3. Etiología de caries dental

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

- **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 edad.

- **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
- **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 bucal.

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 dental (20).

- **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 caries (21).

Es así como, la caries dental representa un impacto negativo en los niños, ya que es presuntamente el responsable de ciertas condiciones como la dificultad para masticar, del dolor, la pérdida del apetito, pérdida de peso, trastornos del sueño, irritabilidad, autoestima baja y sobre todo de la

disminución del rendimiento escolar. Entre los factores de riesgo que predisponen al desarrollo de la caries en niños se encuentran los métodos escasos de higiene oral, uso de fluoruros, hábitos de alimentación inadecuados, consumo de alimentos altos en azúcar (dieta cariogénica) y factores psicosociales. Pahel en su estudio indicó que “los niños con mayor experiencia de caries dental podrían tener un mayor impacto sobre su calidad de vida y la de sus padres o entorno en el que viven”. El impacto negativo de la caries dental sobre la vida de los niños incluye una mayor experiencia de sensación de dolor, dificultad para masticar, disminución del apetito, pérdida de peso, dificultad para dormir, comportamiento alterado (irritabilidad y baja autoestima), pérdida de días de clases escolares y/o disminución del rendimiento escolar, de tal modo que si esta patológica es tratada, concluiría que el tratamiento de la caries dental tiene un impacto positivo a largo plazo en la calidad de vida relacionada a salud bucal en los escolares, destacando la importancia de las políticas de salud que promueven el acceso al cuidado dental en la población, por otro lado según otros estudios que miden la calidad de vida en relación a la salud bucal en niños con caries dental muestran que esta sí presenta una correlación con todos los dominios evaluados en los cuestionarios, siendo que las puntuaciones más altas se encontraron en los dominios de síntomas orales, seguido por el de limitaciones funcionales y por último los de bienestar emocional y social (17).

Para la evaluación de la caries dental existen dos índices epidemiológicos habituales y de fácil comprensión, son los siguientes:

3.1.2.4. Calidad de Vida Relacionada a la Salud Bucal

La salud bucal forma parte de la salud general siendo esencial para exponer una buena la Calidad de Vida. La percepción de la calidad de vida relacionada con salud general, se ve afectada por el estado y la autopercepción de la salud oral, debido a que es un componente fundamental en la calidad de vida, puesto que la boca cumple muchas funcionalidades tanto biológicas como sociales, ejemplificando: dialogar, ingerir y sonreír, logrando tener efecto en la autoestima, la vida cotidiana y el bienestar (22).

Los índices empleados para evaluar la salud bucal poblacional, se centran solamente en caries dental y patologías de la cavidad bucal, al ver solo la existencia y la severidad de la patología; no obstante, dichos índices no sostienen nada sobre la funcionalidad de la cavidad bucal y la percepción del bienestar que tiene una persona sobre su salud bucal.

Es así como ha surgido el término de calidad de vida relacionada a la salud bucal que tiene relación con la sensación de complacencia de una persona en relación a su salud bucal. Es una percepción subjetiva que ofrece un poder de acción, desempeño y un impacto positivo al individuo.

La Organización Mundial de la Salud, reconoce el término calidad de vida relacionado a la salud bucal, como una parte integral de la salud general y el bienestar. Este término se presenta de manera multidimensional incluyendo una evaluación subjetiva de la salud bucal de la persona, el bienestar funcional, el bienestar emocional, las expectativas y la satisfacción con la atención y el sentido de sí mismo (23).

En tanto, podemos definir la calidad de vida relacionada a la salud bucal, como la “percepción del grado de disfrute que una persona tiene con respecto a su boca, en función al servicio que en su vida diaria le reporta, teniendo en cuenta sus circunstancias pasadas y presentes, su implicación en el cuidado, sus expectativas, sus paradigmas y por supuesto el sistema de valores que su contexto sociocultural le inspira”.

La CVRSB como se indicó anteriormente presenta un concepto multidimensional refiriéndose a la medida en que los problemas bucales pueden perturbar el funcionamiento normal del individuo. Si bien la mayoría de las enfermedades bucales no son fatales, pueden dar lugar a una morbilidad significativa, resultando en consecuencias físicas, sociales y psicológicas que afectan la calidad de vida de las personas.

Cabe resaltar, que los profesionales de la salud obtienen información sobre la salud bucal del paciente mediante la anamnesis, la exploración física y los exámenes de auxiliares. Así mismo, el enfoque tradicional no está basado en preguntas estandarizadas, con diferentes opciones de respuesta sobre los aspectos cotidianos físicos, sociales, personales, el bienestar mental o la

percepción de salud por parte del paciente. Es así que datos como la anamnesis y la exploración física rara vez proporciona datos útiles para establecer conclusiones sobre la calidad de vida relacionada con la salud del paciente; por el contrario, los cuestionarios estandarizados fueron desarrollados científicamente para evaluar de modo confiable y rápido el funcionamiento y el bienestar. Los resultados de esos cuestionarios junto con los que se obtienen de la historia clínica y del examen físico proporcionan información cuantificable y completa, útil para establecer el diagnóstico, elegir el tratamiento y monitorizar su éxito (22).

Si bien es cierto, las secuelas que provocan las patologías bucales, afectan la calidad de vida, estas a su vez son entendidas por los impactos intermedios o negativos como: dolor, incomodidad, limitación servible e insatisfacción con el aspecto y por los impactos finales, que tienen la posibilidad de perjudicar el desarrollo de las ocupaciones cotidianas de los individuos, para las que es necesario conveniente rendimiento físico, psicológico y social, por eso se hace primordial la medición de cuánto está siendo afectada la calidad de vida, por medio de indicadores que tomen en cuenta la crítica (percepción) de los individuos, o sea, la manera en que ve su estado de salud-enfermedad. Asimismo, se puede aceptar que si la boca cumple funcionalidades como: la expresión de la cara, el lenguaje, la masticación, la deglución, la salivación, el sentido del gusto, nos da como consecuencia un óptimo indicador de la salud del sujeto, de su calidad de vida y de su paz personal y social, perfeccionando así de manera considerable componentes como la autoestima, estética, relación social y la autopercepción.

La autoestima y la paz, pueden verse disminuidos por inconvenientes en la cavidad oral esta afirmación entregó sitio al criterio de calidad de vida respecto a la salud bucal, así mismo podría convertirse en una herramienta a partir de una visión más vasta en la práctica clínica, investigación odontológica y prevención de salud oral, así como además en la sociedad, pues estos deberían ser la base para el desarrollo de los programas de prevención de salud oral (24).

3.1.2.5. Impacto de los problemas bucales en la calidad de vida de los niños.

Los problemas bucodentales en la población infantil traen diversas consecuencias en la autoestima del niño, por lo cual puede verse afectada de manera directa en su calidad de vida.

La salud bucodental, necesita de continuo monitoreo, por ello debemos identificar cuáles son los grupos de mayor riesgo a contraer lesiones de caries y que poblaciones son las más vulnerables. A pesar de los estudios realizados, donde se evalúa la prevalencia de caries dental en escolares, estos son insuficientes, ya que la problemática sigue afectando a gran parte de la población infantil, la cual es sensible a diferentes enfermedades y afecciones que se inician desde muy temprana edad.

La prevalencia de caries dental en la dentición decidua fue de 59.1%, según el último reporte del Ministerio de Salud (MINSA) realizado en el 2014, esto es resultado de la escasa educación bucal de los padres sobre prevención bucal y cuidados bucales; así como también de la mala alimentación de los niños debido a una baja economía o el escaso conocimiento de una dieta equilibrada (no cariogénica), trayendo como consecuencia lesiones de caries en edades tempranas, por tanto una elevada prevalencia (22).

El cuidado de la salud bucal, desde la niñez hasta la adultez, tiene un impacto significativo en la salud física y mental del individuo, así como también gozar de una adecuada salud bucodental en cualquier etapa de la vida es fundamental para un correcto desempeño de las actividades rutinarias. Es así que la calidad de vida relacionada con la salud bucal, integral aquellos aspectos de la vida directamente relacionados con el funcionamiento físico y mental y con el estado de bienestar de las personas (25).

En el área odontológica, el concepto de calidad de vida relacionada con la salud bucal, se refiere a el impacto de las principales afecciones bucales en la vida diaria de los individuos, así como las limitantes en las funciones normales del aparato estomatognático. Cabe considerar, por otra parte que para evaluar esta condición, durante varias décadas se han elaborado indicadores que miden esta interacción, los cuales son cuestionarios y recientemente diseñado para niños y adolescentes, en los cuales se evalúan

dominios como: síntomas orales (dolor), funcional (incapacidad de realizar actividades, trastorno del sueño), alteración en su bienestar social y emocional; además, en el caso de la población infantil los problemas bucales pueden tener consecuencias como hospitalización, atención de emergencia, limitaciones funcionales e incluso influir a que el niño no sonría como le gustaría hacerlo afectando así su equilibrio psicológico y social; además el gasto que generan las afecciones bucales en los niños se traduce en ausentismo escolar, pérdidas de días laborales de los padres y gasto económico familiar (24).

3.1.2.6. El impacto de la maloclusión

La maloclusión dentaria es la condición patológica caracterizada por no darse la relación normal entre las piezas dentarias, con el resto de los dientes en el mismo arco y con las del arco antagonista.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las maloclusiones constituyen la tercera mayor prevalencia entre las enfermedades bucales, 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 tratamiento.

Las maloclusiones tienen la posibilidad de tener origen en problemas esqueléticos o dentarios y a veces tener relación con hábitos que generan modificaciones de las construcciones óseas y de los tejidos blandos peribucles, tales como la succión de dedo mantenido a lo extenso de un largo lapso de la infancia y la respiración bucal no tratada (12).

La maloclusión se identifica una vez que los controles anatomo-fisiológicos del sistema estomatognático se no poseen armonía con los segmentos dentarios, logrando manifestarse a partir de los principios del sujeto, o bien instalarse a lo largo de las primeras etapas de vida, cobrando dimensiones diferentes con el paso del tiempo.

El aspecto estético juega un papel fundamental en las colaboraciones sociales y bienestar psicológico, al igual que el aspecto de la boca y la sonrisa tiene

un efecto importante en relación a la atracción de la cara. Por consiguiente, la maloclusión puede dañar de manera negativa las interrelaciones sociales y el bienestar psicológico de los niños y niñas, debido a que las emociones de los niños sobre su aspecto dental empiezan a temprana edad, sobre los 8 años de edad, ellos poseen criterios semejantes a los de los adultos con en relación a la autopercepción de la imagen corporal. Los estudios epidemiológicos de salud en todo el mundo reportan una prevalencia alta de maloclusiones en la niñez y juventud Por tal fundamento son consideradas un problema de salud pública; siendo su impacto no únicamente servible y/o estético, sino que además influye en los puntos psicosociales y la calidad de vida, en especial de la población joven. Los cambios oclusales tienen la posibilidad de pasar en la dentición mixta, perjudicando la autoimagen de los niños y niñas, debido a que sus sentimientos sobre el aspecto dental ocurren temprano, puede ser cerca de los 8 años de edad (26).

3.1.2.7. Clasificación de angle

En los principios del Siglo XX, Angle estudió las características de la oclusión dental proponiendo una clasificación que permite ordenar de manera sistemática y cualitativa a las maloclusiones, para su diagnóstico y tratamiento. Esta clasificación se basa en la relación de la arcada dental inferior, con respecto a la superior tomando en consideración la relación entre el primer molar permanente superior y el primer molar permanente inferior (26).

Maloclusión Clase I: Está caracterizada por las relaciones mesiodistales normales de los maxilares y arcos dentales, indicada por la oclusión normal de los primeros molares, esto quiere decir que la cúspide mesiovestibular de la primera molar superior ocluye en el surco vestibular de la primera molar inferior. En promedio los arcos dentales están ligeramente colapsados, con el correspondiente apiñamiento de la zona anterior, la maloclusión está confinada principalmente a variaciones de la línea de oclusión en la zona de incisivos y caninos. En un gran porcentaje de casos de maloclusión, los arcos dentarios están más o menos contraídos y como resultado encontramos dientes apiñados y fuera de arco. Los sistemas óseos y neuromusculares están balanceados. El perfil facial puede ser recto (24).

Maloclusión Clase II: Cuando por cualquier causa 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. Y así sucesivamente 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. La nomenclatura de la clasificación de Angle enfatiza la ubicación distal de la mandíbula respecto al maxilar superior en la clase II, pero en muchos casos el maxilar superior es prognático, una morfología cráneo facial muy diferente, pero que produce una relación molar similar y, por eso, la misma clasificación. Por lo tanto La Clase II o distoclusión puede ser resultado una mandíbula retrógnata, de un maxilar prognata o una combinación de ambas. Existen 2 subdivisiones de la clase II. La gran diferencia entre estas dos divisiones se manifiesta en las posiciones de los incisivos, en la primera siendo protruidos y en la segunda retruidos (24).

- a) **División 1:** Está caracterizada por la oclusión distal de los dientes en ambas hemiarquadas de los arcos dentales inferiores. Aumento del resalte y la proinclinación de los incisivos superiores, en la cual la mordida probablemente sea profunda, el perfil retrognático y el resalte excesivo, exigen que los músculos faciales y la lengua se adapten a patrones anormales de contracción. Típicamente hay un músculo mentoniano hiperactivo, que se contrae intensivamente para elevar el orbicular de los labios y efectuar el sellado labial, con un labio superior hipotónico y el inferior hipertónico. La postura habitual en los casos más severos es con los incisivos superiores descansando sobre el labio inferior. No sólo los dientes se encuentran en oclusión distal sino la mandíbula también en relación a la maxila; la mandíbula puede ser más pequeña de lo normal.
- b) **División 2:** En la Clase II división 2 el resalte esta reducido y la corona de los incisivos superiores se encuentran en retrusión en vez de protrusión. Se caracteriza por profundidad anormal de la mordida, labioversión de los incisivos laterales superiores; el perfil facial no es tan retrognático como en la Clase II división. La división 1 y la división 2 tienen un rasgo en

común: el molar inferior está en distal de la posición que le correspondería ocupar para una normal interrelación oclusal (24).

Maloclusión Clase III: Caracterizada por la oclusión mesial de ambas hemiarquadas del arco dental inferior hasta la extensión de ligeramente más de una mitad del ancho de una cúspide de cada lado. Puede existir apiñamiento de moderado a severo en ambas arquadas, especialmente en el arco superior. Existe inclinación lingual de los incisivos inferiores y caninos, la cual se hace más pronunciada entre más severo es el caso, debido a la presión del labio inferior en su intento por cerrar la boca y disimular la maloclusión. El sistema neuromuscular es anormal encontrando una protrusión ósea mandibular, retrusión maxilar o ambas. El perfil facial puede ser cóncavo o recto (24).

3.1.2.8. Instrumentos para la evaluación de la salud bucal.

Existen varios instrumentos, los más importantes son los siguientes:

- **Child Oral Health Impact Profile (COHIP)**

El Perfil de Impacto en la Salud Oral del Niño (COHIP) fue diseñado para evaluar el bienestar oral-facial en niños en edad escolar según lo informado por el niño y mediante el informe de un cuidador.

Fue desarrollado en Australia por Slade y colaboradores en el 2007, este instrumento mide la calidad de vida de los niños de 8 a 15 años de edad, el instrumento consiste de 30 preguntas organizadas en 5 subescalas, Sintomatología Oral (10 ítems), Bienestar Funcional (6 ítems), Bienestar Emocional (8 ítems), Interacción Escolar (4 ítems) e Interacción con Amigos (2 ítems); a diferencia de otros instrumentos, este utiliza ítems positivos y negativos. Este instrumento ha sido traducido y adaptado transculturalmente para ser utilizado en China, Corea, Irán, Francia (24).

- **Child Oral Impact Daily Performance (Child-OIDP)**

Impacto de salud bucal en la actividad diaria para niños, fue desarrollado por Gherunpong y colaboradores en el año 2004, quienes adaptaron el cuestionario Oral Impact Daily Performance (OIDP), desarrollado originalmente para adultos, a una versión para niños, conocida como Child Oral Impact Daily Performance (Child-OIDP); desarrollaron en

Tailandia este instrumento para niños de 11-12 años de edad, en el cual se realizaron ajustes en el lenguaje, cambios en la secuencia de las preguntas, disminución del tiempo de recuerdo a tres meses, simplificación de la escala de medición, optando por utilizar la escala Likert de 0-3; así como la incorporación de gráficos para hacer el cuestionario más amigable y atractivo a los niños, consiste de 24 ítems que hacen referencia a dificultad para realizar actividades diarias tales como comer, hablar, limpiarse los dientes, sonreír, dormir, hacer la tarea, mantener contacto social o bien, estar irritable a causa de una afección bucodental. Además, contiene un listado de 19 condiciones bucodentales, en las que el participante señala si las mismas han repercutido en los rubros antes mencionados. Por ejemplo, “La ausencia de algún diente me ha causado dificultad para comer, hablar, limpiarme los dientes, sonreír, dormir, hacer la tarea, estar con mis amigos; y hace que me sienta enojado”.

El Child-OIDP a sido validado y adaptado en países como Francia, Inglaterra, Tanzania, Brasil, Perú, Sudán, España, Malasia, Chile; India, China (24).

- **Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS)**

Escala de impacto de salud bucal en la infancia temprana, fue desarrollado por Pachelet y colegas en los Estados Unidos en el 2007, consta de 13 preguntas, diseñadas para evaluar el impacto de los problemas relacionados con las experiencias de tratamientos bucales en la calidad de vida de preescolares de 3 a 5 años de edad y de su familia. Las respuestas tienen una escala Likert en la que: 1 = nunca, 2 = casi nunca, 3 = ocasionalmente, 4 = frecuentemente, 5 = muy frecuentemente. Un puntaje alto en el resultado, sugiere una calidad de vida desfavorable. Ha sido utilizado en países como: Francia, China, Irán, Turquía, Brasil, Argentina, Venezuela, Tanzania, Bosnia & Herzegovina, Lituania, Perú, Malasia y Australia (24).

- **Scale of Oral Health Outcomes for 5-year-old children (SOHO-5)**

Este cuestionario fue desarrollado en Inglaterra por Tsakos y colaboradores en el 2012, creado para niños de 5 a 6 años de edad; compuesto de 7 ítems, que evalúan la dificultad de comer, hablar, beber, jugar, dormir, sonreír y la apariencia de su sonrisa, evalúa la dificultad para comer, beber, hablar, jugar, dormir, sonreír y la apariencia de la sonrisa. Las respuestas se disponen en una escala numérica donde no = 0, un poco = 1, mucho = 2. Para facilitar la comprensión de las respuestas por parte de los niños, se apoya en una tarjeta que explica las respuestas por medio de una escala de dolor representada por imágenes de caras.

Los ítems dirigidos a los padres son siete y evalúan la dificultad que tienen sus hijos para comer, jugar, hablar, dormir, evitar sonreír por dolor, por la apariencia de su sonrisa y la alteración en su autoconfianza. Las respuestas también se disponen en una escala numérica, en la cual nada = 0, un poco = 1, moderadamente = 2, mucho = 3, demasiado = 4; la respuesta "no sé" no se usa en la forma de auto aplicación, ésta es empleada cuando el cuestionario se aplica en modo de entrevista. Los resultados se obtienen sumando todas las respuestas. Un puntaje más alto indica un mayor impacto de las afecciones bucales sobre la CV de los niños. Este instrumento ha sido traducido y validado en varios idiomas (24).

- **Parental perceptions of Child Oral Health-related Quality of life (P-CPQ)**

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 preguntas. El puntaje máximo es de 80 y el mínimo de 0. Se ha utilizado este instrumento en países como: Perú, Brasil, Inglaterra, China (24).

- **Cuestionario de percepción de salud bucal en niños o Child Perceptions Questionnaire (CPQ)**

El cuestionario de percepción de salud bucal en niños, fue desarrollado por Jockovic y colaboradores en Canadá, existen dos tipos, el primer instrumento que mide la CVRSB en los niños con un rango de edad de 8 a 10 años elaborado en el 2004 y de 11 a 14 años elaborado en el 2002; ambos cuestionarios abarcan las dimensiones de: síntomas bucales, limitación funcional, bienestar social y bienestar emocional. La versión de 8 a 10 años consta de 29 preguntas y 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 en una escala y tienen un rango posible de la suma de respuestas de 0 a 103; esto quiere decir que, a mayor puntaje, peor calidad de vida. Las respuestas se registran al igual que en el CPQ 8-10 y CPQ 11-14 en una escala de Likert de 0 a 4. El CPQ11-14 ha sido modificado a versiones cortas de 16 y 8 preguntas. Ambos han sido traducidos y validados en Nueva Zelanda, China, Brasil, Bosnia- Herzegovina y

recientemente, en México y Perú. Además, cuenta con, 2 preguntas clave, una relacionada con percepción de salud bucal y otra con el impacto de la misma en actividades diarias. Los reportes en la literatura sobre sus propiedades psicométricas son favorables en términos de confiabilidad y validez concurrente (27,28).

- **El instrumento CPQ 8-10**

El CPQ8-10 ha sido aplicado por Jokovic y col. para estudiar en Canadá niños con caries procedentes de clínicas dentales de salud pública (n=42) y niños con labio y paladar hendido de una unidad craneofacial del Hospital Infantil de Toronto (n=26). Los resultados no registraron diferencias entre el grupo de niños con caries y aquel con labio y paladar hendido con 9 puntaje 18.4 ± 11.5 vs. 19.1 ± 14.4 , respectivamente (valor de $p > 0.05$). No obstante, el puntaje promedio de niños con caries sí fue superior a aquél de niños sin caries (21.1 vs 14.7 ; $p = .037$). Además, se reportó que el 34% manifestó haber tenido frecuentemente o todos los días algún tipo de SO, 24% alguna LF, 16% algún impacto en bienestar emocional y 25%, en bienestar social.

Aguilar-Díaz y col. examinaron en la Cd. de México 315 niños de 2 escuelas primarias de bajos recursos socioeconómicos; el CPQ8- 10 no logró discernir entre niños con y sin historial de caries. Sin embargo, análisis estratificado por índice de severidad mostró un puntaje significativamente superior en escolares con más de 3 caries en comparación a aquellos con ≤ 3 caries (mediana de 8 vs. 3.5, respectivamente, $p = 0.023$). Por otra parte, Wogelius y col. 32, lograron distinguir entre sanos y enfermos en Dinamarca ($p = 0.009$). El análisis consideró 120 niños divididos en 3 grupos (G1=niños sanos, G2=niños con enfermedades bucales raras y G3=niños con labio y paladar hendido); el puntaje medio de calidad de vida relacionada con la salud bucal fue 8.5 ± 6.2 puntos en G1, 16.3 ± 8.4 en el G2 y 7.9 ± 8.0 , en el G3. Por último, Barbosa y col, reportaron ausencia de validez discriminante en Brasil, es decir, el puntaje del CPQ8-10, fue similar entre escolares con 0, 1 y ≥ 2 caries en piezas definitivas. O bien, entre aquellos con 0, 1 ó 2 y ≥ 3 caries en piezas infantiles. Vale la pena enfatizar que la diferencia entre el

CPQ11-14 y CPQ8-10, es la edad en que se aplica (11-14 años vs 8-10 años) y el número de ítems (37 y 16 vs. 25), no así el contenido de las preguntas que tienen en común. En el sentido de presentación del cuestionario, Aguilar-Díaz y col., añadieron ilustraciones alusivas al 40% de los ítems. Cabe hacer mención que no se logró identificar bibliografía de CPQ8-10 en su versión corta, ni tampoco 100% ilustrada (24,25).

- **El índice CPOD**

Desarrollado por Klein, Palmer y Knutson en 1938 y representa el índice fundamental para estudios de prevalencia en odontología. Registra la experiencia de caries pasada y presente de los pacientes con dentición permanente, sin tomar en cuenta a los terceros molares, considerando los dientes que presentan tanto lesiones cariosas, como los que presentan tratamientos realizados. Son avalados como método por la OMS y se obtiene del promedio de los resultados de cada individuo de la media de dientes permanentes cariados (C), perdidos por caries (P) y obturados(O), incluidas las extracciones indicadas por caries entre el total de individuos examinados.

Para una correcta interpretación de estos resultados hay que descomponer en cada una de sus partes, y expresarlas tanto en valores absolutos, como en relativos. En niños de 12 años es recomendable utilizar el índice, CPOD para las investigaciones sobre el estado dentario, porque permite realizar un análisis comparativo entre grupos, regiones o países.

Consideraciones especiales:

- Cuando el mismo diente está obturado y cariado, se considera el diagnóstico más severo (cariado)
- Se considera diente ausente el que no se encuentra en la boca después de tres años de su tiempo normal de erupción.
- El 3er. molar se considera ausente después de los 25 años, si no existe certeza de su extracción.
- La restauración por medio de corona se considera diente obturado.
- La presencia de raíz se considera como pieza cariada (29).

- **Índice ceo-d**

En la dentición primaria, se debe utilizar el Índice ceod, que fue adoptado por Gruebbel en el año de 1944, el cual se obtiene de la misma forma que el índice CPOD, pero con la sumatoria de unidades dentales primarias cariadas, obturadas y con indicación de extracción o perdidas por caries. El índice ceo-d, que es para las unidades de dientes deciduos o primarios cariados, con indicación de extracción y obturados (29).



3.2. Revisión de antecedentes investigativos

3.2.1. Antecedentes internacionales

Título: IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD ORAL EN NIÑOS ECUATORIANOS DE 8 A 10 AÑOS DE EDAD.

Autor:

Celi Moreno, Ariana Elizabeth.

Resumen:

El objetivo de esta investigación fue evaluar el impacto de la caries dental (CD), trauma dental (DT), maloclusión (MO), fluorosis dental en la calidad de vida de escolares de 8 a 10 años de edad en la cual se realizó un estudio observacional de corte transversal en 207 niños de entre 8 y 10 años de edad, se utilizó el cuestionario de percepción infantil CPQ8-10 en español y se realizó una evaluación clínica. En conclusión: Existió relación entre la calidad de vida con la salud bucal en los niños según su ubicación geográfica de su lugar de estudio, siendo que los niños que asisten al centro educativo del norte de la ciudad presenta una mejor calidad de vida en relación a los niños que asisten al centro y sur de la ciudad.

SIGNIFICANCIA CLÍNICA

Mediante esta investigación se pudo determinar que existe una relación directa de calidad de vida y salud bucal siendo también un factor importante el estrato social del niño (30).

Título:

IMPACTO DE LA SALUD BUCAL SOBRE LA CALIDAD DE VIDA EN ESCOLARES DE LA ESCUELA "SAN FRANCISCO PELEUSÍ DE AZOGUES", 2016.

Autor: León-Matovelle Erika, Delgado-López María, Aguilar-Maldonado José, Crespo-Crespo Cristina.

Resumen:

El objetivo de esta investigación fue conocer el impacto de la salud bucal sobre la calidad de vida mediante el CPQ (Cuestionario de Percepción de Salud Bucal) corto. El estudio fue realizado en niños de 6 a 10 años de la Escuela General Básica "San Francisco de Peleusí de Azogues" mediante el "Cuestionario de Percepción de Salud Bucal" o "CPQ corto" que está formado por 4 dimensiones ("Síntomatología Oral, Limitación Funcional, Bienestar Emocional y Bienestar Social"). A cada niño se le explicó la pregunta y marcaron la respuesta de acuerdo a su afectación. **CONCLUSIÓN:** Las afecciones de la salud oral tuvieron una influencia negativa en la calidad de vida de los escolares en lo que respecta al problema comida atrapada entre los dientes y la dimensión más afectada fue la de Síntomatología Oral, y el sexo el femenino presentó más problemas de salud bucal afectando su calidad de vida.

SIGNIFICANCIA CLÍNICA

Mediante esta investigación se pudo determinar que las afecciones bucales tienen una influencia importante en la relación con la calidad de vida ya que eso afecta al niño emocionalmente por lo tanto su calidad de vida (31).

Título:

PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DEL CPQ8-10 CORTO E ILUSTRADO PARA MEDIR CALIDAD DE VIDA Y NECESIDADES DE SALUD BUCAL EN ESCOLARES MEXICANOS (CPQ8-10-CORTO E ILUSTRADO)

Autor: González García, Luis Alberto

Resumen:

El presente estudio propuso validar un CPQ8-10 en versión abreviada (16 ítems). Además, a diferencia del original, incluyó ilustraciones alusivas en cada ítem para favorecer la interpretación de su contenido, es un estudio transversal realizado en escuelas públicas de la zona metropolitana de Monterrey, México con un grupo de estudio de 312 niños de edades 8 a 10 años. Por consenso y análisis detallado de contenido, se eligieron 16 ítems y se diseñó el CPQ8-10-CORTO E ILUSTRADO; rango posible, 0-64 puntos; a mayor puntaje peor calidad de vida y mayor necesidad de salud bucal. Por otra parte, cada escolar

fue evaluado clínicamente para diagnóstico de caries y/o maloclusión; previo consentimiento informado. Se determinó el alfa de Cronbach (confiabilidad); el coeficiente de correlación de Spearman, (validez concurrente); y se compararon medianas entre sanos y enfermos (validez discriminante). Resultados: El puntaje promedio fue 13.6 ± 9 (mediana 12). La consistencia interna fue 0.79. La correlación entre CPQ8-10- CORTO E ILUSTRADO y percepción de salud bucal fue 0.36 ($p < 0.001$); y con interferencia de actividades diarias, 0.37 ($p < 0.001$). El puntaje promedio en escolares enfermos fue 13.4 ± 8.5 (mediana 13) y en aquellos sanos, 14.1 ± 10.2 (mediana 11) ($p = 0.96$). concluyéndose que el CPQ8-10-CORTO E ILUSTRADO, posee una confiabilidad y validez aceptable; y constituye una herramienta tecnológica para evaluar necesidades de salud bucal, a través del impacto de las mismas en calidad de vida, en el ámbito escolar.

SIGNIFICANCIA CLÍNICA

Mediante esta investigación se pudo determinar que el instrumento no registró validez discriminante porque no fue capaz de diferenciar escolares con caries y/o mal oclusión, lo cual se pudo deber al umbral alto de sintomatología oral en la población estudiada y de ahí la ausencia de impacto en la calidad de vida (32).

IMPACTO DE LA CARIES DENTAL NO TRATADA Y SUS CONSECUENCIAS CLÍNICAS EN LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD BUCAL DE LOS ESCOLARES DE 8 A 10 AÑOS

Autor: Isabella Mota-Veloso , María Eliza C Soares , Bruna Mota Alencar , Leandro Silva Marques , María Letícia Ramos-Jorge , Joana Ramos-Jorge

Resumen:

El presente estudio tiene como objetivo evaluar el impacto de la caries dental no tratada y sus consecuencias clínicas en la calidad de vida de los escolares brasileños de 8 a 10 años. El grupo de estudio fue de 587 niños a los que se les sometió a un examen clínico oral para evaluar la caries dental no tratada y las consecuencias clínicas según los criterios de la OMS (componente cariado de los dientes cariados, perdidos y obturados - D-CPOD en dientes permanentes o

d-dfnt en dientes primarios) y el índice PUFA, que registra la presencia de caries severas permanentes (mayúsculas) y primarias. dientes (minúsculas) con afectación pulpar visible, así como ulceración causada por fragmentos dentales dislocados, fístula y abscesos, y la calidad de vida relacionada con la salud bucal se evaluó mediante el Cuestionario de percepción del niño (CPQ8-10). Se empleó la regresión de Poisson para probar asociaciones ajustadas y no ajustadas entre caries dental no tratada / consecuencias clínicas. Dando como resultado que la prevalencia de caries dental no tratada fue del 64,6% y el 17,9% de los niños presentaron consecuencias clínicas de caries. En los modelos ajustados, la caries no tratada se asoció significativamente con la puntuación total de CPQ8-10 y todas las puntuaciones de las subescalas. Las consecuencias clínicas de la caries dental se asociaron significativamente con el CPQ8-10 total, así como con las subescalas de síntomas orales y limitaciones funcionales.

SIGNIFICANCIA CLINICA

Mediante este estudio se pudo determinar que la caries dental no tratada y sus consecuencias clínicas incidieron negativamente en la calidad de vida relacionada a salud bucal de los escolares analizados (33).

3.2.2. Antecedentes Nacionales

Título: Validación y adaptación transcultural del instrumento child perceptions questionnaire 8-10 años (CPQ8-10) en niños de 8-10 años que asisten a la I.E.P Cristo de salamanca y I.E Jhon F. Kennedy de Salamanca del distrito de Ate Vitarte en la provincia de Lima-2013

Autores: Ipanaqué P.

Resumen

El objetivo de este estudio fue adaptar transculturalmente el instrumento Child Perceptions Questionnaire (CPQ 8-10) y probar su validez y confiabilidad para su uso en Perú. La muestra estuvo compuesta por 247 niños de 8 a 10 años de edad de ambos sexos de la I.E.P Cristo de salamanca y I.E Jhon F. Kenedy del distrito de Ate Vitarte. La validez discriminante fue comprobada utilizando Kruskai-Wallis; la evaluación y propiedades psicométricas mostro que el instrumento es confiable (alfa de cronbach = 0.898) y presento una alta estabilidad en el tiempo con coeficiente de correlación intraclase = 0.983). Las

propiedades psicométricas fueron similares al instrumento original, su equivalencia funcional fue comprobada para el uso del instrumento en Perú.

SIGNIFICANCIA CLINICA

Por medio de este trabajo se puede determinar la validez y confiabilidad del instrumento (CPQ 8 a 10) en español para su uso en Perú y a su vez se pudo establecer la relación directamente proporcional de la experiencia de caries y la calidad de vida relacionada con la salud bucal en niños de 8 a 10 años de edad (28).

Título: CARIES DENTAL Y SUS CONSECUENCIAS CLÍNICAS RELACIONADAS AL IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA DE PREESCOLARES DE UNA ESCUELA ESTATAL

Autor:

Bucales Miranda L. y Gómez Gonzáles, W.

Resumen:

El objetivo de este artículo fue determinar la presencia de caries dental y sus consecuencias clínicas relacionadas al impacto en la calidad de vida de preescolares de la institución educativa N° 2051 "El Progreso" en la cual se realizó un estudio transversal y observacional. Se hizo una evaluación clínica a 95 niños de 3-5 años, registrando la caries dental mediante los índices ceo-d y pufa. Se aplicó el ECOHIS dirigido a los responsables, para evaluar el impacto en la calidad de vida de los niños y sus familias. Las pruebas estadísticas utilizadas fueron t-Student, Kruskal-Wallis y U Mann-Whitney, con significancia 0,05; y Coeficiente de Spearman 0,01. Dando como resultado la frecuencia de caries dental 98,84%, con índice ceo-d $9,58 \pm 3,45$ correspondiente al nivel de severidad muy alto; y las consecuencias clínicas de caries dental no tratada 83,16%, índice pufa $7,65 \pm 4$. El ECOHIS mostro que las dimensiones más afectadas son: limitación funcional y aspectos psicológicos, reflejando un impacto negativo en la calidad de vida relacionada a su salud bucal. Según el coeficiente de Spearman, la relación entre la presencia de caries dental y sus consecuencias clínicas con el impacto en la calidad de vida. Conclusiones: La

caries dental y sus consecuencias clínicas están relacionadas al impacto negativo en la calidad de vida a nivel bucal de los preescolares, interfiriendo en sus actividades diarias.

SIGNIFICANCIA CLÍNICA

Por medio de este trabajo se puede determinar que el nivel de severidad de caries dental no tratada fue la principal causa que conlleva a un mayor impacto negativo en la calidad de vida a nivel bucal del menor y su entorno. Se encontró que casi la totalidad de los infantes presentaron caries dental con un nivel de severidad muy alto. Siendo el sexo masculino y la edad de 5 años los más susceptibles (34).

Título: “IMPACTO DE LOS PROBLEMAS BUCALES SOBRE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD BUCAL EN NIÑOS DE 8 A 10 AÑOS DE EDAD QUE ASISTEN A LA I.E. 32385 VIRGEN DE FÁTIMA DEL DISTRITO DE LLATA - HUÁNUCO EN EL AÑO 2016”.

Autor: ROBLES RIVERA, GISSEL KATHLEEN.

Resumen:

El objetivo de este estudio fue evaluar el impacto de los problemas bucales como la caries dental y maloclusiones sobre la calidad de vida relacionada a la salud bucal en niños de 8 a 10 años de edad que asistieron la I.E. 32385 Virgen De Fátima Del Distrito de Llata –Huánuco. Se realizó un estudio de tipo observacional, prospectivo, transversal, analítico evaluando a 110 escolares de manera aleatoria, siendo el mayor porcentaje niños de 9 años, Se concluyó que, según el CPO, el promedio del puntaje obtenido fue de $(10,34 \pm 3,13)$, lo que indica una muy alta experiencia de caries dental; mientras que la frecuencia del tipo de maloclusión tipo I fue 81,5%, tipo II fue 8,3% y tipo III fue 10,2. Por otro lado más de la mitad (55,5%), presenta una percepción positiva sobre su salud bucal, mientras que la tercera parte (74,5%) percibe que su salud bucal afecta a su calidad de vida. En los análisis finales se demostró que tener de 0 a 5 piezas dentarias con experiencia de caries dental tiene impacto negativo significativo sobre la dimensión de sintomatología bucal dentro del CPQ8- 10. Asimismo, se demostró que los niños de 8 años de edad tienen un riesgo

significativo de impacto sobre la sintomatología oral y el bienestar social, así como sobre todo el componente de calidad de vida relacionada a salud bucal.

SIGNIFICANCIA CLÍNICA

Mediante este estudio se puede determinar que los problemas bucales más frecuentes como la caries dental y las maloclusiones dentales y tienen un impacto negativo sobre la calidad de vida de los niños, siendo el sexo masculino y la edad de 8 años los susceptibles (24).

Título: PERCEPCIÓN PARENTAL Y AUTOPERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A SALUD BUCAL Y EL IMPACTO DE CARIES NO TRATADA EN ESCOLARES DE 8 A 10 AÑOS EN I.E. SAN JUAN 3021 MACÍAS, RÍMAC LIMA 2019”.

Autor: CONTRERAS MARTÍNEZ, MARÍA BALBINA.

Resumen: Esta investigación estuvo centrada en determinar la percepción parental y la autopercepción de la calidad de vida relacionada a la salud bucal y el impacto de caries dental no tratada en estudiantes de 8 a 10 años en la I.E. San Juan Macías 3021. Se evaluaron a 116 estudiantes, con sus respectivos padres utilizando los índices CPOD/ ceod, PUFA/pufa y los cuestionarios de percepción parental P-CPQ y CPQ 8-10. Dando como resultado el impacto de las consecuencias clínicas de caries no tratadas sobre la calidad de vida se registró con mayor puntuación a nivel de síntomas bucales como la pulpitis, ulceración y fistula. En conclusión: La percepción parental y la autopercepción de la calidad relacionada a la salud bucal y el impacto de caries no tratadas mostraron una correlación moderada coincidiendo padres e hijos en síntomas bucales con la misma calidad de vida.

SIGNIFICANCIA CLÍNICA

Mediante la presente investigación se puede determinar que la percepción parental y la autopercepción de los problemas bucales en niños de 8 a 10 años sobre la calidad de vida si se correlacionan y existe un impacto negativo importante en las caries no tratadas (35).

4. Hipótesis

Dado que la caries dental y las maloclusiones constituyen un problema grave en la salud bucal es probable que haya una relación negativa en el bienestar emocional y social en los niños de 8 a 10 años de los sumac wasi Santa Teresa del Niño Jesús y Santo Tomas de Aquino ya que interfiere en su calidad de vida.





CAPÍTULO II

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. Técnica, instrumentos y materiales de verificación

1.1. Técnica

Se emplearon dos técnicas: la observación clínica para recoger la información de las alteraciones bucales; y el cuestionario para obtener datos sobre el impacto en la calidad de vida (34).

La técnica de la observación clínica se utilizó observando las piezas dentarias de los niños con la ayuda de un bajalenguas y contabilizando los dientes cariados, perdidos y obturados e identificando las maloclusiones.

La técnica del cuestionario se utilizó para obtener información acerca de la calidad de vida de los niños. Se realizó de manera masiva, con conocimiento, libertad de participación y anonimato.

1.1.1. Descripción de la técnica

1.1.1.1. Examen Clínico de la Cavidad Bucal

Previo Consentimiento Informado de los padres y /o apoderado del niño, se realizó una evaluación clínica de los problemas bucales a los niños de los Sumac Wasi Santa Teresa del Niño Jesús y Santo Tomas de Aquino.

La muestra estuvo representada por 100 niños de ambos sexos, de 8 a 10 años de edad.

Se les realizó un examen clínico, para obtener el levantamiento epidemiológico de caries dental y para el registro de maloclusión. (Anexos)

Así mismo en la Ficha Clínica se registró: caries dental con el sistema de registro de índice de CPOD para dentición permanente, donde se clasifico por gravedad según los criterios de la OMS como: muy bajo = 0 -1,1; bajo 1,2 - 2,6; moderado = 2,7 -4,4; alto= 4,5 -6,5; muy alto= 6,6 - a más, y con el sistema de registro de índice de ceod para dentición decidua , donde se clasifico de acuerdo a la severidad basado en los valores previamente descritos por Hallet et al. como: ceod 0 = sin experiencia de caries; ceod 1 a 5= baja experiencia de caries; ceod > o igual a 6 = alta experiencia de caries.

La maloclusión dentaria fue evaluada mediante la clasificación de angle (relación anteroposterior entre los primeros molares superiores e inferiores) en la que se clasifico por clase I, clase II y clase III (28).

1.1.1.2. Cuestionario CPQ 8- 10 años

Se aplicará el Instrumento denominado cUestionario de percepción del niño (CPQ 8-10) en relación a la Calidad de Vida, es la primera herramienta que evalúa la calidad de vida en relación a la salud bucal, con un límite de edad de 8 a 10 años este cuestionario comprende los dominios de: sintomatología bucal, limitación funcional, bienestar social y emocional. La primera pregunta percepción global sobre salud oral la segunda pregunta percepción global sobre calidad de vida con relación a la salud oral las siguientes preguntas son por dominios sintomatología oral, limitación funcional, bienestar social y bienestar emocional. La versión de 8 a 10 años está constituida por 27 preguntas y transcurrir de tiempo de 28 días. Los resultados se anotan en una escala Likert, donde 0 = nunca, 1 = casi nunca, 2 = a veces, 3 = casi siempre, y 4 = siempre. El puntaje máximo es de 100 y el mínimo de 0 para el CPQ8-10 (28).

1.1.2. Precisión de la técnica

El presente trabajo de investigación utilizó dos técnicas: la técnica comunicacional y la observacional.

La **técnica comunicacional** consiste en la obtención de información mediante la pregunta y respuesta entre el encuestador y el encuestado. Esto generalmente se da cuando el encuestado no sabe leer o cuando hay dificultades de comprensión. En esta investigación se obtuvo información de manera comunicacional sobre cada uno de los ítems de la variable calidad de vida.

La **técnica de la observación** consiste en utilizar una ficha de observación la que permitió recoger la información en base a los indicadores y Subindicadores, con la siguiente secuencia

- Se realizó las coordinaciones previas con el encargado y los apoderados de cada sumac wasi para así establecer los horarios de intervención.
- Se recopiló en ficha de observación por orden numérico los datos de cada niño, sexo, edad.
- Se realizó el examen intraoral en los niños mediante el odontograma (Anexo) además se registró la relación molar que poseía cada niño (anexo). Este examen se realizó en un ambiente amplio e iluminado, el cuál fue designado por la institución.
- El examinador realizó el examen intraoral utilizando baja lenguas, además contó con protección personal por bioseguridad (28).

1.1.3. Cuadro de coherencias

<i>Variables investigativas</i>	<i>Técnica</i>	<i>Instrumento</i>
Variable dependiente: Calidad de vida	Comunicacional	Cuestionario
Variable independiente: Salud bucal	Observacional	Examen clínico

1.2. Instrumentos

1.2.1. Instrumento Documental.

Se utilizó dos instrumentos: la ficha clínica para registro de alteraciones bucales y el cuestionario “Child Perceptions Questionnaire (CPQ 8-10)”.

Estructura del instrumento

VARIABLES	ÍTEMS	INDICADORES	SUBINDICADORES
Salud bucal	1	Caries dental	1.1.1 Estado de la dentición 1.1.2 Necesidades de tratamiento
		1.2 Maloclusión dental	1.2.1 clase I 1.2.2 clase II 1.2.3 clase III
Calidad de vida	2	2.1 Factores funcionales 2.2 Factores Psicológicos 2.3 Factores Sociales 2.4 Experiencia de dolor y discomfort	Calidad de vida en relación a salud bucal.

Modelo del instrumento (ver anexo)

1.3. Materiales de verificación

Fichas de investigación (cuestionario CPQ 8-10)

Material de escritorio

Computadora personal con programas de procesamiento de textos, base de datos y estadísticos.

2. Campo de verificación

2.1. Ámbito

Calidad de vida, Salud bucal

2.2. Unidades de Estudio

2.2.1. Criterios de inclusión

- Niños entre 8 a 10 años de edad.
- Niños de 3°, 4° y 5° grado de primaria.
- Niños de los Sumac Wasi Santa Teresa del Niño Jesús y Santo Tomás de Aquino-CIRCA.
- Niños que deseen participar voluntariamente en el estudio.

2.2.2. Criterios de exclusión

- Niños con enfermedades sistémicas.
- Niños con discapacidades físicas.
- Niños que no cuenten con la autorización de sus padres o apoderados.
- Niños que no llenen adecuadamente los cuestionarios propuestos.

2.2.3. Criterios de eliminación

Unidades de estudio que no desean participar y cuyos padres no firmaron el consentimiento de participación voluntaria de sus hijos.

2.2.4. Tamaño de la población y muestra.

El estudio se realizó en todos los niños de las indicadas instituciones, por tanto, es una investigación en población censal. Es así que la muestra está conformada por 100 niños de 8 a 10 años de los Sumac Wasi Santa Teresa del Niño Jesús y Santo Tomás de Aquino-CIRCA.

2.3. Temporalidad

Esta investigación es de tipo retrospectiva.

2.4. Ubicación Espacial

La presente investigación se realizó en los Sumac Wasi Santa Teresa del Niño Jesús y Sumac Wasi Santo Tomás de Aquino-CIRCA

3. Estrategia de recolección de datos

3.1. Organización

Se le solicito al Sr. Decano de la Facultad de Odontología de la UCSM una carta de presentación dirigida a la apoderada de los Sumac Wasi Santa Teresa del Niño Jesús y Santo Tomás de Aquino-CIRCA. Antes de la aplicación del instrumento se coordinará ciertas acciones previas. Se solicitará la autorización de la apoderada de los Sumac Wasi Santa Teresa del Niño Jesús y Santo Tomás de Aquino-CIRCA para poder aplicar el cuestionario de manera presencial contando con su consentimiento y amplia colaboración. Se envió el consentimiento y asentamiento informado para autorización del apoderado a cargo (28).

3.2. Recursos

3.2.1. Recursos Humanos

- Investigadora: Bachiller Diana Jara Mamani.
- Asesora: Dra. Serey Portilla Miranda

3.2.2. Recursos Físicos

- Infraestructura:

Material bibliográfico, físico y digital de la Biblioteca de la Universidad Católica de Santa María.

3.3. Recursos Económicos

- Recursos autofinanciados por la investigadora.

3.4. Recursos institucionales

- Universidad Católica de Santa María.
- Sumac Wasi Santa Teresa del Niño Jesús y Santo Tomás de Aquino-CIRCA

4. Validación del instrumento

-El instrumento fue revisado y aprobado por el asesor además que es un instrumento original Child Perceptions Questionnaire (CPQ 8-10), aprobado, validado y confiable para su uso en Perú. Este instrumento inclusive se ha traducido en más de 10 idiomas y se ha logrado utilizar de forma óptima en muchos antecedentes tanto nacionales como internacionales.

-El instrumento ficha de examen clínico dental es una guía para el recabado de información objetiva, con instrumentos mecánicos, por tanto, no requiere validación, ni confiabilidad (22).

5. Estrategia para manejar los resultados

5.1. Tipo de procesamiento

Este procesamiento se realizó de forma computarizada a través del programa Excel.

5.2. Operaciones

La información se analizó de manera cuantitativa, por esta razón no requirió de operaciones de agrupación ni categorización.

Se implementó una matriz de sistematización de datos en la que se transcribieron los datos obtenidos en cada Ficha para facilitar su uso. La matriz se diseñó en una hoja de cálculo electrónica (Excel 2010) (36).

Se utilizó los diagramas de barras principalmente para la parte descriptiva.

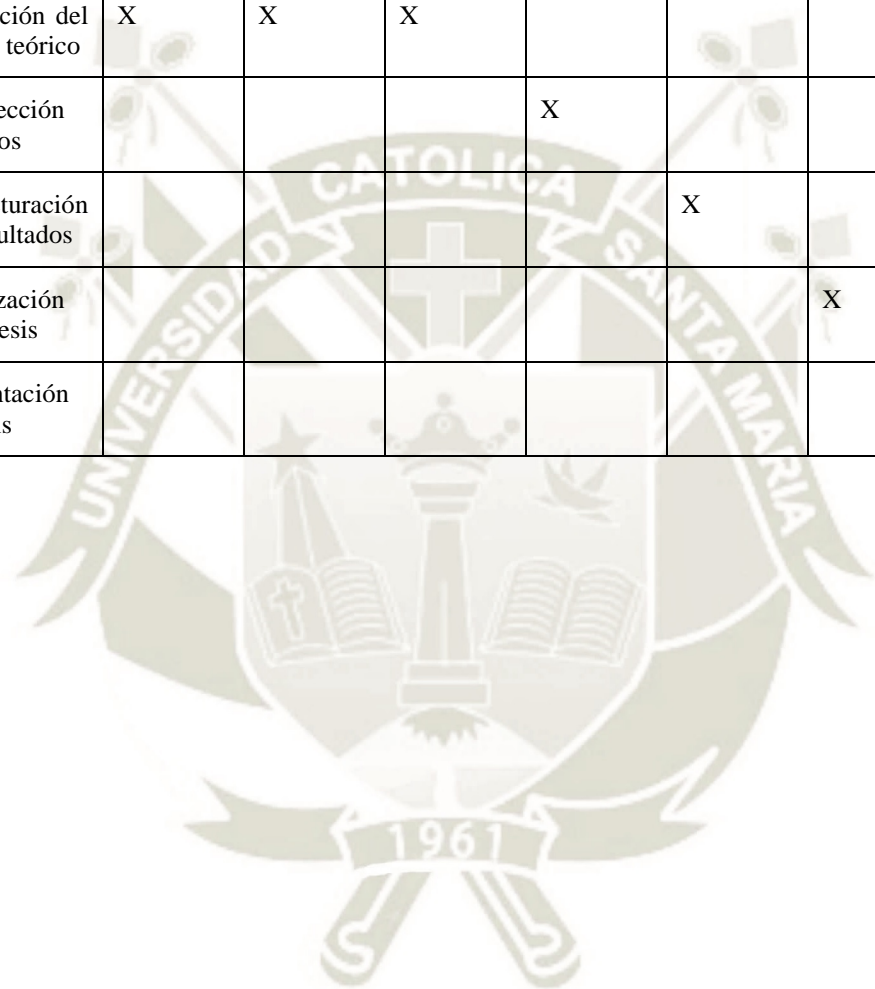
6. Plan de Análisis de Datos

El plan de análisis de datos es el siguiente:

<i>Variable</i>	<i>Tipo de estadística</i>	<i>Halo de medición</i>	<i>Estadística descriptiva</i>	<i>Prueba estadística</i>
<i>Salud bucal</i>	nominal	Nominal	Frecuencias Absolutas y Relativas	T de student. Análisis de varianza (Anova)
<i>Calidad de vida</i>	Ordinal	Ordinal	Frecuencias Absolutas y Relativas	

7. Cronograma de trabajo

Tiempo Actividades	2021						
	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio
Elaboración del proyecto	X						
Redacción del marco teórico	X	X	X				
Recolección de datos				X			
Estructuración de resultados					X		
Finalización de la tesis						X	
Sustentación de tesis							X





CAPÍTULO III RESULTADOS

Primero se presenta la caracterización demográfica de la población, y se continúa con los resultados conforme a la exigencia de los objetivos, comenzando por los objetivos específicos y terminando en el general.

Tabla 1:
Muestra según sexo y edad

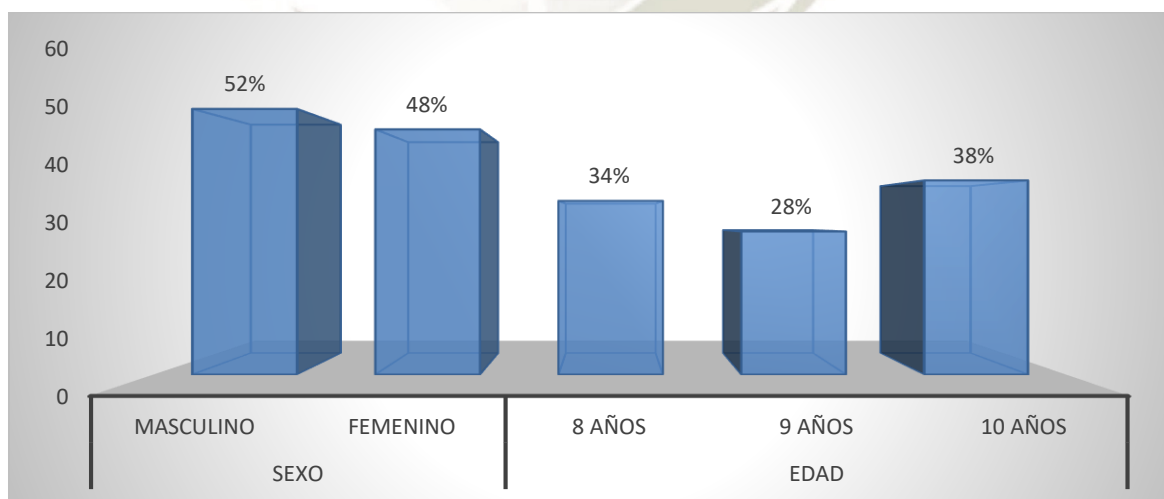
	<i>Características</i>	<i>F</i>	<i>%</i>
Sexo	Masculino	52	52.0%
	Femenino	48	48.0%
Edad	10 años	38	38.0%
	9 años	28	28.0%
	8 años	34	34.0%
Total		100	100.0%

Fuente: Elaboración propia

Según la tabla 1 la muestra de estudio de los Sumac Wasi Santa Teresa del Niño Jesús y Santo Tomás de Aquino está conformada por 52% de niños y 48% de niñas. En cuanto a la edad se puede observar que el mayor porcentaje son de 10 años de edad con un 38%, seguido de 34% de 8 años y 28% de 9 años de edad.

Por tanto, los resultados no tendrán tendencias notables porque la muestra según sexo y edad son más o menos parejos.

Gráfico 1:
Muestra de estudio según sexo y edad



Fuente: Elaboración propia

Tabla 2:
Percepción sobre la salud bucal de los niños.

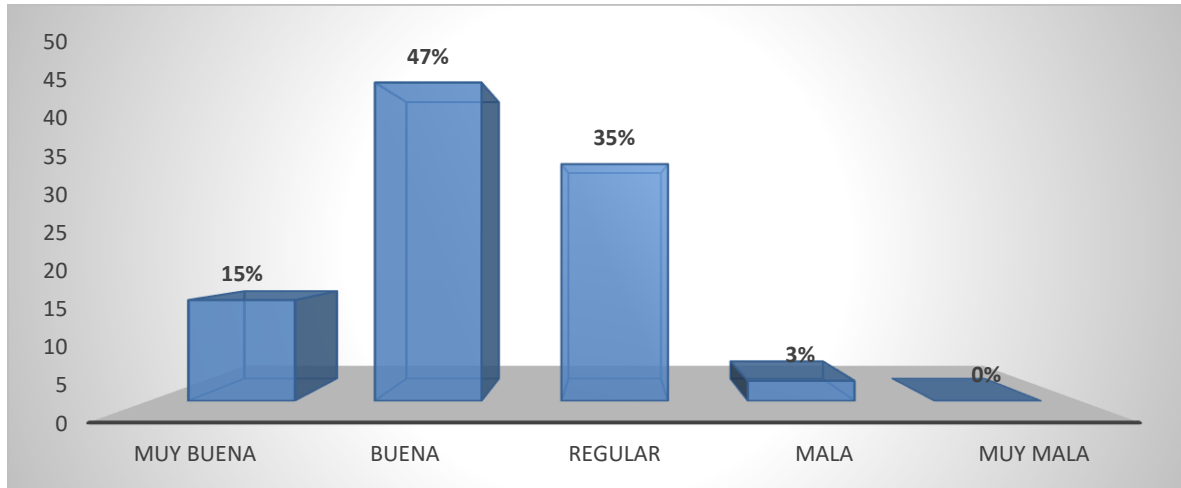
<i>Percepción sobre salud bucal</i>	<i>N°</i>	<i>%</i>
Muy Buena	15	15.0
Buena	47	47.0
Regular	35	35.0
Mala	3	3.0
Muy mala	0	0.0
<hr/>		
<i>Percepción del efecto de la salud bucal sobre calidad de vida en su vida diaria</i>	<i>N°</i>	<i>%</i>
Nunca	32	32.0
Casi nunca	29	29.0
A veces	34	34.0
Casi siempre	3	3.0
Siempre	2	2.0
TOTAL	100	100.0

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 2 y gráfico 2 según la percepción de los niños en cuanto a su salud bucal se puede observar que el 15% de niños considera que tiene muy buena salud bucal, el 47% lo considera buena, el 35% que es regular, es decir, apenas buena. Pero el 3% considera que tiene mala salud bucal, eso quiere decir que este último grupo de niños ha sufrido dolores, ha percibido falta de estética en sus dientes y bromas o maltratos de parte de los compañeros. Por otra parte, según el efecto de la salud bucal en relación a su calidad de vida se puede observar que el 2% de niños sintió que siempre su salud bucal ha influenciado en su calidad de vida, el 3% casi siempre, el 34% a veces, el 29% casi nunca y el 32% nunca. Si se une los que siempre, casi siempre y a veces sienten el efecto de la salud bucal en la calidad de vida se tiene un 39% de niños que sienten los efectos biológicos y psicológicos de la falta de salud bucal. Se puede decir que el 61% de niños entiende que no presta atención a este problema quizá porque tiene buena salud bucal o por considerarlo una situación pasajera.

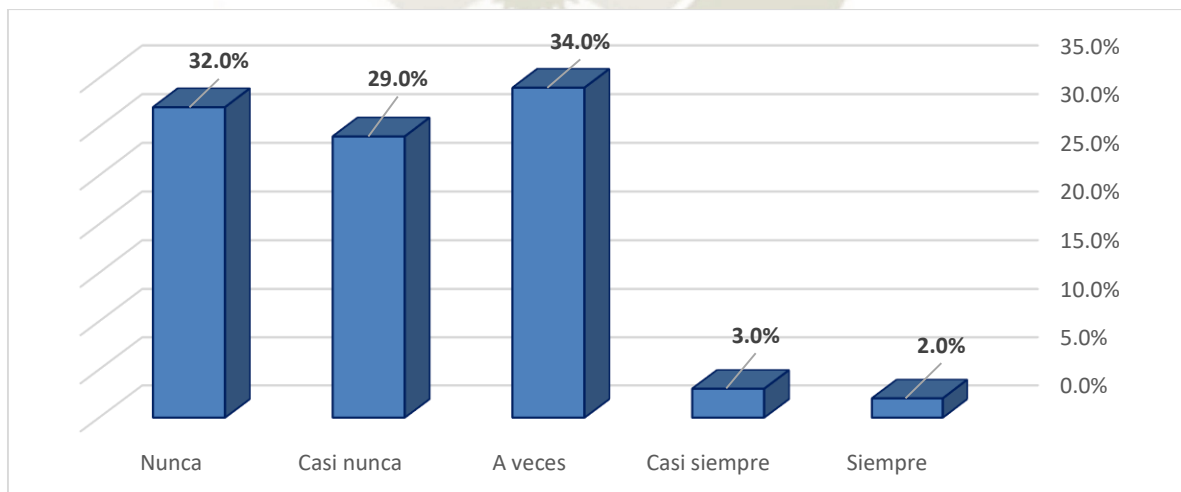
Hay que recordar que la presente investigación se ha realizado en niños de 8 a 10 años, quienes pueden sufrir molestias no precisamente por el descuido personal o familiar, sino debido a su desarrollo biológico, a los cambios dentarios propios de la edad y a diversas patologías (Gráfico 3).

Gráfico 2
Percepción sobre la salud bucal.



Fuente: Elaboración propia

Gráfico 3:
Frecuencia de molestias por problemas en la salud bucal.



Fuente: Elaboración propia

3.1 Primer objetivo específico: Calidad de vida.

Tabla 3:
Medias de calidad de vida a nivel global y por dimensiones.

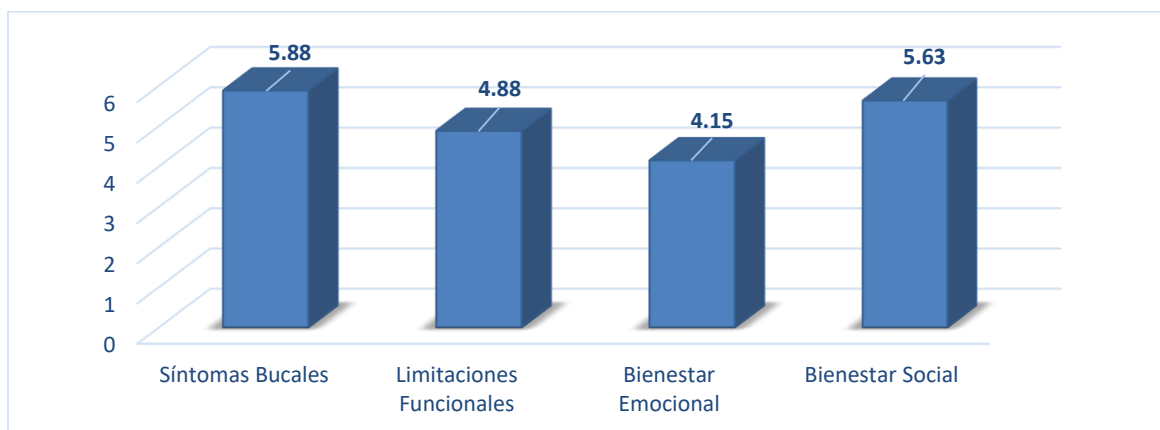
Calidad Vida	Valor Estadísticos		
	Media Aritmética	Valor Mínimo	Valor Máximo
Dim. 1: Síntomas bucales (20)	5.88	0	19
Dim. 2: Limitaciones funcionales (20)	4.88	0	13
Dim. 3: Bienestar emocional (20)	4.15	0	13
Dim. 4: Bienestar social (40)	5.63	0	29
Calidad de vida a nivel global	20.54	0	56

Fuente: Elaboración propia

La tabla 3 expone los valores obtenidos para las dimensiones de calidad de vida. El promedio estadístico del puntaje total obtenido fue de 20.54. Si se tiene en cuenta que a menor puntaje hay una mejor calidad de vida, se debe inferir que los niños tienen una buena calidad de vida a pesar de las dificultades de salud bucal. Pero, a pesar del resultado positivo se puede aún mejorar la situación de los niños en cuanto a la calidad de vida.

En lo referido a la dimensión de síntomas bucales, la media más alta es 5.88 y corresponde a la dimensión de síntomas bucales y la sigue 5.63 que corresponde a la dimensión de bienestar social. Estos valores son los más altos, esto significa que son las dimensiones más descuidadas de la calidad de vida. Por otra parte, las dimensiones mejor cuidadas son bienestar emocional y limitaciones funcionales.

Gráfico 4:
Medias de calidad de vida a nivel global y por dimensiones



Fuente: Elaboración propia



3.2 Objetivo específico 2: Condición de caries dental.

Tabla 4:

Medias de la experiencia de caries dental en dientes permanentes y deciduos.

	Estadísticos	Piezas Cariadas	Piezas Por Extraer	Piezas Obturadas	CEO-D total
Índice de caries CEO-D (sumatoria de dientes primarios cariados, con indicación de extracción y obturados)	Media Aritmética	2.01	0.52	0.96	3.49
	Valor Mínimo	0	0	0	0
	Valor Máximo	11	7	8	15
	Estadísticos	Piezas Cariadas	Piezas Perdidas	Piezas Obturadas	CPO total
Índice de caries CPOD (sumatoria de dientes permanentes cariados, perdidos y obturados)	Media Aritmética	1.57	0.14	0.22	1.93
	Valor Mínimo	0	0	0	0
	Valor Máximo	8	3	4	12

Fuente: Elaboración propia

Respecto al índice de caries en dientes primarios (índice CEO-D) se encontró el siguiente resultado: la media global fue de 3.49, con mayor puntaje en piezas cariadas (media: 2.01) y con menor puntaje en piezas obturadas (media: 0.96) (tabla 4 y gráfico 5).

Respecto al índice de caries en dientes permanentes (índice CPOD) se encontró el siguiente resultado: la media global fue de 1.93, con mayor puntaje en piezas cariadas (media: 1.57) y con menor puntaje en piezas perdidas (media: 0.14).

En la muestra de este estudio, el índice CEO-D es más pronunciado que el índice CPOD, esto significa que la mayor afección de la caries dental de los niños es en los dientes primarios o deciduos y menos en los dientes permanentes. Sin duda, esta situación tendrá efectos físicos, psicológicos y sociales en los niños (18).

Tabla 5:
Prevalencia de caries en los niños

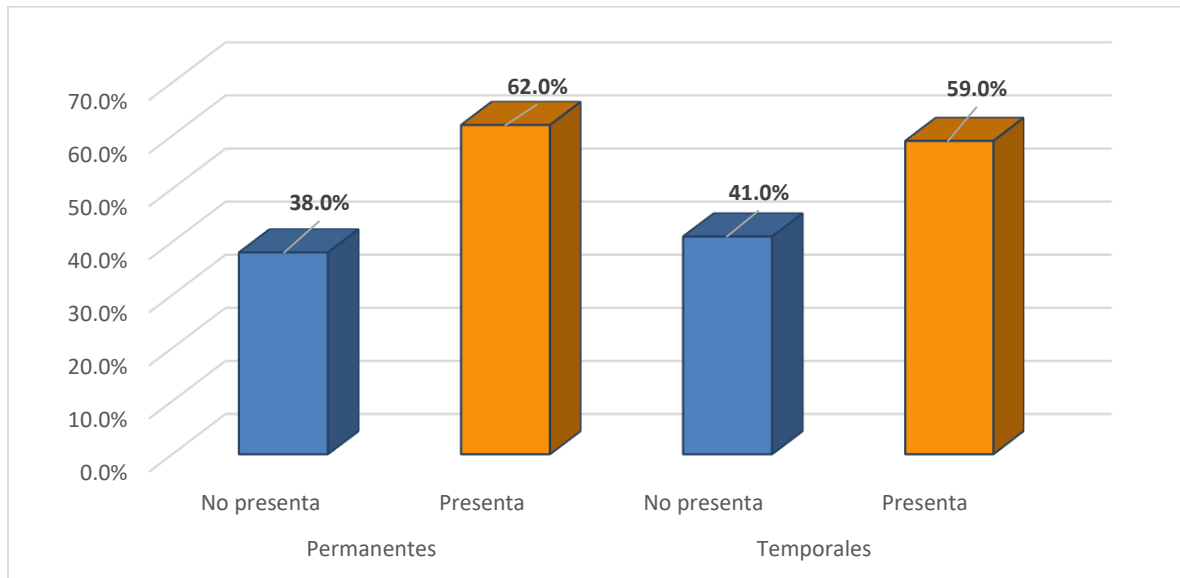
<i>Prevalencia de caries</i>		<i>F</i>	<i>%</i>
Temporales o deciduos (índice ceo-d)	Presenta	59	59.0%
	No presenta	41	41.0%
Permanentes (índice CPOD)	Presenta	62	62.0%
	No presenta	38	38.0%
Total		100	100.0%

Fuente: Matriz de datos

En la tabla 5 y gráfico 6 se puede apreciar que el 59% presenta caries en los dientes temporales y el resto no; asimismo, el 62% de niños presenta caries en los dientes permanentes, el resto no. Esto significa que hay más caries en los dientes permanentes que en los temporales que están en proceso de cambio.

Sin duda, este panorama de afección de caries dental perjudicará ya desde esta edad la salud bucal de los niños, y años después en la vida adulta. Es urgente tomar acciones educativas y de tratamiento odontológico para los niños.

Gráfico 6:
Prevalencia de caries en los niños



Fuente: Elaboración propia



3.3 Objetivo específico 3: Frecuencia de maloclusiones.

Tabla 6:
Frecuencia de maloclusiones en los niños

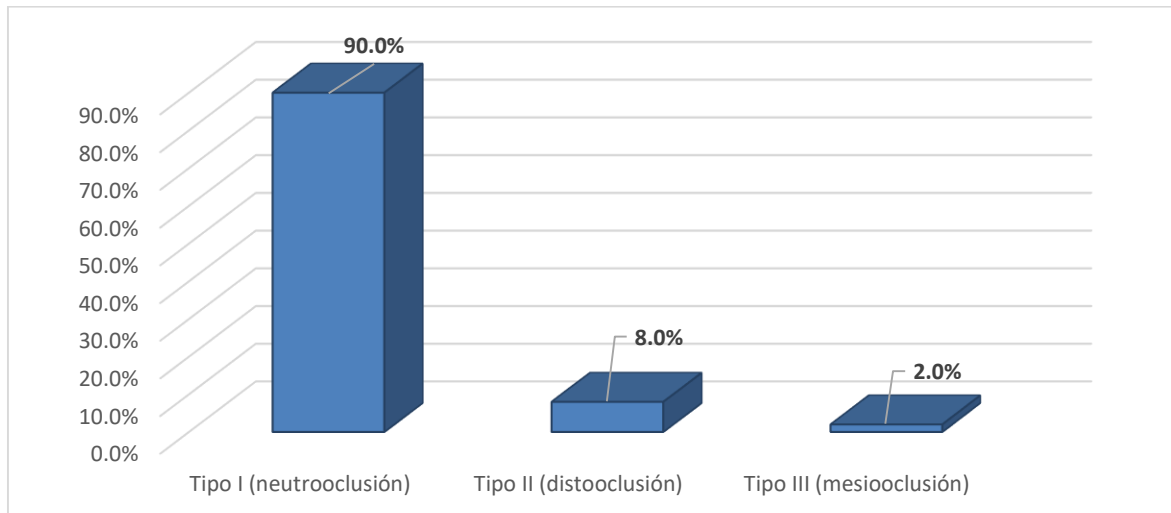
Clasificación de ANGLE	F°	%
Tipo I (neutrooclusión)	90	90.0%
Tipo II (distooclusión)	8	8.0%
Tipo III (mesiooclusión)	2	2.0%
Total	100	100.0%

Fuente: Matriz de datos.

En la tabla 6 y gráfico 7 se presenta las maloclusiones presentes en los dientes de los niños de 8 a 10 años: El 90.0 % de niños presenta neutrooclusión (maloclusión de tipo I), el 8.0 % presenta distooclusión (maloclusión de tipo II), y el 2.0 % presenta mesiooclusión (maloclusión tipo III) (Tabla 6).

En la teoría se ha precisado que la oclusión es la forma en la que los dientes entablan contacto cuando la persona tiene su boca cerrada. En esta investigación el mayor porcentaje de niños presentan neutrooclusión que se puede considerar una relación oclusal normal ya que el arco mandibular es posterior y menor que el maxilar y en la parte posterior la cúspide mesiovestibular del primer molar superior se alinea en forma distal con la mesiovestibular del primer molar inferior.

Gráfico 7:
Frecuencia de maloclusiones en los niños



Fuente: Elaboración propia



3.4 Objetivo general: Relación entre salud bucal y calidad de vida

Tabla 7:
Prueba de hipótesis de correlación entre calidad de vida y caries dental en dientes permanentes

	Dentición Permanente	Media Aritmética	Valor Mínimo	Valor Máximo	P*
Síntomas bucales	Presenta	6.16	0	15	0.048
	No presenta	5.42	0	19	
Limitaciones funcionales	Presenta	5.63	0	13	0.009
	No presenta	3.66	0	12	
Bienestar emocional	Presenta	4.65	0	13	0.036
	No presenta	3.34	0	11	
Bienestar social	Presenta	7.02	0	29	0.000
	No presenta	3.37	0	13	
Calidad de vida	Presenta	23.45	1	56	0.000
	No presenta	15.79	1	51	

* Significancia o p valor t de Student.

Fuente: Matriz de datos

Criterios de decisión:

Si valor $P < 0.050$: Hay correlación significativa. Si valor $P \geq 0.05$: No hay correlación significativa.

En la tabla 7 se observa que los niños de 8 a 10 años de los Sumac Wasi Santa Teresa del Niño Jesús y Santo Tomás de Aquino, con dentición permanente y presentan caries dental tienen un puntaje mayor (23.45) que los que no presentan (15.79).

Al correlacionar calidad de vida con caries dental en dientes permanentes se obtuvo p valor de 0.000, el cual, es inferior al valor alfa (0.050), por tanto, existe correlación significativa entre las variables. Se aprueba la hipótesis de investigación y se rechaza la hipótesis nula.

Además, se correlacionó cada una de las dimensiones de la variable calidad de vida con la caries dental en dientes permanentes. En todos los casos se obtuvo p valor inferior al valor alfa (0.05) lo que lleva a concluir que existe correlación estadísticamente significativa entre

las dimensiones síntomas bucales, limitaciones funcionales, bienestar emocional y bienestar social con la variable salud bucal. Este hallazgo es coherente con el resultado hallado antes a nivel global.



Tabla 8:
Prueba de hipótesis de correlación entre calidad de vida y caries dental en dientes deciduos o primarios

	Prevalencia Caries Dentición Temporal	Media Aritmética	Valor Mínimo	Valor Máximo	P*
Síntomas bucales	Presenta	6.24	0	19	0.046
	No presenta	5.37	0	14	
Limitaciones funcionales	Presenta	5.37	0	12	0.048
	No presenta	4.17	0	13	
Bienestar emocional	Presenta	4.85	0	13	0.034
	No presenta	3.15	0	11	
Bienestar social	Presenta	6.81	0	29	0.025
	No presenta	3.93	0	16	
Calidad de vida	Presenta	23.27	1	56	0.021
	No presenta	16.61	1	46	

* t de Student

Fuente: Matriz de datos.

En la tabla 8 se observa que los niños de 8 a 10 años de los Sumac Wasi Santa Teresa del Niño Jesús y Santo Tomás de Aquino, con dentición decidua y presencia de caries dental tiene un puntaje mayor (media: 23.27) que los que no presentan caries (media: 16.61).

Al correlacionar calidad de vida con caries dental en dientes deciduos se obtuvo p valor de 0.021, el cual, es inferior al valor alfa (0.050), por tanto, se concluye que existe correlación significativa entre las variables. Se aprueba la hipótesis de investigación y se rechaza la hipótesis nula.

Además, se correlacionó cada una de las dimensiones de la variable calidad de vida con la caries dental en dientes deciduos. En todos los casos se obtuvo p valor inferior al valor alfa (0.050) lo que lleva a concluir que existe correlación estadísticamente significativa entre las dimensiones síntomas bucales, limitaciones funcionales, bienestar emocional y bienestar social con la variable calidad de vida.

Tabla 9:

Prueba de hipótesis de correlación entre calidad de vida y maloclusión en los niños

	Clasificación de Angle	Media Aritmética	Valor Mínimo	Valor Máximo	P*
Calidad de vida	Neurooclusión	18.07	1	56	0.000
	Distoooclusión	39.75	23	51	
	Mesiooclusión	55.00	54	56	
Síntomas bucales	Neurooclusión	5.53	0	15	0.021
	Distoooclusión	9.25	2	19	
	Mesiooclusión	8.00	8	8	
Limitaciones funcionales	Neurooclusión	4.41	0	13	0.000
	Distoooclusión	9.50	7	11	
	Mesiooclusión	7.50	7	8	
Bienestar emocional	Neurooclusión	3.64	0	13	0.000
	Distoooclusión	7.88	3	11	
	Mesiooclusión	12.00	11	13	
Bienestar social	Neurooclusión	4.48	0	29	0.000
	Distoooclusión	13.13	8	18	
	Mesiooclusión	27.50	26	29	

* Análisis multivariable Anova.

Fuente: Matriz de datos.

Según la tabla 9 en el análisis de la maloclusión se obtuvo los siguientes resultados:

Los niños presentan una media de 18.07 de neurooclusión, 39.75 de distoooclusión y 55.0 de mesiooclusión. Se percibe con toda claridad que en la población de estudio hay predominio de mesiooclusión, seguido de distoooclusión.

Se realizó la correlación de la variable calidad de vida con las maloclusiones y se obtuvo p valor de 0.000, el cual, es menor que el valor alfa (0.050). Esto significa que entre las variables existe correlación estadísticamente significativa.

Asimismo, se ha correlacionado cada una de las dimensiones de calidad de vida con las maloclusiones, estas variables son: síntomas bucales, limitaciones funcionales, bienestar emocional y bienestar social. Al correlacionar estas dimensiones se obtuvo p valor inferior

al valor alfa (0.050), por tanto, en todos los casos, existe correlación estadísticamente significativa al 95% de confianza y al 5% de error.



Tabla 10:

Relación entre las dimensiones de calidad de vida con las dimensiones de salud bucal.

		Media	DE	Me	P valor*
Sano (No Caries dental, no maloclusión) (n = 26)	Calidad vida	12.69	8.484	13.00	0.010
	Síntomas bucales	4.65	3.532	5.00	0.000
	Limitaciones funcionales	3.04	3.105	3.50	0.000
	Bienestar emocional	2.58	3.202	3.00	0.033
Enfermo (Caries dental y/o maloclusión) (n = 74)	Calidad vida	23.30	14.976	24.00	0.012
	Síntomas bucales	6.31	3.850	7.00	0.000
	Limitaciones funcionales	5.53	3.717	6.00	0.047
	Bienestar emocional	4.70	4.067	5.00	0.020
	Bienestar social	6.76	6.906	6.50	0.046

Fuente: Matriz de datos.

En la tabla 10 se ha correlacionado la calidad de vida y sus dimensiones con las dimensiones de salud bucal. Se obtuvo los siguientes hallazgos: Al correlacionar calidad de vida con salud bucal de los niños sanos se obtuvo p valor de (0.010) < valor alfa (0.050), por tanto, existe correlación significativa entre calidad de vida y salud bucal de los niños sanos: a mayor salud bucal hay mayor calidad de vida, y el descuido de la salud bucal trae como consecuencia un sentimiento de menor calidad de vida en los niños.

Se correlacionó todas las dimensiones de calidad de vida (síntomas bucales, limitaciones funcionales, bienestar emocional y bienestar social) con la salud bucal de los niños sanos y en todos los casos se obtuvo p valor inferior al valor alfa (0.050), por tanto, la mejora de estas dimensiones va de la mano con la mejora de la calidad de vida, y viceversa.

También se correlacionó calidad de vida con la salud bucal de los niños presentan caries dental y maloclusión y se obtuvo p valor de 0.012. Este valor es inferior al valor alfa (0.050), por tanto, existe correlación significativa entre la calidad de vida y la salud bucal de los niños que sufren problemas dentales. Se puede inferir que existe una variación conjunta entre estas dos variables. Al correlacionar significativas con cada una de las dimensiones de calidad de vida también se encontró correlaciones significativas. Estos resultados permiten

inferir que la salud bucal es de suma importancia para la calidad de vida de los niños de esta investigación.



DISCUSIÓN

Para cumplir el objetivo de la presente investigación se ha seguido los procedimientos adecuados para la obtención de información objetiva y útil a la ciencia. Se utilizó el instrumento titulado Cuestionario de Percepción del Niño CPQ 8-10, la cual fue desarrollada originalmente en inglés creado por Jockovic et al en el 2004(23), posteriormente en el Perú Ipanaqué P en el 2013 desarrolló el cuestionario de percepción del niño (CPQ 8-10) mediante la adaptación transcultural del instrumento original Child Perceptions Questionnaire (CPQ 8-10) (28).

Además, se utilizó la ficha de examen clínico dental que recaba información objetiva obtenida con instrumentos mecánicos. Ambos instrumentos son fiables.

La calidad de vida de los niños se ha medido de manera cuantitativa porque el instrumento no tiene puntos de corte ni baremos, pero está claro que a mayor puntaje de problemas de salud bucal hay menor calidad de vida y a menores problemas de salud bucal hay mayor calidad de vida. Los autores también diseñaron 2 preguntas adicionales que piden a los niños una calificación sobre autopercepción de su salud oral y como afecta a su calidad de vida (pregunta 1 y 2) (28).

En la tabla n° 2 podemos observar que gran porcentaje de los niños percibió que su salud bucal se encontraba entre “muy buena, buena y regular”, esta concuerda con el estudio realizado por Contreras M. Robles (15), y difiere con el estudio relacionado Ipanaqué (28), Celi A. Leon E. et al (31). En este contexto, se ha obtenido calidad de vida con un puntaje de 20.54, es un valor considerado en el primer cuartil, eso significa que la calidad de vida en los niños es buena y concuerda con los resultados obtenidos en su estudio de Celi A. Gonzalez L (25).

Se debe tener presente el origen de los niños del presente estudio: ellos provienen de familias de escasos recursos o incluso son niños que carecen de familiares, sin embargo, presentan una buena calidad de vida ya que su puntaje es bajo. ¿A qué se debe este resultado positivo? Un factor que con toda evidencia debe afectar positivamente es el apoyo que reciben en las casas de acogida Sumac Wasi, los cuales, les ofrecen a los niños mejores condiciones de educación, de higiene personal y de alimentación que el que tenían originalmente en sus familias.

La salud bucal se ha evaluado principalmente desde la afección de la caries dental y la presencia de las maloclusiones. El 59% de niños presenta caries en los dientes primarios, y

el 62% presenta caries en los dientes permanentes (tabla 5). En los dientes primarios hay una media de 3.49 dientes cariados, y en los dientes permanentes se halló una media de 1.95 dientes cariados (tabla 4). Estos resultados de prevalencia de caries son relativamente bajos tratándose de niños que proceden de familias con innumerables limitaciones económicas. El factor positivo es el hecho de vivir en una institución que los ayuda.

Sin embargo, no se puede descuidar los efectos secundarios que tanto la caries como la maloclusión imprimen en los niños, estos efectos son: el generarles vergüenza, aislamiento social, baja autoestima, dolores y otros efectos. Por esta razón, se debe promover una mejor salud bucal en los niños.

En cambio, en la investigación de Mota-Veloso et al en niños brasileños la prevalencia de caries fue mucho más alta (64.6%) y con consecuencias clínicas de caries (33). Asimismo, en estudios de Robles realizado en Huánuco-Perú se halló una media de 5 piezas dentarias cariadas (15). En la presente investigación se halló una media de 4 piezas cariadas, eso significa que los niños del presente estudio están en mejores condiciones que sus pares, pero aún requieren cuidado de su salud bucal y tratamiento odontológico (24,33).

Respecto a las maloclusiones, el 90% sufre maloclusión de tipo I o neutroclusión. Este resultado elevado de neutroclusión en los niños es una constante que se ha encontrado también en otras investigaciones como la de Robles (15).

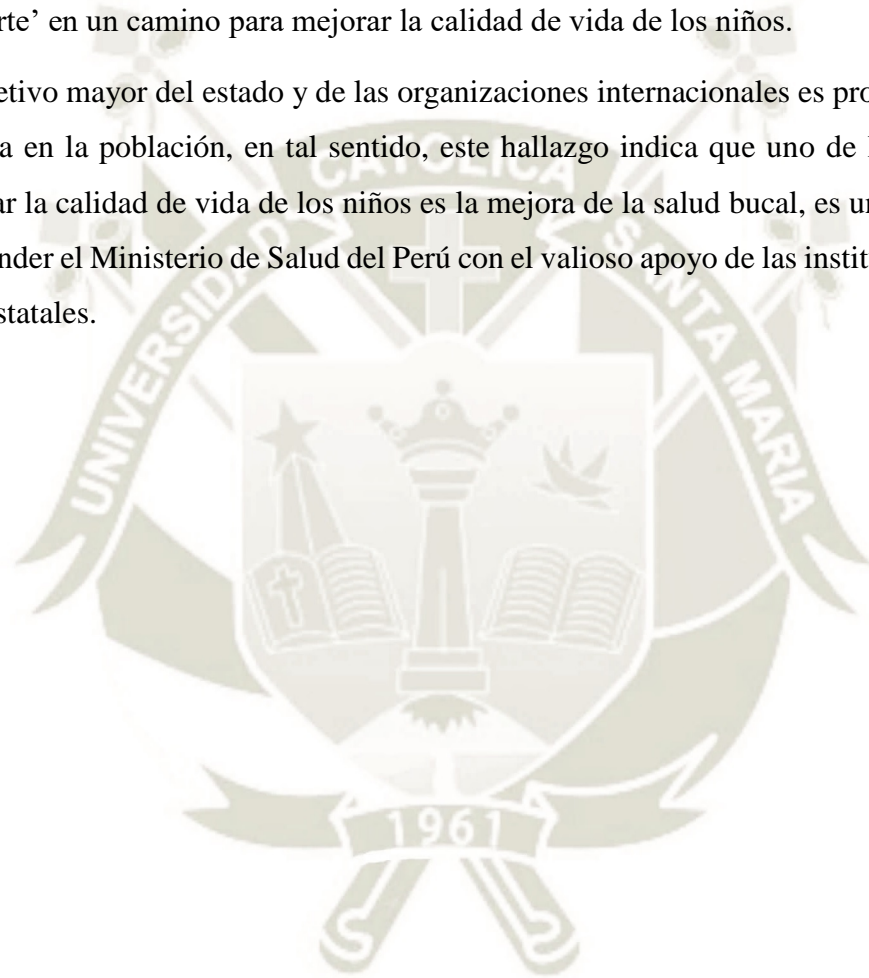
La correlación de la calidad de vida con la salud bucal se ha realizado primero según los tipos de dientes (primarios y permanentes) y después según el tipo de maloclusión. Estas correlaciones se realizaron con los estadígrafos t de student y anova, este mismo método estadístico siguieron Bucales y Gómez. Sin embargo, en otras investigaciones precedentes, las correlaciones se determinaron con los coeficientes R de Pearson o Rho de Spearman. Ambos métodos permiten determinar si existe variación conjunta ente las variables (15).

En todas las correlaciones globales y por dimensiones se obtuvo p valor inferior al valor alfa (0.050), esto significa que la salud bucal tiene correlación estadísticamente significativa al 95% de confianza y 5% de error. Este resultado no es algo aislado, sino que también hay hallazgos similares en los antecedentes de esta investigación: Ipanaque (28); González (25); Robles (15), Contreras (35), León et al (31). Todos estos resultados apoyan el hallazgo de esta investigación de que la salud bucal tiene asociación con la calidad de vida.

Cabe precisar que la correlación prueba que existe variación conjunta, es decir, asociación directa o inversa de las variables, pero no prueba la causalidad en todo el sentido de la

palabra. Si bien la causalidad implica correlación, pero la correlación no indica tanto por ciento de influencia, sino sólo en parte, porque una variable recibe múltiples influencias. Por tanto, los niveles de calidad de vida de los niños no sólo se deben a la salud bucal, sino también a otros factores que aún se desconoce y que futuros investigadores deberán seguir averiguando. Por otra parte, la correlación se determina con los coeficientes de correlación, pero la causalidad se obtiene con el coeficiente de determinación. En esta investigación se ha determinado la correlación, mas no la causalidad, por tanto, la salud bucal se constituye 'en parte' en un camino para mejorar la calidad de vida de los niños.

El objetivo mayor del estado y de las organizaciones internacionales es promover la calidad de vida en la población, en tal sentido, este hallazgo indica que uno de los caminos para mejorar la calidad de vida de los niños es la mejora de la salud bucal, es una tarea que debe emprender el Ministerio de Salud del Perú con el valioso apoyo de las instituciones, estatales y no estatales.



CONCLUSIONES

La investigación permitió llegar a las siguientes conclusiones:

PRIMERA:

Se determinó que existe una buena salud bucal en general esto dispone para un buen desarrollo psicológico y social, lo que conlleva a una buena calidad de vida en los niños de 8 a 10 años de los sumac wasi Santa Teresa del Niño Jesús y Santo Tomás de Aquino.

SEGUNDA:

Se analizó según el estudio que la calidad de vida en niños de 8 a 10 años de edad de los sumac wasi Santa Teresa del Niño Jesús y Santo Tomás de Aquino en función a su salud bucal es buena sin embargo existe una mayor probabilidad de tener impacto negativo en los dominios de síntomas bucales y bienestar social de la CVRSB.

TERCERA:

Se identificó que el 59% de niños que presentan dentición decidua tienen caries dental en una proporción de 4 dientes cariados por dentición, y se halló el 62% de niños con presencia de dentición permanente predominó la caries dental es decir la experiencia de caries dental general fue muy alta. Entonces pudo demostrar que existe un impacto negativo en el dominio de síntomas bucales en la calidad de vida relacionada a la salud bucal en los niños de 8 a 10 años de los sumac wasi Santa Teresa del Niño Jesús y Santo Tomás de Aquino.

CUARTA:

Se encontró que el 90% presenta la condición de maloclusión clase I (neutrooclusión) siendo la mayoría de niños por lo tanto se puede considerar dentro del rango positivo. Seguido de la maloclusión clase II (8%) y clase III (2%) con una menor frecuencia.

QUINTA:

Según los datos obtenidos en este estudio se puede afirmar que la caries dental y maloclusiones no constituyeron un problema grave en general con el bienestar

emocional y social en niños de 8 a 10 años en los sumac wasi Santa Teresa del Niño jesús y sumac wasi Santo Tomas de Aquino no teniendo impacto negativo en su calidad de vida.



RECOMENDACIONES

PRIMERA:

Desarrollar más investigaciones respecto a la calidad de vida relacionada a la salud bucal y enfermedades bucales debido a que existen en nuestro país existen pocas investigaciones sobre este tema y este problema cada vez acrecienta y afecta el bienestar del niño en su etapa de desarrollo.

SEGUNDA:

Ejecutar, estructurar y diseñar un adecuado proyecto de prevención y promoción de la salud bucal en niños con la finalidad de que puedan tomar conciencia y puedan generar hábitos saludables de higiene bucal.

TERCERA:

El ministerio de salud del Perú debe asumir que la salud bucal de los niños está asociada significativamente a la calidad de vida, por tanto, debe promover con mayor diligencia y calidad el tratamiento dental de los niños en todos los centros de salud mediante la oferta de un servicio no sólo el examen clínico sino también el tratamiento completo de todos los problemas dentales.

CUARTA:

Se sugiere un estudio más detallado sobre el impacto socioeconómico y como esta repercutiría en relación a su calidad de vida en niños de 8 a 10 años.

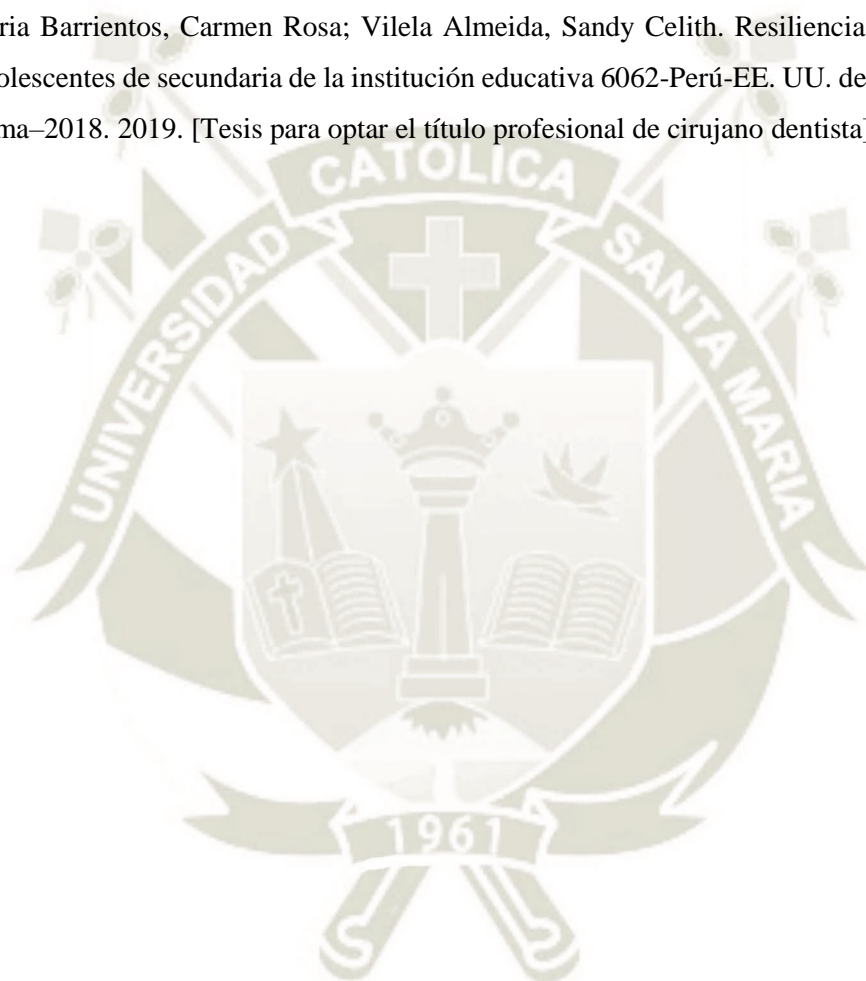
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

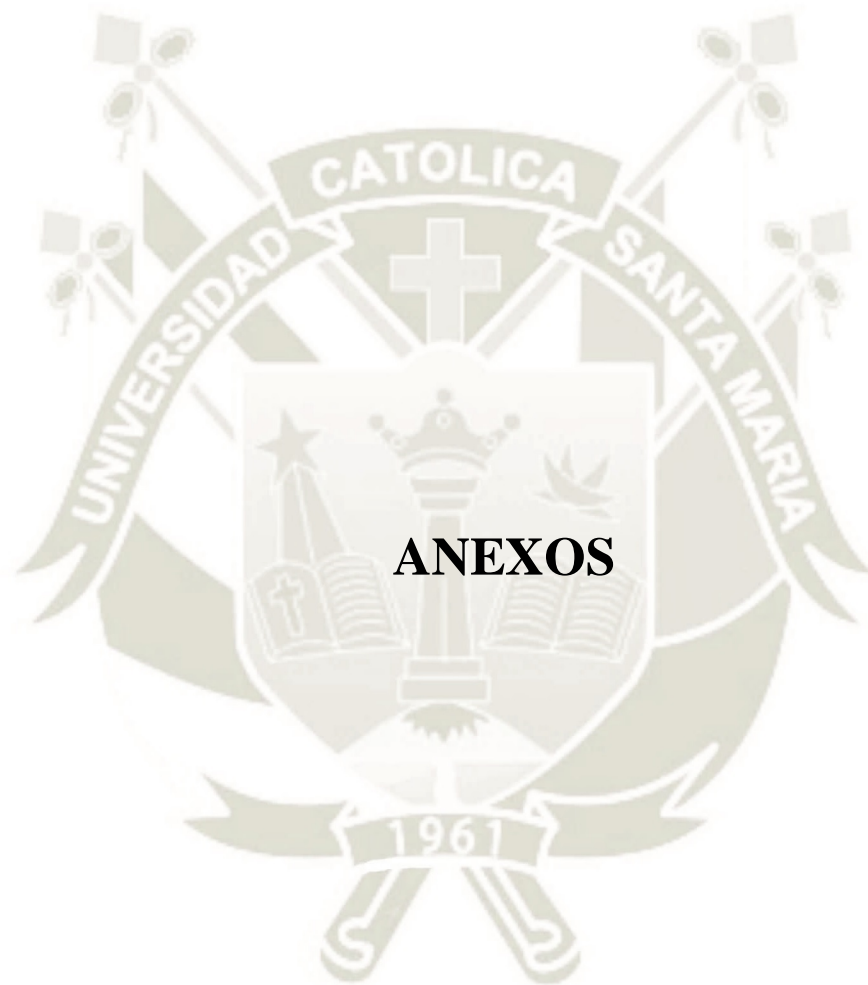
1. Ministerio de salud. Plataforma digital unica del estado peruano. [Online].; 2017 [cited 2021 Febrero 10. Available from: <https://www.gob.pe/es/n/13055>.
2. Armas Vega, Ana del Carmen, et al. Calidad de vida y salud bucal en preescolares ecuatorianos relacionadas con el nivel educativo de sus padres. *Revista Cubana de Estomatología*, 2019, vol. 56, no 1.
3. Sequeiros Castillo M. Relación de las Condiciones de Salud Oral sobre la Calidad de Vida en Escolares de 11 Y 12 Años de Edad de Sexto Grado de Educación Primaria Abancay Apurimac 2014 Arequipa : [Tesis para optar el grado académico de magister en salud pública]; 2015.
4. Moreno-Jiménez B XGC. Evaluación de la calidad de vida. Manual de Evaluación en Psicología Clínica y de la Salud. [Online]; 1996 [cited 2021 Febrero 2. Available from: <https://www.uam.es/gruposinv/esalud/Articulos/Personalidad/evaluacion-de-calidaddevida.pdf>.
5. Casas-Aznar. El concepto de calidad de vida en la intervención social en el ámbito de la infancia. III Jornadas de Psicología de la Intervención Social. Madrid: *Ministerio de Asuntos Sociales*. 1991;(p. 649-672).
6. Lindström B. The essence of existence. On the quality of life of children in the Nordic Countries. Theory and practice in public health doctoral] [editor. Göteborg: The Nordic School of Public Health; 1994.
7. García Gómez. Evaluación de la calidad de vida en los pacientes con diabetes mellitus tipo 1: el caso del Hospital Universitario nuestra Señora de candelaria de Tenerife doctoral] [editor. España: Universidad de la Laguna; 2005.
8. Vinaccia; LM, Orozco. Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de las personas con enfermedades crónicas. *Perspectivas en Psicología*. 2005; 1((2): 125-137).
9. Puig Llobet M. Cuidados y calidad de vida en Vilafranca del Penedès: los mayores de 75 y más años atendidos por el servicio de atención domiciliaria y sus cuidadores familiares. [Tesis para optar el grado académico de doctor en sociología] ed.: Universidad de Barcelona; 2011.
10. Gómez M SE. Calidad de vida. Evolución del concepto y su influencia y la práctica España. [Online]. España; 2000 [cited 2021 febrero 4. Available from: <http://campus.usal.es/~inico/investigacion/invesinico/calidad.html>.
11. Melchiors AC, Correr CJ, Rossignoli P, Pontarolo R, Fernández F. Medidas de evaluación de la calidad de vida en Diabetes. Melchiors AC, Correr CJ, Rossignoli P, Pontarolo R, Fernández F. Medidas de Conceptos y criterios de revisión. *Seguim Farmacoter*. 2004; 2(1).

12. López-Carmona JM RMR. Adaptación y validación del instrumento de calidad de vida Diabetes 39 en pacientes mexicanos con diabetes mellitus tipo 2. *Salud Pública de México*. 2006; 48(3): 200-211).
13. Bautista-Rodríguez. La calidad de vida como concepto. *Rev cienc cuid*. 2017; 14(1)(5).
14. Cordero M. Calidad de vida relacionada a la salud de niños y niñas rurales de Tucumán , Argentina (2015). [Online].; 2018 [cited 2021 febrero 5. Available from: <http://dx.doi.org/10.15517/psm.v0i0.33986>.
15. Robles Rivera, Gissel Kathleen. Impacto de los problemas bucales sobre la calidad de vida relacionada a la salud bucal en niños de 8 a 10 años de edad que asisten a la IE 32385 Virgen de Fátima del distrito de Llata-Huánuco en el año 2016 Lima: [Tesis para optar el título profesional de cirujano dentista]; 2017.
16. Soto M. FI. La calidad de vida relacionada con la salud como medida de resultados en pacientes con cardiopatía isquémica Disponible en: <http://scielo.isciii.es/sciel>. *Rev. Soc. Esp. Dolor*. 2004 Diciembre; 11(8): p. 53-62.
17. Organización Mundial de la Salud. Definición de salud bucodental. [Online].; 2016 [cited 2021 Marzo 15. Available from: <http://www.saludymedicinas.com.mx/centros-de-salud/bucodental/definicion/salud-bucodental.html>.
18. Alvarez Mullisaca, Sandra Magdalena. Calidad de vida y autopercepción de la salud bucal en militares de 18 a 25 años del fuerte Manco Cápac Puno 2017 [Tesis para optar el título profesional de cirujano dentista]; 2018.
19. Hayakawa Lastarria LA, Maraví Gutiérrez JE, Geller Palti D. Calidad de vida relacionada a la salud oral de preescolares peruanos en el año 2018. *Revista odontopediatria latinoamericana*. 2021; 1(11).
20. Martínez M, Contreras. Percepción parental y autopercepción de la calidad de vida relacionada a salud bucal y el impacto de caries no tratada en escolares de 8 a 10 años en I.E. San Juan 3021 macías. [Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano] ed. Lima: Universidad Norbert Wiener; 2019.
21. Diaz S. Guía clínica para el diagnóstico y seguimiento de la distrofia miotónica tipo 1, DM1 o enfermedad de Steinert. *Medicina Clínica*, 2019, vol. 153, no 2; p. 82. e1-82. e17.
22. Durán-Napolitano, Doris, et al. Percepción de salud bucal en adultos mayores de dos comunas con desarrollos extremos en Chile. *CES Odont*, 2016, vol. 29, no 1, p. 5-12.

23. Camargo YC. Camargo, Yolima Cruz, et al. Calidad de vida en pacientes sometidos a tratamientos de rehabilitación oral en la Universidad Santo Tomás en Bucaramanga. *UstaSalud*, 2014, vol. 13, no 1. p. 49-54.
24. Robles Rivera. Impacto de los problemas bucales sobre la calidad de vida relacionada a la salud bucal en niños de 8 a 10 años de edad que asisten a la i.e. 32385 virgen de fátima del distrito de Llata - Huánuco en el año 2016 Arequipa: [Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano]; 2016.
25. González. El concepto de calidad de vida en la intervención social en el ámbito de la infancia Arequipa: [Tesis para optar el título profesional de cirujano dentista]; 2015.
26. Alvarez Mullisaca, Sandra Magdalena. Calidad de vida y autopercepción de la salud bucal en militares de 18 a 25 años del fuerte Manco Cápac Puno 2017. 2018. [Tesis para optar el título profesional de cirujano dentista]
27. Jokovic Aleksandra, et al. Questionnaire for measuring oral health-related quality of life in eight-to ten-year-old children. *Pediatric dentistry*, 2004, vol. 26, no 6, p. 512-518
28. Ipanaque P. Validación y adaptación transcultural del instrumento child perceptions questionnaire 8-10 años (CPQ8-10) en niños de 8-10 años que asisten a la I.E.P Cristo de salamanca y I.E Jhon F. Kennedy de Salamanca del distrito de Ate Vitarte. 2013 [Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano].
29. Riveros. Niveles de depresión y ansiedad en estudiantes universitarios de Lima Metropolitana Lima: [Tesis para optar el título profesional de cirujano dentista]; 2011.
30. Cabrera Arias MA CMA. Impacto en la calidad de vida relacionada a la salud oral en niños ecuatorianos de 8 a 10 años de edad. 2017. Tesis postgrado. Instituto Superior de Investigación y Posgrado ed. Quito: [Tesis para optar el título profesional de cirujano dentista]; 2017.
31. León E,ea. Impacto de la salud bucal sobre la calidad de vida en escolares de la escuela "san francisco de pelesú de azogues". *Oactiva UC Cuenca*. 2016; 2(3): p. 7-14.
32. García LAG. Propiedades psicométricas del CPQ8-10 corto e ilustrado para medir calidad de vida y necesidades de salud bucal en escolares mexicanos (CPQ8-10-corto e ilustrado). [Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano] ed. Mexico: Universidad Autónoma de Nuevo León.; 2013.
33. Mota-Veloso, María Eliza C Soares, Bruna Mota Alencar, Leandro Silva Marques, María Letícia Ramos-Jorge, Joana Ramos-Jorge. Impacto de la caries dental no tratada y sus consecuencias clínicas en la calidad de vida relacionada con la salud bucal de los escolares de 8 a 10 años: Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation; 2016.

34. Morales Miranda L, Gómez Gonzáles W. Caries dental y sus consecuencias clínicas relacionadas al impacto en la calidad de vida de preescolares de una escuela estatal. *Rev. Estomatológica Herediana* 5. 2019 ene; 29(1).
35. Contreras. Percepción parental y autopercepción de la calidad de vida relacionada a salud bucal y el impacto de caries no tratada en escolares de 8 a 10 años en I.E. San Juan 3021 macías. [Tesis para optar el título profesional de cirujano dentista] ed. Lima: Universidad Norbert Wiener; 2019.
36. Soria Barrientos, Carmen Rosa; Vilela Almeida, Sandy Celith. Resiliencia y alcoholismo en adolescentes de secundaria de la institución educativa 6062-Perú-EE. UU. de Villa El Salvador, Lima–2018. 2019. [Tesis para optar el título profesional de cirujano dentista].





ANEXO 1:

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LOS PADRES

Con autorización de la dirección de la Institución Educativa Nacional Corazón De Jesús CIRCA presentamos a la Srta. Diana carolina jara Mamani, de la Facultad de odontología de la Universidad Católica de Santa María, que aplicará un cuestionario sobre la salud bucal a su hijo(a), para conocer el impacto de los problemas bucales sobre la calidad de vida relacionada a salud bucal en niños de 8 a 10 años que asisten a la institución antes mencionada.

La investigación consistirá en que el participante desarrolle el cuestionario de percepción del niño CPO 8-10. La participación es voluntaria. Para llenar el cuestionario solo deberá responder de acuerdo a la situación diaria que su hijo realiza respecto a su salud bucal, los resultados serán confidenciales y no se usará para ningún otro propósito fuera de esta. **Si usted está de acuerdo completar los siguientes datos, y llenar los cuestionarios anexos:**

Desde ya agradecemos su participación

Mediante el presente documento, Yo padre y/o madre ...
..... (nombre y apellidos), identificado(a) con
DNI....., autorizó para que mi hijo(a)(nombre
y apellidos), participe voluntariamente a esta investigación conducida por la bachiller Diana
Jara Mamani.

Arequipa,de.....2020

.....

Firma

ANEXO 2: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Hola, mi nombre es Diana Jara Mamani, egresada de la Facultad de Odontología de la Universidad de Católica de Santa María, te invito a participar del estudio que fue previamente informado a tus padres, espero contar con tu apoyo.

Tu participación en el estudio consistiría en responder las preguntas. Tu participación en el estudio es voluntaria, es decir, aun cuando tu papá o mamá te comuniquen que puedes participar, si tú no quieres hacerlo puedes decir que no. Es tu decisión si participas o no en el estudio. También es importante que, si en un momento dado ya no quieres continuar en el estudio, no habrá ningún problema, o si no quieres responder a alguna pregunta en particular, tampoco habrá problema. Los procedimientos son sencillos y no van a significar riesgo alguno para tu salud e integridad. Esta información será confidencial. Esto quiere decir que no comunicaremos a nadie tus respuestas, sólo estarán informados las personas que forman parte del equipo de este estudio.

Si aceptas participar, te pido que por favor escribas (si) en el cuadrado inferior que dice “Sí quiero participar” y escribas tu nombre, si no quieres participar, no escribas nada.

(...) quiero participar mi nombre es: Autorizo participar del estudio previa autorización de mis padres.

Fecha: Arequipa de 2020.

ANEXO 3:
CUESTIONARIO DE PERCEPCIÓN INFANTIL CPQ8-10






MI NOMBRE ES _____

¡Hola!

Nos gustaría saber cómo te encuentras actualmente. Para ello hemos preparado algunas preguntas a las que te pedimos contestes.



Lee, por favor, cada una de las preguntas
Pon una cruz en la respuesta que creas mejor para ti
No hay respuestas correctas o falsas. Lo que nos importa es **tu opinión**






<u>Un ejemplo</u> <input type="checkbox"/>	Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca
Durante el último mes me gustó escuchar música					

Por favor, cuéntanos primero algo sobre ti. ¡Pon una cruz o escribe!

Yo soy: Niña (). Niño ().

Tengo: años cumplidos.

Primero queremos saber algo sobre tus dientes, ...

Durante el último mes... <input type="checkbox"/>	Muy buena	Buena	Regular	Mala	Muy mala
1. En general ¿Cómo calificas la salud de tus dientes?					

Durante el último mes... <input type="checkbox"/>	No, nunca	No, casi nunca	A veces	Sí, casi siempre	Sí, siempre
2. ¿Qué tanto te molestan tus dientes o tu boca en tu vida diaria?					

I. Ahora, preguntas sobre tus dientes y tu boca

Durante el último mes... <input type="checkbox"/>					
3. ¿Tuviste dolor en tus dientes o tu boca durante las últimas 4 semanas?	No, nunca (0 puntos)	No, casi nunca (1 punto)	A veces (2 puntos)	Sí, casi siempre (3 puntos)	Sí, siempre (4 puntos)
4. ¿Tuviste úlceras en tu boca durante las últimas 4 semanas?	No, nunca	No, casi nunca	A veces	Sí, casi siempre	Sí, siempre

5. ¿Te dolieron tus dientes cuando comiste o Tomáste alimentos fríos o calientes en las últimas 4 semanas?	No, nunca	No, casi nunca	A veces	Sí, casi siempre	Sí, siempre
6. ¿Se te quedó comida atorada entre los dientes en las últimas cuatro semanas?	No, nunca	No, casi nunca	A veces	Sí, casi siempre	Sí, siempre
7. ¿Tuviste mal aliento en las últimas cuatro semanas?	No, nunca	No, casi nunca	A veces	Sí, casi siempre	Sí, siempre

PREGUNTAS SOBRE ESTAR CON OTRAS PERSONAS

<u>Durante el último mes...</u> <input type="checkbox"/>					
8. ¿Tardaste más tiempo que los demás en comer por problemas en tus dientes o en tu boca en las últimas cuatro semanas?	No, nunca	No, casi Nunca	A veces	Sí, casi siempre	Sí, siempre
9. ¿Tuviste dificultad para morder o masticar alimentos como manzanas, choclo o carne por problemas en tus dientes o tu boca en las últimas cuatro semanas?	No, nunca	No, casi nunca	A veces	Sí, casi siempre	Sí, siempre
10. ¿Tuviste problemas comiendo alimentos que te gustarían comer por problemas en tus dientes o tu boca en las últimas cuatro semanas?	No, nunca	No, casi nunca	A veces	Sí, casi siempre	Sí, siempre
12. ¿Tuviste problemas al pronunciar algunas palabras por problemas en tus dientes o en la boca en las últimas cuatro semanas?	No, nunca	No, casi nunca	A veces	Sí, casi siempre	Sí, siempre
13. ¿Tuviste dificultad para dormir en la noche por problemas en tus dientes o boca en las últimas cuatro semanas?	No, nunca	No, casi nunca	A veces	Sí, casi siempre	Sí, siempre
14. ¿Te enojaste por problemas en tus dientes o boca en las últimas cuatro semanas?	No, nunca	No, casi nunca	A veces	Sí, casi siempre	Sí, siempre

14. ¿Te sentiste frustrado o decepcionado por problemas en tus dientes o boca en las últimas cuatro semanas?	No, nunca	No, casi nunca	A veces	Sí, casi siempre	Sí, siempre
15. ¿Te sentiste avergonzado o cohibido por problemas en tus dientes o boca en las últimas cuatro semanas?	No, nunca	No, casi nunca	A veces	Sí, casi siempre	Sí, siempre
16. ¿Te preocupó lo que otras personas piensen sobre tus dientes o boca en las últimas cuatro semanas?	No, nunca	No, casi nunca	A veces	Sí, casi siempre	Sí, siempre
17. ¿Te preocupó no verte tan bien como los demás debido a tus dientes o tu boca en las últimas cuatro semanas?	No, nunca	No, casi nunca	A veces	Sí, casi siempre	Sí, siempre
18. ¿Faltaste a la escuela por dolor en tus dientes o citas con el dentista en las últimas cuatro semanas?	No, nunca	No, casi nunca	A veces	Sí, casi siempre	Sí, siempre
19. ¿Tuviste dificultad para hacer tus deberes por problemas en tus dientes o boca en las últimas cuatro semanas?	No, nunca	No, casi nunca	A veces	Sí, casi siempre	Sí, siempre
20. ¿Tuviste dificultad para poner atención en la escuela por problemas en tus dientes o boca en las últimas cuatro semanas?	No, nunca	No, casi nunca	A veces	Sí, casi siempre	Sí, siempre
21. ¿Evitaste hablar o leer en voz alta en clase por problemas en tus dientes o boca en las últimas cuatro semanas?	No, nunca	No, casi nunca	A veces	Sí, casi siempre	Sí, siempre
22. ¿Evitaste sonreír o reír con otros niños por problemas en tus dientes o boca en las últimas cuatro semanas?	No, nunca	No, casi nunca	A veces	Sí, casi siempre	Sí, siempre

Durante el último mes... <input type="checkbox"/>					
23. ¿Evitaste hablarles a otros niños por problemas en tus dientes o boca en las últimas cuatro semanas?	No, nunca	No, casi nunca	A veces	Sí, casi siempre	Sí, siempre
24. ¿Evitaste estar con otros niños por problemas en tus dientes o boca en las últimas cuatro semanas?	No, nunca	No, casi nunca	A veces	Sí, casi siempre	Sí, siempre
25. ¿Evitaste actividades como deportes por problemas en tus dientes o boca en las últimas cuatro semanas?	No, nunca	No, casi nunca	A veces	Sí, casi siempre	Sí, siempre
26. ¿Otros niños se burlaron de ti o te pusieron apodos debido a tus dientes o boca en las últimas cuatro semanas?	No, nunca	No, casi nunca	A veces	Sí, casi siempre	Sí, siempre
27. ¿Otros niños te preguntaron sobre tus dientes o tu boca en las últimas cuatro semanas?	No, nunca	No, casi nunca	A veces	Sí, casi siempre	Sí, siempre

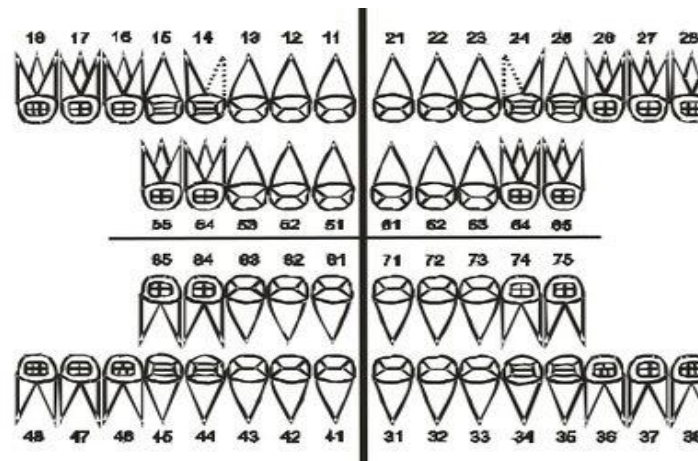
¡!!Gracias!!!

Fuente: Ipanaque P. (2013)

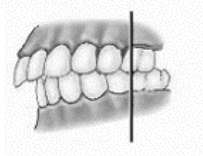
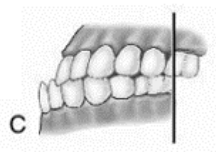
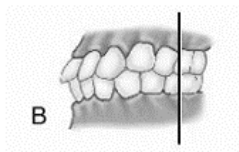
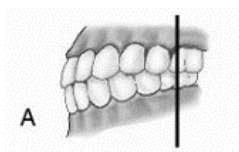
**ANEXO 4:
FICHA DE EXAMEN CLÍNICO DENTAL**

Nombre:

Edad:



TIPOS DE OCLUSIÓN

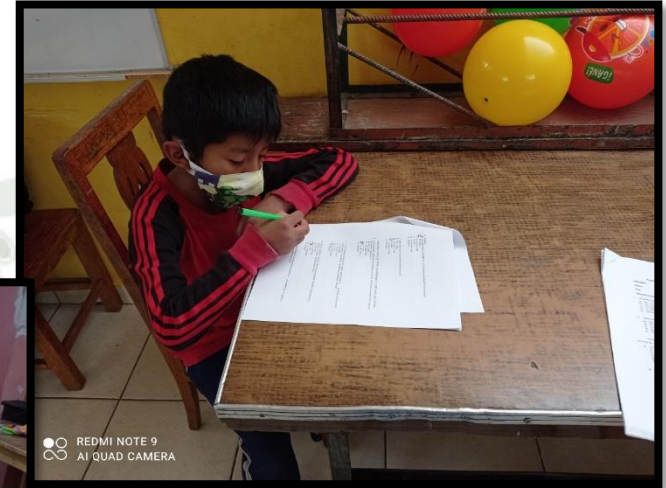
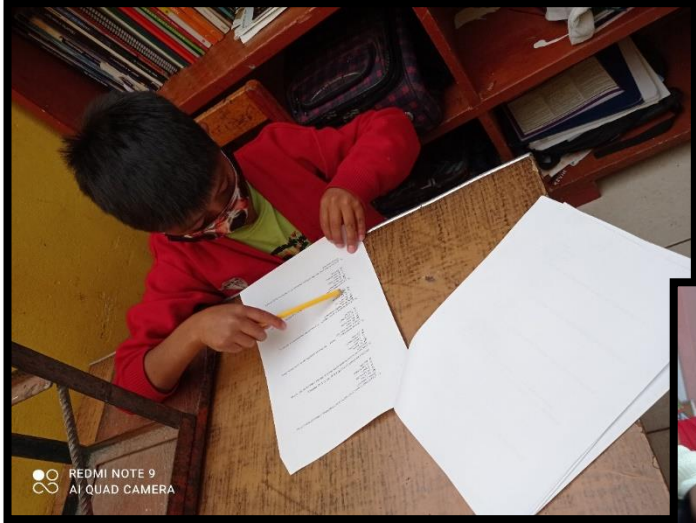


- a) Clase I (NEUTROCLUSIÓN)
- b) Clase II (DISTOCLUSIÓN)
- c) Clase III (MESIOCLUSIÓN)

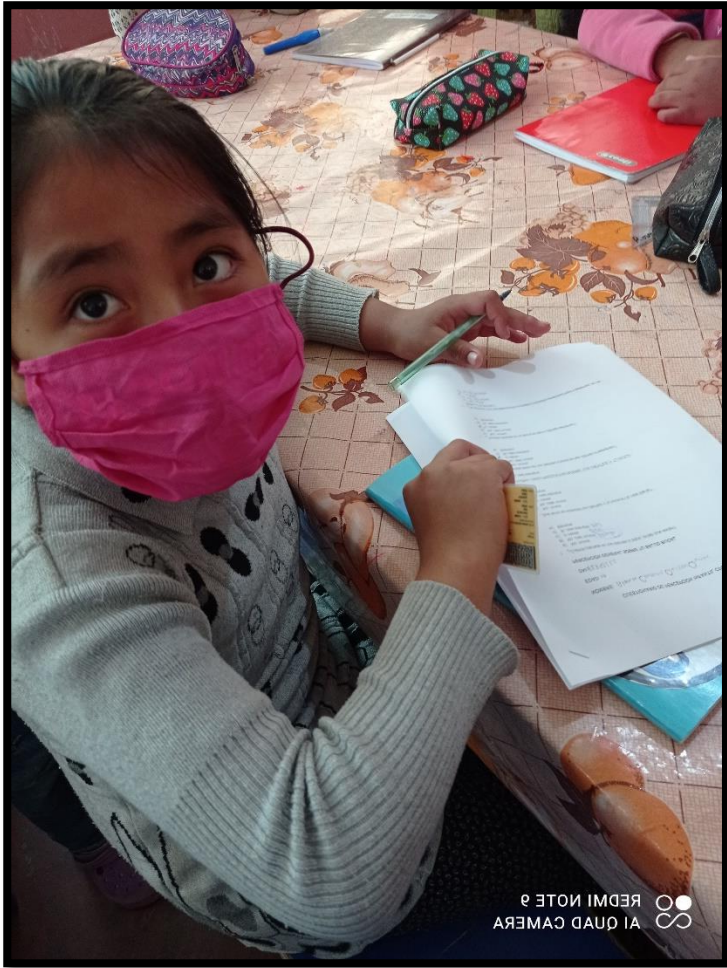
10	1	8	REGULAR	0	3	2	2	2	3	2	3	2	2	2	3	2	1	2	2	3	0	2	2	0	2	1	0	0	0	1	0	2	3	7	2	1	10	distocclusion		
11	1	10	REGULAR	2	3	0	3	3	3	0	0	2	0	2	0	3	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	6	10	neuroocclusion	
12	1	10	BIEIN	2	1	0	3	2	2	1	2	1	2	1	2	2	3	3	3	3	2	2	1	4	4	4	4	2	0	0	0	1	1	1	0	0	1	mesioocclusion		
13	1	10	MUYBIEN	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	11	neuroocclusion		
14	1	10	MUYBIEN	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	neuroocclusion		
15	1	10	REGULAR	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	0	2	2	1	2	0	0	0	1	3	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	neuroocclusion		
16	1	10	REGULAR	3	3	2	3	3	3	0	3	0	0	3	3	3	0	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	neuroocclusion		
17	1	8	MUYBIEN	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	2	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	2	neuroocclusion
18		1	10	BIEIN	2	0	1	2	2	2	2	2	1	1	1	0	1	0	0	2	3	1	0	0	0	2	2	3	0	3	4	0	0	4	0	0	0	0	distocclusion	
19		1	10	BIEIN	0	2	0	2	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	neuroocclusion	
20		1	10	BIEIN	1	0	0	0	1	1	2	0	2	0	0	0	1	2	1	1	1	0	0	0	0	1	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	neuroocclusion	
21		1	10	BIEIN	2	0	1	2	1	1	0	1	1	2	0	1	0	1	1	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	4	0	0	4	0	0	2	2	neuroocclusion	
22		1	10	BIEIN	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	neuroocclusion	
23		1	9	REGULAR	4	2	2	2	4	0	0	2	0	2	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	2	0	0	2	2	1	8	11	neuroocclusion		

ANEXO 7:
FOTOS DE LA APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO











ANEXO 8:
CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

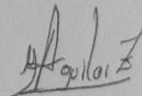
Con autorización de la encargada de SUMAC WASI = CASA BONITA "Sta. Teresa del Niño Jesús" presentamos a la Srta. Diana carolina jara Mamani, de la Facultad de odontología de la Universidad Católica de Santa María, que aplicará un cuestionario sobre la salud bucal a su hijo(a) y/o apoderado, para conocer el impacto de los problemas bucales sobre la calidad de vida relacionada a salud bucal en niños de 8 a 10 años que asisten a la institución antes mencionada.

La investigación consistirá en que el participante desarrolle el cuestionario de percepción del niño CPO 8-10. La participación es voluntaria. Para llenar el cuestionario solo deberá responder de acuerdo a la situación diaria que su hijo realiza respecto a su salud bucal, los resultados serán confidenciales y no se usará para ningún otro propósito fuera de esta. Si usted está de acuerdo completar los siguientes datos, y llenar los cuestionarios anexos:

Desde ya agradecemos su participación

Mediante el presente documento, Yo padre y/o madre, apoderado... Yovane Aguilera Zemita
(nombre y apellidos), identificado(a) con DNI...79625908, autorizó que participen voluntariamente a esta investigación conducida por la bachiller Diana Jara Mamani.

Arequipa,de.....2020



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Con autorización de la encargada de SUMAC WASI = CASA BONITA "Sto. Tomás de Aquino" presentamos a la Srta. Diana carolina jara Mamani, de la Facultad de odontología de la Universidad Católica de Santa María, que aplicará un cuestionario sobre la salud bucal a su hijo(a) y/o apoderado, para conocer el impacto de los problemas bucales sobre la calidad de vida relacionada a salud bucal en niños de 8 a 10 años que asisten a la institución antes mencionada.

La investigación consistirá en que el participante desarrolle el cuestionario de percepción del niño CPO 8-10. La participación es voluntaria. Para llenar el cuestionario solo deberá responder de acuerdo a la situación diaria que su hijo realiza respecto a su salud bucal, los resultados serán confidenciales y no se usará para ningún otro propósito fuera de esta. **Si usted está de acuerdo completar los siguientes datos, y llenar los cuestionarios anexos:**

Desde ya agradecemos su participación

Mediante el presente documento, Yo padre y/o madre, apoderado... Omar Norberto Pachari Aguirre
(nombre y apellidos), identificado(a) con DNI 29735275, autorizó que participen voluntariamente a esta investigación conducida por la bachiller Diana Jara Mamani.

Arequipa, 09 de Enero2020



ANEXO 9:

CARTA DE PRESENTACION PARA LA APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO



Universidad Católica
de Santa María

*"IN SCIENTIA ET FIDE EST FORTITUDO NOSTRA"
(En la Ciencia y en la Fe está nuestra Fortaleza)*

Arequipa, 27 de enero del 2021

OFICIO N° 045 – FO – 2020

Srta:

ALICIA PAULA MEDINA BRAVO

Apoderada de CIRCA-MAS

"SUMAC WASI SANTA TERESA DEL NIÑO Y SUMAC WASI SANTO TOMAS DE AQUINO"

Presente.-

De mi consideración:

*Es grato dirigirme a usted con un cordial saludo y a la vez para presentarle a la Srta. **DIANA CAROLINA JARA MAMANI**, egresada bachiller de la Facultad de Odontología, quien se encuentra desarrollando su tesis titulada "CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD BUCAL EN NIÑOS DE 8 A 10 AÑOS EN LOS SUMAC WASI SANTA TERESA DEL NIÑO JESUS Y SUMAC WASI SANTO TOMAS DE AQUINO-CIRCA AREQUIPA 2021", para optar el Título Profesional de Cirujano Dentista.*

En tal sentido, solicito a usted se sirva otorgar su autorización y permiso, a fin de que nuestra estudiante pueda realizar la aplicación de recolección de datos, lo cual permitirá lograr su objetivo académico.

Agradeciéndole por la atención a la presente, hago propicia la oportunidad para manifestar los sentimientos de mi mayor consideración y estima personal.

Atentamente,



Dr. Herbert Mario Gallegos Vargas
Decano
Facultad de Odontología
Urb. San José s/n Umacollo, Arequipa - Perú
www.ucsm.edu.pe

HGV/Decano
lbm.