



**UNIVERSIDAD PRIVADA NORBERT WIENER**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA**

“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”

TESIS

PROFESIONAL PARA OPTAR EL TÍTULO DE CIRUJANO DENTISTA

Presentado por:

**AUTOR:** ROBLES RIVERA, GISSEL KATHLEEN

**ASESORA:** MG. CD. CUPÉ ARAUJO ANA CECILIA

**LIMA – PERÚ**

**2016**



## **Dedicatoria**

A Dios, ser maravilloso y bondadoso, que guía mi camino en la vida y me da fuerzas para concluir mis metas; a mi mamita Diomedes por sus buenos consejos, a mi tía Yoli, a mi tío Armando, a mis queridos padres, a Kath, Cinthya, Jorge, Renzo por su amor y apoyo incondicional en todo momento a lo largo de mi carrera universitaria.

## **Agradecimiento**

Agradezco infinitamente a la Mg.CD Ana Cecilia Cupé y al CD. Jorge Valdivieso por su entrega, tiempo y dedicación quienes me guiaron en la realización de esta tesis; asimismo agradecer a todos mis docentes en estos 5 años de carrera universitaria por sus enseñanzas y gran aporte en mi formación profesional.

**Asesora de tesis**

MG. CD. ANA CECILIA CUPÉ ARAUJO.

## **Jurado**

1. Presidente: Mg. CD Esp. Jacqueline

Céspedes Porras

2. Secretaria: Mg. CD. Esp. María Paola

Felicita Dalby Morla

3. Vocal: Mg. CD Ingrid Rosa Isabel Iturria

Reátegui

# ÍNDICE

INDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS.....	9
RESUMEN.....	11
SUMMARY .....	12
1. CAPITULO I: EL PROBLEMA.....	13
1.1. Planteamiento del problema.....	14
1.2. Formulación del problema .....	16
1.3. Justificación .....	17
1.4. Objetivo .....	18
1.4.1. General .....	18
1.4.2. Específicos .....	18
2. CAPITULO II: MARCO TEÓRICO .....	19
2.1. Antecedentes.....	20
2.2. Base teórica.....	26
2.2.1. Calidad de vida relacionada a la salud .....	26
2.2.2.- Calidad de vida relacionada a la salud bucal .....	30
2.2.3.- Calidad de Vida relacionada a la salud bucal en niños y adolescentes .....	33
2.2.4.-Instrumentos que miden la calidad de vida en salud bucal en niños .....	36
2.2.5. Problemas bucales .....	40
2.2.5.1. Impacto de la caries dental .....	41
2.2.5.2. Impacto de la maloclusión.....	42
2.2.6. Índice CPO .....	43
2.2.7. Clasificación de la maloclusión según Angle .....	44
2.3. Terminología básica .....	47
2.4. Hipótesis .....	48
2.5. Variables .....	49
3. CAPITULO III: DISEÑO Y MÉTODO.....	50
3.1. Tipo y nivel de investigación .....	51
3.2. Población y muestra .....	51
3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos .....	53
3.4. Procesamiento y análisis de datos .....	55
3.5. Aspectos éticos .....	55
4. CAPITULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	56

4.1. Resultados.....	57
4.2. Discusión.....	64
5. CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	69
5.1. Conclusiones.....	70
5.2. Recomendaciones.....	71
ANEXOS.....	85
ANEXO N°1.....	85



## INDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

<b>Tabla N°1.</b> Percepción sobre la salud bucal y cómo afecta a su calidad de vida...	<b>57</b>
<b>Tabla N°2</b> Distribución de la media de la experiencia de caries dental.....	<b>59</b>
<b>Tabla N°3.</b> Frecuencia de las maloclusiones.....	<b>60</b>
<b>Tabla N°4.</b> Análisis univariado ajustado de las condiciones demográficas y clínicas asociadas a las dimensiones y puntaje total del CPQ <sub>8-10</sub> . Regresión de Poisson, estimador robusto. ....	<b>61</b>
<b>Tabla N°5.</b> Análisis multivariado de las condiciones demográficas y clínicas asociadas a las dimensiones y puntaje total del CPQ <sub>8-10</sub> , MANOVA. ....	<b>62</b>
<b>Tabla N°6.</b> Distribución de frecuencia de las variables demográficas .....	<b>99</b>
<b>Tabla N°7.</b> Distribución de la media de los puntajes obtenidos, por dimensión y general, a través de las respuestas dadas al cuestionario CPQ <sub>8-10</sub> .....	<b>101</b>
<b>Tabla N°8.</b> Distribución de las respuestas al cuestionario CPQ <sub>8-10</sub> .....	<b>104</b>

<b>Gráfico N°1.</b> Percepción global sobre salud bucal .....	<b>58</b>
<b>Gráfico N°2.</b> Percepción global del efecto de la salud bucal sobre calidad de vida en su vida diaria .....	<b>58</b>
<b>Gráfico N°3.</b> Distribución de la media de la experiencia de caries dental .....	<b>59</b>
<b>Gráfico N°4.</b> Frecuencia de las maloclusiones .....	<b>60</b>
<b>Gráfico N°5.</b> Frecuencia del sexo .....	<b>99</b>
<b>Gráfico N°6.</b> Frecuencia de la edad .....	<b>100</b>
<b>Gráfico N°7.</b> Puntaje obtenido a través de las respuestas dadas a la dimensión sintomatología oral del cuestionario CPQ8-10. ....	<b>101</b>
<b>Gráfico N°8.</b> Puntaje obtenido a través de las respuestas dadas a la dimensión limitación funcional del cuestionario CPQ8-10 .....	<b>102</b>
<b>Gráfico N°9.</b> Puntaje obtenido a través de las respuestas dadas a la dimensión bienestar emocional del cuestionario CPQ8-10 .....	<b>102</b>
<b>Gráfico N°10.</b> Puntaje obtenido a través de las respuestas dadas a la dimensión bienestar social del cuestionario CPQ8-10. ....	<b>103</b>
<b>Gráfico N°11.</b> Puntaje total obtenido a través de las respuestas dadas al cuestionario CPQ8-10. ....	<b>103</b>

## **RESUMEN**

Tradicionalmente, el estado de salud bucal de una población es evaluado mediante indicadores clínicos; sin embargo es importante evaluar el impacto de esta condición en el bienestar general del niño. El objetivo de este estudio fue evaluar el impacto de los problemas bucales (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 en el año 2016. El estudio es de tipo observacional, prospectivo, transversal, Analítico. La muestra se obtuvo por conveniencia, conformada por 110 escolares. Los resultados mostraron que el mayor porcentaje fueron niños de 9 años 54(49.1%); además más de la mitad de niños percibieron que su salud bucal se encontraba entre “Muy bien y Bien”, reflejando una percepción positiva. 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 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 bien estar social así como sobre todo el componente de calidad de vida relacionada a salud bucal.

**Palabras claves:** Calidad de vida relacionada a la salud bucal, caries dental, maloclusiones y cuestionario CP88-10.

## **SUMMARY**

Traditionally, the health status of a population is evaluated by clinical indicators; However it is important to assess the impact of this condition on the overall well-being of the child. The objective of this study was to evaluate the impact of oral problems (dental caries and malocclusions) on the quality of life related to oral health in children aged 8 to 10 years attending the I.E. 32385 Virgen De Fátima From the District of Llata -Huánuco in the year 2016. The study is observational, prospective, cross-sectional, analytical. The sample was obtained for convenience, made up of 110 students. The results showed that the highest percentage were children aged 9 years 54 (49.1%); More than half of children perceived that their oral health was between "Very Good and Well", reflecting a positive perception. It was concluded that according to the CPO, the average score was  $(10.34 \pm 3.13)$ , indicating a very high experience of dental caries; While the type I malocclusion rate was 81.5%, type II was 8.3%, and type III was 10.2. On the other hand, more than half (55.5%) presented a positive perception about their oral health, while the third (74.5%) perceived that their oral health affects their quality of life. The final analysis showed that having 0 to 5 dental pieces with dental caries experience has a significant impact on the dimension of oral symptomatology within the CPQ8-10. It was also demonstrated that 8-year-old children have a significant risk of impact on oral symptomatology and social well-being as well as on the quality of life component related to oral health.

**Key words:** Quality of life related to oral health, dental caries, malocclusions and questionnaire CP88-10.

## **1. CAPITULO I: EL PROBLEMA**

## 1.1. Planteamiento del problema

La salud bucal, forma parte de la salud general y es esencial para gozar de una buena calidad de vida; se puede definir como la ausencia de dolor orofacial, cáncer de boca o de garganta, infecciones, llagas bucales, enfermedades periodontales, caries dental, entre otras patologías y trastornos bucales, las cuales limitan la capacidad de morder, masticar, sonreír, hablar, reconocer el sabor de los alimentos; así mismo vivir libres de dolor e incomodidad y relacionarse con otras personas sin apremio, ya que repercute en el bienestar psicosocial **(1) (2)**

La calidad de vida, para la Organización Mundial de la Salud (OMS) es: “la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia en el contexto de la cultura, en el sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes”. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales; así como su relación con los elementos esenciales de su entorno **(3)**, por lo tanto la calidad de vida relacionada a salud bucal (CVRSB), se refiere al impacto de la salud o enfermedad bucal tiene en las actividades diarias, en su bienestar o calidad de vida del individuo. **(1)**

Los niños contribuyen el mayor foco de salud pública odontológica, ya que el 60%-90% de los escolares tienen caries dental, entre el 16% y 40% de los niños entre 6 y 12 años padecen traumatismos bucodentales a nivel mundial debido a la falta de seguridad en los parques infantiles y escuelas, los accidentes de tránsito y los actos de violencia; también se observan otros problemas bucales tales como maloclusiones, traumatismos dentoalveolares, hipomineralización incisivo molar entre otros. Estos problemas bucales pueden ocasionar impacto funcional y

psicosocial tales como dolor, dificultad para masticar, disminución del apetito, pérdida de peso, dificultad para dormir, alteración en el comportamiento, pérdida de días de clases en el colegio; por consiguiente su calidad de vida se ve afectada e impedirá que su vida sea placentera, ya que no solo el niño es comprometido; sino también los padres y el entorno familiar. Cabe resaltar que los problemas bucales tienden a ser más frecuentes en los grupos pobres y desfavorecidos. **(1)**  
**(3) (4)**

La literatura relata la existencia de algunos instrumentos de medición vinculados con la salud pública, encaminados a valorar el efecto de los problemas bucales en la CVRSB; sin embargo, la mayoría fue desarrollada para adultos y ancianos, posteriormente se desarrollaron para niños y en los últimos años se están validando en diferentes idiomas. Los niños constituyen el mayor foco de la salud pública odontológica, reflejando la necesidad urgente de la aplicación del concepto de CVRSB en esta fase de la vida, a la vez incorpora la percepción del paciente como una necesidad en la evolución de los resultados en la salud, pues estos instrumentos son necesarios para que esta medida sea válida, confiable y aporte evidencia en la toma de decisiones en salud, es fundamental que tanto en la clínica, como en la investigación, sea substancialmente ampliada la utilización de estos instrumentos con el fin de que los indicadores realmente importantes para la vida de los niños comiencen a ser considerados.**(1)**

Teniendo estas referencias y siendo objeto de estudio Jockovic et al.2004 , **(5)** desarrollaron el instrumento Child Perceptions Questionnaire (CPQ 8-10),el cual consta de 29 preguntas y un tiempo de recuerdo de cuatro semanas; abarca dimensiones de: síntomas bucales, limitación funcional, bienestar social y bienestar emocional, para niños en un rango de edad de 8 a10 años de edad .Posteriormente

en el Perú, Ipanaque P.2013 **(6)** desarrolló el cuestionario de percepción del niño (CPQ 8-10), mediante la adaptación transcultural del instrumento original Child Perceptions Questionnaire (CPQ 8-10) , se probó su validez y confiabilidad para su uso en Perú , el cual es un instrumento apto para ser comprendido por la población peruana y específico para evaluar el impacto de los problemas bucales sobre la calidad de vida de niños de 8 a 10 años de edad.

## **1.2. Formulación del problema**

¿Cuál es el 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 la I.E. 32385 Virgen De Fátima Del Distrito De Llata -Huánuco en el año 2016?



### **1.3. Justificación**

Los niños representan el mayor foco de salud pública odontológica, es por ello que deben adoptar desde edades muy tempranas hábitos de higiene bucal, para prevenir las enfermedades o problemas bucales, con la finalidad de que puedan masticar bien sus alimentos, pronunciar bien los fonemas y contribuir al desarrollo de su autoestima y su entorno.

En el Perú existen pocos trabajos que evalúen el impacto de los problemas bucales sobre la CVRSB en niños de 8 a 10 años de edad, por lo que es novedoso utilizar este instrumento en un colegio estatal de Lata- Huánuco, pues vamos a poder informar a las autoridades de esta institución educativa sobre la problemática de salud bucal que atraviesan los alumnos; así mismo poder desarrollar estrategias de prevención y promoción; es importante identificar como odontólogos, ya que de ese modo vamos a poder ayudar a la población, orientando sobre las medidas de prevención , diagnóstico y tratamiento de las diferentes enfermedades bucales que puedan tener y el que más aqueja en esta población; así mismo y priorizar en el tratamiento odontológico, con el fin de mejorar la calidad de vida de este sector, además poder direccionar, orientar correctamente los recursos humanos , materiales y técnicos del gobierno para solucionar problemas bucales que representan un verdadero problema de salud pública , también servirá de base para futuras investigaciones que quieran evaluar la calidad de vida relacionada a la salud bucal en niños de 8 a 10 años de edad, después del tratamiento odontológico recibido con respecto a la calidad de vida de los niños.

## **1.4. Objetivo**

### **1.4.1. General**

Determinar el 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.

### **1.4.2. Específicos**

- Determinar la percepción sobre la calidad de vida relacionada a salud bucal de los niños de 8 a 10 de edad que asisten a la I.E. 32385 Virgen De Fátima del Distrito de Llata –Huánuco en el año 2016.
- Determinar la experiencia de caries dental que presentan los niños de 8 a 10 de edad que asisten a la I.E. 32385 Virgen De Fátima del Distrito de Llata – Huánuco en el año 2016.
- Determinar la clase de maloclusión que presentan los niños de 8 a 10 de edad que asisten a la I.E. 32385 Virgen De Fátima del Distrito de Llata – Huánuco en el año 2016.
- Determinar la asociación que existe entre la calidad de vida relacionada a salud bucal , la maloclusión y la experiencia de caries dental en niños 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.

## **2. CAPITULO II: MARCO TEÓRICO**

## 2.1. Antecedentes

**Mota-Veloso I et al. (2016)** realizaron en Brasil, un estudio cuyo objetivo fue evaluar el impacto de la caries dental no tratada y sus consecuencias clínicas sobre la CVRSB de los escolares de 8-10 años. La muestra seleccionada al azar fue de 587 niños, se sometieron a un examen clínico oral para la evaluación de la caries dental no tratada y las consecuencias clínicas. La calidad de vida relacionada con la salud bucal se evaluó utilizando el Cuestionario de Percepción del Niño (CPQ8-10). La regresión de Poisson se empleó para probar asociaciones no ajustadas y ajustadas entre la caries dental no tratada / consecuencias clínicas y CVRSB. La conclusión fue que la caries dental no tratada y sus consecuencias clínicas ejercieron un impacto negativo sobre la CVRSB de los escolares analizados. (7)

**Freire-Maia FB et al. (2015)** realizaron en Belo Horizonte, Brasil un estudio cuyo objetivo fue describir la asociación de la CVRSB y los dominios (síntomas orales, limitación funcional, bienestar emocional y social) de niños con variables individuales y contextuales. Se realizó un estudio transversal utilizando una muestra representativa de 1.201 escolares de 8-10 años de edad, provenientes de escuelas públicas y privadas. El CPQ8-10 se utilizó para evaluar CVRSB, dicotomizado en bajo y alto impacto. Se recogió información sociodemográfica a través de cuestionarios a los padres. Los niños fueron examinados en las escuelas. Las variables individuales fueron el género, la edad, el número de residentes en el hogar, el nivel de educación de los padres / cuidadores, el ingreso familiar y la dicotomizado sin traumatismo / trauma leve y trauma severo. La caries dental y la maloclusión se consideraron covariables. Las variables contextuales fueron el Índice de Vulnerabilidad Social y el tipo de escuela, se obtuvo como resultado: La prevalencia de un impacto negativo en la CVRSB en niños con trauma severo fue

del 55,9%.en conclusión los traumatismos severos impactan la CVRSB en los dominios emocional y social. Las dimensiones contextuales añaden información a la variabilidad individual para explicar un mayor impacto, enfatizando las desigualdades socioeconómicas. **(8)**

**Cabral et al. (2015)** realizaron un estudio en Brasil, el objetivo fue evaluar la relación del impacto de la calidad de vida y necesidad de tratamiento odontológico de niños entre 8 a 10 años de edad, en las escuelas municipales de Mari, Paraíba. 86 escuelas participaron del estudio, el cual consistió en la aplicación del (CPQ8-10) y examen bucal utilizando el índice INTO realizado por un solo examinador calibrado (Kappa interexaminador = 0,83 e intraexaminador = 0,54). Los resultados mostraron que la mayoría de los niños tenían 8 años de edad y eran de sexo femenino, en la percepción global de su salud bucal el 53,8%, lo calificaron ente media y baja; además gran parte de los niños 47.7% no siente bienestar general en relación a su cavidad bucal; por otro lado mayoría de los niños tenían necesidad de tratamiento dentario (73,3%). El dominio más frecuente fue sintomatología bucal (68,6%). Hubo asociación significativa entre los aspectos relacionados al bienestar social y necesidad de tratamiento quirúrgico restaurador. Hubo asociación estadísticamente significativa entre el impacto de la calidad de vida de los niños y necesidad de tratamiento quirúrgico restaurador ( $p < 0,05$ ). Se puede concluir que el impacto de la calidad de vida y necesidad de tratamiento odontológico están asociados en los escolares evaluados. **(9)**

**Coayla (2014)** realizó en Lima, un estudio cuyo objetivo fue determinar el impacto de la hipomineralización incisivo molar (HIM) y la caries dental en la calidad de vida en niños de 8 a 10 años de edad que asistieron a la Clínica Estomatológica Pediátrica I-II de la Universidad Privada Alas Peruanas en el semestre 2014-I,

teniendo como muestra 150 individuos, concluyó, que el impacto de la salud bucal en la calidad de vida de los niños tuvieron mayores puntajes los dominios de síntomas bucales y limitaciones funcionales, por tanto presentaron impacto negativo , una disminución en sus actividades y consecuentemente un deterioro en su salud bucal afectando su calidad de vida , presentaron una prevalencia de HIM del 40.0% ,prevalencia alta de caries dental de 58.1% en niños de 8 años , también el grado de severidad leve de HIM en un 68% en niños de 8 años , presentaron también una asociación entre HIM y caries dental 95.1% en los niños estudiados. **(10)**

**Ipanaque (2013)** Realizó en Lima, un estudio cuyo objetivo fue adaptar transculturalmente el instrumento Child Perceptions Questionnaire (CPQ 8-10) y probar su validez y confiabilidad para su uso en Perú. La muestra fue 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, concluyendo que se estableció la relación de experiencia de caries y la calidad de vida relacionada con la salud bucal teniendo relación directamente proporcional en niños de 8 a 10 años de edad. **(6)**

**Hadzipasic-Nazdrajic (2012)** Realizó un estudio cuyo objetivo fue traducir el CPQ para niños de 8 a 10 años de edad del inglés a uno de los idiomas en Bosnia y Herzegovina, para adaptar culturalmente este instrumento y evaluar su nivel de

comprensión entre los niños que hablan lenguaje de Bosnia . Después de la adaptación cultural, el cuestionario se puso a prueba en niños entre 8-10 años de edad y bosnios nativos, se llevó a cabo en el centro de salud de Canton 'Dom Zdravlja Stari Grad', Sarajevo, departamento de odontología en el área de pediatría, los niños entrevistados fueron 61% niños y 39 % niñas quienes respondieron a cada ítem del cuestionario. Durante la adaptación cultural del instrumento, se realizaron cambios en tres preguntas. Una pregunta que tuvo que ser cambiado debido a la comprensión de las dificultades. Las pruebas en los niños demostraron que la versión de Bosnia-Herzegovina de la CPQ 8-10 es amplia y se puede utilizar para medir la calidad relacionada con la salud oral de la vida en los niños de esta edad. **(11)**

**Aguilar y Irigoyen (2011)** Realizaron un estudio cuyo objetivo fue validar la versión española traducida del Cuestionario de Percepción Niño (CPQ8-10ESP) en niños de la ciudad de México. Participaron 315 niños entre 8 a 10 años de edad. El cuestionario CPQ8-10ESP fue auto-administrado en el aula. Se obtuvieron datos clínicos sobre caries y maloclusiones. Para evaluar la fiabilidad test-retest, el cuestionario se volvió a aplicar a un subgrupo de niños. El coeficiente de fiabilidad alfa de Cronbach fue de 0,89 para la escala total CPQ8-10ESP. El coeficiente de correlación intraclase fue de 0,67; una diferencia estadísticamente significativa se encontró en el CPQ8-10ESP la puntuación media entre los niños con caries y maloclusiones; una correlación significativa entre el bienestar general calificaciones con todos los dominios se encontró ( $p < 0,001$ ). Percepción general de la salud oral se asoció tanto con los síntomas orales ( $p = 0,049$ ) y bienestar ( $p = 0,022$ ) dominios emocionales, así como con la escala total ( $p = 0,015$ ). La versión CPQ8-10ESP

mostro una buena validez y fiabilidad para su uso con los escolares mexicanos de las zonas urbanas. **(12)**

**Téllez et al. (2010)** Realizaron en Bogotá, un estudio cuyo objetivo fue describir la CVRSB en niños de 8-10 años estratificando por género y tipo de institución. Realizaron validación lingüística del cuestionario COHQoL de 29 ítems, el cual fue distribuido a 168 niños de 8-10 años de edad. Los resultados fueron: Cerca del 50% de los niños percibieron que sus dientes estaban de más o menos a mal, y 42% reportaron sentir dolor en el último mes, el 43% reportó sentirse preocupado acerca de lo que los otros piensan de sus dientes, el 52% de las niñas experimentaron dolor dental durante el último mes (niños 33%), además reportan haber faltado al colegio por esta razón. Finalmente, en las escuelas públicas se tiende a faltar más (14%) en comparación con las escuelas privadas (6%). Conclusión: La información de calidad de vida relacionada con salud oral es útil para evaluar salud oral en la población considerando el impacto psicosocial de las enfermedades orales en el bienestar general. **(13)**

**Wogelius P et al. (2009)** El objetivo de este estudio fue desarrollar una versión danesa del CPQ8-10 y la CPQ11-14, para evaluar su validez para el uso en niños de habla danesa. Los instrumentos fueron traducidos del inglés al danés de acuerdo con un procedimiento de traducción recomendada. Después, fueron probados en niños de 8-10 (n = 120) y 11-14 años (n = 225). La validez fue expresada por la correlación entre las puntuaciones CPQ generales y la evaluación de la percepción subjetiva de la influencia de las condiciones orales de la vida cotidiana. Por otra parte, los grupos de niños con supuesta disminución de CVRSB se compararon con los niños con enfermedades orales sanos. Por último, se analizó la consistencia interna. Resultados: La correlación entre las puntuaciones globales CPQ y las



evaluaciones globales de la influencia de las condiciones orales sobre la vida cotidiana mostraron correlaciones de Spearman de 0,45,  $p < 0,001$  para CPQ8-10 y 0,50,  $p < 0,001$  para CPQ11-14. La correlación entre las puntuaciones globales CPQ y la calificación de la percepción subjetiva de la salud oral mostraron coeficientes de correlación de Spearman de 0,45,  $p < 0,001$  para CPQ8-10 y 0,17,  $P = 0,010$  para CPQ11-14. Las puntuaciones medias globales fueron CPQ8-10 7 para personas con afecciones bucales saludables, 5 para las personas con labio leporino y paladar hendido, y 15 para las personas con enfermedades raras orales. Las puntuaciones medias globales fueron CPQ11-14 9 para las personas con condiciones de salud oral, 9 para las personas con labio leporino y paladar hendido, 17 para las personas con enfermedades raras, orales y 22 para las personas con aparatos ortodóncicos fijos. No hubo diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de niños con enfermedades orales sanos y cada uno de los subgrupos, excepto para los niños con labio leporino y el paladar. Los resultados de este estudio revelan que el CPQ8-10 danés y CPQ11-14, parecen ser instrumentos válidos para medir la calidad relacionada con la salud oral de los niños en la vida a pesar de su capacidad para discriminar entre niños con labio leporino y paladar y niños sanos parece estar limitado. **(14)**

## **2.2. Base teórica**

### **2.2.1. Calidad de vida relacionada a la salud**

El concepto de calidad de vida (CV) aparece cada vez con mayor frecuencia relacionada con desenlaces relevantes tanto en el ámbito clínico como en la economía de la salud. Se ha definido la CV como el modo en que el individuo asume y percibe su propia existencia en relación a sus condiciones materiales. Para la OMS, la calidad de vida es: “la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno” **(15)**

La primera persona que utilizó el concepto calidad de vida fue, según algunos especialistas en la materia, el economista estadounidense John Kenneth Galbraith, a finales de los años cincuenta; para otros fue Lyndon B. Johnson, presidente de Estados Unidos, en 1964. En ambos casos se consideró la CV como una forma de evaluar, principalmente, el bienestar social, general de individuos y sociedades. **(16)**

A partir de los años setenta surgen los índices de calidad de vida, y su mayor desarrollo fue en los años ochenta, aunque su concepción data de las civilizaciones griegas, romana, egipcia y hebrea; su estudio constituye un terreno donde diversas ciencias aportan sus enfoques y permiten un abordaje de forma multidimensional. Estos nuevos instrumentos en sus inicios midieron el estado funcional de los pacientes con enfermedades crónicas tales como cardiopatías y cáncer entre otras. **(17)**

Anteriormente, el concepto de salud estaba entendido como la ausencia de enfermedad; sin embargo con las nuevas políticas de salud y el crecimiento de las enfermedades crónicas, el concepto de salud fue adoptando un enfoque biopsicosocial, a partir de entonces la salud es definida por la OMS, como “un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, cabe resaltar que la definición no ha sido modificada desde 1948. **(18)**

El concepto de salud está fundamentado en un marco biopsicológico, socioeconómico y cultural, teniendo en cuenta los valores positivos y negativos que afectan nuestra vida, nuestra función social y nuestra percepción; por tanto, la redefinición del concepto de salud es de naturaleza dinámica y multidimensional. De ahí deriva la importancia de medir la calidad de vida de modo que está relacionado con el bienestar social y depende de la satisfacción de las necesidades humanas y de los derechos positivos (libertades, modos de vida, trabajo, servicios sociales y condiciones ecológicas). Estos son elementos indispensables para el desarrollo del individuo y de la población; por tanto caracterizan la distribución social y establecen un sistema de valores culturales que coexisten en la sociedad **(19)**

En sus inicios, la calidad de vida se refería al cuidado de la salud personal, posteriormente se centró en una preocupación por la salud e higiene pública, después hizo alusión a los derechos humanos tanto laborales como del ciudadano. Conforme se consolidaba el concepto se fueron incluyendo el acceso a bienes económicos, hasta que finalmente se tomó en consideración la percepción de cada sujeto sobre su propio estado de salud, vida social y actividad cotidiana. **(20)**

Actualmente, el concepto de salud y calidad de vida están íntimamente relacionados y sus índices permiten evaluar aspectos técnico-medico, relacionados con la atención y cuidados de las personas, está claro que la calidad de vida se considera como una combinación de elementos objetivos y subjetivos, en donde la evaluación individual juega un papel muy importante, debido a las diferencias culturales, es preciso entender también que la definición de calidad de vida, variará en función del contexto, la época y el grupo social al que nos estemos refiriendo.

**(21)**

En 1991, la Organización Mundial de la Salud inició un proyecto para desarrollar un instrumento para medir la calidad de vida a nivel internacional **(22)**. Ya que la CV engloba un concepto amplio, que incorpora de manera compleja la salud física de la persona, estado psicológico, nivel de independencia, las relaciones sociales, creencias personales y su relación con su entorno. Es decir uno puede estar objetivamente sano pero subjetivamente enfermo o viceversa por lo que es la combinación positiva de estos dos componentes, lo que debemos considerar salud, para medirla no solo debemos utilizar índices que midan la presencia o severidad de una patología; sino que debemos suplementarlo con la medida del bienestar psicológico y social. **(23)**

Hablar sobre medición de la calidad de vida, incorpora la percepción del paciente como una necesidad en la evaluación de resultados en salud, para ello se desarrolla instrumentos necesarios; para que esa medida sea válida y confiable; aportando evidencia empírica, con base científica al proceso de toma de decisiones en salud.

**(24)**

La organización mundial de la salud planteo un instrumento que se organiza en cinco dominios amplios:

- Estos son salud física (estados corporales y las funciones)
- Salud psicológica
- Nivel de independencia
- Relaciones sociales
- Medio ambiente

La calidad de vida relacionada a la salud (CVRS), ha concitado el interés de las instituciones y profesionales de la salud, surgiendo frente a la necesidad de nuevos y mejores indicadores clínicos **(25)**.

El Grupo WHOQOL establece además una serie de puntos, en relación a las medidas de calidad de vida relacionada con la salud, aceptadas por diversos grupos de investigadores, estos son puntos de consenso (Grupo WHOQOL, 1995) Las medidas de CVRS deben ser: subjetivas, recoger la percepción de las personas involucradas multidimensionales, relevar diversos aspectos de la vida del individuo, en los niveles físico, emocional, social, interpersonal, etc ; incluir sentimientos positivos y negativos; registrar la viabilidad en el tiempo: la edad , la etapa vital que se atraviesa (niñez ,adolescencia, adultez, adulto mayor), el momento de la enfermedad que se cursa marcan diferencias importantes en los aspectos que se valoran.**(22)**

Los instrumentos de evaluación de calidad de vida relacionada con la salud, deben de combinar características que le den sustento conceptual, confiabilidad y validez, que midan realmente lo que dicen medir, pero es fundamental además, que sean

relevantes culturalmente, es decir que pregunten sobre cosas realmente le importan a las personas en un lugar determinado y en un momento histórico dado. **(26)**

### **2.2.2.- Calidad de vida relacionada a la salud bucal**

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. **(27)**

Los índices empleados para evaluar la salud bucal de la población, se centran únicamente en caries dental y enfermedades de la cavidad bucal, al valorar solo la presencia y la severidad de la enfermedad; sin embargo, estos índices no explican nada sobre la funcionalidad de la cavidad bucal y la percepción de bienestar que tiene una persona sobre su salud bucal. Es así como ha surgido el concepto de CVRSB que se refiere a la sensación de complacencia de una persona con respecto a su salud bucal. Es una percepción subjetiva que brinda un poder de acción, funcionamiento y un efecto positivo a la persona. **(28)** Para llenar este vacío de información, se han desarrollado múltiples estudios descriptivos en diferentes poblaciones, concluyendo que la mala salud bucal está relacionada con la mala calidad de vida. **(29)**

La Organización Mundial de la Salud, reconoce a la CVRSB como una parte integral de la salud general y el bienestar. La CVRSB es un constructo multidimensional que incluye 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. **(30)**

Podemos definir la CVRSB, como la “percepción del grado de disfrute que una persona tiene con respecto a su boca ,en función del 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”. En la población general se ha demostrado una asociación significativa entre la autovaloración de la salud bucal con índices de calidad de vida general en adultos y ancianos. La CVRSB es un concepto multidimensional, se refiere 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. **(31)**

Tradicionalmente, los profesionales de la salud obtienen información sobre la salud del paciente mediante la anamnesis, la exploración física y los exámenes de auxiliares. Sin embargo, 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 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 de CVRSB desarrollados científicamente pueden 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 **(32)**

En 1992, la necesidad de medir el impacto social y emocional de la patología bucal fue internacionalmente reclamada desde la declaración de Berlin para la salud bucal y servicios odontológicos, donde se defendió que los indicadores socio bucales serian estimadores de necesidades de tratamiento más relevantes que los propios índices clínicos, pudiendo valorar dimensiones como el dolor, disconfort , función masticatoria y estética, que difícilmente podrían ser valoradas por medidas clínicas objetivas **(33)**

En 1996, en la conferencia para evaluar las mediciones de salud bucal y calidad de vida, en Chapell Hill (EE.UU), analizaron 11 indicadores para medir CVRSB; en el marco conceptual, de estos indicadores se consideró la adaptación de Locker **(34)** de la clasificación Internacional de deterioros, impedimentos y discapacidades de la OMS, estableciendo tres niveles:

a) El primero, referido a la situación de salud bucal, descrito usualmente mediante indicadores clínicos.

b) El segundo, referido a los impactos intermedios o primeros impactos negativos causados por las condiciones bucales (dolor, incomodidad, limitación funcional e insatisfacción con la apariencia)

c) El tercero, referido a los impactos que afectan el desarrollo de las actividades diarias de las personas, para las que se requiere adecuado rendimiento físico, psicológico y social **(35)**

La literatura relata la existencia de algunos instrumentos disponibles, capaces de medir el impacto funcional y psicosocial de las enfermedades bucales sobre la calidad de vida de las personas; sin embargo, la mayoría fue desarrollada para adultos y ancianos, habiendo así una carencia de instrumentos específicos para niños. Éstos últimos constituyen el mayor foco de la salud pública odontológica,



reflejando la necesidad urgente de la aplicación del concepto de CVRSB en esta fase de la vida. **(1)**. Los resultados obtenidos mediante el uso de estos instrumentos, generalmente se reportan como un sistema de puntuación que informa sobre la calidad de vida, permitiendo la evaluación de sentimientos y percepciones a nivel individual, aumentando la posibilidad de una comunicación eficaz entre profesionales y pacientes, mejor comprensión del impacto de la salud bucal en la vida del sujeto, la familia y medir resultados clínicos de los servicios prestados. **(36)**

Desde las últimas décadas, se han venido realizado diversos estudios sobre la CVRSB en los adolescentes, encontrándose asociación entre CVRSB y el estado de salud bucal, el ambiente familiar, la educación de los padres, factores socioeconómicos y hasta el aspecto psicosocial; sin embargo, aún se necesita más investigación para evaluar el verdadero impacto de la CVRSB y la influencia de los tratamientos odontológicos en la percepción de la CVRSB. Según estudio de Sonia Apaza-Ramos en Perú en el 2015, la CVRSB de los adolescentes peruanos se encuentra influenciada por diversos determinantes de la salud, no solo por las condiciones clínicas sino también por factores sociodemográficos y familiares en el cual está inmerso. **(37)**

### **2.2.3.- Calidad de Vida relacionada a la salud bucal en niños y adolescentes**

En el área odontológica, el concepto de calidad de vida relacionada con la salud bucal, se refiere al impacto de las principales afecciones bucales en la vida diaria de los individuos, así como las limitantes en las funciones normales del aparato estomatognático. **(38)** 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. **(39)**; además, en el caso de la población infantil los problemas bucales pueden tener consecuencias como hospitalización, atención de emergencia, limitaciones funcionales e influir a que el niño no sonría como le gustaría hacerlo y afectar 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. **(40)**

El interés por la calidad de vida y salud bucal en niños y adolescentes se ha incrementado, ya que se ha considerado a los problemas bucales como factores causantes de un impacto negativo en la calidad de vida de las personas, como se ha afirmado en varias investigaciones relacionadas con la salud bucal de la población en general y de los niños. **(1) (41-43)**

Feitosa y colaboradores, encontraron experiencia de caries en la salud pública, que afecta a niños y les causa problemas de masticación, disminución de apetito, pérdida de peso, problemas para dormir, cambios en el comportamiento y rendimiento escolar bajo; además la mala salud bucal de los niños puede comprometer el bienestar familiar, porque los padres se sienten culpables por los problemas de sus hijos, faltan a sus trabajos y se hacen cargo de los gastos asociados con el tratamiento dental , que muchas veces no está dentro de su presupuesto.**(44)**

Una estrategia para abordar las diferentes fases del desarrollo de los niños, es crear múltiples formas de un mismo instrumento, cada una diseñada para diferentes

grupos de edades ya que la percepción de salud y de la dolencia varía conforme a la capacidad cognoscitiva de los niños, a la que se modifica de acuerdo a las edades en función de las diferentes etapas de desarrollo emocional, social y lenguaje **(45)**. De acuerdo con la psicología del desarrollo infantil, la edad de 6 años marca el inicio de pensamiento abstracto y del autoconcepto pues comienzan a comparar sus características físicas y trazos de personalidad con la de otros niños, su capacidad de realizar juicios sobre su apariencia, calidad de las amistades, pensamientos de otras personas, emociones y comportamiento; se desenvuelve gradualmente a través de la mitad de la infancia (6-10 años de edad), a esta edad la idea de estética asociada a la salud comienza a ser incorporada en la mente del niño y pasa a ser integrada a su concepto de autoestima. La forma como estos conceptos son organizados varían de acuerdo con la edad y con el tipo de experiencias a las cuales el niño estuvo expuesto en su vida. **(16)(46-47)** De acuerdo con Rohr y Bagramian, la calidad de vida en niños difiere de la mayoría de los adultos en dos formas importantes, los niños no tienen una autorregulación del comportamiento en relación con la promoción de la salud y la atención sanitaria es responsabilidad de sus padres o cuidadores **(48)**

Actualmente, los instrumentos existentes para medir CVRSB cuya confiabilidad y validez fueron comprobados en estudios, han sido divididos en dos grupos de acuerdo a su edad; aquellos en los cuales los niños expresan sus percepciones y experiencias de su salud bucal, dirigido para niños mayores de 5 años, tomando en cuenta que estos niños se preocupan por verse bien, por mantener un bienestar emocional, por la seguridad de que sus necesidades serán solventadas, sintiéndose parte de una familia y con la libertad de hacer cualquier actividad; también hay otro tipo de instrumentos en los cuales los padres o representantes

reportan sus percepciones en relación con los problemas bucales de sus niños, son los encargados de responder e indicar las experiencias de los mismos, puesto que son menores de 6 años y aún no son capaces de expresar sus sentimientos de dolor y síntomas bucales con precisión, mientras más graves son las alteraciones patológicas, más fuerte es el vínculo entre padres e hijos.(49)

En este sentido, los instrumentos desarrollados para evaluar la calidad de vida y salud bucal en niños y adolescentes son: Child Perceptions Questionnaire (CPQ) , para niños de 8-10 (CPQ 8-10) y 11-14 años (CPQ11-14); o Child-Oral Impacts on Daily Performances, para las edades de 11-12 años; Child Oral Health Impact Profile, para niños de 8-14 años, y el Early Childhood Oral Health Impact Scale para el grupo de edad de 2-5 años. (50)

#### **2.2.4.-Instrumentos que miden la calidad de vida en salud bucal en niños.**

**Child Perceptions Questionnaire (CPQ)**, 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 (5) y de 11 a 14 años elaborado en el 2002 (51); 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. **(52)**. Ambos han sido traducidos y validados en Nueva Zelanda, China, Brasil, México, Bosnia-Herzegovina, Perú **(11)**, **(12)** **(51-56)**

**Parental perceptions of Child Oral Health-related Quality of life (P-CPQ)**, fue desarrollado por Jokovic y colaboradores en el 2003, como complemento de los cuestionarios CPQ8-10 y CPQ 11-14 que son dirigido a los niños. El P-CPQ es respondido por los padres de familia con hijos en edades comprendidas de los 6 a los 14 años; está conformado por 46 ítems y un tiempo de recuerdo de tres meses, abarca los dominios de: bienestar social, bienestar emocional, presencia de síntomas orales y limitación funcional. 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 80 y el mínimo de 0. **(57)** Se ha utilizado este instrumento en países como: Perú **(58)** Brasil **(59)** Inglaterra, China **(60)**.

**Family Impact Scale (FIS)**, fue desarrollado por Stein y Riessman, **(61)** para medir el impacto de las afecciones bucales de los niños de 5 a 6 años de edad en el sistema familiar, el cual es contestado por los padres de familia, comprende 27 ítems. Las dimensiones que evalúa son: Carga económica, impacto social, impacto familiar, tensión personal, estrés causado por la enfermedad; todos los artículos tienen una escala de cuatro puntos estándar que van desde totalmente de acuerdo a totalmente en desacuerdo. El valor total de la FIS se calcula mediante la suma de todos los puntajes de los ítems, el cual puede variar de 0 a 56, una mayor puntuación indica un mayor grado de impacto de las condiciones bucales del niño

sobre el desempeño de los padres o cuidadores y la familia en su conjunto .Ha sido utilizado en Brasil **(62)**, Turquía **(63)** y China **(64)**

**Child Oral Health Impact Profile (COHIP)**, fue desarrollado en Australia por Slade y colaboradores en el 2007,**(65)** este instrumento mide la calidad de vida de los niños de 8 a 15 años de edad, abarcando dominios como la salud oral, bienestar funcional, bienestar social y emocional, entorno escolar y autoimagen; utiliza ítems formulados tanto positiva como negativamente. Este instrumento ha sido traducido y adaptado transculturalmente para ser utilizado en China, Corea, Irán, Francia **(66-69)**

**Child Oral Impact Daily Performance (Child-OIDP)**, fue desarrollado por Gherunpong y colaboradores en el año 2004, **(70)** 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. El Child-OIDP mide principalmente ocho áreas: comer, hablar, higiene bucal, dormir, emocional, sonreír, estudiar, contacto social. Ha sido validado y adaptado en países como Francia, Inglaterra, Tanzania, Brasil, Perú, Sudán, España, Malasia, Chile; India, China. **(71-80)**.

**Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS)**, desarrollado por Pahalet y colegas en los Estados Unidos en el 2007, **(81)** el cual consta de 13 preguntas,

diseñadas para evaluar el impacto de los problemas relacionados con las experiencias de tratamientos bucales en la CV 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 **(82-84)**

**Scale of Oral Health Outcomes for 5 year old children (SOHO-5)**, fue desarrollado en Inglaterra por Tsakos y colaboradores en el 2012, **(85)** creado para niños de 5-6 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 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 al portugués de Brasil. **(86)**

### **2.2.5. Problemas bucales**

Las enfermedades bucodentales, son problemas de salud de alcance mundial que afectan con mayor frecuencia a los países en desarrollo. En América Latina y el Caribe, la salud bucodental sigue siendo una faceta crucial de las condiciones generales de salud, por la importancia que reviste como parte de la carga de morbilidad, los costos relacionados con el tratamiento y las limitadas posibilidades de aplicar medidas eficaces de prevención **(87)**.

La salud bucal se ve afectada en gran parte de la población, pero en especial en los menores que no cuentan con conocimientos suficientes acerca de las enfermedades bucales, la manera de prevenirlas, o como tratarlas. Las enfermedades más frecuentes son: la caries dental, que es la más común, las enfermedades periodontales y maloclusiones. Los factores de riesgo asociados a la caries dental, se encuentran por lo general presentes en los padres; tales como la higiene bucal deficiente o hábitos dietéticos incorrectos; la presencia de estos malos hábitos influye en el comportamiento y actitud de los menores, ya que adoptan los malos hábitos de los padres. Según estudios realizados, estos problemas bucales en los niños, puede afectar el aprendizaje en la escuela y/o desempeñar cualquier tarea y en los padres puede afectar en el trabajo, por tanto afectar su productividad económica.**(88)**



### **2.2.5.1. Impacto de la caries dental**

La caries dental, es considerada la enfermedad más prevalencia de la infancia. La Organización Mundial de la Salud **(89)** ha estimado que 60% a 90% de todos los niños escolares están afectados por esta enfermedad, habiendo un aumento directamente proporcional con el aumento de la edad. Fue hipotetizado que niños con mayor experiencia de caries dental podrían tener impacto negativo sobre su CVRSB y la de sus padres, incluyendo también a los niños con caries dental no tratada por lo que en el estudio de Mota-Veloso *et al*, **(7)** concluye que la caries dental no tratada y sus consecuencias clínicas ejercieron un impacto negativo sobre la CVRSB de los escolares analizados.

El impacto negativo de la caries dental sobre la vida de los niños incluye: mayor experiencia de sensación de dolor, dificultad para masticar, disminución del apetito, pérdida de peso, dificultad para dormir, alteración en el comportamiento (irritabilidad y baja autoestima), pérdida de días de escuela y/o disminución del rendimiento escolar, de tal modo que si esta patológica es tratada según el estudio de Paula JS **(95)** , concluye 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 , otros estudios que miden la CVRSB en niños con caries dental muestran que esta está correlacionada 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 **(1)**

### **2.2.5.2. Impacto de la maloclusión**

La apariencia estética juega un rol importante en las relaciones sociales y bienestar psicológico. La apariencia de la boca y la sonrisa tiene un impacto significativo con respecto a la atracción facial. Por lo tanto, la maloclusión puede afectar negativamente las interacciones sociales y el bienestar psicológico de los niños ya que los sentimientos de los niños sobre su apariencia dental comienzan a temprana edad, sobre los 8 años de edad, ellos tienen criterios similares a los de los adultos con respecto a la autopercepción de la imagen corporal. **(96)**

Los cambios oclusales pueden ocurrir en la dentición mixta y afectan a la propia imagen; por lo tanto, es importante evaluar la oclusión en la dentición mixta y la dentición permanente temprana con el fin de evitar más problemas funcionales y daños psicológicos. Es importante abordar la maloclusión como un problema de salud pública, porque tiene una alta prevalencia y es prevenible y tratable. Para esto es necesario comprender los aspectos biopsicosociales de la maloclusión y su efecto sobre la calidad de vida de las personas. **(96)**

Los estudios sugieren que el impacto más significativo de la maloclusión en la calidad de vida es psicosocial, en vez de condiciones producidas por las condiciones bucales tales como síntomas orales y limitaciones funcionales; además, la dificultad de sonreír debido a la mala posición de los dientes ha sido considerada uno de los motivos de mayor impacto en la CVRSB de niños de acuerdo con O'Brien **(90)** y Abanto **(91)**

### **2.2.6. Índice CPO**

Fue desarrollado por Klein, Palmer y Knutson durante un estudio del estado dental y la necesidad de tratamiento de niños asistentes a escuelas primarias en Hagerstown, Maryland, EE. UU, en 1935. Se ha convertido en el índice fundamental de los estudios odontológicos que se realizan para cuantificar la prevalencia de la caries dental. Señala la experiencia de caries tanto presente como pasada, pues toma en cuenta los dientes con lesiones de caries y con tratamientos previamente realizados; representa una expresión de la historia de caries sufrida por una población o individuo, y puede aplicarse a la dentición permanente (CPO) y a la dentición decidua (ceo), gracias a las modificaciones hechas por Gruebbell en 1944 al índice original. **(97)**

Resulta de la sumatoria de dientes permanentes cariados perdidos y obturados. El diagnóstico de surco profundo no se considera en este índice. Con respecto a su empleo, pueden hacerse algunas consideraciones especiales: **(98)**

- 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.
- La presencia de selladores no se cuantifica.

**El índice ceod:** es la sumatoria de dientes primarios cariados, con indicación de extracción y obturados. Respecto a su empleo, téngase en cuenta que:

- No se consideran en este índice los dientes ausentes.
- La extracción indicada es la que procede ante una patología que no responde al tratamiento más frecuentemente usado.
- La restauración por medio de una corona se considera diente obturado.
- Cuando el mismo diente está obturado y cariado, se consigna el diagnóstico más grave.

### **2.2.7. Clasificación de la maloclusión según 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. **(99)**

**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. **(100)**

**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.

**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.

**Maloclusión Clase III:** Caracterizada por la oclusión mesial de ambas hemiarcadas 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 arcadas, 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. **(100)**

### **2.3. Terminología básica**

#### **Calidad de vida Relacionada a Salud Bucal:**

**Definición operativa:** Se refiere al impacto que la salud o enfermedad bucal tiene en las actividades diarias de los individuos, en su bienestar o calidad de vida, para medir esta variable en este estudio se utilizó el instrumento Cuestionario de Percepción del Niño (CPQ8-10) obteniendo resultados que a mayor puntaje presentan peor calidad de vida y a mayor puntaje presentan una óptima calidad de vida

#### **Caries Dental:**

**Definición operativa:** La caries dental es una enfermedad microbiana, infectocontagiosa y multifactorial, producto del ataque de ácidos generados por las bacterias de la placa dental, para su desarrollo deben conjugarse diversos factores como: huésped susceptible, sustrato rico en hidratos de carbono, microorganismos y tiempo; por tanto se encuentra estrechamente relacionada con la dieta y también la composición del flujo salival, cuyo signo es la destrucción de los tejidos duros del diente. Se utilizará como instrumento de medición el índice CPOD **(92)**

#### **Maloclusión Dental:**

**Definición operativa:** Las maloclusiones se encuentran determinadas por múltiples factores principalmente de índole hereditaria, es la posición inapropiada de los dientes con respecto a ambos maxilares lo cual afecta la armonía del aparato estomatognático, para diagnosticar se utiliza el patrón dental de la naturaleza (Edgar H Angle 1899) conocido como principio de la oclusión normal y el más utilizado como guía y ley para poder juzgar las anomalías de posición de los dientes. **(93-94)**

**Sexo:**

**Definición operativa:** Condición orgánica de nacimiento, masculina o femenina del sujeto, con características fenotípicas propias en cada uno de los casos.

**Edad:**

**Definición operativa:** tiempo en años que ha transcurrido desde el nacimiento del sujeto hasta la actualidad

**2.4. Hipótesis**

Existe impacto negativo de los problemas bucales sobre la calidad de vida relacionada a salud bucal en los 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.



## 2.5. Variables

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	VALOR
Calidad de vida relacionada a la salud bucal	Cualitativo	.Síntomas orales .Limitaciones funcionales .Bienestar emocional .Bienestar social	Instrumento cuestionario de percepción del niño (CPQ 8-10)	ordinal	0 = nunca 1 = una o dos veces 2 = a veces, 3 = a menudo 4 = todos los días o casi todos los días. > puntuación peor CV
Problemas bucales	Cualitativo	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
	Cualitativo	Maloclusión Dental	Sistema de Clasificación de angle	Nominal	1= Clase I 2=Clase II 3= Clase III
Edad	cuantitativo	No tiene dimensión	Documento de identidad	Razón	8 años 9 años 10 años
Sexo	Cualitativo	No tiene dimensión	Género de la persona al nacer	nominal	Femenino Masculino

### **3. CAPITULO III: DISEÑO Y MÉTODO**

### 3.1. Tipo y nivel de investigación

El presente estudio es de tipo.

**Observacional:** No existe intervención del investigador los datos reflejan la evolución natural de los eventos, ajena a la voluntad del investigador

**Prospectivo:** Cuando la variable desenlace está presente desde del inicio del estudio.

**Transversal:** Todas las variables son medidas en una sola ocasión; por ello de realizar comparaciones, se trata de muestras independientes

**Analítico:** El análisis estadístico por lo menos bivariado; porque plantea y pone a prueba hipótesis explicativas (finalidad cognoscitiva); su nivel más básico establece la asociación entre factores (propósito estadístico).

El nivel de investigación es explicativo

### 3.2. Población y muestra

#### 3.2.1. Población

La población estuvo conformada por 353 alumnos matriculados en la I.E. 32385 Virgen de Fátima, del Distrito de Llata – Huánuco en el año 2016.

#### 3.2.2. Muestra

La muestra estuvo conformada por 110 niños entre 8 a 10 años de edad que asistieron a la I.E. 32385 Virgen de Fátima del Distrito de Llata –Huánuco en el año 2016, quienes cumplieron con los criterios de selección y voluntariamente colaboraron con el estudio mediante muestreo no probabilístico.

### **Criterios de inclusión**

- Niños entre 8 a 10 años de edad con aparente buen estado de salud general.
- Niños que voluntariamente estén dispuestos a participar en el estudio
- Niños que presenten el consentimiento informado firmado por el padre o apoderado.
- Niños que presenten el asentimiento informado firmado.

### **Criterios de exclusión**

- Niños que estén recibiendo tratamiento de ortodoncia.
- Niños menores de 8 años edad.
- Niños mayores de 10 años de edad.
- Niños que no quieran participar del estudio.
- Niños que faltaron a clase el día que se realizó la recolección de datos
- Niños que no presenten el consentimiento informado firmado por el apoderado.
- Niños que no presenten el asentimiento informado firmado.

### **3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

Se realizó la debida calibración con el Gold estándar; primero se realizó la calibración interexaminador se procedió a tomar 10 pacientes de la clínica del niño de la Universidad Privada Norbert Wiener en el turno de los sábados dirigido por mi Gold Estándar, donde se les realizó 10 odontogramas, posteriormente la investigadora realizó los 10 odontogramas a los mismos niños, luego se realizó la prueba estadística Kappa para conocer los resultados y ver si hay una concordancia entre estos, la cual se obtuvo un resultado de 0,84. En segundo lugar se realizó la calibración intraexaminador para lo cual se realizó 10 odontogramas en la clínica anteriormente mencionada, se esperaron 15 días para eliminar el sesgo de memoria del investigador, luego se realizó nuevamente los 10 odontogramas a los mismos niños con la finalidad de ser sometidos a la prueba estadística kappa para ver la concordancia de los resultados en el primer y segundo momento la cual obtuvimos un resultado de 0.89.

Se solicitó los permisos correspondientes para presentar a la I.E. 32385 Virgen De Fátima del Distrito de Lata –Huánuco con la finalidad de realizar la recolección de datos dirigida al Dr. Carlos Gálvez Ramírez (**Anexo 1**), se presentó la solicitud en la institución educativa mencionada anteriormente (**anexo 2**) .Se coordinó con los docentes de las aulas de tercero y cuarto grado de primaria del colegio para llevar a cabo este procedimiento; posteriormente se convocó a reunión con los padres de familia para que sus hijos formen parte del estudio, ellos firmaron voluntariamente el consentimiento informado (**Anexo 3**) y los niños firmaron el asentimiento informado (**Anexo 4**). En los días posteriores y previa coordinación con cada tutor de aula ,según el cronograma desarrollado se recopiló la muestra , un aula por día, para ello primero los niños desarrollaron

la encuesta o instrumento titulado Cuestionario de Percepción del Niño CPQ 8-10 (**Anexo 5**), creado por Jockovic et al en el 2004, 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) , se probó su validez y confiabilidad para su uso en Perú. Este cuestionario es específico para evaluar el impacto de las condiciones de salud bucal en la calidad de vida de los niños entre 8 a 10 años de edad, abarca cuatro dimensiones: sintomatología bucal, limitación funcional, bienestar social y bienestar emocional; está constituido estructuralmente por 25 preguntas ( inicia desde la pregunta 5 a la 29) y un tiempo de recuerdo de 4 semanas, el puntaje o resultado puede variar de 0 a 100 puntos es decir a mayor puntaje reflejara una desfavorable calidad de vida. Los autores también diseñaron 2 preguntas adicionales que piden a los niños una calificación sobre auto percepción de su salud oral y como afecta a su calidad de vida (pregunta 3 y 4).

Después de que cada niño seleccionado según los criterios de inclusión y exclusión haya desarrollado el cuestionario se realizó la evaluación clínica a cada participante, con la finalidad de diagnosticar los problemas bucales (caries dental y maloclusión). Se realizó la evaluación en una zona iluminada del salón de clase, no obstante se utilizó una linterna led de luz blanca para visualizar correctamente la boca de cada participante; se utilizó el equipo completo de bioseguridad (guantes, mascarilla y gorro) que fue cambiado en cada uno de los participantes; además se utilizó baja lenguas y se llenaron las fichas clínicas (**Anexo 6**), se trabajó con un asistente para la entrega y recojo de los cuestionarios.

### **3.4. Procesamiento y análisis de datos**

En el procesamiento y análisis estadístico, se tabulo en Excel creando una base de datos luego por medio del programa estadístico SPSS versión 22 de estadística descriptiva fueron analizadas las medidas de tendencia central (media, desviación estándar y medianas) del puntaje total del CPQ8-10 y de cada uno de sus dominios.

Para evaluar la asociación de las variables se realizó el análisis de varianza múltiple (MANOVA) en base a las diferencias de las medias obtenidas del índice CPQ8-10 por cada categoría.

Para observar el impacto de las variables independientes sobre la calidad de vida relacionada a la salud bucal se utilizó el análisis de regresión de Poisson debido a la alta variabilidad de las distribuciones de las variables estudiadas , el nivel de significancia fue de 5% (0,05)

### **3.5. Aspectos éticos**

El desarrollo de esta investigación se realizó bajo las normas y principios bioéticos:

- ✓ Se cumplió con la protección de los participantes del estudio.
- ✓ Los padres de familia o apoderados de los participantes firmaron el consentimiento informado.
- ✓ Los niños que participaron en el estudio firmaron el asentimiento informado.
- ✓ El estudio no comprometió la salud física ni mental de los participantes.

## **4. CAPITULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN**



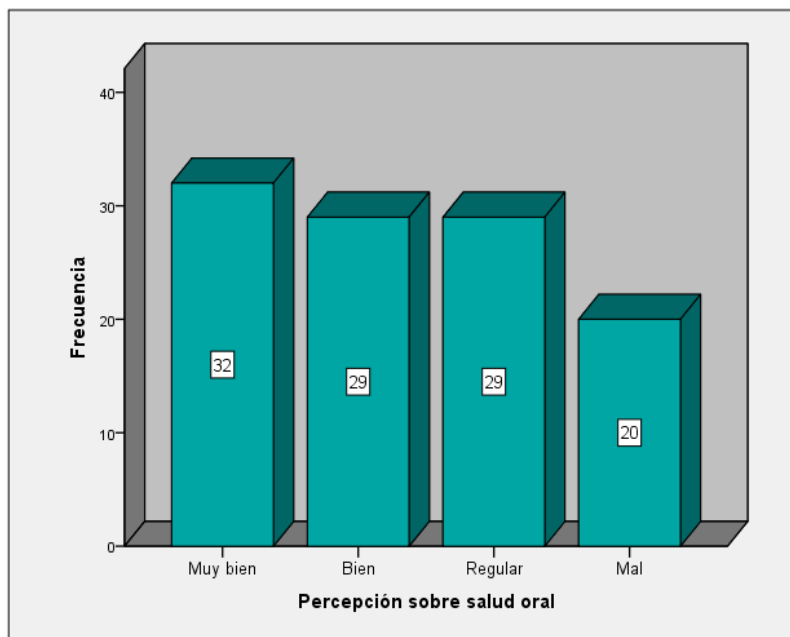
#### 4.1. Resultados

**Tabla N°1. Percepción sobre la salud bucal y cómo afecta a su calidad de vida.**

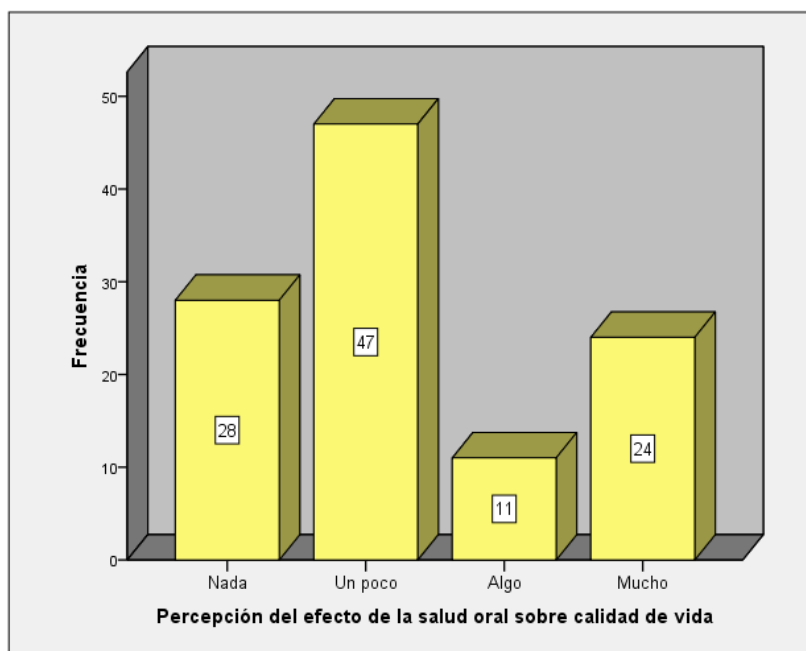
		<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Percepción global sobre salud bucal</b>	Muy bien	32	29,1%
	Bien	29	26,4%
	Regular	29	26,4%
	Mal	20	18,2%
<b>Percepción global del efecto de la salud bucal sobre calidad de vida en su vida diaria</b>	Nada	28	25,5%
	Un poco	47	42,7%
	Algo	11	10,0%
	Mucho	24	21,8%

Refirieron 49 niños, (44,6%) una percepción global de su salud bucal entre regular y mala, esto puede ser justificado ya que la tercera parte 82(74,5%) percibe que su salud bucal afecta a su calidad de vida en su vida cotidiana; sin embargo más de la mitad, 61 niños (55,5%), percibieron entre muy bien y bien, reflejando una percepción positiva. **(Tabla N°1)**

**Gráfico N°1. Percepción global sobre salud bucal.**



**Gráfico N°2. Percepción global del efecto de la salud bucal sobre calidad de vida en su vida diaria.**



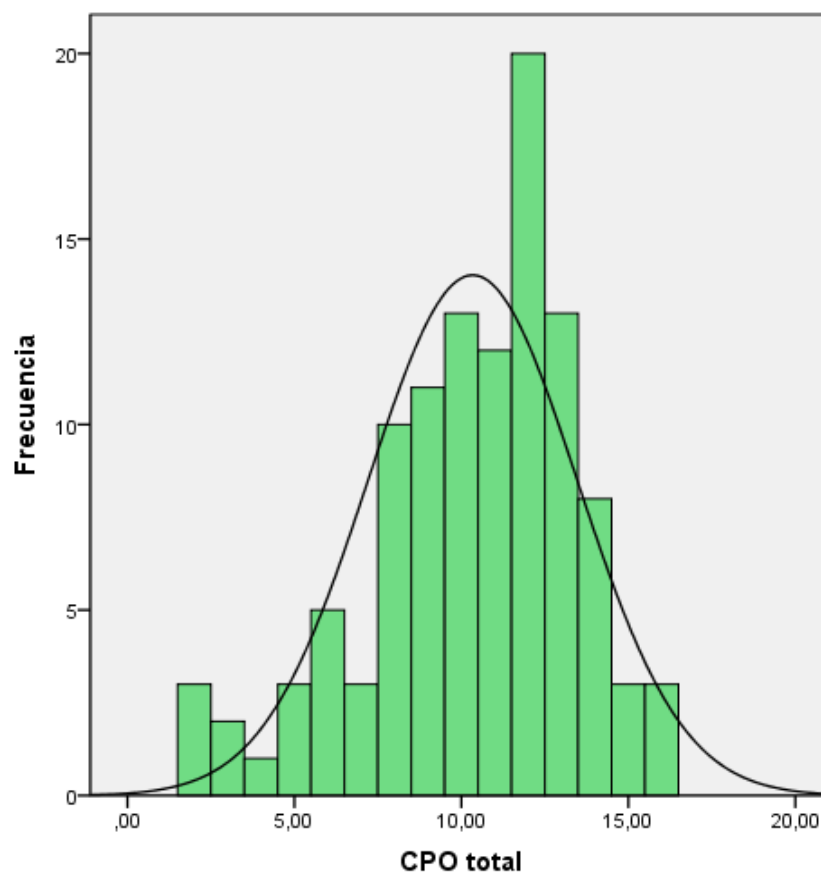
**Tabla N°2. Distribución de la media de la experiencia de caries dental.**

	Media	DE	Mínimo	Máximo
Cariados	8,92	3,06	1,00	14,00
Perdidos	1,25	1,47	,00	8,00
Obturados	,16	,61	,00	4,00
CPO total	10,34	3,13	2,00	16,00

CPO=Cariados, Perdidos, Obturados

Según el CPO, el promedio del puntaje obtenido fue de  $10,34 \pm 3,1$  (Tabla N°2)

**Gráfico N°3. Distribución de la media de la experiencia de caries dental.**

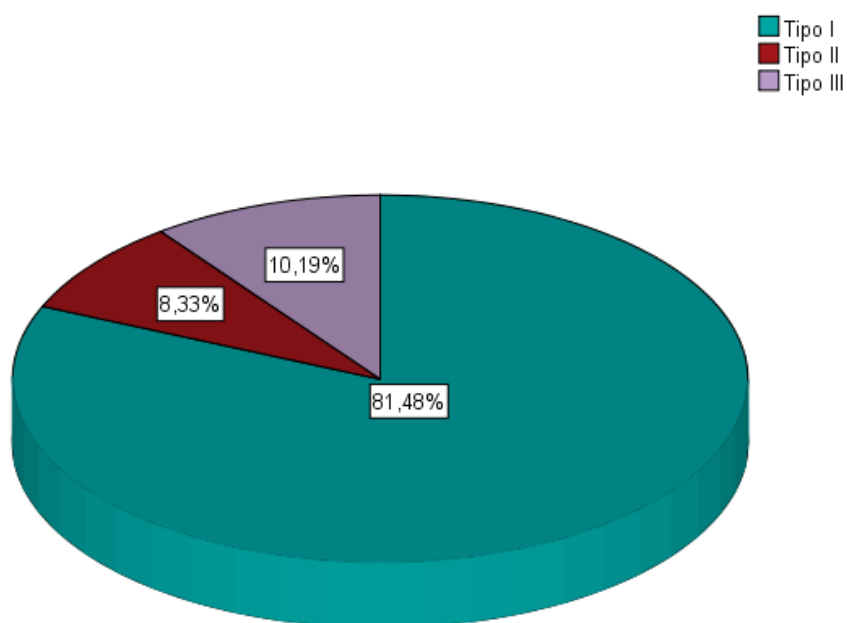


**Tabla N°3: Frecuencia de las maloclusiones.**

		N	%
Maloclusión	Tipo I	88	81,5%
	Tipo II	9	8,3%
	Tipo III	11	10,2%

Se observa la distribución de frecuencia del tipo de maloclusión presente en los niños de 8 a 10 años, donde 81,5% presenta maloclusión tipo I, 8,3% presenta maloclusión tipo II y 10,2% presenta maloclusión tipo III. **(Tabla N°3)**

**Gráfico N°4. Frecuencia de las maloclusiones.**



**Tabla N°4: Análisis univariado ajustado de las condiciones demográficas y clínicas asociadas a las dimensiones y puntaje total del CPQ<sub>8-10</sub>. Regresión de Poisson, estimador robusto.**

Variables independientes	SO		LF		BE		BS		Puntaje total CPQ <sub>8-10</sub>	
	RR (95% IC)	p	RR (95% IC)	p	RR (95% IC)	P	RR (95% IC)	p	RR (95% IC)	p
<b>Condiciones demográficas</b>										
<i>Edad</i>										
8 años	0,59 (0,44-0,80)	<b>0,001</b>	0,71 (0,49-1,04)	0,077	0,91 (0,65-1,25)	0,552	0,68 (0,47-0,99)	<b>0,043</b>	0,71 (0,53-0,94)	<b>0,016</b>
9 años	0,78 (0,62-0,99)	<b>0,044</b>	0,65 (0,48-0,87)	<b>0,005</b>	1,05 (0,79-1,39)	0,750	0,81 (0,59-1,10)	0,179	0,81 (0,63-1,03)	0,086
10 años										
<i>Sexo</i>										
Masculino	1,14 (0,93-1,39)	0,204	1,21 (0,94-1,56)	0,139	1,27 (1,00-1,62)	<b>0,047</b>	1,06 (0,81-1,38)	0,675	1,15 (0,94-1,41)	0,184
Femenino										
<b>Condiciones clínicas</b>										
<i>Experiencia de caries</i>										
0-5	0,36 (0,17-0,75)	<b>0,006</b>	0,67 (0,35-1,29)	0,239	0,66 (0,37-1,17)	0,124	0,71 (0,39-1,28)	0,254	0,61 (0,35-1,05)	0,074
6-10	0,85 (0,68-1,07)	0,162	0,76 (0,56-1,04)	0,983	0,87 (0,67-1,14)	0,979	0,79 (0,57-1,09)	0,153	0,81 (0,63-1,05)	0,112
>10										
<i>Maloclusión</i>										
Clase I	0,89 (0,63-1,25)	0,494	0,87 (0,50-1,51)	0,626	1,05 (0,63-1,76)	0,857	0,83 (0,48-1,41)	0,493	0,89 (0,56-1,42)	0,634
Clase II	1,01 (0,66-1,52)	0,983	0,91 (0,51-1,63)	0,763	1,09 (0,57-2,13)	0,779	0,82 (0,45-1,48)	0,512	0,93 (0,57-1,54)	0,789
Clase III										

SO= Síntomas Orales; LF= Limitaciones Funcionales; BE= Bienestar Emocional; BS= Bienestar Social

**Tabla N°5: Análisis multivariado de las condiciones demográficas y clínicas asociadas a las dimensiones y puntaje total del CPQ<sub>8-10</sub>, MANOVA.**

Variables independientes	SO		LF		BE		BS		Puntaje total CPQ8-10	
	Media (DE)	P	Media (DE)	P	Media (DE)	P	Media (DE)	p	Media (DE)	p
<b>Condiciones demográficas</b>										
<b>Edad</b>										
8 años	6,14 (3,96)	<b>0,029</b>	6,46 (4,93)	<b>0,038</b>	6,25 (3,70)	0,626	10,11 (7,31)	0,167	28,96 (15,77)	0,133
9 años	7,98 (4,44)		5,81 (4,78)		7,26 (4,91)		11,72 (9,13)		32,78 (20,96)	
10 años	9,43 (5,25)		8,71 (4,84)		6,79 (4,43)		14,46 (9,06)		39,39 (20,17)	
<b>Sexo</b>										
Masculino	8,13 (4,53)	0,583	7,09 (5,17)	0,431	7,56 (5,10)	0,111	12,05 (9,6)	0,957	34,84 (21,56)	0,478
Femenino	7,64 (4,81)		6,35 (4,71)		6,20 (3,70)		11,96 (7,91)		32,15 (17,88)	
<b>Condiciones clínicas</b>										
<b>Experiencia de caries</b>										
0-5	3,89 (3,92)	<b>0,009</b>	5,67 (5,34)	0,146	5,22 (3,90)	0,395	9,89 (7,51)	0,252	24,67 (17,79)	0,101
6-10	7,45 (4,72)		5,74 (4,73)		6,64 (4,13)		10,67 (8,83)		30,50 (19,71)	
>10	8,80 (4,42)		7,58 (4,94)		7,31 (4,80)		13,29 (8,80)		36,97 (19,62)	
<b>Maloclusión</b>										
Tipo I	7,69 (4,74)	0,675	6,59 (4,97)	0,863	6,80 (4,22)	0,922	11,67 (8,69)	0,692	32,75 (19,34)	0,732
Tipo II	8,44 (4,82)		7,11 (4,08)		7,22 (6,08)		11,89 (6,60)		34,67 (17,63)	
Tipo III	8,91 (4,50)		7,36 (5,89)		7,27 (5,82)		14,09 (11,05)		37,64 (26,04)	

SO= Síntomas Orales; LF= Limitaciones Funcionales; BE= Bienestar Emocional; BS= Bienestar Social

Se observan el impacto de las condiciones demográficas y clínicas sobre las dimensiones y puntaje total del CPQ<sub>8-10</sub>. Se observa que entre los 8 y 9 años de edad existe un aumento de 0,59 puntos en la dimensión Sintomatología Oral, un aumento de 0,68 puntos en la dimensión Bienestar Social y un aumento de 0,71 puntos en la calidad de vida relacionada a la salud bucal, de acuerdo al CPQ<sub>8-10</sub>. Entre los 9 y 10 años se observa un aumento de 0,78 puntos en la dimensión Sintomatología Oral y un aumento de 0,65 puntos en la dimensión Limitación Funcional. Además, se observa que entre el sexo masculino y femenino se observa un aumento de 1,27 puntos sobre la dimensión Bienestar Emocional. Por otro lado, al analizar las variables clínicas, observamos que solo cuando la experiencia de caries aumenta de 0 a 5 piezas a 6 a 10 piezas, el índice CPQ<sub>8-10</sub> aumenta 0,36 puntos. No se observa ningún cambio en los resultados del CPQ<sub>8-10</sub> de acuerdo a los tipos de maloclusión observados de los niños observados. **(Tabla N°4)**

Se observa la asociación entre las condiciones demográficas y clínicas asociadas a las dimensiones y puntaje total del CPQ<sub>8-10</sub>. Se demuestra que existe una relación estadística significativa entre la edad y la dimensión Sintomatología Oral, al igual que con Limitaciones Funcionales ( $p < 0,05$ ), no observándose en otras dimensiones ni en el puntaje total del CPQ<sub>8-10</sub>. Por otro lado, se observa también una relación estadísticamente significativa entre la experiencia de caries y la dimensión Sintomatología Oral ( $p < 0,05$ ), no observándose en otras dimensiones ni en el puntaje total del CPQ<sub>8-10</sub>. No se observa relación significativa entre las variables sexo ni tipo de maloclusión con la calidad de vida relacionada a la salud oral en los niños evaluados, de acuerdo al índice CPQ<sub>8-10</sub>. **(Tabla N°5)**

## **4.2. Discusión**

El presente estudio busco determinar el impacto de la caries dental y las maloclusiones sobre la calidad de vida relacionada a salud bucal, en niños entre 8 a 10 años de edad que asistieron a la I.E Virgen de Fátima del distrito de Llata - Huánuco en el año 2016. Este fue el primer estudio que utiliza el instrumento CPQ8-10, en una muestra de escolares peruanos, que en su mayoría asisten desde zonas rurales aledañas a la ciudad de Llata.

El CPQ8-10, ha demostrado ser un instrumento válido, apropiado para obtener información fiable sobre la calidad de vida relacionada a salud bucal; además de ser amplio y específico tal como refiere (Aguilar y Irigoyen 2011, Coayla 2014, Ipanaque 2013, Wogelius P et al 2009 y Hadzipasic-Nazdrajic 2012). Es importante conocer como odontólogos acerca de la percepción del estado de salud bucal del niño; asimismo saber sobre los determinantes de estas percepciones, ya que nos van a permitir mejorar la salud bucal de los niños, por ende su calidad de vida, mejorar su autoestima, relaciones interpersonales y oportunidades en la sociedad.

En la Tabla N°1 gran porcentaje de la muestra percibió que su salud bucal se encontraba entre “regular y mal estado”, esto concuerda con el estudio de (Cabral et al 2015, Téllez 2010 y Aguilar e Irigoyen 2011); esto puede ser justificado debido a que la tercera parte manifestó que su salud bucal afectaba en su vida cotidiana, así mismo en el estudio de (Aguilar y Irigoyen 2011, Panaqué 2013) , más de la mitad manifestó la misma percepción.



El promedio de niños presenta una calidad de vida relacionada a la salud bucal dentro del tercio positivo; concuerda con el estudio de Tellez 2010; ya que son poblaciones con similares características sociodemográficas

En la Tabla N°2 el componente principal fue dientes cariados (media=8,92; DE=3,06), concuerda con el estudio de Aguilar-Díaz F 2011, dientes cariados (media=7,19;DE=5,8); seguido de dientes perdidos (media=1,25; DE=1,47) y por último dientes obturados (media=0,16;DE=6,1) a diferencia de Aguilar-Díaz F 2011,seguido por dientes obturados (media=2,82;DE=5,2) y por último dientes perdidos (media=0,98;DE=2,5), puede ser debido a que el estudio de Aguilar-Díaz F 2011, fue realizado en un área urbana al sur de México, de estatus socioeconómico medio y bajo ,posiblemente tengan mayor acceso a servicio odontológicos a diferencia de este estudio.

Se determinó que la experiencia de caries dental fue muy alta, coincide con el estudio de coayla 2014 y Mota-Veloso et al 2016, ya que esta patología es la más común en la infancia y se estima que el 60 a 90% de los niños escolares están afectados; además debido a la naturaleza acumulativa de la caries dental, es común que los niños en la fase final de la dentición primaria tengan mayores experiencia de caries dental y sus consecuencias clínicas. Así, una muestra de niños en la fase de dentición mixta, como en el presente estudio.

Se demostró que solo los niños de menor edad (8 años) mostraron un mayor riesgo de impacto negativo sobre todo el componente de CVRSB; concuerda con los resultados de Freire-Maia FB et al 2015; esto puede ser justificado ya que los niños con mayor edad pueden tener una experiencia más amplia con respecto al dolor y parecen ser más capaces de manejarlo, debido a una mayor variedad de

estrategias de afrontamiento que los niños más pequeños; por lo tanto, la prevención mediante la promoción de la salud y la corrección de los factores de riesgo predisponentes, debe ocurrir durante la dentición mixta para reducir las patologías bucales y su impacto en la calidad de vida relacionada a salud bucal.

Se demostró que tener de 0 a 5 piezas dentarias con experiencia de caries dental, tiene impacto negativo sobre la dimensión de sintomatología oral dentro de la CVRSB; a diferencia de los niños que tienen de 6 a más piezas con experiencia de caries dental, esto debido a que los niños con más de 5 piezas dentarias con experiencia de caries desarrollen mayor resistencia al dolor. No se encontraron resultados similares en otros estudios; sin embargo en el estudio de Aguilar e Irigoyen 2011 se observó que niños con 3 o más piezas con experiencia de caries dental en dentición decidua o permanente reportaron alto puntaje del CPQ8-10 en todo los dominios que los niños con menor número de piezas con experiencia de caries dental.

En este estudio no se encontró asociación entre las maloclusiones y la calidad de vida relacionada a salud bucal del niño entre 8 a 10 años de edad; sin embargo según el estudio de Aguilar e Irigoyen 2011, observaron que la calidad de vida es más afectada a medida que aumenta el grado de maloclusión.

Se observó mayor porcentaje de puntuación en la dimensión de sintomatología oral, concuerda con el estudio de Mota-Veloso et al 2016; se observa un alto porcentaje (74,5%) de participantes quienes presentaron dolor dental en las últimas cuatro semanas, de una a dos veces hasta casi todo los días; esto se puede deber a la falta de acceso a los servicios odontológicos en Llata, cabe resaltar que en dicha ciudad no existe atención odontológica privada , la

población solo cuenta con el servicio de atención odontológica de del Minsa y Essalud ; también se observó la alta experiencia de dolor a los cambios térmicos (76,3%) y manifestó el (87,3%) que se quedan pedazos de alimentos en sus dientes, esto puede ser debido a las lesiones de caries dental cavitadas que se encontraron en la evaluación clínica a casi todo los participantes; también se observó un alto porcentaje quienes refirieron haber tenido halitosis (63.6%); así mismo Tellez M. et al 2010 reporto una alta experiencia de dolor dental (42%) , dolor a los cambios térmicos (55,8%) y halitosis en el (4,.8%) en su estudio también Ipanaque 2013 reporto una alta experiencia de dolor dental (71,7%) , dolor a los cambios térmicos (69,2%), se quedan pedazos de alimentos (76,5%) y halitosis en el (61.5%), esto puede causar un impacto negativo en el desarrollo psicológico y en las relaciones interpersonales de los niños, debido al temor e inseguridad al expresarse y hablar en público, etc. Los cuales se expresaron en una alta proporción y están directamente relacionados con baja autoestima (Broder, H et al 2007). Por otro lado en la percepción de bienestar emocional más de la mitad (51,8%) reporto haber estado molestos, haber estado tristes (62,7%) por causa de sus dientes o su boca en el último mes, concuerda con el estudio de Ipanaque 2013, esto puede ser debido al dolor e incomodidad que producen las lesiones cariosas profundas y diferentes patologías en boca, que produce un estado de disconfort y tristeza en los niños.

En cuanto a la percepción de bienestar social, gran porcentaje (48,2%) refirió haber faltado al colegio por causa de sus dientes o boca de una a dos veces, hasta casi todo los días, también el (62,7%) refirió que ha sido difícil poner atención en clase, concuerda con el estudio de Ipanaque 2013; esto puede ser debido a que los padres hayan llevado de urgencia al odontólogo, pues esta

situación también perjudica en el trabajo a los padres o cuidadores, porque muchas veces faltan a su centro de labores. El dolor dental se puede manifestar en diferentes intensidades y localizaciones, lo cual dificulta en la concentración del estudiante en clase, además el 65,5% refirió que trató de no sonreír; esto puede ser debido a que los niños de 8-10 años de edad, se encuentran en la etapa de pubertad, en el cual experimentan cambios físicos y psicológicos, a la vez se preocupan más en la apariencia física e influye en su desarrollo social; sin embargo, Tellez M 2010, reporta en su estudio bajos porcentajes de esta condición.

## **5. CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

## 5.1. Conclusiones

1. Se determinó que tener de 0 a 5 piezas con experiencia de caries dental tiene impacto negativo en el dominio de sintomatología oral en la CVRSB en los niños entre 8 a 10 años de edad que asistieron a la I.E 32385 Virgen de Fátima del distrito de Llata- Huánuco en el año 2016.
2. Se demostró que los niños de 8 años de edad que asistieron a la I.E 32385 Virgen de Fátima del distrito de Llata- Huánuco en el año 2016, presentan mayor probabilidad de tener impacto negativo en los dominios de sintomatología oral y bienestar social; así como sobre todo el componente de CVRSB.
3. Se demostró que los niños de 9 años de edad que asistieron a la I.E 32385 Virgen de Fátima del distrito de Llata- Huánuco en el año 2016, presentan mayor probabilidad de tener impacto negativo en los dominios de sintomatología oral y limitaciones funcionales de la CVRSB.
4. La experiencia de caries dental fue muy alta en niños de 8 a 10 años de edad que asistieron a la I.E 32385 Virgen de Fátima del distrito de Llata- Huánuco en el año 2016.
5. El 81.5% de los niños entre 8 a 10 años de edad que asistieron a la I.E 32385 Virgen de Fátima del distrito de Llata-Huánuco en el año 2016 presentaron maloclusión clase I, seguido por el 10.2% con maloclusión clase III y por último el 8.3% presento maloclusión clase II.
6. Se demostró que más de la mitad de niños presenta una percepción positiva sobre su salud global, mientras que la tercera parte percibe que la salud bucal afecta a su calidad de vida. Además según el CPQ8-10 el promedio de niños presenta una CVRSB dentro del tercio positivo.

## 5.2. Recomendaciones

- Realizar estudios que midan el impacto de la calidad de vida relacionada a salud bucal antes y después de una intervención odontológica
- Diseñar y ejecutar un proyecto de promoción y prevención de salud bucal en niños escolares con la finalidad de que tomen conciencia, adopten hábitos saludables de higiene bucal y así disminuir los problemas bucales que repercuten en la CVRSB.
- Se recomienda tener un control periódico odontológico respecto a la caries dental debido a que continúa siendo uno de los mayores problemas de salud pública odontológica a través de campañas que cuenten con aplicación de flúor.
- Desarrollar más trabajos de investigación respecto a la CVRSB y enfermedades bucales debido a que existen en Perú pocas investigaciones sobre este tema.
- Se recomienda explicar el significado de: “a menudo” y “mal aliento”, ya que muchos niños preguntaron sobre su significado.

## REFERENCIAS

1. Abanto J, Bönecker M, Raggio D. Impacto de los problemas bucales sobre la calidad de vida de niños. Rev Estomatol Herediana. 2010; 20(1):38-43.
2. Organización mundial de la salud [sitio web]: OMS; 2012 [actualizado en abril del 2012; acceso 13 de junio del 2016]. Salud Bucodental; [aproximadamente 1 pantalla]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/>
3. World Health Organization. WHOQOL - Measuring quality of life. Geneva: WHO; 1997.
4. López R, García C. Calidad de vida y problemas bucales en preescolares de la provincia de Huaura, Lima. Rev. Estomatol Herediana. 2013; 23(3):139-47
5. Jokovic A, Locker D, Tompson B, Guyatt G. Questionnaire for measuring oral health-related quality of life in eight-to ten-year-old children. Pediatr Dent. 2004;26(6):512-18
6. 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 en la provincia de Lima-2013.[Tesis para optar el título de cirujano dentista ]Lima: Universidad Alas Peruanas; 2013.



7. Mota-Veloso I, Soares MEC, Alencar BM, Marques LS, Ramos-Jorge ML, Ramos-Jorge J. Impact of untreated dental caries and its clinical consequences on the oral health-related quality of life of schoolchildren aged 8-10 years. *Qual Life Res.* 2016; 25(1):193–9.
8. Freire-Maia FB, Auad SM, de Abreu MHNG, Sardenberg F, Martins MT, Paiva SM, et al. Oral Health-Related Quality of Life and Traumatic Dental Injuries in Young Permanent Incisors in Brazilian Schoolchildren: A Multilevel Approach. *PLoS One* [Internet]. 2015 [cited 2016 Dec 18];10(8):1-18 Disponible en : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4545601/>
9. Cabral et al. Impacto da saúde bucal na qualidade de vida de escolares do município de pequeno porte da Paraíba. *Odonto.* 2015; 23(45-46): 47-55.
10. Coayla J. Impacto de la hipomineralización de incisivo molar (HIM) y la caries dental en la calidad de vida de los pacientes de 8 a 10 años de edad que asisten a la Clínica Estomatológica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas en el semestre 2014-I.Lima.[Tesis para optar título de cirujano dentista ]Lima: Universidad Alas Peruanas; 2014.
11. Hadzipasic-Nazdrjic A. Validation of the Child Perceptions Questionnaire 8-10 in Bosnia and Herzegovina. *Mat Soc Med.* 2012 ; 24(3): 157-61
12. Aguilar-Diaz F, Irigoyen-Camacho M. Validation of the CPQ 8-10ESP in Mexican School children in urban areas. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.*2011; 16(3):430-5

13. Tellez M, et al. Correlación de un Instrumento de Calidad de Vida relacionado con Salud Oral entre niños de 8 a 10 años y sus acudientes en Bogotá. *Rev. CES Odont.* 2010;23(1):9-15
14. Wogelius P, Gjørup H, Haubek D, Lopez R, Poulsen S. Development of Danish version of child oral-health-related quality of life questionnaires (CPQ8-10 and CPQ11-14). *BMC Oral Health* [Internet]. 2009 [cited October 20, 2016]; 9:1-8. Disponible en: Dentistry & Oral Sciences Source.
15. Vélez C, García H. Medición de la calidad de vida en niños. *Iatreia* [Internet]. 2012 [cited November 4, 2016]; 25(3): 240-249. Available from: MedicLatina.
16. Alpi S, Quiceno J. Calidad de vida relacionada con la salud. *Rev Colomb Cancerol.* 2010;14(4):187-88
17. Tiesca, R. La Calidad de Vida, su importancia y cómo medirla. *Salud Uninorte.* 2005; 21: 76-86
18. Organización mundial de la salud [sitio web] OMS; 2012 [acceso 13 de junio del 2016]. Definición de salud; [aproximadamente 1 pantalla]. Disponible en: <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>
19. Badia X, García A F. La medición de la calidad de vida relacionada con la salud y las preferencias en estudios de investigación de resultados en salud. *La Investigación de Resultados en Salud: de la evidencia a la práctica clínica.* Barcelona. 2000: 61–78.
20. Vinaccia S. y Orozco, L. Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. *Perspectivas en Psicología.* 2005;1(2):125-37

21. Ardila R. Calidad de Vida: Una definición integradora. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 2003;35(2):161-64.
22. WHOQOL Group. Study protocol for the World Health Organization project to develop a quality of life assessment instrument (WHOQOL). *Quality of Life Research*. 1993;2(2):153–159
23. Montero J. Calidad de vida oral en población general. [Tesis Doctoral] España: Universidad de granada;2006.
24. Patrick DL, Erickson P. Quality of life in health care evaluation and resource allocation health status and health policy. Oxford;1993:414-28
25. Consiglio E, Belloso W. Nuevos indicadores clínicos: La calidad de vida relacionada con la salud. *Medicina*. 2003; 63(2): 172-8.
26. Schwartzmann Laura. Calidad De Vida Relacionada Con La Salud: Aspectos Conceptuales. *Cienc. Enferm*. 2003;9( 2 ): 9-21
27. Durán-Napolitano D, Moya-Rivera P, Aubert-Valderrama J, Becerra-Reus A, Lara-Lüer A, Monsalves-Villalobos M. Percepción de salud bucal en adultos mayores de dos comunas con desarrollos extremos en Chile. *CES Odontología*. 2016; 29(1): 5-12.
28. Camargo YC, Duarte MJR, Ramírez MKP, González AJC, Delgado EMG. Calidad de vida en pacientes sometidos a tratamientos de rehabilitación Oral en la Universidad Santo Tomás En Bucaramanga. *UstaSalud*. 2016;13(1):49–54.
29. Allen PF. Assessment of oral health related quality of life. *Health Qual Life Outcomes*. 2003;1(1):40.
30. Sischo L, Broder HL. Oral health related quality of life: what, why, how, and future implications. *J Dent Res*. 2011; 90(11):1264-70.

31. Montero J, Bravo M, Vicente M, Galindo M, López J, Albaladejo A. Dimensional structure of the oral health-related quality of life in healthy Spanish workers. *Health and Quality of Life Outcomes* 2010;21:8-24
32. Sanchez R, Echeverry J. Validación de Escalas de Medición en Salud. *Rev. Salud pública*.2004;6 (3): 302-18.
33. Sheiham A. The Berlin declaration on oral health services. *Quistessense international*.1993;24(12):829-30
34. Locker D. Measuring oral health: a conceptual framework. *Community Dent Health*. 1988; 5(1):3-18.
35. Del Castillo-López C, Evangelista-Alva A, Sánchez-Borjas P. Impacto de la condiciones bucales sobre la calidad de vida en escolares de ámbito rural, Piura, Perú. *Rev Estomatológica Hered*. 2014; 24(4):220–228.
36. Pahel BT, Rozier RG , Slade GD. Parental perceptions of children´s oral health: The early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS). *Health QualLife Outcomes*. 2007; 5:6
37. Apaza-Ramos S, Torres-Ramos G, Blanco-Victorio D, Antezana-Vargas V, Montoya-Funegra J. Influencia de los factores sociodemográficos, familiares y el estado de la salud bucal en la calidad de vida de adolescentes peruanos. *Rev Estomatol Hered*. 2015;25(2):87-9
38. Al Shamrany M. Oral health-related quality of life: a broader perspective. *La Revue de Santé de la Méditerranée orientale*.2006; 12:894-901.
39. Muñoz P, Aguilar F, Fuente Jdl. Instrumentos validados para medir la salud bucal en los niños. *Salud y Ciencia*. 2014; 20: 846-851.

40. Bonecker M, Abanto J, Nahas S, Pettorossi J, Guedes A. Problemas bucales en odontopediatria: Uniendo la Evidencia científica a la práctica clínica. Primera; 2014.
41. Scarpelli A, Paiva S, Viegas C, Carvalho A, Ferreira F, Pordeus J. Oral Health-related quality of life among Brazilian preschool children. Community Dentistry and Oral Epidemiology. 2013; 44(4):336-34
42. Masood Y, Masood M, Nadiyah N, Binti N, FouadS, Newton T. Impact of malocclusion on oral health related quality of life in young people. Health and Quality of life outcomes. 2013; 11(25): 1-7
43. Ramos J, Paiva SM, Pordeus J, Tataounoff I, Marques L, Ramos M. Impact of treated/untreated traumatic dental injuries on quality of life among Brazilian schoolchildren. Dental Traumatology. 2014; 30(1): 27-31
44. Feitosa S, Colares V, Pinkham J. The psychosocial effects of severe caries in 4-year-old children in Recife, Pernambuco, Brazil. Cad de saude publica. 2005; 21(5):1550–56.
45. Tesch FC, Oliveira BH, Leao A. Measuring the impact of oral health problems on children's quality of life : conceptual and methodological issues. Cas Saude Publica.2007;23(1):2555-64
46. Kenia LC. Factores de riesgo asociados con anomalías de oclusión en dentición temporal: Área III. Rev Cubana Estomatol. 2007;4(44)
47. Marques LS, Ramos-jorge ML, Paiva SM, Pordeus IA. Malocclusion: esthetic impact and quality of life among Brazilian schoolchildren. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 2006;3(29):424-7
48. Rohr Inglehart M, Bagramian RA, editores. Health-related quality of life. Michigan: Quintessence Books, 2002

49. Tipan L. Validación y adaptación transcultural de un instrumento para evaluar la calidad de vida en relación con la salud bucal de preescolares ecuatorianos [Internet]. Quito: UCE; 2016 [citado 17 de noviembre de 2016]. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec:8080/handle/25000/6836>
50. Barbosa T, Mialhe F, Castilho A, Gavião M. Qualidade de vida e saúde bucal em crianças e adolescentes: aspectos conceituais e metodológicos. *Physis Rev Saúde Coletiva*. 2010; 20 (1): 283-300.
51. Jokovic A, Locker D, Stephens M, Kenny D, Tompson B, Guyatt G. Validity and reliability of a questionnaire for measuring child oral-health-related quality of life. *Journal of Dentistry Research*. 2002; 81 (7): 459-63
52. Jokovic A, Locker D, Guyatt G. Short forms of the Child Perceptions Questionnaire for 11-14-year-old children (CPQ11-14): development and initial evaluation. *Health Qual Life Outcomes* 1:4, 2006.
53. Foster P, Thomson V, Jokovic A, Locker D. Validation of the Child Perceptions Questionnaire (CPQ 11-14). *Journal of Dentistry Research*. 2005; 84 (7): 649-52
54. Li X, Huang H, Lin T, Huang Gm. Validation of a Chinese version of the child perception questionnaire. *West China Journal of Stomatology*. 2008; 26(3): 267-70.
55. Barbosa TdS, Tureli MC, Gavião MB. Validity and reliability of the Child Perceptions Questionnaires applied in Brazilian children. *BMC Oral Health*. 2009; 9 (13): 1-8.

56. Abanto J, Albites U, Bönecker M, Paiva S, Castillo JL, Aguilar D. Cross cultural adaptation and psychometric properties of the child perceptions questionnaire 11-14(CPQ) for the peruvian spanish language. *Oral Medicine and Pathology*. 2013; 18 (6): 832-38.
57. Jokovic A, Locker D, Stephens M, Kenny D, Tompson B, Guyayy G. Measuring parental perceptions of Child Oral Health-related Quality of Life. *J Public Health Dent*.2003;63(1):67-72
58. Albites U, Abanto J, Bönecker M, Paiva SM, Aguilar-Gálvez D, Castillo JL. Parental-caregiver perceptions of child oral health-related quality of life (P-CPQ): Psychometric properties for the Peruvian Spanish Language. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2014;19(1):220
59. Goursand D, Paiva SM, Zarzar PM, Pordeus IA, Allison PJ Measuring Parental-Caregiver Perceptions of Child Oral Health-Related Quality of Life: psychometric properties of the Brazilian version of the P-CPQ. *Braz Dent J*.2009;20(1):169-74
60. Barbosa T, Gavião M. Validation of the Parental -Caregiver Perceptions Questionnaire: agreement between parental and child reports. *Journal of Public Health Dentistry*. 2012; 75(4):255-64.
61. Stein RE, Riessman CK: The development of an impact-on-family scale: preliminary findings. *Med Care*.1980; 18(1):465-72
62. Barbosa TS, Duarte Gavião MB. Evaluation of the Family Impact Scale for use in Brazil. *J Appl Oral Sci*.2009; 17(1):397-403
63. Bek N, Simsek EI, Erel S, Yakut Y, Uygur F. Turkish version of impact on family scale: a study of reliability and validity. *Health and Quality of Life Outcomes*.2009; 7(1):4

64. McGrath C, Pang HN, Lo EC, King NM, Hägg U, Samman N. Translation and evaluation of a Chinese version of the Child Oral Health-related Quality of Life measure. *Int J Paediatr Dent.* 2008; 18(1):267-74
65. Slade G, Reisine S. The child oral health impact profile: current status and future directions. *Community Dentistry and Oral Epidemiology.* 2007; 35(1): 50-53
66. Li C, Xia B, Wang Y, Xuelin G, Junwei Y, Lihong G. Translation and psychometric properties of the Chinese (Mandarin) version of the Child Oral Health Impact Profile-Short Form 19 (COHIP-SF 19) for school-age children. *BMC Health and quality of life outcomes.* 2014; 12(169): 1-8.
67. Ahn Y, Kim H, Hong S, Patton L, Kim J, Noh H. Validation of a Korean version of the Child Oral Health Impact Profile (COHIP) among 8-to 15-year-old school children. *International Journal of Paediatric Dentistry.* 2012; 22 (4): 292-32.
68. Asgari I, Ahmady A, Broder H, Eslamipour F, Genderson W. Assessing the Oral Health-related Quality of Life in Iranian Adolescents: Validity of the Persian Version of the Child Oral Health Impact Profile (COHIP). *Oral Health & Preventive Dentistry.* 2013; 11(2):147-54.
69. Osta NE, Pichot H, Soulier-Peigue D, Hennequin M. Validation of the child oral health impact profile (COHIP) french questionnaire among 12 years-old children in New Caledonia. *BMC Health and quality of life outcomes.* 2015; 13 (176): 176-89.
70. Gherunpong S, Tsakos G, Sheiham A. Developing and evaluating an oral health-related quality of life index for children; the CHILD-OIDP. *Community Dental Health.* 2004; 21 (2):161-69



71. Tubert-Jeannin S, Pegon-Machat E, Gremeau-Richard C, Lecuyer MM, Tsakos G. Validation of a French version of the Child-OIDP index. *European Journal of Oral Science*. 2005; 113 (5): 355-62.
72. Yusuf H, Gherunpong S, Sheiham A, Tsakos G. Validation of an English version of the Child-OIDP index, an oral health-related quality of life measure for children. *BMC Health and Quality of Life Outcomes*. 2006; 4 (38):1-7.
73. Mtaya M, Åström AN, Tsakos G. Applicability of an abbreviated version of the Child-OIDP inventory among primary schoolchildren in Tanzania. *BMC Health and Quality of Life Outcomes*. 2007; 5 (40): 1-8.
74. Castro R, Cortes M, Sheiham A. Child-OIDP index in Brazil: Cross-cultural adaptation and validation. *BMC Health and Quality of Life Outcomes*. 2008; 6 (68): 1-8.
75. Bernabé E, Sheiham A, Tsakos G. A comprehensive evaluation of the validity of Child-OIDP: further evidence from Peru. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. 2008; 36(4): 317-25.
76. Nurelhuda NM, Ahmed MF, Åström AN. Evaluation of oral health-related quality of life among Sudanese schoolchildren using Child-OIDP inventory. *BMC Health and Quality of Life Outcomes*. 2010; 8 (152): 1-12.
77. Cortés-Martínez F, Rosel-Gallardo E, Artazcoz-Osés J, Bravo M, Tsakos G. Adaptation and validation for Spain of the Child-Oral Impact on Daily Performance (C-OIDP) for use with adolescents. *Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Oral*. 2010; 15(1): 106-11

78. Zamros Y, Jaafar N. A Malay version of the Child Oral Impacts on Daily Performances (Child-OIDP) index: assessing validity and reliability. *BMC Health and Quality of Life Outcomes*. 2012; 10 (63):1-7.
79. Vera C, Moreno X, Rivera D. Adaptation And Validation Of Child Oral Impact On Daily Performance Index In 11-14 Year -Old Chilean School Children. *Journal of Oral Research*. 2013; 2(3):119-24.
80. Agrawal N, Pushpanjali K, Garg A. The cross cultural adaptation and validity of the child-OIDP scale among school children in Karnataka, South India. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. 2013; 30 (2):124-26.
81. Pahel B, Rozier G, Slade G. Parental perceptions of children's oral health: The Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS). *BMC Health and Quality of life Outcomes*. 2007; 5 (6):1-10.
82. Arrow P. Evaluation of the Early Childhood Oral Health Impact Scale in an Australian preschool child population. *Australian Dental Journal*. 2015; 60(3): 375-81.
83. López R, García C, Villena R, Bordoni N. Cross cultural adaptation and validation of the Early Childhood Health Impact Scale (ECOHIS) in peruvian preschoolers. *Acta Odontológica Latinoamericana*. 2013; 26 (2): 60-67.
84. Hashim A, Zamros Y, Rashidah E. The Malay version of the Early Childhood Oral Health Impact Scale (Malay-ECOHIS) assessing validity and reliability. *BMC Health and Quality of life Outcomes*. 2015; 13 (190): 1-10

85. Tsakos G, Blair Y, Yusuf H, Wrigth W, Watt R, Macpherson L. Developing a new self-reported scale of oral health outcomes for 5-year-old children (SOHO-5). *BMC Health and Quality of Life utcomes*. 2012; 10 (62): 1-8
86. Abanto J, Tsakos G, Paiva S, Goursand D, Raggio D, Bönecker M. Responsiveness to change for the Brazilian Scale of Oral Health Outcomes for 5-year-old children(SOHO-5). *BMC Health and Quality of Life Outcomes*. 2013; 11 (137): 11-16.
87. Bordoni N, Squassi A. Caries dental: una mirada actual para una vieja problemática. *Universitas Odontológica* [serial on the Internet]. (2013, Jan), [cited December 1, 2016]; 32(68): 81-97. Available from: [MedicLatina](#).
88. Sanabria-Vázquez DA, Ferreira Gaona MI, Pérez-Bejarano NM, Díaz-Reissner CV, Torres-Amarilla CD, Cubilla ME, et al. Caries dental en menores en situación de pobreza, asistidos por una Fundación en Paraguay. *Rev Estomatol Herediana*. 2016;26 (2):70.
89. World health organization. WHO oral health data bank. Geneva: World Health Organization; 2002.
90. O'Brien C, Benson PE, Marshman Z. Evaluation of quality life measure for children with malocclusion. *J orthod*. 2007; 34(3):185-93
91. Abanto J. Impacto das doenças e desordens bucais na qualidade de vida relacionada à saúde bucal de crianças pré-escolares e de seus pais. [Tesis de maestría]. Sao Paulo: Faculdade de odontología da USP; 2009
92. Boldorini MG. Cariología. En: Lanata EJ, editor. *Operatoria Dental Estética y Adhesión*. Buenos Aires: Grupo Guía; 2003. p. 322

93. Taboada Aranza, O. Prevalencia de maloclusiones y trastornos del habla en una población preescolar del oriente de la Cd. de México. Bol Med Hosp Infant Mex. 2011;68 (6):425-30.
94. Roa-González S. Prevalencia de Maloclusión en pacientes de siete a doce años de edad: Un estudio epidemiológico. Medicina Oral. 2008; 10(1): 16-20.
95. Paula JS, Sarracini KLM, Ambrosano GMB, Pereira AC, Meneghim MC, Mialhe FL. Impact of a dental care program on the quality of life of children with and without caries. Braz. Oral Res. 2016;30(1):e139
96. Sardenberg M et al. Malocclusion and oral health-related quality of life in Brazilian school children A population-based study. Angle Orthodontist. 2013;83(1):83-89
97. Chávez M. Odontología sanitaria. Publicaciones científicas. Washington: Organización Panamericana, Organización Mundial de la Salud.1962; 63(1):42-44.
98. Henostroza G. Caries dental principios y procedimientos para el diagnóstico. Lima: Facultad de estomatología Roberto Beltrán. Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2007.
99. Medina C. Prevalencia de maloclusiones dentales en un grupo de pacientes pediátricos. Acta odontológica venezolana. 2010; 48(1): 1-19
100. Almandoz A. Clasificación de las maloclusiones. [Tesis para optar título de cirujano dentista ]Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2011.

## ANEXOS

### ANEXO N°1

#### "AÑO DE LA CONSOLIDACIÓN DEL MAR DE GRAU"

**SOLICITÓ:** Carta de autorización para el ingreso a  
Las instituciones educativas para el proyecto de  
investigación.

**SEÑOR:** Dr. Carlos Gálvez, Director Académico de la Escuela de Odontología de la  
Universidad Privada Norbert Wiener.

Yo, **ROBLES RIVERA, GISSEL KATHLEEN** alumna de la Universidad, con código de  
matrícula a 2011000109, de la carrera de Odontología del décimo ciclo identificada  
con el N° de DNI 75822685, a usted respetuosamente me presento y expongo:

Que, habiendo elaborado mi proyecto de tesis en la asignatura de "Metodología de la  
investigación", solicito a usted generar autorización para ingresar a la institución  
educativa particular "Cesar Vallejo" del Distrito de San Martín de Porres, Lima; la  
Directora de dicha institución educativa es la Profesora Baca Alfaro Carmela y a la  
institución educativa "32385 Virgen de Fátima" del Distrito de Lata, Huánuco el  
director de dicha institución educativa es el Profesor Rojas Salas Miguel Ángel para la  
recolección de datos de mi proyecto como título lleva: "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.P  
CESAR VALLEJO DEL DISTRITO DE SAN MARTIN DE PORRES-LIMA Y LA I.E.  
32385 VIRGEN DE FATIMA DEL DISTRITO DE LLATA -HUAMUCO EN EL AÑO  
2016".

De haber dado visto bueno del asesor.

Por tanto

Pido a usted dar trámite, no sin antes reiterar las muestras de mi estima personal y  
especial consideración.

Lima, 10 de junio del 2016



Robles Rivera, Gissel Kathleen

Cod. 2011000109



## ANEXO N°2



Lima, 01 de julio de 2016

**CARTA N° 13-07-358-2016-DFCS-UPNW**

Señor  
**Rojas Salas Miguel Angel**  
Director de la Institución Educativa 32385 Virgen de Fátima  
Presente.-

De mi consideración:

Es grato dirigirme a usted para saludarlo cordialmente a nombre de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Privada Norbert Wiener y aprovechando la oportunidad le informo que la Srta. Gissel Kathleen Robles Rivera, está ejecutando el proyecto de tesis titulado "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.P. César Vallejo del distrito de San Martín de Porres-Lima y la I.E. 32385 Virgen de Fátima del distrito de Llata-Huánuco en el año 2016", para la obtención del Título Profesional de Cirujano Dentista; motivo por el cual solicito a usted la autorización para facilitar el ingreso a su digna institución.

Agradecido por su gentil atención a lo solicitado le manifiesto mi especial estima y consideración personal.

Atentamente,



*[Handwritten signature]*  
Dr. Oscar Raul Ugarte Ubilluz  
Decano  
Facultad de Ciencias de la Salud

Central telefónica: 706-5555  
www.uwiener.edu.pe  
e-mail: info@uwiener.edu.pe

Av. Arequipa 440 - Lima  
Jr. Larrabure y Unanue 110 - Lima

## ANEXO N°3

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

La presente investigación es conducida por Gissel Kathleen Robles Rivera Bachiller en odontología de la Universidad Norbert Wiener.

El objetivo de este estudio es Conocer el impacto de los problemas bucales sobre la calidad de vida relacionada a salud bucal en niños de 8 a 10 años de edad que asisten a la I.E Virgen de Fátima en el distrito de Llata- Huánuco en el año 2016

La investigación consistirá en que el participante desarrollará el cuestionario de percepción del niño CPQ8-10 además se le examinará los dientes.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus informaciones recolectadas serán codificadas usando un número de identificación por lo tanto serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre esta procedimiento, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en el. Igualmente, puede retirarse en cualquier momento sin que eso perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Usted no tendrá ningún gasto, tampoco recibirá cualquier valor en dinero por haber participado del estudio siendo comunicado al finalizar los resultados obtenidos.

Desde ya agradecemos su participación.

Mediante el presente documento  
yo.....

Identificado(a) con DNI .....acepto participar voluntariamente en esta investigación conducida por el bachiller Gissel Kathleen Robles Rivera he sido informado del estudio , el objetivo y el procedimiento que serán realizados durante el desarrollo del estudio.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento será entregada y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio, cuando este haya concluido. Firmo en señal de conformidad.

Fecha:

Investigador Robles Rivera, Gissel Kathleen

Teléfono celular: 931121979

Correo electrónico: [gisselrob@gmail.com](mailto:gisselrob@gmail.com)

Padre o apoderado

DNI:

## ANEXO N°4

### **ASENTIMIENTO INFORMADO**

Yo, Gissel Kathleen Robles Rivera bachiller en odontología de la Universidad Norbert Wiener, te invito a participar del estudio que fue previamente informado a tus padres.

Durante el desarrollo del estudio desarrollarás un cuestionario de percepción de niño CPQ (8-10) además se te examinarán los dientes.

Los procedimientos son sencillos y no van a significar riesgo alguno para su salud e integridad.

Si tuviera alguna duda puede preguntar o contactarse conmigo en el número de teléfono 931121979.

Mediante el presente documento  
Yo,.....

Autorizo participar del estudio previa autorización de mis padres.



\_\_\_\_\_  
Firma del paciente



## ANEXO N°5

CUESTIONARIO DE PERCEPCION DEL NIÑO (CPQg-10)  
CUESTIONARIO DE SALUD BUCAL DEL NIÑO

Paciente número: .....

Hola,

¡Gracias por tu ayuda en este estudio!

Este cuestionario servirá para comprender mejor

el comportamiento de los niños en relación con su boca y dientes.



Recuerda:

- ✓ No escribas tu nombre en el cuestionario
- ✓ Este no es un examen, así que no existen respuestas correctas o incorrectas
- ✓ Responde honestamente
- ✓ No hables con nadie acerca de las preguntas mientras desarrolles el cuestionario
- ✓ Nadie que conozcas conocerá tus respuestas
- ✓ Lee cada pregunta cuidadosamente y piensa sobre lo que te pasó en las últimas 4 semanas.
- ✓ Antes de responder, piensa: ¿Esto me pasó por culpa de mi boca o dientes?
- ✓ Coloca una X junto a la respuesta más adecuada para ti.

**PRIMERO ALGUNAS PREGUNTAS SOBRE TI**

Qué día es hoy? : \_\_\_\_\_

1. ¿Eres un niño o niña?

- Niño
- Niña



2. ¿Cuántos años tienes?: \_\_\_\_\_

3. ¿Cuándo piensas en tus dientes o en tu boca, cómo dirías que están?

- Muy bien
- Bien
- Regular
- Mal

4. ¿Qué tanto te molestan tus dientes o tu boca en tu vida diaria?

- Para nada
- Un poco
- Algo
- Mucho



**AHORA ALGUNAS PREGUNTAS ACERCA DE TUS  
DIENTES Y TU BOCA.**

Que tan seguido:

6. ¿Has sentido dolor en tus dientes o en tu boca en las últimas cuatro semanas?

- Nunca
- 1 o 2 veces
- Algunas veces
- A menudo
- Todos los días o casi todos los días

8. ¿Has tenido heridas en tu boca en las últimas cuatro semanas?

- Nunca
- 1 o 2 veces
- Algunas veces
- A menudo
- Todos los días o casi todos los días

7. ¿Te han dolido los dientes cuando comiste o tomaste bebidas frías o calientes en las últimas cuatro semanas?

- Nunca
- 1 o 2 veces
- Algunas veces
- A menudo
- Todos los días o casi todos los días

8. ¿Se han quedado pedazos de alimentos en tus dientes en las últimas cuatro semanas?

- Nunca
- 1 o 2 veces
- Algunas veces
- A menudo
- Todos los días o casi todos los días

8. ¿Has tenido mal aliento en las últimas cuatro semanas?

- Nunca
- 1 o 2 veces
- Algunas veces
- A menudo
- Todos los días o casi todos los días



### Qué tan seguido:

10. ¿Has necesitado más tiempo que los demás para comer tus alimentos por causa de tus dientes o boca en las últimas cuatro semanas?

- Nunca
- 1 o 2 veces
- Algunas veces
- A menudo
- Todos los días o casi todos los días



11. ¿Has sido difícil morder o masticar alimentos como manzana, queso o carne por causa de tus dientes o tu boca en las últimas cuatro semanas?

- Nunca
- 1 o 2 veces
- Algunas veces
- A menudo
- Todos los días o casi todos los días

12. ¿Te ha sido difícil comer alimentos que querías por causa de tus dientes o tu boca en las últimas cuatro semanas?

- Nunca
- 1 o 2 veces
- Algunas veces
- A menudo
- Todos los días o casi todos los días

13. ¿Te ha sido difícil decir algunas palabras por causa de tus dientes o boca en las últimas cuatro semanas?

- Nunca
- 1 o 2 veces
- Algunas veces
- A menudo
- Todos los días o casi todos los días

14. ¿Has tenido dificultad para dormir toda la noche por causa de tus dientes o tu boca en las últimas cuatro semanas?

- Nunca
- 1 o 2 veces
- A menudo
- Algunas veces
- Todos los días o casi todos los días

## ALGUNAS PREGUNTAS ACERCA DE CÓMO TE SIENTES

Qué tan seguido;

15. ¿Te has sentido molesto por causa de tus dientes o tu boca en las últimas cuatro semanas?

- Nunca
- 1 o 2 veces
- Algunas veces
- A menudo
- Todos los días o casi todos los días



16. ¿Te has sentido triste o decepcionado debido a tus dientes o tu boca en las últimas cuatro semanas?

- Nunca
- 1 o 2 veces
- Algunas veces
- A menudo
- Todos los días o casi todos los días



17. ¿Te has sentido avergonzado o tímido por causa de tus dientes o tu boca en las últimas cuatro semanas?

- Nunca
- 1 o 2 veces
- Algunas veces
- A menudo
- Todos los días o casi todos los días

18. ¿Has estado preocupado (a) por lo que otras personas piensan acerca de tus dientes o tu boca en las últimas cuatro semanas?

- Nunca
- 1 o 2 veces
- Algunas veces
- A menudo
- Todos los días o casi todos los días

19. ¿Has estado preocupado (a) en no verte tan bien como los demás debido a tus dientes o tu boca en las últimas cuatro semanas?

- Nunca
- 1 o 2 veces
- Algunas veces
- A menudo
- Todos los días o casi todos los días



## PREGUNTAS ACERCA DE TU COLEGIO

Que tan seguido:

20. ¿Has faltado al colegio por causa de tus dientes o tu boca en las últimas cuatro semanas?

- Nunca
- 1 o 2 veces
- Algunas veces
- A menudo
- Todos los días o casi todos los días

21. ¿Se te ha hecho difícil hacer tus tareas por causa de tus dientes o tu boca en las últimas cuatro semanas?

- Nunca
- 1 o 2 veces
- Algunas veces
- A menudo
- Todos los días o casi todos los días

22. ¿Ha sido difícil poner atención en clase a causa de tus dientes o tu boca en las últimas cuatro semanas?

- Nunca
- 1 o 2 veces
- Algunas veces
- A menudo
- Todos los días o casi todos los días

23. ¿Has evitado hablar o leer en voz alta durante tus clases por causa de tus dientes o tu boca en las últimas cuatro semanas?

- Nunca
- 1 o 2 veces
- Algunas veces
- A menudo
- Todos los días o casi todos los días



**PREGUNTAS ACERCA DE TU FORMA DE SER  
CON LAS OTRAS PERSONAS**

En las últimas cuatro semanas qué tan seguido:

24. ¿Trataste de no sonreír o reírte mientras estabas con otros niños por causa de tus dientes o tu boca en las últimas cuatro semanas?

- Nunca
- 1 o 2 veces
- Algunas veces
- A menudo
- Todos los días o casi todos los días

25. ¿Has evitado hablar con otros niños por causa de tus dientes o tu boca en las últimas cuatro semanas?

- Nunca
- 1 o 2 veces
- Algunas veces
- A menudo
- Todos los días o casi todos los días

26. ¿Has evitado estar con otros niños por causa de tus dientes o tu boca en las últimas cuatro semanas?

- Nunca
- 1 o 2 veces
- Algunas veces
- A menudo
- Todos los días o casi todos los días

27. ¿Has tratado de alejarte de algunas actividades deportivas y recreativas por causa de tus dientes o tu boca en las últimas cuatro semanas?

- Nunca
- 1 o 2 veces
- Algunas veces
- A menudo
- Todos los días o casi todos los días

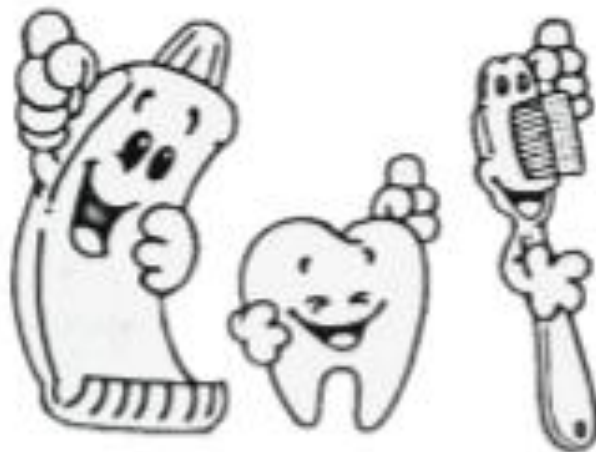


28. ¿Otros niños se han burlado de ti o te han puesto apodos por causa de tus dientes o boca en las últimas cuatro semanas?

- Nunca
- 1 o 2 veces
- Algunas veces
- A menudo
- Todos los días o casi todos los días

29. ¿Otros niños te hicieron preguntas acerca de tus dientes o tu boca en las últimas cuatro semanas?

- Nunca
- 1 o 2 veces
- Algunas veces
- A menudo
- Todos los días o casi todos los días



**MUCHAS GRACIAS**



# ANEXO N°6



## FICHA ESTOMATOLOGICA

Fecha : .....  
Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
CLINICA: \_\_\_\_\_

A dental chart template showing a full set of teeth (1-32) arranged in a standard dental notation. The chart is divided into four quadrants by a vertical midline and a horizontal line representing the occlusal plane. Each tooth is represented by a simple line drawing icon. The numbers 1-32 are placed above or below each icon to identify the teeth. The chart is surrounded by empty boxes for recording data.

OBSERVACIONES:.....  
.....  
.....  
ESPECIFICACIONES:.....  
.....  
.....

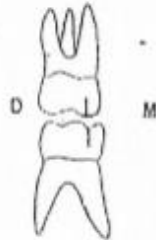
---

Tipos de oclusión

Guía molar

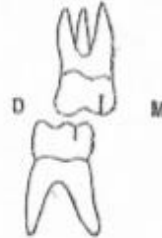
1. Neutroclusión

Clase I



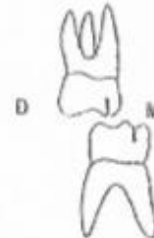
2. Distocclusión

Clase II



3. Mesiocclusión

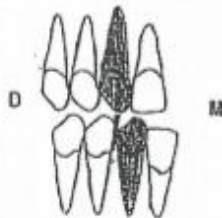
Clase III



Guía canina

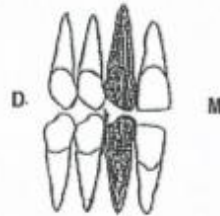
1. Neutroclusión

Clase I



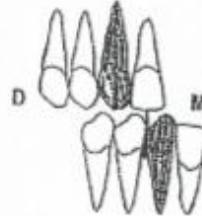
2. Distocclusión

Clase II



3. Mesiocclusión

Clase III



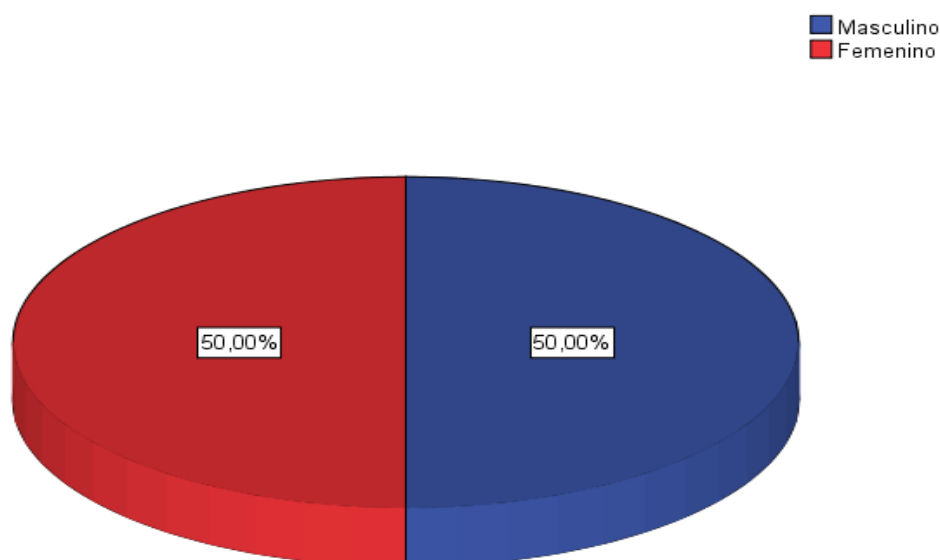
## ANEXO N°7

**Tabla N°6. Distribución de frecuencia de las variables demográficas**

		N	%
<b>Sexo</b>	Masculino	55	50,0%
	Femenino	55	50,0%
<b>Edad</b>	8 años	28	25,5%
	9 años	54	49,1%
	10 años	28	25,5%

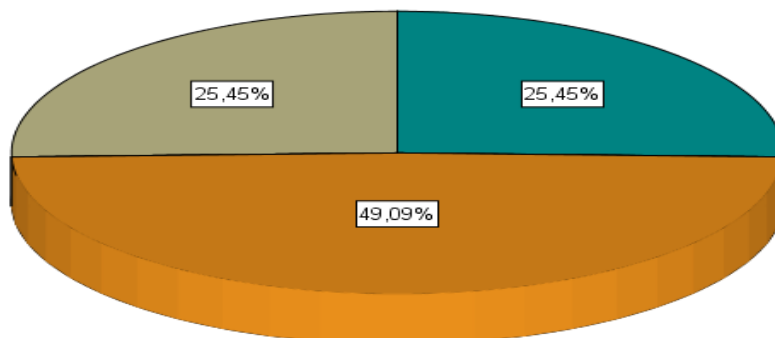
Se observa la distribución de frecuencia de las variables demográficas de los niños de 8 a 10 años de edad donde 55 (50,0%) son de sexo masculino y 55 (50,0%) son de sexo femenino. Además, se observa que el mayor porcentaje de niños, 54 (49,1%) tienen 9 años de edad. **(Tabla N°6)**

**Gráfico N°5. Frecuencia del sexo**



**Gráfico N°6. Frecuencia de la edad**

- 8 años
- 9 años
- 10 años



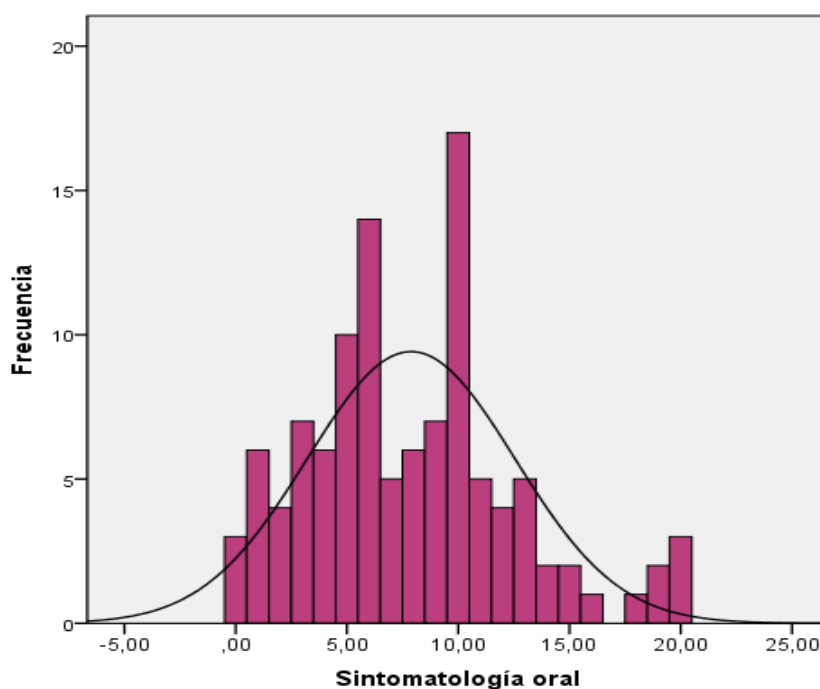
**Tabla N°7. Distribución de la media de los puntajes obtenidos, por dimensión y general, a través de las respuestas dadas al cuestionario CPQ<sub>8-10</sub>.**

	Media	DE	Mediana	Mínimo	Máximo
Sintomatología oral	7,88	4,66	7,50	,00	20,00
Limitación funcional	6,72	4,94	6,00	,00	20,00
Bienestar emocional	6,88	4,49	6,50	,00	20,00
Bienestar social	12,01	8,75	11,50	,00	40,00
CPQ8-10	33,49	19,76	33,00	2,00	100,00

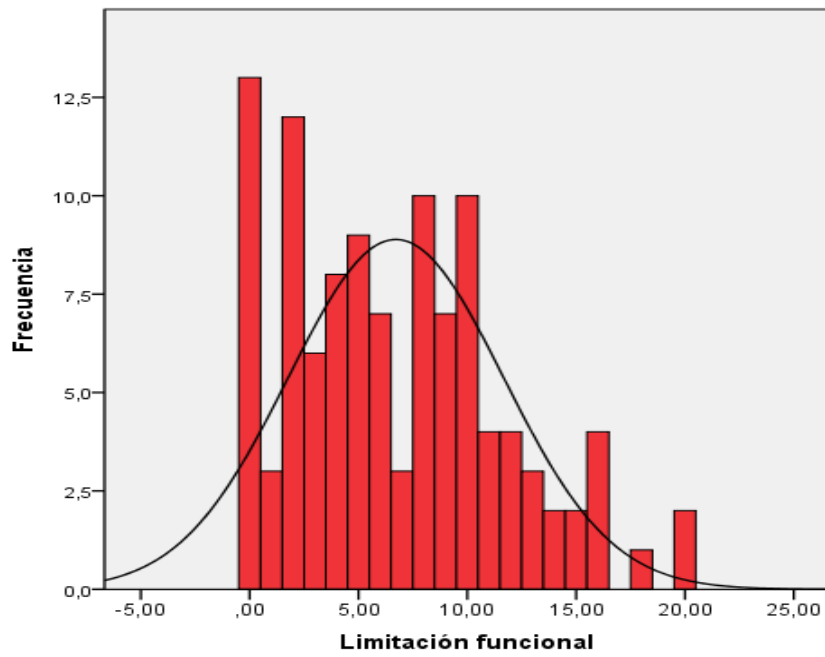
DE=Desviación estándar

Según el cpq8-10, el promedio estadístico del puntaje total obtenido fue de (33,49  $\pm$  19,76), lo que representa a la tercera parte del puntaje posible; por lo tanto, el promedio de niños presenta una calidad de vida relacionada a la salud bucal dentro del tercio positivo. **(Tabla N°7)**

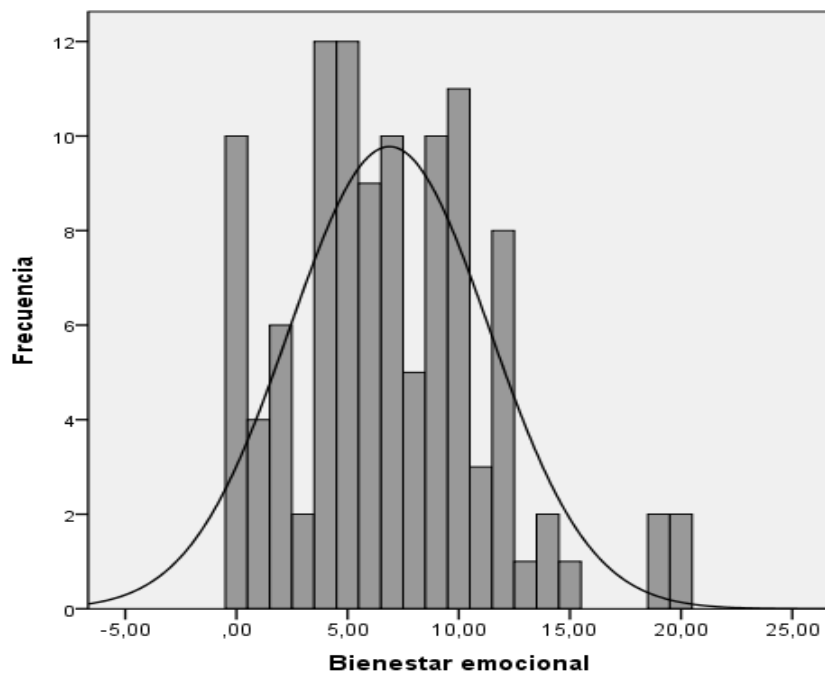
**Gráfico N°7. Puntaje obtenido a través de las respuestas dadas a la dimensión sintomatología oral del cuestionario CPQ8-10.**



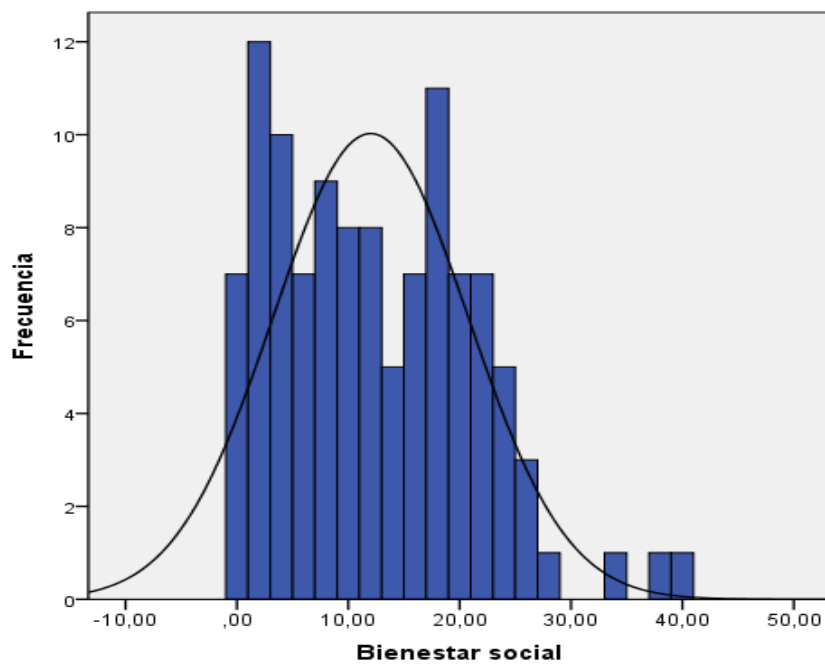
**Gráfico N°8. Puntaje obtenido a través de las respuestas dadas a la dimensión limitación funcional del cuestionario CPQ8-10**



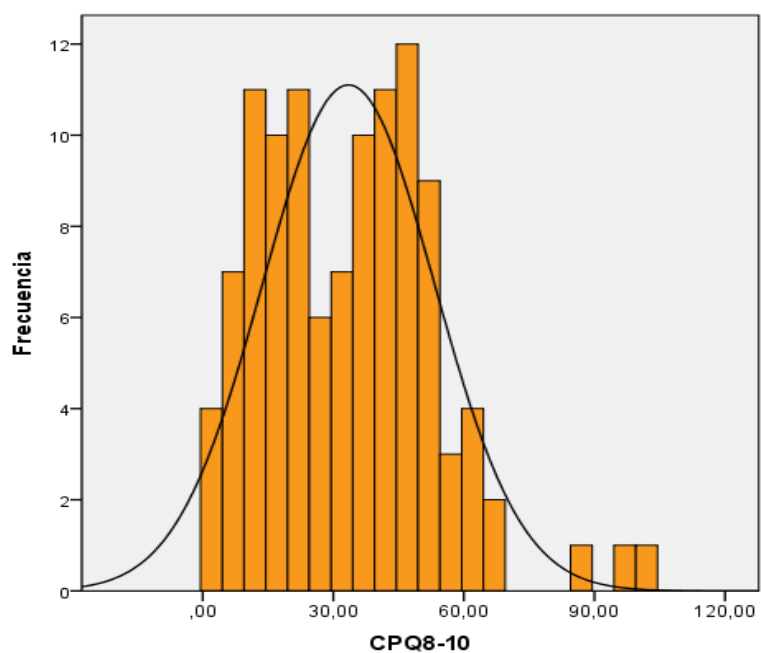
**Gráfico N°9. Puntaje obtenido a través de las respuestas dadas a la dimensión bienestar emocional del cuestionario CPQ8-10**



**Gráfico N°10. Puntaje obtenido a través de las respuestas dadas a la dimensión bienestar social del cuestionario CPQ8-10.**



**Gráfico N°11. Puntaje total obtenido a través de las respuestas dadas al cuestionario CPQ8-10.**



**Tabla N°8: Distribución de las respuestas al cuestionario CPQ8-10**

Dimensión	Pregunta	Nunca	1 o 2 veces	Algunas veces	A menudo	Todos o casi todos los días
		%	%	%	%	%
Sintomatología oral	N°5	25,5%	24,5%	31,8%	4,5%	13,6%
	N°6	39,1%	21,8%	21,8%	10,0%	7,3%
	N°7	23,6%	30,0%	23,6%	10,0%	12,7%
	N°8	12,7%	19,1%	40,0%	8,2%	20,0%
	N°9	36,4%	14,5%	27,3%	10,9%	10,9%
Limitación funcional	N°10	39,1%	15,5%	31,8%	6,4%	7,3%
	N°11	32,7%	17,3%	31,8%	9,1%	9,1%
	N°12	32,7%	20,0%	26,4%	10,9%	10,0%
	N°13	39,1%	25,5%	20,9%	5,5%	9,1%
	N°14	39,1%	20,9%	17,3%	11,8%	10,9%
Bienestar emocional	N°15	48,2%	11,8%	27,3%	4,5%	8,2%
	N°16	37,3%	20,0%	23,6%	9,1%	10,0%
	N°17	38,2%	24,5%	22,7%	7,3%	7,3%
	N°18	40,9%	16,4%	26,4%	9,1%	7,3%
Bienestar social	N°19	23,6%	15,5%	26,4%	11,8%	22,7%
	N°20	51,8%	17,3%	20,9%	5,5%	4,5%
	N°21	55,5%	10,0%	21,8%	6,4%	6,4%
	N°22	37,3%	21,8%	23,6%	6,4%	10,9%
	N°23	40,0%	14,5%	27,3%	8,2%	10,0%
	N°24	34,5%	21,8%	28,2%	8,2%	7,3%
	N°25	40,9%	16,4%	25,5%	5,5%	11,8%
	N°26	40,9%	19,1%	23,6%	8,2%	8,2%
	N°27	42,7%	13,6%	20,9%	11,8%	10,9%
	N°28	51,8%	15,5%	25,5%	2,7%	4,5%
	N°29	38,2%	20,0%	26,4%	4,5%	10,9%

N°= numero



Todos los participantes completaron el CPQ8-10 sin datos faltantes ni preguntas no respondidas. Se observa la distribución de las respuestas al cuestionario CPQ8-10 por parte de los niños de 8 a 10 años de edad al evaluar el dominio Sintomatología Oral, en la pregunta 5 “¿Has sentido dolor en tus dientes o en tu boca en las últimas cuatro semanas?” 25,5% respondió que nunca, 24,5% una o dos veces, 31,8% algunas veces, 4,5% a menudo y 13,6% todos o casi todos los días; en la pregunta 6 “¿Has tenido heridas en tu boca en las últimas cuatro semanas?” 39,1% respondió que nunca, 21,8 % una o dos veces, 21,8 % algunas veces, 10% a menudo y 7,3% todos o casi todos los días; en la pregunta 7 “¿Te han dolido los dientes cuando comiste o tomaste bebidas frías o calientes en las últimas cuatro semanas?” 23,6 % respondió que nunca, 30% una o dos veces, 23,6% algunas veces, 10% a menudo y 12,7% todos o casi todos los días; en la pregunta 8 “¿Se han quedado pedazos de alimentos en tus dientes en las últimas cuatro semanas? 12,7% respondió que nunca, 19,1% una o dos veces, 40% algunas veces, 8,2% a menudo y 20% todos o casi todos los días; en la pregunta 9 “¿Has tenido mal aliento en las últimas cuatro semanas? 36,4% respondió que nunca, 14,5% una o dos veces, 27,3% algunas veces, 10,9% a menudo y 10,9% todos o casi todos los días. Al evaluar Limitación Funcional en la pregunta 10 “¿Has necesitado más tiempo que los demás para comer tus alimentos por causa de tus dientes o tu boca en las últimas cuatro semanas? 39,1% respondió que nunca, 15,5% una o dos veces, 31,8% algunas veces, 6,4% a menudo y 7,3% todos o casi todos los días; en la pregunta 11 “¿Ha sido difícil morder o masticar alimentos como manzanas, choclos o carne por causa de tus dientes o tu boca en las últimas cuatro semanas? 32,7% respondió que

nunca, 17,3% una o dos veces, 31,8% algunas veces, 9,1% a menudo y 9,1% todos o casi todos los días; en la pregunta 12“¿Te ha sido difícil comer alimentos que querías por causa de tus dientes o tu boca en las últimas cuatro semanas? 32,7% respondió que nunca, 20% una o dos veces, 26,4% algunas veces, 10,9% a menudo y 10% todos o casi todos los días; en la pregunta 13“¿Te ha sido difícil decir algunas palabras por causa de tus dientes o boca en las últimas cuatro semanas? 39,1% respondió que nunca, 25,5% una o dos veces, 20,9% algunas veces, 5,5% a menudo y 9,1% todos o casi todos los días; en la pregunta 14“¿Has tenido dificultad para dormir toda la noche por causa de tus dientes o tu boca en las últimas cuatro semanas? 39,1% respondió que nunca, 20,9% una o dos veces, 17,3% algunas veces, 11,8% a menudo y 10,9% todos o casi todos los días. Al evaluar Bienestar Emocional en la pregunta 15“¿Te has sentido molesto por causa de tus dientes o tu boca en las últimas cuatro semanas? 48,2% respondió que nunca, 11,8% una o dos veces, 27,3% algunas veces, 4,5% a menudo y 8,2% todos o casi todos los días; en la pregunta 16“¿Te has sentido triste o decepcionado debido a tus dientes o tu boca en las últimas cuatro semanas? 37,3% respondió que nunca, 20% una o dos veces, 23,6% algunas veces, 9,1% a menudo y 10% todos o casi todos los días; en la pregunta 17“¿Te has sentido avergonzado o tímido por causa de tus dientes o tu boca en las últimas cuatro semanas? 38,2% respondió que nunca, 24,5% una o dos veces, 22,7% algunas veces, 7,3% a menudo y 7,3% todos o casi todos los días; en la pregunta 18“¿Has estado preocupado por lo que otras personas piensen acerca de tus dientes o tu boca en las últimas cuatro semanas? 40,9 % respondió que nunca, 16,4% una o dos veces, 26,4% algunas veces, 9,1% a menudo y 7,3% todos o casi todos los días; en la pregunta 19“¿Has estado preocupado en no

verte tan bien como los demás debido a tus dientes o tu boca en las últimas cuatro semanas? 23,6% respondió que nunca, 15,5% una o dos veces, 26,4% algunas veces, 11,8% a menudo y 22,7% todos o casi todos los días, Al evaluar Bienestar Emocional en la pregunta 20“¿Has faltado al colegio por causa de tus dientes o tu boca en las últimas cuatro semanas? 51,8% respondió que nunca, 17,3% una o dos veces, 20,9% algunas veces, 5,5% a menudo y 4,5% todos o casi todos los días; en la pregunta 21“¿Se te ha hecho difícil hacer tus tareas por causa de tus dientes o tu boca en las últimas cuatro semanas? 55,5% respondió que nunca, 10% una o dos veces, 21,8% algunas veces, 6,4% a menudo y 6,4% todos o casi todos los días; en la pregunta 22“¿Ha sido difícil poner atención en clase a causa de tus dientes o tu boca en las últimas cuatro semanas? 37,3% respondió que nunca, 21,8% una o dos veces, 23,6% algunas veces, 6,4% a menudo y 10,9% todos o casi todos los días; en la pregunta 23“¿Has evitado hablar o leer en voz alta durante tus clases por causa de tus dientes o de tu boca en las últimas cuatro semanas? 40% respondió que nunca, 14,5% una o dos veces, 27,3% algunas veces, 8,2% a menudo y 7,3% todos o casi todos los días; en la pregunta 24“¿Trataste de no sonreír o reír mientras estabas con otros niños por causa de tus dientes o tu boca en las últimas cuatro semanas? 34,5% respondió que nunca, 21,8% una o dos veces, 28,2% algunas veces, 8,2% a menudo y 7,3% todos o casi todos los días; en la pregunta 25 “¿Has evitado hablar con otros niños por causa de tus dientes o tu boca en las últimas cuatro semanas? 40,9% respondió que nunca, 16,4% una o dos veces, 25,5% algunas veces, 5,5% a menudo y 11,8% todos o casi todos los días; en la pregunta 26 ¿Has evitado estar con otros niños por causa de tus dientes o tu boca en las últimas cuatro semanas? 40,9% respondió que nunca, 19,1% una o dos veces,

23,6% algunas veces, 8,2% a menudo y 8,2% todos o casi todos los días; en la pregunta 27“¿Has tratado de alejarte de actividades deportivas o recreativas por causa de tus dientes o de tu boca en las últimas cuatro semanas? 42,7% respondió que nunca, 13,6% una o dos veces, 20,9% algunas veces, 11,8% a menudo y 10,9% todos o casi todos los días; en la pregunta 28“¿Otros niños se han burlado de ti o te han puesto apodos por causa de tus dientes o de tu boca en las últimas cuatro semanas? 51,8% respondió que nunca, 15,5% una o dos veces, 25,5% algunas veces, 2,7% a menudo y 4,5% todos o casi todos los días; en la pregunta 29“¿Otros niños te hicieron preguntas acerca de tus dientes o tu boca en las últimas cuatro semanas? 38,2% respondió que nunca, 20% una o dos veces, 26,4% algunas veces, 4,5% a menudo y 10,9% todos o casi todos los días. **(Tabla N°8)**

**ANEXO N°8**







## MATRIZ DE CONSISTENCIA

TITULO: “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”

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	METODOLOGIA	RESULTADOS	CONCLUSIONES
¿Cuál es el 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?	<p><b>Objetivo General:</b> Determinar el 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.</p>	<p>Existe impacto negativo de los problemas bucales sobre la calidad de vida relacionada a a salud bucal en los 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</p>	<p><b>Estudio de tipo:</b> Observacional Prospectivo Transversal Analítico <b>Nivel:</b> Explicativo</p>	<p>-Se demostró que los niños de 9 años de edad que asistieron a la I.E 32385 Virgen de Fátima del distrito de Llata- Huánuco en el año 2016, presentan mayor probabilidad de tener impacto negativo en los dominios de sintomatología oral y limitaciones funcionales de la CVRSB. -La experiencia de caries dental fue muy alta en niños de 8 a 10 años de edad que asistieron a la I.E 32385 Virgen de Fátima del distrito de Llata-Huánuco en el año 2016. -El 81.5% de los niños entre 8 a 10 años presento maloclusión clase I, seguido por el 10.2% con maloclusión clase III y por último el 8.3% presento maloclusión clase II.</p>	<p>Se determinó que tener de 0 a 5 piezas con experiencia de caries dental tiene impacto negativo en el dominio de sintomatología oral en la CVRSB en los niños entre 8 a 10 años de edad que asistieron a la I.E 32385 Virgen de Fátima del distrito de Llata- Huánuco en el año 2016. -Se demostró que los niños de 8 años de edad que asistieron a la I.E 32385 Virgen de Fátima del distrito de Llata- Huánuco en el año 2016, presentan mayor probabilidad de tener impacto negativo en los dominios de sintomatología oral y bienestar social; así como sobre todo el componente de CVRSB. -Se demostró que más de la mitad de niños presenta una percepción positiva sobre su salud global, mientras que la tercera parte percibe que la salud bucal afecta a su calidad de vida. Además según el CPQ8-10 el promedio de niños presenta una CVRSB dentro del tercio positivo.</p>
	<p><b>Objetivos Específicos:</b> -Determinar la percepción sobre la calidad de vida relacionada a salud bucal de los niños de 8 a 10 de edad que asisten a la I.E. 32385 Virgen De Fátima del Distrito de Llata – Huánuco en el año 2016. -Determinar la experiencia de caries que presentan los niños de 8 a 10 de edad que asisten a la I.E. 32385 Virgen De Fátima del Distrito de Llata –Huánuco en el año 2016. -Determinar la clase de maloclusión que presentan los niños de 8 a 10 de edad que asisten a la I.E. 32385 Virgen De Fátima del Distrito de Llata –Huánuco en el año 2016. -Determinar la asociación que existe entre la calidad de vida relacionada a salud bucal , la maloclusión y la experiencia de caries en niños 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.</p>		<p><b>Población:</b> Estuvo conformada por los alumnos de la I.E. 32385 Virgen De Fátima del Distrito de Llata – Huánuco en el año 2016 con 121 alumnos matriculados pero con asistencia regular de 110 alumnos. <b>Muestra:</b> estuvo conformada por 110 niños entre 8 a 10 años de edad que asistieron a la I.E. 32385 Virgen De Fátima del Distrito de Llata –Huánuco en el año 2016, quienes cumplieron con los criterios de selección y voluntariamente colaboraron con el estudio mediante muestreo no probabilístico.</p>		



