



Universidad
Norbert Wiener

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Académico Profesional de Odontología

Calidad de vida en relación a los problemas
bucales y el rendimiento académico de
escolares de 11 a 14 años de edad en la
provincia de Cañete - 2022

**Tesis para optar el título profesional de Cirujano
Dentista**

Presentado por:

Arlet Carolina Sánchez Candela

Asesor: Mg. Jorge Alberto Girano Castaños

Código ORCID: 0000-0003-1854-5001

Lima – Perú

2022

Tesis:

“Calidad de vida en relación a los problemas bucales y el
rendimiento académico de escolares de 11 a 14 años de
edad en la provincia de cañete - 2022”

Línea de investigación:

Políticas Públicas y Desarrollo Sostenible

Asesor:

Mg. CD. Jorge Alberto Girano Castaños

Código ORCID: 0000-0003-1854-5001

JURADOS:

PRESIDENTE:

Dr. Rojas Ortega, Raúl Antonio

SECRETARIO:

Dr. Torres Pariona, David Arturo

VOCAL:

Dr. Alvan Suasnabar, Pablo

DEDICATORIA:

A mi madre Rosa Aurora Candela Candela por su amor, confianza y apoyo incondicional en todo momento, ayudándome a realizarme como persona y como profesional de la salud.

AGRADECIMIENTO:

En primer lugar, agradezco a la Universidad Privada Norbert Wiener por permitirme ser parte de ella, así como también a los diferentes docentes que me brindaron su apoyo para formarme profesionalmente. Del mismo modo dar gracias a mi asesor de tesis, el Dr. Girano Castaños Jorge Alberto por haberme brindado la oportunidad de recurrir a su capacidad y conocimiento científico, así como también haberme tenido total paciencia para guiarme durante todo el desarrollo de la tesis.

ÍNDICE

CAPITULO I:EL	PROBLEMA
2	
1.1 Planteamiento del problema.....	2
1.2 Formulación del problema	6
1.2.1 Problema general	6
1.2.2 Problemas específicos.....	7
1.3 Objetivos de la investigación.....	7
1.3.1 Objetivo general	7
1.3.2 Objetivos específicos	7
1.4 Justificación de la investigación	8
1.4.1 Teórica	8
1.4.2 Metodológica	9
1.4.3 Práctica	9
1.5 Limitaciones de la investigación.....	9
1.5.1 Temporal.....	9
1.5.2 Espacio	9
1.5.3 Recursos	10
CAPITULO II:MARCO	TEÓRICO
11	
2.1 Antecedentes	11
2.2 Bases teóricas.....	16
2.3 Formulación de hipótesis	37
2.3.1 Hipótesis general	37
2.3.2 Hipótesis específicas.....	37
CAPITULO III	METODOLOGÍA
38	
3.1 Método de la investigación	38
3.2 Enfoque de la investigación.....	38
3.3 Tipo de investigación.....	38
3.4 Diseño de la investigación	39

3.5	Población, muestra y muestreo	39
3.6	Variables y operacionalización	40
3.7	Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	45
3.7.1	Técnica.....	45
3.7.2	Descripción de instrumentos	45
3.7.3	Validación.....	47
3.7.4	Confiabilidad	48
3.8	Plan de procesamiento y análisis de datos	48
3.9	Aspectos éticos.....	49
CAPITULO IV:PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS		
50		
4.1	Resultados	50
4.1.1	Análisis descriptivo de resultados	50
4.1.2	Discusión de resultados	63
CAPITULO V:CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES		
66		
5.1	Conclusiones	66
5.2	Recomendaciones	69
REFERENCIAS		71
ANEXOS		91

ÍNDICE DE TABLAS:

Tabla N° 1: Características generales de los escolares de 11 a 14 años de edad de la provincia de Cañete	51
Tabla N° 2: Presencia de caries, maloclusiones y lesiones traumáticas dentales de los escolares de 11 a 14 años de edad de la provincia de Cañete	52
Tabla N° 3: Presencia de caries, maloclusiones y lesiones traumáticas dentales de los escolares de 11 a 14 años de edad de la provincia de Cañete según el sexo.	53
Tabla N° 4: Índice CPOD de los escolares de 11 a 14 años de edad de la provincia de Cañete según sexo y edad.....	55
Tabla N° 5: Percepción infantil (CPQ 11-14) dominio “SÍNTOMAS ORALES” de los escolares de 11 a 14 años de edad de la provincia de Cañete.....	55
Tabla N° 6: Percepción infantil (CPQ 11-14) dominio “LIMITACIÓN FUNCIONAL” de los escolares de 11 a 14 años de edad de la provincia de Cañete	56
Tabla N° 7: Percepción infantil (CPQ 11-14) dominio “BIENESTAR EMOCIONAL” de los escolares de 11 a 14 años de edad de la provincia de Cañete	58
Tabla N° 8: Percepción infantil (CPQ 11-14) dominio “BIENESTAR SOCIAL” de los escolares de 11 a 14 años de edad de la provincia de Cañete.....	59
Tabla N° 9: Valores promedios del CPQ 11-14 según cada dominio de los escolares de 11 a 14 años de edad de la provincia de Cañete	61
Tabla N° 10: Relación entre caries dental, necesidad de tratamiento ortodóntico y lesión traumática dental con la calidad de vida de acuerdo a cada dominio de los escolares de 11 a 14 años de edad de la provincia de Cañete.....	62
Tabla N° 11: Asociación entre condición bucal y calidad de vida.....	62
Tabla N° 12: Asociación entre condición bucal y rendimiento académico.....	63

RESUMEN:

El presente estudio tiene como propósito determinar si existe relación entre los problemas bucales con la calidad de vida y el rendimiento académico de escolares de 11 a 14 años de edad en la provincia de Cañete - 2022. La investigación tiene enfoque cuantitativo, método deductivo, de tipo aplicada y de diseño observacional. La muestra está conformada por 126 estudiantes de 11 a 14 años de edad. Para la recolección de datos se utilizó el cuestionario de percepción infantil (CPQ 11-14) que ya se encuentra validado al idioma español, ficha odontológica y el registro de notas de los estudiantes. Una vez recolectados los datos se procedió a realizar una base de datos en Excel y luego ser introducidos en el paquete estadístico SPSS, el cual permitirá obtener los resultados gráficos y numéricos necesarios para el análisis estadístico descriptivo e inferencial. Para el análisis inferencial se utiliza la prueba de Chi-Cuadrado (asociación). Como resultados se obtuvo que el 94.4% presento caries dental, en relación a las maloclusiones se pudo constatar con que de los 126 estudiantes el 89.7% necesitan tratamiento ortodóntico y solo el 7.9% presentaron lesiones de traumatismos dentales. Los valores descriptivos del CPQ 11-14 fueron de 34.96 ± 23.4 . En cuanto al rendimiento académico aprobaron el 85.7%. Concluyendo que pese a que existe un alto índice de caries y necesidad de tratamiento ortodóntico no existe asociación significativa con la calidad de vida. Además de ello aun cuando se evidencia una mala condición bucal, estas no se relacionan con su desempeño escolar.

Palabras claves: Calidad de vida, enfermedades de la boca, rendimiento académico, adolescente.

ABSTRACT:

The present study aims to determine if there is correlation between oral problems with quality of life and academic performance of schoolchildren aged 11 to 14 years in the province of Cañete - 2022. The research has a quantitative approach, deductive method, correlational type and observational design. The sample is made up of 126 students from 11 to 14 years of age. For data collection, the child perception questionnaire (CPQ 11-14) was used, which has already been validated in Spanish, dental records and the students' grades. Once the data were collected, a database was created in Excel and then entered into the SPSS statistical package, which will allow obtaining the graphic and numerical results necessary for the descriptive and inferential statistical analysis. For the inferential analysis, the Chi-Square test (association) was used. The results showed that 94.4% had dental caries, in relation to malocclusions it was found that 89.7% of the 126 students needed orthodontic treatment and only 7.9% had dental trauma injuries. The descriptive values of the CPQ 11-14 were 34.96 ± 23.4 . In terms of academic performance, 85.7% passed. It was concluded that despite the high rate of caries and the need for orthodontic treatment, there was no significant association with quality of life. In addition, even when a poor oral condition is evidenced, it is not related to school performance.

Key words: Quality of life, oral diseases, academic performance, adolescent.

INTRODUCCIÓN

El desarrollo de la investigación, tiene como propósito fundamental el de indagar sobre la relación existente entre los problemas de salud bucal, la calidad de vida y el rendimiento académico de los estudiantes pertenecientes a la población antes mencionada. Para cumplir con dicho propósito, el desarrollo de este documento se ha estructurado de la siguiente manera:

En el capítulo I, se expone de manera exhaustiva la problemática de investigación, destacándose su importancia desde el punto de vista investigativo, considerando las repercusiones de su análisis y resolución no solo desde el punto de vista teórico, sino también práctico y metodológico. En este capítulo, se exponen también los alcances de la investigación, expresados a través de los objetivos de la misma, así como las limitaciones que debieron enfrentarse durante su desarrollo.

En el capítulo II, se presenta el fundamento teórico de la investigación, esto incluye la mención de antecedentes de la investigación, así como la exposición de las bases teóricas, que permite sentar las bases conceptuales de las variables en estudio, así como sus dimensiones y las estrategias para su medición.

En el capítulo III, se presentan las consideraciones relacionadas con el diseño metodológico de la investigación, lo que incluye la definición del enfoque, tipo y método de investigación, así como el diseño, técnicas e instrumentos utilizados y el procedimiento de recolección y análisis de los datos.

En el capítulo IV se presentan los hallazgos de la investigación, tanto desde un punto de vista descriptivo, como inferencial.

En el capítulo V, finalmente se presentan las conclusiones y recomendaciones derivadas de los resultados de la investigación.

CAPITULO I: EL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del problema

Es importante reconocer el papel de la salud bucal en la salud en general, enfatizando que cuando se habla de salud bucal ésta es considerada como un espejo de la salud general y que la cavidad bucal es un portal para los organismos infecciosos. En este sentido, el espectro de afecciones que pueden estar relacionadas con problemas bucales ha crecido en los últimos años al identificarse progresivamente varias de estas. Estos descubrimientos, cambian la percepción que existía inicialmente sobre los problemas de la salud bucal, de este modo, la salud bucodental, ha pasado de tener una consideración marginal en cuanto a la prioridad que se le otorga en cuanto a su incidencia en el estado general de salud, para ir paulatinamente adquiriendo la importancia que merece en el contexto del diseño de políticas de prevención. De este modo, muchos estudios se han realizado para establecer relaciones entre las infecciones orales y la diabetes, incluso enfermedades cardíacas, accidentes cerebrovasculares y bebés con bajo peso al nacer (1). La relación bidireccional entre la salud bucodental y la general afecta la salud de cada individuo, así como la calidad de vida (En adelante CDV), lo que proporciona una base sólida de manera conceptual para un enfoque que integra la salud bucodental con la general (2).

Es por esta razón, debido al impacto y a la prevalencia que presentan los individuos y la sociedad, las enfermedades bucales representan en la actualidad un área importante en

cuanto a la preocupación en salud pública (3). Asimismo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que el impacto de las enfermedades bucodentales, tiene un impacto considerable en la reducción de la CDV, siendo el mismo, significativo y costoso para muchas sociedades, que pueden enfrentar otras urgencias o demandas en materia de salud. De este modo, se calcula que su tratamiento puede representar alrededor del 5% al 10% de la atención sanitaria a nivel mundial, lo que excede el gasto destinado al sector salud en muchos países, en los que se agotan los recursos destinados para tal fin, combatiendo afecciones de otra naturaleza. Algunos países, tiene tan pocos recursos, o sistemas de salud tan precarios, que la mortalidad derivada de enfermedades fácilmente prevenibles es todavía muy alta, incluyendo las que pueden estar asociadas a una salud bucodental deficiente. En este contexto, existe un esfuerzo significativo de parte de las agencias del sistema de naciones unidas, abocadas al área de la salud, como la Organización mundial de la salud, y organizaciones de carácter hemisférico como la Organización panamericana de la salud (OPS) que promueven a través de diseño y promoción de políticas, la mejora de los programas de salud pública orientados a la conservación de la salud bucodental (4).

En este sentido, el Ministerio de Salud (MINSA), advierte que la cavidad bucal es una de las partes que se ve mayormente afectada por patologías bucales en la etapa preescolar y escolar, lo que hace de estas enfermedades un problema de salud más extendido en nuestra comunidad, ya que es una patología que una vez instaurada persiste y no sana espontáneamente (4).

Por tanto, al hablar de las enfermedades bucodentales, estas suelen ser consideradas como un problema de salud a nivel mundial, con serias repercusiones para el estado de salud en general del individuo, en la que se ven afectados los países desarrollados, pero cuya prevalencia se presenta con mayor frecuencia en los países con menos recursos, muy especialmente en aquellos de ingresos bajos (5).

En la actualidad, la población peruana, no está exenta de esta realidad, al igual que otros países de nivel de desarrollo medio, viene presentando un déficit serio en el nivel de la salud bucal, que lo convierten, a nivel de sistema de salud, considerando la afectación directa en la CDV de la persona, así como su relación con otras afecciones de salud, en un problema de salud pública, una realidad compartida con otros países de la región y que se encuentra presente en la mayoría de los países en vías de desarrollo, que la presentan de manera reiterada, pues existe aún la percepción que la atención de la salud bucodental está más relacionada con aspectos cosméticos que con el estado de salud en general, siendo por esta razón un área a la que se le presta menos atención, pero en la que los países potencias estas patologías que más prevalecen tienen una tendencia a reducirse (6).

Trastornos y enfermedades orales como caries, gingivitis y/o periodontitis, trastornos de la articulación temporomandibular (TTM), bruxismo, así como deformidades que en ocasiones pueden estar relacionadas con hábitos que pueden dar lugar a alteraciones a nivel óseo y tejidos blandos a nivel bucal, se agravan cuando se agregan malformaciones congénitas, como el labio leporino y/o paladar hendido (7-9). Todas estas condiciones pueden causar ciertos problemas como psicosociales que mayormente se ven relacionados con la estética repercutiendo en la autoestima en general, y afectan la CDV de quienes la presentan, ya que pueden perjudicar ciertos movimientos básicos como la masticación, la deglución y la fonética (4).

Por su parte, la OMS destaca que la “calidad de vida relacionada con la salud bucodental” (CVRSB) es considerada como una parte integral y fundamental en la salud y bienestar general, en la que se incorpora un autoinforme de la salud bucal, el bienestar emocional, funcional, expectativas y satisfacción que tiene un individuo con respecto al cuidado y sentido de sí mismo. En este sentido, el estado de salud bucodental, tiene un impacto considerable en el estado de salud en general e incluso, en aspectos de la salud más allá de los estrictamente físicos (10).

En el 2002 Jokovic et al. (11), desarrollo el “Cuestionario de Percepción Infantil 11-14 (CPQ11-14)”, con el objetivo de diseñar una medida que se ajustara a los conceptos actuales relacionados con la salud infantil y de igual manera tuviera propiedades discriminatorias y evaluativas, y que de alguna manera pudiera aplicarse en niños que presente una diversidad de trastornos dentales, bucales y orofaciales. En el estudio se refleja como las condiciones bucales y orofaciales que presenta el niño pueden tener un impacto sobre el bienestar funcional y psicosocial es sustancial, y que los niños son capaces de dar cuentas psicométricamente aceptables de ese impacto.

Si bien es cierto que existen guías epidemiológicas objetivas sobre los problemas bucodentales, en general esta no brinda suficiente información sobre cómo se siente la gente con respecto a su salud bucodental y si son capaces de realizar cualquier actividad diaria sin tener problemas. Las limitaciones de estos instrumentos de medición, dificultan la cuantificación del impacto general que tienen las afecciones de la salud bucal en la CDV, considerando que la calidad de vida, constituye un concepto amplio con matices, no solo físicos, sino también psicológicos y emocionales. (12).

Un estudio realizado por Jackson et al. (1), indicaron que los niños con un peor estado de salud bucal tenían más probabilidades de experimentar dolor dental, faltar a la escuela y tener un desempeño deficiente en la escuela. Con estos hallazgos sugieren que mejorar el estado de salud bucal de los niños puede ser un vehículo para mejorar su experiencia educativa.

Por su parte, Seirawan et al. (13) en su investigación concluyeron que la salud oral afecta el rendimiento académico (En adelante RA) de los estudiantes; al igual que en el estudio realizado por Deesha Kumari et al. (14), quienes revelaron que el estado de la salud oral independiente de los determinantes sociales de la salud influyó en el RA de los niños de 12 a 15 años.

En este sentido, en los últimos años se han desarrollado diferentes investigaciones acerca de la CVRSB en adolescentes, en los que se ha encontrado asociación entre el estado de la salud bucal con la CVRSB, así como con la educación de los padres, el aspecto socioeconómico e incluso psicosocial. Sin embargo, es necesario que se realicen más estudios que logren evaluar el impacto de la CVRSB (10).

De igual manera, se han realizado estudios donde los hallazgos indican una asociación negativa entre la caries o el dolor de dientes con el RA y el ausentismo escolar. Pero, la calidad de los estudios se ha visto limitada por la exposición inconsistente y las definiciones de los resultados y el predominio de los diseños transversales. Por tanto, las conclusiones causales no están respaldadas, lo que sugiere seguir realizando estudios en este ámbito para lograr esclarecer la relación entre las diferentes variables afín de contar con una perspectiva mas clara de la asociación entre estas variables (10).

Por ello, es importante aclarar que diversas patologías bucales pueden causar un gran impacto sobre la CDV de las personas y que ciertos factores que son de riesgo pueden influir de una manera física y psicológica en el bienestar de los estudiantes, así como en su rendimiento escolar (15). El gradiente social es en sí mismo un factor externo que también puede determinar la salud bucal; en todas las sociedades, aquellos en posiciones de bajos recursos experimentan peor salud, acceso a la atención médica y peores resultados de salud que aquellos con un mejor estatus social. Estas desigualdades las podemos observar tanto entre países como incluso dentro de las regiones de un mismo país (2).

1.2 Formulación del problema

1.2.1 Problema general

¿Existe relación entre los problemas bucales con la calidad de vida y el rendimiento académico de escolares de 11 a 14 años de edad de la Provincia de Cañete – 2022?

1.2.2 Problemas específicos

- ¿Cuál es la condición bucal de los escolares de 11 a 14 años de edad que asisten a la Institución Educativa Pública Mariscal Benavides N° 20150 del Distrito de Lunahuaná?
- ¿Cuál es la calidad de vida relacionada a la salud bucal, según el CPQ₁₁₋₁₄ en el grupo de estudio?
- ¿Cuál es el rendimiento académico de escolares de 11 a 14 años de edad de la Institución Educativa Pública Mariscal Benavides N° 20150 del Distrito de Lunahuaná?
- ¿Qué relación existe entre la condición bucal con la calidad de vida de escolares de 11 a 14 años de edad de la Institución Educativa Pública Mariscal Benavides N° 20150 del Distrito de Lunahuaná?
- ¿Qué relación existe entre la condición bucal con el rendimiento académico de escolares de 11 a 14 años de edad de la Institución Educativa Pública Mariscal Benavides N° 20150 del Distrito de Lunahuaná?

1.3 Objetivos de la investigación

1.3.1 Objetivo general

Determinar si existe relación entre los problemas bucales con la calidad de vida y el RA de escolares de 11 a 14 años de edad en la provincia de Cañete.

1.3.2 Objetivos específicos

- Evaluar la condición bucal de escolares de 11 a 14 años de edad que asisten a la Institución Educativa Pública Mariscal Benavides N° 20150 del Distrito de Lunahuaná.
- Identificar la calidad de vida relacionada a la salud bucal, según el CPQ₁₁₋₁₄ en el

grupo de estudio.

- Determinar el rendimiento académico de escolares de 11 a 14 años de edad de la Institución Educativa Pública Mariscal Benavides N° 20150 del Distrito de Lunahuaná.
- Relacionar la condición bucal con la calidad de vida de escolares de 11 a 14 años de edad de la Institución Educativa Pública Mariscal Benavides N° 20150 del Distrito de Lunahuaná.
- Relacionar la condición bucal con el rendimiento académico de escolares de 11 a 14 años de edad de la Institución Educativa Pública Mariscal Benavides N° 20150 del Distrito de Lunahuaná.

1.4 Justificación de la investigación

1.4.1 Teórica

Hoy en día, en Perú existen diferentes investigaciones relacionadas con la CVRSB, sin embargo, hasta el momento no se han evidenciado suficientes estudios publicados donde se estudie la relación entre las diferentes afecciones bucales con la CDV y el RA (2). Los dientes ayudan a darle al rostro su forma individual, lo que hace de gran importancia poder considerar todas las situaciones que puedan afectar de manera directa la CDV de los adolescentes, donde la salud bucal debe ser atendida como parte fundamental para lograr el desarrollo de manera integral (16).

En la actualidad, el presente trabajo aporta información acerca de problemas bucales y de esta manera relacionarla con la CDV y el RA de escolares, lo que permitirá para mejorar aprendizajes óptimos es la aplicación de estrategias en base a problemas. Por otra parte, existe gran cantidad de estudios en el área y gran interés en el impacto de las estrategias del manejo de la salud integral de los estudiantes.

1.4.2 Metodológica

Al mismo tiempo, el presente estudio se justifica metodológicamente debido al aporte que da al área de la salud bucal, ya que se trata de un proceso en el que se necesita de la aplicación de prácticas necesarias para dirigir de manera integral los problemas bucales en escolares relacionados con los aspectos de CDV personas o recursos, además de que es necesario realizar el seguimiento adecuado para medir el rendimiento escolar y su asociación con la salud bucal.

1.4.3 Práctica

El presente estudio ayuda al conocimiento científico; su importancia radica y trasciende en que podrá impulsar políticas en la salud pública los cuales aborden los problemas principales y de esta manera se logre mejorar la CDV de los niños relacionado a la salud bucal.

Asimismo, el estudio es viable, esto es debido a que el instrumento ha sido validado y aplicada en una población peruana, se trata del “Cuestionario de Percepción Infantil (CPQ11-14)”, el cual permite evaluar el posible impacto que tienen las condiciones bucodentales sobre la CDV de estudiantes con edades entre 11 a 14 años, este será aplicado en un grupo poblacional en la que no se ha realizado anteriormente este tipo de investigación (Provincia de Cañete).

1.5 Limitaciones de la investigación

1.5.1 Temporal

El presente trabajo tiene como finalidad determinar la posible relación que pueda existir entre los problemas bucales con la CDV, así como con el rendimiento escolar de estudiantes con edades entre 11 a 14 años de la provincia de Cañete durante el periodo 2022.

1.5.2 Espacio

El proyecto se desarrolló en de la “Institución Educativa Pública Mariscal Benavides N° 20150” del Distrito de Lunahuaná.

1.5.3 Recursos

Se cuenta con recursos materiales y económicos, los cuales serán aportado por el investigador responsable del estudio.

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

Cunha, et al., (2019) llevaron a cabo una investigación en São Paulo, Brasil cuyo propósito fue “Evaluar la asociación del fracaso escolar en adolescentes brasileños con las condiciones sociales y aspectos de la salud bucal a través del análisis jerárquico”, para lo cual se realizó una encuesta estatal de 5.558 adolescentes del estado de São Paulo, Brasil, donde se indagó sobre el capital sociodemográfico y social de los participantes mediante el uso de un cuestionario estructurado. Profesionales capacitados y calibrados realizaron exámenes intraorales y entrevistas en los hogares. Se aplicaron preguntas sobre acceso al dentista, motivo y frecuencia de uso de los servicios dentales, episodios de dolor de muelas e impacto de las condiciones bucales en las actividades diarias (OIDP). Los exámenes orales evaluaron la experiencia de caries, pérdidas dentales, problemas periodontales, presencia de mordida abierta y resalte maxilar y mandibular. El fracaso escolar se calculó según los años de escolaridad de los adolescentes. Las variables independientes se agruparon en tres bloques: características sociodemográficas y económicas, capital social y aspectos de salud bucal. Se utilizó el modelo de regresión logística jerárquica múltiple para identificar los factores asociados con el fracaso escolar. El estudio reportó que el 29,6% presentó fracaso escolar. Encontraron que los adolescentes mayores de 16 años que declararon no ser blancos, mujeres, reporte de sentimientos de inseguridad, infelicidad, dolor de muelas, caries, pérdida

de dientes, afectados por cambios dentofaciales y / o periodontales, fueron los que tenían más probabilidades de fallar en el colegio. Llegando a la conclusión de que los trastornos bucales y los factores sociales se asociaron con el fracaso escolar en adolescentes. De igual manera encontraron que una trayectoria escolar exitosa fue un fuerte determinante de la salud, por lo que se deben desarrollar acciones entre los sectores educativos y de salud para los adolescentes, especialmente aquellos con este perfil (17).

Graffiti, et al., (2017) por su parte realizaron una investigación en Passo Fundo, Brasil en el cual se plantearon “Evaluar el impacto que puede tener la salud bucal sobre la CDV de los adolescentes”. Se realizó un estudio transversal con estudiantes de escuelas públicas y privadas de Passo Fundo, Brasil. Todos los estudiantes tenían entre 15 y 19 años. La muestra aleatoria proporcional consistió en 736 adolescentes de 20 escuelas. Se aplicó un cuestionario estructurado y se realizó un examen oral contando el número de dientes. La OHIP-14 evaluó la CDV relacionada con la salud bucal. En el estudio se evaluó la asociación entre la CDV y los factores asociados. Como resultado obtuvieron una puntuación media de OHIP-14 de 7,25. La edad, la etnia y estudiar en una escuela pública se asociaron a la puntuación OHIP-14. La pérdida de dientes ($p = 0,79$) no se encontró asociación con la CDV. Además, las preguntas relacionadas con la apariencia, como si la apariencia de los dientes molesta al adolescente ($p = 0,68$) no se asociaron con la CDV. Se llegó a la conclusión de que los factores socioeconómicos y la halitosis estuvieron asociados con un mayor impacto sobre la CDV de los adolescentes (18).

Deesha, et al., (2017) en Bangalore, Karnataka - India llevaron a cabo un estudio cuyo propósito fue: “Medir el impacto del estado de salud oral, la CVRSB y los determinantes sociales de la salud en el RA de los escolares de 12 y 15 años”. Se realizó un estudio transversal que empleó una estrategia de muestreo aleatorio por conglomerados en varias etapas entre 860 niños de 12 y 15 años. La evaluación se realizó en 3 secciones, incluido el

examen del estado de salud bucal realizado por examinadores calibrados, la evaluación de la CVRSB mediante el cuestionario COHIP para niños y la evaluación de determinantes sociales de la salud mediante el uso de un cuestionario parental. Las calificaciones académicas del año anterior de los alumnos se obtuvieron de las autoridades escolares. La educación de las madres y los días escolares perdidos debido a problemas orales se asociaron significativamente con el RA de los niños de 12 y 15 años. Obtuvieron como resultados en el modelo de regresión ordinal, que, con cada disminución de 1 día en los días escolares perdidos debido a problemas orales o 1 calificación de educación superior de la madre, el RA de los niños aumentó al siguiente grado más alto. El estudio reveló que en conclusión el estado de salud oral independiente de los determinantes sociales de la salud influyó en el RA de los niños. Esto inicia la necesidad de influir en los encargados de formular políticas y las partes interesadas para inculcar intervenciones de salud bucal solitarias o integradas en las escuelas, con el objetivo de promover efectivamente la salud bucal (19).

Canaza, (2017) llevo a cabo un estudio en varias instituciones educativas públicas en Lima - Perú; cuyo objetivo se enfocó en: “Determinar si los problemas bucales tienen algún impacto sobre la CDV en los estudiantes”. Se trato de una investigación prospectiva, de corte transversal y analítico en la que se aplicó un muestreo probabilístico aleatorio simple, y se incluyeron 274 adolescentes entre 11 a 14 años. Como instrumento utilizaron el cuestionario CPQ 11-14. En el estudio se obtuvo un puntaje total del CPQ de $40,89 \pm 17,34$, de los cuales un alto porcentaje presentó caries dental (97,81%); y el promedio del índice CPO-D fue muy alto con una puntuación de 8.18, encontrando que la edad de con mayor afectación fue la de 14 años; en cuanto a la necesidad de tratamiento de ortodoncia se observó en el 48,18% con predominio de ambos sexos. En conclusión, los autores consideran que no hubo un impacto de manera negativa en la CDV se encuentra relacionados con los problemas bucales (15).

Marcelo-Ingunza et al., (2015) realizaron un estudio cuyo objetivo consistió en “Medir cual es el impacto que tienen las condiciones bucodentales en la CDV relacionada con la salud bucal (CVRSB) en escolares de 11 y 12 años”. Consistía en un estudio en el cual utilizaron como instrumento el Índice Child-OIDP la versión en español (Perú). Para lo cual encontraron que todos los escolares que fueron entrevistados refirieron tener afectado un desempeño diario. La media obtenida fue de $4,52 \pm 1,96$ para las condiciones bucales auto-percibidas como un problema en la que se consideró como la causa principal de impacto el dolor de muela en el 72,7%. la mayor prevalencia de impactos la tuvo el comer en el 81,1%. Los investigadores concluyeron que, los efectos de las enfermedades bucodentales pueden afectar la CDV de los estudiantes. (20).

Apaza, et al., (2015) realizaron su estudio en Lima - Perú, en el que se plantearon: “Evaluar el impacto de los factores familiares, sociodemográficos y de salud bucal en la CVRSB de los adolescentes”. Se realizó un estudio descriptivo/transversal, que incluyó a 131 participantes entre 11 y 14 años de edad. El estado de salud oral se evaluó mediante el índice CPOD, así como la presencia de caries, sangrado de encías, traumatismos dentales, defectos del esmalte y la necesidad de tratamiento de ortodoncia. Se encontró correlación entre el puntaje bajo del CPQ11-14 y la caries dental, encías sangrantes, género femenino, bajos ingresos familiares, falta de vivienda, no tener ambos padres, hacinamiento y consumo de tabaco y/o alcohol ($p < 0,05$). En este sentido, el autor concluye que en la CVRSB de los adolescentes pudieran estar influyendo diferentes determinantes considerados de la salud, así como también por ciertos ambientes clínicos y factores familiares/ sociodemográficos (10).

Apaza, et al., (2015) en Lima – Perú realizaron un estudio en el que se plantearon: “Determinar la influencia de la caries dental en la CVRSB en estudiantes con edades entre 11 a 14 años”. Se trata de un estudio de tipo descriptivo con corte transversal en el que se

incluyeron 131 estudiantes de 11 a 14 años. Se encontró un CPQ11-14 medio de $28,99 \pm 16,76$. Se ha encontrado que el bienestar emocional y social está asociado con la CDV. Se concluye que la caries dental pudiera impactar de manera negativa en CVRSB (21).

Del Castillo, et al., (2014) en la Provincia de Huancabamba– Perú, se plantearon: “Determinar el impacto de las condiciones bucodentales en la CVRSB”, a través del índice Child-OIDP. El estudio fue de corte transversal, en el que se incluyeron 150 estudiantes. Se encontró que el 88,7% de los escolares declararon uno o más desempeños impactados (Niño-OIDP > 0). El valor medio de las quejas orales que ellos mismos perciben como un problema fue de $1,14 \pm 0,66$. El dolor de muelas fue más común en el 58,0% de los escolares. Se concluye que la media global del índice se mantuvo baja entre los escolares rurales de Piura (12).

Piovesan, et al., (2012) en la ciudad de Santa Maria – Brasil realizaron una encuesta cuyo principal objetivo fue “Evaluar la relación entre la CDV relacionada con la salud bucal de los niños con el rendimiento y el ausentismo escolar”. Siguieron un diseño de corte transversal con una muestra de 312 escolares. Se utilizó el Cuestionario CPQ11-14 que brinda información acerca de los factores psicológicos, y los padres o tutores respondieron las preguntas relacionadas con su estatus socioeconómico. Los resultados de rendimiento escolar se obtuvieron a partir de la información registrada en el registro escolar. Los resultados obtenidos registraron que ser niña se asoció con mejores resultados escolares ($P < 0,05$), mientras que un hogar de bajos ingresos ($P < 0,05$), CPQ11–14 media superior ($P < 0,05$) y mayores ($P < 0.001$) días escolares perdidos fueron señalados como determinantes en el bajo rendimiento escolar. La mayoría de los niños calificaron su salud bucal como buena o excelente. Se persistió la asociación entre las características del nivel de las materias y el RA. La conclusión fue que, las condiciones psicológicas y socioeconómicas influyeron en el rendimiento escolar y en la no asistencia a la escuela (22).

Jackson, et al., (2011) se plantearon “Relacionar el estado de salud bucal de los niños con la asistencia y el rendimiento escolar en Carolina del Norte”, para lo cual utilizaron los datos del 2008 del Programa de Monitoreo y Evaluación de la Salud Infantil de Carolina del Norte, las variables evaluadas incluyeron ausencias escolares y rendimiento, educación de los representantes, cobertura de seguro médico, raza y género, en el estudio se pudo determinar que los niños con un estado de salud bucal deficiente tenían casi 3 veces más probabilidades (razón de probabilidades = 3.89; intervalo de confianza del 95% = 1.96, 7.75) que sus contrapartes de faltar a la escuela como resultado del dolor dental. Las ausencias causadas por el dolor se asociaron con un peor rendimiento escolar ($p < 0,05$), pero no las ausencias por motivos de atención de rutina. Los análisis de mediación revelaron que el estado de salud bucal estaba asociado con el desempeño independientemente de la ausencia por dolor. Los autores llegaron a la conclusión de que los niños con un peor estado de salud bucal tenían más probabilidades de experimentar dolor dental, faltar a la escuela y tener un desempeño deficiente en la escuela. Estos hallazgos sugieren que mejorar la condición bucal de los niños ya que este puede ser un vehículo para mejorar su experiencia educativa (1).

2.2 Bases teóricas

Calidad de vida en relación a los problemas bucales

Salud bucodental

Según la OMS “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (23). Si bien esta definición se formalizó hace unos sesenta años, sigue siendo relevante hoy por su carácter institucional, ya que sirve de base para el ejercicio de las facultades de la OMS, el organismo de gobierno más reconocido a nivel mundial en esta área de la salud. y uno de los principales actores en este campo (23).

La salud bucal se considera como parte integral de la salud general y, por lo tanto, vital para la salud y el bienestar de todas las personas, por lo que el diagnóstico temprano de enfermedades bucales puede ayudar a un diagnóstico adecuado y al tratamiento oportuno de otras afecciones (24).

La cavidad oral se considera una parte importante del cuerpo y es importante mantenerla saludable para que permita movimientos básicos como masticar, hablar e incluso verse bien y descuidarlo puede afectar a todo el cuerpo (25).

La salud oral no se trata solo de mantener los dientes sanos, se trata de la boca e incluye los dientes, las encías y los tejidos de soporte, el paladar duro y blando, el revestimiento de la boca y la garganta, la lengua, los labios, las glándulas salivales, los músculos y la mandíbula (24).

La salud, a su vez, es un fenómeno dinámico relacionado con las diferentes etapas de la vida, incluida la adolescencia, donde ocurren cambios biológicos complejos, así como cambios psicológicos y sociales que pueden requerir atención médica (26).

En este sentido, la OMS define la salud bucodental como la ausencia de dolor orofacial, infecciones, cáncer de boca o garganta, enfermedad periodontal, pérdida de dientes, caries y enfermedad dental, otras enfermedades y trastornos que también limitan la capacidad de masticar, sonreír y hablar de la persona afectada, lo que afecta a su bienestar psicosocial (27).

Enfermedades bucodentales

Si bien es cierto que las enfermedades bucodentales afectan a una zona limitada del cuerpo humano, sus consecuencias y efectos sobre el organismo son globales (2). La gran diversidad que existe en los patrones de enfermedades bucodentales y tendencias de desarrollo entre países y regiones refleja diferentes perfiles de riesgo y el establecimiento de programas

preventivos de salud bucodental. La importancia del papel de los factores sociales, conductuales y ambientales en la salud y las enfermedades bucodentales ha sido destacada en un gran número de estudios socioepidemiológicos. Varias enfermedades bucodentales están asociadas a enfermedades crónicas no transmisibles, principalmente debido a factores de riesgo compartidos. Además, las enfermedades sistémicas a menudo tienen manifestaciones orales (p. ej., diabetes o VIH/SIDA) (28).

Las enfermedades bucodentales constituyen un problema de salud pública bastante importante y esto por su alta prevalencia y el fuerte impacto que pueden tener en las personas y la sociedad en términos de dolor, malestar, limitaciones y discapacidades sociales y funcionales que pueden ocasionar (29).

Entre los principales trastornos encontrados en cuanto a la salud bucal se encuentran: caries dental, cánceres bucales, enfermedades periodontales, manifestaciones orales del VIH, labio leporino y paladar hendido, trauma bucal y noma (una grave enfermedad gangrenosa que empieza en la boca y que afecta mayoritariamente a niños). La mayoría de estos problemas de salud bucal se pueden prevenir en gran medida y se pueden tratar en sus primeras etapas (27).

Si bien ha habido mejoras en el área de la salud bucal de las poblaciones de varios países, aún persisten los problemas mundiales. La carga de la enfermedad oral es particularmente alta para las poblaciones pobres y desfavorecidas en los países desarrollados y en desarrollo (28).

Principales maloclusiones, enfermedades y anomalías de la cavidad bucal

- **Maloclusiones**

La maloclusión es un problema dental mundial que afecta a quienes la padecen en diversos grados. La caries dental, el trauma dental, las lesiones pulpares y periapicales, las anomalías

del desarrollo y los hábitos orales son los trastornos de la cavidad oral más comunes en niños con maloclusión, que se han implicado fuertemente como factores que contribuyen a las anomalías dentales (30).

La OMS afirma que las maloclusiones son consideradas la tercera patología más común, después de las caries y las enfermedades periodontales. Por su parte, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) destaca que las maloclusiones afectan a más del 80% de la población; Por ello, se consideran muy importantes y son motivos habituales de consulta dental (31-32).

La sobremordida, la desviación de la línea media, la sobremordida horizontal excesiva, la mordida cruzada anterior, la maloclusión, la brecha y la mordida abierta son tipos comunes de maloclusión. La etiología de la maloclusión es multifactorial y puede surgir debido a factores hereditarios, ambientales o una combinación de estos dos en los individuos afectados, entre los cuales la enfermedad dental contribuye en gran medida (30).

Para valorar las maloclusiones clínicamente y a través de la autopercepción por lo general se suele utilizar el Índice de Necesidad de Tratamiento de Ortodoncia (INTO), el cual se utiliza para determinar la prevalencia por los estudios epidemiológicos, así como para también establecer la necesidad de colocar ortodoncia (33).

Un estudio de Crespo et al. determinaron que la condición más prevalente en el grupo de estudio fue la posición de los dientes y que el desempeño diario más afectado fue el comer y el sonreír, al combinarse con la necesidad de tratamiento y el desempeño afectado en los dos componentes, el desempeño comer y sonreír fueron encontrados como los más perjudicados, con una importante significancia en el desempeño de la sonrisa (34).

Algunas maloclusiones que podemos encontrar son:

Mordida abierta anterior: Se define como una falta de contacto incisal entre los dientes anteriores en relación céntrica. La mordida abierta anterior tiene una etiología multifactorial que comprende: patrón esquelético heredado genéticamente, efecto de tejido blando y hábitos de succión digital. Para formular un plan de tratamiento adecuado, es esencial un diagnóstico preciso (35).

Mordida profunda anterior: Es “la cantidad y el porcentaje de superposición de los incisivos inferiores por los incisivos superiores”; cuando se encuentra en el rango de 37,9 a 40%, se considera adecuada. La superposición superior al 40 % debe considerarse “excesiva” (oclusión profunda) debido al potencial de efectos nocivos sobre la salud general de las estructuras periodontales circundantes y la ATM (36).

Mordida bis a bis: Es un tipo de maloclusión en sentido vertical y sagital donde el resalte y la sobremordida son nulos, es decir que los incisivos superiores y los incisivos inferiores entran en contacto en su parte incisiva.

Mordida cruzada anterior y posterior: Es una de las patologías más frecuentes en este contexto, consiste en que, al morder, los dientes inferiores ocluyen por delante de los superiores. La mordida cruzada anterior se caracteriza por el hecho de que uno o más dientes anteriores superiores están en oclusión con la superficie lingual de los dientes inferiores (37). Por su parte, la mordida cruzada posterior, existe una alteración en la relación transversal entre las arcadas superior e inferior. Se ha asociado con daño esquelético y/o inclinaciones dentoalveolares inadecuadas (38).

Apiñamiento dental: Se define como la diferencia entre el tamaño de los dientes y el espacio que queda disponible para lograr una correcta posición que sea funcional y estética, la cual puede conllevar a causar afecciones en la salud bucal aumentando la susceptibilidad al desarrollo de caries dental y periodontitis, y afectando la estética facial y

la salud dental. Es uno de los principales motivos de consulta de los pacientes. Cualquier desproporción entre las dimensiones del diente y la arcada predispone al apiñamiento y espaciamiento dentario, que son las formas más comunes de maloclusión. Muchos niños y adultos tienen dientes desalineados y hay muchas causas que pueden determinar esto: genética y herencia, hábitos viciosos (chuparse el dedo, respirar por la boca, sacar la lengua), trauma o caries, discrepancia entre el tamaño del diente y la longitud del arco y la dieta y los hábitos alimenticios (39).

Overjet: Es la distancia horizontal en milímetros entre los incisivos superiores e inferiores. Lo normal es 1 o 2 milímetros (40).

Overbite: Esta es la distancia vertical que se puede presentar entre el borde incisal de los incisivos centrales inferiores y superiores. Lo normal varía entre 2 o 3 milímetros o también se expresa en tercios donde un tercio se considera normal (40).

- **Lesiones dentales traumáticas**

Generalmente ocurre en todas las poblaciones en todo momento, y afecta entre el 20 y el 25% de la población actual (Andreasen, 1984). Las lesiones traumáticas pueden ser intencionales o no intencionales, en tejidos duros y blandos, y/o resultar de un traumatismo directo o indirecto. Estas lesiones se han clasificado en función de una amplia variedad de factores. La más utilizada es la clasificación de Andreasen, que resulta de una modificación de la propuesta de la Organización Mundial de la Salud en su catalogación internacional de enfermedades aplicadas a la odontología y estomatología (1995) (41).

Una de las ventajas es que se puede utilizar tanto en dientes permanentes como temporales. A continuación, describiremos la clasificación de Andreasen con sus códigos de acuerdo a la “Clasificación Internacional de Enfermedades de Odontología (1995) y Estomatología OMS” (42).

Lesiones de los tejidos duros y de la pulpa:

“N 502.50”: “Infracción del esmalte: Fractura incompleta (grieta) del esmalte sin pérdida”

“N 502.50” “Fractura a nivel de esmalte (Fractura coronaria no complicada)”

“N 502.51” “Fractura a nivel del esmalte- dentina (Fractura coronaria no complicada)”

“N 502.52” “Fractura coronal complicada”

“N 502.54” “Fractura corona raíz no complicada”

“N 502.54” “Fractura corona raíz complicada”

“N 502.53” “Fractura radicular”

“Lesiones de los tejidos periodontales según Andreasen”

“N503.20” “Concusión”

“N503.20” “Subluxación”

“N503.20”: “Luxación extrusiva (dislocación periférica, avulsión parcial)”

“N503.20”: “Luxación lateral”

“N503.21”: “Luxación intrusiva (dislocación central)”

“N503.22”: “Avulsión (exarticulación)”

En el presente estudio se tomarán en cuenta los siguientes puntos para la evaluación de las lesiones:

Lesión dental tratada: Se refiere a cualquier traumatismo que haya presentado el paciente en alguna oportunidad que haya sido tratado por un especialista (44).

Fractura del esmalte: Son el tipo más común de lesión dental traumática (TDI) en niños y adolescentes. Es la más frecuente, por lo general son pequeñas y los pacientes no suelen ir a consulta por este tipo de lesión, es importante que se realicen radiografías periapicales ya que esta contribuye a comprobar que no hay rarefacción en la zona apical, fractura radicular o engrosamiento del ligamento periodontal (45).

Fractura de esmalte y dentina: Se limitan a estructuras de esmalte y dentina sin exposición pulpar. No muestran hipersensibilidad a la percusión, pero por lo general dan positivo en la

prueba de sensibilidad pulpar. Las imágenes radiográficas pueden mostrar pérdida de estructura dental y cuerpos extraños dentro de los tejidos blandos, que a menudo se corresponden con laceraciones resultantes del impacto de fragmentos de dientes (46).

Lesión pulpar: Ocurre cuando la pulpa se ve afectada por un traumatismo dental, siendo las consecuencias más frecuentes la decoloración, la necrosis pulpar, la reabsorción radicular y la pérdida prematura de dientes (47).

Ausencia dental debido a LTD: A veces puede ocurrir una descamación traumática del diente, falta un diente en la boca (43).

Diente excluido: Se refiere a un diente que no puede ser examinado por varias razones como: inaccesible, con bandas ortodóncicas, fracturado, etc. (48).

- **Caries dental**

La caries dental es considerada como una enfermedad la cual es inducida por la placa dental, que puede describirse como una comunidad de microorganismos (biopelícula). Debido a factores genéticos y ambientales, se producen una serie de cambios en el microbioma oral; en caso de comensalismo y mutualismo entre los microorganismos de la biopelícula y el huésped, se mantiene la homeostasis en el microbioma oral. Sin embargo, cuando se produce un factor de riesgo, comienza a prevalecer la relación parasitaria y aumenta la actividad de los microorganismos patógenos cariogénicos que conducen a una caries dental (49).

Existen varios índices para estudios epidemiológicos que son utilizados para medir la experiencia de caries, uno de los más importantes y ampliamente utilizados es el CPOD, este permite medir la prevalencia de la caries dental. Este índice nos permite determinar la presencia actual y pasada de la caries ya que tiene en cuenta aquellos dientes que presentan lesiones cariosas al igual que aquellos que se les ha realizado tratamientos previos (2).

- **Enfermedad Periodontal**

Consisten en una amplia gama de afecciones inflamatorias que causan la degeneración del periodonto y afectan todas las estructuras de soporte dentario, como la encía, el cemento, el ligamento periodontal y el hueso alveolar, etc., seguidas de la pérdida de dientes. La OMS ha informado que alrededor del 10-15% de la población mundial sufre de una condición periodontal severa. Es una enfermedad infecciosa compleja causada por un crecimiento microbiano agresivo en los dientes (50). Alrededor del 30% de los sujetos de 65 a 74 años perdieron todos sus dientes, siendo la enfermedad periodontal la causa principal (2).

- **Cáncer bucal**

El cáncer oral es un tumor maligno que se presenta en el labio o en la cavidad bucal. Suele definirse como carcinoma oral de células escamosas (COCE) porque el 90 % de los cánceres dentales son histológicamente carcinomas de células escamosas (51).

El cáncer oral es un problema de salud pública mundial de gran preocupación, en particular para los cirujanos dentales. Se encuentra entre los 10 primeros en las clasificaciones de incidencia de cáncer y, a pesar de los avances en investigación y terapia, la supervivencia no ha mejorado significativamente en los últimos años, lo que representa un desafío constante para la ciencia biomédica (52).

- **Labio y/o paladar hendido**

Las hendiduras del labio y / o del paladar son defectos orofaciales no sindrómicos innatos, que incluyen una variedad de trastornos que afectan la cara y la cavidad oral. Las alteraciones en la apariencia, el habla, la audición y la alimentación pueden conducir a resultados adversos duraderos que requieren un enfoque multidisciplinario para mejorar la función, la estética, la satisfacción, la integración social y el bienestar general (53).

Las hendiduras orofaciales, específicamente el labio leporino y / o el paladar hendido (LL/PH), se encuentran entre las anomalías congénitas más comunes. LL/PH varían en su

ubicación y gravedad y comprenden 3 grupos generales: “labio leporino, labio leporino con paladar hendido y paladar hendido” (54).

Calidad de vida

La CDV se ha convertido en un objetivo clave de la atención médica contemporánea. A menudo se confunde con el nivel de vida. Sin embargo, el nivel de vida se refiere a la posesión de riqueza o bienes materiales. Wenger y col. (1984) definieron la CDV como "las percepciones de un individuo sobre su funcionamiento y bienestar en diferentes dominios de la vida". Los juicios sobre la CDV ahora se ven como una rica interacción y equilibrio entre la forma en que las personas ven su estado interno, como la tensión en los músculos o la felicidad, y los eventos externos que les afectan desde su entorno, como cambiar de trabajo o estar en duelo (55).

La CDV también es considerada como un sinónimo de bienestar, ya sea de un modo objetivo o subjetivo, puede ser considerado como felicidad, como un anhelo humano o como triunfos personales. Es de esta manera que solo las personas mismas son capaces de opinar que tan satisfechos o felices están con los múltiples aspectos de su vida (56, 57).

Relación entre condición bucal y calidad de vida

Siempre la salud bucal ha sido considerada como parte esencial en la salud general, así como en la CDV de las personas. Todo ser humano debe encontrarse en un estado de salud que le permita realizar funciones básicas como masticar, tragar, succionar, favoreciendo así los procesos de alimentación y apoyando otros procesos vitales como la respiración (58).

La CVRSB es un término muy utilizado en las últimas 2 décadas, el cual ha crecido de manera rápida, que ha surgido. Se ha identificado el cambio de la percepción que se tiene en relación a que la salud es la ausencia en sí de dolencias y enfermedades que afecta al completo bienestar tanto físico, como mental y social, según la definición de la OMS. Por lo

tanto, la CVRSB refleja la influencia potencial de las condiciones orales, incluidas las enfermedades dentales, periodontales y funcionales, la pérdida de dientes y varias otras patologías en la CDV. La CVRSB incluye diferentes dimensiones, por lo que se dispone de subescalas tanto funcionales como psicosociales, que se ven potencialmente afectadas por diferentes enfermedades bucodentales (59).

Últimamente se han presentado estudios relacionados con la CDV en la que se busca conocer si tiene alguna relación con la salud, especialmente en el ámbito odontológico. La CVRSB abarca una definición multidimensional (60), en la que se ha involucrado tanto tejidos blandos como duros de la cavidad bucal, a lo largo de sus ocupaciones diarias, teniendo en cuenta el tratamiento dental actual y pasado, los intereses, la complacencia con el cuidado, el historial de dolor y malestar dental (61, 62).

Los estudios han establecido un vínculo estrechamente relacionado entre la CDV y la salud bucal, ya que la boca realiza funciones como: expresiones faciales, habla, masticación, deglución, salivación, sentido del gusto, lo que se relaciona con ser un buen indicador de la salud de vida de una persona y su bienestar individual y social (63-64).

Las percepciones individuales con respecto al perfil de impacto en la salud bucal han ido cobrando mayor importancia, ya que pueden influir en las prácticas de autocuidado y pueden tener un efecto directo en la CDV relacionada con la salud de las personas (65).

Entre las enfermedades bucales más prevalentes, se ha registrado a la caries y la enfermedad periodontal, a menudo no causan síntomas en las primeras etapas, lo cual podría explicar que los indicadores clínicos de caries o afectación periodontal, como el número de dientes cariados, la movilidad de los dientes y la profundidad de la bolsa, respectivamente, no estén fuertemente asociados con el deterioro de la CDV relacionada con la salud bucodental (CVRSB) (66-67). Sin embargo, la caries y la periodontitis son procesos progresivos y, si

no se tratan adecuadamente, conducen a la pérdida de dientes que, según la posición del diente, pueden provocar alteraciones funcionales, por ejemplo, en relación con la masticación y la estética, afectando la CDV. Barrientos YG y Juárez CF (58), encontraron en su estudio que los problemas bucales percibidos con mayor frecuencia eran: dientes sensibles, dolor de muelas y sangrado de encías, encontrando una alta frecuencia en el impacto que pueden tener los problemas a nivel bucal sobre la CDV de los escolares, lo cual puede de alguna manera afectar el desempeño de ciertas funciones que son fundamentales como es el comer, higienizarse la boca y sonreír (58).

Las herramientas utilizadas para evaluar la CVRSB están diseñadas principalmente como cuestionarios que consisten en varias preguntas para medir aspectos de la vida de un individuo, incluso en las áreas de limitaciones funcionales, actividades diarias, condiciones mentales, bienestar emocional y social, síntomas orales afectados por problemas de salud. Un aspecto importante es su capacidad para representar numéricamente las desigualdades entre personas y comunidades en términos de CVRSB (68).

Para determinar la CDV relacionada con la salud bucal (CVRSB), se han desarrollado herramientas de evaluación de la autopercepción para medir la CDV, ya que la salud bucal es subjetiva y está influenciada por diversos factores que no pueden observarse directamente. Es por ello que se han desarrollado estas herramientas de medición, por dimensiones destinadas a evaluar la cognición psicosocial personal de cada individuo, que sirven para estimar y completar la evaluación física (69).

Una de las herramientas más utilizadas para evaluar los impactos en la salud bucal es el Perfil de impacto en la salud bucal (OHIP) propuesto por Slade y Spencer (70), que se basa en el modelo propuesto por Locker (71). El OHIP evalúa tres dominios conceptuales (físico, psicológico y social) que cuantifican las percepciones individuales del impacto que tienen

los problemas bucales en la salud general (72). Una versión corta del “Perfil de Impacto en la Salud Oral de 14 ítems (OHIP-14)” ha sido validada en Brasil y es útil para evaluar la CDV relacionada con la salud bucal (73).

En este sentido, los investigadores han desarrollado durante la última década diversos instrumentos de autoinforme de CVRSB para niños y adolescentes entre 8 y 15 años, sin embargo, el más utilizado como complemento de los indicadores clínicos para evaluar la CVRSB del niño es el cuestionario de percepción del niño 11- 14 (CPQ11-14) (11).

Cuestionario de Percepción Infantil 11-14 (CPQ11-14)

Hasta hace poco tiempo se desarrollaron las herramientas para determinar “la calidad de vida relacionada con la salud oral” del adulto, pero por su parte Jokovic A et al. (11) desarrollaron el CPQ (11-14), una medida de autoinforme del impacto de la enfermedad oral y orofacial en adolescentes de 11 a 14 años.

Este instrumento incluye las dimensiones que abarca los síntomas orales, deterioro funcional, bienestar emocional y social. Tiene 37 preguntas asignadas a las cuatro áreas: síntomas bucales 6, limitaciones funcionales 10, bienestar emocional 9 y en el social 12; considerando un período de recuperación de 3 meses. Las respuestas se registran tomando en cuenta la escala de Likert de 5 puntos con las siguientes opciones:

0= “nunca”

1= “una o dos veces”

2= “a veces”

3= “con frecuencia”

4= “todos los días o casi todos los días”

El puntaje final va de 0 a 148, lo que indica que un mayor impacto de las condiciones bucales en la CDV del niño, niña o adolescente se indica con un puntaje alto que representa. Además,

se han incluido dos preguntas que piden a los niños que proporcionen una calificación general de su propia salud bucal y cómo su salud bucal puede afectar su bienestar general. Estas preguntas son: “¿Diría usted que la salud de sus dientes, labios, mandíbula y boca es...?” y “¿Cuánto afecta su vida en general la condición de sus dientes, labios, mandíbula o boca?” Y “Las respuestas se calificaron de la siguiente manera: para la calificación general de salud bucal, (0) excelente, (1) muy buena, (2) buena, (3) regular y (4) mala; y para el bienestar general (0) nada, (1) muy poco, (2) poco, (3) bastante y (4) muchísimo” (11).

Ha sido el más utilizado y se ha probado para la adaptación intercultural en muchos países, incluyendo Perú (4), siendo la limitante el idioma lo cual restringe el uso de esta medida estándar para evaluar los resultados de la CVRSB en diferentes grupos culturales y étnicos y excluye las comparaciones con datos de otras partes del mundo. Esta versión realizada por Abanto J y col. (4) en el 2013 consistió en realizar una adaptación transcultural del CPQ11-14 al idioma español peruano.

Además, los instrumentos de la CVRSB tienen un papel potencial como medidas de resultados para evaluar las iniciativas de servicios y los programas de promoción de la salud bucal; es probable que las percepciones del impacto de los trastornos dentales en la CDV desencadenen la demanda de tratamiento dental. En ese sentido, el uso del CPQ11-14 en niños es fundamental, particularmente en países en desarrollo como Perú, donde la prevalencia de caries dental no tratada a los 12 años es alta (83,3%) (73).

Adolescencia, salud bucal y calidad de vida

La OMS ha definido a la población joven aquellos entre 10 y 24 años, y lo divide en 3 grupos: En el primer grupo, están los preadolescentes o adolescencia temprana entre 10 y 14 años; en el segundo grupo jóvenes adolescentes entre 15 y 19 años considerada como adolescencia tardía y en el tercer grupo (jóvenes) entre 20 y 24 años (74).

Es fundamental desarrollar un diagnóstico más preciso de los problemas de mordida, enfermedades bucales y pérdida dentaria congénita, condiciones que se presentan con alta frecuencia en este grupo de edad ya que los adolescentes han sido considerados un grupo de riesgo ya que pueden presentar características que logran el establecimiento de ciertas enfermedades bucales de alta frecuencia. (75-76).

En los adolescentes, existen factores que los ponen en riesgo de tener una mala salud bucal, tales como: Así, la depresión, la ansiedad, la baja autoestima y los problemas psicosociales, estos son algunos de los factores que pueden incidir de manera negativa en la salud bucal de los niños y los adolescentes, derivando a ciertas patologías como el bruxismo y los trastornos temporomandibulares que pueden afectar la CDV. (77-79).

La CDV de los adolescentes puede depender de variaciones tanto psicológicas, biológicas como sociales, que pueden provocar crisis, contradicciones y conflictos (80-81).

La salud bucal por su parte, debe ser abordada como un elemento de manera fundamental para el desarrollo integral sobre todo en esta etapa de la vida a través de actividades que la promuevan y prevengan, lo cual permite a los adolescentes llegar a ambientes saludables y así mejorar su CV familiar, con la comunidad y el estado los cuales ocupan un lugar importante en esta población en riesgo (75).

Se considera de suma importancia que se realicen estudios de investigación en la población adolescente para que, de esta manera, desde su cosmovisión, vivencias y experiencias, se puedan comprender mejor sus expresiones. En este sentido, en lo que respecta a la percepción de los dientes, existe una relación compleja entre la salud bucal y la estética y abarca dimensiones sociales, psicológicas y culturales que deben ser evaluadas con mayor profundidad, de la misma manera que es importante planificar, desarrollar y evaluar políticas con base en las necesidades reales observadas por la población (82-84).

Rendimiento escolar

Se define de forma muy compleja en la que se encuentra inmerso el estudiante, el cual puede estar determinado por diversos aspectos de la vida cotidiana en la que destaca: esfuerzo, atención, capacidad de trabajo, motivación, habilidades, aptitud, intensidad de estudio, personalidad, entorno relacional, memoria, que afectan directamente los resultados académicos de los individuos (85).

En la actualidad, todas las variables anteriores deben analizarse para responder a las preocupaciones sociales sobre el bajo rendimiento de los estudiantes, incluidas las variables psicológicas o emocionales que pueden afectar ese rendimiento (86).

Educación: Rendimiento Académico

Educación Básica Regular (EBR).

Comprende los niveles de educación inicial, primaria y secundaria; Está dirigido a niños y jóvenes que están pasando por el proceso educativo de manera oportuna (87).

Nivel de educación Primaria: Su finalidad es educar de manera integral a niños, este constituye el segundo nivel de la Educación Básica Regular y tiene una duración de seis años.

Nivel de educación secundaria: Conformar el tercer nivel de la educación básica regular y con cinco años de duración. Ofrece a los estudiantes una formación integral a través de las ciencias, las humanidades y la educación técnica.

Escala de calificación:

- A: Aprobado.
- D: Desaprobado.
- F: Fallecido.
- R: Retirado.
- RR: “Requiere Recuperación Pedagógica”

- T: Traslado.
- AE: “Adelanto de evaluación”
- PP: “Postergación de evaluación”

Bajo rendimiento escolar

Es definido como un RA inferior al esperado para una edad, capacidades cognitivas y escolaridad determinadas, es complejo y multifactorial. Incluye dificultades de aprendizaje relacionadas con múltiples factores, como escasas oportunidades socioambientales y conflictos emocionales, con trastornos del aprendizaje de naturaleza neurobiológica, como dislexia, discalculia y trastorno por déficit de atención / hiperactividad. El bajo rendimiento escolar, independientemente de la etiología, afecta las diversas esferas de la red relacional del niño, lo que genera problemas emocionales como ansiedad, baja autoestima y desmotivación (88).

Las enfermedades crónicas pueden interferir con la capacidad de un niño para tener éxito en la escuela. La evidencia muestra que el aumento en el tiempo escolar perdido causado por enfermedades crónicas puede conducir a una disminución en el rendimiento escolar. Entre las enfermedades más prevalentes de la infancia se encuentran la caries dental, el asma, la diabetes y la obesidad, siendo la caries dental la más común que ocurre de 5 a 8 veces más frecuentemente que el asma, la segunda condición más común (1).

Condición bucal relacionada con el rendimiento escolar

El bajo rendimiento escolar genera limitaciones que pueden conducir a una baja autoestima y problemas de aceptación por parte de los compañeros. Ser menos competente aumenta el sentimiento de incapacidad y, a su vez, contribuye a un bajo rendimiento continuo. El bajo RA relacionado con la deficiencia del lenguaje son posibles factores que contribuyen al

riesgo de exclusión social y muchas veces esta área se ve afectada por la presencia de ciertas condiciones bucales que limitan su buen desarrollo. En este contexto, los niños con bajo RA están expuestos a una serie de factores que podrían afectar su CDV (89).

Los problemas de salud bucal en los niños pueden provocar dolor y malestar; problemas de sueño y apetito; baja autoestima, confianza y habilidades sociales; y a su vez RA reducido (3, 90-91).

Se ha considerado la población escolar como vulnerable a la presencia de caries, observando factores como el ausentismo a los establecimientos educativos y el bajo rendimiento escolar debido a condiciones como el dolor dental, pérdida de la capacidad funcional y alteración de la CDV siendo los más afectados los adolescentes de 18 años a causa de condiciones dentales agudas, donde se reporta que los adolescentes presentan una deficiente higiene bucal y una alta experiencia de caries y dieta cariogénica, considerándose como una población de riesgo moderado para la presencia de caries dental (92).

En este sentido, se han venido realizando estudios donde buscan relacionar estas variables, Rebelo MAB y col. realizaron una revisión sistemática llegando a la conclusión en base a lo encontrado de que los niños y adolescentes con caries dental y aquellos que reportan peor salud bucal experimentan un bajo rendimiento escolar y una escasa asistencia escolar (93).

Jackson SL y col. (1), en su estudio evidenciaron que, aunque solo el 17% del ausentismo del estudio se asoció con dolor o infección dental, tales ausencias aumentaron la probabilidad de un rendimiento escolar deficiente, mientras que las ausencias para el cuidado dental de rutina no lo hicieron (1).

Por su parte, Guarnizo-Herreño CC y col. (94), indican que el estado de salud bucal de los niños está estrechamente vinculado a sus resultados académicos. Mostrando que esta evidencia destaca la necesidad de políticas amplias para toda la población y enfoques

integrados para reducir los déficits académicos y promover la salud y el desarrollo de los niños, de los cuales la salud bucal es un componente importante (94).

El estudio “Calidad de vida y autopercepción de la salud de niños con bajo rendimiento escolar 1”, es muy bienvenida, porque va en contra de la visión actual de que no basta con reconocer y tratar los trastornos, sino para traer la propia visión del niño, su autonomía y percepción de la salud como un aspecto para potenciar el sentido de pertenencia e identidad, fundamental para la inclusión a través de la educación y la cultura (88).

Las principales abreviaturas que se utilizan en esta investigación son:

A: Aprobado.

AE: Adelanto de Evaluación.

COCE: Carcinoma Oral de Células Escamosas.

COHIP: Perfil de impacto en la salud bucal infantil (por sus siglas en inglés: Child Oral Health Impact Profile).

CPO-D: Dientes Cariados Perdidos y Obturados.

CPQ11-14: Cuestionario de Percepciones del Niño 11-14 (por sus siglas en inglés Child Perception Questionnaire).

CDV: Calidad de Vida.

CVRSB: Calidad de Vida Relacionada a la Salud Bucal.

D: Desaprobado.

EBR: Educación Básica Regular.

F: Fallecido.

IC: Intervalo de confianza.

INTO: Índice de Necesidad de Tratamiento de Ortodoncia.

LH: Labio Hendido.

LL: Labio Leporino.

OHIP: Perfil de Impacto en la Salud Bucal (por sus siglas en inglés: Oral Health Impact Profile).

OIDP: Impacto de las condiciones bucales en las actividades diarias (por sus siglas en inglés: Oral Impacts on Daily Performances).

OPS: Organización Panamericana de la Salud.

OR: razón de momios (por sus siglas en inglés: odds ratio).

PH: Paladar Hendido.

PP: Postergación de evaluación.

RA: Rendimiento académico.

R: Retirado.

RRP: Requiere Recuperación Pedagógica.

T: Traslado.

TTM: Trastornos temporomandibulares.

Entre los conceptos básicos de la investigación se encuentran los siguientes:

- **Biopelícula:** Se definen como comunidades de microorganismos que crecen embebidos en una matriz de exopolisacáridos y adheridos a una superficie inerte o un tejido vivo (95).
- **Bruxismo:** Es una actividad para funcional que consiste en el apriete y rechinar dentario, es de etiología multifactorial y está asociado principalmente a stress y a alteraciones del sueño o parasomnias (96).
- **Capacidades cognitivas:** Son aquellas que se refieren a lo relacionado con el procesamiento de la información, esto es la atención, percepción, memoria, resolución de problemas, comprensión, establecimientos de analogías entre otras (97).

- **Dolor:** Es una señal del sistema nervioso de que algo no anda bien. Es una sensación desagradable, como un pinchazo, hormigueo, picadura, ardor o molestia. El dolor puede ser agudo o sordo. Puede ser intermitente o ser constante. Puede sentir dolor en algún lugar del cuerpo, como la espalda, el abdomen, el pecho o la pelvis. O puede sentir dolor generalizado (98).
- **Halitosis:** Definida como olor desagradable procedente del aliento de una persona, es un problema social asociado frecuentemente a una mala higiene bucal o a enfermedades de la cavidad oral, pero también puede indicar enfermedades sistémicas severas que necesitan un diagnóstico y tratamiento específicos (99).
- **Homeostasis:** Es el estado de equilibrio o funcionamiento armónico del organismo. Es una condición inherente a un buen estado de salud (100).
- **Labio y/o paladar hendido:** Son defectos de nacimiento que se producen cuando el labio o la boca del bebé no se forman adecuadamente durante el embarazo. Estos defectos de nacimiento a menudo se conocen de manera conjunta como “hendiduras orofaciales” (101).
- **Lesiones periapicales:** Resultado de la necrosis de la pulpa dental, son las patologías que más frecuentemente ocurren encontradas en el hueso alveolar (102).
- **Odontograma:** Es un esquema de las arcas dentarias, manera gráfica, anatómica y geométrica, donde aparecen todas las piezas dentales del paciente. Es un diagrama que forma parte de la historia clínica ya que reúne toda la información referente a las piezas dentarias del paciente, como las características anatómicas y otras particularidades o modificaciones como caries y restauraciones (103).
- **Salud Pública:** Se entiende como el cuidado y la promoción de la salud aplicados a toda la población o a un grupo preciso de la población (104).

2.3 Formulación de hipótesis

2.3.1 Hipótesis general

Existe relación entre los problemas bucales con la calidad de vida y el rendimiento académico de escolares de 11 a 14 años de edad de la Provincia de Cañete – 2022.

2.3.2 Hipótesis específicas

- Existe relación entre la condición bucal con la calidad de vida de escolares de 11 a 14 años de edad de la “Institución Educativa Pública Mariscal Benavides N° 20150” del Distrito de Lunahuaná.
- Existe relación entre la condición bucal con el rendimiento académico de escolares de 11 a 14 años de edad de la “Institución Educativa Pública Mariscal Benavides N° 20150” del Distrito de Lunahuaná.

CAPITULO III: METODOLOGÍA

3.1 Método de la investigación

El método científico, por su parte, se define como un medio para alcanzar el objetivo de la investigación, posibilitando la explicación, descripción y predicción de los fenómenos y, por tanto, la más fácil adquisición del conocimiento científico. Partiendo del enfoque de investigación cuantitativa, los métodos permiten medir la realidad, observar su comportamiento y tendencias, cuál fue su desempeño y las consecuencias de su comportamiento. En este orden, el método a utilizar en el presente estudio es el método deductivo, que consiste en extraer conclusiones específicas a partir de un enunciado general (106).

3.2 Enfoque de la investigación

Esta encuesta es parte del enfoque de investigación cuantitativa, la idea central de este enfoque es que la realidad es externa al ser humano y objetiva; el papel del investigador debe ser copiar la realidad sin distorsionarla. Para verificar la verdad, este enfoque se basa en la teoría verificacionista del significado, cuya tesis básica es que una proposición es significativa si y solo si puede verificarse empíricamente (107).

3.3 Tipo de investigación

Se trata de una investigación **aplicada**, ya que la misma se plantea el análisis de una problemática específica a partir de un marco teórico y conceptual definido.

3.4 Diseño de la investigación

La presente investigación es de diseño observacional, este diseño de investigación plantea como propósito "la observación y registro" de ciertos acontecimientos en la que el investigador no interviene en el curso natural de estos y su medición es transversal, ya que todas las variables fueron medidas en un solo tiempo.

3.5 Población, muestra y muestreo

Población:

Para la selección de la muestra entre los colegios de la provincia de Cañete en la página estadística ESCALE del MINEDU, se realizó un sorteo entre 35 colegios públicos mixtos con niveles de educación primaria y secundaria, entre los cuales se seleccionó el establecimiento de educación pública Mariscal Benavides N° 20150 en el distrito de Lunahuaná. En este sentido, la población estará constituida por escolares de 11 a 14 años de edad que asisten a la “Institución Educativa Pública Mariscal Benavides N° 20150”, conformada por un total de 188 estudiantes.

Muestra:

La muestra fue calculada utilizando la fórmula de estimar una proporción; dando como resultado 126 estudiantes de la “Institución Educativa Pública Mariscal Benavides N° 20150”. La selección de los estudiantes se realizó a través de la técnica de muestreo aleatorio simple con la hoja de cálculo Microsoft Excel, tomando en cuenta los criterios de selección.

Se utilizó la siguiente fórmula:

$$N = \frac{Z^2 * p * q}{d^2(N-1) + Z^2 * p * q} = 18.05 / 1.4279 = 126.44 = 126$$

Considerando que:

N = población total.

Z = 1.96 (si la seguridad es de 95%)

p = proporción que se espera (50% = 0.5)

q = 1 - p (en este caso 1 - 0.5 = 0.5)

d = precisión (5% = 0.05)

Criterios de Inclusión:

- Alumnos de 11 a 14 años de la “Institución Educativa Publica Mariscal Benavides N° 20150”
- Alumnos que estén matriculados en el año académico 2022.
- Estudiantes que hayan presentado el consentimiento informado firmado por sus padres o apoderados.
- Alumnos con el asentimiento informado firmado.

Criterios de Exclusión:

- Alumnos que presenten alguna enfermedad sistémica o discapacidad física, debido a que se pueden presentar una serie de variables que tiendan a confundir y no permita la adecuada medición de la CVRSB al igual que los demás.
- Alumnos que no hayan presentado el consentimiento informado firmado por sus padres o apoderados.
- Alumnos que no hayan firmado el asentimiento informado.

3.6 Variables y operacionalización

Problemas bucales. (Variable independiente): La salud oral se refiere a la “ausencia de dolor orofacial, cáncer de boca o garganta, infecciones y llagas en la boca, enfermedad periodontal, caries y otras enfermedades y trastornos que limitan la capacidad de morder, masticar, sonreír” e incluso hablar. al mismo tiempo que afecta su bienestar psicosocial (27).

Calidad de vida. (Variable dependiente): La CDV engloba una definición multidimensional que incluye elementos subjetivos relacionados con las percepciones de la propia salud bucal basadas en el placer o la satisfacción personal, sus contingencias presentes y pasadas, sus expectativas y su sistema de valores (60), donde intervienen tanto el tejido duro como el tejido blando. Su trabajo diario, teniendo en cuenta los tratamientos dentales actuales y pasados, intereses, complacencia con el cuidado, historial de dolor y molestias dentales (61).

Rendimiento académico (Variable dependiente): Se define de manera muy compleja lo que rodea al estudiante, esto puede estar determinado por varios aspectos cotidianos: ambiente relacional, habilidades, esfuerzo, aptitud, intensidad de estudio, memoria, personalidad, capacidad de trabajo, atención, motivación, lo que puede afectar directamente al RA de cada individuo (85).

Operacionalización de variables

Objetivo general: Determinar si existe relación entre los problemas bucales con la calidad de vida y el rendimiento académico de escolares de 11 a 14 años de edad en la provincia de Cañete.						
Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicador	Escala de medición	Valor
Problemas bucales. (Variable independiente)	La ausencia de dolor orofacial, cáncer de boca o de garganta, infecciones y llagas bucales, enfermedades periodontales (de las encías), caries, pérdida de dientes y otras enfermedades y trastornos que limitan en la persona afectada la capacidad de morder, masticar, sonreír y hablar, al tiempo que repercuten en su bienestar psicosocial (27).	Es integral a la salud general lo cual la hace esencial a la salud total y al bienestar de todos los individuos, es por esto que la identificación temprana de los padecimientos bucales puede contribuir a un pronto diagnóstico y tratamiento de otras enfermedades sistémicas (24).	Caries dental	Índice CPOD	Sin Caries Con caries	Sin Caries: CPOD = 0 Con caries: CPOD >0
			Necesidad de tratamiento ortodóntico	Características clínicas de maloclusión	Necesidad	<ul style="list-style-type: none"> • Si necesita. • No necesita.
			Traumatismos dentales	Clasificación epidemiológica de las lesiones traumáticas dentales.	Clasificación de Andreasen 2009	0: Sin lesión. 1: Lesión dental tratada 2: Solo fractura del esmalte. 3: Fractura del esmalte dentina. 4: Lesión pulpar. 5: Ausencia dental debido a la LTD. 9: Diente excluido.

<p>Calidad de vida. (Variable dependiente)</p>	<p>La percepción que cada persona tiene sobre su posición en la vida, en el entorno cultural y el plan de valores en los cuales vive, relacionado a sus expectativas, objetivos, padrones y preocupaciones (56).</p>	<p>Intervienen elementos subjetivos que están relacionados con la percepción de su propia salud bucal, en función al goce o satisfacción personal, sus eventualidades presentes y pasadas, sus expectativas y su sistema de valores (60), involucrando tanto a los tejidos duros como blandos, a lo largo de sus ocupaciones diarias, considerando los tratamientos odontológicos actuales y pasados, sus intereses, complacencia con la atención, historia del dolor dental y el malestar (61).</p>	<p>Síntomas orales. Limitaciones funcionales. Bienestar emocional. Bienestar social.</p>	<p>Masticación, deglución, succión. Salud, actividades de vida diaria. Satisfacción, autoconcepto, ausencia de estrés. Integración y participación en la comunidad, roles comunitarios, apoyos sociales</p>	<p>Cuestionario Interval CPQ11-14</p>	<p>Clasificación global de salud bucal: 0=excelente, 1=muy buena, 2=buena, 3=regular y 4=mala. Clasificación global de bienestar general: 0=nada, 1=muy poco, 2=poco, 3=bastante, y 4=muchísimo. Escala de Score 0-148. 0= nunca, 1= una o dos veces, 2= a veces, 3= con frecuencia y 4= todos los días o casi todos los días.</p>
<p>Rendimiento Académico (Variable dependiente)</p>	<p>De manera compleja, es el mundo que rodea al estudiante, determinado por una serie de aspectos cotidianos como: esfuerzo, capacidad de trabajo, intensidad de estudio, competencias, aptitud, personalidad, atención, motivación, memoria, medio</p>	<p>El rendimiento académico inferior al esperado para una edad, capacidades cognitivas y escolaridad determinadas, es complejo y multifactorial. Incluye dificultades de aprendizaje relacionadas con múltiples factores, como escasas oportunidades socioambientales y conflictos emocionales, con</p>	<p>Nivel de rendimiento académico</p>	<p>Logro previsto de los aprendizajes</p>	<p>Escala de clasificación de la EBR.</p>	<p>Primaria, Secundaria: A: Aprobado. D: Desaprobado. RR: Requiere Recuperación Pedagógica</p>

	relacional, que afectan directamente el desempeño académico de los individuos (85).	trastornos del aprendizaje de naturaleza neurobiológica, como dislexia, discalculia y trastorno por déficit de atención / hiperactividad.				
--	---	---	--	--	--	--

3.7 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.7.1 Técnica

Para la recolección de la información se utiliza la técnica de la encuesta y la herramienta utilizada es el cuestionario, el cual es un documento que recoge de manera organizada los indicadores de las variables, es decir es un formulario que contiene preguntas dirigidas a sujetos. Asimismo, la recopilación de información durante un examen y la recopilación de datos está respaldada por un archivo dental. La información requerida también se recopila a través de una revisión documental de los expedientes académicos de los estudiantes que se encuentran en los archivos de la institución donde se realiza el estudio.

3.7.2 Descripción de instrumentos

Cuestionario de percepción infantil (CPQ 11-14)

En primera instancia se hizo entrega de los consentimientos informados (anexo 6) a los padres o apoderados de los estudiantes. Una vez recolectados los consentimientos se entregó el asentimiento informado (anexo 7) a los estudiantes, donde se les explico el objetivo del trabajo y se dio a conocer cómo se llevará a cabo la recolección de datos y si están de acuerdo en participar es este estudio. Una vez obtenidos sus asentimientos informados se procedió a hacer la entrega del Cuestionario de percepción infantil (CPQ 11-14) validado en la versión español para la población peruana (anexo 2).

Este cuestionario nos permitió determinar la CDV relacionada con la salud oral, el instrumento está constituido por diferentes preguntas que van desde las personales, como aquellas referidas a los problemas bucodentales, las sensaciones, colegio y sobre las actividades que el estudiante realiza en su tiempo libre e integración con los demás, los estudiantes debían seleccionar una de las diferentes opciones que encontrarán como

respuestas. Una vez que terminaban de resolver el cuestionario se procedió a realizar el examen intraoral mediante una ficha odontológica.

Examen intraoral

Previo al examen intraoral el examinador realizó una limpieza oral con ayuda de gazas y agua oxigenada, con el fin de tener mejor diagnóstico de cada pieza dentaria. Del mismo modo se utilizaron espejos bucales, sondas periodontales y linternas que permitían una mejor visualización. Se trabajó con ayuda de una asistente dental en el registro en la ficha odontológica, ayudando a entregar y recolectar los cuestionarios. Luego de la limpieza bucal se procedió al llenado de la ficha odontológica (anexo 3).

La ficha está constituida por el odontograma el cual nos permitió determinar el índice CPO-D individual y grupal.

- El CPO-D *individual* se trata de la sumatoria de Cariados (C), Perdidos (P) y Obturados (O), incluyendo las Extracciones Indicadas en los dientes permanentes.
- El COP-D *grupal* se obtuvo de la sumatoria C+P+O de todos los estudiantes dividido entre el total de individuos que fueron examinados, en la que se genera un promedio.

Por otra parte, se encontraba reflejado los diferentes parámetros para evaluar las necesidades de tratamiento ortodóntico y la presencia de lesiones traumáticas dentales (LTD) para lo cual se utilizó la clasificación epidemiológica descrita por Andreasen (42) en el cual se debía marcar la presencia o no de alguna lesión causada por traumatismo y el diente afectado.

0: Sin lesión

1: “Lesión dental tratada”

2: “Solo fractura de esmalte”

3: “Fractura del esmalte dentina”

4: “Lesión pulpar”

5: “Dientes ausentes debido al trauma”

9: “Diente excluido”

Por último, el RA se obtuvo a través de los registros que reposan en la institución para lo cual se utilizará las escalas de clasificación de la Educación Básica Regular (EBR) (Anexo 4).

- **Primaria y Secundaria:**

A: Aprobado.

D: Desaprobado.

F: Fallecido.

R: Retirado.

RRP: “Requiere Recuperación Pedagógica”

T: Traslado.

AE: “Adelanto de evaluación”

PP: “Postergación de evaluación”

3.7.3 Validación

El cuestionario de percepción del niño CPQ 11-14 ha sido ampliamente utilizado y probado para la adaptación transcultural, incluido Perú (4), donde la limitación es el idioma, lo que limita el uso de esta medida estándar para evaluar los resultados de la CVRSB en diferentes culturas y grupos étnicos. agrupa y excluye comparaciones con datos de otras partes del mundo. En este estudio, la confiabilidad test-retest mostró una reproducibilidad ICC = 0,92.

La validez del constructo fue validada por la asociación estadística significativa entre el puntaje general obtenido del CPQ11-14 y la calificación general obtenida de la salud bucal ($p < 0,05$) y el bienestar general ($p < 0,001$).

3.7.4 Confiabilidad

La versión a emplear en el presente estudio, del cuestionario de Percepciones del Niño 11-14 es la realizada por Abanto J y col. (4) en el 2013, la cual consistió en realizar una adaptación transcultural del CPQ11-14 al idioma español peruano. La consistencia interna se confirmó con un alfa de Cronbach de 0,81, por lo que es considerado altamente confiable.

3.8 Plan de procesamiento y análisis de datos

Para el comienzo de la toma de muestras, en un principio se realizó la presentación personal y del proyecto de investigación ante la autoridad de la institución educativa: Lic. Rosilú Charo Lévano Yactayo - directora de la Institución Educativa Pública Mariscal Benavides N° 20150 el personal y el proyecto a desarrollar.

Se hizo entrega de una carta de presentación de la universidad para la institución educativa, con copia del CPQ 11-14, ficha odontológica, consentimiento informado (anexo 6), asentimiento informado (anexo 7); así mismo se realizó una solicitud para obtener el permiso para la evaluación de las nóminas de la institución educativa de los alumnos matriculados en el 2022 (6to grado del nivel educativo primario - 1er, 2do y 3er grado del nivel secundario) y de este modo establecer el número de estudiantes de dicha institución que se encontraran entre las edades de 11 a 14 años de edad de sexo masculino y femenino y que cumplieran con los criterios de inclusión y exclusión.

Dos semanas antes del inicio de la toma de las muestras, se realizó la calibración intra-examinador para aplicación del cuestionario CPQ 11-14, la evaluación clínica intraoral, la cual consistió en realizar 2 evaluaciones a cada estudiante seleccionado para este proceso con una semana diferencia entre ambas. Esto servirá como prueba piloto y será realizado en el 10% de los estudiantes y para la confiabilidad del CPQ 11-14 se empleó el Alfa de Cronbach.

Luego de este proceso y ya calibrados los examinadores se procedió a la selección de los estudiantes que cumplieran con los criterios de inclusión y exclusión, a quienes se les hizo entrega de los consentimientos informados a los padres o apoderados, posteriormente se procedió a realizar la coordinación los días y horarios con los docentes para la recolección de la información.

Una vez recolectados los datos se procedió a realizar una base de datos en Excel que permitiera manejar con facilidad cada una de las evaluaciones realizadas de cada estudiante y luego ser introducidos en el paquete estadístico SPSS, el cual permitió obtener los resultados gráficos y numéricos necesarios para el análisis estadístico descriptivo e inferencial. Para el análisis inferencial se utiliza la prueba de Chi-Cuadrado (asociación).

3.9 Aspectos éticos

Para la realización del presente estudio se realizaron los siguientes procedimientos:

- El proyecto de investigación fue revisado y aprobado por el Comité Institucional de Ética para la Investigación de la Universidad Privada Norbert Wiener.
- Carta de presentación dirigido a la directora de la Institución Educativa Pública Mariscal Benavides N°20150 de la provincia de Cañete para la recolección de datos.
- Solicitud de acceso a las nóminas de la institución educativa de los alumnos matriculados en el 2021 (6to grado del nivel educativo primario - 1er, 2do y 3er grado del nivel secundario).
- Consentimiento informado del padre o apoderado.
- Asentimiento informado de los alumnos participantes de la Institución Educativa Pública Mariscal Benavides N°20150.
- Se resguardarán los datos de identidad de los participantes de la Institución Educativa Pública Mariscal Benavides N°20150.

CAPITULO IV: PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

4.1 Resultados

4.1.1 Análisis descriptivo de resultados

El presente estudio se realizó con el fin de determinar si existe alguna relación entre los problemas bucales con la CDV y el RA de escolares de 11 a 14 años de edad en la provincia de Cañete. En un principio se requirió determinar las características generales del grupo de estudio como lo son el sexo, edad, nivel educativo y RA. La muestra estuvo conformada por 126 estudiantes de los cuales el 48.4% eran del sexo masculino y 51.6% femenino, con edad promedio de 12.94 ± 1.033 años. En relación al nivel académico se abarco 6^o primaria, 1^o, 2^o y 3^o de secundaria correspondiendo al 19.8%, 31%, 18.3% y 31% respectivamente (Tabla 1).

De igual manera en la tabla 1 se puede observar el RA de los cuales solo se registraron 3 criterios de evaluación, aprobado 85.7% (n=108), desaprobado 16% (n=2) y Requiere Recuperación pedagógica 12.7% (n=16). Por otra parte, encontramos las 2 preguntas que correspondían a la primera parte de datos generales, la primera se refiere a como el estudiante consideraba su salud bucal y la respuesta más resaltante de mayor porcentaje fue buena con el 46.8%, seguida de muy buena con 23.8%, regular con 21.4% y por último solo el 7.9% la consideraba excelente. En relación a la segunda pregunta que se refería a cuanto cree que

afecta su estado bucal en su vida diaria se observó que el mayor porcentaje estuvo centrado en la respuesta poco 42.1%, seguida de muy poco 26.2%, bastante 16.7%, nada 9.5% y en su menoría 5.6% consideraron que muchísimo (tabla 1).

Tabla N° 1: **Características generales de los escolares de 11 a 14 años de edad de la provincia de Cañete.**

	N	%
Sexo		
Masculino	61	48.4
Femenino	65	51.6
Edad		
11	12	9.5
12	35	27.8
13	28	22.2
14	51	40.5
Mean ± DS	12.94 ± 1.033	
Nivel Educativo		
6° Primaria	25	19.8
1 ° Secundaria	39	31.0
2 ° Secundaria	23	18.3
3 ° Secundaria	39	31.0
Rendimiento Académico		
Aprobado	108	85.7
Desaprobado	2	16
Fallecido	0	0
Retirado	0	0
RRP	16	12.7
Traslado	0	0
¿Podrías decir que la salud de tus dientes, labios, mandíbula y boca es?		
Excelente	10	7.9
Muy buena	30	23.8
Buena	59	46.8

Regular	27	21.4
¿Cuánto crees que afecta en tu vida diaria el estado de tus dientes, labios, mandíbula o boca?		
Nada	12	9.5
Muy poco	33	26.2
Poco	53	42.1
Bastante	21	16.7
Muchísimo	7	5.6

RRP: Requiere recuperación pedagógica

Condición bucal de los escolares:

Para determinar la condición bucal de los escolares se realizaron evaluaciones intrabucales donde se midió la presencia o no de caries dental, maloclusiones y lesiones traumáticas dentales. Se observa que el 94.4% (n=119) presento caries dental y en relación a las maloclusiones se pudo evidenciar que en su mayoría alguno presento al menos una maloclusión, sin embargo, los más resaltantes son la presencia de apiñamiento tanto anterosuperior como anteroinferior abarcando el 57.1% (n=72) y 73.8% (n=93) respectivamente, en relación a estas maloclusiones se pudo constatar con que de los 126 estudiantes 113 (89.7%) necesitan tratamiento ortodóntico. En cuanto a la presencia de LTD solo el 7.9% (n=10) presentaron, de los cuales solo 1 (0.8%) fue tratada y 9 (7.1%) eran fracturas de esmalte (tabla 2).

Tabla N° 2: **Presencia de caries, maloclusiones y lesiones traumáticas dentales de los escolares de 11 a 14 años de edad de la provincia de Cañete.**

	Si		No	
	N	%	N	%
Caries dental	119	94.4	7	5.6
Mordida abierta	4	3.2	122	96.8

Mordida profunda anterior	23	18.3	103	81.7
Mordida Bis a Bis	20	15.9	106	84.1
Mordida cruzada anterior	8	6.3	118	93.7
Mordida cruzada posterior	6	4.8	120	95.2
Apiñamiento anterosuperior	72	57.1	54	42.9
Apiñamiento anteroinferior	93	73.8	33	26.2
Overjet	Mean 2.87±1.64*			
Overbite	Mean 27.70±21.25**			
Necesidad de tto. Ortodóntico	113	89.7	13	10.3
Presencia de LTD	10	7.9	116	92.1
LTD tratada	1	0.8	125	99.2
Fractura de esmalte	9	7.1	117	92.9
Fractura de esmalte y dentina	-	-	126	100
Lesión pulpar	-	-	126	100
Ausencia dental por LTD	-	-	126	100
Diente excluido				

LTD: Lesión traumática dental

*Expresado en mm

**Expresado en %

En la siguiente tabla 3 se realizó el cruce de la condición bucal (caries, maloclusiones y LTD con el sexo, en relación a la presencia de caries se observó que de 61 estudiantes del sexo masculino 57 (47.9%) tenían caries y de 65 del sexo femenino 62 (52.1%) tenían caries. En cuanto a las maloclusiones los datos resaltantes se encuentran en el apiñamiento tanto anterosuperior como anteroinferior 62.3% y 82% para el grupo masculino y 52.3% 66.2% para el femenino respectivamente. En relación a la presencia de LTD de las 10 lesiones 7 pertenecían al grupo masculino y 3 al femenino.

Tabla N° 3: **Presencia de caries, maloclusiones y lesiones traumáticas dentales de los escolares de 11 a 14 años de edad de la provincia de Cañete según el sexo.**

Condición bucal	Masculino	Femenino
-----------------	-----------	----------

	n=61		n=65	
	N	%	N	%
Presencia de caries	57	47.9	62	52.1
Mordida abierta	1	1.6	4	4.6
Mordida profunda anterior	13	21.3	10	15.4
Mordida Bis a Bis	9	14.8	11	16.9
Mordida cruzada anterior	4	6.6	4	6.2
Mordida cruzada posterior	4	6.6	2	3.1
Apiñamiento anterosuperior	38	62.3	34	52.3
Apiñamiento anteroinferior	50	82.0	43	66.2
Necesidad de tto. Ortodóntico	59	96.7	54	83.1
Presencia de LTD	7	5.6	3	2.4
LTD tratada	1	1.6	0	0
Fractura de esmalte	6	9.8	3	4.6
Fractura de esmalte y dentina	-	-	-	-
Lesión pulpar	-	-	-	-
Ausencia dental por LTD	-	-	-	-
Diente excluido				

LTD: Lesión traumática dental.

Tto: Tratamiento

Otro de los parámetros utilizados para determinar la condición bucal de los estudiantes fue el índice CPOD, el cual nos permitió medir la experiencia de caries dental presente y pasada.

El grupo de estudio presentó un índice CPOD de 6.048 ± 4.14 considerado como un índice *alto*, en la tabla 4 podemos observar el índice según el sexo, de los cuales ambos grupos presentaron una media considerada como un índice de nivel alto y en relación a la edad se evidenció un nivel muy alto para el grupo de 14 años de edad con una media de 6.74 ± 4.44 , tanto para la variable sexo como edad no se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

Tabla N° 4: **Índice CPOD de los escolares de 11 a 14 años de edad de la provincia de Cañete según sexo y edad.**

		CPOD						Valor de p
		N	Media	DS	Nivel	Mínimo	Máximo	
Sexo	Femenino	65	6.32	4.04	Alto	0	16	0.443
	Masculino	61	5.75	4.25	Alto	0	19	
Edad	11 ^a	12	4.5	3.03	Moderado	0	9	0.247
	12 ^a	35	5.37	3.6	Alto	0	15	
	13 ^a	28	6.28	4.48	Alto	0	15	
	14 ^a	51	6.74	4.44	Muy alto	0	19	

Calidad de vida (CPQ11-14):

En relación a los resultados encontrados en el cuestionario de percepción infantil (CPQ 11-14) para determinar la CDV, en la tabla 5 y 6 observamos los datos obtenidos en relación a los síntomas orales y limitación funcional respectivamente, donde la mayoría de las preguntas obtuvieron con mayor porcentaje la respuesta de “nunca” a excepción de la pregunta relacionada a la comida que queda dentro o entre los dientes que obtuvo un 43.7% para la opción “1 o 2 veces” (tabla 5).

Tabla N° 5: **Percepción infantil (CPQ 11-14) dominio “SÍNTOMAS ORALES” de los escolares de 11 a 14 años de edad de la provincia de Cañete.**

PREGUNTAS	RESPUESTAS									
	Nunca		1 o 2 veces		A veces		Con frecuencia		CTD	
	N	%	N	%	n	%	N	%	N	%
¿Dolor en tus dientes, labios, Mandíbula o boca?	51	40.5	37	29.4	33	26.2	1	0.8	4	3.2

¿Sangrado en las encías?	72	57.1	25	19.8	22	17.5	3	2.4	4	3.2
¿Dolor en la boca?	88	69.8	13	10.3	20	15.9	1	0.8	4	3.2
¿Mal aliento?	64	50.8	22	17.5	29	23	8	6.3	3	2.4
¿Comida que se queda dentro o entre tus dientes?	18	14.3	55	43.7	47	37.3	6	4.8	-	-
¿Comida que se queda pegada en el paladar (arriba) de tu boca?	76	60.3	23	18.3	20	15.9	5	4	2	1.6

Tabla N° 6: **Percepción infantil (CPQ 11-14) dominio “LIMITACIÓN FUNCIONAL” de los escolares de 11 a 14 años de edad de la provincia de Cañete.**

PREGUNTAS	RESPUESTAS									
	Nunca		1 o 2 veces		A veces		Con frecuencia		CTD	
	N	%	N	%	n	%	n	%	N	%
¿Has respirado por la boca?	41	32.5	29	23	40	31.7	12	9.5	4	3.2
¿Has tardado más tiempo en comer que otras personas?	48	38.1	39	31	24	19	10	7.9	5	4
¿Has tenido problemas para dormir?	61	48.4	21	16.7	40	31.7	2	1.6	2	1.6
¿Problemas para	86	68.3	21	16.7	12	9.5	2	1.6	5	4

morder o masticar alimentos como una manzana, un choclo o un bistek?										
¿Problemas para abrir la boca muy grande?	93	73.8	13	10.3	12	9.5	3	2.4	5	4
¿Dificultad para pronunciar algunas palabras?	84	66.7	14	11.1	19	15.1	5	4	4	3.2
¿Dificultad para comer lo que te gusta?	98	77.8	10	7.9	11	8.7	3	2.4	4	3.2
¿Problemas para beber con un sorbete o caña?	110	87.3	6	4.8	5	4	-	-	5	4
¿Dificultad para tomar líquidos o comer alimentos calientes o fríos?	79	62.7	28	22.2	13	10.3	3	2.4	3	2.4

En la siguiente tabla observamos los valores obtenidos para la sesión de las preguntas relacionadas con el bienestar emocional, los datos de mayor relevancia fueron los obtenidos en la pregunta de la seguridad de sí mismo indicando que el 31.7% indicó que “a veces” se sentían seguros, por otra parte el 38.1% indicó haberse sentido tímido o avergonzado, el 40.5% reflejó que se preocupa “nunca” por lo que piensan las personas acerca de su condición bucal, el 48.4% indicó “nunca” estar preocupado por no ser tan simpático como otros, el 39.7% “a veces” se ha sentido molesto, 40.5% “a veces” nervioso o asustado, 39.7% manifestó “nunca” estar preocupado por no es tan saludable que otras personas y finalmente el 57.9% “nunca” se ha sentido preocupado por ser diferente a los demás (tabla 7).

Tabla N° 7: **Percepción infantil (CPQ 11-14) dominio “BIENESTAR EMOCIONAL” de los escolares de 11 a 14 años de edad de la provincia de Cañete.**

PREGUNTAS	RESPUESTAS									
	Nunca		1 o 2 veces		A veces		Con frecuencia		CTD	
	N	%	N	%	n	%	N	%	N	%
¿Te has sentido irritable o frustrado?	50	39.7	39	31	28	22.2	7	5.6	2	1.6
¿Te has sentido seguro de ti mismo?	22	17.5	20	15.9	40	31.7	33	26.2	11	8.7
¿Te has sentido tímido o avergonzado?	31	24.6	34	27	48	38.1	10	7.9	3	2.4
¿Te has preocupado de lo que piensan las personas acerca de tus dientes, labios, boca o mandíbula?	51	40.5	29	23	32	25.4	9	7.1	5	4
¿Has estado preocupado porque no eres tan simpático como otros?	61	48.4	32	25.4	22	17.5	6	4.8	5	4
¿Has estado molesto?	27	21.4	37	29.4	50	39.7	7	5.6	5	4.0

¿Te has sentido nervioso o asustado?	26	20.6	37	29.4	51	40.5	8	6.3	4	3.2
¿Has estado preocupado porque no estás tan saludable como los demás?	50	39.7	34	27	33	26.2	7	5.6	2	1.6
¿Has estado preocupado porque eres diferente a los demás?	73	57.9	23	18.3	22	17.5	2	1.6	6	4.8

En cuanto a las preguntas realizadas sobre el bienestar social todas las respuestas estuvieron centradas en la opción “nunca” (tabla 8).

Tabla N° 8: **Percepción infantil (CPQ 11-14) dominio “BIENESTAR SOCIAL” de los escolares de 11 a 14 años de edad de la provincia de Cañete.**

PREGUNTAS	RESPUESTAS									
	Nunca		1 o 2 veces		A veces		Con frecuencia		CTD	
	N	%	N	%	n	%	n	%	n	%
¿Has faltado a clases por causa de algún dolor, citas médicas o alguna cirugía?	61	48.4	32	25.4	25	19.8	4	3.2	4	3.2
¿Has tenido dificultad en poner atención en clase?	51	40.5	35	27.8	31	24.6	5	4	4	3.2

¿Te ha parecido difícil hacer tus tareas?	51	40.5	28	22.2	39	31	4	3.2	4	3.2
¿No has querido hablar o leer en voz alta en clase?	77	61.1	23	18.3	-	-	20	15.9	6	4.8
¿Has evitado participar en deportes, teatro, música o paseos escolares?	72	57.1	27	21.4			19	15.1	8	6.3
¿No has querido hablar con los otros niños?	79	62.7	24	19			13	10.3	$\frac{1}{0}$	7.9
¿Has evitado reír mientras estabas con otros niños?	79	62.7	18	14.3			24	19	5	4
¿Ha sido difícil tocar instrumentos musicales (flauta, trompeta) o silbatos (pitos)?	69	54.8	27	21.4			18	14.3	$\frac{1}{2}$	9.5
¿No has querido pasar el tiempo con otros niños?	68	54	24	19			26	20.6	8	6.3
¿Has discutido/peleado con tu familia u otros niños?	46	36.5	37	29.4			34	27	9	7.1
¿Algunos niños se han burlado de ti o te han puesto apodosos?	59	46.8	29	23			26	20.6	$\frac{1}{2}$	9.5
¿Otros niños te han apartado de su grupo?	87	69	15	11.9			17	13.5	7	5.6

¿Otros niños te han hecho preguntas acerca de tus dientes, labios, boca o mandíbula?	94	74.6	12	9.5	16	12.7	4	3.2
--	-----------	-------------	----	-----	----	------	---	-----

En la tabla 9 se presentan de manera resumida los valores descriptivos del CPQ 11-14 el cual fue de 34.96 ± 23.4 y a su vez observamos el CPQ por dominio, se encontró que los síntomas orales obtuvieron un 5.21 ± 4.0 , limitación funcional 6.36 ± 6.2 , sobre el bienestar emocional 10.92 ± 5.9 y sobre las actividades en bienestar social 12.47 ± 10.6 .

Tabla N° 9: **Valores promedios del CPQ 11-14 según cada dominio de los escolares de 11 a 14 años de edad de la provincia de Cañete.**

	N° de preguntas	Media	DS	Mínima	Máxima	Rango
CPQ 11-14	37	34.96	23.4	0	143	143
Dominios						
Síntomas Orales	6	5.21	4.0	0	23	23
Limitación Funcional	9	6.36	6.2	0	34	34
Bienestar Emocional	9	10.92	5.9	0	34	34
Bienestar Social	13	12.47	10.6	0	52	52

Relación entre condición bucal y calidad de vida:

Se realizó una tabla de relación entre las condiciones bucales con la CDV de acuerdo a la autopercepción. En cuanto a la presencia de caries, se obtuvo un valor promedio de CDV (CPQ 11-14) de 35.76 ± 23.71 y para la ausencia de caries un valor de 21.43 ± 12.18 , siendo estas diferencias estadísticamente no significativas (Prueba t para muestras no pareada, $p < 0,05$). En relación a la necesidad de tratamiento ortodóntico y el CPQ 11-14, se encontró

35.33±24.16, mientras que para la no necesidad de tratamiento un valor de 31.77±16.02. En cuanto a la presencia de lesiones traumáticas dentales y CDV obtuvo 34.67±23.80 y para la no presencia fue de 38.30±19.33. Todos los valores no arrojaron niveles de significancia $p < 0.05$.

Tabla N° 10: **Relación entre caries dental, necesidad de tratamiento ortodóntico y lesión traumática dental con la calidad de vida de acuerdo a cada dominio de los escolares de 11 a 14 años de edad de la provincia de Cañete.**

		Problemas bucales		Limitación funcional		Bienestar emocional		Bienestar social		CPQ 11-14	
		□±DS	P	□±DS	P	□±DS	p	□±DS	p	□±DS	P
Caries dental	Si	5.35±4.10		6.53±6.26		11.08±5.94		12.78±10.7		35.76±23.71	
	No	2.85±1.67	NS	3.28±2.28	NS	8.14±5.08	NS	7.14±5.7	NS	21.43±12.18	NS
Necesidad de tratamiento ortodóntico	Si	5.27±4.22		6.38±6.35		10.94±5.87		12.73±10.9		35.33±24.16	
	No	4.69±1.84	NS	6.15±4.12	NS	10.77±6.61	NS	10.15±6.25	NS	31.77±16.02	NS
LTD	Si	5.29±4.13		6.40±6.33		10.94±6.11		12.10±10.3		34.67±23.80	
	No	4.30±2.71	NS	6.60±2.67	NS	11.90±4.67	NS	20.0±12.54	NS	38.30±19.33	NS

LTD: Lesiones traumática dentales

Al aplicar el test de correlación de Spearman no se encontró relación entre las variables condición bucal y CDV (tabla 11).

Tabla N° 11: **Asociación entre condición bucal y calidad de vida.**

Condición bucal	CPQ 11-14	
	r ^s	p
CPOD	0.012	0.894
Necesidad de tratamiento ortodóntico	0.020	0.826
LTD	-0.71	0.429

Relación entre condición bucal y rendimiento académico:

Para los datos de correlación de estas variables se realizó con la prueba estadística de Spearman para lo cual no se encontró relación entre las variables de estudio (tabla 12).

Tabla N° 12: **Asociación entre condición bucal y rendimiento académico.**

		Requiere			Correlación de Spearman
		Aprobado (n)	Desaprobado (n)	recuperación pedagógica (n)	
Caries Dental	No	7	0	1	0.099
	Si	101	2	15	p=0.271
Necesidad de tratamiento ortodóntico	No	11	0	2	-0.013
	Si	97	2	14	p=0.885
LTD	No	7	0	3	-0.136
	Si	101	2	13	p=0.130

4.1.2 Discusión de resultados

En la actualidad el estado bucal es considerado un componente especialmente importante a tomar en cuenta cuando se mide la CDV, considerando que muchas de las condiciones pueden influir de manera positiva o negativa en la vida de las personas, así como también en el RA. Es por esta razón que el presente estudio se dedicó a determinar si existe alguna relación entre los problemas bucales con la CDV y el RA de escolares de 11 a 14 años de edad en la provincia de Cañete.

Cerón-Bastidas XA (16) considera que la salud oral debe abordarse como parte fundamental en el desarrollo integral de la adolescencia a través de acciones como la promoción y

prevención los cuales permitan una buena integración de ellos en ambientes saludables y de esta manera lograr una mejor CDV.

El score CPQ 11-14 obtenido en el estudio fue de 34.96 ± 23.4 y en cuanto a las condiciones bucales el 94.4% presento caries dental con un índice alto del CPOD (6.048), el 89.7% presento necesidad de tratamiento ortodóntico y el 7.9% traumatismo dental, a pesar de tener una alta frecuencia en la presencia de caries y la necesidad de tratamiento ortodóntico estos valores no se asociaron de manera significativa con la CDV, esto coincide con los hallazgos reportado por Canaza (15).

En relación a la caries y el apiñamiento dental, se pudo observar que fueron las condiciones más frecuentes, sin embargo, estos no se asociaron con la CDV, lo que no parece tener gran importancia para la mayoría de los estudiantes. Esto puede sugerir que ni la salud bucal afecta la CDV ni es una prioridad en sus vidas. Nuestros resultados concuerdan con lo sugerido por Graffiti P et al. (18), quienes mencionan que la caries dental a pesar de ser una enfermedad prevalente, no parecen estar fuertemente asociada a la disminución de la CDV relacionada con la salud bucal en los adolescentes.

Por otra parte, se abordaron preguntas específicas sobre los síntomas orales y la limitación funcional, en cuanto a dolor, mal aliento, dificultad para realizar funciones básicas como comer, hablar o ingerir líquidos respectivamente, sin embargo, ninguna de las preguntas parece haber afectado la CDV en la mayoría de los estudiantes, ya que la respuesta obtenida con mayor frecuencia fue nunca y en segunda opción fue de 1 a 2 veces como fue el caso del Dolor en tus dientes, labios, Mandíbula o boca? lo cual demuestra que pudiera haber una asociación con el alto índice de caries que presento el grupo de estudio.

En relación a las maloclusiones esta se determinó en líneas generales a través de la necesidad de tratamiento ortodóntico y al ser relacionados con la CDV no se encontró asociación

significativa entre ambos, lo que sugiere que a pesar de que un alto porcentaje de los niños presentaron algún tipo de maloclusión esto no es considerado por ellos una afección en la CDV, sin embargo, O'Brien et al. (105), establecen en su estudio que muchos de los cuestionarios utilizados no fueron diseñados específicamente para medir el impacto de las maloclusiones y que algunas de las preguntas sobre los síntomas y las limitaciones bucales no son necesariamente relevantes para pacientes escolares con maloclusión, siendo esto de gran importancia y a tener en cuenta para un siguiente estudio basado en estos lineamientos. Otro punto que se puede tener en cuenta es que muchos adolescentes pueden sentirse avergonzados de admitir problemas con su apariencia, arrojando esto sesgo en los estudios (18).

Muchas veces el RA puede verse afectado por problemas bucales y se puede ver reflejado sobre todo por la falta de asistencia a clases a causa de dolor o infección a nivel bucal, en el trabajo expuesto por Cunha IP et al. (17), demostraron que las variables demográficas, sociales e incluso orales se asociaron con el fracaso escolar de los adolescentes estudiados. A pesar de estos hallazgos encontrados en diversos estudios (19), en el presente trabajo no se encontró relación alguna entre el RA y las condiciones bucales, por el contrario, a pesar de que el grupo estudiado presentó un alto nivel de caries se encontró una alta frecuencia en el buen RA. De igual manera, nuestros resultados difieren de lo reportado por Jackson SL et al. (1), donde encontraron que los niños que presentaron un peor estado de salud bucal tuvieron más probabilidades de experimentar dolor dental, faltar a la escuela y tener un desempeño escolar deficiente.

CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

En general, sobre la relación entre los problemas bucales con la calidad de vida y el RA de escolares de 11 a 14 años de edad en la provincia de Cañete, se concluye que no existe relación entre estas. Si bien, como puede evaluarse en detalle, el grupo presenta de manera objetiva un nivel de salud bucal deficiente, esta no muestra tener incidencia en la calidad de vida o el rendimiento académico. Sin embargo, es preciso señalar, que juega un papel importante el criterio de la autopercepción en lo que se refiere particularmente con lo que es la calidad de vida, mientras que en lo que se refiere al rendimiento académico, este se considera apropiado, hasta donde lo permite la escala de valoración utilizada. En este, sentido, el hecho de que los niveles deficientes de salud bucal que presenta el grupo en la actualidad, no afectan de manera importante su calidad de vida o su rendimiento académico, es claro, que tal como está demostrado, los daños en la salud bucal son de carácter acumulativo, por tanto, es muy importante poder prevenir el empeoramiento de la condición bucal, que efectivamente podría tener en el futuro un impacto importante en su CDV como adultos.

Sobre la condición bucal de escolares de 11 a 14 años de edad que asisten a la Institución se llega a una conclusión general partir de dos fuentes de datos, la primera de ellas, se refiere a

la opinión del propio estudiante sobre su salud bucal en cuyo caso, el 46.8%, la consideraba buena, seguido de muy buena con 23.8%. Sin embargo, al contrastar estos datos con la medición objetiva, se observó que el 94.4% (n=119) presentó caries dental y en su mayoría presentaron al menos una maloclusión, así como apiñamiento. Por lo anterior, se determinó que de los 126 estudiantes 113 (89.7%) necesitan tratamiento ortodóntico. Además de esto considerando que el grupo presentó un índice CPOD de 6.048 ± 4.14 considerado *alto*, se concluye que la salud bucal del grupo en general es deficiente a juzgar por los resultados de las mediciones objetivas.

En cuanto al impacto sobre la calidad de vida relacionada a la salud bucal, según el CPQ₁₁₋₁₄ en el grupo de estudio, en sintonía con la opinión sobre sus problemas bucales, los estudiantes entrevistados, consideran en general que su calidad de vida en función de su salud bucal es buena. En relación a esto, a partir de la aplicación del cuestionario (CPQ₁₁₋₁₄) para determinar la CDV, los jovencitos opinaron en general que “nunca” era la opción más adecuada para describir la incidencia de los aspectos evaluados en su calidad de vida. Desde este punto vista, el de la percepción de los entrevistados, en general consideran que su condición es adecuada.

En lo que se refiere al rendimiento académico de escolares de 11 a 14 años de edad de la Institución Educativa Pública Mariscal Benavides N° 20150 del Distrito de Lunahuaná, mostraron en función de la escala utilizada un resultado satisfactorio, en este sentido sin embargo es conveniente puntualizar que los criterios de evaluación utilizados (aprobado, reprobado o requiere recuperación pedagógica) no ofrece la posibilidad de contar con una valoración más profunda del desarrollo de capacidades, por tanto, atendiendo a que el 85.7% (n=108) de los estudiantes considerados obtuvo nota aprobatoria, se el rendimiento en general es satisfactorio.

Respecto la condición bucal y su relación con la calidad de vida de escolares de 11 a 14 años de edad de la Institución Educativa la mayoría opino que la incidencia es muy baja respuesta- El 42.1%, opinó que la incidencia era poca, mientras que el 26.2% consideró que era muy poca. Por otra parte, considerando que al estudiar la relación con la calidad de vida las diferencias estadísticas fueron no significativas, se concluye, que al menos desde el punto de la vista de la autopercepción, la incidencia de la salud bucal en la calidad de vida es poco menos que significativa. Esto parece sugerir que los adolescentes le dan poca importancia a su salud bucal sobre todo en cuanto a la salud se refiere o al menos no son conscientes de las implicaciones de la misma en su calidad de vida.

En cuanto a la relación de la condición bucal con el rendimiento académico de escolares de 11 a 14 años de edad de la institución estudiada, se encontró que no existe relación entre esta y el rendimiento académico. En este sentido, si bien los estudiantes muestran en general un nivel deficiente en cuanto a su salud bucal, medida a través de indicadores odontológicos objetivos, también presenta en general un buen rendimiento académico. Sin embargo, esto no implica que su condición no pudiera afectar su rendimiento en el futuro, si esta deficiencia en su estado de salud favorece luego la aparición de otras afecciones que pudiesen comprometer su estado general de salud, lo que sí podría afectar su vida académica.

5.2 Recomendaciones.

- En general, sobre la relación entre los problemas bucales con la calidad de vida y el RA de escolares de 11 a 14 años de edad en la provincia de Cañete se recomienda desarrollar campañas permanentes de sensibilización e información acerca de las acciones preventivas de carácter rutinario que pueden permitir a los jóvenes mejorar las condiciones de su salud bucal en el futuro. Si bien los resultados no muestran relación entre las variables consideradas, no hay garantía de que esta no se manifieste en futuro, considerando que el grupo de estudio es muy joven y los daños derivados de una salud bucal deficiente son de carácter acumulativo, por lo que pudiera manifestarse en los años siguientes.
- Sobre condición bucal de escolares de 11 a 14 años de edad que asisten a la Institución, debido al alto índice de caries que presentó el grupo de estudio, se recomienda realizar intervenciones de salud bucal, así como campañas de concientización entre los jóvenes sobre la importancia de un monitoreo frecuente de su salud bucal. Este último aspecto, es particularmente importante, considerando la brecha existente entre los resultados de la evaluación objetiva de la salud bucal del grupo y la autopercepción de los estudiantes sobre esta. El hecho de que objetivamente, los indicadores mostraron un nivel de salud bucal deficiente, mientras que su autopercepción indicaba lo contrario, da cuenta de un alto nivel de desconocimiento sobre el tema, lo que en el largo plazo si tendrá graves consecuencias para su salud bucal.
- En cuanto al impacto sobre la calidad de vida relacionada a la salud bucal, según el CPQ₁₁₋₁₄ en, se recomienda realizar adaptaciones del instrumento para el uso clínico como una medida de resultado con mayor nivel de precisión. A pesar de estar validada se considera tomar en cuenta otros elementos que ayuden a diferenciar

mejor entre los niños con mayor y menor CDV saludable. De este modo, no solo será posible establecer categorías mejor diferenciadas, sino que también posibilita la incorporación de dimensiones más amplias de la CVD.

- En lo que se refiere al rendimiento académico de escolares de 11 a 14 años de edad de la Institución Educativa Pública Mariscal Benavides, se recomienda, ampliar la gama de indicadores que permitan monitorear el progreso de los estudiantes en cuanto al desarrollo de capacidades, considerando que la escala de tres categorías, puede resultar insuficiente para la construcción de un perfil completo de avance académico.
- Respecto la condición bucal y su relación con la calidad de vida de escolares de 11 a 14 años de edad de la Institución Educativa, sabiendo que los daños derivados de una salud bucal deficiente, son acumulativos, se recomienda, desarrollar campañas de sensibilización en torno a los riesgos asociados a descuidar la salud bucal y las complicaciones que pudieran derivarse de afecciones relacionadas en el futuro y cuya incidencia sería fácilmente prevenible, optimizando el estado de la salud bucal.
- En cuanto a la relación de la condición bucal con el rendimiento académico de escolares de 11 a 14 años de edad de la institución estudiada, aun cuando aparentemente no existe relación alguna se recomienda el desarrollo de campañas de la sensibilización sobre la importancia de mantener un cuidado de carácter preventivo, a fin de contar con una buena salud bucal en los próximos años. De esta forma, siendo una población muy joven, es probable que aún no presenten un daño acumulado de una magnitud lo suficientemente considerable como para que afecte vida escolar, sin embargo, no existe garantía de que, al mantener un patrón deficiente de salud bucal, este rendimiento académico no se vea afectado en el futuro.

REFERENCIAS

1. Jackson SL, Vann Jr W, Kotch JB, Pahel BT, Lee JY. Impact of Poor Oral Health on Children's School Attendance and Performance. *Am J Public Health*. 2011; 101:1900–1906. doi:10.2105/AJPH.2010.200915.
2. Atlas de Salud Bucodental. El Desafío de las Enfermedades Bucodentales – Una llamada a la acción global. 2ª ed. Ginebra: Federación Dental Internacional (FDI); 2015.
3. Sheiham A. Oral health, general health and quality of life. *Bulletin of the World Health Organization* 83(9):644-644, 2005.
4. Abanto J, Albites U, Bönecker M, Martins-Paiva S, Castillo JL, Aguilar-Gálvez D. Cross-cultural adaptation and psychometric properties of the Child Perceptions Questionnaire 11-14 (CPQ11-14) for the Peruvian Spanish language. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2013;18(6):e832-e838.
5. Organización Mundial de la Salud (OMS). Comunicado de prensa. Ginebra 2004. <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr15/es/>
6. Maquera V. Relación entre el Nivel de Conocimiento Sobre Salud Bucal y los Hábitos de Higiene Oral en estudiantes de primer y segundo grado de secundaria de las instituciones educativas públicas del distrito de Ciudad Nueva - Tacna. [Tesis de Grado]. Tacna: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, Facultad de Odontología; 2012.
7. Shirley M, García V. Salud oral en la adolescencia. *Adolesc. Latinoam*. 1998; 1(3) Porto Alegre Oct. /Dec. 1998.
8. González MC, Tellez F. Calidad de vida y salud oral en una población colombiana con labio y/o Paladar fisurado. *Universitas Odontologica*. 2011; 30 (64).
9. Yoon H, Chung IS, Seol EY, Park BY, Park HW. Development of the lip and palate in

- staged human embryos and early fetuses. *Yonsei Med J.* 2000; 41(4): 477-484.
10. Apaza S, Torres G, Blanco D, Antezana V, Montoya J. Influencia de los factores sociodemográficos, familiares y el estado de la salud bucal en la calidad de vida de adolescentes peruanos. *Rev Estomatol Herediana.* 2015 Abr-Jun; 25(2).
 11. 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. *J Dent Res.* 2002; 81:459–63.
 12. Del Catillo C, Evangelista A, Sánchez P. Impacto de las condiciones bucales sobre calidad de vida en escolares del ámbito rural, Piura, Perú. *Rev. Estomatol Herediana* 2014 Oct-Dic; 24 (4):220-228.
 13. Seirawan H, Faust S, Mulligan R. The Impact of Oral Health on the Academic Performance of Disadvantaged Children. *Am J Public Health.* 2012 September; 102(9): 1729–1734.
 14. Deesha Kumari, Arkalgudu Govindraju Harikiran, Jyotsna Srinagesh. Impact of Oral Health Status, Oral Health Related Quality of Life and Social Determinants of Health on the Academic performance of 12 and 15 Year Old Children in Bangalore – A Descriptive study. *JMSCR.* 2017; 05 (06): 22870-22879.
 15. Canaza. M. Impacto de los problemas de salud bucal sobre la calidad de vida según la autopercepción de los escolares de 11-14 años de la Urb. Pamplona alta, San Juan de Miraflores, 2016. Lima: Universidad Privada Norbert Wiener; 2017
 16. Cerón-Bastidas XA. Relación de calidad de vida y salud oral en la población adolescente. *Rev. CES Odont* 2018; 31(1): 38-46.
 17. Cunha IP, Pereira AC, Meneghim MC, Frias AC, Mialhe FL. Association between social conditions and oral health in school failure. *Rev Saude Publica.* 2019;53:108.
 18. Grafitti PR, Neves F, Gomes FW, Kuchenbecker CR. Oral Health-Related Quality of

- Life and Associated Factors in Brazilian Adolescents. *Brazilian Dental Journal* (2017) 28(1): 113-120.
19. Deesha Kumari, Arkalgudu Govindraju Harikiran, Jyotsna Srinagesh. Impact of Oral Health Status, Oral Health Related Quality of Life and Social Determinants of Health on the Academic performance of 12 and 15 Year Old Children in Bangalore – A Descriptive study. *JMSCR*. 2017; 05 (06): 22870-22879.
20. Marcelo-Ingunza Jesús, Castillo-López César del, Evangelista-Alva Alexis, Sánchez-Borjas Pablo. Calidad de vida relacionada a la salud bucal en escolares de ámbito urbano-marginal. *Rev. Estomatol. Herediana* [Internet]. 2015; 25(3): 194-204.
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S101943552015000300004&lng=es.
21. Apaza S, Torres G, Blanco D, Ruiz C, Anticona C. Auto percepción del impacto de caries dental en la calidad de vida en escolares de 11 a 14 años de edad. Artículo original, Perú, 2015.
22. Piovesan C, Antunes JL, Mendes FM, Guedes RS, Ardenghi TM. Influence of children's oral health-related quality of life on school performance and school absenteeism. *J Public Health Dent*. 2012 Spring;72(2):156-63. doi: 10.1111/j.1752-7325.2011.00301.x. Epub 2012 Feb 28. PMID: 22372974.
23. Alcántara G. La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. *Sapiens. Revista Universitaria de Investigación*, Año 9, No. 1, junio 2008.
24. California Dental Association. Salud Bucal 1201 K Street, Sacramento, CA 95814800.232.7645 cda.org.
http://www.cda.org/Portals/0/pdfs/fact_sheets/oral_health_spanish.pdf
25. Hechavarria Martínez Bárbara Olaydis, Venzant Zulueta Sucel, Carbonell Ramírez Mireya de la Caridad, Carbonell Gonsalves Cristina. Salud bucal en la adolescencia.

MEDISAN [Internet]. 2013; 17(1): 117-125.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192013000100015&lng=es.

26. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Atención Integral a la Salud de Adolescentes. La Habana: MINSAP;2000. p. 1-22.
27. Organización mundial de la salud. Salud bucodental. 2020.
https://www.who.int/topics/oral_health/es/
28. Petersen PE, Bourgeois D, Ogawa H, Estupinan-Day S, Ndiaye C. The global burden of oral diseases and risks to oral health. *Bull World Health Organ.* 2005 Sep;83(9):661-9. Epub 2005 Sep 30. PMID: 16211157; PMCID: PMC2626328.
29. Gestal JJ, Smyth E, Cuenca E, Montes A. Epi-demiología y prevención de las enfermedades de la cavidad oral: caries dental, periodontopatías y cáncer. En: Piédrola Gil. *Medicina Preventiva y Salud Pública.* Elsevier Masson: Barcelona;2008.
30. Zou J, Meng M, Law CS, Rao Y, Zhou X. Common dental diseases in children and malocclusion. *Int J Oral Sci.* 2018;10(1):7. Published 2018 Mar 13. doi:10.1038/s41368-018-0012-3
31. Puerta I, Díaz S. Repercusiones de la salud bucal sobre calidad de vida por ciclo vital individual. *Acta Odontológica Colombiana.* 2017; 7 (2): 49-64.
32. Ispere AJ, Pantaleão dos Santos MR, Gonçalves PE. Prevalencia de maloclusión en la dentición primaria en el municipio de Cáceres Brasil. *Rev. Cubana Estomatol.* 2007; 45(1):91-95
33. Ricse E. Impacto de las condiciones orales atribuidas a maloclusiones sobre la calidad de vida y la necesidad de tratamiento ortodóntico en escolares de 11 a 12 años de un colegio de un distrito urbano, San Juan de Lurigancho. Tesis de Maestría en Estomatología. Lima, Perú: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2011.
34. Crespo C, Domínguez C, Vallejo F, Liñán C, Castillo C, León-Manco RA, Evangelista

- A. Impacto de maloclusiones sobre la calidad de vida y necesidad de tratamiento ortodóntico en escolares de dos escuelas privadas Azogues - Ecuador, 2015. Rev. Estomatol. Herediana. 2017 Jul; 27(3):141-152. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1019-43552017000300003&lng=es. <http://dx.doi.org/10.20453/reh.v27i3.3198>.
35. Fonseca Fernández Yenileidy, Fernández Pérez Elaine, Cruañas Angélica María. Mordida Abierta anterior. Revisión Bibliográfica. Rev haban cienc méd [Internet]. 2014 Ago [citado 2020 Sep 01] ; 13(4): 509-515. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2014000400003&lng=es.
36. Cruz Moreno Beatriz Magali, Muñoz Gaviria Carmen Elena. Rev Fac Odontol Univ Antioq [Internet]. 2011 Dec [cited 2020 Sep 01]; 23(1): 158-173. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-246X2011000200010&lng=en.
37. Herrera SP, Gurrola B, Casasa A. Tratamiento de mordida cruzada, paciente clase III, sin extracciones. Reporte de caso. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría. 2016.
38. Aparecido O, De Mendonça, Miranda-Zamalloa Y. Mordida cruzada posterior. Corrección y consideraciones. Caso clínico con 7 años de seguimiento. [2011 49\(1\)](#).
39. Bustillo Arrieta J. Implicación de la erupción de los terceros molares en el apiñamiento anteroinferior severo. Av. Odontoestomatol 2016; 32 (2): 107-116.
40. Estudi dental Barcelona. Overjet y overbite: tipos de oclusión en ortodoncia. 2018. Disponible en: <https://estudidentalbarcelona.com/overjet-y-overbite-tipos-de-occlusion-en-ortodoncia/>
41. Espinoza A. Traumatismos Dentoalveolares En Niños Y Adolescentes. Tesis. 2017
42. Andreasen J. Texto y Atlas a color de lesiones traumáticas a las estructuras dentales.

- Vol2. 4ta Edición. Venezuela: Amolca; 2009. p. 210- 250).
43. Falgás JF. Traumatismos dentales. *Pediatr Integral* 2019; XXIII (7): 322 – 329.
 44. Lopez-Marcos J, Garcia B, Garcia S. Tratamiento de las lesiones dentales traumáticas. *Acta Odontológica Venezolana*. 2006; 44(3):
 45. Gallego JR. Diagnóstico y tratamiento de las fracturas coronarias. *Acta odontológica*. [Volumen 42 N° 3 / 2004](#).
 46. Zambrano BG, Rondón R, Sogbe R. Fracturas Coronarias de Dientes permanentes y alternativas de tratamiento - Revisión de la Literatura. 2012. *Rev. Latinoamericana de ortodoncia y odontopediatría*. Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2012/art-34/>
 47. L. Vivero Couto, P. Beltri Orta, P. Planells Del Pozo Secuelas de las lesiones traumáticas producidas durante la dentición temporal. Una puesta al día. *OdOntOl Pediatr (Madrid)* Vol. 27, N.º 3, pp. 213-223, 2019
 48. Rubio CJ, Robledo de Dios T, Llodra CJ, Salazar FS, Artazcoz JO, Vicente LA, García-Camba JM. Criterios mínimos de los estudios epidemiológicos de salud dental en escolares. *Revista Española de Salud Pública* . 1997; 71:231-242
 49. Grigalauskiene R, Slabšinskiene E, Vasiliauskiene I. Biological approach of dental caries management. *Stomatologija*. 2015;17(4):107-112.
 50. Michaud DS, Fu Z, Shi J, Chung M. Periodontal Disease, Tooth Loss, and Cancer Risk. *Epidemiol Rev*. 2017;39(1):49-58. doi:10.1093/epirev/mxx006}
 51. Lingen MW, Kalmar JR, Karrison T, Speight PM Critical evaluation of diagnostic aids for the detection of oral cancer. *Oral Oncol*. 2008 Jan; 44(1):10-22.
 52. Rivera C. Essentials of oral cancer. *Int J Clin Exp Pathol*. 2015;8(9):11884-11894. Published 2015 Sep 1.
 53. Palmeiro MRL, Bronstrup MB, Durham J, Walls A, Shinkai RSA. Quality of life and

- mastication in denture wearers and cleft lip and palate adults. *Braz Oral Res.* 2018; 32: e113. Published 2018.
54. Lewis CW, Jacob LS, Lehmann CU; Section on oral health. The Primary Care Pediatrician and the Care of Children With Cleft Lip and/or Cleft Palate. *Pediatrics.* 2017 May;139(5): e20170628. doi: 10.1542/peds.2017-0628. Erratum in: *Pediatrics.* 2017 Sep;140(3):null. PMID: 28557774.
 55. Skevington SM. Quality of Life. *Encyclopedia of Stress (Second Edition) 2007*, Pages 317-319
 56. Sevenhuysen GP, TrumbleWaddell J. A new perspective on quality of life. *J Clin Epidemiol.* 1997; 50(3):231-2.
 57. Pinke I, Paulik E, Kivovics P, Segatto E, Nagy K. FogorvSz. The objective assessment of the quality of oral health care and development of quality indicators. 2011 Dec; 104(4):111 – 5. Hungarian.
 58. Barrientos Y, Juárez C. Calidad de vida en salud bucal en escolares de 11- 12 años del distrito de Samegua, Moquegua 2016. *Revista ciencia y tecnología Para el Desarrollo-UJCM* 2017; 3(6):65-72
 59. Diaz-Reissner Clarisse Virginia, Casas-García Irma, Roldán-Merino Juan. Calidad de Vida Relacionada con Salud Oral: Impacto de Diversas Situaciones Clínicas Odontológicas y Factores Socio-Demográficos. Revisión de la Literatura. *Int. J. Odontostomat.* [Internet]. 2017 Abr; 11(1): 31-39. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-381X2017000100005&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-381X2017000100005>.
 60. Agudelo-Suárez AA, Vásquez-Hernández A, Zapata-Villa C. Calidad de vida relacionada con la salud bucal en mujeres en situación de prostitución en Medellín

- (Colombia) y sus factores relacionados. CES Odontología [Internet]. 2017 Jul [cited 2019 Sep 18];30(2):3–15. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ddh&AN=130994675&lang=es&site=ehost-live>
61. Morales L, Gómez W. Caries dental y sus consecuencias clínicas relacionadas al impacto de la calidad de vida de preescolares de una escuela estatal. *Rev. Estomatol Herediana*.2019; 29(1):17-29.
 62. World Health Organization (WHO). A conceptual framework for action on the social determinants of health: Social Determinants of Health Discussion Paper Geneva: World Health Organization (WHO); 2010.
 63. Velarde E, Ávila C. Evaluación de la calidad de vida. *Rev. Salud Pública Méx.* 2002; 44(4)349-361.
 64. Schwartzmann L. Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Cienc.enferm*.2003; 9(2):9-21.
 65. Zucoloto ML, Maroco J, Campos JA. Impact of oral health on health-related quality of life: a cross-sectional study. *BMC Oral Health*. 2016 May 12;16(1):55. doi: 10.1186/s12903-016-0211-2. PMID: 27176473; PMCID: PMC4866408.
 66. Marino R, Schofield M, Wright C, Calache H, Minichiello V. Self-reported and clinically determined oral health status predictors for quality of life in dentate older migrant adults. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2008; 36:85–94.
 67. Tsakos G, Steele JG, Marcenes W, Walls AW, Sheiham A. Clinical correlates of oral health-related quality of life: evidence from a national sample of British older people. *Eur J Oral Sci*. 2006; 114:391–395. doi: 10.1111/j.1600-0722.2006.00398.x.
 68. Muñoz P., Aguilar F., de la Fuente J., Shimada H, Acosta L. Instrumentos validados para medir la salud bucal en niños. *Salud I Ciencia* 20. 2014; 846-851. Disponible en: <https://siicsalud.com/dato/sic/208/139632.pdf>

69. De la Fuente-Hernández, J.; Sumano-Moreno, O.; Sifuentes-Valenzuela, M. C. & Zelocatecatl-Aguilar, A. Impacto de la salud bucal en la calidad de vida de adultos mayores demandantes de atención dental. *Univ. Odontol.* 2010; 29(63):83-92.
70. Slade GD, Spencer AJ. Development and evaluation of oral health impact profile. *Community Dent Health.* 1994;11(1):3–11.
71. Locker D. Measuring oral health: a conceptual framework. *Community Dent Health.* 1988;5(1):3–18.
72. Zucoloto ML, Maroco J, Campos JA. Impact of oral health on health-related quality of life: a cross-sectional study. *BMC Oral Health.* 2016 May 12;16(1):55. doi: 10.1186/s12903-016-0211-2. PMID: 27176473; PMCID: PMC4866408.
73. Oliveira, BH; Nadanovsky, P. Psychometric properties of the Brazilian version of the Oral Health Impact Profile-short form. *Community Dent Oral Epidemiol* 2005; 33:307-314.
74. Delgado-Angulo EK, Hobdell MH, Bernabé E. Poverty, social exclusion and dental caries of 12-year-old children: a cross study in Lima, Perú. *BMC Oral Health.* 2009; 9:16.
75. Organización Panamericana de la Salud. La salud del adolescente y del joven. Washington DC: OPS; 1995. p. 552.
76. Hernández M, Espasa E, Boj JR. Eruption chronology of the permanent dentition in Spanish children. *J Clin Pediatr Dent.* 2008; 32(4):347-350.
77. Hechavarria B.O, Venzant S, Carbonell M, Carbonell C. Salud bucal en la adolescencia. *MEDISAN.*2013; 17 (1):117-125.
78. Firmani M, Reyes M, Becerra N, Flores G, Weitzman M, Espinosa P. Bruxismo de sueño en niños y adolescentes. *Rev. chil. pediatr.* 2015; 86 (5): 373-379.
79. Frías L.M, Nerey D, Grau I, Cabo R. Temporomandibular dysfunction in late

- adolescence. *Rev Cubana Estomatol.* 2012; 49(3): 204-214.
80. Ourens M, Celeste R, Hilgert J. Prevalencia de maloclusiones en adolescentes y adultos jóvenes del interior del Uruguay. *Relevamiento nacional de salud bucal 2010-2011. Odontoestomatología.* 2013; 15(spe): 47-57.
 81. Programa de salud y calidad de vida: un esfuerzo intersectorial en aras de mejorar la esperanza y la calidad de vida en Cuba. Febrero 2001. La Habana: MINSAP; 2001.
 82. Nazar A, Tapia R, Villa A, León G, Medina-Mora M, Salvatierra B. Factores asociados al consumo de drogas en adolescentes de áreas urbanas de México. *Salud Pública Méx.* 1999; 36(6):646-654.
 83. Guyatt GH, Fenny HD, Patrick DL. Measuring health-related quality of life. *Ann Intern Med* 1993; 118:622-629.
 84. Mainaire P. Disease, illness and health: Theoretical models of disablement process. *Bull World Health Organ* 1992; 70:373-379.
 85. Parra A, Becerra P, Barrientos C. Conocimiento, actitudes y prácticas en salud oral en adolescentes de 12 y 15 años de la localidad de Fresia. *Rev Chil Salud Pública.* 2014; 18(2):141-148.
 86. Vallejo R. La salud bucal y rendimiento académico en escolares de 11 a 12 años de edad del Cantón Azogues-Ecuador 2015". Tesis. 2016
 87. Ministerio de educación de Perú. DISEÑO CURRICULAR NACIONAL de Educación Básica Regular 2005. Disponible en: <http://mapeal.cippe.org/wp-content/uploads/2014/06/DisenoCurricularNacional.pdf>
 88. Lamas, H. (2015). Sobre el rendimiento escolar. *Propósitos y Representaciones*, 3(1), 313-386. doi: <http://dx.doi.org/10.20511/pyr2015.v3n1.74>
 89. Muszkat M. Poor school performance: importance of child self-report. *Mau desempenho escolar: importância da visão da própria criança. Rev Paul Pediatr.*

- 2017;35(4):366. doi:10.1590/1984-0462/;2017;35;4;00017
90. Rezende BA, Lemos SMA, Medeiros AM. Quality of life and health self-perception in children with poor school performance. *Rev Paul Pediatr.* 2017 Oct-Dec;35(4):415-421. doi: 10.1590/1984-0462/;2017;35;4;00009. PMID: 29185623; PMCID: PMC5737271.
 91. Guarnizo-Herreno CC, Wehby GL. Children's dental health, school performance, and psychosocial well-being. *Journal of Pediatrics.* 2012;161(6):1153–1159.
 92. Watt RG, Mathur MR, Aida J, Bonecker M, Venturelli R, Gansky SA. Oral health disparities in children: a canary in the coalmine? *Pediatric clinics of North America.* 2018;65(5):965–979.
 93. Rebelo MAB, Rebelo Vieira JM, Pereira JV, Quadros LN, Vettore MV. Does oral health influence school performance and school attendance? A systematic review and meta-analysis [published online ahead of print, 2018 Oct 26]. *Int J Paediatr Dent.* 2018;10.1111/ipd.12441.
 94. Guarnizo-Herreño CC, Lyu W, Wehby GL. Children's Oral Health and Academic Performance: Evidence of a Persisting Relationship Over the Last Decade in the United States. *J Pediatr.* 2019 Jun; 209:183-189.e2. doi: 10.1016/j.jpeds.2019.01.045. Epub 2019 Mar 26. PMID: 30926152; PMCID: PMC6667186.
 95. Lasa I., Pozo J. L. del, Penadés J. R., Leiva J. Biofilms bacterianos e infección. *Anales Sis San Navarra* [Internet]. 2005 Ago; 28(2): 163-175. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272005000300002&lng=es.
 96. Frugone Zambra RE, Rodríguez C. Bruxismo. *Av. Odontoestomatol* 2003;19-3:123-130.
 97. [Accesibilidad y capacidades cognitivas](#). *Capacidades cognitivas.* 2012. Disponible en:

- <http://accesibilidadcognitivaurbana.fundaciononce.es/capacidadesCognitivas.aspx>
98. MedlinePlus, Dolor. 2020. <https://medlineplus.gov/spanish/pain.html>
 99. Fernández Amézaga J., Rosanes González R. Halitosis: diagnóstico y tratamiento en Atención Primaria. Medifam [Internet]. 2002; 12(1): 46-57. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1131-57682002000100005&lng=es.
 100. Andrade M. Homeostasis. Definición ABC. 2011. Definición ABC. Disponible en: <https://www.definicionabc.com/ciencia/homeostasis.php>
 101. Centro Nacional de Defectos Congénitos y Discapacidades del Desarrollo de los CDC, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Información sobre el labio hendido y el paladar hendido. 2020. Disponible en: <https://www.cdc.gov/ncbddd/spanish/birthdefects/cleftlip.html>
 102. García-Rubio A., Bujaldón-Daza A.L., Rodríguez-Archilla A. Lesiones periapicales: diagnóstico y tratamiento. Av Odontoestomatol [Internet]. 2015; 31(1):31-42. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852015000100005&lng=es.
 103. Fude. ¿Qué es un odontograma? Disponible en: <https://www.educativo.net/articulos/que-es-un-odontograma-826.html>
 104. Asociación médica mundial. Salud Pública Atención médica y promoción de la salud para toda la población. 2020. <https://www.wma.net/es/que-hacemos/salud-publica/>
 105. O'Brien C, Benson PE, Marshman Z. Evaluation of a quality of life measure for children with malocclusion. J Orthod. 2007;34(3):185-93.
 106. Münch, L. y Ángeles, E. (2007). *MÉTODOS Y TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN*. Editorial Trillas, S.A. México.
 107. Martínez, M. (2002). *La Nueva Ciencia. SU DESAFÍO, LÓGICA Y MÉTODO*. Editorial Trillas, S.A. México.

ANEXOS
Anexo 1: MATRIZ DE CONSISTENCIA

Problemas	Objetivos	Hipótesis	Variables	Dimensiones e Indicadores	Metodología
<p>Problema general ¿Existe relación entre los problemas bucales con la calidad de vida y el rendimiento académico de escolares de 11 a 14 años de edad de la Provincia de Cañete – 2022?</p> <p>Problemas específicos</p> <p>¿Cuál es la condición bucal de los escolares de 11 a 14 años de edad que asisten a la Institución Educativa Pública Mariscal Benavides N° 20150 del Distrito de Lunahuaná?</p> <p>¿Cuál es la calidad de vida relacionada a la salud bucal, según el CPQ₁₁₋₁₄ en el grupo de estudio?</p> <p>¿Cuál es el rendimiento</p>	<p>Objetivo general Determinar si existe correlación entre los problemas bucales con la calidad de vida y el rendimiento académico de escolares de 11 a 14 años de edad en la provincia de Cañete.</p> <p>Objetivos Específicos</p> <p>Evaluar la condición bucal de escolares de 11 a 14 años de edad que asisten a la Institución Educativa Pública Mariscal Benavides N° 20150 del Distrito de Lunahuaná.</p> <p>Identificar la calidad de vida relacionada a la salud bucal, según el CPQ₁₁₋₁₄ en el grupo de estudio.</p>	<p>Hipótesis general Existe una relación entre el impacto de los problemas bucales, la calidad de vida y el rendimiento académico de escolares de 11 a 14 años de edad en la Provincia de Cañete.</p> <p>Hipótesis específicas</p> <p>Existe relación entre la condición bucal con la calidad de vida de escolares de 11 a 14 años de edad de la Institución Educativa Pública Mariscal Benavides N° 20150 del Distrito de Lunahuaná.</p> <p>Existe relación entre la condición bucal con el rendimiento académico de escolares de 11 a 14 años de edad de la Institución Educativa</p>	<p>Variable 1: Problemas bucales. (Variable independiente)</p>	<p>Dimensión 1. Caries dental Indicadores: Índice CPOD</p> <p>Dimensión 2. Necesidad de tratamiento ortodóntico Indicadores: Características clínicas de maloclusión</p> <p>Dimensión 3. Traumatismos dentales Indicadores: Clasificación epidemiológica de las lesiones traumáticas dentales.</p>	<p>Método: Deductivo</p> <p>Enfoque: Cuantitativo</p> <p>Diseño: Observacional, transversal</p> <p>Tipo: Aplicada</p> <p>Población: 188 niños en edad escolar (11 a 14 años) de la Institución Educativa Pública Mariscal Benavides N° 20150.</p> <p>Muestra: 126</p> <p>Técnica: Encuesta</p> <p>Instrumento: Cuestionario, ficha odontológica y registro de notas.</p> <p>Análisis de datos: Descriptivo e inferencial</p>

Anexo 2: CUESTIONARIO DE PERCEPCIÓN INFANTIL CPQ 11-14:



ENCUESTA DE SALUD BUCODENTAL INFANTIL DE 11 A 14 AÑOS

Nº _____

¡HOLA!

¡Muchas gracias por ayudarnos con nuestro estudio! Estamos realizándolo con el fin de entender mejor los problemas que puedas tener en tus dientes, boca, labios y mandíbula. Al responderlo nos ayudarás a aprender más de las experiencias de jóvenes como tú.

RECUERDA:

- ✓ Este no es un examen por ello no hay respuestas buenas, ni malas.
- ✓ Contesta de manera sincera. No hables con nadie acerca de las preguntas mientras realizas el cuestionario. Tus respuestas solo son para ti y nadie sabrá acerca de ellas.
- ✓ Lee atentamente cada pregunta y piensa acerca de aquellas experiencias que has tenido en los últimos 3 meses.
- ✓ Antes de responder, pregúntate a ti mismo: ¿He tenido problemas de dientes, labios, boca o mandíbula?
- ✓ Marca con una "X" en el recuadro que consideres como mejor respuesta para ti.

PRIMERO, ALGUNAS PREGUNTAS SOBRE TI:

Apellidos y nombres:

01. Sexo:

- Femenino.
 Masculino.

02. ¿Cuándo naciste?

___/___/___

DIA MES AÑO

PREGUNTAS		E	M	B	R	M
03	¿Podrías decir que la salud de tus dientes, labios, mandíbula y boca es:					
		N	M	P	B	M
04	¿Cuánto crees que afecta en tu vida diaria el estado de tus dientes, labios, mandíbula o boca?					

LISTO, ¡HEMOS TERMINADO!

¡GRACIAS POR AYUDARNOS!



PREGUNTAS ACERCA DE PROBLEMAS BUCODENTALES		N U N	1 - 2	A V	C F	C T D
05	¿Dolor en tus dientes, labios, mandíbula o boca?					
06	¿Sangrado en las encías?					
07	¿Dolor en la boca?					
08	¿Mal aliento?					
09	¿Comida que se queda dentro o entre tus dientes?					
10	¿Comida que se queda pegada en el paladar (arriba) de tu boca?					
11	¿Has respirado por la boca?					
12	¿Has tardado más tiempo en comer que otras personas?					
13	¿Has tenido problemas para dormir?					
14	¿Problemas para morder o masticar alimentos como una manzana, un chocho o un bistek?					
15	¿Problemas para abrir la boca muy grande?					
16	¿Dificultad para pronunciar algunas palabras?					
17	¿Dificultad para comer lo que te gusta?					
18	¿Problemas para beber con un sorbete o caña?					
19	¿Dificultad para tomar líquidos o comer alimentos calientes o fríos?					
PREGUNTAS SOBRE TUS SENSACIONES						
20	¿Te has sentido irritable o frustrado?					
21	¿Te has sentido seguro de ti mismo?					
22	¿Te has sentido tímido o avergonzado?					
23	¿Te has preocupado de lo que piensan las personas acerca de tus dientes, labios, boca o mandíbula?					
24	¿Has estado preocupado porque no eres tan simpático como otros?					
25	¿Has estado molesto?					
26	¿Te has sentido nervioso o asustado?					
27	¿Has estado preocupado porque no estás tan saludable como los demás?					
28	¿Has estado preocupado porque eres diferente a los demás?					
PREGUNTAS SOBRE EL COLEGIO						
29	¿Has faltado a clases por causa de algún dolor, citas médicas o alguna cirugía?					
30	¿Has tenido dificultad en poner atención en clase?					
31	¿Te ha parecido difícil hacer tus tareas?					
32	¿No has querido hablar o leer en voz alta en clase?					
PREGUNTAS SOBRE ACTIVIDADES EN TU TIEMPO LIBRE E INTEGRACION CON LOS DEMÁS						
33	¿Has evitado participar en deportes, teatro, música o paseos escolares?					
34	¿No has querido hablar con los otros niños?					
35	¿Has evitado reír mientras estabas con otros niños?					
36	¿Ha sido difícil tocar instrumentos musicales (flauta, trompeta) o silbatos (pitos)?					
37	¿No has querido pasar el tiempo con otros niños?					
38	¿Has discutido/peleado con tu familia u otros niños?					
39	¿Algunos niños se han burlado de ti o te han puesto apodosos?					
40	¿Otros niños te han apartado de su grupo?					
41	¿Otros niños te han hecho preguntas acerca de tus dientes, labios, boca o					

Anexo 3: FICHA ODONTOLÓGICA



FICHA N° _____

FICHA ODONTOLÓGICA

❖ APELLIDOS Y NOMBRES: _____

❖ Sexo: F M

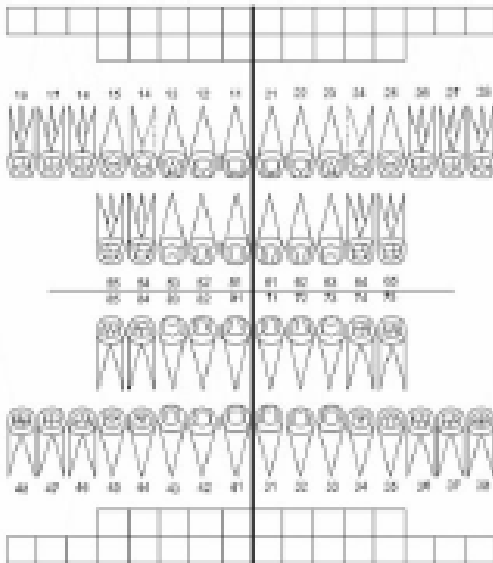
❖ Fecha de nacimiento: ___/___/___

❖ Nivel educativo:

• PRIMARIA: 6°

• SECUNDARIA: 1° 2° 3°

ODONTOGRAMA



ESPECIFICACIONES:

OBSERVACIONES:

ÍNDICE CPD:

CARIADOS	OBTURADOS	PERDIDOS	TOTAL

NECESIDAD DE TRATAMIENTO ORTODONTICO:

Presenta:

- ❖ Mordida abierta: SI NO
- ❖ Mordida profunda anterior: SI NO
- ❖ Mordida bis a bis: SI NO
- ❖ Mordida cruzada anterior: SI NO
- ❖ Mordida cruzada posterior: SI NO
- ❖ Apilamiento anterosuperior: SI NO
- ❖ Apilamiento anteroinferior: SI NO
- ❖ OVER JET: _____ mm.
- ❖ OBER BITE: _____ %.

MARCA CON UNA "X"

SI NECESITA TRATAMIENTO ORTODONTICO	
NO NECESITA TRATAMIENTO ORTODONTICO	

CLASIFICACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LAS LESIONES TRAUMÁTICAS DENTALES:

LTD	PZAS.	SI	NO
❖ Sin lesión.			
❖ Lesión dental tratada.			
❖ Solo fractura del esmalte.			
❖ Fractura del esmalte / dentina.			
❖ Lesión pulpar.			
❖ Ausencia dental debido a LTD.			
❖ Diente excluido			

Anexo 5: APROBACIÓN DEL COMITÉ DE ETICA



COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA PARA LA INVESTIGACIÓN

Lima, 07 de julio de 2022

Investigador(a):
Arlet Carolina Sánchez Candela
Exp. N° 1883-2022

Cordiales saludos, en conformidad con el proyecto presentado al Comité Institucional de Ética para la investigación de la Universidad Privada Norbert Wiener, titulado: **“CALIDAD DE VIDA EN RELACIÓN A LOS PROBLEMAS BUCALES Y EL RENDIMIENTO ACADÉMICO DE ESCOLARES DE 11 A 14 AÑOS DE EDAD EN LA PROVINCIA DE CAÑETE” - versión 2**, el cual tiene como investigadora principal a Arlet Carolina Sánchez Candela.

Al respecto se informa lo siguiente:

El Comité Institucional de Ética para la investigación de la Universidad Privada Norbert Wiener, en sesión virtual ha acordado la **APROBACIÓN DEL PROYECTO** de investigación, para lo cual se indica lo siguiente:

1. La vigencia de esta aprobación es de un año a partir de la emisión de este documento.
2. Toda enmienda o adenda que requiera el Protocolo debe ser presentado al CIEI y no podrá implementarla sin la debida aprobación.
3. Debe presentar 01 informe de avance cumplidos los 6 meses y el informe final debe ser presentado al año de aprobación.
4. Los trámites para su renovación deberán iniciarse 30 días antes de su vencimiento juntamente con el informe de avance correspondiente.

Sin otro particular, quedo de Ud.,

Atentamente



Yenny Marisol Bellido Fuentes
Presidenta del CIEI- UPNW

Anexo 6: CONSENTIMIENTO INFORMADO



“CALIDAD DE VIDA EN RELACIÓN A LOS PROBLEMAS BUCALES Y EL RENDIMIENTO ACADEMICO DE ESCOLARES DE 11 A 14 AÑOS DE EDAD EN LA PROVINCIA DE CAÑETE”

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

I. INFORMACIÓN

La presente investigación es realizada por SÁNCHEZ CANDELA ARLET CAROLINA; bachiller en Odontología de la Universidad Privada Norbert Wiener. El objetivo de este estudio es:

“Determinar si existe correlación entre los problemas bucales con la calidad de vida y el rendimiento académico de escolares de 11 a 14 años de edad en la provincia de Cañete”.

La investigación consistirá en la recolección de datos del menor mediante la encuesta: “CUESTIONARIO DE PERCEPCIÓN INFANTIL (CPQ₁₁₋₁₄)”; una vez resuelto el cuestionario se procederá a realizar un examen intraoral mediante una ficha odontológica. Posteriormente accederemos a el registro de notas finales. La participación en este estudio es estrechamente voluntaria. La información obtenida será de carácter confidencial y no será usada para otro propósito fuera de este estudio. La información recolectada será codificada usando un número de identificación y, por lo tanto, serán anónimas. Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante la participación en él. Igualmente, como apoderado del menor puedo indicar el retiro o no de éste del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Usted no tendrá ningún gasto y también no recibirá cualquier valor en dinero por haber participado del estudio, siendo comunicado al finalizar los resultados obtenidos. Si tiene alguna duda o inconveniente relacionado con el estudio puede contactarse con los siguientes correos:

INVESTIGADOR: scandelac28@gmail.com

Contacto del Comité de Ética: Dra. Yenny M. Bellido Fuentes, presidenta del Comité de Ética de la Universidad Norbert Wiener, para la investigación de la Universidad Norbert Wiener, Email: comité.etica@uwiener.edu.pe

II. DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO DEL PADRE/MADRE O TUTOR

Mediante el presente documento, yo _____
identificado con DNI _____ teniendo relación con el menor participante
(Madre/Padre/Representante legal) _____ acepto que mi menor
hijo(a) _____ pueda participar
voluntariamente en el proyecto de investigación conducida por el bachiller Sánchez
Candela Arlet Carolina. He sido informado (a) sobre el objetivo y procedimientos que
serán realizados durante el desarrollo del estudio. Entiendo que una copia de esta ficha
de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los
resultados de este estudio cuando éste haya concluido.

FECHA: ___ / ___ / ___

INVESTIGADOR:
Sánchez Candela
Arlet Carolina.

Teléfono: 932059240

FIRMA DEL INVESTIGADOR

FIRMA DEL PADRE O APODERADO

Versión #2 Fecha: 28/06/2022

Anexo 7:



Universidad
Norbert Wiener

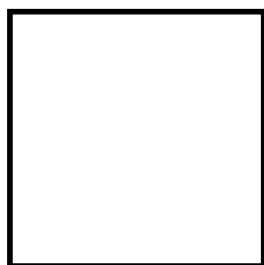
ASENTIMIENTO INFORMADO

Mediante el presente documento yo _____
identificado(a) con DNI_____ acepto participar en la investigación realizada
por el bachiller en Odontología Arlet Carolina Sánchez Candela de la Universidad Privada
Norbert Wiener; la cual ha sido previamente comunicado a mis padres o apoderado.

He sido informado (a) que el objetivo principal del estudio es “Determinar si existe
correlación entre los problemas bucales con la calidad de vida y el rendimiento académico
de escolares de 11 a 14 años de edad en la provincia de Cañete”.

Con este fin se realizará una encuesta: “CUESTIONARIO DE PERCEPCIÓN INFANTIL
(CPQ₁₁₋₁₄)”. Así mismo se llevará a cabo la recolección de datos mediante una evaluación
clínica, la cual tomará un tiempo estimado de 5 minutos. De igual modo se accederá al
registro de notas.

La información obtenida será de carácter confidencial y no será usada para otro propósito
fuera de este estudio sin mi consentimiento.



FIRMA DEL PACIENTE

Anexo 8: CARTA DE SOLICITUD PARA RECOLECCIÓN DE DATOS



Universidad
Norbert Wiener

Lima, 26 de julio de 2022

Carta N°0508-039-07-2022-DFCS-UPNW

Sra. Rosilú Lévano Yactayo
Directora
I.E.P. 20150 Mariscal Benavides
Cañete - Lunahuana

Presente. -

De mi consideración,

Es grato dirigirme a Usted para expresarle mi cordial saludo y a la vez presentarle a la Srta. Arlet Carolina Sánchez Candela, con N° de DNI 70478117 y código de estudiante a2012100048, Bachiller en Odontología, quien solicita acceder a su institución con la finalidad de recolectar sus datos estadísticos para desarrollar su proyecto de investigación titulado "CALIDAD DE VIDA EN RELACIÓN A LOS PROBLEMAS BUCALES Y EL RENDIMIENTO ACADÉMICO DE ESCOLARES DE 11 A 14 AÑOS DE EDAD EN LA PROVINCIA DE CAÑETE", por lo que le agradeceré su gentil atención al presente.

Sin otro en particular, me despido.

Atentamente,

Dr. Elias Melitón Arce Rodríguez
Decano
Facultad de Ciencias de la Salud

Anexo 9: INFORME DEL ASESOR DE TURNITIN

Anexo 10: FOTOGRAFÍAS







