

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Odontología

RELACIÓN ENTRE LAS CONDICIONES BUCALES AUTOPERCIBIDAS
Y LA CALIDAD DE VIDA EN ESCOLARES DE 11 Y 12
AÑOS DE EDAD DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA
DON JOSÉ DE SAN MARTIN DEL DISTRITO
ALTO DE LA ALIANZA. TACNA 2016.

TESIS

Presentada por:

Bach. Yanet Nelly Zanabria Romero

Para optar el Título Profesional de:

CIRUJANO DENTISTA

TACNA - PERÚ

2019

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN-TACNA
Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela Profesional de Odontología

RELACIÓN ENTRE LAS CONDICIONES BUCALES AUTOPERCIBIDAS
Y LA CALIDAD DE VIDA EN ESCOLARES DE 11 Y 12 AÑOS
DE EDAD DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA DON
JOSÉ DE SAN MARTIN DEL DISTRITO
ALTO DE LA ALIANZA.
TACNA 2016.

TESIS

PRESENTADA POR:

Bach. Yanet Nelly Zanabria Romero

Para optar el título Profesional de:

CIRUJANO DENTISTA

Aprobado por: UNANIMIDAD Ante el siguiente jurado:



Dr. Alejandro Aldana Cáceres

Presidente



C.D. Carlos Enrique Valdivia Silva

Jurado



Dr. Luis Alberto Alarico Cohaila

Jurado



Mgr. Jaime Bárcena Taco

Asesor

DEDICATORIA

A mi querida Anyeli, quien con su sonrisa me demostró que la vida continua; a mi madre, Sofía; mi tía, Delia y mi abuela, Eugenia; por su amor y apoyo incondicional durante estos largos años de carrera.

AGRADECIMIENTO

Al Mgr. Jaime Bárcena Taco, por haberme proporcionado material bibliográfico para el desarrollo de la investigación.

RESUMEN

Objetivo: Establecer la relación de las condiciones bucales auto percibidas y la calidad de vida en escolares de 11 y 12 años de edad de la Institución educativa Don José de San Martín del distrito Alto de la Alianza. Tacna 2016. **Material y métodos:** Estudio de tipo Observacional, Relacional y de corte transversal, se estudió a 190 escolares de 11 y 12 años de edad de la Institución Educativa Don José de San Martín. Se utilizó la versión en español (Perú) del Índice Child-OIDP. **Resultados:** el 100 % de escolares reportaron al menos un desempeño diario afectado. La Condición bucal: Diente cariado (56,3%) fue frecuentemente señalada; al igual que: Comer (93,2%), en la Calidad de vida. **Conclusión:** Existe relación significativa según la prueba estadística χ^2 con un $p < 0,05$ entre las Condiciones bucales y la Calidad de vida.

PALABRAS CLAVE: Condiciones bucales, Calidad de vida, Calidad de vida relacionada a la Salud Bucal, Child-OIDP

ABSTRACT

Objective: Set the relation up of oral conditions and the quality of life in schoolchildren among 11 and 12 years old, from Educational Institution Don José de San Martín from Alto de la Alianza district. Tacna 2016. **Material and method:** Observational, Relational and cross-sectional study, 190 schoolchildren among 11 and 12 years old were studied at the Don José de San Martín Educational Institution. The Spanish version (Peru) of the Child-OIDP Index. **Results:** 100% of school children reported at least one affected in activities. The oral condition: Decayed tooth (56.3%) was frequently mentioned, same in: Eating (93.2%) was in the Quality of life. **Conclusion:** There is a significant relation according to the chi2 statistical test with a $p < 0.05$ between oral conditions and the quality of life.

Keywords: Oral conditions, Quality of life, Quality of life related to oral health, Child-OIDP

CONTENIDO

DEDICATORIA.....	iii
AGRADECIMIENTO.....	iv
RESUMEN.....	v
ABSTRACT.....	vi
INTRODUCCIÓN.....	1

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Fundamentos y formulación del problema.....	4
1.1.1. Descripción del problema.....	4
1.1.2. Formulación del problema.....	6

1.2.	Objetivos del estudio.....	7
	1.2.1. Objetivo general.....	7
	1.2.2. Objetivos específicos.....	7
1.3.	Justificación.....	8
1.4.	Formulación de la hipótesis.....	11
1.5.	Operacionalización de variables.....	12

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1.	Antecedentes de la investigación.....	13
	2.1.1. Antecedentes internacionales.....	13
	2.1.2. Antecedentes nacionales.....	25
	2.1.3. Antecedentes locales.....	31

2.2.	Base teórico científicas.....	33
2.2.1.	Condiciones bucales.....	33
2.2.2.	Calidad de vida.....	80
2.2.3.	Calidad de vida relacionada a la salud.....	82
2.2.4.	Calidad de vida relacionada a la salud bucal.....	88
	A. Indicadores sociodentales.....	94
	B. Instrumentos validados para medir la salud bucal en niños.....	98
	C. Child oral impacts on daily performance.....	106
2.2.5.	Percepción de los niños sobre la salud y calidad de vida relacionada a la salud.....	111
2.3.	Definición conceptual de términos.....	116

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1.	Materiales y métodos.....	118
	3.1.1. Tipo – diseño de la investigación.....	118
	3.1.2. Ámbito de estudio.....	118
3.2.	Población de estudio.....	118
	3.2.1. Población.....	118
	3.2.2. Criterios de selección.....	119
3.3.	Técnica e instrumentos de recolección de datos	120
	3.3.1. Técnica.....	120
	3.2.1. Instrumento.....	121
3.4.	Procedimiento de recolección de datos.....	122
3.5.	Plan de procesamiento y análisis de datos.....	123

CAPÍTULO IV

DE LOS RESULTADOS

4.1.	Resultados.....	124
4.2.	Discusión.....	134
	CONCLUSIONES.....	140
	RECOMENDACIONES.....	141
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	143
	ANEXOS.....	167

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N°1.....	125
Tabla N°2.....	128
Tabla N°3.....	131

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N°1.....	127
Gráfico N°2.....	130

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, las enfermedades bucodentales constituyen un problema importante de salud a nivel mundial,¹ por tanto, una mala salud bucal influye de manera directa sobre la salud de los individuos y puede tener consecuencias desfavorables en su bienestar físico y psicosocial, es decir, afecta a su calidad de vida.²

Es así que, el término calidad de vida relacionada a la salud bucal es un concepto relativamente nuevo que incorpora la autopercepción del individuo acerca de su salud;³ en consecuencia, se hace necesario conocer de cuanto está siendo afectada la calidad de vida en relación a la salud bucal, mediante indicadores que tengan en cuenta la opinión del individuo.⁴

Uno de estos indicadores es el Child Oral Impacts On Daily Performances,⁵ diseñado para medir la influencia de las condiciones bucales sobre la calidad de vida;⁶ el cual fue adaptado y validado para Perú.⁷ El propósito de esta investigación es determinar la relación entre las condiciones bucales y la calidad de vida en escolares de 11 Y 12 años de edad de la Institución educativa Don José de San Martín del distrito Alto de la Alianza. Tacna 2016.

La presente investigación consta de cuatro capítulos:

En el capítulo I se presenta el planteamiento del problema, su descripción, formulación, objetivos, su justificación, la formulación de las hipótesis y la operacionalización de las variables.

En el capítulo II se abordan los aspectos teóricos relacionados a la investigación, como lo son: la valoración nutricional antropométrica, la caries dental y la enfermedad periodontal; además de los antecedentes nacionales e internacionales.

En el capítulo III se explica el marco metodológico, el ámbito de estudio, la población de estudio y además, los métodos y técnicas para la recolección y procesamiento de datos.

En el capítulo IV, se mostrarán los resultados obtenidos en el estudio, las interpretaciones correspondientes de cada tabla obtenida, los gráficos y la discusión de los resultados confrontándolos con los obtenidos en los antecedentes del estudio.

Finalmente, se muestran las conclusiones, recomendaciones, las referencias bibliográficas y los anexos, de donde se pueden realizar las consultas respectivas, y así ampliar los temas que se desarrollaron a lo largo del estudio.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. FUNDAMENTOS Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.1.1. FUNDAMENTO DEL PROBLEMA

La Organización Mundial de la Salud (OMS), al definir Salud como: “Un estado de completo bienestar físico, químico y social, y no únicamente la ausencia de enfermedad”;³ surge el concepto de calidad de vida relacionada a la salud (CVRS) que incorpora definiciones de estado de salud, capacidad funcional y calidad de vida;⁵ es así que, la calidad de vida relacionada con la salud bucal (CVRSB) se refiere a la influencia que ejerce la enfermedad bucal o la salud bucal en las actividades diarias.⁷ Por tanto, la salud bucal forma parte de la salud general, siendo reconocida como un componente esencial para la calidad de vida.⁸

Actualmente, muchas personas en el mundo son afectadas por problemas o afecciones bucales que pueden influir de manera positiva o negativa sobre su salud física, psicológica y a su diario vivir.¹ Las afecciones bucales pueden extenuar la autoimagen, la autoestima, la interacción social e incluso llevar a un cuadro de estrés y depresión, así como interferir en funciones como: la respiración, deglución, comunicación, la elección de sus alimentos y actividades comunes como: estudiar, trabajar e interactuar con familia y/o amigos.⁹ Siendo los niños y adolescentes un grupo muy vulnerable a nivel emocional y social.⁵ Por tanto las condiciones bucales se deben atender con prontitud.

En el Perú, si bien existe disposición en rehabilitar los padecimientos bucodentales de la población; no se da mayor interés a la información de cómo se sienten con respecto a su salud bucal; y si esta condición altera la capacidad de realizar sus actividades diarias.⁴

Es por lo expuesto, que la presente investigación pretende establecer la relación entre las condiciones bucales

auto percibidas y la calidad de vida en escolares de 11 y 12 años de edad de la Institución educativa Don José de San Martín del distrito Alto de la Alianza.Tacna 2016; a través de la versión en español del Child-OIDP, validado en nuestro país.

1.1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.1.2.1. INTERROGANTE BASICA DEL PROBLEMA

¿Existe relación entre las condiciones bucales autopercebidas y la calidad de vida en escolares de 11 y 12 años de edad de la Institución educativa Don José de San Martín del distrito Alto de la Alianza.Tacna 2016.?

1.1.2.2. INTERROGANTES ESPECIFICAS DEL PROBLEMA

- ¿Cuáles son las condiciones bucales autopercebidas por los escolares de 11 y 12 años de edad de la Institución educativa Don

José de San Martín del distrito Alto de la Alianza.Tacna 2016.?

- ¿Cuál es la calidad de vida, a través de los desempeños afectados, de los escolares de 11 y 12 años de edad de la Institución educativa Don José de San Martín del distrito Alto de la Alianza.Tacna 2016.?

1.2. OBJETIVOS

1.2.1. OBJETIVO GENERAL

- Determinar la relación entre las condiciones bucales auto percibidas y la calidad de vida en escolares de 11 y 12 años de edad de la Institución educativa Don José de San Martín del distrito Alto de la Alianza. Tacna 2016.

1.2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar las condiciones bucales autopercibidas de los escolares de 11 y 12 años de edad de la Institución

educativa Don José de San Martín del distrito Alto de la Alianza. Tacna 2016.

- Determinar la calidad de vida, a través de los desempeños afectados, de los escolares de 11 y 12 años de edad de la Institución educativa Don José de San Martín del distrito Alto de la Alianza. Tacna 2016.

1.3. JUSTIFICACIÓN

La odontología, como ciencia que es, está en constante progreso, así como sus conceptos y tendencias; es así que, actualmente se habla mucho sobre la prevención y promoción de la salud.

El objetivo de esta investigación pretende establecer la relación entre las condiciones bucales autopercibidas y la calidad de vida en escolares de 11 y 12 años de edad de la Institución educativa Don José de San Martín. Dando a conocer las diferentes condiciones bucales que pueden presentar y como pueden influir, de manera

positiva o negativa, sobre su salud física, psicológica y su diario vivir.
Por lo que adquiere la siguiente relevancia:

Originalidad: La investigación es parcialmente original, debido a que las variables de estudio ya han sido estudiadas con anterioridad en otro ámbito y en otro tiempo.

Relevancia científica: porque aportará datos respecto a las condiciones bucales como el factor responsable de la alteración de la calidad de vida, mediante la alteración del normal desarrollo de actividades cotidianas; es por ello que el resultado obtenido de este estudio contribuirá con la elaboración de nuevos programas de intervención, para la disminución de estos problemas, que afectan la salud de la población.

Relevancia académica: porque la investigación conducirá a resultados que puedan ser compartidos con aquellos profesionales interesados en la temática, particularmente aquellos trabajos orientados hacia la prevención y promoción de la salud; y servirán como datos de referencia para futuros trabajos de investigación.

Relevancia social: porque nos permitirá conocer a fondo la realidad local de nuestros niños referente a su percepción sobre su salud bucal y la existencia o no de alteración en el desarrollo de sus actividades diarias, Y sugerirá incorporar la salud bucal en la toma de decisiones de políticas sectoriales, teniendo en cuenta las desigualdades sociales en salud e implementando y desarrollando políticas de salud equitativas y que atienda las necesidades de la población.

Factibilidad: esta investigación es factible, ya que cuenta con el apoyo logístico, recursos humanos. Además de los recursos materiales para llevarla a cabo.

Interés personal: porque existe motivación y curiosidad suficiente para investigar sobre el tema, ante la posibilidad de que algunas condiciones bucales puedan influir en la calidad de vida respecto a su salud bucal de los niños; debido a que, como profesionales de la salud, los odontólogos debemos trabajar en forma conjunta con otras especialidades de la salud para brindar un servicio integral a la población.

1.4. FORMULACIÓN DE LA HIPÓTESIS

- H₁: Existe relación entre las condiciones bucales autopercibidas y la calidad de vida en escolares de 11 y 12 años de edad de la Institución educativa Don José de San Martín del distrito Alto de la Alianza Tacna 2016.

- H₀: No Existe relación entre las condiciones bucales autopercibidas y la calidad de vida en escolares de 11 y 12 años de edad de la Institución educativa Don José de San Martín del distrito Alto de la Alianza. Tacna 2016.

1.5 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÓN	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	TIPO	ESCALA DE MEDICIÓN	VALOR
V.I CONDICIÓN BUCAL	Condiciones que se presenta en la cavidad oral y que son señalados por el escolar como causante de alteración en el desarrollo de alguno de sus desempeños diarios. (Castillo López, cesar, 2010)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dolor de muela 2. Diente sensible 3. Diente cariado 4. Caída de un diente de leche 5. Diente separados 6. Fractura de diente permanente 7. Color de los dientes 8. Forma y tamaño de los dientes 9. Posición de los dientes 10. Sangrado de las encías 11. Inflamación de las encías 12. Sarro o calculo dental 13. Llagas o heridas en la boca 14. Mal aliento 15. Deformación de la boca 16. Erupción de dientes permanentes 17. Pérdida de dientes permanentes 	Frecuencia	Child-OIDP índice; Instrumento de medición (validado en el Perú)	Cualitativa dicotómica	Nominal	Presente=1 Ausente =0
V.D CALIDAD DE VIDA	“Es la percepción del individuo sobre su posición en la vida, y en relación a sus objetivos, expectativas y preocupaciones”. (Abanto JA, Bönecker M, Raggio, 2010)	<p>Desempeños diarios:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Comer alimentos 2. Hablar claramente 3. Limpiarse la boca 4. Descansar/Dormir 5. Emoción 6. Sonreír 7. Estudiar 8. socializar 	Frecuencia	Child-OIDP índice; Instrumento de medición (validado en el Perú)	Cualitativa dicotómica	Nominal	Presente=1 Ausente=0
			Intensidad		Cuantitativa politómica	De razón	Sin impacto: 0 Muy poco: 0,1-11,1 Poco: 11,2-22,2 Regular: 22,3-44,4 Severo: 44,5-66,7 Muy severo: 66,8-100,0

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES

SUDADUANG GHERUNPONG, GEORGIOS TSAKOS,
AUBREY SHEIHAM.

LA PREVALENCIA Y LA GRAVEDAD DE LOS IMPACTOS
ORALES SOBRE LAS ACTUACIONES DIARIAS EN LOS
NIÑOS DE LAS ESCUELAS PRIMARIAS TAILANDESAS.
(Tailandia 2004)

Objetivo: Evaluar los impactos orales sobre actuaciones diarias. **Metodología:** Estudio transversal en 1101 niños de 11 a 12 años de la provincia de Suphanburi, Tailandia. Se usó el Child-OIDP para evaluar los impactos orales, previamente los niños fueron examinados clínicamente y completaron un cuestionario auto administrado sobre información

demográfica y comportamientos orales. **Resultados:** El 89.8% de los niños tenían uno o más impactos orales. La puntuación media del impacto fue de 7,6 y la puntuación media fue de 8,8. Casi la mitad (47,0%) de los niños con impactos presentó impactos en niveles muy pequeños o pequeños de intensidad. La mayoría (84,8%) de los niños con impactos tuvo 1-4 actuaciones diarias afectadas (de 8 actuaciones). El desempeño Comer fue el más afectado (72,9%) seguido de Emoción (58,1%), Limpieza de los dientes (48,5%) y Sonrisa (40,1%) y de menor impacto el desempeño Hablar (9,9%). Las principales causas clínicas de los impactos fueron Diente sensible (27,9%), Úlceras orales (25,8%), Dolor de muelas (25,1%) y Exfoliación de diente primario (23,4%). El desempeño Comer fue afectado frecuentemente por el Dolor de muela, el desempeño Hablar por las Úlceras orales y el Mal aliento fue la causa percibida más frecuente en el desempeño Contacto social. La condición clínica Dolor de muela y Úlceras orales afectaron seis desempeños, Exfoliación de diente primario afectó cinco desempeños, Posición de los dientes afectó tres desempeños: Sonrisa, Contacto social y Emoción.

Conclusión: El estudio revela que la salud bucal repercute en la calidad de vida de los niños de las escuelas primarias tailandesas. Los impactos orales fueron frecuentes, pero no severos; estos se relacionan principalmente con la dificultad para Comer y Sonreír. El Dolor de muelas y las Úlceras orales contribuyeron en gran medida a la incidencia de los impactos orales.¹⁰

HUDA YUSUF, SUDADUANG GHERUNPONG, AUBREY SHEIHAM Y GEORGIOS TSAKOS.

VALIDACIÓN DE UNA VERSIÓN EN INGLÉS DEL ÍNDICE CHILD-OIDP, UNA MEDIDA DE CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD BUCAL PARA NIÑOS. (Inglaterra 2006)

Objetivo: Evaluar los impactos orales en las actuaciones diarias de los niños. **Metodología:** Estudio transversal en 228 niños. **Resultados:** El 40,4% de los participantes informaron de al menos un impacto oral que afectan a su rendimiento diario en los últimos tres meses. El impacto más frecuente fue la dificultad para Comer (23,2%) seguido por los impactos en

la Limpieza dental (18%), Estabilidad emocional (11,8%) y Sonrisa (9,6%). Hacer el trabajo escolar y el Contacto social fueron los impactos menos frecuentes, ocurriendo en 1,8% y 2,2% respectivamente. **Conclusiones:** Mediante este estudio se demostró que el Child-OIDP es un índice válido y fiable para ser utilizado en escolares entre 10-11 años en el Reino Unido.¹¹

NAZIK M NURELHUDA, MUTAZ F AHMED, TORDIS A TROVIK Y ANNE N ÅSTROM.

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD BUCAL ENTRE LOS ESCOLARES SUDANESES QUE UTILIZAN EL INVENTARIO INFANTIL-OIDP.

(Sudán 2010)

Objetivo: Evaluar las propiedades psicométricas de la versión en árabe del Child-OIDP, estimar la prevalencia, la gravedad y las causas de los impactos orales. **Metodología:** Estudio de diseño transversal; la muestra representativa fue de 1109 escolares del estado de Jartum. **Resultados:** El

54,6% de los escolares reportó un impacto. La condición bucal más frecuente fue: Erupción de los dientes permanentes seguido del Dolor de muela. El mayor impacto se reportó en Comer (35,5%), seguido por Limpieza (28,3%), Contacto social (8,7%) y en menor impacto el de Hablar (8,6%). Las condiciones bucales: Dolor de muelas, Dientes sensibles, Dientes exfoliantes, Inflamación de las encías y Mal aliento afectaron a los ocho desempeños. El impacto más frecuente fue en Comer y la condición asociada a este, fue el Dolor de muela seguido de Úlceras en la boca. El dolor de muelas fue la causa más frecuentemente asociada a la insistencia a las escuelas públicas y privadas; la mayoría de los impactos en Sonreír fue atribuido a la condición bucal: Color de dientes y Sangrado de las encías; y la condición bucal: Color de dientes era la causa más frecuente sobre el Estado emocional.¹²

**RODOLFO CASTRO, MARGARET PORTELA, ANA LEÑO,
MARIA VASCONCELLOS.**

**CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD
BUCAL DE NIÑOS DE 11 Y 12 AÑOS DE EDAD EN LAS
ESCUELAS PÚBLICAS DE RÍO DE JANEIRO.**

(Brasil 2011)

Objetivo: Evaluar la asociación entre la calidad de vida relacionada con la salud oral. **Metodología:** Estudio transversal, en 571 escolares de 11 y 12 años de edad de ambos sexos, quienes fueron evaluado por la versión brasileña de Child-OIDP. **Resultado:** El 88,7% de los escolares presentaba impacto en al menos una de las ocho actuaciones diarias. Las actividades con mayor impacto fueron Comer (81,3%), Limpieza bucal (40,5%) y la Sonrisa (32,2%). El índice medio de OIDP infantil fue de 7,1. En el modelo de regresión logística se encontró que el OIDP-Niño estaba asociado con Caries dental, Dientes sensible, Sangrado gingival y Posición inadecuada de los dientes. **Conclusión:** Existe una asociación entre la experiencia de la Caries dental y el índice Child-OIDP. Esta asociación indica el impacto de esta condición en la calidad de vida de los escolares. Además, el índice Child-OIDP se explica más por

los problemas orales auto informados que por las medidas clínicas normativas.¹³

**MARYAM BAKHTIAR, TAYEBEH MALEK MOHAMMADI,
ABOLGHASEM HAJIZAMANI, MEHRDAD VOSSOUGH.
ASOCIACIÓN DE INDICADORES DE SALUD ORAL CON
CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD ORAL
ENTRE ADOLESCENTES IRANÍES.**

(Irán 2013)

Metodología: En el estudio participaron 400 escolares entre 11 y 13 años de edad. **Resultados:** El 82% de los escolares presentaron impacto de los problemas orales en al menos una de las ocho actuaciones diarias. Los problemas más comunes que se reportaron con respecto a la salud oral fueron: Mal olor (23,26%), Erupción del diente permanente (19,44%), y la Pérdida de los dientes de leche (19,27%). Las actividades más afectadas en los niños debido a problemas bucales fueron: Cepillarse los dientes, Comer, Sonreír. **Conclusión:** La asociación entre la Caries dental y el índice de niño-OIDP

es una evidencia del impacto de esta enfermedad en la calidad de vida de los niños no escolarizados.¹⁴

XIMENA MORENO RUIZA, CONSTANZA VERA ABARA Y RICARDO CARTES-VELÁSQUEZ.

IMPACTO DE LA SALUD BUCAL EN LA CALIDAD DE VIDA DE ESCOLARES DE 11 A 14 AÑOS, LICANTÉN, 2013.

(Chile 2013)

Objetivo: Evaluar la calidad de vida relacionada con la salud bucal. **Metodología:** Estudio de corte transversal en 203 escolares de 11 a 14 años; de la comuna de Licantén. Se utilizó la encuesta Child-OIDP. **Resultados:** El 68% de los escolares presentaron impacto de los problemas orales en al menos una de las ocho actuaciones diarias. En el estudio se encontró que los problemas bucales que afectaron a los niños con mayor frecuencia fueron: Color de los dientes (42,36%) y Posición de los dientes (41,87%). El Child-OIDP promedio para la muestra fue de 6,92%±10,32%. Las actividades más afectadas en los niños debido a problemas bucales fueron: Comer (39,9%), Sonreír (34,5%) y Cepillarse (32,2%). Dentro

de las actividades más afectadas, en la actividad Comer se evidenció que su principal causante fue la Sensibilidad dentaria; para Sonreír fue la Posición de los dientes y para Cepillarse fue el Sangrado de las encías. **Conclusión:** Los problemas dentales son frecuentes en niños de Licantén y pueden interferir significativamente en la ejecución de tareas diarias.¹⁵

LILIANA SOLEDAD ENCALADA VERDUGO.

IMPACTO DE LAS CONDICIONES ORALES SOBRE LA CALIDAD DE VIDA EN ESCOLARES DE 11 A 12 AÑOS DEL SECTOR URBANO Y RURAL DEL CANTÓN CAÑAR ECUADOR, 2015.

(Ecuador 2015)

Objetivo: Comparar el impacto de las condiciones orales sobre la calidad de vida en los escolares del sector urbano y rural del Cantón Cañar, Ecuador. **Metodología:** Estudio de corte transversal. Se utilizó la versión en español validada en Perú del Child-OIDP Índex. **Resultados:** Se determinó que: el 74.1% de escolares refirieron uno o más de un desempeño

impactado. El promedio de condiciones orales auto-percibidas como problema fue de 1.92 ± 1.35 . Las condiciones más frecuentemente señaladas como problema fueron: Diente cariado (45.3%) Dolor de muela (31.8%), Forma o tamaño de los dientes (22.9%), Color de dientes y Erupción de dientes permanentes (15.3%). La Severidad del impacto de las condiciones orales sobre los desempeños fue grave, los ocho desempeños tuvieron un puntaje promedio de 5.64 ± 6.17 , y el desempeño con mayor severidad de impacto fue Comer (2.29 ± 3.22). El 65.29 % de escolares calificaron a los impactos como de poca o muy poca intensidad, no manifestaron intensidad severa ni muy severa. La extensión de desempeños impactados fue 1.14 ± 0.91 . Según sexo y lugar de procedencia, se encontró diferencia estadísticamente significativa de (0.001 y 0.048 respectivamente), en la zona urbana se encontró diferencia significativa con relación al sexo de (0.011), no así en la zona rural. **Conclusión:** Las condiciones orales en relación a la calidad de vida están asociadas a la zona urbana y al sexo de los escolares del Cantón Cañar.¹⁶

NAPOLEÓN REINOSO VINTIMILLA.

**CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD BUCAL
EN ESCOLARES DE 11 A 12 AÑOS DE LA PARROQUIA
SAYAUSÍ, CUENCA, ECUADOR AÑO 2015.**

(Ecuador 2015)

Objetivo: Evaluar la Calidad de Vida relacionada a la salud bucal en niños de 11 a 12 años. **Metodología:** Estudio analítico de corte transversal donde se evaluaron 359 escolares entre 11 y 12 años de edad mediante la encuesta CHILD- ODP versión validada en Perú. **Resultado:** El 98.9% de escolares tenían algún nivel de impacto en su Calidad de Vida; las tres condiciones Bucales, auto percibidas como causa de impacto, con mayor frecuencia fueron la Caries dental, Dientes con sensibilidad y Dientes con dolor, siendo 72%; 50% y 50% respectivamente.¹⁷

NELI MARILE GOMESCUELLO GOMESCUELLO.

**IMPACTO DE LAS CONDICIONES ORALES SOBRE LA
CALIDAD DE VIDA EN ESCOLARES DE 11 Y 12 AÑOS DE**

DOS ESCUELAS PÚBLICAS DEL ÁREA URBANA DE LA CIUDAD CUENCA-ECUADOR 2015.

(Ecuador 2015)

Objetivo: Determinar el impacto de las condiciones orales sobre la calidad de Vida relacionada a la salud bucal en niños de 11 y 12 años mediante la encuesta CHILD- OIDP versión validada en Perú. **Metodología:** Estudio analítico de corte transversal donde se evaluaron a 208 escolares entre 11 y 12 años de edad. **Resultado:** Se encontró que la Condiciones Oral más frecuentemente señalada como problema fue la Posición de los Dientes (54,3%). El mayor impacto en los desempeños diarios fue en Sonreír (38%) presentando también un promedio elevado en cuanto a severidad 1,17 ($\pm 0,986$). El Promedio del Child-OIDP Índice fue de 9,79 ($\pm 7,020$), con rango de 1 a 35 impactos; en cuanto a la Intensidad, fue más alto el nivel “muy poco” con una mínima diferencia en cuanto al sexo (44,90% masculino, 43,40% femenino) y en la extensión del impacto en ambos sexos fue de 2,69 (1,118 para varones y 1,119 para mujeres). **Conclusión:** El impacto global de las Condiciones Orales

sobre los Desempeños fue de 79%, y la Condición más afectada fue Sonreír en rango moderada.¹⁸

2.1.2. ANTECEDENTES NACIONALES DE LA INVESTIGACIÓN

PABLO CÉSAR SÁNCHEZ BORJAS.

IMPACTO DE LA CONDICIONES ORALES SOBRE LA CALIDAD DE VIDA EN ESCOLARES DE 11 Y 12 AÑOS DE EDAD DE ZAPALLAL-PUENTE PIEDRA.

(Lima 2007)

Objetivo: Evaluar el impacto de las condiciones orales sobre la calidad a los 11 y 12 años. **Metodología:** Estudio de corte transversal en 805 escolares de 11 y 12 años. Se utilizó la versión peruana del Child-OIDP. Para ello se seleccionaron 4 de las 7 instituciones educativas públicas dentro del área de influencia del Centro Materno-Infantil de Zapallal (Puente Piedra). **Resultados:** La prevalencia del impacto de las condiciones orales sobre la calidad de vida fue de 82.0% mientras que para la severidad se encontró un puntaje promedio de 7.77 \pm 8.64%. Entre los 660 niños que

reportaron impactos, la mayoría de ellos (82.7 %) presentaron poca a muy poca intensidad, mientras que el número promedio de actividades diarias impactadas fue de 2.23 \pm 1.70, siendo Comer, Limpiarse la boca y Sonreír las actividades diarias más frecuentemente impactadas. Se encontró también que el Dolor de muela fue la causa principal de los impactos sobre todas las actividades diarias con excepción de Sonreír, cuya causa principal fue la alteración en la Posición de los dientes. **Conclusión:** Los presentes resultados resaltan la utilidad de evaluar las necesidades auto-percibidas, como complemento a los indicadores clínicos habitualmente empleados al determinar las necesidades de tratamiento buco-dental, así como, para planificar servicios para el cuidado de la salud oral en el ámbito comunitario¹⁹

**CÉSAR DEL CASTILLO-LÓPEZ, ALEXIS EVANGELISTA-
ALVA PABLO SÁNCHEZ-BORJAS.**

**IMPACTO DE LA CONDICIONES BUCALES SOBRE LA
CALIDAD DE VIDA EN ESCOLARES DE ÁMBITO RURAL,
PIURA, PERÚ.**

(Piura 2010)

Objetivo: Evaluar el impacto de las condiciones bucales en la calidad de vida relacionado a la salud bucal; usando la versión en español (Perú) del Child-OIDP. **Metodología:** El estudio es observacional, descriptivo de corte transversal en 169 escolares de 11 y 12 años de edad. **Resultados:** El 88,7% de escolares presentaba uno o más de un desempeño impactado (Child-OIDP > 0). El promedio de condiciones bucales auto-percibidas como problema fue de $1,14 \pm 0,66$ condiciones. La más frecuente fue: Dolor de muela (58,0% de escolares) seguido de Diente sensible (32,7%), Diente cariado (10,7%) y Posición de los dientes (7,3%). Los desempeños tuvieron un promedio de severidad de impacto de $0,54 \pm 0,49$. El desempeño con mayor severidad de impacto fue Comer ($1,07 \pm 0,96$). Para el 89,5 % de escolares los impactos fueron de “poca” o “muy poca intensidad”. El promedio de desempeños impactados fue $3,01 \pm 2,20$. El Índice Child-OIDP promedio global fue de $7,05 \pm 7,23$. **Conclusión:** El promedio global del Índice fue bajo en escolares rurales de Piura. No se halló diferencias significativas en los impactos según sexo o nivel educativo.²⁰

MIRELLA PAMELA TINEO TUEROS.

IMPACTO DE LAS CONDICIONES ORALES SOBRE LA CALIDAD DE VIDA EN ESCOLARES DE 11-12 AÑOS DE EDAD DEL ÁMBITO URBANO DEL DISTRITO DE ABANCAY – APURÍMAC.

(Apurímac 2011)

Objetivo: Determinar el impacto de las condiciones orales sobre la calidad de vida en escolares de 11-12 años, de instituciones educativas estatales, del ámbito urbano del distrito de Abancay, Apurímac. **Metodología:** Estudio de corte transversal, observacional donde se evaluó a 263 escolares de 11 y 12 años. **Resultados:** La prevalencia de impacto de las condiciones orales sobre la calidad de vida fue de 99.2%, mientras que la severidad del impacto fue leve o nula pues en una escala de 0 a 3 se obtuvo un promedio de 0.83 ± 0.486 . El 96.9% de escolares manifestaron los impactos de “poca” a “muy poca intensidad”. Se encontró que el Diente sensible fue la causa principal de los impactos sobre todas las actividades diarias. **Conclusión:** El impacto de las condiciones orales sobre la calidad de vida de los escolares de Abancay fue muy

alto 99.2% representa que la mayoría de los escolares poseen más de un desempeño diario impactado los más afectados: Comer y Limpiarse la boca.²¹

JESÚS MARCELO-INGUNZA, CÉSAR DEL CASTILLO-LÓPEZ, ALEXIS EVANGELISTA-ALVA, PABLO SÁNCHEZ-BORJAS.

CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD BUCAL EN ESCOLARES DE ÁMBITO URBANO-MARGINAL.

(Lima 2013)

Objetivo: Medir el impacto de las condiciones bucales en la calidad de vida relacionado a la salud bucal en escolares de 11 a 12 años usando la versión en español (Perú) del Child-OIDP. **Metodología:** Estudio de corte transversal en 132 escolares. **Resultados:** El 100% de los escolares entrevistados informaron al menos un desempeño diario afectado. El promedio de condiciones bucales auto-percibidas como problema fue de $4,52 \pm 1,96$ condiciones. La condición bucal I más prevalente fue: Dolor de muela (72,7%), Erupción del diente permanente (54,6%), Caída de un diente de leche

(41,7%) y Diente sensible (37,9%). El desempeño más afectado fue: Comer (81,1%) y Limpiarse la boca (66,7%) y Dormir (46,2%). La mayoría de impactos fue de “muy poca” o “poca” Intensidad. El mayor promedio de Severidad del impacto fue en el desempeño Comer: $1,34 \pm 0,94$. La Extensión del impacto alcanzó el promedio de $3,92 \pm 1,75$ Desempeños impactados. El Índice Child-OIDP global fue $9,71 \pm 7,63$. **Conclusión:** El estudio revela que los impactos de la salud bucal en la calidad de vida de los niños, eran frecuentes, pero no graves.⁴

EVELYN ROXANA PAREDES-MARTÍNEZ, MARÍA ELENA DÍAZ-PIZÁ.

IMPACTO DE LAS CONDICIONES BUCALES SOBRE LA CALIDAD DE VIDA EN ESCOLARES DEL DISTRITO DE SAN JUAN DE MIRAFLORES. LIMA.

(Lima 2013)

Objetivo: Determinar el impacto de las condiciones bucales en la calidad de vida relacionado a la salud de edad bucal en escolares de 11 y 12 años. **Metodología:** Estudio descriptivo,

de corte transversal en 169 escolares usando la versión en español (Perú) del Child-OIDP. **Resultados:** En el estudio se encontraron impactos en los desempeños: Comer (55%), Sonreír (47.3%), Limpiarse la boca (41.4%), Hablar (24.9%), Dormir (22.5%), Socializar (20.7%), Estudiar (18.3%) y Emoción (16%). **Conclusión:** La prevalencia del impacto de las condiciones bucales sobre la calidad de vida de los escolares fue del 100%; presentando al menos un desempeño diario impactado; siendo los más afectados: Comer y Sonreír.²²

2.1.3. ANTECEDENTES LOCALES DE LA INVESTIGACION

LUIS CALISAYA GOMEZ.

IMPACTO DE LAS CONDICIONES BUCALES EN LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD BUCAL EN ESCOLARES DE 11 Y 12 AÑOS DE LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS DEL DISTRITO DE CIUDAD NUEVA DE LA REGION DE TACNA EN EL AÑO 2015.

(Tacna 2015)

Objetivo: Determinar el impacto de las condiciones bucales en la calidad de vida relacionado a la salud bucal.

Metodología: Estudio analítico, de corte transversal, observacional realizado en 250 escolares de 11 y 12 años de edad, de cuatro Instituciones Educativas Del Distrito De Ciudad Nueva-Tacna, usando la versión en español (Perú) del Child-OIDP. **Resultados:** Se encontraron impactos en los desempeños Comer (69.60%), Higiene bucal (65.20%), Sonreír (51.20%), Hablar (46%), Relajarse (30.80%), Estado de ánimo (30.80%), Estudiar (28.80%) y Socializar (59.60%). Para la intensidad de impacto se encontró que todas las actividades presentan una moderada intensidad.

Conclusión: La prevalencia del impacto de las condiciones bucales sobre la calidad de vida de los escolares fue del 89.20%; presentando al menos un desempeño diario impactado; siendo los más afectados: Comer y Sonreír.²³

2.2. BASES TEÓRICO – CIENTÍFICAS

2.2.1. CONDICIONES BUCALES

La Organización Mundial de la Salud define a la salud bucodental como: “La ausencia de dolor bucal o facial, de cáncer oral o de garganta, de infecciones o úlceras, de enfermedades periodontales, caries, pérdida dentaria, así como de otras enfermedades y alteraciones que limiten la capacidad individual de morder, masticar, reír, hablar o comprometan el bienestar psicosocial”;²⁴ permitiendo integrar, también, aspectos como la capacidad de transmitir emociones con confianza, sin dolor o malestar, a través de las expresiones faciales; y sin enfermedades del complejo cráneo facial.¹

Las enfermedades bucodentales se limitan a un área del cuerpo humano, la boca, pero sus consecuencias afectan al bienestar físico y psicosocial,² es decir, una mala condición oral como la caries y enfermedad periodontal, constituyen un factor de riesgo para otras enfermedades dando cuenta de la íntima relación que existe entre salud bucodental y salud general.²

Si bien, los dientes y la boca son aspectos notables de la apariencia física; como elementos del habla juegan un papel importante en la comunicación interpersonal; un defecto en su apariencia puede producir consecuencias negativas especialmente en la adolescencia (Albino & Lawrence, 1993).²⁵ por lo tanto la salud bucal afecta física y psicológicamente a las personas en cómo crecen, disfrutan de la vida, hablan, comen, saborean, se relacionan y se atraen.²⁶

La Organización Mundial de la Salud; afirma que; las enfermedades bucodentales como la caries dental, la enfermedad periodontal y la mal oclusión constituyen problemas de salud pública;⁹ afectando de manera global y con mayor frecuencia a las comunidades más pobres;¹ encontrando que; el 60% al 90% de los niños en edad escolar y casi el 100% de los adultos presentan caries dental; la mayoría de los niños del mundo presentan signos de gingivitis (sangrado de las encías);²⁷ y entre el 16% y el 40% de los niños entre 6 y 12 años padecen traumatismos bucodentales.²⁴ En el Perú cerca del 90 por ciento de la población padece de caries dental, enfermedad periodontal y mal oclusiones; el 10 por

ciento de la población ha perdido una o dos piezas dentales. Situación que aqueja principalmente a los niños y adultos mayores.²⁸

En el 2010, las personas afectadas por enfermedades bucodentales eran de 3900 millones. De 291 enfermedades estudiadas, la caries no tratada se presentaba como el proceso más prevalente, y la periodontitis severa en sexto lugar. Según los informes al 2015, la caries no tratada en dientes permanentes presenta una prevalencia global del 40%. Su falta de atención causa frecuentemente dolor; afectando a 7 de cada 10 niños en India, 1 de cada 3 adolescentes en Tanzania y a 1 de cada 3 adultos en Brasil; dificulta actividades como: comer y dormir; puede tener impacto en el crecimiento del niño y es la causa principal de absentismo escolar y laboral. La prevalencia de la caries dental a los 12 años es mayor en los países con ingresos moderados en los que aproximadamente las 2/3 partes de las caries son no tratadas. A pesar de que los países de bajo ingreso presentan menores niveles de caries, estas permanecen no tratadas.²

Dentro de las condiciones bucales más frecuentes tenemos:

Caries: Es una enfermedad infecciosa y transmisible de los dientes, que se caracteriza por la desintegración progresiva de sus tejidos calcificados, debido a la acción de microorganismos sobre los carbohidratos fermentables provenientes de la dieta. Por lo tanto, se trata de un proceso dinámico y multifactorial provocado por las bacterias, generalmente crónico y en un lugar específico, que resulta del desequilibrio fisiológico entre el mineral del diente y el fluido de la placa; es decir, cuando la reducción del pH provoca la pérdida neta del mineral con el tiempo. El proceso de la enfermedad infecciosa puede detenerse en cualquier momento.

En la década de 1960, Keyes, Gordon y Fitzgerald afirmaron que la etiopatogenia de las caries obedece a la interacción simultánea de tres elementos o factores principales: dieta (sustrato), huésped (diente) y microorganismos, la interacción de éstos es imprescindible para superar los

mecanismos de defensa del esmalte y consecuentemente producir la enfermedad.

Para que la caries se desarrolle no sólo depende de la interacción de los factores primarios, sino que también requiere de la presencia de factores adicionales o también llamados factores etiológicos moduladores. Entre ellos podemos encontrar: tiempo, edad, salud general, fluoruros, grado de instrucción, nivel socioeconómico, experiencia pasada de caries, grupo epidemiológico y variables de comportamiento. Estos factores no causan directamente la caries dental, pero intervienen en su aparición y desarrollo.

Por tanto, podemos concluir que la caries es una enfermedad multifactorial, que depende de factores primarios y moduladores, para su ocurrencia y desarrollo.

La razón principal para su alta prevalencia es el alto consumo de azúcar, junto con la falta de estrategias de prevención eficaces y un limitado acceso a los cuidados buco-dentales apropiados. La mayoría de los factores envueltos en

la caries dental son modificables permitiendo a los individuos y a los profesionales de la salud bucodental tomar las acciones oportunas para prevenir o reducir la severidad de la enfermedad. Las consecuencias de la caries no tratada, particularmente en población infantil, incluye impactos significativos en la calidad de vida y en las interacciones sociales.²⁹

La odontalgia: El dolor es definido como una sensación y experiencia sensorial desagradable asociada con un daño tisular real o potencial o descrita en términos de tal daño. El dolor es un mecanismo muy complejo que está determinado por dos componentes: un componente discriminativo-sensorial (nocicepción) que se refiere a la percepción y la detección de estímulos nocivos propios, e incluye la intensidad, localización, duración, patrón temporal y calidad del dolor; el segundo componente es el afectivo-emocional, que es la relación entre el dolor y el estado de ánimo, la atención y el aprendizaje al dolor, la capacidad para hacer frente y tolerar el dolor. Cada uno de estos componentes está mediado por mecanismos cerebrales separados pero interactivos.

El dolor dental puede provenir de la pulpa dental o de los ligamentos periodontales. El dolor de origen dental se considera un dolor somático profundo de tipo visceral, no sigue una relación gradual con la intensidad de la lesión aplicada y además el umbral de estimulación es alto. Con frecuencia, al paciente se le dificulta identificar el diente afectado y puede señalar el dolor como proveniente de otro, puede estar acompañado de fenómenos vegetativos como náuseas, taquicardia y sudoración. Se le describe como una sensación sorda y opresiva, en ocasiones pulsátil, lancinante que se irradia a órbita u oído. Puede ser espontáneo o provocado por estímulos externos (ácidos, azúcares); de larga duración que puede incrementarse con bebidas frías o calientes, con cambios posturales. Tienen diferentes orígenes, pueden ser por lesiones de tipos infecciosas, traumáticas, autoinmunes, carenciales.³⁰

Sensibilidad dentaria: Es un síndrome caracterizado por una respuesta dolorosa a estímulos que en condiciones normales no causarían molestias. se caracteriza por un dolor intenso, de

corta duración, asociado a la exposición de la dentina en respuesta a estímulos externos.

La explicación de este dolor se asocia a la gran cantidad de túbulos dentinarios que han perdido su sellado natural, quedando abiertos en su superficie, observándose aumento del diámetro tubular e incremento de la permeabilidad dentinaria, que de acuerdo con la teoría hidrodinámica inicialmente sugerida por Gysi (1900) y confirmada por Martin Brännmström, resultaría en un movimiento del fluido dentinario que provocaría la estimulación de gran cantidad de terminaciones nerviosas de la zona. Los estímulos que desencadenan principalmente el dolor son estímulos térmicos como el aire, frío y calor; estímulos químicos como alimentos dulces, ácidos y cítricos; y estímulos mecánicos como el cepillado dental, hábitos orales, retenedores de dentaduras parciales removibles y el blanqueamiento dental. Estos estímulos térmicos son incitadores hidrodinámicos eficaces por las diferencias en los coeficientes de expansión o contracción de los líquidos pulpodentinarios y sus receptáculos en el esmalte y dentina, es decir, la aplicación de frío produce una contracción volumétrica

más rápida del líquido en el túbulo dentinal que la ocurrida en la dentina. Esta diferencia de cambios volumétricos ocasiona presiones intrapulpares negativas y tal vez intradentales que desplazan los mecanorreceptores y producen dolor. El calor tiene un efecto contrario, pero causa el mismo resultado. Los estímulos por aire causan deshidratación y dolor debido al movimiento del fluido tubular y al desplazamiento resultante de los odontoblastos. Los estímulos químicos son producidos por una distorsión de la membrana celular del odontoblasto, ocasionando liberación de cloruro de potasio para despolarizar la fibra nerviosa asociada. Un alimento dulce o ácido en contacto con dentina expuesta produce dolor aun cuando el estímulo se retire, debido a la deshidratación que genera. Algunos estímulos químicos tienen sus efectos sobre el tejido pulpar desmineralizando la dentina alterando su función. Finalmente, los estímulos mecánicos son principalmente ocasionados por que el cepillado dental remueve tejidos dentales y ocasionan recesión gingival. Factores como el método y frecuencia de cepillado, tipo de cepillo y el dentífrico usado se relacionan con los efectos producidos sobre los tejidos duros y blandos.

La sensibilidad debe considerarse como un síntoma que puede ir asociado a diferentes factores etiológicos tales como: caries dental, restauraciones mal ajustadas, fisuras, traumatismos dentarios, recesión gingival, procesos consuntivos dentales, unión esmalte-cemento abierta, etc.³¹

Exfoliación de dientes primarios: La exfoliación es la eliminación fisiológica de los dientes temporales para ser remplazados por los dientes permanentes, como resultado de la reabsorción fisiológica de la raíz o raíces. A este proceso se le denomina rizoclasia fisiológica y es provocado por la presión que ejerce el diente permanente en erupción.

El Mecanismo de reabsorción se produce por reabsorción de los tejidos duros del diente primario a cargo de los odontoclastos produciendo la desorganización completa del tejido periodontal, por lo cual los fibroblastos cesan la síntesis de colágeno y la degradación del mismo causando una liberación de las fibras del hueso y del cemento, y también encontramos, la compresión local de los vasos sanguíneos que acelera el mecanismo de reabsorción. La pérdida del aparato

de sostén origina un marcado descenso del epitelio de unión y la movilidad del diente. La pulpa dentaria histológicamente presenta un aspecto de tejido de granulación o atrofia pulpar, debido a ello, la exfoliación es un proceso indoloro. Aun no se conoce con exactitud como ocurre la eliminación de los tejidos blandos. Llega un momento en el que el diente esta suelto por falta del periodonto de inserción, y por la acción de la fuerza masticatoria produciéndose así la pérdida o exfoliación.³²

Diastemas: Se le define como el espacio que existe entre los incisivos centrales superiores. Es una característica normal en la dentición decidua y Mixta, que tiende a cerrarse luego de la erupción de los caninos permanentes y segundas molares, como resultado de la erupción, migración y ajuste fisiológico de las piezas dentarias.

Los factores etiológicos de los diastemas patológicos son complejos y diversos y por lo general se interrelacionan. Huang y Creath (1995) señalaron como principales factores etiológicos los siguientes:

- Hábitos perniciosos prolongados (succión de labio inferior, succión digital), los cuales pueden cambiar el equilibrio de las fuerzas peribucales, originando alteraciones dentofaciales.
- Desequilibrio muscular en la cavidad bucal, causado por macroglosia, linfangiomas, músculos flácidos y empuje lingual.
- Impedimento físico, dientes supernumerarios (mesiodents), frenillo labial superior anómalo, quistes, fibromas, cuerpos extraños e inflamación periodontal asociada.
- Anomalías en la estructura maxilar, por un crecimiento excesivo ya sea por factores endocrinos (alteración de la glándula pituitaria), hereditarios o congénitos que pueden originar espacios generalizados entre los dientes, por sutura abierta en forma de V o de pala, sutura media palatina idiopática como resultado de tratamiento ortopédico u ortodóntico; o pérdida de soporte óseo, debido a problemas sistémicos o periodontales.
- Anomalías dentales y maloclusiones, que incluyen alteraciones de tamaño, forma y posición de dientes

adyacentes, dientes ausentes y patrones de oclusión anormales, como incisivos rotados, maloclusión clase II división I.

Otros autores señalan también como factores causales: mordida profunda, dientes inferiores de mayor tamaño, apiñados o rotados, respiración bucal, incisivos centrales anquilosados, mordida abierta, tratamientos de ortodoncia u ortopedia iatrogénicos y colapso de mordida posterior

Es también importante mencionar que un marcado espacio persistente entre los incisivos centrales en la dentición permanente puede traer consigo problemas estéticos y de oclusión o alterar la pronunciación de ciertas sílabas.³³

Injuria traumática dental: Es una lesión que afectan a la pieza dentaria, involucrando al ligamento periodontal, hueso alveolar y/o tejidos blandos adyacentes. Las causas de los traumatismos dentales son de naturaleza compleja y están influenciados por diferentes factores, los que incluyen la biología humana, el comportamiento individual y el medio

ambiente. Las principales causas son las caídas (39,8%) seguido de los accidentes viales (30,7%), la práctica de deporte (16,8%) y los juegos infantiles (5,8%) y en menor porcentaje por cuerpos extraños que golpean las estructuras bucales. Son más frecuentes entre las edades de 8 y 12 años, siendo lo varones quienes sufren más lesiones. El diente traumatizado con mayor frecuencia es el incisivo central superior (80%), seguido del lateral superior, y de los incisivos centrales y laterales inferiores, siendo el ángulo mesioincisal el que se fractura con más frecuencia.

Actualmente los traumatismos dentales constituyen la segunda causa de atención odontológica y pediátrica después de la caries. Los estudios epidemiológicos sugieren que hasta un 50% de los niños van a sufrir un traumatismo dentario a lo largo de su vida (25% de los escolares). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), respecto a las fracturas dentales, se tiene que entre el 16% y el 40% de los niños entre 6 y 12 años varones y mujeres padecen traumatismos bucodentales debido a diversos factores como la inseguridad en los parques infantiles principalmente y escuelas, los accidentes de tránsito

y los actos de violencia externos o internos familiares, situaciones que representan una problemática que debe ser estudiada y solucionada. En informes de la Organización Mundial de la Salud se informan, para algunos países de Latinoamérica, una frecuencia de trauma dental cercana al 15 % de los escolares y se hace consciente de la escasez de datos disponibles sobre la frecuencia y la severidad de tales lesiones en la mayoría de los países del área. Investigaciones recientes en países como Brasil, Cuba, Inglaterra y Suiza coinciden en que de cada 10 niños uno ha sufrido algún tipo de trauma y que el 70% son varones y el 30% féminas. La mayoría de estas lesiones ocurren en dientes anteriores, lo cual provoca una disminución de las capacidades de masticación y fonación, así como problemas estéticos.³⁴

Alteraciones cromáticas: Su etiología es variable y multifactorial. Las manchas varían en naturaleza y presentación, y puede ser el resultado de envejecimiento, alimentos cromógenos, el tabaco, micro grietas en esmalte, exceso de flúor, la ictericia grave en la infancia, la caries dental,

restauraciones, el adelgazamiento de la capa de esmalte, ingesta de tetraciclina, y otros medicamentos.

Las manchas se clasifican como extrínsecas (que residen en la superficie del diente) o intrínsecas (que figura dentro del diente):

- Coloraciones dentarias extrínsecas: Se deben a sustancias que se depositan o descansan sobre los dientes, llamada película adquirida, fenómeno en el que desempeñan un papel importante las fuerzas de atracción. Estas fuerzas de atracción química hacen que los cromógenos (sustancias con color), y los pre-cromógenos (sustancias incoloras), se adhieran a las superficies dentarias. Este tipo de coloraciones pueden ser removidas mecánicamente de la superficie del diente, ya sea por pulido, procedimientos de micro abrasión, productos abrasivos como pastas de dientes. En base a estos conceptos el investigador Salim A. Nathoo (1997) clasificó las coloraciones extrínsecas en coloraciones tipo N1, coloraciones tipo N2, coloraciones tipo N3.

- Coloraciones dentarias intrínsecas: Son aquellas producidas por sustancias cromógenas en el interior de las estructuras dentarias. Ellas se clasifican en: pre-eruptivas y post-eruptivas. Las coloraciones pre-eruptivas, se producen en el momento de la odontogénesis mientras que los cambios de color en la etapa post-eruptiva tienen lugar en el momento de la mineralización de las piezas dentarias y afectan especialmente a las piezas permanentes. Otras alteraciones comunes post-eruptivas son las ocasionadas, entre otras causas, por necrosis pulpar, por materiales endodónticos dejados en la cámara pulpar y la coloración oscura propia de la edad. Las coloraciones pre-eruptivas están determinadas por la amelogénesis imperfecta, dentinogénesis imperfecta, hipoplasia del esmalte, eritoblastosis fetal e hiperbilirrubina eritropoyética, porfiria, envejecimiento, traumatismos, iatrogenia. Las coloraciones post-eruptivas están determinadas por la fluorosis dental, tetraciclinas, pérdida del esmalte, necrosis pulpar, edad.

Existen varios factores que pueden causar tinciones intrínsecas o endógenas. El periodo crítico comprende desde el tercer trimestre de la gestación hasta los 8 años de edad. Estas alteraciones pueden afectar tanto el esmalte como la dentina. Las enfermedades sistémicas, los medicamentos y otras sustancias interrumpen en ocasiones la secuencia normal de la amelogénesis y la dentinogénesis y originan distintos tipos de manchas.³⁵

Anomalías dentarias: Las anomalías dentarias se producen como consecuencia de alteraciones que afectan el proceso normal de odontogénesis. Dependiendo de la etapa en las que ocurran pueden verse comprometidas bien sea la dentición temporaria, la permanente o ambas (Gómez y Campos, 2002). Los dientes anómalos suelen ser asintomáticos, pero se pueden descubrir durante un examen clínico de la cavidad bucal.

- **Anomalías dentales de forma:** Las alteraciones pueden afectar a todo el diente o solamente a una parte de él, sea

la corona o la raíz. son más frecuente en dentición permanente. Tenemos:

- La fusión dental, es una anomalía anatómica dentaria que consiste en la unión embriológica o en fases pre eruptivas de dos o más gérmenes dentarios adyacentes por medio de dentina con el resultado de un diente único. Los dientes afectados erupcionan ya fusionados, efectuándose la fusión a lo largo de dientes situados en el mismo plano, pudiendo ser total, o limitada a la corona o a la raíz. Esta anomalía se da con mayor frecuencia en la dentición temporal que en la dentición permanente. Según autores ocurre con más frecuencia en incisivos inferiores, aunque otros afirman que generalmente afectan a los incisivos superiores, sea como fusión del central y el lateral, sea como unión de un incisivo normal y un lateral supernumerario.
- La geminación: es la división incompleta de un germen dentario en dos. También, se le llama así al intento

fallido de formación de dos dientes a partir de un solo órgano dental como resultado de una invaginación epitelial anormal en él. La derivación es una corona bífida con una sola raíz y un único conducto radicular. El diente resultante presenta una corona con el diámetro mesiodistal superior al normal y marcado por un surco de incisal a vestibular; ocasionalmente, la división es simétrica y completa y da origen a dos dientes idénticos, de apariencia normal, provenientes de un solo órgano.

- Dientes en forma de clavija: son dientes donde la anchura del diente es mayor a nivel cervical que incisal, dando lugar a una inversión de los diámetros mesio distales del diente. La etiología es variable, puede ser hereditario autosómico dominante, también se puede encontrar en pacientes con trastornos genéticos como displasia ectodérmica, síndrome de Rieger, dento-onicodérmico e incontinencia pigmenti. Se localizan con frecuencia en los caninos, incisivos superiores.

- Anomalías dentales de tamaño:
 - Microdoncia: Es una anomalía caracterizada por el menor tamaño de los dientes involucrados, menor tamaño en comparación con los promedios normales. Los dientes afectados por microdoncia presentan la corona con tamaño inferior al normal. La raíz generalmente es de tamaño normal, aunque es frecuente encontrar formas anormales. La microdoncia se observa a menudo en los incisivos laterales superiores, unilateral o bilateralmente, seguidos de los terceros molares. La forma de los dientes suele ser normal, pero se puede observar que existe una disminución de más de 1 mm de diámetro mesio distal en comparación con el resto de las piezas dentarias.
 - Macrodoncia: Se caracteriza por presentar diente con un mayor tamaño que el normal. Se puede presentar en un solo diente macrodoncia parcial, con una anatomía normal o se puede observar con deformidad coronal. Afecta principalmente a los terceros molares

inferiores o a un grupo de dientes como en el caso de la Hipertrofia hemi facial en el que el lado afectado se presentan dientes con macrodoncia y la generalizada se caracteriza porque los dientes tienen aspecto grande en toda la dentadura como en el gigantismo hipofisiario.³⁶

Mal posición dentaria: Es cuando uno o varios dientes están situados en posición anormal. La mal posición dentaria conlleva que las piezas dentarias superiores e inferiores no articulen, encajen o engranen con normalidad y por tanto es causa de una maloclusión dentaria.

Entre las principales causas que originan las malposiciones dentales tenemos:

- Factores predisponentes
 - Factores hereditarios (tamaño, forma de los dientes, relación de los maxilares, función labial y lingual).
- Factores locales

- Intrínsecos como la pérdida prematura de dientes temporales y permanentes, la retención tardía de dientes temporales, los dientes supernumerarios.
- Funcionales como el frenillo labial anormal, las restauraciones en mal estado, el tamaño, la forma de los dientes y los traumatismos dentarios.
- Circundante o Ambientales: como los hábitos de tejidos musculares.

Lisher en 1912 sugiere una manera de clasificar el malposicionamiento dental de forma individualizada, es decir hace uso de un nombre que define la alteración del diente en relación a su posición normal:

- Mesioversión: el diente está mesializado en relación a su posición normal.
- Distoversión: distalización del diente con relación a su posición normal.
- Vestibuloversión o Labioversión: cuando el diente presenta su corona vestibulizada en relación a su posición normal.

- Linguoversión: la corona dentaria está lingualizada en relación a su posición ideal.
- Infraversión: el diente presenta su cara oclusal o borde incisal sin alcanzar el plano oclusal.
- Supraversión: el diente esta con la cara oclusal o borde incisal por encima del plano oclusal.
- Giroversión: indica una rotación del diente sobre su eje longitudinal.
- Axiversión: hay una alteración de la inclinación del eje longitudinal dentario.
- Transversión: el diente sufrió una transposición, es decir, cambió su posicionamiento en el arco dentario con otro elemento dentario.
- Perversión: indica la impactación del diente en general, por falta de espacio en el arco

Los términos creados por Lisher a su vez pueden ser combinados para denominar un diente que reúna dos o más alteraciones, como inframesioversión, axigiroversión o, incluso, mesiolinguosupraversión.³⁷

Enfermedad periodontal: La enfermedad periodontal es un término genérico para referirse a las diversas enfermedades que afectan al periodonto. Las enfermedades periodontales son diversas, y entre las más comunes encontramos a la gingivitis y la periodontitis.³⁸

Las Enfermedades gingivales son una amplia familia de patologías diferentes y complejas que se encuentran confinadas a la encía y son el resultado de diferentes patologías; es así que tenemos las enfermedades gingivales inducidas por biofilm de placa bacteriana y las alteraciones gingivales no inducidas por placa.

Las enfermedades gingivales inducidas por biofilm de placa bacteriana es una inflamación local inducida por el acúmulo de biofilm de placa dental bacteriana, contenido dentro del tejido gingival, que normalmente no se extiende hasta la inserción periodontal (sin pérdida clínica de inserción). Se caracteriza por la presencia de enrojecimiento y edema de los tejidos gingivales, sangrado ante diferentes estímulos, cambios en el contorno y en la consistencia de los tejidos,

presencia de cálculo y placa supra y sub gingival, y ausencia de evidencia de pérdida ósea alveolar en las radiografías.³⁹

El proceso inflamatorio es de origen infeccioso, debido a la progresiva aparición de gérmenes anaerobios estrictos, como demuestra el cultivo de bacterias en las localizaciones que presentan una gingivitis establecida, frente a bacilos aerobios y anaerobios facultativos propios del estado de salud gingival.⁴⁰

Las características clínicas de la exposición de los tejidos gingivales a la placa dental, da por resultado una inflamación tisular, que se manifiesta con los siguientes signos clínicos (Mariotti 1999):

- Placa presente en el margen gingival
- La enfermedad comienza en el margen gingival
- Cambios en el color gingival
- Cambios en el contorno gingival
- Cambios en la temperatura del surco gingival
- Aumento del exudado gingival

- Sangrado ante la provocación
- Ausencia de pérdida de inserción
- Ausencia de pérdida ósea
- Modificaciones histológicas que incluyen lesión inflamatoria
- Reversible cuando se elimina la placa

Las modificaciones o alteraciones características del paso de la salud a la enfermedad observadas comúnmente en la clínica se presentan de un color coral a uno rojo o rojo azulado, la papila toma forma bulbosa lo cual minimiza el festoneado tisular (contorno), el tejido es blando y exhibe edema irregular (consistencia), se presenta una tendencia al sangrado del surco gingival, incremento del exudado gingival y elevación de la temperatura en el surco gingival.

Algunos pacientes se pueden quejar de sangrar durante el cepillado y de halitosis, incluso de sensibilidad durante el cepillado. Así también de efectos estéticos y una reducción de la calidad de vida relacionada con la salud bucal.⁴¹

En las alteraciones gingivales no inducidas por placa, estas lesiones pueden estar localizadas en los tejidos gingivales o ser manifestaciones de ciertas enfermedades sistémicas.³⁹

Se sabe que la interacción microbio-huésped es el elemento clave en la patogenia de las enfermedades periodontales. No obstante, hay varios factores de riesgo que influyen y modifican esta interacción. Entre los factores de riesgo o indicadores no modificables se incluyen el perfil genético, el sexo, la edad y algunas enfermedades sistémicas (como la leucemia y la osteoporosis). Existen también factores de riesgo o indicadores modificables, como los relacionados con el estilo de vida (tabaquismo, alcohol), los factores metabólicos (obesidad, síndrome metabólico, diabetes), los factores dietéticos (deficiencia en la dieta de calcio o vitamina D), la situación socioeconómica y el estrés. Además de factores locales como, las lesiones de furcación, las perlas del esmalte, los contactos abiertos, la mala posición de los dientes, el uso de prótesis y las restauraciones sobre contorneadas o con márgenes mal ajustados. Por tanto, la gingivitis es un factor de

riesgo significativo de sufrir periodontitis, y su manejo constituye una estrategia preventiva primaria.⁴²

La enfermedad periodontal es una de las enfermedades más comunes de la humanidad, con estrechas asociaciones con la salud general. Es en gran parte prevenible a través de una buena higiene bucal. En el 10-15% de los pacientes, la gingivitis común progresa hacia una enfermedad periodontal severa, en la que se produce una destrucción del hueso de soporte, alcanzando su estadio irreversible donde la pérdida dentaria sea inevitable. Las enfermedades periodontales están asimismo asociadas a determinadas enfermedades sistémicas tales como la diabetes, las enfermedades cardiovasculares. La enfermedad periodontal tiene serias consecuencias para los afectados, incluyendo problemas de masticación y del habla, afectando el bienestar y la calidad de vida.²

Calculo dental: El cálculo dental es una calcificación del biofilm dental depositado sobre los dientes en la cavidad bucal. Esta estructura calcificada contiene en su matriz de un 1,5% a un 20% de agua, un 20% de componente orgánico y alrededor

de un 70-80% de componentes inorgánicos. El componente orgánico está compuesto por una mezcla de proteinopolisacáridos, células epiteliales descamadas, leucocitos, diversas clases de microorganismos y una porción casi insignificante de lípidos. Por otra parte, los componentes inorgánicos principales son el Ca. 57,9%, el PO 28,2%, el C 7,9%, el Na 3%, el Mg 1,5% y pequeñas cantidades de Zn, Sr, Br, Cu, Mn, W, Au, Al, Si, Fe y F; es a su vez importante destacar que 2/3 de los componentes inorgánicos están cristalizados en forma de hidroxiapatita (51%), whitlockita (22,3%), fosfato octocálcico (18,5%) y brusita (8,2%). El cálculo dental se puede dividir según su localización respecto del margen gingival en: cálculo supra gingival y sub gingival. El primero se encuentra por encima del margen gingival del diente. Se caracteriza por presentar un color amarillento, fragilidad, proteínas salivales y en su composición se encuentra más brusita y fosfato octocálcico que whitlockita y magnesio. En cuanto al cálculo sub gingival, se encuentra localizado por debajo del margen gingival. Presenta un color marrón oscuro, de mayor dureza, no presenta proteínas salivales y su

proporción de calcio/fosfato es superior al del cálculo supra gingival.

Para la formación del cálculo debe producirse una calcificación del biofilm, este hecho supone la unión de iones de calcio a los complejos de carbohidratos y proteínas de la matriz orgánica, y la precipitación de sales de calcio cristalino, teniendo en cuenta que la presencia de un pH elevado y un aumento en la concentración de lactato cálcico en la saliva provocará un aumento de la producción de éste. Al principio los cristales se van formando en la matriz intracelular y sobre la superficie bacteriana, pasando por último a crearse en el interior de las bacterias. La fuente de minerales en el cálculo supra gingival es la saliva, mientras que en el sub gingival es probable que sea el exudado o fluido gingival el que provea de sales al cálculo sub gingival La calcificación del biofilm comienza a producirse en un 50% a los 2 días y de un 60 a un 90% a los 12 días.⁴³

Aftas bucales: Es una enfermedad inflamatoria crónica caracterizada por aparición de brotes de lesiones aftosas en la

mucosa bucal. Las aftas se inician como una erosión ovoide, superficial, con borde amarillento ligeramente elevado rodeado de una zona hiperémica estrecha, carmesí, que se recubre en cinco o siete días de un material opaco amarillento compuesto por líquidos tisulares coagulados, bacterias bucales y leucocitos.

Clínicamente se presentan como lesiones únicas o múltiples, casi siempre pequeñas (menores de 0.5 cm.), poco profundas, erosivas, dolorosas, de aparición súbita, inicialmente necróticas y de carácter recidivante. Las lesiones pueden persistir por días o semanas, curan sin cicatrización ni evidencia de su existencia previa y la recurrencia ocurre después de períodos de remisión de variable duración. Se conocen tres formas de la enfermedad: úlceras aftosas menor, mayor y herpetiforme, poseen la misma etiología; las diferencias son esencialmente clínicas y corresponden a diferentes estados de gravedad. Todas se presentan como úlceras dolorosas y recurrentes, en ocasiones con síntomas prodrómicos, tales como hormigueo o ardor, no hay vesículas previas a la aparición de las úlceras y se localizan en el

vestíbulo mucosa bucal, lengua, paladar blando, fauces y piso de boca, solo rara vez se encuentra en encía y paladar duro.⁴⁴

Perdida dentaria: La caries dental junto con la enfermedad periodontal constituye una de las razones más incidentes y determinantes para la indicación de exodoncias en la mayoría de los pacientes. Otras causas son los traumatismos, las tumoraciones, los tratamientos ortodóncicos y severas hipoplasias coronarias.⁴⁵

Los dientes permanentes se consideran más susceptibles a la caries por su morfología oclusal, por la presencia y acumulación de placa bacteriana y la consecuencia de ello es su pérdida prematura. Algunos estudios, indican que la pérdida del primer molar permanente en edades tempranas es debido a los altos índices de caries. Esta pieza dentaria determina el patrón de masticación durante toda la vida y juegan un papel trascendente al realizar la mayor parte del trabajo de trituración de los alimentos. Es un diente muy susceptible a la caries dental después de su erupción ya sea por su anatomía o por estar expuesto al ambiente ácido bucal

antes que los otros dientes. La pérdida del primer molar permanente se manifiesta con una alta incidencia, se debe tener presente que es el diente que se pierde con mayor frecuencia en sujetos menores de 15 años de edad. La edad promedio de pérdida de este molar es a los 10,5 años y es más frecuente la pérdida del primer molar inferior que del superior, se presenta más en el sexo femenino.

Se debe hacer todo lo posible por conservar el primer molar permanente, pues inicia el segundo levante fisiológico de la oclusión, estimula el desarrollo cráneo-facial y sirve de orientación a los demás dientes, al ocupar un gran espacio en el sector posterior, su presencia es básica para el desarrollo y equilibrio de la oclusión. La frecuencia de pérdida del primer molar permanente está dada en sujetos menores de edad y las secuelas potenciales de esta situación incluyen en: migración mesial, contactos prematuros, problemas de guías dentarias, pérdida ósea, periodontopatías y desórdenes de la Articulación temporomandibular. Ocurre un crecimiento continuo del antagonista con extrusión dentaria. Puede ocurrir una

masticación unilateral, llevando el bolo alimenticio hacia el lado que no hay ausencia de dientes.⁴⁶

Erupción dentaria: Es el movimiento de los dientes a través del hueso y la mucosa que lo cubre, hasta emerger y funcionar en la cavidad oral. Este proceso continúa hasta que el diente alcance su oclusión. La aparición del diente en la boca recibe el nombre de emergencia dentaria.

Existen varias teorías que tratan de explicar los mecanismos de la erupción dentaria, el mecanismo exacto aún es desconocido. Escobar et al. (2012) menciona 8 posibles causas de los mecanismos de erupción y sugiere que estas se encuentran interrelacionadas entre sí. Estos posibles mecanismos de erupción serían el crecimiento radicular, la proliferación de la vaina epitelial radicular de Hertwig, la reabsorción de la cresta alveolar y el desarrollo de los tabiques alveolares, las fuerzas ejercidas por los tejidos vasculares alrededor y debajo de la raíz, el crecimiento del hueso alveolar y fenómenos de aposición en el fondo, el crecimiento de la dentina, la constricción pulpar y el crecimiento de la membrana

periodontal por la maduración del colágeno en el ligamento, las presiones por la acción muscular que envuelve a la dentadura y la inervación del folículo dentario. Gómez M y Campos A (2006) demostraron que en los mecanismos de erupción dentaria también intervienen distintas hormonas como la tiroxina y la hidrocortisona, y los factores de crecimiento como el factor de crecimiento epidérmico (EFG) que directamente o a través del factor transformador de crecimiento (TGF- β 1) inicia la cascada de señales moleculares, que estimulan el inicio de la erupción dentaria. Kosh y Poulsen coinciden con Gómez y Campos sobre las ocho teorías probables de la erupción dentaria y consideran que la teoría del folículo (precursor del ligamento periodontal) es la que mejor puede explicar las etapas iniciales de la erupción dental en los humanos.

Según la teoría del folículo dental, la parte coronal del folículo comenzará su actividad de resorción cuando se inicie la formación de la raíz, siendo este proceso coordinado por el crecimiento selectivo del hueso en la parte apical del folículo. Debido a esta actividad osteoclástica/osteoblástica coordinada ocurre un movimiento eruptivo del diente, cuya dirección está

dirigido al parecer por el cordón gubernacular, una zona del hueso lleno de un tejido mesenquimal odontogénico con islas epiteliales odontogénicas. Este cordón se expandirá durante la erupción, de tal modo que dirige al diente a su posición correcta en el maxilar. Cuando el diente permanente en erupción ha reabsorbido al diente primario y/o hueso sobrepuesto, el paso siguiente es penetrar en la mucosa bucal (usualmente cuando la mitad a tres cuartos de la raíz está formada). Se ha observado que la parte coronal del folículo con el epitelio reducido del esmalte posee la actividad necesaria de la colagenasa para permitir al germen del diente penetrar en la mucosa, sin embargo, grandes cantidades de tejido fibroso pueden presentar un obstáculo a la erupción. Después de la penetración en la mucosa, ocurre una erupción extra alveolar rápida, relacionada posiblemente con la tracción del ligamento periodontal (LPD) y/o la formación del hueso apical. Finalmente, cuando se ha alcanzado la oclusión, pueden ocurrir cambios verticales y horizontales, y los mecanismos para estos acontecimientos son en gran parte desconocidos.

Inger K 17 (2014) indica que la membrana que cubre la parte apical de la raíz del diente, la membrana periodontal y el folículo dental, son las tres estructuras que están implicadas en el proceso de erupción.

La erupción presenta tres fases o etapas que permiten describir los movimientos y características eruptivas de un diente:

- La fase pre eruptiva incluye todos los movimientos de las coronas de los dientes primarios y permanentes desde el momento de su inicio y formación hasta el momento de la finalización completa de la corona. Por tanto, esta fase termina con el inicio de la formación de la raíz.
- La fase eruptiva pre funcional se inicia con la formación radicular y termina cuando el diente entra en contacto con su antagonista.

- La fase eruptiva funcional o pos - eruptiva comprende desde que el diente entra en contacto con su antagonista hasta la pérdida del mismo por diversas causas.

El ser humano tiene a lo largo de su vida dos denticiones con características morfológicas y oclusales diferentes. Los dientes temporales permitirán la alimentación y el crecimiento craneofacial, siendo posteriormente sustituidos por los dientes permanentes cuyo orden de aparición y posición, son factores importantes en el crecimiento y desarrollo de la oclusión y la masticación. El proceso de recambio dentario dura entre seis y ocho años, en los que coexisten en la boca los dientes temporarios y permanentes llamándose a este periodo dentición mixta. Es considerado, en el desarrollo de la oclusión, como el periodo de más cambios de importancia para determinar una oclusión normal. La dentición mixta se inicia a partir de los seis años con la erupción del primer diente permanente y se termina con la exfoliación del último diente temporal completando así la dentición permanente.

Según Van der Linden, la exfoliación de dientes deciduos y la erupción de permanentes constituyen tres periodos llamados primer periodo transicional, intertransicional y segundo periodo transicional.

- Primer periodo: dentición mixta temprana o primer periodo transicional tiene una duración aproximada de dos años, inicia hacia los seis años y termina aproximadamente a los ocho con la erupción del incisivo lateral superior permanente.
- Segundo periodo: dentición mixta de reposo o periodo intertransicional se da entre los 8 y 10 años, en este periodo no hay recambio, pero si periodos reabsortivos radiculares, la dentición está compuesta por 12 dientes temporales y 12 dientes permanentes.
- Tercer periodo: dentición mixta final o segundo periodo intertransicional, se da entre los 10 a 12 años en este periodo cambian los 4 caninos y 8 molares temporarios y hacen erupción los segundos molares permanente.³²

Halitosis: Es el olor desagradable procedente de la boca, la nariz o las vías respiratorias. De forma más concreta y científica, la halitosis se define como el aire exhalado que contiene más de 75 partes por billón (ppb) de componentes volátiles de sulfuro.

En una boca sana existen diversos factores que evitan el mal aliento, como son una microflora con predominio de bacterias gram positivas, saliva en cantidad y calidad adecuada e integridad de las mucosas. El mal olor procedente de la cavidad oral se debe al metabolismo anaerobio de las bacterias, localizadas tanto en el dorso de la lengua como en los surcos gingivales. Su acción se concentra en la descomposición de restos de comida y de células alojadas en las papilas linguales y zonas periodontales, produciendo compuestos volátiles sulfurados (CVS). Los sustratos utilizados por las diferentes bacterias son principalmente aminoácidos procedentes de la proteólisis de restos proteicos, tanto de la dieta como de detritus celulares epiteliales y leucocitoides.

La producción y emisión de los CVS está determinada por:

- Población bacteriana: Aumenta si la población predominante son bacterias gramnegativas, como *Peptostreptococcus*, *Eubacterium*, *Selenomonas*, *Centipeda*, *Bacteroides* y *Fusobacterium*, que obtienen energía a partir de proteínas, péptidos y aminoácidos en un medio con pH adecuado. Otros gérmenes causantes de halitosis implicados principalmente en la enfermedad periodontal son *Porphyromonas gingivalis*, *Veionella*, *Treponema denticola*, *Prevotella intermedia* y *Bacteroides forythus*.
- Condiciones físico-químicas: Como factores importantes destacan el pH y la presión parcial de oxígeno. Si se ingieren muchos hidratos de carbono, predomina el proceso de fermentación y el pH se acidifica, inhibiendo la formación de CVS. En una dieta rica en proteínas, el proceso de desnaturalización aporta sustratos nitrogenados que determinan la alcalinización del pH y la producción de CVS. El ambiente con pH neutro o alcalino favorece el crecimiento bacteriano anaerobio, lo que

aumenta el mal olor. La disminución de la presión parcial de oxígeno también determina la mayor formación de CVS.

- Sustratos Presentes en la cavidad oral: La composición de la saliva es alta en urea y proteínas, por lo que favorece una mayor formación de CVS en las condiciones físico-químicas adecuadas. Si el paciente padece periodontitis, el número de células descamadas y detritus celulares que se convierten en sustratos óptimos para la formación de CVS es mayor.

En la población pediátrica, el dorso de la lengua es el principal origen de la halitosis por su gran extensión y las múltiples fisuras, que favorecen la acumulación de detritus y bacterias. Determinados alimentos, como el ajo, la cebolla, el chocolate, el pimiento y algunas especias aumentan la producción de CVS. El tabaco es otro factor que interviene en este proceso. Los compuestos volátiles responsables del mal olor son, principalmente: hidrógeno sulfuro (H_2S), metilmercaptano (CH_3SH) y dimetilsulfuro ($[CH_3]_2S$). También se han determinado otros compuestos sulfurados y no

sulfurosos, como la cadaverina, la putrescina o los ácidos grasos volátiles de cadena corta (ácido butírico, propiónico y valérico).

La etiología frecuente en niños y adolescentes se presenta por una higiene oral deficiente, reconstrucciones dentales y materiales empleados, enfermedad crónica periodontal, abscesos, gingivitis, estomatitis, úlceras, infecciones faríngeas, disfunción parotídea, amígdalas hipertróficas, fármacos, fisura palatina, sinusitis.⁴⁷

Anomalías congénitas de la cavidad bucal: Se denominan también defectos de nacimiento, trastornos congénitos o malformaciones congénitas. Se trata de anomalías estructurales o funcionales que ocurren durante la vida intrauterina y se detectan durante el embarazo, en el parto o en un momento posterior de la vida.⁴⁸ Las malformaciones congénitas más frecuentes de cabeza y cuello y las segundas más frecuentes de las malformaciones congénitas en general son las fisuras labio palatinas.⁴⁹

Las fisuras labiopalatinas (FLP) son malformaciones o deficiencias estructurales craneofaciales congénitas siendo resultado de un trastorno embrionario originado entre la quinta y décima semana de gestación, y que conduce a la falta de fusión de los procesos embrionarios que forman la cara, ello mediante los desplazamientos y multiplicación celular que dan como resultado la consolidación de los cinco mamelones o procesos faciales (dos mandibulares, dos maxilares y uno frontonasal), procedentes del primer arco branquial, cuyo grado de compromiso se focaliza en ciertas zonas del macizo facial, especialmente el labio superior, la premaxila, el paladar duro y el suelo de las fosas nasales.

El labio leporino afecta el labio superior en uno o ambos lados, siendo más frecuente del lado izquierdo. Varía desde la simple fisura labial o facial hasta lesiones que abarcan tejidos blandos y óseos. Por su parte, el paladar hendido consiste en la fisura medial longitudinal de la bóveda palatina, que comunica la cavidad bucal con la nasal; puede estar asociado con el labio leporino o puede aparecer como una malformación aislada.

La predisposición hereditaria junto a la conjugación de factores ambientales puede precipitar la aparición de esta anomalía. Aproximadamente un 30% de los casos se debe a factores hereditarios. Se ha encontrado que tanto el labio fisurado como la fisura de labio y paladar son más frecuentes en el sexo masculino mientras que el paladar fisurado es más frecuente en el sexo femenino.⁵⁰

Las anomalías congénitas de cara y boca son frecuentes, siendo el labio leporino/fisura palatina lo defectos más comunes; este proceso ocurre de manera aislada (70%) o formando parte de un síndrome, afectando a cerca de 12 de cada 10.000 nacidos en el mundo. Por ejemplo, en India se estima que cada día nacen 100 bebés con esta anomalía y la mayoría no sobrevive. En Estados Unidos, cada 75 minutos nace un bebé con hendidura palatina.⁵¹

En el Perú, 2500 niños nacen con el labio leporino y/o paladar hendido cada año, es decir uno de cada 500 recién nacidos. El 25% de ellos padece de paladar hendido, 25% de labio leporino y el 50% de ambos. Por tanto, el objetivo de su

tratamiento se centra en restaurar la alimentación normal, el habla y la apariencia física en pacientes con labio y/o paladar hendido, y si evitar el estigma social. Sin embargo, requiere de intervenciones multidisciplinares tempranas como la enfermería especializada, la cirugía plástica, la odontología pediátrica, la logopedia, la ortodoncia, la genética y los servicios psicológicos; importantes para la rehabilitación completa de pacientes con tales anomalías.⁵²

De las condiciones bucales ya mencionadas expertos en el tema como: Saskia Estupiñán afirma que: "Las enfermedades bucodentales pueden convertirse en un obstáculo importante para disfrutar de una vida saludable".⁵³ Así también el Dr. Petersen afirma que: "Una mala salud bucodental puede tener profundas repercusiones en la salud general y en la calidad de vida. El dolor, los abscesos dentales, los problemas al comer o en la masticación, la pérdida de piezas y la existencia de dientes descoloridos o dañados tienen efectos importantes en la vida y el bienestar cotidianos de las personas".²⁷ Es así que, las condiciones bucodentales tienen un negativo y significativo impacto en la calidad de vida de las

personas, no sólo en el ámbito funcional sino también psicológico y social; particularmente en los grupos de población más joven y en individuos y poblaciones con una menor posición socioeconómica.²

Hernández Mejía: “Las enfermedades orales son progresivas, acumulativas y se hacen más complejas con el tiempo”. Teniendo esta premisa es importante, el reconocimiento de las enfermedades orales y el manejo en la prevención, para una correcta conservación de las estructuras del aparato estomatognático; permitiendo a mediano y largo plazo, reducir el nivel de incidencia y prevalencia de las enfermedades bucales más frecuentes que presenta la población.⁵⁴

2.2.2. CALIDAD DE VIDA

El concepto de Calidad de Vida surge después de la Segunda Guerra Mundial, como un intento de conocer la percepción de las personas referente a: si tenían una buena vida o si se sentían financieramente seguras.⁵⁵ Es en los años cincuenta

donde se muestra cierto interés; y se desarrolla indicadores estadísticos para determinar niveles de bienestar.⁵⁴ En los años 60, se utilizan los indicadores económicos objetivos (tipo de trabajo, ingresos, bienes, políticas sociales, acceso a salud, etc.) sin tener en cuenta el componente personal. Obteniendo valores poco explicables, razón por la cual se incorpora mediciones subjetivas, de felicidad y satisfacción.⁵⁵

En los años 80 se intenta definir el concepto de Calidad de Vida y sus dimensiones; tomando en cuenta aspectos de tipo subjetivo y objetivo. En los años 90 la conceptualización y evaluación de la calidad de vida tuvo un mayor carácter metodológico.⁵⁴ siendo utilizado en ámbitos como la sociología, las ciencias políticas y la salud.⁵⁶ Por lo tanto, la definición de Calidad de Vida es de gran complejidad, es un concepto subjetivo, abstracto, y multidimensional.⁵⁷

Después que la salud fuera definida por la Organización Mundial de la Salud como: un “estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”⁵⁸ adquiere gran importancia la

necesidad de saber lo que el paciente percibe y siente; haciéndose necesario incorporar a los índices clínicos de presencia y severidad de condiciones patológicas, algunos indicadores de aspecto social y emocional de la salud.⁸ Posteriormente, en 1994, la Organización Mundial de la Salud plantea el concepto de calidad de vida como la: “percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones”.⁵⁹ Para Schalock (1996) el concepto de Calidad de Vida es importante, porque está emergiendo como un principio organizador que puede ser aplicable para mejorar nuestra sociedad, que está sujeta a transformaciones sociales, políticas, tecnológicas y económicas.⁵⁶

2.2.3. CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD (CVRS)

Algunos autores sugieren, a la calidad de vida con respecto a la salud, como una parte de la calidad de vida general, Pese a esto, la gran mayoría de autores diferencia a la CVRS con respecto a la calidad de vida , debido a que el término es

utilizado en el área de la medicina, por tanto, es una medición de salud desde la perspectiva de los pacientes;⁶⁰ y que no está sometida a determinantes económicos, sociales y culturales; la CVRS incorpora aquellos aspectos de la vida que están directamente relacionados con el funcionamiento físico, mental y del estado de bienestar.⁶¹

Dentro del área de la salud el concepto de Calidad de vida es difícil de definir, por ser compleja y multidimensional.⁵ Es así que DeBoer, se refiere al estudio de la CVRS como la evaluación de los “efectos que una enfermedad y su tratamiento ocasionan en la vida de los pacientes”.⁶²

Herdman y Baró citan la definición propuesta por Shumaker y Naughton: *"La Calidad de Vida Relacionada con la Salud se refiere a la evaluación subjetiva de las influencias del estado de salud actual, los cuidados sanitarios, y la promoción de la salud sobre la capacidad del individuo para lograr y mantener un nivel global de funcionamiento que permite seguir aquellas actividades que son importantes para el individuo y que afectan a su estado general de bienestar. Las dimensiones*

que son importantes para la medición de la CVRS son: el funcionamiento social, físico, y cognitivo; la movilidad y el cuidado personal; y el bienestar emocional".⁶¹

O'Boyle la define como la "expresión de un modelo conceptual que intenta representar la perspectiva del paciente en términos cuantificables, la cual depende de su expresión pasada, su estilo de vida presente, sus esperanzas y ambiciones para el futuro". para O'Boyle, la presencia o ausencia de enfermedad no es tan importante como la vivencia de ésta.

Fernández, Hernández y Siegrist nos dice que el concepto de CVRS debería incluir la percepción del individuo con respecto a los efectos de la enfermedad y su tratamiento sobre su sentimiento de bienestar y la capacidad de actuación (funcionalismo); siendo importante analizarlas tanto en el área física, emocional y social.⁶⁰

Alfonso Urzúa M.: "Podemos definir la calidad de vida relacionada con salud como el nivel de bienestar derivado de

la evaluación que la persona realiza de diversos dominios de su vida, considerando el impacto que en éstos tiene su estado de salud”.⁶²

Esta definición nos ayuda a entender la influencia que pueden ejercer en la autoevaluación de la calidad de vida del individuo la salud física, el estado psicológico afectivo, las relaciones sociales, y el nivel de independencia; Por tanto, el término calidad de vida relacionada con la salud, surge como un concepto que incorpora la importancia de la percepción de la salud por parte del individuo, recogiendo aspectos objetivos como subjetivos;⁶¹ “como una necesidad en la evaluación de resultados en salud”. (Testa, M.1996).⁶³ Siendo una importante variable de medida subjetiva del efecto que la enfermedad y su tratamiento producen en la vida del sujeto,⁶¹ pues permite integrar aspectos como: la auto percepción de la calidad de vida y la satisfacción del paciente, con las medidas clínicas (objetivas) de morbilidad, mortalidad y expectativa de vida.⁶⁴ Donde el resultado de su evaluación se centra en la persona, en cómo se siente él; y no en la enfermedad.⁶¹ Por tanto; las medidas subjetivas son muy sensibles; puede detectar la

vitalidad del individuo y/o la presencia de malestar físico; este último puede ser determinada por alguno de los siguientes criterios: declaraciones subjetivas del individuo; signos manifiestos de alteraciones en la estructura y/o función de partes del cuerpo o en su totalidad; y alteraciones ocultas que es posible detectar a través de instrumentos (Schlaepfer & Infante, 1990).²⁵

Es así que, hace más de dos décadas, La Organización Mundial de la Salud organizó el “WHOQOL group”, para desarrollar un instrumento que permita evaluar la calidad de vida y éste sea aplicable transculturalmente en diferentes países, edades, sexo, condición socioeconómica; y para ser usado en la investigación clínica, epidemiológica, tratamientos y evaluación de la atención de salud.⁶⁵ El Grupo WHOQOL establece ciertos puntos de consenso; por tanto, las medidas de CVRS deben ser:

A. Subjetivas: Recoger la percepción de la persona involucrada.

- B. Multidimensionales: Relevar diversos aspectos de la vida del individuo, en los niveles físico, emocional, social, interpersonal etc.
- C. Incluir sentimientos positivos y negativos.
- D. Registrar la variabilidad en el tiempo: La edad, la etapa vital que se atraviesa (niñez, adolescencia, adultez, adulto mayor), el momento de la enfermedad que se cursa, marcan diferencias importantes en los aspectos que se valoran.⁶³

Aunque no existe un consenso en la definición de CVRS, se han desarrollado diversos instrumentos de medición. Estos instrumentos se pueden dividir en genéricos y específicos. Los genéricos son independientes del diagnóstico, por lo que se puede aplicar a cualquier tipo de población o afección; los específicos se centran en aspectos propios de una enfermedad, son más sensibles.⁶¹

Los instrumentos de CVRS, tienen como finalidad medir percepciones y aspectos no objetivos. Siendo parte importante en la evaluación en el campo de la salud pública, desde la

formulación de políticas hasta el monitoreo del tratamiento y análisis de costo-efectividad de intervenciones en salud.⁶³ Por lo que ha concitado el interés de las instituciones y profesionales de la salud frente a la necesidad de nuevos y mejores indicadores clínicos.⁶⁶

Por lo que concluimos que; la utilización del concepto de CVRS, como una medida de la percepción del individuo sobre su nivel de bienestar, permite comprender desde la perspectiva de los propios individuos la evaluación sobre su propio estado de salud.⁶⁰

2.2.4. CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD BUCAL (CVRSB)

Se considera a la boca como un centro de tejidos y funciones vitales, un arquetipo de la salud o enfermedad, un modelo que permite el estudio de otros órganos y tejidos y una causa latente de patologías que afecta a otros sistemas y órganos.⁶⁷ Por lo que la salud oral es valorada como parte importante de

la salud general y es reconocida como un componente esencial para la calidad de vida.⁹

El concepto de Calidad de Vida Relacionada con Salud Bucal (CVRSB), surge del planteamiento de que la autoestima y el bienestar pueden verse atenuados por alteraciones en la cavidad bucal.³ Por tanto, la calidad de vida en relación con la salud bucal se refiere al efecto que las principales afecciones bucales provocan en la vida diaria de los individuos; y así también, en la normal función del aparato estomatognático.⁵ Todos los individuos deben poseer una condición de salud bucal que les permita hablar, masticar, reconocer sabores, sonreír, vivir libres de dolor e incomodidad y relacionarse con otras personas sin temor.⁶⁸

Su evaluación nos permitirá conocer cómo la salud bucal afecta aspectos de la vida social, incluida la autoestima, la interacción social, el desempeño escolar, laboral, etc.; y así también su satisfacción con respecto a su salud bucal;⁶⁹ por lo que, se hace imprescindible relacionar la salud bucal y su deterioro con las percepciones emocionales y sociales

brindadas por el paciente, para contar con una visión integral del proceso salud- enfermedad.²²

Para una mejor comprensión de las consecuencias personales y sociales que una determinada patología genera en el individuo; la Organización mundial de la salud define, en 1980, tres estadios jerárquicos. Siendo las siguientes:

- A. Deficiencia (“Impairment”): anomalía o pérdida de una parte del cuerpo o de una función fisiológica mental, sensorial u orgánica.
- B. Discapacidad (“Disability”): restricción o incapacidad para realizar actividades consideradas como normales para el ser humano (ver, comer, beber, andar, hablar...), generalmente derivadas de alguna deficiencia.
- C. Minusvalía (“Handicap”): limitación o imposibilidad de realizar con plenitud los roles sociales acordes a la edad y el sexo en una determinada cultura. Por ejemplo: desarrollar una vida independiente, rendimiento laboral, rendimiento social, rendimiento familiar. Son consecuencias de las deficiencias y/o discapacidades.

Posteriormente, la OMS cambia estos términos por otros neutrales como “función” (órgano), “actividad” (individuo) y “participación” (sociedad).²⁶

Locker en 1989, fundado en la clasificación internacional de las Deficiencias, Discapacidad y Minusvalías (CIDDM) definida por la OMS;⁷⁰ describe un marco conceptual, que secunda la comprensión de los efectos que pueden producir las deficiencias bucales y de cómo medir, ponderar, clasificar y jerarquizarlo.⁵⁴ De ello, por definición, entendemos que; el primer nivel se refiere al deterioro del estado bucodental, es decir, el individuo que pierde los dientes es discapacitado, pues ha perdido una parte de su cuerpo; el segundo nivel incluye los posibles impactos negativos más tempranos causado por el deterioro del estado bucodental: dolor, incomodidad, limitaciones funcionales e insatisfacción con la apariencia, es decir, ello incluyen minusvalía por tanto el individuo carece de capacidad para realizar tareas diarias como hablar, comer, etc.; y el tercer nivel representa el impacto sobre las actividades habituales de tipo físico, psicológico y social que un individuo puede tener debido al deterioro de su salud bucal, es decir,

hándicap porque reduce el contacto social por vergüenza de la ausencia del diente o de llevar dentaduras.⁷¹

La publicación de este marco conceptual ha sido fundamental pues representa un inicio metodológico en la evaluación de los impactos orales. Es así que, autores como Smith y Sheiham (1979) en un estudio, consideran que, individuos con limitaciones masticatorias presentan cierto grado de impacto social (handicap). Reisine y Weber, en un estudio comparativo con pacientes con problemas cardíacos, demostraron que la calidad de vida de los pacientes con trastornos temporo mandibulares se veía afectado en el área de sueño y descanso, interacción social, funcionamiento intelectual y comunicación. Así también, Cushing, en un estudio con trabajadores adultos encontró que el dolor, la dificultad para comer y problemas de comunicación era muy frecuentes (Allen, 2003). Por lo que, la medición del impacto de las condiciones orales en la vida diaria, es importante, no solo, en la investigación de la etiología de la enfermedad, sino también en la prevención, la estimación de las necesidades de tratamiento (Oliveira y Sheiham, 2004; Marques y cols, 2007).⁵⁴

Según la Organización Mundial de la Salud, las afecciones bucales de mayor presentación, son la caries dental y la enfermedad periodontal; seguida de las anomalías cráneo facio dentales y las mal oclusiones: y de menor presentación, el cáncer oral, las alteraciones de los tejidos dentales, los traumatismos maxilofaciales y la fluorosis⁷²; condiciones con secuelas no solo físicas, sino también económicas, sociales y psicológicas; Debido a las consecuencias que ocasionan las enfermedades bucales; entendidas por los impactos intermedios o negativos como es el dolor, incomodidad, limitación funcional e insatisfacción con la apariencia; y por los impactos finales, que influyen en el desarrollo de las actividades cotidianas de los individuos pues precisa de un adecuado rendimiento físico, psicológico y social; se hace necesario la medición de cuánto está siendo afectada la calidad de vida, mediante indicadores que tengan en cuenta la percepción de los individuos.⁴

A. INDICADORES SOCIODENTALES

En la declaración de Berlín, de 1992, se llegó a un acuerdo sobre la finalidad de los indicadores socio dentales; los cuales evaluarían las necesidades de tratamiento; logrando valorar dimensiones que difícilmente podrían ser valoradas por medidas clínicas objetivas, es decir, el efecto psicosocial que produce las condiciones orales en la vida diaria del individuo.²⁶

Estos instrumentos utilizados para medir calidad de vida en relación con la salud bucal, generalmente son contruidos bajo la forma de cuestionarios; compuestos por preguntas que intentan medir por medio de respuestas organizadas bajo la forma de escalas numéricas (escala de Likert); cuánto es afectado los aspectos de la vida de las personas por las condiciones de salud en los dominios de síntomas bucales, limitaciones funcionales, bienestar emocional y social, actividades diarias, condiciones psicológicas, entre otros.⁶⁸

Los cuestionarios tienen tantas dimensiones como los autores hayan estimado oportuno según su base teóricas y su filosofía analítica (Jhon, 2004). A mayor frecuencia de aparición, mayor nivel de impacto presenta el sujeto. Entre ellos tenemos a:

Cushing y cols. (1986) que, desarrollaron el primer indicador socio dental denominado “Social Impact of Dental Disease” (SIDDD) cuestionario de 14 preguntas en relación a 5 dimensiones: masticación, social, dolor, discomfort y estética; asentando las bases científicas y operativas de las mediciones del bienestar oral.

Otros cuestionarios, se han basado en él para mejorar su rendimiento descriptivo y analítico como el de Dolan y Gooch (1989) quienes desarrollaron el cuestionario “Dental Health Index” (DHI), instrumento compuesto por 3 preguntas que representaban la dimensión dolor, preocupación y relaciones sociales; Strauss (1997) desarrolló el “Dental Impact Profile” (DIP), un cuestionario de 25 preguntas distribuidas en 4

dimensiones: masticación, estética, romance y bienestar donde su formato de pregunta alude al efecto positivo, negativo o neutral que los dientes o dentaduras tienen a las 25 situaciones sondeadas.²⁶

A partir del marco conceptual de Locker;³ los cuestionarios que a continuación se comentan utilizan esta lógica conceptual como soporte teórico sobre los que funda el análisis de la calidad de vida oral. Así tenemos a:

- Atchinson y Dolan (1990) quienes diseñaron el cuestionario “Geriatric Oral Health Assessment Index” (GOHAI). Posteriormente ha sido validado para edades más jóvenes cambiando su denominación a “general” en lugar de “geriatric”.
- Leão y Sheiham (1996) desarrollaron el cuestionario “Dental Impacto of Daily Living” (DIDL).
- Slade y Spencer (1994) desarrollaron el cuestionario “Oral Health Impact Profile” (OHIP), Slade (1997) validó el (OHIP-14) formato corto de 14 preguntas.⁵⁴

Posteriormente, en 1997, en Chapell Hill, en la conferencia donde se analizaba 11 indicadores para medir la calidad de vida con respecto a la salud bucal; en su marco conceptual de estos indicadores, se consideró la adaptación de Locker de la Clasificación Internacional de Deterioros, Impedimentos y Discapacidades de la Organización Mundial de la Salud (OMS) a la odontología; estableciendo tres niveles: El primero referido a la salud bucal, descrito usualmente mediante indicadores clínicos; el segundo referido a los impactos intermedios o primero impactos negativos causados por las condiciones bucales (dolor, incomodidad, limitación funcional e insatisfacción con la apariencia); y el tercero, referido a los impactos finales , que afectan al desarrollo de las actividades diarias de las personas, para las que se requiere adecuado rendimiento físico, psicológico y social.²⁰

En dicha conferencia, Adulyanon y Sheiham presentaron el desarrollo y la validación del Índice de Impacto Bucal en las Actividades Diarias de Adultos (Oral Impacts on Daily Performances - OIDP); diseñado para

evaluar los impactos finales que las condiciones orales generaban en la vida diaria de las personas (tercer nivel del modelo de locker); y medir la frecuencia y severidad de los impactos de las condiciones bucales sobre ocho actividades o desempeños diarios (comer y disfrutar la comida, hablar claramente, limpieza de dientes, dormir y descansar, sonreír y reír mostrando los dientes sin vergüenza, mantener el estado emocional usual sin irritación, desempeñar el trabajo usual o rol social y contacto con la gente).⁷¹

B. INSTRUMENTOS VALIDOS PARA MEDIR LA SALUD BUCAL EN NIÑOS

Durante los últimos 20 años, se han elaborado diferentes instrumentos dirigidos a la evaluación de la calidad de vida en relación a la salud bucal; permitiendo representar bajo forma numérica, las diferentes percepciones entre personas y comunidades;⁷³ y desde entonces; se ha obtenido un contraste alarmante, de diferentes estudios, que apoya la hipótesis de que la salud bucal tiene un

impacto en la calidad de vida en adultos; actualmente algunos de estos han sido aplicados y estudiados con gran confiabilidad; Sin embargo, la mayoría de ellos, fue desarrollado para adultos y ancianos; siendo de desarrollo reciente los indicadores para los niños.⁵

Por lo tanto, conocer más sobre la CVRS en la infancia y adolescencia es importante para la salud pública, porque la calidad de vida en esta edad es la base para la calidad de vida y la salud en la adultez (Bisegger, Cloetta, von Rueden, Abel, Ravens-Sieberer & the European Kidscreen group, 2005).²⁵ Actualmente, los cuestionarios para medir la CVRSB en niños; cuya validez y confiabilidad fueron comprobados en estudios; pueden ser contestados por los propios niños o por los padres y/o responsables. En la mayoría de los casos, los instrumentos utilizados para medir la CVRSB son construidos como cuestionarios auto aplicados.⁷¹

Dentro de los instrumentos que existen para evaluar la calidad de vida con respecto a la salud bucal en niños tenemos:

- **FAMILY IMPACT SCALE (FIS) o Escala De Impacto Familiar.**

Desarrollado por Stein y Riessman (EE.UU 1983); tiene como finalidad medir el impacto de las afecciones bucales de los niños de 5 a 6 años de edad en el sistema familiar; el cual es contestado por los padres de familia; el cuestionario comprende de 27 ítems pertenecientes a cinco dimensiones que evalúa: la carga económica, o el grado en que la enfermedad cambia la situación económica de la familia; el impacto social o la calidad y cantidad de interacción con otras personas fuera de la familia inmediata; el impacto familiar, que se refiere a la calidad de interacción dentro de la unidad familiar; la tensión personal, la carga subjetiva experimentada por el cuidador principal; y cómo hacer frente a las estrategias empleadas por la familia para dominar el estrés de una

enfermedad o la discapacidad del niño. El valor total de la FIS tiene como puntaje máximo 56 y un mínimo de 0; una mayor puntuación indica un mayor grado de impacto de las condiciones bucales del niño sobre el desempeño de los padres o cuidadores y la familia en su conjunto. El FIS ha sido utilizado en Brasil, Turquía y China.

- **EL CHILD PERCEPTIONS QUESTIONNAIRE (CPQ)**
o Percepción de Salud Oral En Niños.

Desarrollado por Jokovic y colaboradores (Canadá 2002); instrumento que mide la calidad de vida relacionada con la salud bucal en niños de 8 a 10 años y de 11 a 14 años; ambos cuestionarios abarcan las dimensiones de: síntomas bucales, limitación funcional, bienestar social y bienestar emocional. La versión de 8 a 10 años consta de 29 preguntas y un tiempo de recuerdo de cuatro semanas, mientras que la versión de 11 a 14 años cuenta con 37 preguntas y un tiempo de recuerdo de tres meses. Las respuestas se registran en una escala Likert, donde 0 = nunca, 1 =

una o dos veces, 2 = a veces, 3 = a menudo, y 4 = todos los días o casi todos los días. El puntaje máximo para el CPQ8-10, es de 100 y el mínimo de 0; y para el CPQ11-14 como puntaje máximo 103 y el mínimo de 0; indicándonos que, a mayor puntaje, peor calidad de vida. Las respuestas se registran al igual que en el CPQ 8-10 y CPQ 11-14 en una escala de Likert de 0 a 4. El CPQ11-14 ha sido modificado a versiones cortas de 16 y 8 preguntas.

- **EL PARENTAL PERCEPTIONS OF CHILD ORAL HEALTH RELATED QUALITY OF LIFE (P-CPQ) o Percepción de Los Padres sobre la Salud Oral de los Niños relacionada a la Calidad De Vida.**

Desarrollado por Jokovic y su equipo (Canadá 2003); está dirigido a niños en edades comprendidas de los 6 a los 14 años; el cual es contestado por los padres de familia; el cuestionario está conformado por 46 ítems y con un tiempo de recuerdo de tres meses; abarca los dominios de: bienestar social, bienestar emocional, presencia de síntomas orales y limitación funcional.; las

respuestas se registran en una escala Likert, donde 0 = nunca, 1 = una o dos veces, 2 = a veces, 3 = a menudo, y 4 = todos los días o casi todos los días; el puntaje máximo es de 80 y el mínimo de 0.35. El P-CPQ ha sido utilizado en Perú y Brasil.

- **EARLY CHILDHOOD ORAL HEALTH IMPACT SCALE (ECOHIS), o Escala de Impacto de Salud Oral en la Infancia Temprana.**

Desarrollado por Pahel y colegas (E.E.U.U. 2004); fue diseñado para evaluar el impacto de los problemas relacionados con las experiencias de tratamientos bucales en la calidad de vida de preescolares de 2 a 5 años y de su familia; el cuestionario consta de 13 preguntas, donde las respuestas tienen una escala Likert en la que: 1 = nunca, 2 = casi nunca, 3 = ocasionalmente, 4 = frecuentemente, 5 = muy frecuentemente. Un puntaje alto en el resultado de ECOHIS sugiere una calidad de vida desfavorable; ha sido validada en Brasil y Canadá.

- **EL CHILD ORAL IMPACT DAILY PERFORMANCE (Child- OIDP) o Índice de Impactos de Salud Oral en la Actividad Diaria para niños.**

Desarrollado por Gherunpong y colegas (Tailandia 2004); es la adaptación del cuestionario Oral Impact Daily Performance originalmente para adultos, a una versión para niños; El Child-OIDP mide principalmente ocho áreas: comer, hablar, higiene bucal, dormir, emocional, sonreír, estudiar, contacto social; el tiempo de recuerdo es de tres meses; la medición se realiza en una escala de Likert de 0-3.⁵

- **El Child Oral Health Impact Profile (COHIP),** desarrollado por Slade y colaboradores (Australia 2007); fue diseñado para medir la CVrSB de niños entre 8 y 15 años; el cuestionario consta de 30 preguntas pertenecientes a cinco dominios: la salud oral, el bienestar funcional, el bienestar social y emocional, el entorno escolar y la propia imagen; utiliza ítems formulados tanto positiva como negativamente;

este instrumento se ha utilizado en Francia y en los Estados Unidos.

- **SCALE OF ORAL HEALTH OUTCOMES FOR 5-YEAR-OLD CHILDREN (SOHO-5), o Escala de resultados de la Salud Oral para niños de 5 años de edad.**

Desarrollada por Tsakos y colaboradores (Reino Unido 2012); tiene como finalidad evaluar el impacto que tienen las afecciones bucales en la CVRSB de niños menores de 5 años; el SOHO-5 está conformado por una sección dirigida a los niños, la cual contiene siete ítems y evalúa la dificultad para comer, beber, hablar, jugar, dormir, sonreír y la apariencia de la sonrisa; las respuestas se disponen en una escala numérica donde no = 0, un poco = 1, mucho = 2; el SOHO-5 se apoya en una tarjeta que explica las respuestas por medio de una escala de dolor representada por imágenes de caras. Los ítems dirigidos a los padres son siete y evalúan la dificultad que tienen sus hijos para comer, jugar, hablar, dormir, evitar sonreír por dolor, por la

aparición de su sonrisa y la alteración en su autoconfianza; las respuestas se disponen en una escala numérica en la cual nada = 0, un poco = 1, moderadamente = 2, mucho = 3, demasiado = 4; la respuesta “no sé” no se usa en la forma de auto aplicación, ésta es empleada cuando el cuestionario se aplica en modo de entrevista. Los resultados se obtienen sumando todas las respuestas. Un puntaje más alto indica un mayor impacto de las afecciones bucales sobre la calidad de vida de los niños.

De los instrumentos citados, la mayoría de ellos han sido adaptados transculturalmente y validados en otros idiomas.⁵

C. CHILD ORAL IMPACTS ON DAILY PERFORMANCES - INDEX (CHILD-OIDP)

Traducido: Índice de impacto de salud bucal en la actividad diaria de los niños. Este instrumento es la adaptación para niños del Oral Impacts On Daily Performances - OIDP

(Índice de Impacto Bucal en las Actividades Diarias de Adultos) elaborado por Supreda Adulyanom y Aubrey Sheiham⁵ para evaluar el impacto de las condiciones bucales sobre ocho actividades o Desempeños diarios; demostrando ser una medida valida y fiable;⁶ los resultados obtenidos del OIDP, se utilizaron para conocer las necesidades de atención de salud oral y colaborar con la planificación sanitaria.⁷⁴

Motivo por el cual, en Tailandia, en el 2004, Gherunpong S, Tsakos G y Sheiham A. adaptaron el Oral Impacts On Daily Performances (OIDP) a una versión para niños, El Child-OIDP Índex (Índice Child-OIDP;⁷ con la finalidad de evaluar la prevalencia y la gravedad de los impactos y factores relacionados con los impacto.⁷⁵ Este índice evalúa los impactos bucales en 8 dimensiones: comer; hablar; limpiarse los dientes; sonreír, reír, mostrar los dientes sin vergüenza; mantener el estado emocional; relajarse, inclusive dormir; estudiar, ir a la escuela y hacer tareas escolares; y contacto con otras personas.¹⁰ El proceso de desarrollo y evaluación se realizó en el distrito

de Uthong, provincia de Suphan-bury, Tailandia; en escolares de 11 y 12 años; para su adaptación a una versión para niños, se realizaron ajustes en el lenguaje, variación en la secuencia de preguntas, reducción del tiempo de recuerdo a tres meses, el uso de escala de medición de Likert de 0-3 y la incorporación de imágenes al cuestionario para hacerlo más agradable y atractivo a los niños.⁷ El Índice Child-OIDP también presenta modificaciones de redacción, que abordan la capacidad de los niños en relación con su desarrollo intelectual, cognitivo y del lenguaje.⁷⁵

Actualmente este instrumento se encuentra validado y adaptado al idioma y realidad social de diferentes países del mundo como: Francia, España, Israel, Corea, Tanzania, Malasia, Reino Unido, Brasil, Chile y Perú.⁵

El Child (OIDP) español (Perú), fue adaptado y validado a través del trabajo de investigación: “evaluación integral del índice Child-OIDP: una evidencia adicional de Perú”, realizado por Bernabé y Col. en el año 2008.¹³

Siendo un instrumento válido y confiable para medir el impacto de las condiciones bucales en la calidad de vida;⁷⁶ el cuestionario está dirigido a niños de 11 y 12 años de edad; permitiendo analizar, de acuerdo a la percepción del sujeto que es evaluado, el efecto de una condición bucal específica en alguna actividad diaria;²² determinando así, el impacto que una de las 17 condiciones bucales produce en alguno de los ocho desempeños diarios o cotidianos.²⁰

Este instrumento, basado en el modelo teórico de las Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (OMS) y adaptado a la odontología por Locker;⁷⁰ utiliza esta lógica conceptual como soporte teórico. Es así que, las condiciones bucales descritas en la primera parte del cuestionario Child OIDP, encuentra su paralelismo con el primer nivel, deficiencias o síntomas bucales; los impactos en los desempeños diarios descrita en la segunda parte del cuestionario, tiene relación al tercer nivel: impactos terminales; en esta segunda parte, el niño, percibe y considera que capacidad física, psicológica y/o social está siendo afectada. Por lo tanto; el cuestionario identifica las

condiciones bucales percibidas como causa de impacto; evalúa la prevalencia e intensidad de impactos; y como índice, expresa un valor entre 0 y 72, indicando los valores más altos mayor alteración en la calidad de vida de los niños.²⁰ Su sistema de encuesta se realiza en dos etapas:

Primera etapa: se entrega un cuestionario auto-administrado a los escolares para identificar de una lista de 17 condiciones bucales aquellas que constituían problema o impacto para las actividades cotidianas de cada niño.

Segunda etapa: se realiza una entrevista individual, cara a cara; efectuada por el investigador; para recoger datos de frecuencia y severidad del impacto.⁴

La frecuencia de los impactos se obtuvo preguntándole a cada niño, ¿cuál (les) de las 17 condiciones bucales habían causado molestias en cada uno de los ocho desempeños habituales? y ¿cuán a menudo en los últimos 3 meses habían sucedido? Para la severidad del impacto en los desempeños, se preguntó a cada escolar, ¿cuán severo había sido el impacto en cada desempeño? La frecuencia

y la severidad fueron registradas, según el esquema usado por Gherunpong con una escala de Likert con puntajes de 0 a 3 para cada condición.²⁰

2.2.5. PERCEPCIÓN DE LOS NIÑOS SOBRE SALUD Y CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD

Strauss (1989), afirma que los jóvenes presentan más impactos cosméticos que los adultos, mientras que los pacientes ancianos sufren más impactos funcionales. En otro estudio se declara que los adolescentes consideraron más importante los problemas bucales que los adultos jóvenes.²⁶

La definición del concepto de salud para niños y adolescentes difiere en algunos aspectos del concepto de salud para adultos, en el sentido de que, como afirma Starfield: “la medición de la salud en los niños tiene que tener en cuenta la habilidad de participar plenamente en funciones y actividades físicas, sociales y psicosociales apropiadas para cada edad”. Sin embargo, existen escasos conocimientos sobre lo que constituye el funcionamiento apropiado a cada

edad y sobre la precisión de la información obtenida a partir de los propios niños/as y adolescentes.⁷⁷

Las teorías y estudios en psicología indican que; existe un proceso continuo del desarrollo cognitivo, emocional, social y lingüístico durante la infancia; siendo que la estructura del auto concepto y la concepción de salud de los niños dependen de la edad. De acuerdo con la psicología del desarrollo infantil; la edad de seis años marca el inicio del pensamiento abstracto y del auto concepto; A esta edad, comienzan a comparar sus características físicas y trazos de personalidad con las de otros niños; Su capacidad de realizar juicios sobre su apariencia, calidad de las amistades, pensamientos de otras personas, emociones y comportamiento se desenvuelve gradualmente a través de la mitad de la infancia (6-10 años de edad); A esta edad, la idea de estética asociada a la salud comienza a ser incorporada en la mente del niño y pasa a ser integrada a su concepto de autoestima. Gradualmente, los niños desarrollan la capacidad de utilizar un amplio espectro de estímulos internos para identificar sus enfermedades. Aproximadamente a los 11 ó 12 años de edad, éstos visualizan la salud como un

concepto multidimensional organizado alrededor de las siguientes construcciones: funcionalidad, adhesión a comportamientos de aparente buen estilo de vida, sentido general de bienestar y relaciones con los otros. La forma como estos conceptos son organizados varían de acuerdo con la edad y con el tipo de experiencia a las cuáles el niño estuvo expuesto en su vida.⁶⁸

Según Piaget, en torno a los 12 años se adquieren una serie de habilidades que permiten pensar de una manera muy parecida a la adulta; entendiendo la realidad como una parte del mundo de lo posible, tienen una lógica de razonamiento hipotético deductivo y un pensamiento de carácter proposicional que utiliza el lenguaje como vehículo privilegiado.²⁵

Por lo tanto, concluimos que, de acuerdo al desarrollo psicológico del niño; la edad de 6 años marca el inicio del pensamiento abstracto; entre los 6 y 10 años, la idea del estético comienza a ser incorporado en su mente y pasa a ser integrado al concepto de autoestima; para la edad de 11 y 12

años, ya existe una clara distinción de emociones como la preocupación y la vergüenza. En lo que respecta al concepto del tiempo; a la edad de 8 años, ya es posible ubicar el principio y el fin de un periodo y surge el entendimiento de ocurrencia de eventos. Por ello, se requiere y se han construido cuestionarios para edades específicas, y así, se consigue grupos homogéneos en termino de roles y habilidades cognitivas.⁶⁸

En estudios recientes, enfocados en niños y adolescentes; demostraron que las dolencias y desordenes bucales tales como: la caries dental y los traumatismos dentarios; pueden causar un impacto negativo en la calidad de vida de los niños o adolescentes; el impacto de estas alteraciones se presenta como: una mayor experiencia de sensación de dolor; dificultad para masticar; disminución de apetito; pérdida de peso; dificultad para dormir; alteraciones de comportamiento que incluye irritamiento y baja autoestima; perdida de días de escuela y/o disminución del rendimiento escolar.⁹ Po lo que, según la literatura, es factible obtener información valida y confiable sobre la CVRSB de cuestionarios

desarrollados por niños y adolescentes, sean esos respondidos por los responsables o por los mismos niños o adolescentes.⁶⁸

La medida de la CVRS y del estado de salud percibida en la infancia y adolescencia, desde el punto de vista de la investigación en salud pública, tiene como objetivos describir la salud de la población y establecer comparaciones entre subgrupos con determinadas características (socio demográfico, regional, etc.);²⁵ además de evaluar el efecto sobre la salud de las intervenciones sanitarias; en la práctica clínica, el estudio de la CVRS, facilita el conocimiento del estado de salud y puede identificar niveles de morbilidad, valorar el impacto sobre la salud de los tratamientos y facilitar la toma de decisiones clínicas.⁵

2.3. DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE TÉRMINOS

CONDICIONES BUCALES

Características que se presentan en la cavidad bucal, mediante variaciones anatómicas o estados patológicos, de acuerdo al estado de salud – enfermedad, que presente el sujeto. Se encuentra sujeta a modificaciones debido a diferentes factores internos y externos; así mismo, conforme aumenta la edad también se modifica los tejidos, lo cual conlleva a que las manifestaciones locales y sistémicas sean distintas entre las etapas de la vida.²³

CALIDAD DE VIDA

Según la OMS es “La percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, estándares y preocupaciones”.⁵⁹

CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD

“La percepción que el individuo tiene del grado de disfrute de su vida, teniendo en cuenta sus voluntades, sus expectativas, sus paradigmas y acorde al sistema de valores de su contexto socio cultural”.²⁶

ÍNDICE CHILD-OIDP

Es un instrumento que permite analizar la influencia de un grupo de condiciones orales específicas sobre la capacidad de los niños para realizar sus actividades diarias tanto físicas, psicológicas como sociales; de acuerdo a la percepción del sujeto que es evaluado.⁵

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. MATERIAL Y MÉTODOS

3.1.1. TIPO – DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN:

Es un tipo básico, no experimental, relacional y transversal.

3.1.2. AMBITO DE ESTUDIO:

El estudio se desarrolló en las instalaciones (aulas) de la Institución Educativa Don José de San Martín ubicada en el distrito Alto de la Alianza – Tacna.

3.2. POBLACIÓN DE ESTUDIO:

3.2.1. Población:

Población cualitativa:

Estuvo constituida por los escolares de 11 y 12 años de edad de la Institución Educativa Don José de San Martín del distrito Alto de la Alianza.

Población cuantitativa: La población inicial total consistió en 195 escolares de 11 y 12 años de edad que luego de ser evaluados según los criterios de exclusión quedo en una población final de 190 escolares.

3.2.2. CRITERIOS DE SELECCIÓN:

A. Criterios de inclusión

- Escolares de 11 y 12 años, matriculados en la Institución. Educativa Don José de San Martín del distrito Alto de la Alianza.
- Escolares de ambos sexos.
- Escolares con consentimiento firmado por sus padres o representantes.
- Escolares con asentimiento firmado.

B. Criterios de exclusión:

- Escolares con discapacidad física o mental.
- Escolares que no presenten consentimiento firmado.
- Escolares que no desean participar de este estudio.

3.3. TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.3.1. TÉCNICA DE RECOLECCION DE DATOS

La técnica que se utilizó para obtener información fue la observación y encuesta utilizando el cuestionario Child –OIDP, versión en español y validado en el Perú.

Se realizó una prueba piloto, previo a la ejecución del estudio; en la Institución Educativa Cesar Augusto Cohaila Tamayo del distrito de Ciudad Nueva -Tacna; en 24 alumnos de 11 y 12 años de edad. Logrando así comprobar la comprensión de la encuesta realizada y mejorar algunas dificultades que se observó. (Anexo 1)

Se realizó las gestiones necesarias con las autoridades de la Institución Educativa Don José de San Martín del distrito Alto de la Alianza para la obtención de los permisos que posibilitarán evaluar a los escolares. (Anexo 2)

Para iniciar el trabajo de campo se realizó una reunión con los padres de familia para informarles sobre la importancia y el fin de presente estudio; y solicitarles su autorización, a través del consentimiento informado, en el cual aceptan la participación de sus hijos. (Anexo 3). Los niños también dieron su asentimiento por escrito para llevar a cabo este estudio (Anexo 4).

3.3.2. INSTRUMENTO DOCUMENTAL

CUESTIONARIO CHILD-OIDP (Anexo 5). se utilizó de la siguiente forma:

1. Individual.
2. Se le entregó a cada escolar de 11 y 12 años de edad de acuerdo a la ficha de matrícula en el año 2016.
3. Se le dio las indicaciones para su llenado.
4. Según las características y datos obtenidos del cuestionario se determinó la inclusión y exclusión de los alumnos.

3.4. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se entregaron los consentimientos informados a los padres de familia, donde se explica de manera clara y precisa sobre el estudio que se iba a realizar a los escolares. Se entrega a cada escolar su asentamiento informado para verificar su participación o no en el estudio.

Se procedió la ejecución de la tesis a lo largo de 3 semanas, donde se evaluó de forma ética y ordenada. Se entregó el cuestionario a cada escolar y se aplicó durante las primeras horas de clase de la mañana o tarde, momento en que el escolar tenga tranquilidad y disponibilidad en colaborar en el llenado del mismo. A continuación, se les dio las indicaciones para su llenado enfatizando en que sus respuestas sean reflejo de la verdad, el tiempo estimado de llenado fue de aproximadamente 15 minutos.

El instrumento que se aplicó tiene las siguientes características: Es un cuestionario auto administrado, está estructurada de tipo verbal – escrita; con respuestas dicotómicas, emplea la técnica de la elección forzada: (SI - NO). Consta de 17 ítems

(Condiciones bucales) y 8 dimensiones (desempeños diarios) de la Calidad de vida.

Los cuestionarios fueron recogidos y almacenados; una vez obtenido todos los cuestionarios fueron evaluados de acuerdo a los criterios de exclusión obteniendo 190 cuestionarios válidos y 5 inválidos.

3.5. PLAN DE PROCESAMIENTO DE DATOS

Una vez obtenidos los datos, se procedió al procesamiento y análisis de la información, se utilizó el programa SPSS versión 22.0 para Windows. Para establecer la significancia que pueda existir se aplicó la prueba estadística de χ^2 .

CAPÍTULO IV

DE LOS RESULTADOS

4. 1. RESULTADOS

TABLA N° 1

**CONDICIONES BUCALES AUTOPERCIBIDAS EN ESCOLARES DE 11
Y 12 AÑOS DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA DON JOSÉ DE SAN
MARTÍN DEL DISTRITO ALTO DE LA ALIANZA.TACNA 2016.**

Condiciones bucales	Frecuencia	
	n°	%
Dolor de muela	93	48,9
Diente sensible	82	43,2
Diente cariado.	107	56,3
Caída de un diente de leche	77	40,5
Dientes separados	35	18,4
Fractura del diente permanente	17	8,9
Color de dientes	73	38,4
Forma y tamaño de los dientes	56	29,5
Posición de los dientes	76	40,0
Sangrado de las encías	82	43,2
Inflamación de las encías	32	16,8
Sarro o calculo dental	61	32,1
Llagas o heridas en la boca	57	30,0
Mal aliento	75	39,5
Perdida del diente permanente	47	24,7
Erupción del diente permanente	17	8,9
Deformación de la boca o cara	3	1,6
TOTAL	190	100,0

Fuente: Matriz de sistematización de datos.

Todas las condiciones bucales (17) son señaladas por lo escolares. La condición bucal de mayor frecuencia es: Diente cariado (56,3%); sin embargo, otras condiciones bucales tienen presentaciones similares como: Dolor de muela (48,9%), Diente sensible (43,2%), Sangrado de las encías (43,2%) y la condición bucal de menor frecuencia es: Fractura del diente permanente (8,9%), Erupción del diente permanente (8,9%) y Deformación de la boca (1,6 %).

GRAFICO N° 1

CONDICIONES BUCALES AUTOPERCIBIDAS EN ESCOLARES DE 11 Y 12 AÑOS DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA DON JOSÉ DE SAN MARTÍN DEL DISTRITO ALTO DE LA ALIANZA.TACNA 2016.



Fuente: Datos de la Tabla 1

TABLA N° 2

**CALIDAD DE VIDA, A TRAVÉS DE LOS DESEMPEÑOS AFECTADOS,
EN ESCOLARES DE 11 Y 12 AÑOS DE EDAD DE LA INSTITUCIÓN
EDUCATIVA DON JOSÉ DE SAN MARTÍN DEL DISTRITO
ALTO DE LA ALIANZA.TACNA 2016.**

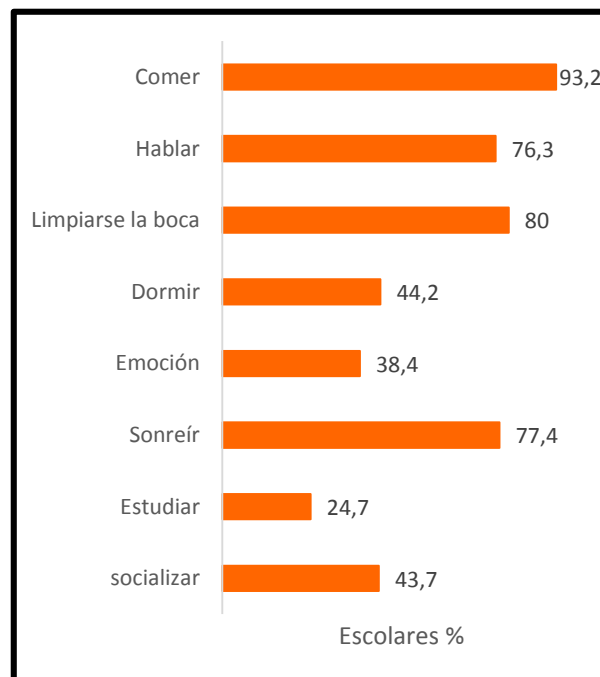
Desempeños	CALIDAD DE VIDA	
	Frecuencia	
	n	%
Comer	177	93,2
Hablar	145	76,3
Limpiarse la boca	152	80,0
Dormir	84	44,2
Emoción	73	38,4
Sonreír	147	77,4
Estudiar	47	24,7
Socializar	83	43,7
TOTAL	190	100,0

Fuente: Matriz de sistematización de datos

Todos los desempeños diarios (8) son señalados por los escolares. El Desempeño frecuentemente señalado es: Comer (93,2%); sin embargo, otros desempeños tienen presentaciones similares como: Limpiarse la boca (80,0%) y Sonreír (77,4%); y los desempeños de menor frecuencia tenemos a: Emoción (38,4%) y Estudiar (38,4%).

GRAFICO N° 2

**CALIDAD DE VIDA, A TRAVÉS DE LOS DESEMPEÑOS AFECTADOS,
EN ESCOLARES DE 11 Y 12 AÑOS DE EDAD DE LA INSTITUCIÓN
EDUCATIVA DON JOSÉ DE SAN MARTÍN DEL DISTRITO
ALTO DE LA ALIANZA.TACNA 2016.**



Fuente: Datos de la Tabla 2

TABLA N° 3

RELACIÓN DE LAS CONDICIONES BUCALES AUTOPERCIBIDAS Y LA CALIDAD DE VIDA EN ESCOLARES DE 11 Y 12 AÑOS DE EDAD DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA DON JOSÉ DE SAN MARTÍN DEL DISTRITO ALTO DE LA ALIANZA.TACNA 2016.

CONDICIONES BUCALES	CALIDAD DE VIDA																
	Comer		Hablar		Limpiarse los dientes		Dormir		Emoción		Sonreír		Estudiar		Socializar		P valor
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Dolor de muela	83	44	22	11,6	33	17,4	60	31,6	15	7,9	4	2,1	32	16,8	14	7,4	1x10 ⁻³
Diente sensible	64	34	11	5,8	11	5,8	2	1,1	4	2,1	5	2,6	2	1,1	3	1,6	9x10 ⁻³
Diente cariado	64	34	18	9,5	18	9,5	8	4,2	6	3,2	21	11,1	7	3,7	9	4,7	7x10 ⁻³
Caída de un diente de leche	49	26	16	8,4	16	8,4	6	3,2	5	2,6	31	16,3	3	1,6	5	2,6	3x10 ⁻³
Dientes separados	7	4	0	0	2	1,1	1	0,5	2	1,1	22	11,6	0	0	2	1,1	3x10 ⁻³
Fractura del diente permanente	5	3	5	2,6	0	0	0	0	7	3,7	3	1,6	0	0	1	0,5	1x10 ⁻³
Color de dientes	8	4	24	12,6	5	2,6	3	1,6	4	2,1	50	26,3	2	1,1	9	4,7	2x10 ⁻²
Forma y tamaño de los dientes	7	4	18	9,5	6	3,2	3	1,6	7	3,7	40	21,1	0	0	19	10,0	2x10 ⁻³
Posición de los dientes	9	5	25	13,2	14	7,4	1	0,5	16	8,4	60	31,6	0	0	35	18,4	1x10 ⁻³
Sangrado de las encías	29	15	13	6,8	60	31,6	2	1,1	3	1,6	14	7,4	3	1,6	3	1,6	2x10 ⁻³
Inflamación de las encías	11	6	6	3,2	11	5,8	2	1,1	5	2,6	15	7,9	1	0,5	2	1,1	2x10 ⁻³
Sarro o calculo dental	6	3	22	11,6	18	9,5	1	0,5	5	2,6	28	14,7	2	1,1	5	2,6	1x10 ⁻³
Llagas o heridas en la boca	50	26	21	11,1	22	11,6	6	3,2	9	4,7	7	3,7	5	2,6	1	0,5	1x10 ⁻³
Mal aliento	6	3	63	33,2	4	2,1	6	3,2	6	3,2	7	3,7	2	1,1	29	15,3	1x10 ⁻³
Perdida del diente permanente	33	17	7	3,7	10	5,3	5	2,6	0	0	7	3,7	1	0,5	3	1,6	2x10 ⁻³
Erupción del diente permanente	10	5	3	1,6	4	2,1	0	0	6	3,2	2	1,1	0	0	1	0,5	1x10 ⁻³
Deformación de la boca	0	0	2	1,1	0	0	0	0	3	1,6	3	1,6	0	0	3	1,6	1x10 ⁻⁴

Fuente: Matriz de sistematización de datos

4.1.1. CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS

a. Formulación de Hipótesis:

H₁: Existe relación entre las condiciones bucales autopercebidas y la calidad de vida en escolares de 11 y 12 años de edad de la Institución educativa Don José de San Martín del distrito Alto de la Alianza. Tacna 2016.

H₀: No existe relación entre las condiciones bucales autopercebidas y la calidad de vida en escolares de 11 y 12 años de edad de la Institución educativa Don José de San Martín del distrito Alto de la Alianza. Tacna 2016.

b. Establecer un nivel de significancia:

Nivel de Significancia (alfa) $\alpha = 5\%$

c. Estadístico de Prueba:

Se determinó trabajar con un estadístico de prueba no paramétrico “Chi cuadrado de Pearson”, el cual nos proporciona la relación entre las dos variables

d. Lectura del P valor:

$H_0: (p \geq 0,05) \rightarrow$ No se rechaza la H_0

$H_1: (p < 0,05) \rightarrow$ Rechazo la H_0

$P = 0,00049; \alpha = 0,05 \rightarrow P < 0,05$ entonces se rechaza la H_0

e. Decisión:

Según la tabla N° 03 el valor – p (0,00049), es menor que el nivel de significancia (0,05), por lo cual se rechaza H_0 , y se concluye con un nivel de confianza del 95% que sí existe relación estadísticamente significativa entre las condiciones bucales autopercebidas y la calidad de vida en escolares de 11 y 12 años de edad de la Institución educativa Don José de San Martín del distrito Alto de la Alianza. Tacna 2016.

4.2. DISCUSIÓN

El presente estudio se realizó en 190 escolares de 11 y 12 años de edad de la Institución Educativa Don José de San Martín del distrito Alto de la Alianza provincia de Tacna. Se utilizó el Índice Child OIDP en su versión validada en español para Perú.

En el presente estudio, todas las Condiciones bucales fueron señaladas por los escolares. En orden de mayor a menor frecuencia, tenemos: Diente cariado seguido de Dolor de muela, Diente sensible, Sangrado de las encías, Caída de un diente de leche, Posición de los dientes, Mal aliento, Color de los dientes, Sarro o Calculo dental, Llagas o heridas en la boca, Forma y tamaño de los dientes, Perdida del diente permanente, Dientes separados, Inflamación de las encías, Fractura del diente permanente, Erupción del diente permanente y Deformación de la boca. Las tres Condiciones bucales señaladas frecuentemente: Diente cariado, Dolor de muela y Diente sensible; son síntomas muy relacionados con estadios avanzados de caries dental.

Del Castillo-López y cols., Calisaya y Reinoso demuestran en sus estudios que las condiciones bucales: Dolor de muela, Diente

sensible y Diente cariado son mayormente señalados por los niños; similares resultados encontrados por Sánchez Borjas, Paredes Martínez y col., Ingunza y cols., y Nurehhuda y cols., donde se señala a las condiciones bucales: Dolor de muela y Diente sensible; así también en el estudio de Castro y col., Encalada y Gomescuello se señaló al Diente cariado y Diente sensible; a diferencia de Tineo Tueros y Gherunpong y cols., donde la condición bucal: Diente sensible es señalada como la condición bucal de mayor presentación.

Los hallazgos en los estudios realizados por Del Castillo-López y cols., Calisaya, Sánchez Borjas, Paredes Martínez y col., Ingunza y cols. y de Tineo Tueros, pueden ser explicadas, por la presencia de niveles altos de caries en el Perú: 90,4%; siendo Tacna la segunda región con alto índice de caries con un 90,29%. Y la edad de 12 años, presentan un índice de 86,64 % de niños con caries; con un promedio de 3,1 dientes permanentes con experiencia de caries dental; y con un CPOD-12 de 3,67.⁷⁸

Respecto a la calidad de vida, entre los Desempeños señalados con mayor frecuencia por los escolares tenemos a: Comer, Limpiarse la boca y Sonreír; encontrándose hallazgos semejantes en los estudios

de Sánchez Borjas, Paredes Martínez y col., y Calisaya; similares resultados se halló en los estudios de Ingunza y cols., Del Castillo-López y cols., Tineo Tueros, Nurelhuda, Yusuf y cols., Bakhtiar y cols., Castro y cols., donde se señaló a los desempeños: Comer y Limpiarse la boca; comparable a los resultados de Moreno y cols, donde solo se señala a los desempeños: Comer y Sonreír; a diferencia de estudios de Encalada y Gherupong y cols., donde solo se señaló al desempeño: comer. Y entre los Desempeños menos señalados tenemos a: Estudiar; hallazgo similar encontrado en estudios de Del Castillo-López y cols., Calisaya, Moreno y cols, Gomescuello, Yusuf y cols., y Gherunpong y cols. En la mayoría de los estudios donde se aplicó el Child-OIDP, el Desempeño frecuentemente señalado por los escolares, corresponde a una importante función del área física de la Calidad de vida respecto a la salud bucal: Comer y disfrutar de la comida; y el Desempeño menos frecuente, corresponde a una función del área Psico cognitiva de la Calidad de vida respecto a la salud bucal: Estudiar, ir a la escuela y hacer tareas escolares.

La influencia de las Condiciones bucales autopercebidas sobre la calidad de vida, se presenta en el 100% de los escolares evaluados; es así que, todos los escolares manifestaron al menos un impacto el alguno de sus desempeños diarios en los tres meses previos al estudio.

Este resultado es similar a estudios como la de Ingunza y col., Paredes Martínez y col., y superior a la encontrada por Tineo Tueros: 99,2 %; Calisaya: 89.20%; Del Castillo-López y cols.: 88,7 %; Sánchez Borja: 82,7 %; Así mismo, el resultado hallado es superior a estudios en otros países como la de Reinoso 98,9%; Gherunpong y cols:89,8%; Castro y cols.: 88,7%; Bakhtiar y cols:82,0%; Gomescuello: 79 %; Encalada 74,1%; Moreno y cols.: 68%; Nurelhuda y cols:54,6%; Yusuf y cols.: 40,4%.

El presente estudio encontró que las condiciones bucales: Dolor de muela, Diente sensible, Diente cariado, Caída de un diente de leche, Color de los dientes, Sangrado de las encías, Inflamación de las encías, Sarro o Calculo dental, Llagas o heridas en la boca y Mal aliento; influyó en la calidad de vida de los escolares, afectando sus ocho desempeños; similar al estudio de Nurelhuda y cols, donde el Dolor de muela, Diente sensible, Diente exfoliante, Encía hinchadas y Mal aliento afectaron también a ocho desempeños; a diferencia del estudio de Tineo Tueros, donde solo la condición bucal: Diente sensible afecto todos los desempeños. Así también las condiciones bucales: Forma y tamaño de los dientes, Posición de los dientes y Perdida del diente permanente influyeron en la calidad de vida de los escolares, afectando siete desempeños; a diferencia del estudio de Sánchez Borja, donde

solo se menciona a la condición bucal: Dolor de muela. Otras condiciones bucales como: Diente separado y Erupción del diente permanente afectaron a seis desempeños; similar al estudio de Gherunpong y cols. donde la condición bucal: Dolor de muela y Úlceras orales afectaron también seis desempeños. La condición bucal: Fractura del diente permanente fue responsable de 5 desempeños afectados, resultado similar encontrado en el estudio de Gherunpong y cols. Donde se menciona a la condición bucal: Exfoliación del diente primario. Y la condición: Deformidad de la boca o cara, afectó a cuatro desempeños.

Así también, en el presente estudio se demostró que la condición bucal: Dolor de muela es frecuentemente mencionado para el desempeño Comer; encontrando similitud con el estudio de Gherunpong y cols., Nurelhuda y cols. y Sánchez Borja; y diferencia al estudio de Moreno y cols., donde se señaló a la condición bucal: Sensibilidad dentaria. Para el desempeño Hablar, se señaló frecuentemente a la condición bucal: Mal aliento; a diferencia de estudios de Gherunpong y cols., donde se señala a la condición bucal: Úlceras orales. Para el desempeño Limpiarse la boca, se señaló a la condición bucal: Sangrado de las encías, encontrando similitud al estudio de Moreno y cols. Para el desempeño Emoción, se señaló a la

condición bucal: Posición de los dientes, en diferencia al estudio de Nurelhuda y cols., donde se señaló a la condición bucal: Color de dientes. Para el desempeño Sonreír, se señaló a la condición bucal: Posición de los dientes; encontrando similitud con el estudio de Sánchez Borja y Moreno y cols.; diferencia de Nurelhuda y cols. donde se señaló a la condición bucal: color de dientes y sangrado de las encías. Nurelhuda y cols., señala a la condición bucal: Dolor de muela, como la causa más frecuente asociada a la inasistencia a las escuelas públicas y privadas; resultado similar al de este estudio, donde la condición bucal: Dolor de muela es señalado con mayor frecuencia para el desempeño: Estudiar.

Para el desempeño socializar se señaló a la condición bucal: Posición de los dientes a diferencia de Gherunpong y cols., donde se señala a la condición bucal: Mal aliento.

CONCLUSIONES

PRIMERA

Existe relación significativa según la prueba estadística χ^2 con un ($p < 0,00$) entre las Condiciones bucales autopercebidas y la Calidad de vida en los escolares de 11 y 12 años de edad de la Institución educativa Don José de San Martín del distrito Alto de la Alianza. Tacna 2016.

SEGUNDA

Las Condiciones bucales auto percibidas por los escolares de 11 y 12 años de edad de la Institución Educativa Don José de San Martín del distrito Alto de la Alianza. Tacna 2016; fueron: Diente cariado (56.3%), Dolor de muela (48,9%); y con menor frecuencia: Deformación de la boca (1.6%).

TERCERA

La Calidad de vida, a través de los Desempeños afectados, señalados por los escolares de 11 y 12 años de edad de la Institución Educativa Don José de San Martín del distrito Alto de la Alianza. Tacna 2016; fueron: Comer (93.2%), Limpiarse la boca (80%); y el Desempeño de menor frecuencia fue: Estudiar (38.4%).

RECOMENDACIONES

- A través del Centro de Salud se debe sensibilizar y orientar a los padres de familia, por medio de conferencias educativas en Salud, sobre el efecto negativo que produce las afecciones bucales en la calidad de vida de sus hijos; y la importancia de aplicar medidas de higiene y prevención en el cuidado de la cavidad oral de los menores.
- Fomentar una cultura de Salud Bucal en los Centros Educativos por el Centro de Salud de la jurisdicción; con el fin de informar, educar y atender, desde edades tempranas conductas preventivas en el mantenimiento de la salud y diagnóstico oportuno de enfermedades bucales a lo largo de todo el periodo escolar.
- Debido a la alta prevalencia, auto percibida por los escolares, de las Condiciones orales: Diente cariado, Dolor de muela y Diente sensible; se hace necesario, por parte del padre de familia y Centro de Salud, el seguimiento adecuado del menor y una intervención oportuna; no sólo en dar atención clínica, sino también, debe considerarse la integración de las necesidades sociales en Salud

Bucal, tomando en cuenta el daño que las afecciones bucales generan en el desempeño diario de los niños.

- Se recomienda realizar estudios futuros, en relación a esta temática; los resultados obtenidos son útiles para la planificación, desarrollo y evaluación de políticas públicas de acuerdo a las verdaderas necesidades percibidas por la población y no necesariamente respecto a las necesidades normativas; de esta manera se podrán implementar programas de promoción y prevención en salud oral eficaces y oportunas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Federación Dental Internacional (FDI). Impulsando acciones por la salud oral y las ENT hacia una respuesta integral. [Internet]; 2015 [Citado: octubre 2018]; Disponible en: https://www.fdiworlddental.org/sites/default/files/media/resources/ncda_fdi-policy_brief_oral_health_ncds-es.pdf
2. Federación Dental Internacional (FDI). El Desafío de las Enfermedades Bucodentales - Una llamada a la acción global. Atlas de Salud Bucodental [Internet] Ginebra: 2015 [Citado: octubre 2018]. 2ª ed. 119 pág. Disponible en: https://www.fdiworlddental.org/sites/default/files/media/documents/book_spreads_oh2_spanish.pdf
3. 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 [Citado: octubre 2018]; 11(1): 31-39. Disponible en:

https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-381X2017000100005

4. Ingunza JM, Del Castillo C, Evangelista A, Sánchez P. Calidad de vida relacionada a la salud bucal en escolares de ámbito urbano-marginal. Rev. Estomatol. Herediana [Tesis en internet]. 2015 [Citado: octubre 2018]; 25(3):194–204. Disponible en: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/REH/article/view/2622>

5. Muñoz P, Aguilar F, De la Fuente J, Shimada H, Acosta L. Instrumentos validados para medir la salud bucal en los niños. Salud i ciencia [Internet] 2014 oct [Citado: octubre 2018]; 20(8) 846-51. Disponible en: <http://www.siicsalud.com/dato/arsiic.php/139632>

6. Adulyanon S, Sheiham A. Oral impacts on daily performances. Measuring oral health and quality of life [Internet]1997 [Citado: octubre 2018]; 14:151-160. Disponible en: <https://www.adelaide.edu.au/arcpoh/downloads/publications/reports/miscellaneous/measuring-oral-health-and-quality-of-life.pdf>

7. Gherunpong S, Tsakos G, Sheiham A. Developing and evaluating an oral health-related quality of life index for children; the CHILD-OIDP. Community Dent Health. [Internet]2004 [Citado: octubre 2018]; 21(2):161-9. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/8480690_Developing_and_evaluating_an_oral_health-related_quality_of_life_index_for_children_The_CHILD-OIDP
8. Albites U. Validación de tres Instrumentos para medir la calidad de vida relacionada a salud bucal en niños peruanos de 11 a 14 años de edad, lima 2011 [Tesis en internet]. Lima, Perú: Universidad Científica del Sur - Facultad de Estomatología; 2013 [citado: octubre 2018]. Disponible en: <http://repositorio.cientifica.edu.pe/handle/UCS/123>
9. Llanos F. Asociación de la satisfacción con la calidad de vida relacionada con la salud oral, respecto a la rehabilitación protésica, convencional e implanto asistida, en adultos mayores chilenos atendidos en el contexto de un ensayo clínico aleatorizado [Tesis en Internet]. Santiago, Chile: Universidad de Chile - Facultad de Odontología; 2014 [Citado: octubre 2018,]. Disponible en: <http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/130484>

- 10.**Gherunpong S, Tsakos G, Sheiham A. La prevalencia y la severidad de los impactos orales en el desempeño diario en niños de primaria tailandeses. Health Qual Life Outcomes [Internet]. 2004 [Citado: octubre 2018]; 2:57. Disponible en: <https://hqlo.biomedcentral.com/articles/10.1186/1477-7525-2-57>
- 11.**Yusuf H, Gherunpong S, Sheiham A, Tsakos G. Validación de una versión en inglés del índice Child-OIDP, una medida de calidad de vida relacionada con la salud bucal para niños. Health Qual Life Outcomes [Internet]. 2006 [Citado: octubre 2018]; 4-38. Disponible en: <http://www.hqlo.com/content/4/1/38>.
- 12.**Nurelhuda NM, Ahmed MF, Trovik TA, Astrom AN. Evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud bucal entre los escolares sudaneses que utilizan el inventario infantil-OIDP. Health Qual Life Outcomes [Internet]. 2010 [Citado octubre 2018]; 8:152. Disponible en: <http://www.hqlo.com/content/8/1/152>

13. Castro R, Portela M, Leão A, Vasconcellos M. Calidad de vida relacionada con la salud oral de niños de escuelas públicas de 11 a 12 años de edad en Río de Janeiro. Community Dent Oral Epidemiol [Internet]. 2011. [Citado: octubre 2018]; 39(4):336-44. Disponible en: <https://hqlo.biomedcentral.com/articles/10.1186/1477-7525-6-68>
14. Bakhtiar M, Mohammadi TM, Hajizamani A, Vossoughi M. Asociación de indicadores de salud oral con calidad de vida relacionada con la salud oral entre adolescentes iraníes. Journal of International Oral Health: JIOH [Internet]. 2014. [Citado: octubre 2018]; 6(6):5-9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4295455/>
15. Moreno Xi. Impacto De La Salud Bucal En La Calidad De Vida De Escolares de 11 a 14 años, Licantén 2013. Revista Clínica de Periodoncia, Implantología y Rehabilitación Oral Y Rehabilitación Oral [Internet]. 2014 [Citado: octubre 2018] 7 (3), 142-148. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=331036995005>

- 16.** Encalada, L. Impacto de las condiciones orales sobre la calidad de vida en escolares de 11 a 12 años el sector urbano y rural del Cantón Cañar Ecuador, 2015. [Tesis en internet]. Lima, Perú: Universidad Cayetano Heredia- Facultad De Estomatología; 2016 [Citado: octubre 2018]. Disponible en: <http://repositorio.upch.edu.pe/handle/upch/77>
- 17.** Reinoso N. Calidad de vida relacionada a la salud bucal en escolares de 11 a 12 años de la parroquia Sayausí, Cuenca, Ecuador, 2015 [Tesis en internet]. Lima, Perú: Universidad Cayetano Heredia- Facultad De Estomatología; 2016 [Citado: octubre 2018]. Disponible en: <http://repositorio.upch.edu.pe/handle/upch/78>
- 18.** Gomescuello, Neli. Impacto de las condiciones orales sobre la calidad de vida en escolares de 11 y 12 años de dos escuelas públicas del área urbana de la Ciudad Cuenca-Ecuador 2015. [Tesis en internet]. Lima, Perú: Universidad Cayetano Heredia- Facultad De Estomatología; 2016 [Citado: octubre 2018]. Disponible en: <http://repositorio.upch.edu.pe/handle/upch/742>

- 19.** Sánchez P. Impacto de las condiciones orales sobre la calidad de vida en escolares de 11 y 12 años de edad de Zapallal - Puente Piedra. Rev. Oactiva Uc. Cuenca [Tesis en internet] 2017 May-Ago [Citado: octubre 2018]; 2:2:7-16. Disponible en: <http://oactiva.ucacue.edu.ec/index.php/oactiva/article/view/129/198>
- 20.** Del Castillo C, Evangelista A, Sánchez P. Impacto de las condiciones bucales sobre la calidad de vida en escolares de ámbito rural, Piura. Perú. Rev. Estomatol. Herediana. [Internet]2014 Oct-Dic. [Citado octubre 2018]; 25(4):220-228. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1019-43552014000400003&script=sci_arttext
- 21.** Tineo P. Impacto de las condiciones orales sobre la calidad de vida relacionada a la salud (CVRS) de escolares de 11 y 12 años del ámbito urbano del distrito de Abancay Apurímac en el año 2011. [Tesis en internet]. Lima, Perú: Universidad Cayetano Heredia- Facultad De Estomatología; 2013 [Citado: octubre 2018]. Disponible en: <http://repositorio.upch.edu.pe/handle/upch/1310>

- 22.** Paredes E, Díaz M. Impacto De Las Condiciones Bucales Sobre La Calidad De Vida En Escolares Del Distrito De San Juan De Miraflores. Lima, Perú. Rev. Estomatol Herediana [Internet] 2014. [Citado: octubre 2018]; 24(3):171-177. Disponible en: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/REH/article/view/2092>
- 23.** Calisaya L. Impacto de las condiciones bucales en la calidad de vida relacionada a la salud bucal en escolares de 11 y 12 años de las Instituciones Educativas del distrito de Ciudad Nueva de la región de Tacna en el año 2015 [Tesis]. Tacna, Perú: Universidad Privada de Tacna;2015
- 24.** Organización mundial de la salud (OMS). Salud Bucodental [Internet] 2012 [Citado: octubre 2018] Nota informativa N° 318. Disponible en: <https://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/>
- 25.** Características de la salud en la etapa adolescente. [Internet] 2018 [Citado: octubre 2018], Disponible en: <http://www.injuve.es/sites/default/files/9319-04.pdf>

- 26.**Montero J, Calidad De Vida Oral En Población General [Tesis Doctoral en Internet]. Granada, España: Universidad De Granada- Facultad De Odontología; 2006 [Citado: octubre 2018]. Disponible en : <https://hera.ugr.es/tesisugr/16093823.pdf>
- 27.**Organización mundial de la salud (OMS)-Nuevo informe sobre el problema mundial de las enfermedades bucodentales [Internet]Ginebra;2004 [Citado: octubre 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr15/es/>
- 28.**Ministerio de Salud -Módulo de promoción de la salud bucal [Internet]. Lima: Ministerio de Salud; 2013 [Citado: octubre 2018].Disponible en: ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/Prevencion_salud/salud_bucal/ESNSB/MODULO%20DE%20SALUD%20BUCAL.pdf
- 29.**Hinostroza HG y cols. Caries dental. Principios y procedimientos para el diagnóstico. Lima- Perú: Universidad Peruana Cayetano Heredia;2007. p. 17.

- 30.** Pozos G y cols. Manejo clínico-farmacológico del dolor dental. Rev. ADM [Internet]. 2008 [Citado: octubre 2018]. LXV (1):36-43. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2008/od081e.pdf>
- 31.** Ardila Medina CM. Hipersensibilidad dentinal: Una revisión de su etiología, patogénesis y tratamiento. Av. Odontoestomatol. [Internet] 2009. [Citado: octubre 2018]. 25(3): 137-146. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/odonto/v25n3/original2.pdf>
- 32.** Valenzuela RM. Cronología de la erupción dentaria permanente en niños. Ucayali, comunidad indígena de Perú. [Tesis en internet]. Sevilla, España: Universidad de Sevilla-Facultad de odontología; 2015 [Citado: octubre 2018]. Disponible en: https://idus.us.es/xmlui/bitstream/handle/11441/33068/MARISE_L%20TESIS.pdf?sequence=1
- 33.** Díaz ME. Diastema medio interincisal y su relación con el frenillo labial superior: una revisión. Rev. Estomatol Herediana [Internet] 2014. [Citado: octubre 2018]; 24(1-2): 95-100. Disponible en:

<http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/REH/article/viewFile/2021/2018>

34. Calderón GK. Prevalencia de fracturas dentales anteriores superiores en niños que acudieron al hospital regional de la policía nacional del Perú- Chiclayo. 2015-2016. [Tesis en internet]. Chiclayo, Perú: Universidad Alas Peruanas-Facultad de Medicina y ciencia de la salud; 2018. [Citado: octubre 2018].

Disponible en:

http://repositorio.uap.edu.pe/bitstream/uap/6866/1/T059_42459048_T.pdf

35. Paúcar RC. Agentes blanqueadores utilizados en piezas vitales. [Tesis en internet]. Lima, Perú: Universidad Cayetano Heredia-Facultad de Estomatología; 2010. [Citado: octubre 2018].

Disponible en:

http://www.cop.org.pe/bib/investigacionbibliografica/CESARGA_BRIELPAUCARCROVETTO.pdf

36. Cordero CC. Frecuencia de anomalías dentales en forma, tamaño y número en pacientes de 4 a 13 años de edad atendidos en un centro radiológico particular de referencia en el

año 2016. [Tesis en internet]. Lima, Perú: Universidad Norbert Wiener- Facultad de Ciencias de la Salud; 2017. [Citado: octubre 2018]. Disponible en: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/196/TITULO%20-%20Cordero%20Chavez%2c%20Carolina%20Teresa%20de%20Jesus.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

37. Villagran DC. Prevalencia de mal posición asociada a caries, escolares de 6-11 años, Escuela Blanca Gilbert Guayaquil-Ecuador. [Tesis en internet]. Guayaquil, Ecuador: Universidad Católica de Santiago de Guayaquil - Facultad de Ciencias Médicas; 2017. [Citado: octubre 2018]. Disponible en: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/6303/1/T-UCSG-PRE-MED-ODON-204.pdf>

38. Herrera D y cols. Libro blanco sobre prevención y tratamiento de las enfermedades periodontales para la salud bucodental y la salud general. [Internet] Federación Dental Internacional (FDI); 2017. [Citado: octubre 2018]. Disponible en: https://www.fdiworldddental.org/sites/default/files/media/resources/gphp-2018-white_paper-es.pdf

- 39.**Herrera D y cols. La nueva clasificación de las enfermedades periodontales y peri implantarias. Rev. Científica de la Soc. Española de Periodoncia [Internet] 2018. [Citado: octubre 2018] Disponible en: http://www.sepa.es/web_update/wp-content/uploads/2018/09/Lecturas_Sepa_EST93_ok.pdf
- 40.**Echeverría GJ y cols. Manual SEPA de periodoncia y terapéutica de implantes: fundamentos y guía práctica. Buenos Aires. Ed. Médica Panamericana.2005; p.23.
- 41.**Lindhe J, Lang N, Karting T. Periodoncia Clínica e Implantología Odontológica. 5a ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana. 2009; v.2
- 42.**Matesanz PP, Matos CR, Bascones MA. Enfermedades gingivales: una revisión de la literatura. Av Periodon Implantol. 2008; 20(1): 11-25. [Citado: octubre 2018]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/peri/v20n1/original1.pdf>

- 43.** Barrios A y cols. Reflexiones sobre la placa y el cálculo dental: Perspectiva y paleontología. [Internet] 1997 [Citado: octubre 2018]; 9: 27-34. Disponible en: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/125432/1/520859.pdf>
- 44.** Rioboo CM. Y cols. Aftas de la mucosa oral. Av. Odontostomatol [Internet] 2011 [Citado: octubre 2018]; 27 (2): 63-74. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/odonto/v27n2/original1.pdf>
- 45.** Belkis RM y cols. Perdida del primer molar permanente en niños de 6-12 años de edad. Colón. 2013. Clínica estomatológica Docente 27 de noviembre. [Internet] 2015 [Citado: octubre 2018]. 218-226. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rme/v37n3/rme040315.pdf>
- 46.** Cuyac LM. Perdida del primer molar permanente en niños e 6-12 años de edad. Rev. Med. [Internet] 2015 [Citado: octubre 2018]; 37 (3) Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242015000300004

- 47.** Sangorrin I A y cols. Halitosis en el niño y el adolescente. Rev. Pediatría [Internet] 2009 [Citado: octubre 2018]; 67(8):361-365.
- 48.** Organización Mundial de la salud (OMS). Anomalías Congénitas [Internet] 2016 [Citado: octubre 2018]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/congenital-anomalies>
- 49.** Periche FC. Frecuencia e neonatos con fisura del paladar y labio leporino en dos hospitales de la región de Lambayeque durante el periodo 2012-2014. [Tesis en internet]. Chiclayo, Perú: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo - Facultad de Medicina; 2015. [Citado: octubre 2018]. Disponible en: http://tesis.usat.edu.pe/bitstream/usat/327/1/TL_Periche_Fiestas_Cecilia.pdf
- 50.** Torres DM. Factores de riesgo de labio y/o paladar fisurado en neonatos del hospital nacional docente madre niño San Bartolomé en el periodo 2000 al 2009. [Tesis en internet]. Lima, Perú: Universidad Mayor de San Marcos - Facultad de Odontología; 2010. [Citado: octubre 2018]. Disponible en:

<http://www.cop.org.pe/bib/tesis/MARCOANTONIOTORRESDU>
[RAND.pdf](#)

51. Sacsquispe CS. Prevalencia del labio y/o paladar fisurado y factores de riesgo. Rev. Estomatol. Herediana [Internet] 2004. [Citado: octubre 2018]; 14(1-2): 54-58. Disponible en: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/REH/article/viewFile/2012/2009>

52. Operación Sonrisa Perú. Patologías: fisura labial y fisura palatina. [Internet]. 2018 [Citado: octubre 2018]. Disponible en: <http://www.operacionsonrisa.org.pe/backupOld/patologias.html>

53. Organización panamericana de la salud- La salud bucodental es esencial para la salud general [Internet]2018 [Citado: octubre 2018]. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=8387:2013-oral-health-vital-overall-health&Itemid=135&lang=es

54. Puertes N. Necesidad de tratamiento ortodóncico e impacto psicosocial de la estética dental en los adolescentes de la

comunidad valenciana (2010) [Internet]. Valencia, España; Universidad De Valencia-Facultad De Medicina y Odontología;2013 [Citado: octubre 2018]. Disponible en: <http://roderic.uv.es/handle/10550/33420>

55. Urzúa A. Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. Terapia psicológica [Internet] 2012 [Citado: octubre 2018]; 30(1), 61-71. Disponible en: <https://es.scribd.com/doc/307226399/Calidad-de-Vida>

56. Gómez, M; Sabeh, N. Calidad de vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica [Internet] Salamanca, España: Universidad de Salamanca. - Facultad de Psicología;2018 [Citado: octubre 2018]. Disponible en: <http://campus.usal.es/~inico/investigacion/invesinico/calidad.htm>

57. Robinson, FT. Calidad de vida relacionada con la salud como medida de resultados en salud: revisión sistemática de la literatura. Rev. Col. Cardiol [Internet] Jul-Ago. 2007 [Citado: octubre 2018]; 14:4. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-56332007000400004

- 58.** Organización panamericana de la salud -Salud mental: un estado de bienestar [Internet] 2013 [Citado: octubre 2018]. Disponible en: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/
- 59.** Velarde E, Ávila C. Evaluación de la calidad de vida. Salud publica Mex. [Internet] 2002 [Citado: octubre 2018]; 44(4):349-61. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342002000400009
- 60.** Urzúa A. Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. Rev Med Chile [Internet] 2010 [Citado: octubre 2018]: 358-365. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872010000300017
- 61.** Soto M., Failde I. La calidad de vida relacionada con la salud como medida de resultados en pacientes con cardiopatía isquémica. Rev. Soc. Esp. Dolor [Internet]. 2004 Dic [Citado: octubre 2018]; 11(8): 53-62. Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462004000800004

62. DeBoer JB, Van Dam FS, Sprangers MAG. Healthrelated-quality-of-life evaluation in HIV-infected patients. *Pharmacoeconomics* [Internet] 1995 [Citado: octubre 2018]; 8: 291-304. Disponible en : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2596984/>

63. Schwartzmann L. Calidad De Vida Relacionada Con La Salud: Aspectos Conceptuales. *Cienc enferm.* [Internet] 2003 [Citado: octubre 2018]; 9(2): 9-21. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532003000200002>

64. Consiglio E, Belloso W. Nuevos indicadores clínicos: La calidad de vida relacionada con la salud. *Medicina* [Internet] 2003 [Citado: octubre 2018]; 63(2): 172-8. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802003000200014

- 65.** WHO-QOL Group. The World Health Organization-Quality of Live: Position paper from the WHO. SocSci Med.[Internet] 1995 [Citado: octubre 2018]; 41(10):1403-9 . Disponible en:
https://translate.google.com.pe/translate?hl=es-419&sl=en&u=http://depts.washington.edu/seaqol/docs/WHOQOL_Bibliography.pdf&prev=search
- 66.** Canales Ugarte S. Calidad de vida relacionada con la salud percibida en las unidades de atención farmacéutica a pacientes externos [Tesis Doctoral Internet]. Granada, España: Universidad De Granada- Facultad De Farmacia;2011 [Citado: octubre 2018]. Disponible en:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=62456>
- 67.** Hernández R, Calderón R, Fernández JA, Cueto A. Escala para medir la calidad de vida en desdentados totales rehabilitados con prótesis completa mucosoportada. RCOE [Internet] 2006 [Citado: octubre 2018]; 11(2):181-191. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/pdf/rcoe/v11n2/181_191.pdf
- 68.** Abanto JA, Bonecker M, Raggio DP. Impacto de los problemas bucales sobre la calidad de vida de niños. Rev Estomatol

Hereditaria [Internet] 2010 [Citado: octubre 2018]; 20(1):38-43.

Disponible en:

<http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/REH/article/viewFile/1782/1796>

69. Sischo, L, Broder, H. L. Oral health-related quality of life: what, why, how, and future implications. Journal of dental research [Internet] 2011 [Citado: octubre 2018]; 90(11), 1264-1270.

Disponible en:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3318061/>

70. World Health Organization. International classification of impairments, disabilities, and handicaps: a manual of classification relating to the consequences of disease, published in accordance with resolution WHA29. 35 of the Twenty-ninth World Health Assembly, May 1976. [Internet] 1980 [Citado:

octubre 2018]; Disponible en:

<http://apps.who.int/iris/handle/10665/41003>

71. Sánchez-García Sergio, Juárez-Cedillo Teresa, Reyes-Morales Hortensia, de la Fuente-Hernández Javier, Solórzano-Santos

Fortino, García-Peña Carmen. Estado de la dentición y sus efectos en la capacidad de los ancianos para desempeñar sus actividades habituales. Salud pública Méx. [Revista en Internet]. 2007 Jul [Citado: octubre 2018]; 49(3): 173-181. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342007000300002&lng=es.

72. Barrón G, Rivera Cisneros E, Tamayo T, González S, Lee M, Estrada T, Rocha C. Recomendaciones para mejorar la práctica odontológica. Revista de la Asociación Dental Mexicana [Revista en la Internet] 2004 [Citado: octubre 2018]; 61(3), 109-116. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=464>

73. Meneses Gómez Edwin. Salud Bucodental Y Calidad De Vida Oral En Los Mayores. [Tesis Doctoral en Internet.] Madrid, España: Universidad Complutense De Madrid- Facultad De Odontología;2010 [Citado: octubre 2018]. Disponible en: <https://eprints.ucm.es/12303/1/T32521.pdf>

- 74.** Tubert-Jeannin S, Pegon-Machat E, Gremeau-Richard C, Lecuyer M-M, Tsakos G. Validation of a French version of the Child-OIDP index. Eur J Oral Sc. [Internet] 2005 [Citado: octubre 2018]; 113(5): 355-62. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1600-0722.2005.00230.x>
- 75.** Yusuf H, Gherunpong S, Sheiham A, Tsakos G. Validation of an English version of the Child-OIDP index, an oral health related quality of life measure for children. Health Qual Life Outcomes [Internet] 2006 [Citado: octubre 2018];1(4):38-45. Disponible: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1533817/>
- 76.** Bernabé E, Sheiham A, Tsakos G. A. Comprehensive evaluation of the validity of Child-OIDP: further evidence from Peru. Community Dent Oral Epidemiol. [Internet] 2008 [Citado: octubre 2018]; 36(4):317–325. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1600-0528.2007.00398.x>

77.L. Rajmil, MD. Estrada, M. Herdman, V. Sera J. Alonso. Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en la infancia y adolescencia: Revisión de la bibliografía y de los instrumentos adaptados en España. Gac Sanit. [Internet] 2001 [Citado: octubre 2018] 15(4):34-43. Disponible en: www.gacetasanitaria.org/es/calidad-vida-relacionada-con-salud/articulo/13032879/

78.Ministerio de Salud. Prevalencia nacional de caries dental, fluorosis del esmalte y urgencia de tratamiento en escolares de 6 a 8, 10, 12 y 15 años, Perú, 2001- 2002. Serie Informes Técnicos de Investigación Epidemiológica: N° 05/050. [Internet]Lima, Perú: Oficina General de Epidemiología, MINSA; 2005. [Citado: octubre 2018].Disponible en: <http://ghdx.healthdata.org/organizations/ministry-health-peru>

ANEXOS

ANEXO 1

CONSTANCIA DE EJECUCION DE PRUEBA PILOTO EN LA INSTITUCION EDUCATIVA CESAR AUGUSTO COAYLA TAMAYO DEL DISTRITO DE CIUDAD NUEVA. TACNA

 INSTITUCIÓN EDUCATIVA
"CESAR COHAILA TAMAYO" 
DISCIPLINA, OPTIMISMO Y ACCION

CONSTANCIA

LA DIRECTORA DE LA DE LA INSTITUCION EDUCATIVA "CÉSAR COHAILA TAMAYO" DEL DISTRITO DE CIUDAD NUEVA, HACE CONSTAR QUE EL/LA SR(A).:

YANET NELLY ZANABRIA ROMERO

Ha aplicado la encuesta de tesis "Impacto de las condiciones orales autopercibidas sobre la calidad de vida en escolares de 11 y 12 años de edad" a los estudiantes Sexto Grado "A" del nivel primaria de esta Institución Educativa, dicha encuesta fue aplicado satisfactoriamente el día 21 de Noviembre del 2016.

Se extiende la presenta constancia a petición de la interesada, para los fines que estime necesario.

Ciudad Nueva, 13 ENE 2017


Mag. ELVA CASAS MAMANI
Directora General

ECMO I.E. CACT
Grupos:
C.E. ANIMO


"Construyendo una Institución moderna y dinámica para formar ciudadanos del futuro"
Av. Mariano Nacochea 1444 - Ciudad Nueva Teléfono N° 310191
-TACNA- * -PERU

ANEXO 2

CONSTANCIA DE EJECUCION DE TESIS EN LA INSTITUCION EDUCATIVA DON JOSE DE SAN MARTIN DEL DISTRITO ALTO DE LA ALIANZA.TACNA



UNIDAD DE
GESTIÓN
EDUCATIVA
LOCAL
TACNA



“Año de la Consolidación del Mar de Grau”

CONSTANCIA


El Director de la Institución Educativa Emblemática N° 42088 Don José de San Martín del Distrito Alto de la Alianza, Provincia y Región Tacna, hace constar que la Srta:

YANET NELLY ZANABRIA ROMERO

Ha ejecutado sus tesis de Título: “IMPACTO DE LAS CONDICIONES ORALES AUTOPERCIBIDAS SOBRE LA CALIDAD DE VIDA EN ESCOLARES DE 11 Y 12 AÑOS DE EDAD DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA DON JOSÉ DE SAN MARTIN DEL DISTRITO ALTO DE LA ALIANZA-TACNA. 2016”. Siendo aplicado satisfactoriamente en las aulas de nuestra institución educativa.

Se expide la presente Constancia a solicitud de la parte interesada, para los fines que estime por conveniente.

Alto de la Alianza, 16 de Enero del 2016



PROF. RAÚL HUAYTA MAMANI
DIRECTOR

ANEXO 3

TERMINO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACION

Institución : Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann

Investigador(a) : Zanabria Romero Yanet Nelly

Título : Relación entre las Condiciones bucales autopercebidas y la Calidad de Vida en Escolares de 11 y 12 Años de edad de la Institución Educativa Don José de San Martín del Distrito Alto de la Alianza. Tacna 2016.

Propósito del estudio:

Estamos invitando a su hijo a participar en un estudio llamado Relación de las condiciones bucales autopercebidas y la calidad de vida en escolares de 11 y 12 años de edad de la institución educativa don José de san Martín del distrito del alto de la alianza. Tacna 2016. Este estudio tiene como finalidad determinar si las enfermedades de la boca interfieren, desde la percepción de los niños, con su calidad de vida, es decir, en la normal realización de sus actividades o desempeños diarios.

El procedimiento tomará algunos minutos y consistirá en: responder un cuestionario y una entrevista personal; el cual está relacionado a la salud bucal y actividades que su hijo (a) práctica. La información obtenida se manejará con confidencialidad y solo con fines científicos.

La participación es voluntaria; si usted decide que su niño participe en el estudio, podrá retirarse de este en cualquier momento sin prejuicio alguno; la información de su hijo será codificada y en ningún momento se publicará información que permita identificar a su hijo. Para cualquier información adicional sobre el proyecto puede llamar a la Bach. Yanet Nelly Zanabria Romero al cel. 952983449.

Después de recibir información sobre la investigación; acepto que mi hijo (a) participe en este estudio.

Nombre y Apellidos del Padre o Apoderado.....

Nombre y Apellidos de su hijo (a).....

Firma

ANEXO 4

MODELO DE ASENTIMIENTO INFORMADO

TERMINO DE ASENTIMIENTO INFORMADO

Institución : Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann

Investigador(a): Zanabria Romero Yanet Nelly

Título : Relación entre las Condiciones bucales autopercibidas y la Calidad de Vida en Escolares de 11 y 12 Años de edad de la Institución Educativa Don José de San Martín del Distrito Alto de la Alianza. Tacna 2016.

Propósito del estudio:

¡Hola! Te estamos invitando a participar en una investigación, con la finalidad de conocer si las enfermedades de la boca interfieren con la calidad de vida de niños, como tú. Esta investigación será realizada por la Bach. Yanet Nelly Zanabria Romero.

Tu participación será a través del llenado de un cuestionario y una entrevista; el participar en esta investigación tomará aproximadamente 15 minutos de tu tiempo. Tú participación en esta investigación será libre, voluntaria y se mantendrá en secreto.

¿Te gustaría ser parte de esta investigación? SI () NO ()

Nombres y Apellidos..... Firma:

ANEXO 5

INSTRUMENTO

INDICE CHIL-OIDP

¡HOLA!

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

RECUERDA:

- No escribas tu nombre en el cuestionario.
- Este no es un examen por ello no hay respuestas buenas ni malas.
- Contesta de manera sincera, no hables con nadie a cerca de las preguntas mientras realizas la encuesta.
- Lee atentamente cada pregunta y marca con una "x" sobre el recuadro que consideres como mejor respuesta para ti.

PRIMERO, ALGUNAS PREGUNTAS SOBRE TI

¿Eres niño o niña?

Niño

Niña

¿Cuándo naciste?

____ / ____ / ____
Día Mes Año

¡A EMPEZAR!

- A. En los últimos 3 meses; ¿has tenido alguna de estas **condiciones bucales** o problemas en tu boca o en tus dientes? (1-17) MARCA CON UNA "X" la (as) respuestas en el recuadro de SI / NO



Si la respuesta es "si" contesta la siguiente.

- B. La condición bucal o problema (as) en tu boca o en tus dientes que señalaste; ¿te ha causado dificultad en alguno de los **desempeños diarios** que tú realizas? (1-8) MARCA CON UNA "X" la (as) respuestas que consideres ha sido afectada.



A



B

CONDICIONES BUCALES		CALIDAD DE VIDA (DESEMPEÑOS DIARIOS)							
		1. COMER ALIMENTOS	2. HABLAR CLARAMENTE	3. LIMPIARSE LA BOCA, CEPILLARSE LOS DIENTES	4. DORMIR. DESCANSAR	5. EMOCION: BUEN ANIMO, SIN MOLESTIA.	6. SONREIR, REIR, MOSTRAR TUS DIENTES (SIN SENTIR VERGÜENZA)	7. ESTUDIAR: IR A LA ESCUELA, PARTICIPAR EN CLASE. HACER LAS TAREAS	8. SOCIALIZAR: SALIR CON UN AMIGO, IR A LA CASA DE UN AMIGO JUGAR EN EL PARQUE.
SI	NO								
1	DOLOR DE MUELA								
2	DIENTE SENSIBLE								
3	DIENTE CARIADO								
4	CAIDA DE UN DIENTE DE LECHE								
5	DIENTES SEPARADOS								
6	FRACTURA DE DIENTE PERMANENTE								
7	COLOR DE DIENTES								
8	FORMA O TAMAÑO DE LOS DIENTES								
9	POSICION DE LOS DIENTES								
10	SANGRADO DE LAS ENCIAS								
11	INFLAMACION DE LAS ENCIAS								
12	SARRO-CALCULO DENTAL								
13	LLAGAS-HERIDAS EN LA BOCA								
14	MAL ALIENTO								
15	PERDIDA DEL DIENTE PERMANENTE								
16	ERUPCIÓN DEL DIENTE PERMANENTE								
17	DEFORMACIÓN DE LA BOCA								

C. Marca con una "x" el círculo correspondiente al o los **desempeño diarios** que marcaste en el cuadro anterior

D. Marca con una "x" los problemas bucales que consideres afectan ese desempeño

E. De acuerdo al desempeño diario que tú crees ha sido afectado, contesta las siguientes preguntas:

1. ¿Cuánto ha afectado, esta dificultad, en tu desempeño diario? (poco/regular/mucho) **MARCA CON UNA "X"**
2. ¿Cuántas veces se te ha presentado, la dificultad para tu desempeño? (1-2 veces al mes/ 3 a + veces al mes/ +de 3 veces a la semana) **MARCA CON UNA "X"**



CONDICION BUCAL		Desempeño diario : COMER					
		¿Cuánto ha afectado a tu vida el no poder comer bien?			¿Cuántas veces se presentó esta dificultad?		
		POCO	REGULAR	MUCHO	1-2 Veces Al mes	3 a + veces Al mes	+ de 3 veces a la semana
1	DOLOR DE MUELA						
2	DIENTE SENSIBLE						
3	DIENTE CARIADO						
4	CAIDA DE UN DIENTE DE LECHE						
5	DIENTES SEPARADOS						
6	FRACTURA DE DIENTE PERMANENTE						
7	COLOR DE DIENTES						
8	FORMA O TAMAÑO DE LOS DIENTES						
9	POSICION DE LOS DIENTES						
10	SANGRADO DE LAS ENCIAS						
11	INFLAMACION DE LAS ENCIAS						
12	SARRO-CALCULO DENTAL						
13	LLAGAS-HERIDAS EN LA BOCA						
14	MAL ALIENTO						
15	ERUPCION DEL DIENTE PERMANENTE						
16	PERDIDA DEL DIENTE PERMANENTE						
17	DEFORMACION DE LA BOCA						



Desempeño diario : HABLAR

¿Cuánto ha afectado a tu vida el no dejarte hablar claramente?

¿Cuántas veces se presentó esta dificultad?

CONDICIÓN BUCAL		POCO	REGULAR	MUCHO	1-2 VECES	3 a + veces Al mes	+ de 3 veces a la semana
1	DOLOR DE MUELA						
2	DIENTE SENSIBLE						
3	DIENTE CARIADO						
4	CAIDA DE UN DIENTE DE LECHE						
5	DIENTES SEPARADOS						
6	FRACTURA DE DIENTE PERMANENTE						
7	COLOR DE DIENTES						
8	FORMA O TAMAÑO DE LOS DIENTES						
9	POSICION DE LOS DIENTES						
10	SANGRADO DE LAS ENCIAS						
11	INFLAMACION DE LAS ENCIAS						
12	SARRO-CALCULO DENTAL						
13	LLAGAS-HERIDAS EN LA BOCA						
14	MAL ALIENTO						
15	ERUPCION DEL DIENTE PERMANENTE						
16	PERDIDA DEL DIENTE PERMANENTE						
17	DEFORMACION DE LA BOCA						



Desempeño diario : LIMPIARSE LA BOCA

¿Cuánto ha afectado a tu vida el no poder cepillarte o enjuagarte los dientes?

¿Cuántas veces se presentó esta dificultad?

CONDICIÓN BUCAL		POCO	REGULAR	MUCHO	1-2 VECES	3 a + veces Al mes	+ de 3 veces a la semana
1	DOLOR DE MUELA						
2	DIENTE SENSIBLE						
3	DIENTE CARIADO						
4	CAIDA DE UN DIENTE DE LECHE						
5	DIENTES SEPARADOS						
6	FRACTURA DE DIENTE PERMANENTE						
7	COLOR DE DIENTES						
8	FORMA O TAMAÑO DE LOS DIENTES						
9	POSICION DE LOS DIENTES						
10	SANGRADO DE LAS ENCIAS						
11	INFLAMACION DE LAS ENCIAS						
12	SARRO-CALCULO DENTAL						
13	LLAGAS-HERIDAS EN LA BOCA						
14	MAL ALIENTO						
15	ERUPCION DEL DIENTE PERMANENTE						
16	PERDIDA DEL DIENTE PERMANENTE						
17	DEFORMACION DE LA BOCA						



Desempeño diario : SONREÍR

¿Cuánto ha afectado a tu vida el no poder sonreír, reír mostrando tus dientes sin avergonzarte?

¿Cuántas veces se presentó esta dificultad?

CONDICIÓN BUCAL	POCO	REGULAR	MUCHO	¿Cuántas veces se presentó esta dificultad?		
				1-2 VECES	3 a + veces Al mes	+ de 3 veces a la semana
1 DOLOR DE MUELA						
2 DIENTE SENSIBLE						
3 DIENTE CARIADO						
4 CAIDA DE UN DIENTE DE LECHE						
5 DIENTES SEPARADOS						
6 FRACTURA DE DIENTE PERMANENTE						
7 COLOR DE DIENTES						
8 FORMA O TAMAÑO DE LOS DIENTES						
9 POSICION DE LOS DIENTES						
10 SANGRADO DE LAS ENCIAS						
11 INFLAMACION DE LAS ENCIAS						
12 SARRO-CALCULO DENTAL						
13 LLAGAS-HERIDAS EN LA BOCA						
14 MAL ALIENTO						
15 ERUPCION DEL DIENTE PERMANENTE						
16 PERDIDA DEL DIENTE PERMANENTE						
17 DEFORMACION DE LA BOCA						



Desempeño diario : ESTUDIAR

¿Cuánto ha afectado a tu vida el no poder estudiar tranquilo, hacer tus tareas, ir al colegio?

¿Cuántas veces se presentó esta dificultad?

CONDICIÓN BUCAL	POCO	REGULAR	MUCHO	¿Cuántas veces se presentó esta dificultad?		
				1-2 VECES	3 a + veces Al mes	+ de 3 veces a la semana
1 DOLOR DE MUELA						
2 DIENTE SENSIBLE						
3 DIENTE CARIADO						
4 CAIDA DE UN DIENTE DE LECHE						
5 DIENTES SEPARADOS						
6 FRACTURA DE DIENTE PERMANENTE						
7 COLOR DE DIENTES						
8 FORMA O TAMAÑO DE LOS DIENTES						
9 POSICION DE LOS DIENTES						
10 SANGRADO DE LAS ENCIAS						
11 INFLAMACION DE LAS ENCIAS						
12 SARRO-CALCULO DENTAL						
13 LLAGAS-HERIDAS EN LA BOCA						
14 MAL ALIENTO						
15 ERUPCION DEL DIENTE PERMANENTE						
16 PERDIDA DEL DIENTE PERMANENTE						
17 DEFORMACION DE LA BOCA						



Desempeño diario : DORMIR

¿Cuánto ha afectado a tu vida, no poder dormir o descansar? ¿Cuántas veces se presentó esta dificultad?

CONDICIÓN BUCAL		POCO	REGULAR	MUCHO	1-2 VECES	3 a + veces Al mes	+ de 3 veces a la semana
1	DOLOR DE MUELA						
2	DIENTE SENSIBLE						
3	DIENTE CARIADO						
4	CAIDA DE UN DIENTE DE LECHE						
5	DIENTES SEPARADOS						
6	FRACTURA DE DIENTE PERMANENTE						
7	COLOR DE DIENTES						
8	FORMA O TAMAÑO DE LOS DIENTES						
9	POSICION DE LOS DIENTES						
10	SANGRADO DE LAS ENCIAS						
11	INFLAMACION DE LAS ENCIAS						
12	SARRO-CALCULO DENTAL						
13	LLAGAS-HERIDAS EN LA BOCA						
14	MAL ALIENTO						
15	ERUPCION DEL DIENTE PERMANENTE						
16	PERDIDA DEL DIENTE PERMANENTE						
17	DEFORMACION DE LA BOCA						



Desempeño diario : EMOCION

¿Cuánto ha afectado a tu vida el no estar de buen ánimo, sin molestarte, ni irritarte? ¿Cuántas veces se presentó esta dificultad?

CONDICIÓN BUCAL		POCO	REGULAR	MUCHO	1-2 VECES	3 a + veces Al mes	+ de 3 veces a la semana
1	DOLOR DE MUELA						
2	DIENTE SENSIBLE						
3	DIENTE CARIADO						
4	CAIDA DE UN DIENTE DE LECHE						
5	DIENTES SEPARADOS						
6	FRACTURA DE DIENTE PERMANENTE						
7	COLOR DE DIENTES						
8	FORMA O TAMAÑO DE LOS DIENTES						
9	POSICION DE LOS DIENTES						
10	SANGRADO DE LAS ENCIAS						
11	INFLAMACION DE LAS ENCIAS						
12	SARRO-CALCULO DENTAL						
13	LLAGAS-HERIDAS EN LA BOCA						
14	MAL ALIENTO						
15	ERUPCION DEL DIENTE PERMANENTE						
16	PERDIDA DEL DIENTE PERMANENTE						
17	DEFORMACION DE LA BOCA						



Desempeño diario : **SOCIALIZAR**

¿Cuánto ha afectado a tu vida diaria la dificultad para jugar, salir con los amigos (as)?

¿Cuántas veces se presentó esta dificultad?

CONDICIÓN BUCAL		POCO	REGULAR	MUCHO	1-2 VECES	3 a + veces Al mes	+ de 3 veces a la semana
1	DOLOR DE MUELA						
2	DIENTE SENSIBLE						
3	DIENTE CARIADO						
4	CAIDA DE UN DIENTE DE LECHE						
5	DIENTES SEPARADOS						
6	FRACTURA DE DIENTE PERMANENTE						
7	COLOR DE DIENTES						
8	FORMA O TAMAÑO DE LOS DIENTES						
9	POSICION DE LOS DIENTES						
10	SANGRADO DE LAS ENCIAS						
11	INFLAMACION DE LAS ENCIAS						
12	SARRO-CALCULO DENTAL						
13	LLAGAS-HERIDAS EN LA BOCA						
14	MAL ALIENTO						
15	ERUPCION DEL DIENTE PERMANENTE						
16	PERDIDA DEL DIENTE PERMANENTE						
17	DEFORMACION DE LA BOCA						

ANEXO 6: MATRIZ DE SISTEMATIZACION DE DATOS

	CV_1	CV_2	CV_3	CV_4	CV_5	CV_6	CV_7	CV_8
CB1	83	22	33	60	15	4	32	14
CB2	64	11	11	2	4	5	2	3
CB3	64	18	18	8	6	21	7	9
CB4	49	16	16	6	5	31	3	5
CB5	7	0	2	1	2	22	0	2
CB6	5	5	0	0	7	3	0	1
CB7	8	24	5	3	4	50	2	9
CB8	7	18	6	3	7	40	0	19
CB9	9	25	14	1	16	60	0	35
CB10	29	13	60	2	3	14	3	3
CB11	11	6	11	2	5	15	1	2
CB12	6	22	18	1	5	28	2	5
CB13	50	21	22	6	9	7	5	1
CB14	6	63	4	6	6	7	2	29
CB15	33	7	10	5	0	7	1	3
CB16	10	3	4	0	6	2	0	1
CB17	0	2	0	0	3	3	0	3

ANEXO 7
ICONOGRAFIA

**UBICACIÓN DE LA INSTITUCION EDUCATIVA DON JOSE DE SAN
MARTIN**



Fotografía N°1: Ubicación de la Institución Educativa 42088 Don José de San Martín, localizada en Av. Juan More N° 312, en el Pueblo Joven Don José de San Martín, del distrito Alto de la Alianza, provincia de Tacna.

**INTERIOR DE LAS AULAS DE LA INSTITUCION EDUCATIVA
DON JOSÉ DE SAN MARTIN**



Fotografía N° 3: Recolección de datos y desarrollo de los cuestionarios.

ANEXO 8

TABLA N° 4

INTENSIDAD DE LAS CONDICIONES BUCALES AUTOPERCIBIDAS SOBRE LA CALIDAD DE VIDA EN ESCOLARES DE 11 Y 12 AÑOS DE EDAD DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA DON JOSÉ DE SAN MARTÍN DEL DISTRITO ALTO DE LA ALIANZA.TACNA 2016.

INTENSIDAD DEL IMPACTO	CALIDAD DE VIDA																ESCOLARES	
	COMER		HABLAR		LIMPIARSE LA BOCA		DORMIR		EMOCION		SONREIR		ESTUDIAR		SOCIALIZAR		n=190	%
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Muy Poca	48	25,3	42	22,1	33	17,4	16	8,42	16	8,42	26	13,7	18	9,5	13	6,8	36	18,9
Poca	79	41,6	51	26,8	57	30,0	27	14,21	17	8,9	33	17,4	15	7,89	8	4,2	59	31,1
Moderada	38	20,0	38	20,0	44	23,2	32	16,8	20	10,5	44	23,2	8	4,2	18	9,5	83	43,7
Severa	9	4,7	11	5,8	12	6,3	7	3,7	13	6,8	25	13,2	5	2,6	22	11,6	9	4,7
Muy severa	3	1,6	3	1,6	6	3,2	2	1,1	7	3,7	19	10,0	1	0,5	22	11,6	3	1,6

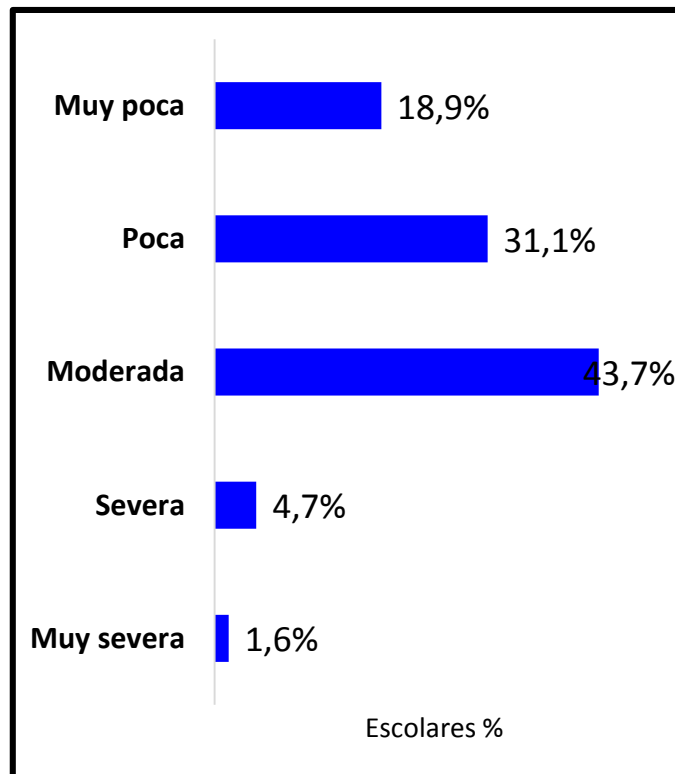
n=escolares con impacto

Fuente: Matriz de sistematización de datos

La Intensidad del impacto de los 190 escolares, presenta mayor frecuencia en la categoría: “Moderada intensidad” (43,7%); y de menor frecuencia en “Muy severa” (1,6%).

GRAFICO N° 4

INTENSIDAD DE LAS CONDICIONES BUCALES AUTOPERCIBIDAS SOBRE LA CALIDAD DE VIDA EN ESCOLARES DE 11 Y 12 AÑOS DE EDAD DE LA INSTITUCION EDUCATIVA DON JOSE DE SAN MARTIN DEL DISTRITO ALTO DE LA ALIANZA.TACNA 2016.



Fuente: Datos de la Tabla 4

TABLA N° 5

**SEVERIDAD DE LAS CONDICIONES BUCALES AUTOPERCIBIDAS
SOBRE LA CALIDAD DE VIDA EN ESCOLARES DE 11 Y 12 AÑOS
DE LA INSTITUCION EDUCATIVA DON JOSE DE SAN MARTIN
DEL DISTRITO ALTO DE LA ALIANZA.TACNA2016.**

CALIDAD DE VIDA	Media	D.E.	Rango	
			Min.	Máx.
Comer	1,48	0,64	0	3
Hablar	1,26	0,86	0	3
Limpiarse la boca	1,37	0,86	0	3
Dormir	0,92	1,17	0	3
Emoción	0,79	1,10	0	3
Sonreír	1,47	0,98	0	3
Estudiar	0,42	0,81	0	3
Socializar	0,93	1,18	0	3

Fuente: Matriz de sistematización de datos

Para la Severidad del impacto de las Condiciones bucales autopercibidas sobre la calidad de vida; los promedios presentan valores elevados en: Comer (1,48±0,64); y en menor valor: Estudiar (0,42±0,81).

El índice Child-OIDP promedio global fue de 7,14 ± (7,02).