

**IMPACTO DE LA SALUD BUCAL CON RELACIÓN A LA CALIDAD DE
VIDA EN NIÑOS DE 3 A 5 AÑOS EN LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA 2020
SEÑOR DE LOS MILAGROS, SAN MARTÍN DE PORRES, AÑO 2019**

UNIVERSIDAD PRIVADA DE HUANCAYO

“FRANKLIN ROOSEVELT”

RCD N°078-2019-SUNEDU/CD

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Escuela Profesional de Estomatología



I

INFORME FINAL DE TESIS

**IMPACTO DE LA SALUD BUCAL CON RELACIÓN A LA CALIDAD DE VIDA
EN NIÑOS DE 3 A 5 AÑOS EN LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA 2020 SEÑOR
DE LOS MILAGROS, SAN MARTÍN DE PORRES, AÑO 2019**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

CIRUJANO DENTISTA

Línea de Investigación:

Salud Pública y Preventiva en Estomatología

Presentado por:

Bach. Kathlen Stacy GONZALES ZUÑIGA SAMANEZ

HUANCAYO – PERÚ

2019

UNIVERSIDAD PRIVADA DE HUANCAYO
FRANKLIN ROOSEVELT
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DECANATO

Huancayo, 11 de Diciembre del 2019

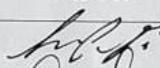
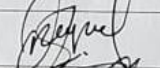

Hora: 14:00 hrs - Aula: 202-B

Título de la tesis:

"IMPACTO DE LA SALUD BUCAL CON RELACIÓN A LA CALIDAD DE VIDA EN NIÑOS DE 3 A 5 AÑOS EN LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA 2020 SEÑOR DE LOS MILAGROS, SAN MARTIN DE PORRES, AÑO 2019"

ASESOR: Mg. Elias Diaz Paloma

Nombres del Jurado Evaluador

<i>Nombres del jurado evaluador</i>	<i>Firma</i>
Presidente: Dr. ISRAEL ROBERT PARIJULCA FERNANDEZ	
Secretario: Dr. ROGER DAMASO CALLA POMA	
Vocal: Mg. FERNANDO CAMINO DE LA TORRE	
SUPLENTE: Mg. GUILLERMO SIXTO BALTAZAR SANCHEZ	

Resultado de la presentación y sustentación de la tesis:

<i>NOMBRE Y FIRMA DEL BACHILLER</i>	<i>CALIFICACIÓN</i>
KATHLEN STACY GONZALES ZUÑIGA SAMANEZ	APROBADO POR UNANIMIDAD ✓
	APROBADO POR MAYORIA
	DESAPROBADO



[Signature]
Dra. Benjamina Z. Ortiz Espinar
DECANA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIVERSIDAD PRIVADA DE HUANCAYO
FRANKLIN ROOSEVELT

ASESOR (A)

Mg. CD. Elías Díaz, Paloma

A Dios, con mucho amor por darme la vida, salud, sabiduría y fuerza para lograr mis objetivos y sueños.

A mi madre, Reyna Abigail Samanez Pérez por apoyarme incondicionalmente, por sus consejos, por motivarme constantemente a ser cada día mejor, por los valores que ha puesto desde muy pequeña en mí, pero sobre todo por su infinito amor.

A mi padre, Víctor Hugo Gonzaleszuñiga Ayquipa por hacer de mí una persona fuerte y perseverante, por los valores, por la motivación, por hacerme una persona de bien, por todos sus consejos, por confiar siempre en mí.

A mis hermanos; Jackeline, Lisseth, Maggie, Jean Pierre, por siempre motivarme a ser mejor, darme ánimos para culminar esta etapa tan importante, así darles este gran ejemplo que se pueden lograr sus sueños con esfuerzos y perseverancia.

A mi asesor, Dr. Hugo Caballero Cornejo por haberme asesorado desde el principio, por estar presente en cada momento de la investigación, por sus enseñanzas, consejos, paciencia y apoyo para poder culminar este trabajo con éxito.

A todos los que me apoyaron y brindaron sus consejos y palabras de aliento que, de alguna manera, me acompañan en todos mis sueños.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por haberme otorgado una familia maravillosa quienes han creído en mí, dándome ejemplos de superación, humildad y sacrificios, enseñándome a valorar todo lo que tengo. Por ello agradezco a mis padres, familia y amigos, por el apoyo incondicional, moral y económico. Muchas gracias por la comprensión, paciencia, confianza y amor que me han dado durante toda mi carrera y aún más en la realización de mi tesis, gracias por estar siempre conmigo alentándome.

Al gran maestro y Dr. Hugo H. Caballero Cornejo por su asesoramiento desde el inicio de la investigación y el apoyo incondicional, por su paciencia, profesionalismo, dedicación, colaboración y comprensión para la realización de la presente investigación, gracias por ser mi asesor, es admirable.

A la C.D Mg. Paloma Elías Diaz por sus aportes, enseñanzas, consejos y por facilitarme el camino en esta investigación, por su entrega y dedicación en odontopediatría quien hizo que me guste esta especialidad, gracias por su asesoría.

A la Universidad Franklin Roosevelt y al gerente general David Jiménez Heredia, por su apoyo incondicional.

A los pacientes y padres de familia que me apoyaron para la realización de la investigación y por brindarme un poco de su tiempo con mucha sinceridad y amabilidad.

A todas las personas que intervinieron de alguna forma en el apoyo para elaborar la investigación, Gracias.

ÍNDICE

	Pág.
TÍTULO	i
CARATULA	ii
ASESOR	iii
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	v
ÍNDICE	vi
RESUMEN	viii
INTRODUCCIÓN	ix

CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción del problema	12
1.2 Formulación del problema	14
1.2.1 Problema general	14
1.3 Objetivo de la investigación	14
1.3.1 Objetivo general	14
1.3.2 Objetivos específicos	14
1.4 Justificación de la investigación	15
1.5 Limitación de la investigación	16

CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes	17
2.1.1 Internacionales	17
2.1.2 Nacionales	28
2.1.3 Bases teóricas de la investigación	30
2.1.4 Marco conceptual	58
2.2 Hipótesis	61
2.3 Variables	61

2.3.1	Tipos de variables	61
2.3.2	Indicadores	61
2.3.3	Operacionalización de las variables	63
CAPÍTULO III METODOLOGÍA		
3.1	Método de la investigación	64
3.2	Tipo y nivel de investigación	64
3.3	Diseño de investigación	65
3.4	Población de estudio	65
3.5	Muestra	65
3.6	Técnicas e instrumentos de recolección de datos	66
3.7	Técnicas de procesamiento de la investigación	70
CAPÍTULO IV RESULTADOS		
4.1	Resultados	72
CAPÍTULO V DISCUSIÓN		
5.1	Discusión	91
CAPÍTULO VI CONCLUSIONES		
6.1	Conclusiones	100
CAPÍTULO VII RECOMENDACIONES		
7.1	Recomendaciones	102
VIII.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	104
IX.	ANEXOS	116

RESUMEN

El propósito del estudio fue determinar el impacto de la salud bucal con relación a la calidad de vida en niños de 3 a 5 años de la I.E. 2020 Señor de los Milagros, San Martín de Porres, año 2019. El diseño metodológico utilizado en la investigación fue no experimental descriptivo; así mismo, el tipo de investigación fue prospectivo, transversal, correlacional. La muestra utilizada fue de 102 niños, de ambos sexos de 3 a 5 años de edad que estudian en el instituto educativo mencionado en el objetivo general. Luego en las técnicas de procesamiento de la investigación se utilizó el programa Microsoft Excel y el programa estadístico SPSS versión 21.0. En los resultados se apreció que respecto a la caries dental en un 44.1% presentaron un impacto positivo y una severidad alta; con respecto al traumatismo dentoalveolar en un 80.4% presentaron impacto positivo y ausencia de traumatismo; respecto a la maloclusión anterior en un porcentaje de 51% presentaron un impacto positivo y ausencia de maloclusión. Se concluyó que el impacto de la salud bucal con relación a la calidad de vida de niños de 3 a 5 años es de positivo y que no hay relación entre las variables por ser $p > 0.05$.

Palabras Claves:

Impacto. Salud bucal. Calidad de vida. Instituto educativo

INTRODUCCIÓN

En la infancia pueden ocurrir algunos problemas en la cavidad bucal, como por ejemplo caries dental en un alto porcentaje, así como traumatismos dentoalveolares, maloclusiones, entre otros. Los mencionados problemas pueden ocasionar en el niño repercusiones como dolor, dificultad para la masticación, disminución del apetito, pérdida de peso, dificultad para dormir, comportamiento alterado del niño, en oportunidades pérdida de clases en el colegio; pero no solamente el niño está comprometido, sino que también los padres y el entorno familiar.

Las consecuencias de las enfermedades orales repercuten en la calidad de vida, por ende, afecta la salud bucal, entendidas por los impactos intermedios o negativos como: dolor, incomodidad, limitación funcional e insatisfacción en la apariencia, y por los impactos finales: que afectan el desarrollo de las actividades diarias de los niños.

En el ítem 1, referido al Planteamiento del problema, lo primero en realizar es la Descripción del problema, donde establece la relación causa efecto de la realidad que ha llamado nuestra atención y que es el objeto del estudio; luego se hace la Formulación del problema, planteamiento del problema general; además, los objetivos, tanto el general como los específicos que vienen a ser el propósito, meta, logro que se pretende alcanzar, para posteriormente traducirlos en acciones; además, la Justificación de la investigación, donde se señala la importancia que tiene el estudio, mostrando que sus resultados puedan ser útiles para resolver el problema que se ha planteado; por terminar con la Limitación de la investigación, donde se expone el aspecto humano, económico, que limitan el proceso del estudio.

En el ítem 2, respecto al Marco teórico, donde se presenta investigaciones internacionales y nacionales, que tienen relación con el estudio que se ha realizado; luego, las Bases teóricas, que en su contenido sirven de sustento

teórico al tema desarrollado; pasando al Marco conceptual donde se precisan los términos más importantes utilizados en la investigación; también, se plantea la Hipótesis tomada en cuenta en el estudio y finalmente la variable tanto independiente como dependiente tomada en cuenta en el estudio.

En el ítem 3, se describe la Metodología, primeramente se delinea el Método de la investigación que se ha utilizado, luego el Diseño, Tipo y Nivel de la investigación que se utilizó para el desarrollo del estudio; luego, la Población y Muestra que se usó en la ejecución de la investigación; posteriormente la Técnica e instrumento de recolección de datos para la obtención de los resultados obtenidos en la encuesta utilizada y finalmente la Técnica de procesamiento de la investigación; donde se ha realizado la tabulación mediante la presentación de datos en forma sistemática.

En el ítem 4, se muestra los Resultados donde se muestra mediante tablas y gráficos, el procesamiento de los datos resultantes de la ejecución, que están referidas a las dimensiones planteadas en el estudio.

En el ítem 5, está referido a la Discusión; donde primero se hace una autoevaluación de los procedimientos empleados y se hace una interpretación acerca de los resultados, para terminar haciendo una discusión con otras investigaciones que figuran en el estudio.

En el ítem 6, respecto a las Conclusiones, donde se concluye con resultados concretos que se obtuvieron en el desarrollo de la investigación y que fueron ampliamente presentados en el desarrollo del cuerpo del trabajo.

El ítem 7, referido a las Recomendaciones, planteándose de acuerdo a las conclusiones, precisando las vías para poder implementar las propuestas hechas. Terminando con Referencias bibliográficas y Anexos.

La investigación tuvo como finalidad hacer una evaluación de la calidad de vida en relación con la salud bucal del niño, para que se puedan, de acuerdo con los resultados, se puedan hacer campañas de prevención sobre las dimensiones que trata el tema, siendo los beneficiados los pacientes odontopediátricos, en mejorar su salud oral y por ende su calidad de vida, abarcando también a los padres de familia. Para que las autoridades del mencionado instituto puedan realizar las acciones necesarias, puedan tomar las políticas y las acciones que consideren conveniente y también se tendrá un reflejo, de cómo se encuentra la población de la niñez en nuestra sociedad.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción del problema

En los últimos años ha existido un gran interés en reconocer la salud bucal como un componente de la Calidad de vida (CV), por lo tanto, actualmente las investigaciones en odontología se encuentran en rehabilitación de problemas de la cavidad bucal y en explorar entre la relación existente entre el estado de salud bucal y la calidad de vida.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que del 60% al 90% de los escolares de todo el mundo tienen caries dental, por lo que las consecuencias que generan las afecciones bucales en los niños se traducen en el ausentismo escolar, pérdida de días laborales de los padres y gasto económico familiar.

En lo que concierne a la Odontología, el concepto de Calidad de vida relacionada con la salud bucal (CVRSB) se refiere al impacto de las principales afecciones bucales en la vida diaria de los niños, en el estudio que se está realizando, así como en las limitaciones en las funciones normales del aparato estomatognático.

En el Perú la alta prevalencia de enfermedades de la cavidad bucal constituye uno de los 12 principales problemas sanitarios del país. El Informe “Perú: Enfermedades no transmisibles y transmisibles, 2016” del Instituto Nacional de Estadística e Informática hace mención que la prevalencia de caries dental fue de 90.4% en los niños en el periodo 2001-2002, por lo que el Perú es un país en estado de emergencia, según la Organización Panamericana de Salud (OPS).³³

Igual sucede con los traumatismos dentales frecuentes en los niños que va a causar dolor e incapacidad, así como cambios de coloración en los órganos dentales afectados. Estas alteraciones podrían traer para los niños limitaciones para realizar sus actividades diarias, asimismo, las maloclusiones, en donde el impacto está más relacionado con la parte psicosocial, ya que los niños pueden tener dificultades para sonreír debido a la posición de los dientes.

Con respecto a los niños que se evaluarán en la I.E. 2020 Señor de los Milagros, San Martín de Porres, se observará la prevalencia de caries dental de, así como, maloclusiones y traumatismos dentoalveolares, como consecuencia de su edad y por estar expuestas a la violencia infantil, siendo necesario hacer un diagnóstico de cuál es el impacto de la salud bucal en el niño y su calidad de vida, a fin de tomar las políticas necesarias y las acciones del caso de acuerdo a los resultados.

Si no se realizará la presente investigación no se tendría una información precisa de cuál es el impacto de la salud bucal con respecto a la calidad de vida en los niños de 3 a 5 años que se evaluarán en la I.E. 2020 Señor de los Milagros, San Martín de Porres que vendría a ser una muestra representativa de nuestra población. Porque la relación de los niños con sus padres se forja desde antes del nacimiento, por lo cual, si los padres son participes en todo el proceso de aprendizaje de sus hijos, asumirán mejor sus funciones y responsabilidades desde las etapas más tempranas de la vida, teniendo un beneficio claro en la salud bucal de sus hijos.

Los beneficios que tiene la investigación, después de la ejecución del estudio utilizando el instrumento adecuado, para determinar la calidad de vida relacionada con la salud bucal en niños de 3 a 5 años, al aplicar el cuestionario va ser posible obtener mediciones sobre el impacto de las enfermedades bucales en la calidad de vida de los niños; además, permitirá lograr la participación en la promoción de la salud bucal por parte de los profesionales odontólogos y de la sociedad, porque las experiencias que adquieran los niños en la actitudes y el comportamiento relacionado con su salud bucal.

1.2 Formulación del problema

1.2.1 Problema General

¿Cuál es el impacto de la salud bucal con relación a la calidad de vida en niños de 3 a 5 años de la I.E. 2020 Señor de los Milagros, San Martín de Porres, año 2019?

1.3 Objetivos de la investigación

1.3.1 Objetivo general

Determinar el impacto de la salud bucal con relación a la calidad de vida en niños de 3 a 5 años de la I.E. 2020 Señor de los Milagros, San Martín de Porres, año 2019.

1.3.2 Objetivos específicos

1. Identificar el impacto de la salud oral en la calidad de vida de los niños de 3 a 5 años.
2. Identificar el impacto de la salud oral de los niños en la calidad de vida de la familia.

3. Identificar la prevalencia de caries de infancia temprana de los niños de la muestra de estudio.
4. Identificar las lesiones traumáticas en tejidos duros en piezas anteriores de la muestra de estudio.
5. Determinar la prevalencia de las maloclusiones anteriores de los niños de 3 a 5 años.

1.4 Justificación de la investigación

El presente estudio fue elaborado para conocer el impacto de la salud bucal con relación a la calidad de vida en niños de 3 a 5 años que se evaluarán en la I.E. 2020 Señor de los Milagros, San Martín de Porres de tal forma, que de acuerdo a los resultados, ante las evidencias obtenidas en la ejecución del proyecto, pueda traducirse en un mejoramiento de la salud bucal del niño, porque los relatos ofrecidos por los padres servirán de gran valor a la hora de evaluar la Calidad de vida relacionada con la salud bucal (CVRSB) en los niños de 3 a 5 años, ya que pensamos que las condiciones bucales no tienen solo impacto directo en los niños sino también un efecto indirecto en los padres y miembros de la familia.

El mejoramiento de la salud bucal del niño será mediante acciones y políticas de salud que se puedan realizar, siendo de vital importancia tanto para el niño como para sus padres para garantizar en primera instancia su salud.

Se considera de importancia el estudio por ser el primero que se realiza sobre el tema en la Escuela de Estomatología de la Universidad Privada de Huancayo Franklin Roosevelt.

1.5 Limitación de la Investigación

Para elaborar el estudio la única limitación que se pudo encontrar fue la poca colaboración, que tuvo la tesista, por los padres y/o tutores de los niños que estudian en la I.E. 2020 Señor de los Milagros, San Martín de Porres y que no firmen el consentimiento informado.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

2.1.1 Internacionales

Mijan M., Leal S., Bronkhorst E. y Frencken J. (2019) Brasil, ejecutaron un estudio titulado “Calidad de vida relacionada con la salud bucal infantil (OHRQoL) tres años después de la implementación de protocolos de tratamiento para el tratamiento de lesiones cavitadas de dentina cariada”, cuyo propósito fue evaluar la calidad de vida relacionada con la salud oral de niños de 6 y 7 años (OHRQoL) tres años después de la implementación de tres protocolos de tratamiento para el tratamiento de las lesiones cavitadas de dentina cariada en molares primarios [TRC (tratamiento convencional); ART (Tratamiento Restaurativo Atraumático) y UCT (Tratamiento Ultraconservador)], el informe apoderado por los padres de la Escala de Impacto en la Salud Oral Brasileña de la Infancia (B-ECOHIS) evaluar el nivel de acuerdo entre el autoinforme de los niños y el informe de los padres sobre la OHRQoL de los niños. No se observaron diferencias entre los protocolos de tratamiento con respecto a la OHRQoL de los niños ($p = 0,41$). Se observó una reducción significativa en el dominio de angustia de los padres cuando se compararon las respuestas iniciales y las respuestas de los padres / cuidadores después de tres años ($p = 0.01$). El nivel de

acuerdo entre los puntajes de los padres / cuidadores y de los niños fue bajo. Los niños puntuaron más bajo en el impacto de la salud bucal en su calidad de vida que sus padres / cuidadores ($p < 0,0001$). Se concluyó que el uso de UCT (Tratamiento Ultraconservador), un protocolo en gran parte no restaurativo lleva a una percepción de OHRQoL por parte de los padres / cuidadores que es similar a los protocolos ART y CRT después de tres años. El sufrimiento de los padres disminuyó con el tiempo. Los niños y los padres / cuidadores no estuvieron de acuerdo con la OHRQoL de los niños.¹

Zaror C., Martínez M., Abarca J., Díaz J., Pardo Y., Pont A. et al. (2018) Chile, ejecutaron un estudio titulado “Impacto de las lesiones dentales traumáticas en la calidad de vida en preescolares y escolares: una revisión sistemática y un metanálisis”, cuyo objetivo fue evaluar el impacto de las lesiones dentales traumáticas (TDI) en la calidad de vida relacionada con la salud oral de preescolares y escolares, mediante la síntesis de la evidencia disponible. El grupo de TDI tuvo una probabilidad significativamente mayor de informar cualquier impacto en la OHRQoL que los controles para ambos niños en edad preescolar y escolares. En los preescolares, el OR para el impacto de OHRQoL para TDI complicados frente a no complicados fue de 1.53. El dominio social fue el más afectado en los escolares. Se concluye que las lesiones dentales traumáticas tienen un impacto negativo en la calidad de vida relacionada con la salud oral (OHRQoL) de preescolares y escolares.²

Souza J., Martins A., Silveira M., Jones K. y Meirelles M. (2017) Brasil, ejecutaron un estudio titulado “Impacto de los problemas clínicos orales en la calidad de vida relacionada con la salud oral en niños brasileños: un enfoque jerárquico”, cuyo objetivo fue evaluar el impacto de los problemas clínicos y de salud oral percibidos en la calidad de vida relacionada con la salud oral en sus diferentes dominios, en niños de 12 años en Brasil. El instrumento Oral Impactos en el rendimiento diario (OIDP) se utilizó para evaluar la calidad de vida en relación con la salud

bucal. Las condiciones clínicas y de percepción de la salud oral se asociaron con la presencia de impactos generales en las dimensiones físicas, psicológicas y sociales de la calidad de vida relacionada con la salud oral. Además, los ingresos familiares se asociaron con los impactos generales y el nivel de motivación para utilizar los servicios de salud dental se asoció con la dimensión física. Se concluye que las condiciones clínicas y de percepción de la salud oral en los brasileños de 12 años se asociaron con un impacto negativo en la calidad de vida relacionada con la salud oral.³

Borges T., Vargas F., Kramer P. y Feldens C. (2017) Brasil, efectuaron un estudio titulado “Impacto de las lesiones dentales traumáticas en la calidad de vida relacionada con la salud oral de los niños en edad preescolar: una revisión sistemática y un metanálisis”, cuyo objetivo de la revisión sistemática y el metanálisis fue evaluar el impacto de las lesiones traumáticas dentales (TDI) en la Calidad de la vida relacionada con la salud oral (OHRQoL) entre los niños en edad preescolar. Los criterios de elegibilidad fueron TDI como variable de exposición, OHRQoL como resultado y una población de niños de hasta seis años de edad. TDI causó un impacto negativo en OHRQoL basado en el ECOHIS general y CIS, pero no el FIS. Las lesiones traumáticas dentales (TDI) tuvo un impacto negativo en la OHRQoL de niños en edad preescolar. Los resultados actuales indican la necesidad de programas de prevención y tratamiento de TDI en la primera infancia.⁴

Born C., Divaris K., Zeldin L. y Rozier R. (2016) Estados Unidos, desarrollaron un estudio titulado “Influencias en la calidad de vida relacionada con la salud oral de los niños en edad preescolar según lo informado por padres y cuidadores que hablan inglés y español”, cuyo objetivo fue examinar la calidad de vida relacionada con la salud oral de niños pequeños en edad preescolar entre una cohorte basada en la comunidad de díadas de padres e hijos que hablan inglés y español en Carolina del Norte, y trató de cuantificar la asociación de las

características de los padres / cuidadores, incluyendo Lenguaje hablado, con impactos OHRQoL. La OHRQoL se midió utilizando la puntuación general (rango: 0-52) de la Escala de Impacto en la Salud Bucal en la Primera Infancia (ECOHis). La puntuación media global de ECOHis fue de 3.9, 4.7 entre anglohablante y 1.5 entre hispanohablantes. En los análisis multivariados, la educación de los cuidadores mostró una asociación positiva con los impactos de OHRQoL entre hispanohablantes, mientras que los cuidadores orales son justos / pobres la salud mostró una asociación positiva entre los hablantes de inglés. Se encontró que la gravedad general de los impactos de ECOHis fue baja entre esta muestra poblacional de niños pequeños en edad preescolar, y sustancialmente menor entre los hablantes de español frente a los de habla inglesa.⁵

Firmino R., Gomes M., Clementino M., Martins C., Paiva S. y Granville A. (2016) Brasil, realizaron un estudio de casos y controles titulado "Impacto de los problemas de salud oral en la calidad de vida de los niños en edad preescolar: un estudio de casos y controles", cuyo objetivo fue evaluar el impacto de la caries dental y la lesión dental traumática (TDI) en la OHRQoL de niños preescolares brasileños. Se analizó 415 niños de 3 a 5 años de edad inscritos en escuelas preescolares públicas y privadas. El grupo de casos (impacto en OHRQoL) y el grupo de control (sin impacto en OHRQoL) se emparejaron por edad, sexo e ingreso familiar mensual en una proporción de 1: 4 (83 casos y 332 controles). El impacto en OHRQoL se evaluó utilizando el B-ECOHis. La caries dental y la TDI se determinaron mediante exámenes clínicos orales. El análisis de los datos incluyó estadísticas descriptivas y análisis de regresión logística condicional ($P \leq 0.05$; IC del 95%). Las respuestas más frecuentes en el B-ECOHis fueron "dolor sentido" (79.7%) y "dificultad para comer" (35.0%). Las siguientes variables se asociaron significativamente con el impacto en la OHRQoL: gravedad de caries (OR = 12.58; IC 95%: 5.31-29.79) y TDI (OR: 2.11; IC 95%: 1.23-3.62). Se concluye que la severidad

de la caries y la lesión traumática dental (TDI) impactaron la OHRQoL de los niños en edad preescolar. ⁶

Freire F., Marcia S., Nogueira M., Sardenberg F., Torres M., Martins S. et al. (2015) Estados Unidos de América, efectuaron su estudio transversal titulado “La calidad de vida relacionada con la salud oral y las lesiones dentales traumáticas en incisivos permanentes jóvenes en escolares brasileños: un enfoque multinivel”, cuyo objetivo fue describir la asociación de la calidad de vida relacionada con la salud oral (OHRQoL) y los dominios (síntomas orales, limitación funcional, bienestar emocional y social) de los niños con variables individuales y contextuales. La muestra fue de 1,201 escolares, de 8 a 10 años de edad, de escuelas públicas y privadas de Belo Horizonte, Brasil. El CPQ8-10 se utilizó para evaluar la OHRQoL, dicotomizado en bajo y alto impacto. La información sociodemográfica se recogió a través de cuestionarios a los padres. La prevalencia de un impacto negativo en la OHRQoL en niños con trauma severo fue de 55.9%. El TDI impactó negativamente los dominios emocionales y sociales de OHRQoL. Un análisis multinivel reveló una diferencia significativa en OHRQoL según el tipo de escuela y mostró que el 16% de la varianza total se debió a las características contextuales. El impacto negativo en la OHRQoL fue mayor en las niñas, los niños más pequeños, con TDI grave, los de las escuelas públicas y cuyos padres tenían un nivel de educación más bajo. Se concluye que los traumas graves afectan la calidad de vida relacionada con la salud oral (OHRQoL) en los dominios sociales y emocionales. Las dimensiones contextuales agregan información a la variabilidad individual para explicar un mayor impacto, enfatizando las desigualdades socioeconómicas.⁷

Barbosa I., Ramos J., Ramos M., Bönecker M., Abanto J., Silva L, et al. (2015) Brasil, desarrollaron un estudio titulado “Correlación y análisis comparativo de la validez discriminativa de la Escala de resultados de salud bucal para niños de cinco años (SOHO-5) y la Escala de impacto

de salud bucal en la primera infancia (ECOHIS) para la caries dental”, cuyo objetivo principal fue evaluar la correlación entre las puntuaciones totales y por ítems de la Escala de resultados de salud oral para niños de cinco años (SOHO-5) (versión paterna y autoinformes del niño) y la Escala de Impacto en la Salud Oral (ECOHIS) de Infancia Temprana. Se encontró una correlación significativa entre SOHO-5p y ECOHIS ($r = 0,85$), mientras que no se encontraron correlaciones significativas entre SOHO-5c y SOHO-5p o entre SOHO-5c y ECOHIS. Se encontraron diferencias significativas en el impacto en la calidad de vida entre los niños con deterioro grave y sin deterioro grave (sin caries, con caries inicial o establecida) tanto en ECOHIS como en SOHO-5p ($p \leq 0,05$), mientras que no se encontró ninguna diferencia en SOHO -5c ($p > 0,05$). Se concluye que la Escala de impacto en la salud oral en la primera infancia (ECOHIS) y la Escala de resultados de salud bucal para niños de cinco años (SOHO-5p) se correlacionaron entre sí. Las cuentas de los niños diferían de los informes de sus padres y no eran capaces de discriminar las caries dentales en etapas avanzadas de progresión.⁸

Shaghaghian S., Bahmani M. y Amin M. (2015) Irán, ejecutaron un estudio transversal titulado “Impacto de la higiene bucal en la calidad de vida relacionada con la salud bucal de los niños en edad preescolar”, cuyo objetivo fue evaluar el impacto de la higiene bucal de 396 niños en edad preescolar y la actitud de los padres en la calidad de vida relacionada con la salud bucal de los niños (OHRQoL). La OHRQoL para niños se evaluó mediante la versión en Farsi de la Escala de impacto en la salud bucal en la primera infancia (F-ECOHIS). Se concluye que el estado de salud oral de los niños en edad preescolar en Shiraz fue inferior al óptimo y tuvo un impacto significativo en su OHRQoL. Por lo tanto, la mejora de la calidad de vida relacionada con la salud bucal (OHRQoL) de los niños podría lograrse mejorando la atención dental en el hogar. Las estrategias que promueven la actitud de los padres sobre la importancia del cepillado de los niños pueden influir significativamente en la higiene oral de los niños y son muy recomendables.⁹

Veira R., Siqueira M., Gomes G., D'Avila S., Pordeus I., Paiva S. et al. (2015) Brasil, realizaron un estudio de casos y controles titulado "Impacto de la lesión dental traumática en la calidad de vida de los niños pequeños: un estudio de casos y controles", cuyo propósito es investigar el impacto de la lesión dental traumática (TDI) entre los niños en edad preescolar, la muestra representativa fue de 335 niños, de 3 a 5 años de edad, matriculados en escuelas preescolares públicas y privadas en la ciudad de Campina Grande, Brasil. El impacto en la OHRQoL de los niños se evaluó mediante la administración de la Escala de Impacto en la Salud Bucal en la Primera Infancia (ECOHis). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de casos y controles con respecto a la presencia de TDI (odds ratio = 1.16; IC 95%: 0.66-2.02). La lesión dental traumática (TDI) no tuvo ningún impacto en la calidad de vida de los niños en edad preescolar.¹⁰

Motamedi M., Behzadi A., Khodadad N., Zadeh A. y Nilchian F. (2014) Irán, efectuaron un estudio titulado "Salud bucal y calidad de vida en los niños: un estudio transversal", cuyo objetivo fue examinar la relación entre las variables clínicas OH (salud oral), factores psicológicos, sociales y demográficos con respecto a la QL relacionada con OH (OHRQL) en los niños de la provincia de Isfahan, Irán. Se evaluaron datos relevantes a las características, factores psicológicos, dentales y demográficos de 336 niños de 11 a 15 años. Estas características incluyen datos sociodemográficos, sentido de coherencia (SOC), autoestima y locus de control de la salud de los niños (HLC). Las variables clínicas implicadas para ser eficaces en la CV se evaluaron mediante un examen oral. Los parámetros evaluados incluyeron caries, enfermedad periodontal, maloclusión y lesiones dentales traumáticas. Se concluye que los hallazgos del estudio indican que la enfermedad oral, la extensión de la necesidad de tratamiento, los síntomas auto-informados y el grado de disfunción influyeron en la CV.¹¹

Sousa R., Clementino M., Gomes M., Martins C., Granville A. y Paiva S. (2014) Brasil, desarrollaron un estudio titulado “Maloclusión y calidad de vida en preescolares brasileños”, cuyo objetivo fue evaluar el impacto de la maloclusión en la calidad de vida relacionada con la salud oral (OHRQoL, por sus siglas en inglés) entre los niños en edad preescolar y sus familias. En este estudio participaron 732 preescolares. La prevalencia del impacto negativo de la maloclusión en la OHRQoL fue del 27,6% entre los niños y del 22,3% entre las familias. Educación de la madre, evaluación de la salud oral del niño por parte de los padres, historia de dolor de muelas y las visitas al dentista permanecieron asociadas significativamente con la OHRQoL en el modelo final para los niños, mientras que la evaluación de la salud bucal de los padres / cuidadores y el historial de dolor de muelas (PR = 2.28; IC del 95%: 1.69-3.09) se mantuvo significativamente asociado con OHRQoL para las familias. La maloclusión no se asoció con un impacto negativo en OHRQoL. En contraste, las percepciones de los padres / cuidadores con respecto a la salud oral de sus hijos y una historia de dolor de muelas predijeron un impacto negativo en la OHRQoL.¹²

Ramos J., Pordeus I., Ramos M., Marques L. y Paiva S. (2014) Brasil, desarrollaron un estudio transversal “Impacto de la caries dental no tratada en la calidad de vida de los niños en edad preescolar: diferentes etapas y actividad”, cuyo objetivo fue evaluar la asociación entre caries dentales no tratadas, considerando las etapas y la actividad, y el impacto en la OHRQoL entre los niños en edad preescolar y sus padres / cuidadores. Una muestra seleccionada al azar de 451 niños preescolares brasileños de 3 a 5 años se sometió a un examen clínico oral para la evaluación de caries dental utilizando los criterios de ICDAS II. Se pidió a los padres / cuidadores que respondieran dos cuestionarios: uno sobre la evaluación de la salud mental de los niños (ECOHIS) y otro sobre las características demográficas y socioeconómicas de los niños y las familias. Se concluye que las lesiones cariosas graves activas e

inactivas no tratadas se asociaron con un impacto negativo en la calidad de vida de los niños en edad preescolar y sus padres / cuidadores.¹³

Li Y., Gao Y. y Zhang Y. (2014) China, efectuaron un estudio titulado “El impacto del estado de salud oral en la calidad de vida relacionada con la salud oral (OHRQoL) de los niños de 12 años desde la perspectiva de los niños y los padres”, cuyos objetivos fue evaluar el efecto de la caries dental, el estado periodontal y la fluorosis dental en la calidad de vida relacionada con la salud oral (OHRQoL) de los niños de 12 años y evaluar el acuerdo entre padres e hijos sobre la OHRQoL de los niños en relación con el estado de salud bucal de los niños. El Cuestionario de Percepción Infantil 11-14 (CPQ (11-14)) y el Cuestionario de Percepción Parental (PPQ) se administraron a los niños y sus padres, respectivamente, para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud oral de los niños. Se concluye que las puntuaciones de CPQ (11-14) autoinformadas por los niños estaban más fuertemente asociadas con su estado de salud oral y calidad de vida relacionada con la salud oral (OHRQoL) que las puntuaciones del Cuestionario de percepción parental (PPQ) de sus padres, especialmente en los dominios de bienestar social y emocional. Tener caries, fluorosis dental o cálculo dental afectó negativamente la calidad de vida relacionada con la salud bucal de los niños.¹⁴

Moreno X., Vera C. y Cartes R. (2014) Chile, realizaron un estudio titulado “Impacto de la salud bucal en la calidad de vida de escolares de 11 a 14 años, Licantén, 2013”, cuyo objetivo fue evaluar la calidad de vida relacionada con la salud bucal a través del índice Child-OIDP en escolares de 11 a 14 años de la comuna de Licantén en el 2013. La muestra fue de 203 escolares de 11 a 14 años del sector urbano de la comuna. Se obtuvo como resultado 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%). Se concluye que los problemas dentales son frecuentes en niños de Licantén y pueden interferir significativamente en la ejecución de tareas diarias.¹⁵

Cesarino M., Pinto T., De Brito E., Castro C., Granville A. y Martins S. (2014) Brasil, desarrollaron un estudio transversal titulado “Impacto de las condiciones de salud bucal en la calidad de vida de los niños en edad preescolar y sus familias: un estudio transversal”, cuyo objetivo fue evaluar el impacto de las condiciones de salud bucal en la Calidad de vida relacionada con la salud oral (OHRQoL) de los niños en edad preescolar y sus familias. Participaron 843 niños preescolares en la ciudad de Campina Grande, Brasil. Los padres / cuidadores respondieron a la Escala de Impacto en la Salud Bucal de la Primera Infancia Brasileña y un cuestionario que abordaba los datos sociodemográficos, así como las percepciones de los padres / cuidadores sobre la salud de sus hijos. Se concluye que las lesiones cavitadas (en dientes anteriores y posteriores), lesiones dentales traumáticas (TDI) y la percepción de los padres y/o cuidadores de que la salud bucal de sus hijos es deficiente son determinantes de un impacto negativo en la Calidad de vida relacionada con la salud oral (OHRQoL) de los niños en edad preescolar y sus familias. Si bien las manchas blancas no se asociaron con el impacto en la OHRQoL, es importante tratar estos casos para prevenir la progresión a la cavitación.¹⁶

Martins P., Vieira R., Correa P., Oliveira F., Marques L. y Ramos M. (2013) Brasil, ejecutaron un estudio titulado “Impacto de la caries de la primera infancia en la calidad de vida relacionada con la salud oral de los niños en edad preescolar y sus padres”, cuyo objetivo fue evaluar el impacto de la caries de la primera infancia (ECC) en la calidad de vida relacionada con la salud oral (OHRQoL) de los 638 niños (de 2 a 5 años de edad) en edad preescolar y sus padres / cuidadores. Hubo una diferencia significativa entre la gravedad de ECC y OHRQoL en cuanto

al impacto tanto en el niño como en la familia ($p < 0,001$). Un aumento en la severidad de la ECC resultó en un mayor impacto negativo en la calidad de vida del niño. La mayor edad de la madre tuvo un impacto positivo en la OHRQoL de los niños en edad preescolar. El aumento de la edad dio lugar a un mayor impacto negativo en la calidad de vida del niño. La ECC tiene un impacto negativo en la OHRQoL de niños de 2 a 5 años y sus padres. Las madres de 30 años o más informaron una mejor OHRQoL, independientemente de la presencia de ECC y la edad del niño.¹⁷

Kramer P., Feldens C., Ferreira S., Bervian J., Rodrigues P. y Peres M. (2013) Brasil, ejecutaron un estudio transversal titulado “Explorando el impacto de las enfermedades y trastornos orales en la calidad de vida de los niños en edad preescolar”, cuyo objetivo fue evaluar el impacto de los resultados de salud oral en la calidad de vida relacionada con la salud oral (OHRQoL) en una muestra escolar de niños preescolares brasileños y sus familias. Se llevó a cabo en 1036 niños de 2 a 5 años de edad que asistieron a todas las guarderías públicas en Canoas, Brasil. Se pidió a los cuidadores que completaran un cuestionario sobre el estado socioeconómico y la Escala de Impacto en la Salud Bucal en la Primera Infancia (ECOHIS) sobre su percepción de la OHRQoL de los niños. La evaluación clínica incluyó caries dental, lesiones dentales traumáticas (TDI) y maloclusión. Los hallazgos mostraron que los cuidadores de niños pequeños con enfermedades y trastornos orales percibían que tanto los niños como otros miembros de la familia tenían una pobre calidad de vida. Las políticas de salud oral deben incluirse en los programas de salud general basados en un enfoque de riesgo común.¹⁸

Scarpelli A., Paiva S., Viegas C., Carvalho A., Ferrerira F. y Pordeus I. (2013) Brasil, ejecutaron un estudio titulado denominado “La calidad de vida relacionada con la salud oral entre los preescolares brasileños”, cuyo propósito fue evaluar el impacto de las condiciones de salud oral en la calidad de vida relacionada con la salud oral en una muestra de

1632 niños preescolares brasileños de 5 años, seleccionados al azar con una técnica de muestreo de múltiples etapas y sus padres / cuidadores. Los cuidadores completaron la Escala de Impacto en la Salud Bucal en la Infancia Temprana (B-ECOHIS) de Brasil y un formulario con datos sociodemográficos. Se concluye que la experiencia de caries dental fue el único criterio normativo con un impacto negativo en OHRQoL. Las familias con bajos ingresos y los padres más jóvenes reportaron un mayor impacto en la calidad de vida. De acuerdo con las percepciones de los padres, un mal estado general de salud se relacionó con una peor calidad de vida entre los niños.¹⁹

2.1.2 Nacionales

Torres G., Blanco D., Chávez M., Apaza S. y Antezana V. (2015), efectuaron un estudio transversal y observacional titulado “Impacto de la caries de la infancia temprana en la calidad de vida relacionada a la salud bucal en niños peruanos menores de 71 meses de edad”, cuyo objetivo fue determinar el impacto y relación de la caries de la infancia temprana (CIT) y calidad de vida relacionada a salud bucal (CVRSB) de los niños, atendidos en el servicio de atención del infante del Instituto Nacional de Salud del Niño, Lima-Perú, con una muestra representativa de 95 niños menores de 71 meses y sus madres fueron seleccionados aleatoriamente. La percepción de las madres de la CVRSB fue recogida a través del cuestionario ECOHIS (Early Childhood Oral Health Impact Scale). Los datos de CIT fueron recolectados a través de un examen clínico por dos examinadores previamente calibrados ($\kappa > 0.81$) usando los criterios ICDASII. Se concluye que la caries de la infancia temprana genera un impacto negativo en la calidad de vida relacionada a salud bucal en los niños y en sus familias, siendo las dimensiones: Autoimagen/ interacción social y la angustia de los padres los más afectados; las madres de mayor edad declararon menor impacto; los niños pertenecientes a las familias de nivel socioeconómico bajo reportaron mayor impacto relacionado con una peor calidad de vida.²⁰

Quispe M. (2015), realizó un estudio tipo observacional, prospectivo, transversal y descriptivo titulado “Impacto de la salud oral sobre la calidad de vida de niños pre-escolares en el distrito de Santa Anita, Lima-2014”, cuyo objetivo fue evaluar el impacto de la salud oral sobre la calidad de vida de niños pre-escolares mediante ECOHIS en el Distrito de Santa Anita, Lima - 2014. La muestra fue probabilística y estuvo conformada por 150 niños de un centro educativo, a quienes se les examinó la cavidad bucal y al responsable del niño se aplicó el instrumento ECOHIS, que consta de 13 preguntas para evaluar el impacto de los problemas bucales y tratamientos dentales sobre la calidad de vida de los niños y de sus familias. Se determinó que el Impacto de la salud oral es negativo en la calidad de vida de los niños pre-escolares evaluados que presentan Caries de Infancia Temprana, se encontró relación estadísticamente significativa ($p < 0,001$). Así mismo, según las características del niño y del responsable, no se encontró relación estadísticamente significativa ($p > 0,05$), es decir, no tiene un impacto negativo en la calidad de vida relacionada a la salud oral. La frecuencia de caries de infancia temprana fue de 80%, de traumatismos dentoalveolares 9,3% y de maloclusiones 12%. La severidad alta de Caries de Infancia Temprana obtuvo el promedio más alto en relación al ECOHIS ($17 \pm 8,93\%$), lo que indica un impacto negativo en la Calidad de Vida del niño. El trauma dentoalveolar y maloclusiones no tienen relación estadísticamente significativa en relación al Impacto de la salud oral sobre la calidad de vida de los niños pre-escolares.²¹

López R. y García C. (2013), desarrollaron un estudio tipo descriptiva y transversal titulado “Calidad de vida y problemas bucales en preescolares de la provincia de Huaura, Lima”, cuyo objetivo fue evaluar el impacto de los problemas bucales en la calidad de vida en 153 niños de 3 a 5 años de la Institución Educativa Inicial del distrito Hualmay de la provincia de Huaura, departamento de Lima en el 2011. Se les examinó la cavidad bucal y al responsable del cuidado del niño se aplicó el Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS); previamente se

realizó la validación peruana. Las preguntas mayormente respondidas del ECOHIS fueron sobre: el dolor (54,9%), dificultad para comer (49,7%) y beber (41,9%). La dimensión limitación funcional del ECOHIS presentó el promedio más alto (4,75±3,44). La severidad alta de caries de infancia temprana obtuvo el promedio más elevado en relación al ECOHIS (24,88±9,43). Se concluye que la caries de infancia temprana presentó impacto negativo en la calidad de vida relacionada a la salud bucal de los niños evaluados.²²

2.1.3 Bases teóricas de la investigación

2.1.3.1 Salud

A. Generalidades

Desde la antigüedad el ser humano ha hecho esfuerzos de diversa naturaleza por mantener su salud, por ello se ha considerado que existen personas con capacidades para restablecerla, para quienes la mayoría de las explicaciones acerca de la salud y la enfermedad, se fundamentaban en la existencia de dioses que curaban y en las virtudes mágicas de encantamientos y hechizos. A finales del siglo XIX y comienzos del XX, se empieza a observar un desplazamiento de la concepción biológica de la salud, hacia una idea de salud como un factor de desarrollo. El proceso biológico se empezó a mirar como un hecho ligado a las condiciones que rodean la vida humana, y la epidemiología se vio abocada a cambiar de la unicausalidad hacia la multicausalidad. Ya en 1946, surge la definición dada por la Organización Mundial de la Salud (OMS)²³, esta formulación fue innovadora debido a su amplitud y ambición, superando la definición negativa de salud como ausencia de enfermedades e incluyó los dominios físico, mental y social.²⁴

La idea de salud responde además a una condición histórica, pues en cada momento, determinada sociedad puede tener una

visión particular de la misma. De hecho, cada época corresponde a cierta estructura irrepetible de poder, técnicas, ideas, valores, costumbres, creencias y normas. De manera que la noción de lo que se entiende por salud es un producto o construcción social, o como diría Emile Durkheim, “un hecho social que puede ser tratado como cosa y es externo y coercitivo al individuo”.²⁵ Molina G. menciona que el concepto de “salud” tampoco es estático ni ahistórico: cambia de acuerdo con las ideas dominantes de cada sociedad.²³

B. Concepto

La salud es un “estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”, cita que procede del Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados y entró en vigor el 7 de abril de 1948, la definición no ha sido modificada desde 1948.²⁶

El Diccionario de la Lengua Española define al término “salud” como el estado en el que el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones.²⁷

Alcántara G (2000) la define como una síntesis de una multiplicidad de procesos, de lo que acontece con la biología del cuerpo, con el ambiente que nos rodea, con las relaciones sociales, con la política y la economía internacional”.²⁴

La salud es el grado en que una persona o grupo es capaz de realizar sus aspiraciones y de satisfacer sus necesidades y

enfrentarse adecuadamente al ambiente, por lo que la salud debe considerarse como un recurso más de la vida cotidiana y no como un objetivo en la vida.²⁸

La salud abarca aspectos subjetivos (bienestar físico, mental y social), objetivos (capacidad de funcionamiento) y aspectos sociales (adaptación u trabajo socialmente productivo). La salud es el logro del más alto nivel de bienestar físico, mental y social y la capacidad de funcionamiento que permitan los factores sociales en los que viven inmersos los individuos y la colectividad.²⁸

C. Importancia de la salud

La buena salud tiene un valor social y económico para los individuos, la sociedad y la economía, es un facilitador de las sociedades prósperas y florecientes que los gobiernos se esfuerzan por lograr. Pensar en el valor de la buena salud alienta a centrarse en los beneficios de crear salud y bienestar en los entornos actuales, en lugar de simplemente tratar la enfermedad en las personas. Proporciona la base para considerar los argumentos morales, sociales y económicos para invertir en acciones que crean y mantienen la salud. La fuente última de la riqueza de cualquier sociedad es su gente. Invertir en su salud es una sabia elección en el mejor momento y una necesidad urgente en el peor de los tiempos.²⁹

D. Determinantes de la salud

Son el conjunto de factores tanto personales como sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o de las poblaciones. Se pueden dividir a estos determinantes de la salud en dos grandes grupos:

- Factores que son de responsabilidad multisectorial del estado y son los determinantes: “económicos, sociales y políticos”.³⁰
- Y los de responsabilidad del sector salud, dentro del accionar del estado en beneficio de la salud de la población, en lo que se refiere a vigilancia y control en unos casos y de promoción y actuación directa en otros. Estos factores determinantes de la salud son:³⁰
 - Relacionados con los estilos de vida como, por ejemplo: hábitos personales y de grupo de la alimentación, actividad física, adicciones, conductas peligrosas o temerarias, actividad sexual, utilización de los servicios de salud, etc.³⁰
 - Factores ambientales: factores ambientales físicos, biológicos, de contaminación atmosférica, de contaminación química, tanto del suelo, agua y aire, y los factores socioculturales y psicosociales relacionados con la vida en común.³⁰
 - Factores relacionados con los aspectos genéticos y biológicos de la población.³⁰
 - Factores relacionados con la atención sanitaria: es decir la calidad, accesibilidad y financiamiento de los servicios de salud que atienden a los individuos y poblaciones.³⁰

2.1.3.2 Salud Bucal

A. Concepto

La salud oral es multifacética e incluye la capacidad de hablar, sonreír, oler, saborear, tocar, masticar, tragar y transmitir una

variedad de emociones a través de las expresiones faciales con confianza y sin dolor, incomodidad y enfermedad del complejo craneofacial. Así también se puede mencionar que la salud bucal:

- Es un componente fundamental de la salud y el bienestar físico y mental. Existe a lo largo de un continuo influenciado por los valores y actitudes de las personas y las comunidades.
- Refleja los atributos fisiológicos, sociales y psicológicos que son esenciales para la calidad de vida.
- Está influenciado por las experiencias cambiantes de la persona, las percepciones, las expectativas y la capacidad para adaptarse a las circunstancias.³¹

El posicionamiento de la salud oral como una parte integral de la salud general y el bienestar es un hito importante para la profesión de la salud oral y un recordatorio para los responsables de formular políticas, otros médicos y el público en general, de que la salud oral es una parte importante de la salud general.³¹

Se reconoce a la salud bucal como un componente importante de la salud general, que involucra complejos procesos en los cuales se conjugan aspectos biológicos, sociales, históricos, de género, tecnológicos, económicos y culturales. Así, la salud oral es fundamental para el adecuado desarrollo del individuo, como parte integral del complejo craneofacial, que participa en funciones vitales, entre ellas la alimentación, la comunicación, el afecto y la autoestima. La salud oral se ve afectada, principalmente, por patologías como la caries dental y la enfermedad periodontal que, por su alta prevalencia, son consideradas un problema de salud pública. Para su control y prevención, es importante considerar factores de riesgo biológicos

y determinantes sociales, que juegan un papel fundamental en el proceso salud - enfermedad de la cavidad oral.³²

El documento denominado “Perú: Enfermedades no transmisibles y transmisibles, 2016”, estudio realizado por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) cita que la salud bucal puede definirse como la ausencia de dolor orofacial (perteneciente a la boca y a la cara) crónico, cáncer de boca o garganta, llagas bucales, defectos congénitos como labio leporino o paladar hendido, enfermedades periodontales (de las encías), caries dental y pérdida de dientes, y otras enfermedades y trastornos que afectan a la boca y la cavidad bucal.³³

B. Salud Bucodental Infantil

La salud bucodental infantil es un objetivo de primer orden en el contexto de las políticas de salud modernas en cualquiera de los países de nuestro entorno. El enfoque preventivo y las actividades que se aplican desde los primeros años de vida son claves para el éxito de los programas de salud. Las enfermedades bucodentales constituyen un importante problema de salud pública por su alta prevalencia y fuerte impacto sobre las personas y la sociedad en términos de dolor, malestar, limitación y discapacidad social y funcional.³⁴

El cuidado de la boca y los dientes desde el nacimiento, mediante hábitos saludables de alimentación e higiene, permite la conservación de la salud oral y la prevención de las enfermedades orales más frecuentes como la caries dental y la enfermedad periodontal. La importancia de realizar actividades de promoción de la salud bucodental infantil radica tanto en la elevada frecuencia en la población infantil de las enfermedades orales

como en el gran potencial de prevención que presentan unas medidas sencillas aplicadas durante la infancia.³⁵

En Perú, el Instituto Nacional de Estadística e Informática realizó un estudio, en la cual menciona datos sobre las prácticas de salud bucal, atención en un servicio odontológico, responsables del cuidado de niñas y niños, menores de 12 años, informados sobre prácticas de salud bucal, siendo los resultados los siguientes:

- El ejercicio de prácticas adecuadas de higiene bucal es una actividad poco frecuente entre la población de 1 a 11 años de edad.³³
- A nivel nacional, solo el 24,2% de este colectivo realiza buenas prácticas de salud bucal, y fue 24,8% en el 2015. No observándose una diferencia por sexo (24,0% en niños y 24,5% en niñas) y, de mayor aplicación en el grupo de 6 a 11 años de edad (29,3%).³³
- Según área de residencia, la frecuencia de ejecución de estas buenas prácticas mostró importantes diferencias entre los menores residentes urbanos (28,9%), y rurales (18,7%); así como, según región natural, entre aquellos residentes en Lima Metropolitana (31,9%) y las demás regiones (Selva con 23,8% y Sierra con 17,8%).³³
- El ejercicio de prácticas adecuadas de higiene bucal fue mayor entre los menores ubicados en el quintil superior con 35,0%, y menor entre aquellos ubicados en el quintil inferior 18,3%.³³
- Por región, el mayor ejercicio de prácticas adecuadas de higiene bucal fue mayor en San Martín (32,6%), Provincia de

Lima (32,0%) y Provincia Constitucional del Callao (31,6%). Por el contrario, el menor ejercicio de prácticas adecuadas se encuentra en Puno (8,4%) y Huancavelica (11,4%).³³

- El 27,6% de las niñas y niños menores de 12 años recibió atención odontológica en los últimos seis meses, cifra que se ha mantenido. Por grupo de edad, el mayor porcentaje se observó entre aquellos menores de 6 a 11 años (33,1%).³³
- Entre los menores de 12 años residentes en el área urbana, el 32,0% recibió atención odontológica mientras que en el rural 22,5%. Asimismo, Lima Metropolitana muestra el mayor porcentaje (35,9%), seguido de la Sierra (30,7%). El menor porcentaje se encontró en la Selva con 19,3%.³³
- Por quintil de bienestar, se observó notables diferencias. Así, el 41,4% de los menores de 12 años del quintil superior recibió atención odontológica en los últimos seis meses, estando el menor porcentaje entre aquellos ubicados en el quintil inferior (20,8%).³³
- El porcentaje de menores de 12 años de edad que recibieron servicio odontológico fue mayor al 40,0% en las regiones de Apurímac (51,4%), Ayacucho (49,4%), Huancavelica (42,4%), Tacna (41,9%) y Región Lima (40,8%). Mientras que, en el otro extremo, los menores porcentajes se registraron en Ucayali (12,9%), Loreto (15,8%) y Piura (18,2%).³³
- En el país, el 61,4% de los responsables del cuidado de menores de 12 años, recibió información sobre prácticas de salud bucal en los últimos 12 meses. Esta situación de acceso a información se mantuvo estable respecto al 2015 (61,7%). El mayor porcentaje por sexo se encontró en las mujeres (62,0%), mientras que en los hombres fue de 50,6%. Según

grupo de edad, más del 60% de los responsables que recibieron información tienen de 15 a 49 años de edad.³³

- Según área de residencia, esta información fue recibida por el 64,7% entre aquellos del área urbana y el 55,7% del área rural. Por región natural, Lima Metropolitana mostró el más alto porcentaje (69,4%), seguida por la Sierra (64,7%). La Selva mostró el menor porcentaje con 50,7%.³³
- Se encontró diferencias importantes según nivel de educación y capacidad económica. Así, 50,8% de adultos con educación primaria o menos y 53,6% de aquellos ubicados en el quintil inferior recibieron información sobre prácticas de salud bucal, en los últimos 12 meses, frente al mayor porcentaje de adultos con educación superior (72,7%) o perteneciente al quintil superior (75,3%) que eran responsables del cuidado de las niñas y niños menores de 12 años de edad.³³
- Según región, un alto porcentaje de responsables de menores de 12 años recibieron información sobre prácticas de salud bucal. Destacan Huancavelica (84,6%), Apurímac (77,0%) y Junín (76,2%). Los niveles más bajos se encontraron en Ucayali (30,1%), Madre de Dios (39,3%) y Piura (42,3%).³³

C. Percepción de la Salud Bucal

El Diccionario de la Real Academia Española define al término “percepción” como la sensación interior que resulta de una impresión material hecha en nuestros sentidos.²⁷

La percepción que tiene el propio individuo de su estado de salud se ha propugnado como un medio diagnóstico útil en la investigación distintos estados de salud o enfermedad, tanto en la

población general como en determinadas poblaciones de riesgo. En efecto, distintos estudios basados en el uso de cuestionario auto rellenos por el paciente es un medio eficiente y aceptado para evaluar las características de una población que se usa habitualmente para estudiar enfermedades como el cáncer, enfermedades cardiovasculares, artritis reumatoide y factores de riesgo de enfermedad como la dieta, la actividad física o la hipertensión. En los cuestionarios de estos estudios se realizan preguntas sobre percepción de salud oral, historia de enfermedad periodontal y su tratamiento, gingivitis, higiene oral, etc. La introducción en los cuestionarios, además, de preguntas sobre los tradicionales factores de riesgo como edad, tabaco, diabetes, contribuye significativamente al poder predictivo de estos modelos. ³⁶

El dolor orofacial, que va desde la sensibilidad dental hasta los trastornos complejos temporomandibulares y neuropáticos, es un síntoma importante involucrado en las condiciones clínicas dentales, con una alta prevalencia en la población diversa. En las últimas décadas, los aspectos psicosociales y conductuales del dolor y su interferencia en la calidad de vida y el bienestar de las poblaciones han sido ampliamente investigados. Algunos estudios han sugerido que el dolor, ya sea agudo o crónico, puede influir en las percepciones de las personas sobre su propia salud. Esta percepción puede tener consecuencias directas en la atención médica, la decisión del paciente de buscar tratamiento y el cumplimiento por parte del paciente de los tratamientos implementados previamente. ³⁷

De acuerdo con la definición actual, la percepción de la salud es una medida basada en los informes y conocimientos individuales y se considera un indicador importante de la salud de la población y la calidad de vida. El Instrumento para la medida de las

percepciones de los individuos sobre su salud oral “Pro-Vida de Impacto en la Salud Oral (OHIP)”, desarrollado por Slade y Spencer, evalúa los impactos físicos, psicológicos y sociales generados por las molestias y discapacidades que resultan de enfermedades y trastornos dentales, este instrumento considera las prioridades y los comportamientos del individuo involucrados en la salud oral y proporciona información sobre la percepción del individuo de la salud oral. La versión completa del OHIP incluye 49 ítems y la versión corta consta de 14 ítems; en ambas versiones, los ítems se distribuyen a través de siete factores: lineamiento funcional, dolor físico, malestar psicológico, discapacidad física, discapacidad psicológica, discapacidad social y discapacidad. También se han desarrollado otros instrumentos para medir los aspectos psicosociales y conductuales del dolor, como el Inventario Breve del Dolor (BPI) y el Inventario Multidimensional del Dolor (MPI).³⁷

Artázcoz J., Martincorena F., Gallardo E., Rodríguez P. y Bravo M. efectuaron una investigación titulada “Percepción de la salud oral y hábitos orales en niños y adolescentes”, cuyo propósito fue determinar la auto-apreciación de los niveles de salud bucal y la necesidad de tratamiento, práctica higiénica oral y continuidad de visitas al odontólogo entre escolares de españoles de 6 a 14 años, el estudio reveló que la apreciación subjetiva de la salud oral es adecuada y que un tercio de los participantes requiere algún tipo de tratamiento.³⁸

D. Enfermedades Bucales e Índices Utilizados

– Caries dental

Es una enfermedad multifactorial crónica y uno de los problemas de salud bucal más importantes mundialmente en la actualidad; esta patología consiste en la destrucción

del tejido acelular dental duro debido a los subproductos ácidos de la fermentación bacteriana de la dieta (carbohidratos, esencialmente la sacarosa). Tiene una progresión lenta, creando un desequilibrio ecológico entre los minerales del diente y las biopelículas bucales, se caracteriza por la actividad microbiana, produciendo fluctuaciones del pH. ³⁹

La comunidad microbiana de la lesión cariosa es diversa, conteniendo bacterias anaerobias facultativas y anaerobios estrictas, siendo el *Streptococcus Mutans* el microorganismo iniciador de la caries de esmalte, ³⁹ otras especies como el *Lactobacilos* se han asociado con el avance de las lesiones cariosas, el *Actinomyces* asociado a las lesiones cariosas de cemento radicular. La producción de subproductos bacterianos ácidos disminuyen el pH, en esmalte 5.5 y en dentina 6.5, minerales como el fosfato y los iones hidroxilo se extraen del diente hacia el entorno oral, siendo el primer signo clínico de esta desmineralización en un ligero cambio de color en la superficie del esmalte (lesión inicial de la caries), si el pH se restaura (neutro) se da la recaptación en la estructura cristalina del esmalte, si el pH bajo dura por periodos largos, la pérdida final de mineral total es demasiado para superar mediante la remineralización y la estructura del esmalte colapsa formándose una cavidad. ⁴⁰

Un estudio reciente realizado por Matías M., Corrêa P. y Costa L., titulado “Efecto del dolor dental y las caries en la calidad de vida de los preescolares brasileños” (2018); el cual concluye que el dolor dental y las caries dentales tuvieron un fuerte impacto negativo en la vida diario de los

niños de cinco años, independientemente de sus características demográficas y socioeconómicas.⁴¹

- **Índice ceod:** es un índice similar al índice CPO-D, adoptado por Gruebbel para la dentición temporal propuesta en 1944.⁴² Se obtendrá de la división de la sumatoria de los veinte dientes deciduos (“c”- cariados, “e” - dientes con extracción indicada y “o” - obturados) y el total de individuos examinados.⁴³ Y el índice será clasificado de acuerdo con la severidad de la Caries de Infancia Temprana (CIT) en: ²⁰

- ✓ ceo-d = 0; sin caries,
- ✓ ceo-d = 1 – 5; baja gravedad
- ✓ ceo-d ≥ 6; alta gravedad

– **Traumatismos dentoalveolares**

Los traumatismos se describen un amplio espectro de lesiones que involucran: dientes, periodonto, paredes y/o proceso alveolar maxilar o mandibular, que ocasionalmente puede extenderse al cuerpo del hueso mandibular y a tejidos blandos de soporte adyacentes.⁴⁴ El trauma dental es común en el grupo de edad pediátrico, en los niños de edad preescolar, 1 de cada 6 lesiones involucra trauma dental, y q de cada 7 niños en edad escolar ha sufrido lesiones traumáticas en los dientes frontales.⁴⁵ Las lesiones dentales traumáticas (TDI) pueden provocar dolor, pérdida de la función y problemas estéticos, con secuelas físicas, emocionales y sociales para los niños y sus familias, provocando un impacto negativo en la calidad de vida relacionada con la salud oral. ⁴⁶

- **Clasificación de Andreasen:** las lesiones traumáticas se clasifican en cuatro grupos:

- **Lesiones de tejido dental duro y la pulpa**

- ✓ Infracción de la corona.
- ✓ Fractura no complicada de la corona.
- ✓ Fractura complicada de la corona.
- ✓ Fractura no complicada de la corona y de la raíz.
- ✓ Fractura complicada de la corona y de la raíz.
- ✓ Fractura radicular.⁴⁷

- **Lesiones de los tejidos periodontales**

- ✓ Concusión.
- ✓ Subluxación.
- ✓ Luxación lateral.
- ✓ Luxación intrusiva.
- ✓ Luxación extrusiva.
- ✓ Avulsión.⁴⁷

- **Lesiones de los tejidos blandos**

- ✓ Laceración de tejido gingival y/o mucosa oral.
- ✓ Contusión de tejido gingival y/o mucosa oral.
- ✓ Abrasión de tejido gingival y/o mucosa oral.⁴⁷

- **Lesiones del hueso de soporte**

- ✓ Fractura de la pared de soporte alveolar.
- ✓ Fractura del proceso alveolar.
- ✓ Fractura de la mandíbula o maxilar.⁴⁷

– Maloclusión

Es conceptualizada como una irregularidad de los dientes o una mala relación de los arcos dentales más allá del rango de lo que se acepta como normal, presentándose una oclusión estética y funcionalmente inaceptable. Los dientes en maloclusión pueden causar problemas psicosociales relacionados con la estética dentofacial alterada y trastornos de la función oral, como masticación, deglución, habla y mayor susceptibilidad al trauma y la enfermedad periodontal. Las implicaciones más importantes de la maloclusión en la vida cotidiana son los problemas psicosociales causados por la estética dentofacial perturbada.⁴⁸ La Organización Mundial de la Salud (OMS) indica que las maloclusiones ocupan el tercer lugar de prevalencia de patologías bucodental, seguido de la caries dental y de la enfermedad periodontal.⁴⁹ Las maloclusiones anteriores evaluadas fueron:

- **Mordida abierta anterior**, es definida como una alteración caracterizada porque no hay superposición vertical de incisivos (overbite), la prevalencia varía de 1.5% a 11%, la gravedad varía desde una relación casi de borde a borde hasta una mordida abierta de discapacidad severa. Pueden clasificarse en mordidas abiertas esqueléticas o mordidas abiertas dentales.⁵⁰
- **Mordida a bis a bis**, es el contacto entre los bordes incisales superior e inferiores, en dirección sagital.⁵¹
- **Entrecruzamiento horizontal (overjet) aumentado**, medida horizontal que comprende desde el borde incisal del incisivo superior a la superficie vestibular del

inferior, considerándose un overjet aumentado cuando tiene una medida mayor a 4 mm.⁵²

- **Mordida profunda anterior:** es una de las maloclusiones más comunes, en la cual los incisivos maxilares están superpuestos verticalmente por los incisivos mandibulares cuando los dientes están en oclusión céntrica.⁵³

2.1.3.3 Calidad

A. Concepto

El Diccionario de la Real Academia Española, define al término “calidad” como la propiedad o conjunto de propiedades inherentes a algo, que permiten juzgar su valor.²⁷

El término “Calidad”, según los filósofos como Juran (1951) significa “aptitud para el uso”, para Crosby (1979) significa “conformidad con los requisitos”, Pirsig (1974) señala que la “Calidad es el estímulo continuo que nuestro entorno nos proporciona para crear el mundo en que vivimos”, sin duda que en medio de una constante dinámica social como es la actual, esta definición tiene una especial pertinencia y vigencia.⁵⁴

La Asociación Americana de Calidad (ASQ) 2009, señala que es un término subjetivo, que para cada persona o cada sector tiene su propia definición. La calidad puede tener dos significados: primero, las características de un producto o servicio que tienen que ver con su capacidad de satisfacer necesidades declaradas o implícitas; y segundo, un producto o un servicio libre de deficiencias.⁵⁴

La Organización Internacional de Estandarización (ISO) , específicamente en su norma ISO 9000 describe que los fundamentos de los sistemas de gestión de la calidad y especifica la terminología para los sistemas de gestión de la calidad, que en su edición del 2005, permite derivar que un producto es de alta calidad cuando posee un conjunto de características que cumplen, en un alto grado, con las necesidades o expectativas de la organización, clientes u otras partes interesadas; la satisfacción, según ISO, depende de la percepción del cliente.⁵⁴

B. Calidad en Servicio de Salud

La calidad de los servicios de salud es el desempeño apropiado (acorde con las normas) de las intervenciones que se saben son seguras, que la sociedad en cuestión puede costear y que tiene la capacidad de producir un impacto, sobre la mortalidad, la morbilidad, la incapacidad y la desnutrición.⁵⁵

La calidad en salud, en su más amplia concepción globaliza la complejidad que caracteriza a los servicios de salud, en tanto el servicio va dirigido a garantizar la vida del ser humano; en este sentido, la Organización Mundial de la Salud (OMS) se manifiesta sobre la responsabilidad compartida que debe existir entre el estado, los prestadores del servicio con los usuarios-pacientes, definiéndola como: “el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y conocimiento del paciente y del servicio médico y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente en el proceso”.⁵⁶

La Organización Mundial de Salud (OMS), establece algunas variables que deben poseer los servicios de salud:

- Un alto nivel de excelencia profesional.
- Uso eficiente de los recursos
- Un mínimo de riesgo para el paciente.
- Un alto grado de satisfacción por el paciente.
- Un impacto final en la salud.⁵⁵

2.1.3.4 Calidad de Vida

A. Concepto

Definida como "la percepción del individuo sobre su posición en la vida, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los cuales este vive, y con relación a sus objetivos, expectativas, padrones y preocupaciones". El concepto de calidad de vida, además de comprender una representación subjetiva de la sensación de bienestar, es multidimensional e incluye tanto dimensiones positivas como negativas.⁵⁷

Úrzua A. y Caqueo A. realizaron una revisión teórica de la calidad de vida, en la cual describe definiciones de distintos autores para el concepto de calidad de vida:

- **Hornquist (1982):** Define en términos de satisfacción de necesidades en las esferas física, psicológica, social, de actividades, material y estructural.
- **Ferrans (1990):** Calidad de vida general definida como el bienestar personal derivado de la satisfacción o insatisfacción con áreas que son importantes para él o ella.
- **Lawton (2001):** Evaluación multidimensional, de acuerdo con criterios intrapersonales y socio-normativos, del sistema personal y ambiental de un individuo.

- **Martin y Stockler (1998):** Tamaño de la brecha entre las expectativas individuales y la realidad a menor intervalo, mejor calidad de vida.⁵⁸

Desde la segunda mitad del siglo XX hasta nuestros días, el concepto “Calidad de Vida” (CV) ha pasado de ser un constructo filosófico y/o sociológico, a definirse y concretarse en las prácticas profesionales de los servicios sociales, la salud y la educación, adquiriendo un rol fundamental en los avances producidos en las ciencias sociales.⁵⁹

La calidad de vida es un concepto multidimensional e incluye aspectos del bienestar (well being) y de las políticas sociales: materiales y no materiales, objetivos y subjetivos, individuales y colectivos.⁶⁰

B. Características

Las características de la calidad de vida son:

- **Es un concepto subjetivo:** cada ser humano tiene su concepto propio sobre la vida y sobre la calidad de vida, la felicidad.
- **Es un concepto universal:** Las dimensiones de la calidad de vida son valores comunes en las diversas culturas.
- **Es un concepto holístico:** la calidad de vida incluye todos los aspectos de la vida, repartidos en las tres dimensiones de la calidad de vida, según explica el modelo biopsicosocial. El ser humano es un todo.

- **Concepto dinámico:** dentro de cada persona, la calidad de vida cambia en periodos cortos de tiempo: unas veces somos más felices y otras menos.
- **Interdependencia:** los aspectos o dimensiones de la vida están interrelacionados, de tal manera que cuando una persona se encuentra mal físicamente o está enferma, le repercute en los aspectos afectivos o psicológicos y sociales.^{21,61}

C. Dimensiones

La calidad de vida cuando tiene componentes subjetivos y objetivos que se pueden medir. El modelo de Calidad de Vida, de Schalock y Verdugo (2002), define la calidad de vida como “un concepto que refleja las condiciones de vida deseadas por una persona en relación con ocho necesidades fundamentales que representan el núcleo de las dimensiones de calidad de vida de cada uno:

- **Bienestar emocional:** Hace referencia a sentirse tranquilo, seguro, sin agobios, no estar nervioso. Se evalúa mediante los siguientes indicadores: Satisfacción, auto-concepto y ausencia de estrés o sentimientos negativos.
- **Relaciones Interpersonales:** Relacionarse con distintas personas, tener amigos y llevarse bien con la gente (vecinos, compañeros, etc.). Se mide con los siguientes indicadores: Relaciones sociales, Tener amigos claramente identificados, Relaciones familiares, Contactos

sociales positivos y gratificantes, Relaciones de Pareja y Sexualidad.

- **Bienestar material:** Tener suficiente dinero para comprar lo que se necesita y se desea tener, tener una vivienda y lugar de trabajo adecuados. Los indicadores evaluados son: vivienda, lugar de trabajo, salario posesiones, ahorros.
- **Desarrollo Personal:** Se refiere a la posibilidad de aprender distintas cosas, tener conocimientos y realizarse personalmente. Se mide con los indicadores: limitaciones/capacidades, acceso a nuevas tecnologías, oportunidades de aprendizaje, habilidades relacionadas con el trabajo y habilidades funcionales.
- **Bienestar físico:** Tener buena salud, sentirse en buena forma física, tener hábitos de alimentación saludables. Incluye indicadores: atención sanitaria, sueño, salud y sus alteraciones, actividades de la vida diaria, acceso a ayudas técnicas y alimentación.
- **Autodeterminación:** decidir por sí mismo y tener oportunidad de elegir las cosas que quiere, como quiere que sea su vida, su trabajo, su tiempo libre, el lugar donde vive, las personas con las que está. Los indicadores con los que se evalúa son: metas y preferencias personales, decisiones, autonomía y elecciones.
- **Inclusión Social:** Ir a lugares de la calidad o del barrio donde van otras personas y participar en sus actividades como uno más. Sentirse miembro de la sociedad, sentirse integrado, contar con el apoyo de otras personas. Evaluado

por los indicadores: integración, participación, accesibilidad y apoyos.

- **Derechos:** Ser considerado igual que el resto de la gente, que le traten igual, que respeten su forma de ser, opiniones deseos, intimidad, derechos. Los indicadores utilizados para evaluar esta dimensión son: intimidad, respeto, conocimiento y ejercicio de derechos.^{62,63}

Este modelo se operativiza a través de tres elementos que se relacionan entre sí, las dimensiones, los indicadores que se establecen en las mismas, y los resultados personales mejor valorados y más significativos para cada individuo.⁶³

2.1.3.5 Calidad de vida relacionada con la salud

A. Concepto

La calidad de vida relacionada con la salud (Health related quality of life, CVRS), estudia el impacto de la enfermedad y sus tratamientos sobre el bienestar del paciente incorporando, más allá de las mediciones clínicas, la perspectiva del propio paciente. La calidad de vida relacionada con la salud es un concepto multidimensional (para incorporar los diversos aspectos del bienestar), auto-percibido (para recoger el punto de vista del paciente), y dinámico (cambia a lo largo del tiempo, pero también en función del entorno). La calidad de vida relacionada con la salud representa la perspectiva del propio paciente, cabe mencionar que las medidas de su percepción subjetiva no implican falta de reproductibilidad, que en general resulta similar a la de las medidas facilitadas por instrumentos objetivos.⁶⁴

La utilidad en la medicina del concepto Calidad de Vida se ha señalado como relevante por diversos investigadores para:

- La planificación de la atención a la salud con base en las necesidades de una población.
- La evaluación de resultados en ensayos clínicos y en la investigación sobre los servicios de salud y
- Para elegir las mejores decisiones en cuanto a la distribución de recursos.⁶⁵

B. Dimensiones de la Calidad de Vida con relación a la Salud

Se puede describir a las siguientes dimensiones:

- **Función física:** Resulta la dimensión más cerca de las medidas clínicas tradicionalmente usadas en medicina; se refiere a la energía, fuerza, capacidad para ejercer una actividad normal, esta dimensión contempla dos dominios:
 - La capacidad para actividades de la vida diaria, como las restricciones del movimiento corporal, las limitaciones en la movilidad o la interferencia con las actividades de autocuidado.
 - La capacidad para el esfuerzo, la energía o la actividad positiva, que se refiere a la ejecución de actividades vigorosas o la realización de esfuerzos sin manifestar excesiva fatiga.
- **Función psicológica:** Se refiere a indicadores cognitivos y afectivos. Los cognitivos se dirigen a aspectos relacionados con el pensamiento, la atención, la

confusión o el deterioro para pensar y concentrarse. Para el indicador afectivo se emplea dominios del bienestar subjetivo, como felicidad, satisfacción con la vida y afecto positivo.

- **Interacción y función social:** Se refiere a la capacidad para llevar a cabo las interacciones personales que forman el núcleo de la vida social y que están tradicionalmente estructuradas en forma jerárquica: familia, amigos, compañeros y comunidad. Proporciona un importante apoyo psicosocial al individuo y al influir en el restablecimiento de la enfermedad y la supervivencia.

- **Sensaciones somáticas, limitaciones y alteraciones:** Esta dimensión reúne las características de orden fisiológico derivadas de la enfermedad y/o tratamiento. Se consideran los síntomas o las molestias referidas por el paciente, las sensaciones displacenteras como el dolor, náuseas y disnea. Resulta el dominio de carácter más objetivo y estas sensaciones suelen ser fundamentales en los instrumentos de calidad de vida diseñados para enfermedades específicas.⁶⁴

- **Percepciones de salud:** Basadas fundamentalmente en auto-percepciones generales de salud, incluyen las evaluaciones que el individuo hace de los efectos que tiene su salud sobre otros aspectos de la vida. Esta también puede ser un indicador de los cuidados médicos y usarse como predictor de la mortalidad, incluye también la “satisfacción con la salud” derivada de las actividades, las relaciones y los estados de ánimo respecto a los profesionales al tratamiento prescrito y a la aceptación de su enfermedad.⁶⁴

2.1.3.6 Calidad de vida relacionada a la salud bucal

A. Generalidades

La salud bucal forma parte de la salud general y es esencial para la Calidad de Vida (CV). Todos los individuos deben disponer de una condición de salud bucal que les permita hablar, masticar, reconocer el sabor de los alimentos, sonreír, vivir libres de dolor e incomodidad y relacionarse con otras personas sin apremio, por ello diversos investigadores emplean instrumentos para determinar la calidad de vida relacionada a la salud bucal, que en inglés es descrito como COHRQoL- Child Oral Health Related Quality of Life.⁵⁷

Los problemas de salud oral más prevalentes, caries dental y enfermedad periodontal, tienen consecuencias no solo físicas, son también económicas, sociales y psicológicas, es decir afectan la calidad de vida de los pacientes en gran medida. Las consecuencias de las enfermedades orales, repercuten en la calidad de vida, entendidas por los impactos intermedios o negativos como: dolor, incomodidad, limitación funcional e insatisfacción con la apariencia, y por los impactos finales: que afectan el desarrollo de las actividades diarias de las personas, para las que se requiere adecuado rendimiento físico, psicológico y social, se hace necesario la medición de cuánto está siendo afectada la calidad de vida, calidad de vida relacionada a la salud bucal (CVRSB), mediante indicadores que tengan en cuenta la opinión (percepción) de las personas, es decir, la forma en que percibe su estado de salud-enfermedad.⁶⁶

La enfermedad dental y la experiencia de tratamiento pueden afectar negativamente la calidad de vida relacionada con la salud oral (OHRQL) de los niños en edad preescolar y sus cuidadores.⁶⁷

En el Perú, la alta prevalencia de enfermedades de la cavidad bucal constituye uno de los 12 principales problemas sanitarios del país. Según el Estudio Epidemiológico realizado a nivel nacional los años 2001-2002, la prevalencia de caries dental es de 90,4%; además en lo que se refiere a caries dental el índice de dientes cariados, perdidos y obturados (CPOD), a los 12 años de edad es de aproximadamente seis; por lo que el Perú es un país en estado de emergencia, según la Organización Panamericana de la Salud.³³

B. Indicadores empleados para la medición CVRSB en niños

Se han desarrollado varias medidas de calidad de vida relacionada con la salud bucal para niños ⁶⁸, los instrumentos utilizados para medir CVRSB generalmente son construidos bajo la forma de cuestionarios compuestos por preguntas que intentan medir, por medio de respuestas organizadas bajo la forma de escalas numéricas, cuanto los aspectos de la vida de las personas, en los dominios de síntomas orales, limitaciones funcionales, bienestar emocional y social, actividades diarias, condiciones psicológicas, entre otros, son afectados por las condiciones de salud.⁵⁷

Los más utilizados son el Cuestionario de Percepciones Infantiles (CPQ), los Impactos Orales Infantiles en el Rendimiento Diario (C-OIDP) y el Perfil de Impacto en la Salud Bucal Infantil (COHIP). El objetivo de este estudio fue evaluar la calidad metodológica del desarrollo y las pruebas de estas tres medidas.⁶⁸

Se puede mencionar a los siguientes instrumentos para medir la calidad de vida relacionada a la salud bucal en niños:

- **Family Impact Scale (FIS):** Se realiza entrevista a padres de niños entre 2 a 14 años de edad.
- **Perceptions Questionnaire (P-CPQ):** Se realiza entrevista a padres de niños entre 6 a 14 años de edad.
- **Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS):** Se realiza entrevista a padres de niños entre 2 a 5 años de edad.
- **Child Perceptions Questionnaire (CPQ 6-7):** Se realiza entrevista a niños entre 6 y 7 años.
- **Child Perceptions Questionnaire (CPQ 8-10):** Se realiza entrevista a niños entre 8 y 10 años.
- **Short Child Perceptions Questionnaire (CPQ 11-14):** Se realiza entrevista a niños entre 11 y 14 años.
- **Schild Oral Impacts on Daily Performances Index (Child OIDP):** Se realiza entrevista a niños entre 11 y 14 años.
- **Scale of Oral Health Outcomes for 5 years old children (SOHO-5):** Se realiza entrevista a niños menores de 5 años.^{21,57,69}

2.1.3.7 Escala de Impacto en la Salud Bucal en la Primera Infancia (Early Childhood Oral Health Impact Scale – ECOHIS)

Se considera como primera infancia, desde la concepción hasta los 5 años, 11 meses y 29 días de edad⁷⁰, se ha identificado como el momento vital más importante por sus efectos a lo largo de la vida, donde los menores y las menores son sujetos de su propio

desarrollo, acompañados siempre activa, afectuosa y respetuosamente por los individuos adultos, en aras de lograr un adecuado desarrollo de algunos elementos de la personalidad como la confianza, la curiosidad, la socialización y la autonomía.⁷¹

La primera infancia es una etapa crucial en el desarrollo vital del ser humano, en esta se asientan todos los cimientos para los aprendizajes posteriores, dado que el crecimiento y desarrollo cerebral, resultantes de la sinergia entre un código genético y las experiencias de interacción con el ambiente, van a permitir un incomparable aprendizaje y el desarrollo de habilidades sociales, emocionales, cognitivas, senso-perceptivas y motoras, que serán la base de toda una vida. En esta etapa, el cerebro experimenta cambios fenomenales: crece, se desarrolla y pasa por periodos sensibles para algunos aprendizajes, por lo que requiere de un entorno con experiencias significativas, estímulos multi-sensoriales, recursos físicos adecuados; pero, principalmente, necesita de un entorno potenciado por el cuidado, la responsabilidad y el afecto de un adulto comprometido.⁷²

2.1.3.8 Primera Infancia

Se considera como primera infancia, desde la concepción hasta los 5 años, 11 meses y 29 días de edad ⁵⁵, se ha identificado como el momento vital más importante por sus efectos a lo largo de la vida, donde los menores y las menores son sujetos de su propio desarrollo, acompañados siempre activa, afectuosa y respetuosamente por los individuos adultos, en aras de lograr un adecuado desarrollo de algunos elementos de la personalidad como la confianza, la curiosidad, la socialización y la autonomía.⁷¹

La primera infancia es una etapa crucial en el desarrollo vital del ser humano, en esta se asientan todos los cimientos para los

aprendizajes posteriores, dado que el crecimiento y desarrollo cerebral, resultantes de la sinergia entre un código genético y las experiencias de interacción con el ambiente, van a permitir un incomparable aprendizaje y el desarrollo de habilidades sociales, emocionales, cognitivas, senso-perceptivas y motoras, que serán la base de toda una vida. En esta etapa, el cerebro experimenta cambios fenomenales: crece, se desarrolla y pasa por periodos sensibles para algunos aprendizajes, por lo que requiere de un entorno con experiencias significativas, estímulos multisensoriales, recursos físicos adecuados; pero, principalmente, necesita de un entorno potenciado por el cuidado, la responsabilidad y el afecto de un adulto comprometido.⁷²

2.1.4 Marco conceptual

- **Impacto**

Impresión o efecto muy intensos dejados en alguien o en algo por cualquier acción o suceso.

- **Salud**

La salud es un “estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”, cita que procede del Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud.²⁶ El Diccionario de la Lengua Española define al término “salud” como el estado en el que el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones.²⁷ La salud es el grado en que una persona o grupo es capaz de realizar sus aspiraciones y de satisfacer sus necesidades y enfrentarse adecuadamente al ambiente, por lo que la salud debe considerarse como un recurso más de la vida cotidiana y no como un objetivo en la vida.²⁸

- **Salud bucal**

La salud bucal es multifacética e incluye la capacidad de hablar, sonreír oler, saborear, tocar, masticar, tragar y transmitir una variedad de emociones a través de las expresiones faciales con confianza y sin dolor, incomodidad y enfermedad del complejo craneofacial.³⁰

- **Salud bucal infantil**

El cuidado de la boca y de los dientes desde el nacimiento, mediante hábitos saludables de alimentación e higiene, permite la conservación de la salud oral y la prevención de las enfermedades orales más frecuentes como la caries dental y la enfermedad periodontal. La importancia de realizar actividades de promoción de la salud infantil radica tanto en la elevada frecuencia en la población infantil de las enfermedades orales como en el gran potencial de prevención que presentan unas medidas sencillas aplicadas durante la infancia.³⁵

- **Calidad**

El Diccionario de la Real Academia Española, define al término “calidad” como la propiedad o conjunto de propiedades inherentes a algo, que permiten juzgar su valor.²⁷ La Asociación Americana de Calidad (ASQ) 2009, señala que es un término subjetivo, que para cada persona o cada sector tiene su propia definición. La calidad puede tener dos significados: primero, las características de un producto o servicio que tienen que ver con su capacidad de satisfacer necesidades declaradas o implicadas; y segundo, un producto o un servicio libre de deficiencias.³⁹

- **Calidad en Servicios de Salud**

La calidad de los servicios de salud es el desempeño apropiado (acorde con las normas) de las intervenciones que se saben son seguras, que la sociedad en cuestión puede costear y que tiene la capacidad de producir un impacto, sobre la mortalidad, la morbilidad, la incapacidad y la desnutrición.⁴⁰

- **Calidad de vida**

Definida como “la preparación del individuo sobre su posición en la vida, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los cuales este vive, y con relación a sus objetivos, expectativas, padrones y preocupaciones”. El concepto de calidad de vida, además de comprender una representación subjetiva de la sensación de bienestar, es multidimensional e incluye tanto dimensiones positivas como negativas.⁴²

- **Calidad de vida relacionada a la salud bucal**

La salud bucal forma parte de la salud general y es esencial para la Calidad de Vida (CV). Todos los individuos deben disponer de una condición de salud bucal que les permita hablar, masticar, reconocer el sabor de los alimentos, sonreír, vivir libres de dolor e incomodidad y relacionarse con otras personas sin apremio.⁴²

- **Primera infancia**

Periodo desde la concepción hasta los 5 años, 11 meses y 29 días de edad⁵⁵, momento vital más importante por sus efectos a lo largo de la vida, donde los menores y las menores son sujetos de su propio desarrollo, acompañados siempre activa, afectuosa y respetuosamente por los individuos adultos, en aras de lograr un adecuado desarrollo de algunos elementos de la personalidad como la confianza, la curiosidad, la socialización y la autonomía.⁵⁶

2.2 Hipótesis

Las enfermedades bucodentarias tendrán un impacto negativo en la calidad de vida de los niños de 3 a 5 años evaluados en el estudio.

2.3 Variables

2.3.1 Tipo de variables

- **Variable Independiente**

Salud bucal

- **Variable Dependiente**

Calidad de vida

2.3.2 Indicadores

Los indicadores que se utilizaron referente a las variables independientes son las condiciones bucales en que se encuentran las piezas dentarias de los niños, correspondientes a las dimensiones que se planteó en el estudio:

- Condición bucal de la caries dental de infancia temprana:
 - Sanos
 - Severidad baja
 - Severidad alta
- Condición bucal de los traumatismos dentoalveolares
 - Ausencia
 - Presencia
- Condición bucal de maloclusiones anteriores:
 - Ausencia
 - Presencia

Los indicadores que se emplearán referente a la variable dependiente serán las preguntas que se observan en el cuestionario, que corresponda a las dimensiones que se plantean en el estudio:

- **Dimensión impacto en el niño**

Preguntas de la N°01 a la N°09

- **Dimensión impacto en la familia**

Preguntas de la N°10 a la N°13

2.3.3 Operacionalización de las variables

Variable	Definición conceptual	Dimensión	Indicadores	Tipo	Escala	Valor
Independiente e Salud bucal	Es un componente fundamental de la salud y el bienestar físico y mental	<ul style="list-style-type: none"> - Caries dental de infancia temprana. - Traumatismo Dentoalveolar. - Maloclusiones anteriores 	<ul style="list-style-type: none"> - Índice ceo-d. - Clasificación de Andreasen - Mordidas abiertas anterior. - Overjet >3mm - Mordid profunda anterior - Mordida bis a bis. 	Cuantitativo	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> - 0 = sin caries ceo-d - 1-5: Baja gravedad - ceo-d ≥ 6: Alta gravedad - Ausencia=0 - Presencia=1 - Ausencia=0 - Presencia=1
Dependiente Calidad de vida	Percepción del individuo sobre su posición en la vida, en sensación de bienestar	<ul style="list-style-type: none"> - Impacto en el niño - Impacto en la familia 	<ul style="list-style-type: none"> - Cuestionario - Preguntas del N°01 al N°09 - Preguntas del N°10 al N°13 	Cualitativo	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> Nunca = 0 Casi nunca=1 Ocasionalmente=2 Muy a menudo= 3 No sabe=4

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1 Método de la investigación

El método utilizado en el estudio fue descriptivo, porque consiste en describir, analizar e interpretar sistemáticamente un conjunto de hechos o fenómenos y sus variables que les caracterizan de manera tal como se dan en el presente.

3.2 Tipo y nivel de investigación

3.2.1 Tipo de investigación

- Es no experimental – tipo descriptivo, ya que se describió la distribución de las variables.
- Es correlacional, ya que se relacionó las variables.
- Es transversal, ya que se desarrolló en un determinado momento por única vez.
- Es prospectivo, por su desarrollo que fue en el tiempo presente.
- Es observacional, ya que no se manipulan las variables.

3.2.2 Nivel de investigación

Es una investigación descriptiva, porque se indagó y presentó la situación del estado o momento actual del fenómeno.

3.3 Diseño de la investigación

Porque no hubo intervención por parte del investigador sobre el desarrollo de los fenómenos, el presente estudio tuvo un diseño no experimental.

3.4 Población del estudio

La población para tomar en cuenta en el presente estudio estuvo constituida por 107 niños que estudiaron en la I.E. 2020 Señor de los Milagros San Martín de Porres en el primer semestre del año 2019.

3.5 Muestra

El muestreo que se utilizó en el estudio fue no aleatorio por conveniencia y la muestra estuvo constituida por 102 niños de 3 a 5 años que estudiaron en la I.E. 2020 Señor de los Milagros en el distrito de San Martín de Porres en el primer semestre del año 2019, que cumplieron con los criterios de selección que se describirán a continuación:

3.5.1 Criterios de inclusión.

- Pacientes niños de 3 a 5 años de edad.
- Pacientes niños que asistan a la I.E. 2020 Señor de los Milagros en San Martín de Porres.
- Niños cuyos padres acepten que sus hijos participen en el estudio firmando el consentimiento informado.

3.5.2 Criterios de exclusión.

- Pacientes menores de 3 años y mayores de 5 años de edad.
- Niños cuyos padres se nieguen a participar en el estudio.

3.6 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.6.1 Técnica de Recolección de Datos

Se presentó el proyecto de investigación a la Dirección del Instituto de Investigación de la Universidad Privada de Huancayo “Franklin Roosevelt”, para después de la respectiva revisión emitan la autorización correspondiente para desarrollar el proyecto. Luego de la autorización se presentó el proyecto a la directora de la I.E 2020 Señor de los Milagros, para que tenga que autorizar la ejecución del estudio en la Institución Educativa 2020 Señor de los Milagros en el distrito de San Martín de Porres, Lima.

Las técnicas de recolección de datos utilizadas en este estudio fueron: la observación y la encuesta. Para realizar la recolección de datos, se llevó a cabo en la I.E. 2020 Señor de los Milagros, un examen clínico de la cavidad bucal del niño con el instrumental adecuado para determinar caries dental de infancia temprana empleando el índice ceo-d; además, identificar traumatismos dentoalveolares, empleando la clasificación de Andreasen y Andreasen; y finalmente observar las maloclusiones anteriores (mordida abierta anterior, mordida profunda anterior, mordida cruzada anterior y mordida bis a bis). Con los datos obtenidos se determinó la salud bucal del niño.

Luego, se tomó una encuesta al padre/a o apoderado del niño, previamente se les hizo una explicación clara y minuciosa del propósito del estudio y los beneficios que obtendrán su menor hijo, después de tener los resultados, luego de absolver todas las interrogantes que terminaran y luego de ser absueltas por el investigador, se le hizo entrega del consentimiento informado para su respectiva lectura y si estuvieron de acuerdo con participar en el estudio estamparon su firma respectiva. Luego se les entregó un cuestionario (ECOHIS) que consistió en 13 preguntas respecto a la calidad de vida de su niño, referidas a las dimensiones que se plantea en el estudio.

La referida encuesta fue anónima, se tuvo cuidado que no tenga ninguna información que identifique al encuestado, cumpliendo con el Consejo de Organizaciones Internacionales de Ciencias Médicas (CIOMS), la cual fue entregada para que dieran su respuesta correspondiente sobre el impacto que tienen sobre la calidad de vida de su menor hijo.

3.6.2 Instrumento de recolección de datos

Para realizar el estudio se utilizó un cuestionario para evaluar la calidad de vida relacionado a la salud bucal (CVRSB), denominada Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS), elaborado por Pahel y Cols., en el año 2006, utilizado en investigaciones, el cual consto de 13 preguntas diseñadas para evaluar el impacto de los problemas relacionados con las experiencias de tratamientos bucales en la calidad de vida de niños de 3 a 5 años de edad y de su familia. También se ha utilizado el instrumento en varias investigaciones a nivel internacional y nacional, entre las que destaca el estudio titulado: “Calidad de vida y problemas bucales en preescolares de la provincia de Huara, Lima, siendo la autora la Dra. Roxana Patricia López Ramos y Dra. Carmen Rosa García Rupaya de la Universidad Cayetano Heredia, Lima el año 2013. Por tal motivo la referida encuesta no será validada por Juicios de Expertos.

Cuadro N°01

Distribución de las preguntas del cuestionario en las dos dimensiones sobre el impacto de la calidad de vida del niño

Dimensiones	Preguntas
Impacto en el niño	01-02-03-04-05-06-07-08-09
Impacto en la familia	10-11-12-13

Fuente: Elaboración propia.

Preguntas que figuran en el cuestionario:

01. Dolor en los dientes, boca o mandíbula.
02. Dificultades para tomar bebidas calientes o frías.
03. Dificultades para comer algunos alimentos.
04. Dificultades para pronunciar algunas palabras.
05. Pérdida de días de asistencia a su actividad preescolar, guardería o escuela.
06. Problemas para dormir.
07. Ha estado enojado o frustrado.
08. Ha evitado sonreír.
09. Ha evitado hablar.
10. Usted u otro miembro de la familia ha estado preocupado.
11. Usted u otro miembro de la familia se ha sentido culpable.
12. Usted u otro miembro de la familia ha ocupado tiempo .
13. Han tenido un impacto económico en su familia.

Determinación de la escala de medición de las preguntas

En el instrumento utilizado en el presente estudio, la escala de medición constató con seis alternativas las cuales se dividieron en: nunca, casi nunca, ocasionalmente, A menudo, muy a menudo, no sabe, que fueron constatadas de acuerdo con la pregunta se le asignó una puntuación a las respuestas de cada encuestado a todas las preguntas, que va a generar una puntuación total que se entendió como representativa de su posición.

Cuadro N°02

Distribución de alternativas en la escala de medición

Respuestas				
Nunca	Casi nunca	Ocasionalmente	A menudo	Muy a menudo
0	1	2	3	4

Fuente: Elaboración propia.

Luego se determinó el resultado del cuestionario utilizando un método simple de conteo, para dar con el total que varía de 0 a 52, un dónde las puntuaciones altas indican un impacto negativo o muchos problemas en la calidad de vida relacionado a la salud bucal.

Cuadro N°03

Escala de medición sobre el impacto de la salud bucal en relación de la calidad de vida del niño de 3 a 5 años

Impacto de la salud bucal con relación a la calidad de vida	Escala de medición
Positivo	0 - 26
Negativo	27 - 52

Fuente: Elaboración propia.

Luego para determinar la salud bucal del niño de 3 a 5 años se usó:

El índice de caries dental de infancia temprana (CIT), mediante el Índice ceo-d, considerando los dientes cariados, obturados y extraídos y clasificado de acuerdo con la severidad del CIT basados en los valores previamente descritos por Hallet y Cols., divide determine: 0=sin caries, ceo-d 1-5 baja gravedad y ceo-d ≥ 6 alta gravedad.

Cuadro N°04

Caries dental de infancia temprana (Índice ceo-d en niños de 3 a 5 años)

Puntaje ceo-d	Severidad
0	Sanos
1-5	Severidad Baja
≥ 6	Severidad Alta

Fuente: Elaboración propia.

Para evaluar los traumatismos dentoalveolares fueron evaluadas de acuerdo con la Clasificación de Andreasen y Andreasen, elaborado el año 1994, el cual está basado en el sistema que adopta la Organización Mundial de la Salud, el cual lo categoriza en Ausencia y Presencia de traumatismos.

Para realizar las maloclusiones se tomará en cuenta el sector anterior, en el examen clínico se evaluará si el niño presente una maloclusión anterior: mordida abierta anterior, entrecruzamiento horizontal (overjet > 3 mm), mordida profunda anterior, mordida cruzada anterior, mordida bis a bis, las medidas serán realizados con una sonda periodontal según los criterios de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y fueron categorizadas en Presencia o Ausencia de maloclusiones

3.7 Técnicas de procesamiento de la investigación

Una vez obtenido los resultados de las encuestas a los padres o tutores, se hizo la recolección respectiva, ordenándolos y mencionándolos, para ser elaborada una base de datos que fue elaborado utilizando una laptop marca Lenovo Ideapad 510S, modelo Name 80tk, utilizando el programa Microsoft Excel 2010.

En el procesamiento de datos se utilizó una estadística descriptiva del objetivo general y específicos que plantean en el estudio. Luego una estadística inferencial de los datos obtenidos en la ejecución del estudio que se procesaron mediante el programa estadístico SPSS versión 21 y luego se presentaron de manera organizada mediante tablas y gráficos correspondientes a cada uno de los indicadores elaborados en la correspondencia en los objetivos.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

En la presente investigación el objetivo fue determinar el impacto de la salud bucal con relación a la calidad de vida en niños de 3 a 5 años de la I.E. 2020 Señor de los Milagros, San Martín de Porres, año 2019, la muestra que se utilizó fue de 102 niños que recibieron tratamiento odontológico en el citado Instituto educativo en el primer semestre del año 2019. En el procesamiento de datos se utilizó una estadística descriptiva para las dimensiones que se propone en el estudio y una estadística inferencial, para procesar los datos que se obtuvieron en la ejecución del estudio, que luego se muestran en tablas y gráficos.

Tabla N°01

Distribución basada en las edades de los niños

	Frecuencia	Porcentaje
3 años	45	44.1%
4 años	25	24.5%
5 años	32	31.4%

En la Tabla N°01, se aprecia que los niños de 3 años representan el 44.1% (N°=45), de 4 años representan el 24.5% (N°=25) y de 5 años representan el 31.4% (N°=32).

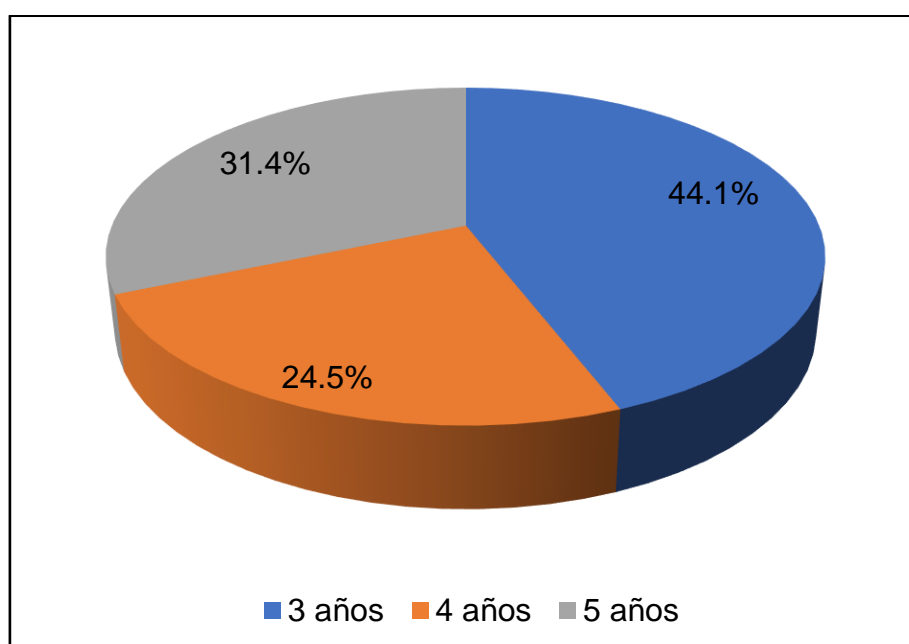


Gráfico N°01

Distribución basada en las edades de los niños

Tabla N°02
Distribución según el sexo de los niños

	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	55	53.9%
Femenino	47	46.1%

En la Tabla N°02, se observa que los niños de sexo Masculino representan el 53.9% (N°=55) y de sexo Femenino representan el 46.1% (N°=47).

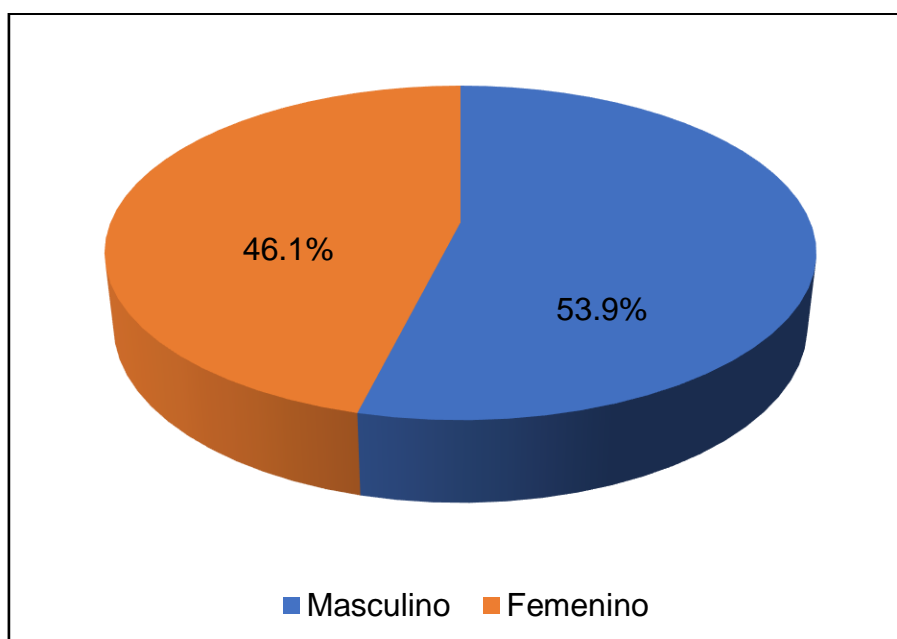


Gráfico N°02
Distribución según el sexo de los niños

Tabla N°03
Distribución según edad del responsable

	Frecuencia	Porcentaje
15 a 30 años	52	51%
31 a 46 años	42	41.2%
47 a más años	8	7.8%

En la Tabla N°03, se aprecia que los acompañantes de 15 a 30 años representan el 51% (N°=52), de 31 a 46 años representan el 41.2% (N°=42) y de 47 a más años representan el 7.8% (N°=8).

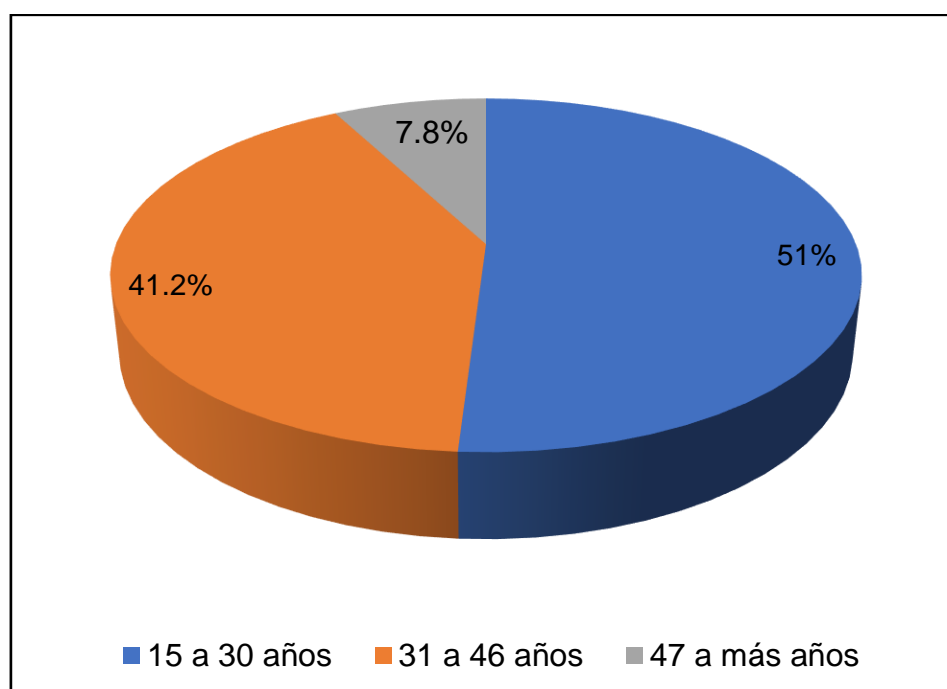


Gráfico N°03
Distribución según edad del responsable

Tabla N°04
Distribución según sexo del responsable

	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	16	15.7%
Femenino	86	84.3%

En la Tabla N°04, se observa que los responsables de sexo Masculino representan el 15.7% (N°=16) y de sexo Femenino representan el 84.3% (N°=86).

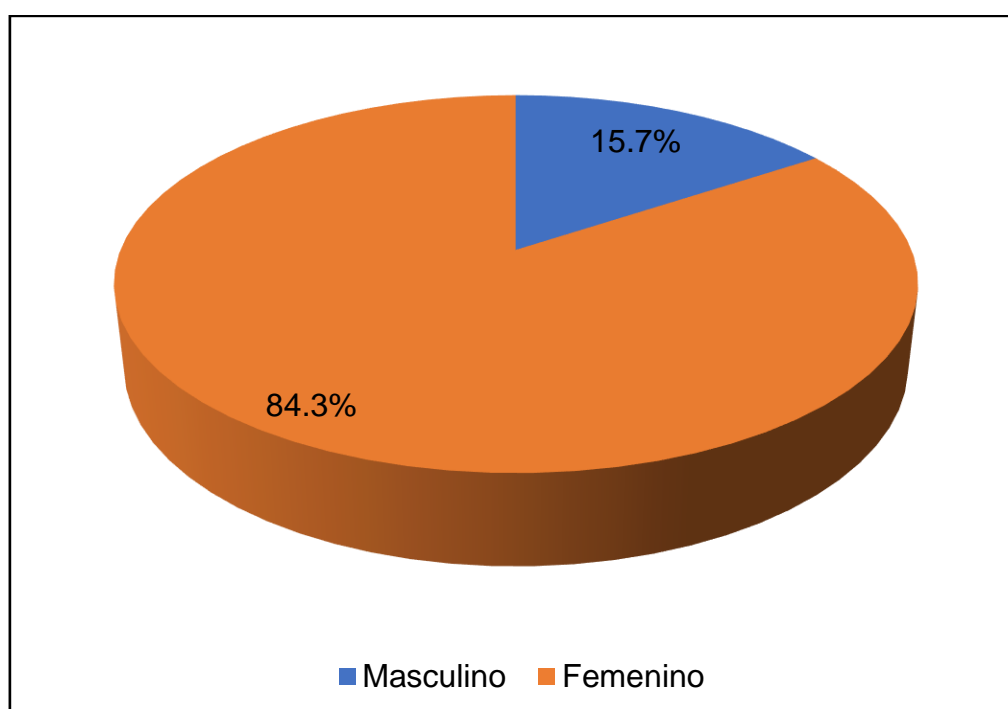


Gráfico N°04
Distribución según sexo del responsable

Tabla N°05

Distribución según grado de instrucción del responsable

	Frecuencia	Porcentaje
Iletrado	7	6.9%
Primaria	14	13.7%
Secundaria	53	52%
Superior	28	27.5%

En la Tabla N°05, se aprecia que las personas iletradas representan el 6.9% (N°=7), con instrucción Primaria representan el 13.7% (N°=14), con instrucción Secundaria representan el 52% (N°=53) y con instrucción Superior representan el 27.5% (N°=28).

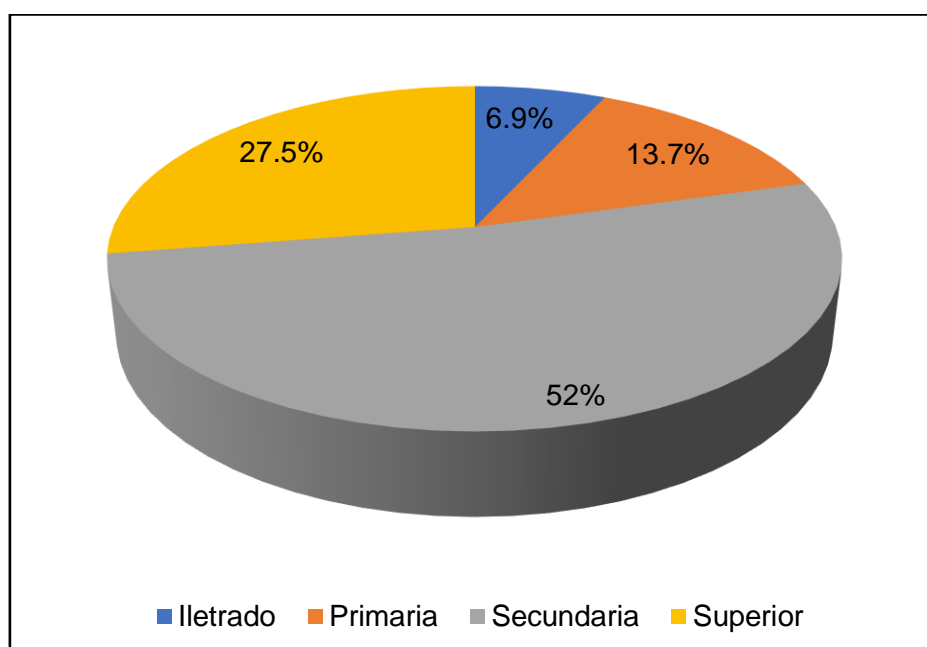


Gráfico N°05

Distribución según grado de instrucción del responsable

Tabla N°06
Distribución según parentesco con el menor

	Frecuencia	Porcentaje
Madre	82	80.4%
Padre	14	13.7%
Otros	6	5.9%

En la Tabla N°06, se observa que las Madres representan el 80.4% (N°=82), los Padres representan el 13.7% (N°=14) y Otros representan el 5.9% (N°=6).

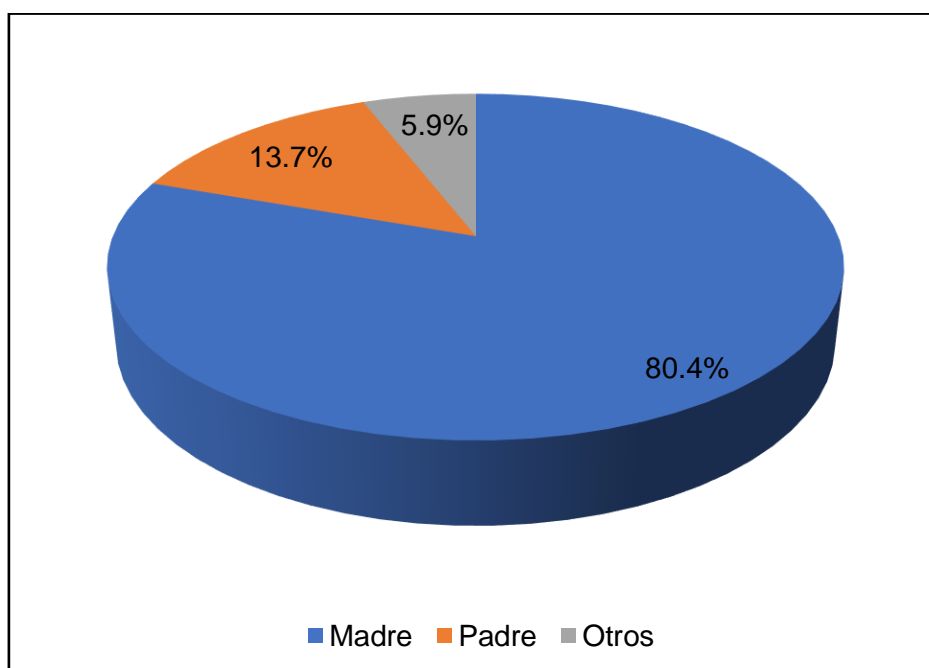


Gráfico N°06
Distribución según parentesco con el menor

Tabla N°07

Impacto de la salud bucal con relación a la calidad de vida del niño de 3 a 5 años en la Institución Educativa 2020 San Martín de Porres, Año 2019

		Caries dental			Traumatismo		Maloclusiones anteriores		
		Sano	Severidad baja	Severidad alta	Ausencia	Presencia	Ausencia	Presencia	
Impacto de la calidad de vida	Positivo	Recuento	19	34	45	82	16	52	46
		%	18.6%	33.3%	44.1%	80.4%	15.7%	51%	45.1%
	Negativo	Recuento	1	1	2	4	0	1	3
		%	1%	1%	2%	3.9%	0%	1%	2.9%

En la Tabla N°07, se aprecia que en referencia al Impacto de la calidad de vida del niño referente a las caries dental, en mayoría presentaron un Impacto Positivo y Severidad Alta de lesiones cariosas en un 44.1% (N°=45); respecto al Traumatismo, presentó un impacto Positivo y se observó Ausencia de traumatismo en un 80.4% (N°=82) y en referencia las Maloclusiones se observó un impacto Positivo y se apreció Ausencia de maloclusiones en un 51% (N°=52).

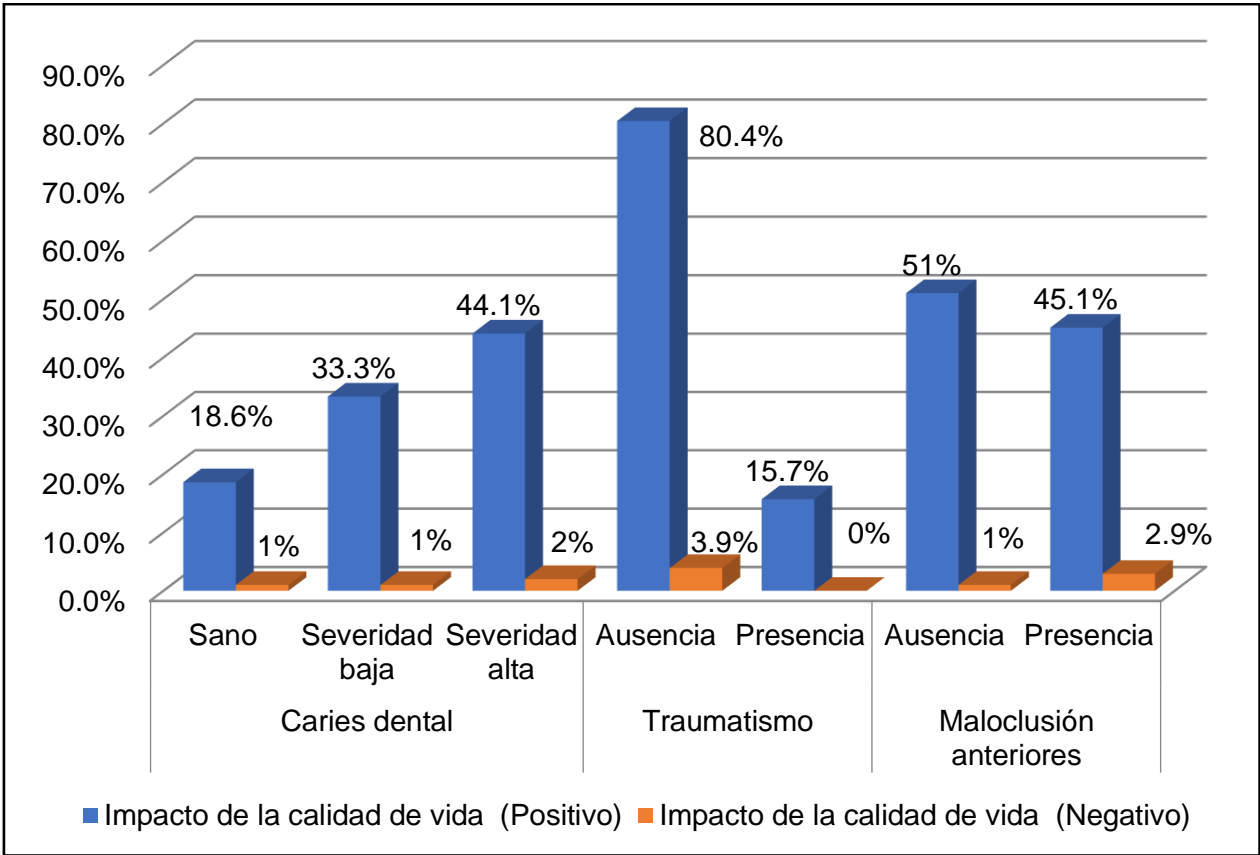


Gráfico N°07

Impacto de la salud bucal con relación a la calidad de vida del niño de 3 a 5 años en la Institución Educativa 2020 San Martín de Porres, Año 2019

Tabla N°08

Impacto de la salud bucal con relación a la calidad de vida; mediante la prueba del Chi cuadrado (X^2) y el nivel de significancia (p)

		Valor	gl	Sig. Asintótica (p)
Chi-cuadrado de Pearson	Impacto calidad de vida - Caries	0.181	2	0.914
	Impacto calidad de vida - Traumatismo	0.775	1	0.379
	Impacto calidad de vida - Maloclusiones anteriores	1.212	1	0.271

Nivel de significancia = 0.05

En la Tabla N°08, en lo referente Impacto de la calidad de vida, se aprecia que respecto al impacto del niño con la Caries el valor de X^2 es de 0.181 y el nivel de significancia es $p>0.05$, el impacto con el traumatismo el valor de X^2 es de 0.775 y el nivel de significancia es $p>0.05$, el impacto con maloclusiones el valor de X^2 es de 1.212 y el nivel de significancia es $p>0.05$.

Tabla N°09

Impacto de la salud oral en la calidad de vida en el niño de 3 a 5 años

		Caries dental			Traumatismo		Maloclusiones anteriores		
			Sano	Severidad baja	Severidad alta	Ausencia	Presencia	Ausencia	Presencia
Impacto de la calidad de vida del niño	Positivo	N°	19	34	42	82	13	52	43
		%	18.6%	33.3%	41.2%	80.4%	12.7%	51%	42.2%
	Negativo	N°	1	1	5	4	3	1	6
		%	1%	1%	4.9%	3.9%	2.9%	1%	5.9%

En la Tabla N°09, se aprecia que en referencia al Impacto de la calidad de vida del niño, en cuanto a las caries, en mayoría presentaron un Impacto Positivo y Caries dental con Severidad alta en un 41.2% (N°=42); respecto al Traumatismo, en mayoría presentaron Impacto de calidad de vida del niño Positivo y Ausencia de Traumatismo en un 80.4% (N°=82); en cuanto a las maloclusiones anteriores, en mayoría presentaron Impacto de calidad de vida del niño Positivo y Ausencia de maloclusiones anteriores en un 51% (N°=52).

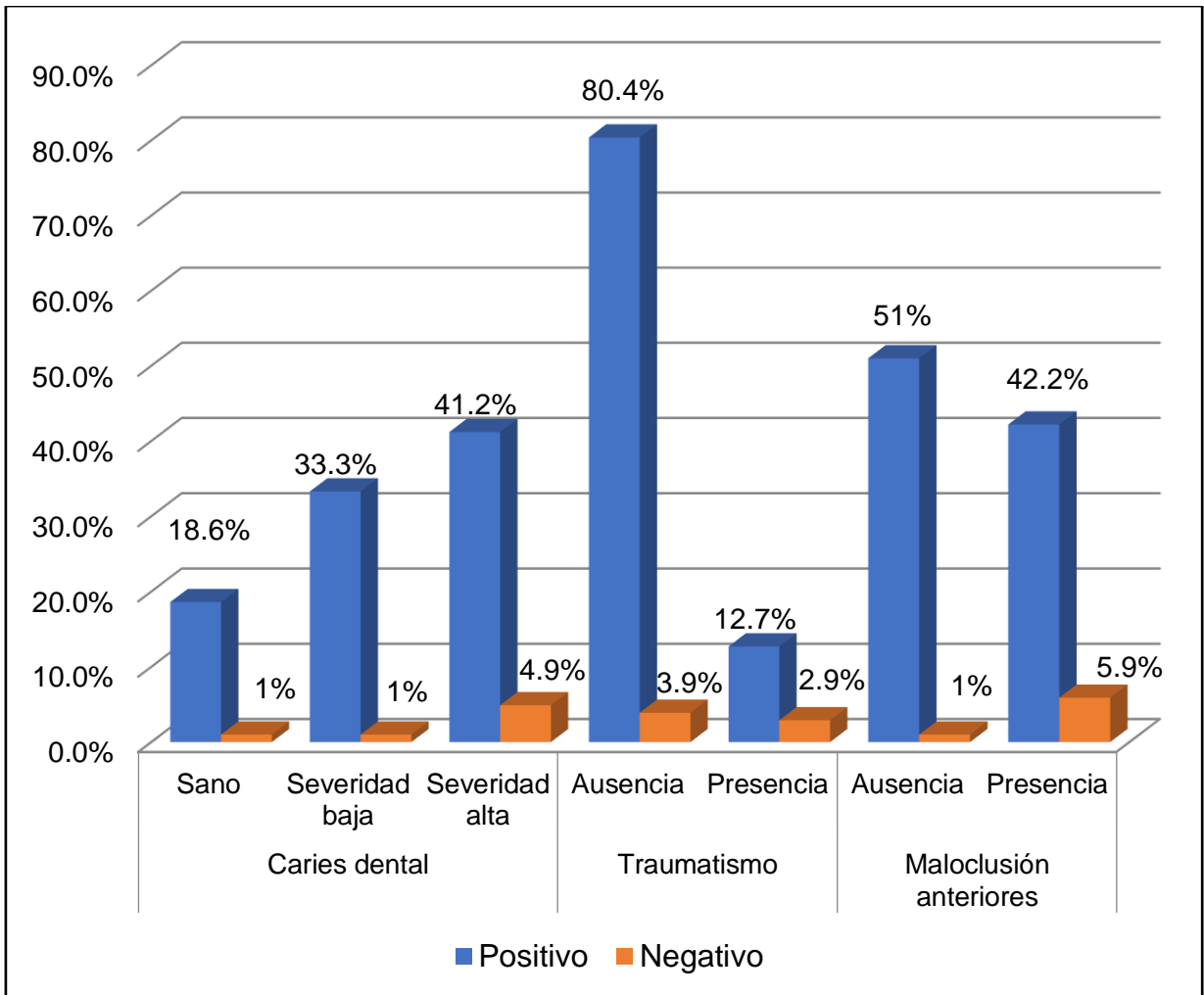


Gráfico N°08

Impacto de la salud oral en la calidad de vida en el niño de 3 a 5 años

Tabla N°10

**Impacto de la salud oral en la calidad de vida en el niño de 3 a 5 años;
mediante la prueba del Chi Cuadrado (X^2) y el nivel de significancia (p)**

		Valor	gl	Sig. Asintótica (p)
Chi- cuadrado de Pearson	Impacto calidad de vida en el niño -Caries	2.035	2	0.361
	Impacto calidad de vida en el niño -Traumatismo	4.195	1	0.041
	Impacto calidad de vida en niño – Maloclusiones anteriores	4.274	1	0.039

Nivel de significancia = 0.05

En la Tabla N°10, en lo referente al Impacto de la calidad de vida en el niño, se aprecia que respecto al impacto con la Caries el valor de X^2 es de 2.035 y el nivel de significancia es $p > 0.05$, el impacto con el traumatismo el valor de X^2 es de 4.195 y el nivel de significancia es $p < 0.05$, el impacto con maloclusiones el valor de X^2 es de 4.274 y el nivel de significancia es $p < 0.05$.

Tabla N°11

Impacto de la salud oral de los niños en la calidad de vida de la familia

		Caries dental			Traumatismo		Maloclusiones anteriores		
		Sano	Severidad baja	Severidad alta	Ausencia	Presencia	Ausencia	Presencia	
Impacto en la familia	Positivo	N°	16	28	41	71	14	44	41
		%	15.7%	27.5%	40.2%	69.6%	13.7%	43.1%	40.2%
	Negativo	N°	4	7	6	15	2	9	8
		%	3.9%	6.9%	5.9%	14.7%	2%	8.8%	7.8%

En la Tabla N°11, se aprecia que en referencia al Impacto de la calidad de vida en la familia, en cuanto a las caries dental, en mayoría presentaron un Impacto Positivo y Caries dental con Severidad alta en un 40.2% (N°=41); respecto al Traumatismo, en mayoría presentaron Impacto de calidad de vida del niño Positivo y Ausencia de Traumatismo en un 69.6% (N°=71); en referencia a las maloclusiones anteriores, en mayoría presentaron Impacto de calidad de vida del niño Positivo y Ausencia de maloclusiones anteriores en un 43.1% (N°=44).

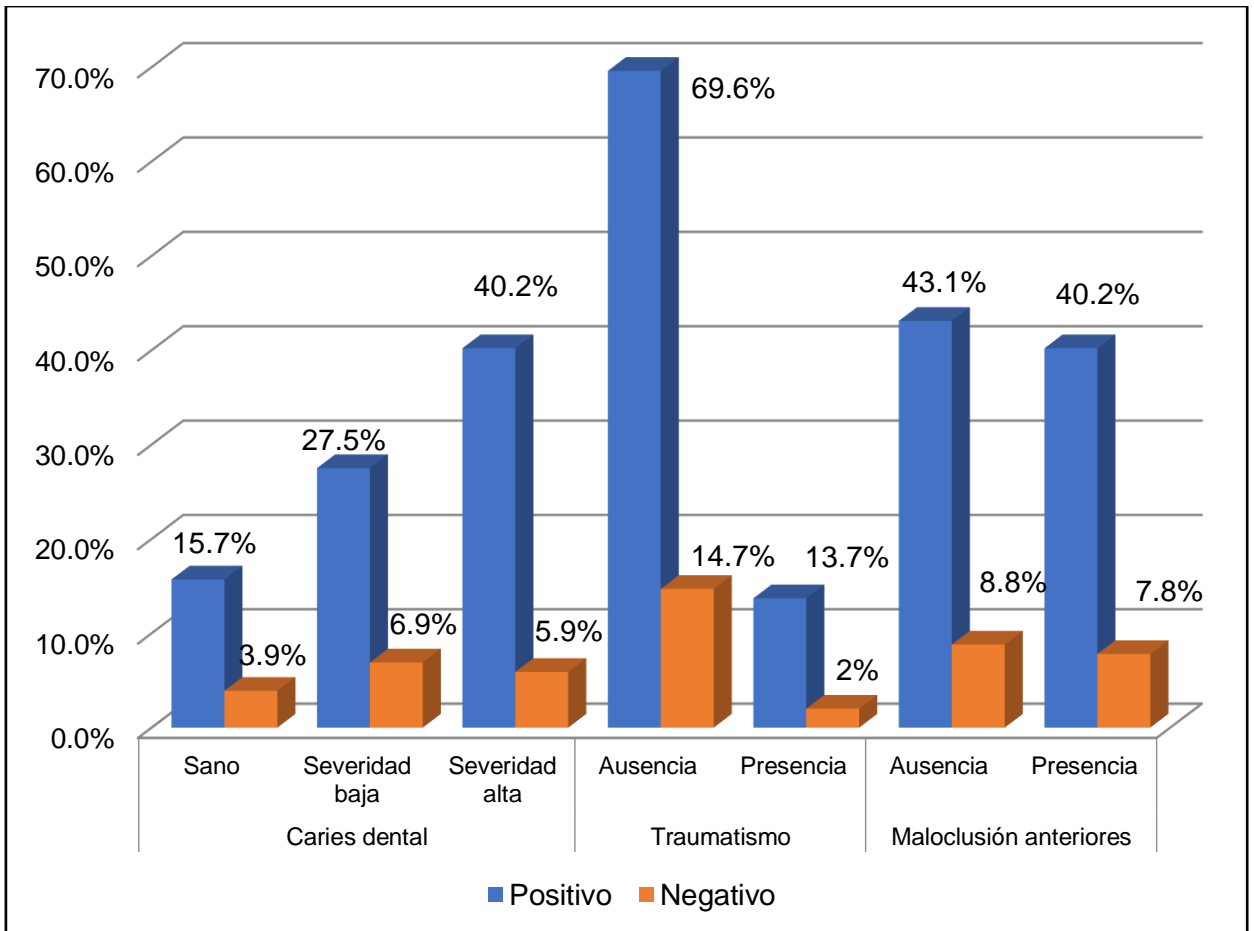


Gráfico N°09

Impacto de la salud oral de los niños en la calidad de vida de la familia

Tabla N°12

**Impacto de la salud oral de los niños en la calidad de vida de la familia;
mediante la prueba del Chi cuadrado (X^2) y el nivel de significancia (p)**

		Valor	Gl	Sig. Asintótica (p)
Chi- cuadrado de Pearson	Impacto calidad de vida de la familia-Caries	0.955	2	0.620
	Impacto calidad de vida de la familia-Traumatismo	0.237	1	0.626
	Impacto calidad de vida de la familia- Maloclusiones anteriores	0.008	1	0.929

Nivel de significancia = 0.05

En la Tabla N°12, en lo referente Impacto de la calidad de vida de la familia, se aprecia que respecto al impacto con la Caries el valor de X^2 es de 0.955 y el nivel de significancia es $p > 0.05$, el impacto con el traumatismo el valor de X^2 es de 0.237 y el nivel de significancia es $p > 0.05$, el impacto con maloclusiones el valor de X^2 es de 0.008 y el nivel de significancia es $p > 0.05$.

Tabla N°13

Prevalencia de caries de infancia temprana de la muestra de estudio

	Frecuencia	Porcentaje
Sano	20	19.6%
Severidad baja	35	34.3%
Severidad alta	47	46.1%

En la Tabla N°13, se observa que 20 niños (19.6%) estuvieron sanos, 82 niños presentaron caries de infancia temprana, Severidad alta en un 46.1% (N°=47) y severidad baja en un 34.3% (N°=35).

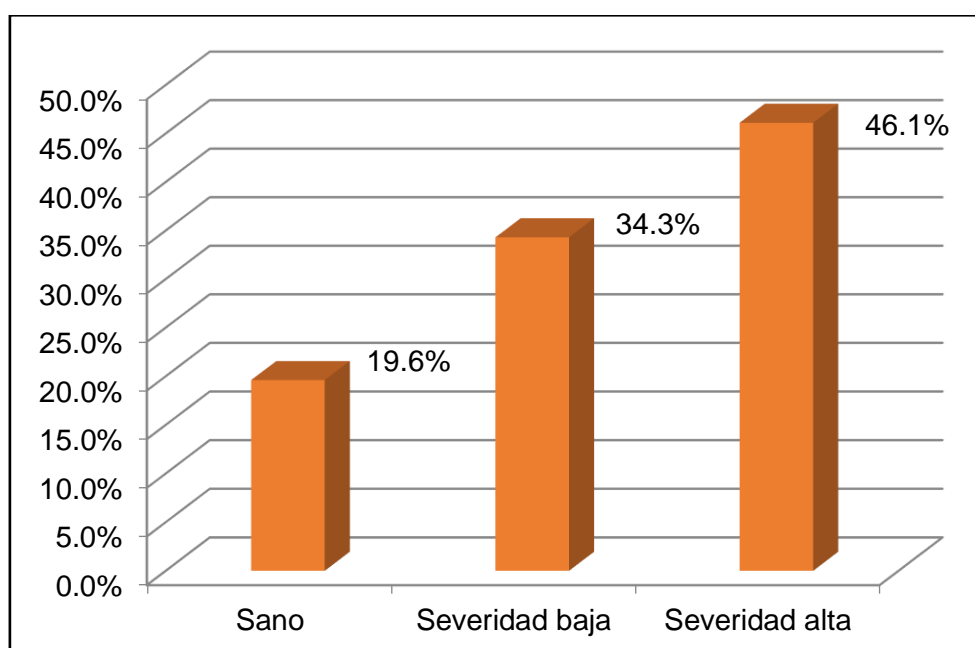


Gráfico N°10

Caries dental de inflamación temprana del niño de 3 a 5 años

Tabla N°14

Prevalencia de traumatismos dentoalveolares de la muestra de estudio.

	Frecuencia	Porcentaje
Ausencia	86	84.3%
Presencia	16	15.7%

En la Tabla N°14, se observó ausencia de traumatismos dentoalveolares en un 84.3% (N°=86) y solo un 15.7% (N°=16) con signos clínicos de trauma.

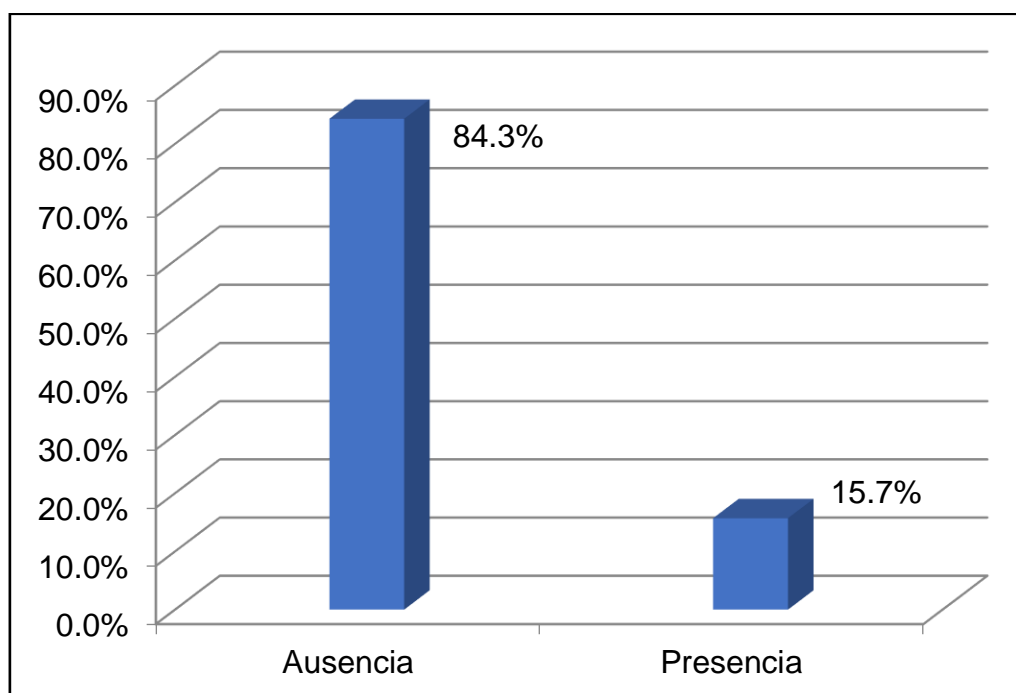


Gráfico N°11

Traumatismos dentoalveolares del niño de 3 a 5 años

Tabla N°15

Prevalencia de maloclusiones anteriores en la muestra de estudio.

	Frecuencia	Porcentaje
Ausencia	53	52%
Presencia	49	48%

En la Tabla N°15, se aprecia que en mayoría se observó ausencia de maloclusiones anteriores en un 52% (N°=53), seguido de los que presentaron maloclusiones anteriores en un 48% (N°=49).

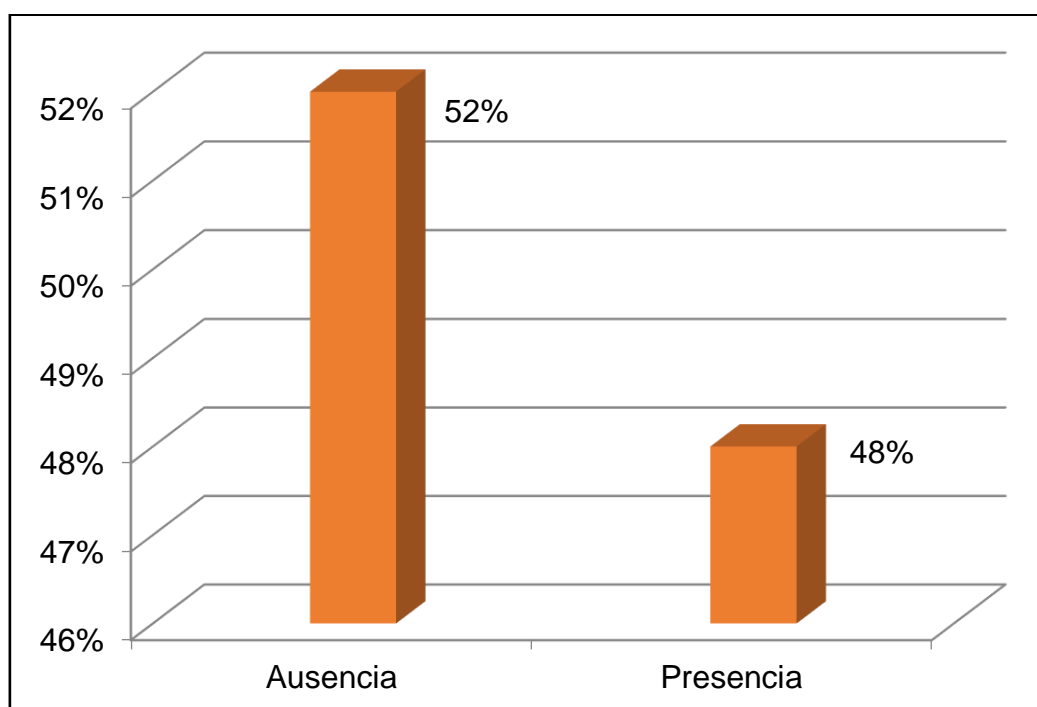


Gráfico N°12

Maloclusiones anteriores del niño de 3 a 5 años

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

En cuanto a determinar el impacto de la salud bucal con relación a la calidad de vida en niños de 3 a 5 años de la I.E. 2020 Señor de los Milagros, San Martín de Porres, año 2019, en los resultados se observa en referencia al impacto de la calidad de vida del niño respecto a la caries dental en mayoría en un número de 45 con un porcentaje de 44.1% presentaron un impacto positivo y severidad alta; así mismo, en un número de 34 con un porcentaje de 33.3% presentaron un impacto positivo y severidad baja; luego en un número de 19 con un porcentaje de 18.6% presentaron un impacto negativo y sanos; además, en un número de dos con un porcentaje de 2% presentaron un impacto negativo y severidad alta y finalmente en un número de uno con un porcentaje de 1% presentaron impacto negativo y severidad baja y sanos. Con respecto al traumatismo dentoalveolar en gran mayoría en un número de 82 con un porcentaje de 80.4% presentaron impacto positivo y ausencia de traumatismo; así mismo, en un número de 16 con un porcentaje de 15.7% presentaron impacto positivo y presencia de traumatismo y finalmente en un número de cuatro con un porcentaje de 3.9% presentaron impacto negativos y ausencia de traumatismo. Referente a la maloclusión anterior en mayoría en un número de 52 con un porcentaje de 51% presentaron impacto positivo y ausencia de maloclusión; luego, en un número de 46 con un porcentaje de 45.1% presentaron un impacto positivo, presencia

de maloclusión; así mismo, en un número de tres con un porcentaje de 2.9% presentaron impacto negativo y presencia de maloclusión y finalmente, en un número de uno con un porcentaje de 1% presentaron impacto negativo ausencia de maloclusión. Con respecto a la prueba estadística de chi cuadrado (X^2) y el nivel de significancia (p) referente al impacto de la salud bucal con relación con respecto a la calidad de vida de los niños de 3 a 5 años del Instituto Educativo 20205 San Martín de Porres, en los resultados se observa al impacto de la calidad de vida con la caries dental el valor de x^2 es de 0.81 y el valor de significancia es de $p>0.05$; luego, el impacto de la calidad de vida con los traumatismos dentoalveolares es de 0.775 y el valor de significancia es de $p>0.05$ y finalmente, el impacto de la calidad de vida con las maloclusiones es de 1.212 y el valor de significancia es de $p>0.5$. Los resultados son halagadores puesto que respecto a la caries dental teniendo en gran mayoría de los niños una severidad alta y baja, sus padres y/o tutores presentan un impacto positivo o sea no tienen muchos problemas con respecto a la caries dental de sus hijos; siendo necesario que se les de charlas a los padres sobre el aspecto preventivo y la importancia que tiene conocer sobre la caries dental, buscando el odontólogo la mejor estrategia para llegar a ellos. Con respecto a los traumatismos los padres y/ tutores presentaron un impacto positivo, siendo beneficioso conocer que los niños no padecen de traumatismos dentoalveolares, salvo una minoría. Referente a las maloclusiones anteriores que presentan los niños, se observa, que en porcentajes similares presenta o no presenta maloclusiones, siendo conveniente que se los instruya a los padres y/o tutores sobre la importancia que tiene una oclusión correcta siendo de beneficio para la función masticatoria, estética y fonética. Con respecto a la prueba estadística de chi cuadrado se observa en los resultados que en todas las dimensiones consideradas en el estudio el nivel de significancia es $p>0.05$, por lo que indica que no hay relación entre el impacto de la salud bucal y la calidad de vida de los niños.

Con respecto a identificar el impacto de la salud oral en la calidad de vida en el niño de 3 a 5 años, en los resultados se observa respecto a la caries dental, que en mayoría en un número de 42 con un porcentaje de 41.2% indicaron que el impacto en la calidad de vida del niño fue positivo y una severidad alta; luego, en un número de 34 con un porcentaje de 33.3% indicaron un impacto positivo y severidad baja; asimismo, en un número de 19 con un porcentaje de 18.6% indicaron un impacto positivo y sanos a la caries dental; después en un número de cinco con un porcentaje de 4.9% indicaron un impacto negativo y severidad alta a la caries dental y finalmente en un número de uno con un porcentaje de 1% indicaron un impacto negativo y severidad baja y sanos a la caries dental respectivamente. Con respecto al traumatismo dentoalveolar, en alta mayoría en un número de 82 con un porcentaje de 80.4% indicaron impacto positivo y ausencia de traumatismos; luego en un número de 13 con un porcentaje de 12.7% indicaron impacto positivo y presencia de traumatismos; asimismo en un número de cuatro con un porcentaje de 3.9% presentaron impacto negativo y ausencia de traumatismos y finalmente en un número de tres con un porcentaje de 2.9% indicaron impacto negativo y presencia de traumatismo. Con respecto a la maloclusión de las piezas dentarias anteriores, en mayoría en un número de 52 con un porcentaje de 51% presentaron un impacto positivo y ausencia de maloclusión; luego, en un número de 43 con un porcentaje de 42.2% presentaron un impacto positivo y presencia de maloclusión; asimismo, en un número de seis con un porcentaje de 5.9% presentaron un impacto negativo y presencia de maloclusión y finalmente con un número de uno con un porcentaje de 1% presentaron un impacto negativo y ausencia de maloclusión. Con respecto a la prueba de Chi-cuadrado referente a la caries dental el valor es de 0.361 y el valor de significancia es $p>0.05$; respecto al traumatismo dentoalveolar el valor de X^2 es de 0.041 y el valor de significancia es $p<0.05$ y finalmente respecto a las maloclusiones anteriores el valor de X^2 es de 0.039 y el valor de significancia es $p<0.05$. En el resultado prevalece el impacto positivo respecto a las preguntas planteadas en el instrumento, a pesar de la

severidad alta y baja que en alto porcentaje se observa en la caries dental, además de la ausencia de traumatismos en las piezas dentarias y en la ausencia de maloclusiones, observando un porcentaje similar con respecto a la presencia.

En cuanto a determinar el impacto de la salud oral de los niños en la calidad de vida de la familia, en los resultados se aprecia con respecto a la caries dental, que en mayoría en un número de 41 con un porcentaje de 40.2% indicaron que el impacto en la calidad de vida de la familia fue positivo y una severidad alta; asimismo, en un número de 28 con un porcentaje de 27.5% indicaron un impacto positivo y una severidad baja; luego, en un número de 16 con un porcentaje de 15.7% indicaron un impacto positivo y sanos a la caries dental; después, en un número de siete con porcentaje de 6.9% indicaron un impacto negativo y severidad baja; asimismo en un número de seis con un porcentaje de 5.9% indicaron un impacto negativo y severidad alta y finalmente en un número de cuatro con un porcentaje de 3.9% indicaron un impacto negativo y sano a la caries dental. Con respecto al traumatismo dentoalveolar en alta mayoría en un número de 71 con un porcentaje de 69.6% presentaron un impacto positivo y ausencia de traumatismos; asimismo, en un número de 15 con un porcentaje de 14.7% presentaron un impacto negativo y ausencia de traumatismos; luego en un número de 14 con un porcentaje de 13.7% presentaron un impacto positivo y presencia de traumatismo y finalmente en un número de dos con un porcentaje de 2% presentaron un impacto negativo y presencia de traumatismo. Con respecto a la maloclusión de las piezas dentarias anteriores, en ligera mayoría, en un número de 44 con un porcentaje de 43.1% indicaron impacto positivo y ausencia de maloclusión; asimismo, en un número de 41 con un porcentaje de 40.2% indicaron impacto positivo y presencia de maloclusión; luego en un número de nueve con un porcentaje de 8.8% indicaron un impacto negativo y ausencia de maloclusión y finalmente, en un número de ocho con un porcentaje de 7.8% indicaron impacto negativo y presencia de maloclusión. Con respecto a la prueba de Chi-cuadrado referente a la caries dental el valor es de

0.620 y el valor de significancia es $p > 0.05$; respecto al traumatismo dentoalveolar el valor de X^2 es de 0.626 y el valor de significancia es $p > 0.05$ y finalmente referente a las maloclusiones anteriores el valor de X^2 es 0.929 y el valor de significancia es $p > 0.05$. Al observar los resultados se aprecia, igual al ítem anterior que prevalece el impacto positivo, contestado por los padres de familia, como respuesta a las preguntas planteadas en el instrumento, con respecto a la caries dental, traumatismos y maloclusiones.

Con referencia a identificar la prevalencia de caries de infancia temprana de los niños de la muestra de estudio, en los resultados se observa que en mayoría los niños presentaron en un número de 47 con un porcentaje de 46.1% severidad alta con respecto a la caries dental de infancia temprana; luego, en un número de 35 con un porcentaje de 34.3% presentaron una severidad baja y finalmente en un número de 20 con un porcentaje de 19.6% presentaron los dientes sanos. En los resultados se observa, que en los niños examinados prevalece en mayoría presentan severidad alta y baja en la caries dental de las piezas dentarias examinadas, información que se debería transmitir a los padres de los niños del instituto educativo donde se realizó la ejecución, para que tomen las acciones correspondientes conjuntamente con el profesional odontólogo, en mejora de su calidad de vida del niño.

Tomando en cuenta identificar las lesiones traumáticas en tejidos duros en piezas anteriores de la muestra de estudio, en los resultados se aprecia que en gran mayoría los niños, en un número de 86 con un porcentaje de 84.3% presentaron ausencia de traumatismos dentoalveolares y finalmente en un número de 16 con un porcentaje de 15.7% presentaron traumatismos dentoalveolares. Los resultados son halagadores en el sentido que un alto porcentaje no presentan traumatismos dentoalveolares, pero es necesario educar a los padres de las consecuencias de los traumatismos, a fin de que siempre tengan cuidado en ese aspecto y puede instruir a sus niños.

Con respecto a determinar la prevalencia de las maloclusiones anteriores de los niños de 3 a 5 años, en los resultados se observa que en mínima mayoría los niños, en un número de 53 con un porcentaje de 52% presentaron maloclusiones anteriores y finalmente en un número de 49 con un porcentaje de 48% presentaron maloclusiones. Los resultados no son muy satisfactorios por el hecho que, en un porcentaje muy aproximado a la ausencia de maloclusiones, si presentan; lo cual, es conveniente indicar a los padres de familia y a las autoridades del Instituto educativo, de estos resultados, para que se tome las acciones debidas, conjuntamente con el odontólogo para tratar de reducir el porcentaje de maloclusiones en los niños y por ende su calidad de vida.

En la investigación realizada por Scarpelli y Cols., en Brasil, el año 2013, donde ejecutaron un estudio titulado “La calidad de vida relacionada con la salud oral entre los preescolares brasileños”, cuyo propósito del estudio fue evaluar el impacto de las condiciones de salud oral en la calidad de vida relacionada con la salud oral (OHRQOL) en una muestra poblacional de niños preescolares brasileños. A los cuidadores completaron la Escala de Impacto en la Salud Bucal en Infancia Temprana (B-ECOHIS) de Brasil y un formulario con datos sociodemográficos. En los niños se evaluó caries dental, maloclusión, lesión dental traumática y defectos de desarrollo del esmalte. Llegaron a la conclusión que la caries dental fue el único criterio normativo con un impacto negativo. De acuerdo con las percepciones de los padres, un estado general de salud se relacionó con una peor calidad de vida entre los niños. Resultados y conclusión muy similares al presente estudio, que con respecto a la caries dental de los niños examinados mediante el cpo-d, se determinó en gran mayoría una severidad baja y alta, en los traumatismos dentoalveolares en mayoría hubo ausencia y con respecto a la maloclusión anterior el porcentaje es similar respecto a presencia y ausencia. También, con respecto a la caries dental los padres manifestaron que el impacto en el niño y en la familia, es positivo, no afectándoles mucho. También en el estudio no hay relación entre el impacto de la salud oral y la calidad de vida del niño, por ser $p > 0.05$.

Así mismo en la investigación realizada por Kramer P. y Cols., en Brasil, el año 2013, titulada “Explorando el impacto de las enfermedades y trastornos orales en la calidad de vida de los niños en edad preescolar”, teniendo como objetivo evaluar el impacto de los resultados de salud oral en la calidad de vida relacionada con la salud oral en una muestra escolar de niños de 2 a 5 años preescolares brasileños y sus familias. La evaluación clínica incluyó caries dental, lesiones dentales traumáticas y maloclusión. En los resultados se observó que los impactos negativos más frecuentes fueron en los ítems relacionados con el dolor, dificultad para comer y beber y comer algunos alimentos. El análisis multivariado de Poisson mostró que la caries dental, el traumatismo dentoalveolar y la maloclusión se asociaron con el resultado. Los hallazgos mostraron que los cuidadores de niños pequeños con enfermedades y traumatismos orales percibían que tanto los niños como otros miembros de la familia tenían una pobre calidad de vida. En la presente investigación se indujo también caries dental, traumatismo dentoalveolar y maloclusión; con respecto a la muestra también se hizo con niños de 3 a 5 años. Con respecto al impacto de lo que padece el niño y el impacto en la familia, del problema de la salud bucal de su hijo no causó mucho impacto negativo. Respecto a la relación entre la salud bucal y la calidad de vida del niño, fue no estadístico significativo entre ambas variables por ser $p > 0.05$.

En cuanto al estudio realizado por Cesarino M. y Cols., en Brasil en el año 2014, fue titulado “Impacto de las condiciones de salud bucal en la calidad de vida de los niños en edad preescolar y sus familias: un estudio transversal”, teniendo como objetivo fue evaluar el impacto de las condiciones de salud bucal en la calidad de vida relacionada con la salud oral de los niños en edad preescolar y sus familias. Participaron 843 niños preescolares en la ciudad de Campina Grande, Brasil. Los padres y/o cuidadores respondieron a la Escala de Impacto en la salud bucal de la primera infancia brasileña, así como las percepciones de los padres y/o tutores sobre la salud de sus hijos. También en los niños evaluaron la caries dental, lesión dental traumática y maloclusión. Se empleó la

regresión jerárquica de Poisson para determinar la fuerza de las asociaciones entre las condiciones de salud oral y la calidad de vida. Concluyeron que la percepción de los padres y/o cuidadores de que la salud bucal de sus hijos es deficiente siendo determinantes de un impacto negativo en la calidad de vida relacionada con la salud oral de los niños en edad preescolar y sus familias. Los resultados son similares al presente estudio, en la muestra utilizada con niños escolares de 3 a 5 años, encuestas tomadas a los padres y/o tutores; además, también se tomó en cuenta para el diagnóstico de la salud bucal del niño, la caries dental, traumatismo dentoalveolar y la maloclusión. Se concluye que estos factores de la salud bucal de sus hijos son tomados en cuenta como un impacto positivo en la calidad de vida de sus niños.

Referente a la investigación realizada por López R. y García C., en el Perú, el año 2013, desarrollaron un estudio titulado “Calidad de vida y problemas bucales en preescolar de la provincia de Huaura, Lima”, teniendo como objetivo fue evaluar el impacto de los problemas bucales en la calidad de vida de niños de 3 a 5 años de una institución educativa en la provincia de Huarua, donde evaluaron a 153 niños, a quien se les examinó la cavidad bucal y al responsable del cuidado del niño se aplicó el instrumento ECOHIS. Además, evaluaron incidencia de caries dental de infancia temprana, traumatismos dentoalveolares y maloclusiones en dientes anteriores. En los resultados se observa que la frecuencia de caries dental de infancia temprana fue de 76.47%; de traumatismos dentoalveolares 9.8% y de maloclusiones anteriores 6.54%. Concluyeron que la caries de infancia temprana presentó impacto negativo en la calidad de vida relacionada con la salud bucal de los niños evaluados. En el presente estudio se realizó también en una institución educativa con 102 muestras, se aplicó a los padres y/o tutores el mismo instrumento; en el examen clínico de la cavidad bucal se tomó en cuenta la caries dental, traumatismo dentoalveolar y maloclusiones anteriores, siendo la caries dental que presentó mayor índice de severidad baja y alta, traumatismos dentoalveolares de 15.7% y presencia de maloclusiones en un 48%, en

conclusión se determinó que el impacto es positivo y no hay relación entre la salud bucal y la calidad de vida de los niños.

En la investigación realizada por Quispe M. en Perú, el año 2015, cuyo título es “Impacto de la salud oral sobre la calidad de vida de niños preescolares en el distrito de Santa Anita, Lima-2014”. La muestra estuvo conformada por 150 niños de la Institución Educativa N°1137 José Antonio Encinas, a quienes se les examinó la cavidad bucal y al responsable del niño se aplicó el instrumento ECOHIS, con un cuestionario sobre las características del niño y del responsable para determinar su relación con el impacto de la salud oral sobre la calidad de vida de los niños en edad preescolar; en los resultados se observa que el impacto de la salud oral es negativo en la calidad de vida de los niños preescolares evaluados que presentan caries dental de infancia temprana, se encontró relación estadísticamente significativa ($p > 0.05$), es decir, no tiene un impacto negativa en la calidad de vida relacionada a la salud oral. La frecuencia de caries dental de infancia temprana fue de 80%, de traumatismos dentoalveolares 9.3% y de maloclusiones 12%. La severidad alta de caries dental indica un impacto en la calidad de vida del niño. El trauma dentoalveolar y maloclusiones no tienen relación estadísticamente significativa en relación al impacto de la salud oral sobre la calidad de vida de los niños preescolares. En la presente investigación, se realizó el tema impacto de la salud bucal en la calidad de vida de niños de 3 a 5 años en una institución educativa, en 102 muestras. En los resultados se muestran que la caries dental el 82% tiene severidad alta y baja, traumatismos dentoalveolares 15.7% y maloclusiones anteriores el 48%. En los resultados se muestra que el nivel de significancia es de $p > 0.05$ en la prueba de chi cuadrado de Pearson, en el impacto en el niño de caries dental, maloclusiones anteriores y traumatismos dentoalveolares, se concluyó que el impacto es positivo y no hay relación entre la salud bucal y la calidad de vida de los niños.

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES

6.1 Conclusión General

Respecto a determinar el impacto de la salud bucal con relación a la calidad de vida en niños de 3 a 5 años de la I.E. 2020 Señor de los Milagros, San Martín de Porres, año 2019, se concluye que no existe relación entre el impacto de la salud bucal y la calidad de vida.

6.2 Conclusiones Específicas

1. En cuanto a identificar el impacto de la salud oral en la calidad de vida de los niños de 3 a 5 años, se concluye que el impacto en alta mayoría es positivo.
2. Con respecto a identificar el impacto de la salud oral de los niños en la calidad de vida de la familia, se concluye que el impacto en mayoría es positivo.
3. En cuanto a la identificación de la prevalencia de caries de infancia temprana de los niños de la muestra de estudio, se concluye que 19.6% se encontraron sanos y 80.4% enfermos y de este grupo en mayoría prevalece la severidad alta.

4. Referente a identificar las lesiones traumáticas en tejidos duros en piezas anteriores de la muestra de estudio, se concluye que prevalece la ausencia de traumatismos dentoalveolares (84.3%) identificándose signos clínicos de trauma solo en un 15.7%.

5. Respecto a determinar la prevalencia de las maloclusiones anteriores de la muestra de estudio, se concluye que existe un 48% de niños que presentaron esta patología y un 52% que no la presentaron.

CAPÍTULO VII

RECOMENDACIONES

7.1 Recomendación General

En cuanto a determinar el impacto de la salud bucal con relación a la calidad de vida en niños de 3 a 5 años de la I.E. 2020 Señor de los Milagros, San Martín de Porres, año 2019, se recomienda tomar en cuenta los resultados, para informar a los padres y/o tutores mediante charlas sobre la importancia del cuidado de la salud bucal de sus hijos, se lograría una mejor calidad de vida de los niños, que repercute en la salud general y mejora en su rendimiento escolar.

7.2 Recomendaciones Específicas

1. Respecto a determinar el impacto de la calidad de vida en el niño y la calidad de vida del niño en la familia, se recomienda tomar en cuenta los resultados, para que mediante charlas informativas se instruya a los padres principalmente sobre el aspecto preventivo en el cuidado de la salud bucal de sus hijos, se lograría un mejor cuidado y preocupación sobre la salud bucal, tanto en el aspecto preventivo como en su tratamiento.

2. En cuanto a identificar la prevalencia de caries de infancia temprana de los niños de la muestra de estudio, se recomienda tomar en

cuenta los resultados, para ser transmitido a los padres de familia la prevalencia de caries dental en los niños y tomar las acciones del caso en la reducción de esta enfermedad, se lograría, conjuntamente con el odontólogo, reducir el índice de caries dental y mejorar la salud de su cavidad bucal del niño.

3. Con respecto a identificar las lesiones traumáticas en tejidos duros en piezas anteriores de la muestra de estudio, se recomienda tomar en cuenta los resultados, para conocimiento de los padres y programar charlas de prevención para transmitir las medidas preventivas y consecuencias que hay en los traumatismos dentoalveolares, se lograría seguir manteniendo un bajo índice de traumatismos en los niños y un beneficio para ellos habiendo tranquilidad en los padres.
4. Tomando en cuenta determinar la prevalencia de las maloclusiones anteriores de los niños de 3 a 5 años, se recomienda tomar en cuenta los resultados, para el conocimiento de los padres de familia mediante charlas sobre maloclusión de las piezas dentarias y las consecuencias que tiene en la salud bucal del niño, se lograría mejorar la salud bucal del niño, con los tratamientos que pudiera realizar el odontólogo en bien de mejorar la calidad de vida del niño.

Como recomendación de forma general al término del estudio, se manifiesta que se realicen más estudios sobre el tema, sugiriendo hacerlo con mayor número de muestras, con otras poblaciones, pudiéndose extrapolar la investigación en otros lugares del país desarrollando el proyecto en centros educativos nacionales, privados y en algunos lugares con población nativa.

VIII. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Mijan M., Leal S., Bronkhorst E. y Frencken J. Children's Oral Health-related Quality of Life (OHRQoL) Three Years after Implementation of Treatment Protocols for Managing Cavitated Carious Dentine Lesions. *Oral Health Prev Dent* 2019; 17(1):83-89.
2. Zaror C., Martínez M., Abarca J., Díaz J., Pardo Y., Pont A. et al. Impact of traumatic dental injuries on quality of life in preschoolers and schoolchildren: A systematic review and meta-analysis. *Community Dent Oral Epidemiol* 2018; 46:88–101.
3. Souza J., Martins A., Silveira M., Jones K. y Meirelles M. Impact of oral clinical problems on oral health-related quality of life in brazilian children: a hierarchical approach. *Int J Paediatr Dent* 2017;27 (1):66-78.
4. Borges T., Vargas F., Kramer P. y Feldens C. Impact of traumatic dental injuries on oral health-related quality of life of preschool children: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 2017; 12 (2).
5. Born C., Divaris K., Zeldin L. y Rozier R. Influences on preschool children's oral health-related quality of life as reported by English and Spanish-speaking parents and caregivers. *J Public Health Dent* 2016; 76(4):276-286.

6. Firmino R., Gomes M., CLementino M., Martins C., Paiva S. y Granville A. Impact of oral health problems on the quality of life of preschool children: a case-control study. *Int J Paediatr Dent* 2016 ; 26(4):242-9.
7. Freire F., Marcia S., Nogueira M., Sardenberg F., Torres M., Martins S. et al. Oral Health-Related Quality of Life and Traumatic Dental Injuries in Young Permanent Incisors in Brazilian Schoolchildren: A Multilevel Approach. *PLoS One* 2015; 10(8).
8. Barbosa I., Ramos J., Ramos M., Bönecker M., Abanto J., Silva L, et al. Correlation and comparative analysis of discriminative validity of the Scale of Oral Health Outcomes for Five year old children (SOHO-5) and the Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS) for dental caries. *BMC Oral Health* 2015; 15(29).
9. Shaghaghian S., Bahmani M. y Amin M. Impact of oral hygiene on oral health-related quality of life of preschool children. *Int J Dent Hyg* 2015;13(3):192-8.
10. Veira R., Siqueira M., Gomes G., D'Avila S., Pordeus I., Paiva S. et al. Impact of traumatic dental injury on the quality of life of young children: a case-control study. *Int Dent J* 2015; 65 (5):261-8.
11. Motamedi M., Behzadi A., Khodadad N., Zadeh A. y Nilchian F. Oral health and quality of life in children: A cross-sectional study *Dent Hypotheses*. 2014; 5:53-8.
12. Sousa R., Clementino M., Gomes M., Martins C., Granville A. y Paiva S. Malocclusion and quality of life in Brazilian preschoolers. *Eur J Oral Sci*.2014;122(3):223-9.

- 13.** Ramos J., Pordeus I., Ramos M., Marques L. y Paiva S. Impact of untreated dental caries on quality of life of preschool children: different stages and activity. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2014; 42(4):311-22.
- 14.** LiY., Gao Y. y Zhang Y. The impact of oral health status on the oral health-related quality of life (OHRQoL) of 12-year-olds from children's and parents' perspectives. *Community Dent Health* 2014; 31(4): 240-4.
- 15.** Moreno X., Vera C., Cartes R. 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; Sociedad de Periodoncia de Chile Santiago, Chile.* 2014; 7(3):142-148.
- 16.** Cesarino M., Pinto T., De Brito E., Castro C., Granville A. y Martins S. Impact of oral health conditions on the quality of life of preschool children and their families: a cross-sectional study. *Health Qual Life Outcomes* 2014; 12: 55.
- 17.** Martins P., Vieira R., Correa P., Oliveira F., Marques L. y Ramos M. Impact of early childhood caries on the oral health-related quality of life of preschool children and their parents. *Caries Res* 2013; 47:211-218.
- 18.** Kramer P., Feldens C., Ferreira S., Bervian J., Rodrigues P. y Peres M. Exploring the impact of oral diseases and disorders on quality of life of preschool children. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2013;41(4):327-35.
- 19.** Scarpelli A., Paiva S., Viegas C., Carvalho A., Ferrerira F. y Pordeus I. Oral health-related quality of life among Brazilian preschool children. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2013;41(4):336-44.

20. Torres G., Blanco D., Chávez M., Apaza S. y Antezana V. Impacto de la caries de la infancia temprana en la calidad de vida relacionada a la salud bucal en niños peruanos menores de 71 meses de edad. *Odontol. Sanmarquina* 2015; 18(2): 87–94.
21. Quispe M. Impacto de la salud oral sobre la calidad de vida de niños pre-escolares en el distrito de Santa Anita, Lima – 2014. [tesis para optar título profesional]. Lima (PE): Universidad Privada Norbert Wiener; 2015.
22. López R. y García C. Calidad de vida y problemas bucales en preescolares de la provincia de Huaura, Lima. *Rev. Estomatol Herediana* 2013; 23(3):139-47.
23. Vergara M. Tres concepciones históricas del proceso salud-enfermedad. *Hacia la Promoción de la Salud* 2007; 12: 41 – 50.
24. Huber M., Knottnerus J., Green L., Van der Horst H., Jadad A., Kromhout D. y Cols. How should we define health?. *BMJ*. 2011; 343.
25. Alcántara G. La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad Sapiens. *Revista Universitaria de Investigación de la Universidad Pedagógica Experimental Libertador Caracas, Venezuela*. 2008; 9 (1): 93-107.
26. Organización Mundial de la Salud. Preguntas más frecuentes. [Internet]. Ginebra (SZ): OMS [Citado 03 enero 2019]. Disponible en URL: <https://www.who.int/suggestions/faq/es/>
27. Real Academia Española. *Diccionario de la lengua española*. 23ª ed. Madrid: RAE; 2014.

- 28.** Acevedo G., Martínez G. y Estario J. Manual de Salud Pública [Internet]. Córdoba (AR): Encuentro Grupo Editor; 2007 [Citado el 03 enero 2019]. Disponible en URL: <https://books.google.com.pe/books?id=ReKws3eZQHQC&printsec=frontcover&dq=salud&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwj34r6lgtvfAhWrnOAKHdXvDd0Q6AEIKDAA#v=onepage&q&f=false>
- 29.** The Health Foundation. What makes us healthy? An introduction to the social determinants of health [Internet]. Londres (UK): Health Foundation. 2018 [Citado el 03 enero 2019]. Disponible en URL: <https://www.health.org.uk/sites/default/files/What-makes-us-healthy-quick-guide.pdf>
- 30.** Villar M. Factores determinantes de la salud: Importancia de la prevención. Acta Med Per. 2011; 28(4):237-241.
- 31.** Hescot P. The new definition of oral health and relationship between oral health and quality of life. Chin J Dent Res. 2017; 20(4): 189-192.
- 32.** Guía de Práctica Clínica en Salud Oral Higiene Oral [Internet]. Bogotá D.C. (CO): Secretaria Distrital de Salud; 2010 [Citado el 03 enero 2019]. Disponible en URL: <http://www.saludcapital.gov.co/DSP/Documentos%20Salud%20Oral/Gu%C3%ADa%20de%20Pr%C3%A1ctica%20Cl%C3%ADnica%20en%20Salud%20Oral%20-%20Higiene%20Oral.pdf>
- 33.** Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Enfermedades no transmisibles y transmisibles, 2016 [Internet] Perú (PE): INEI; 2017 [Citado 03 enero 2019]. Disponible en URL: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1432/libro.pdf

- 34.** Bosch R., Rubio M., García F. Conocimientos sobre salud bucodental y evaluación de higiene oral antes y después de una intervención educativa en niños de 9-10 años. *Av. Odontoestomatol* 2012; 28 (1): 17-23.
- 35.** Enfermeras/os Conselleria de Sanit Universal i Salut Pública. Generalitat Valenciana [Internet]. España (ES): Editorial CEP S.L. 2017 [Citado el 03 enero 2019]. Disponible en URL: <https://books.google.com.pe/books?id=tutCDwAAQBAJ&pg=PA450&dq=salud+bucodental+infantil&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwjD5f6nkt3fAhUi11kKHADtCEgQ6AEIKzAB#v=onepage&q&f=false>
- 36.** Legido B. Percepción de salud oral y hábitos de higiene bucodental de una muestra de la población española trabajadora y su relación con el estado de salud periodontal [tesis doctoral] España (ES): Universidad Complutense de Madrid; 2016.
- 37.** Zucoloto M., Maroco J. y Campos, J. Psychosocial and Behavioral Aspects of Pain and Perception of Oral Health. *Journal of Oral and Facial Pain and Headache*. 2017; 31(3): 210–216.
- 38.** Artázcoz J., Martinicorena F., Gallardo E. Rodríguez P. y Bravo M. Oral health perception and oral habits in children and teenagers. *An Sist Sanit Navar*. 2010;33(1) :51-64.
- 39.** Yadav K. y Prakash S. Dental Caries: A Review. *Asian Journal of Biomedical and Pharmaceutical Sciences*. 2016; 6(53): 01-07.
- 40.** Quock R. Dental Caries: A current Understanding and Implications. *Journal of Nature and Science*. 2015; 1(1):27.

41. Matías M., Corrêa P. y Costa L. Effect of dental pain and caries on the quality of life of Brazilian preschool children. *Rev Saude Pública*.2018; 52:30.
42. Ministerio de Salud de la Nación. Indicadores epidemiológicos para la caries dental [Internet]. 29 Agosto 2013 [Citado el 07 de junio de 2019]. Buenos Aires (AR): Ministerio de Salud de la Nación. Disponible en URL: <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000236cnt-protocolo-indice-cpod.pdf>
43. Quispe A. Índices de caries dental en estudiantes con síndrome de Down del Centro Educativo Básica Especial N°12 “La Luz del Mundo” Chaclacayo, Lima 2015”. [tesis para optar título profesional]. Lima (PE): Universidad Wiener; 2017.
44. Theologie N., Schoinohoriti O., Leventis M., y Iatrou I. Evaluation of Dentoalveolar Trauma in Children and Adolescents. *Journal of Craniofacial Surgery*. 2017; 28(4): e383–e387.
45. Hall E., Hickey P., Nguyen-Tran T. y Louie J. Dental Trauma in a Pediatric Emergency Department Referral Center. *Pediatric Emergency Care* 2016; 32(12): 823–826.
46. Borges T., Vargas F., Kramer P. y Feldens C. Impact of traumatic dental injuries on oral health-related quality of life of preschool children: A systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE*. 2017; 12(2).
47. Moule A. y Cohenca N. Emergency assessment and treatment planning for traumatic dental injuries. *Australian Dental Journal*. 2016; 61 (1Suppl): 21–38.

- 48.** Redzepagic L., Ilic Z., Laganin S., Dzemidzic V. y Tiro A. An epidemiological study of malocclusion and occlusal traits related to different stages of dental development. *South Eur J Orthod Dentofac Res.* 2017;1(4):9-13.
- 49.** Pino Román Iraida María, Véliz Concepción Olga Lidia, García Vega Pablo Antonio. Maloclusiones, según el índice de estética dental, en estudiantes de séptimo grado de Santa Clara. *Medicentro Electrónica.* 2014; 18(4): 177-179.
- 50.** Bhawna A., Mridul M. Amandeep K. y Kaur H. Anterior Open Bite: Review and Management. *IOSR Journal of Dental and Medical Sciences.* 2016; 15(6):1-6.
- 51.** Huacasi V. Prevalencia de maloclusiones dentales en músicos que ejecutan instrumentos de viento en la banda Real Majestad de la Ciudad de Juliaca – Puno, 2017. [tesis para optar título profesional] Puno (PE): Universidad Nacional del Altiplano; 2017.
- 52.** Botero P., Pedroza A., Velez N., Calao E. y Barbosa D. Manual para realización de historia clínica odontológica del escolar [Internet]. Medellín: Editorial Universidad Cooperativa de Colombia; 2007 [citado 07 de junio de 2019]. Disponible en URL: <https://books.google.com.pe/books?id=89OZXQM067MC&pg=PA70&lp g=PA70&dq=concepto+de+overjet+aumentado&source=bl&ots=H9Hq9 K7bGU&sig=ACfU3U1TrGhtriB3R-OclI7GdqyUdxoY3w&hl=es&sa=X&ved=2ahUKEwIU0sn06NviAhWFrVvK KHfI0D9M4ChDoATAAegQICBAB#v=onepage&q&f=false>
- 53.** Daokar S. y Agrawal G. Deep Bite Its Etiology, Diagnosis and Management: A Review. *Journal of Orthodontics and Endodontics.* 2016; 2(4).

- 54.** Torres M. y Vásquez C. La Calidad: Evolución de su significado y aplicación en servicios. Publicaciones en Ciencias y Tecnología. 2010; 4(2): 25–32.
- 55.** Mejía B. y Álvarez F. Auditoria Medica: Para la garantía de calidad en salud. [Internet] Bogotá (CO): ECOE Ediciones.2009 [Citado 10 de enero de 2019]. Disponible en URL: <https://books.google.com.pe/books?id=bb5-AQAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=calidad+en+salud&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwjursLanN7fAhXBJFkKHZv5AFMQ6AEIMzAC#v=onepage&q&f=false>
- 56.** Vargas V., Valecillos, J., Hernández C. Calidad en la prestación de servicios de salud: Parámetros de medición Revista de Ciencias Sociales de la Universidad del Zulia Maracaibo, Venezuela. 2013; XIX (4):663-671.
- 57.** Abanto JA, Bönecker M, Raggio DP. Impacto de los problemas bucales sobre la calidad de vida de niños. Rev Estomatol Herediana. 2010; 20(1):38-43.
- 58.** Urzúa A. y Caqueo A. Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. Terapia psicológica. 2012; 30(1): 61-71.
- 59.** Monardes C., Gonzales F. y Soto F. Calidad de vida: concepto, características y aplicación del constructo. Revista Sujeto, Subjetividad y Cultura Chile. 2011; 2: 68-86.
- 60.** Paullier J. Calidad de vida: Un constante aprendizaje [Internet]. Uruguay (UY): Editorial Aguilar; 2012 [Citado 04 de enero de 2019]. Disponible en URL: <https://books.google.com.pe/books?id=RnihutjcqykC&pg=PT64&dq=car>

acteristicas+de+calidad+de+vida+pdf&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwjB-aG7_N7fAhWBneAKHeulAY0Q6AEIOTAD#v=onepage&q&f=false

61. Salazar J., Torres T., Pando M., Aranda C. y Zuñiga E. Dimensiones conceptuales sobre calidad de vida en estudiantes de psicología, México. *Revista Iberoamericana de Psicología: Ciencia y Tecnología*.2011; 4(1): 47-58, 2011.
62. Verdugo M., Schalock R., Arias B., Gómez L. y Jordán B. Capítulo 19: Calidad de Vida. En *Discapacidad e Inclusión*. 1ed. Salamaca (ES): Amarú; 2013 [Citado 10 de enero de 2019]: 443-461. Disponible en URL: https://www.researchgate.net/publication/283211086_Calidad_de_Vida
63. Cuesta J., De la Fuente R., Vidriales R., Hernández C., Plaza M. y González J. Bienestar físico, dimensión clave de la calidad de vida en las personas con autismo. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*. 2017; 4(1):33-43.
64. Sánchez I., Ferrero A., Aguilar J., Climent J., Conejero J. Florez M. y Cols. *Manual SERMEF de Rehabilitación y Medicina Física* [Internet]. Madrid (ES): Médica Panamericana; 2008 [citado el 10 de enero de 2019]. Disponible en URL: https://books.google.com.pe/books?id=RAabGs4sil4C&pg=PA54&dq=dimensiones+de+la+calidad+de+vida&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwi_0p61g9_fAhVJUit8KHQqMASAQ6AEIWzAJ#v=onepage&q=dimensiones%20de%20la%20calidad%20de%20vida&f=false
65. Riveros A., Castro C. y Lara H. Características de la calidad de vida en enfermos crónicos y agudos. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 2009; 41(2): 291-304.

- 66.** Marcelo J., Del Castillo C., Evangelista A. y Sánchez P. Calidad de vida relacionada a la salud bucal en escolares de ámbito urbano- marginal. *Rev Estomatol Herediana*. 2015; 25(3):194-204.
- 67.** Pahel B., Rozier R. y Slade G. Parental perceptions of children's oral health: the Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS). *Health Qual Life Outcomes*. 2007;5(6).
- 68.** Gilchrist F. , Rodd H , Deery C , Marshman Z .Evaluación de la calidad de las medidas de calidad de vida relacionadas con la salud bucal infantil. *BMC Salud Oral*. 2014; 14(40).
- 69.** Muñoz P., Aguilar F., De la Fuente J., Shimada H. y Acosta L. Instrumentos validados para medir la salud bucal en los niños. Escuela Nacional de Estudios Superiores UNAM [Internet]. México (MX): Sociedad Iberoamericana de información Científica; 2014 [citado 10 de enero de 2019]. Disponible en: <https://www.siicsalud.com/dato/experto.php/139632>
- 70.** Estado de la Niñez en el Perú. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia e Instituto Nacional de Estadística e Informática. [Internet]. Lima (PE): UNICEF; 2011 [citado 05 enero 2019]. Disponible en: http://files.unicef.org/peru/spanish/Estado_Ninez_en_Peru.pdf
- 71.** Gonzáles C., Cano M., Meneses E. y Vivares. Percepciones en salud bucal de los niños y niñas. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*. 2015; 13(2):715-724.
- 72.** Organización de los Estados Americanos. Primera Infancia: Una mirada desde la neuro-educación [Internet]. Perú (PE): Oficina de Educación y Cultura de la Organización de los Estados Americanos; 2010 [citado el

05 enero 2019]. Disponible en URL: <http://iin.oea.org/pdf-iin/RH/primerainfancia-esp.pdf>

IX. ANEXOS

ANEXO N°01



FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

Escuela Profesional de Estomatología

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

I. Introducción

Estimado Sr(a).

Con mucho placer me dirijo a Ud., para manifestarle que estoy elaborando una investigación respecto a determinar el impacto de la salud bucal y su relación de la calidad de vida de su menor hijo; con la finalidad que, de acuerdo con los resultados se pueda tomar las acciones necesarias que serán de beneficio para el paciente niño.

II. Datos Generales

- **Edad del Niño**

3 años () 4 años () 5 años ()

- **Sexo del Niño**

Masculino () Femenino ()

- **Edad del responsable del cuidado del menor**

15-30 años ()

31-46 años ()

47- más años ()

- **Sexo del responsable del cuidado del menor**

Masculino ()

Femenino ()

- **Grado de instrucción del responsable del cuidado del menor**

Iletrado ()

Primaria ()

Secundaria ()

Superior ()

- **Parentesco del responsable del cuidado del menor**

Madre ()

Padre ()

Otros ()

III. Cuestionario

ECOHIS (Pahel y Cols., año,2006)

A. Impacto en el Niño

	Nunca	Casi nunca	Ocasionalmente	A menudo	Muy a menudo	No sabe
1.Dolor en los dientes, boca o mandíbula						
2.Dificultades para tomar bebidas calientes o frías						
3.Dificultades para comer algunos alimentos						
4.Dificultades para pronunciar algunas palabras						
5.Pérdida de días de asistencia a su actividad preescolar, guardería o escuela						
6.Problemas para dormir						
7.Ha estado enojado o frustrado						
8.Ha evitado sonreír						
9.Ha evitado hablar						

B. Impacto en la Familia

	Nunca	Casi nunca	Ocasionalmente	A menudo	Muy a menudo	No sabe
10. Usted u otro miembro de la familia ha estado preocupado.						
11. Usted u otro miembro de la familia se ha sentido culpable.						
12. Usted u otro miembro de la familia ha ocupado tiempo.						
13. Han tenido un impacto económico en su familia.						

IV. Ficha problemas bucales

- **Caries dental de infancia temprana (Índice ceo-d)**

Sanos

Severidad baja

Severidad alta

$$\text{Ceod} = \frac{C + O + Ei}{N}$$

Índice ceod	Interpretación
0	Sano
1-5	Baja Gravedad
≥6	Alta Gravedad

- **Maloclusiones Anteriores**

Ausencia

Presencia

- Mordida abierta anterior
- Entrecruzamiento horizontal (overjet >3mm)
- Mordida profunda anterior
- Mordida bis a bis

• **Traumatismos Dento-alveolares (Clasificación de Andreasen)**

Ausencia

Presencia

- Cambio del color de la corona (dientes anteriores).
- Cambio de posición dentaria.
- Fractura en esmalte.
- Fractura en dentina.

ANEXO N°02

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado Padre/Madre de Familia:

Soy la Bachiller Kathlen Stacy, GONZALESZUÑIGA SAMANEZ de la Universidad Franklin Roosevelt, responsable del trabajo de investigación titulado: "Impacto de la salud bucal en relación de la calidad de vida en niños de 3 a 5 años en una Institución Educativa, San Martin de Porres, año 2019".

La presente es para invitarle a participar en el estudio el cual tiene como objetivo determinar el impacto de la salud bucal en relación de la calidad de vida en niños de 3 a 5 años en la I.E.2020 Señor de los Milagros, San Martin de Porres, año 2019. Para poder participar del estudio, se le realizará algunas preguntas relacionadas al tema para su posterior análisis, así también se realizará un examen clínico bucal. La información que Ud., brinde al estudio será de uso exclusivo del investigador y se mantendrá su debida confidencialidad.

Su participación es voluntaria y puede retirarse del estudio en cualquier etapa sin que este afecte de alguna manera. Si tuviese alguna duda con respecto al estudio puede comunicarse a los siguientes teléfonos
_____.

Yo, _____ dejo constancia que se me ha explicado en que consiste el estudio titulado "Impacto de la salud bucal en relación de la calidad de vida en niños de 3 a 5 años en una Institución Educativa, San Martin de Porres, año 2019", realizado por la Bach. Kathlen Stacy, GONZALESZUÑIGA SAMANEZ.

He tenido tiempo y la oportunidad de realizar las preguntas con relación al tema, las cuales fueron respondidas de forma clara. Sé que mi participación es voluntaria, que los datos que se obtengan se manejarán confidencialmente y en cualquier momento puedo retirarme del estudio. Por todo lo anterior doy mi consentimiento voluntario para participar en el presente estudio.

Nombre y apellido del participante
Fecha:

Firma del participante
N.º DNI: _____

ANEXO N°03



RESOLUCIÓN / N° 571-2009-CONAFU / N° 517-2010-CONAFU

"Año de la lucha contra la corrupción y la impunidad"

Huancayo, 24 de abril de 2019

SEÑORA:
ZAIDA GARCIA COSTILLA
DIRECTORA I.E. 2020 SEÑOR DE LOS MILAGROS - SAN MARTIN DE PORRES

PRESENTE.-

Es grato dirigirme a usted, para expresarle mi cordial saludo a nombre de la Escuela Profesional de Estomatología de la Universidad Privada de Huancayo Franklin Roosevelt y a la vez comunicarle que la alumna **GONZALES ZUÑIGA SAMANEZ, Kathlen Stacy** identificada con DNI **44889886** y código de matrícula **1413250**, egresada de esta casa de estudios desea desarrollar su Proyecto de Tesis para optar el título Profesional de Cirujano Dentista, en su entidad, a fin de complementar la formación recibida en nuestra institución.

Sin otro particular esperando la debida atención a la presente, me despido de usted Sra. Directora manifestándole mi especial consideración y estima personal.

Atentamente.



C.D. Esp. Gregorio Eudocio Rables Vargas
Secretario Académico
C.O.P. 12628
UNIVERSIDAD PRIVADA DE HUANCAYO
FRANKLIN ROOSEVELT



I.E. N° 2020 SEÑOR DE LOS MILAGROS

ZAIDA PATRICIA GARCIA COSTILLA
DIRECTORA
25/04/19

www.urosevelt.edu.pe

Huancayo
Av. Giráldez #542
T. (064) 219604 - RPM. 949696998 949696998

ANEXO N°04



I.E.N° 2020 "SEÑOR. DE LOS MILAGROS"-S.M.P

UGEL 02 - RIMAC.

CÓDIGO MODULAR Inicial: 1487255 Primaria: 1482868.



"AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN Y LA IMPUNIDAD"

LA DIRECTORA DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA N° 2020

"SR. DE LOS MILAGROS" – UGEL 02 - S. M. P. QUE AL FINAL SUSCRIBE, deja;

CONSTANCIA:

Que, la Srta: GONZALES ZUÑIGA SAMANEZ, Kathlen Stacy; egresada de la Universidad Franklin Roosevelt, ha ejecutado el Proyecto denominado "Impacto de la Salud Bucal con Relación a la Calidad de Vida de los Estudiantes de 3 a 5 años" de la I.E. 2020 "Señor de los Milagros" San Martín de Porres, Desde el 29 de abril al 03 de mayo del 2019.

Se otorga la pte. Constancia a solicitud verbal de la interesada, para los fines que estime conveniente.

San Martín de Porres 25 de abril del 2019.



I.E. N° 2020 "Sr. De los Milagros"

Patricia García Costilla
PATRICIA GARCIA COSTILLA
DIRECTORA.

Calle B S/N Programa de Vivienda Filadelfia I – San Martín de Porres.
Celular: 961 779583

Contrastación de Hipótesis General

A fin de poder realizar la docimasia de esta hipótesis, se deberá realizar el ritual de significancia estadística, para lo cual se seguirá una secuencia ordenada de pasos:

- **Formulación de Hipótesis Estadística:**

- **H₀:** No existe Impacto directo de la salud bucal con relación a la calidad de vida del niño de 3 a 5 años en la Institución Educativa 2020 San Martin de Porres, Año 2019.
- **H_a:** Existe Impacto directo de la salud bucal con relación a la calidad de vida del niño de 3 a 5 años en la Institución Educativa 2020 San Martin de Porres, Año 2019.

H₀: Hipótesis nula, H_a: Hipótesis alterna

- **Establecer el Nivel de Significancia**

Para la presente investigación se decidió trabajar con un nivel de confianza del 95%, correspondiente a un nivel de significancia (α) de 5% = 0.05.

- **Determinación del Estadígrafo a Emplear**

Mediante la prueba de Chi cuadrado, se determinó la existencia del impacto directo de la salud bucal con relación a la calidad de vida del niño de 3 a 5 años en la Institución Educativa 2020 San Martin de Porres, Año 2019.

		Valor	gl	Sig. Asintótica (p)
Chi-cuadrado de Pearson	Impacto calidad de vida - Caries	0.181	2	0.914
	Impacto calidad de vida - Traumatismo	0.775	1	0.379
	Impacto calidad de vida – Maloclusiones anteriores	1.212	1	0.271

Nivel de significancia = 0.05

- **Toma de Decisión**

Dado que respecto al Impacto calidad de vida y Caries, el resultado de la prueba de chi cuadrado es de 0.181 menor al chi cuadrado crítico de la tabla 5.991, con 2 grado de libertad y el p-Valor = 0.914 ($p > 0.05$), respecto al Impacto calidad de vida y Traumatismo, el resultado de la prueba de chi cuadrado es de 0.775 menor al chi cuadrado crítico de la tabla 3.841, con 1 grado de libertad y el p-Valor = 0.379 ($p > 0.05$), respecto al Impacto calidad de vida y Maloclusiones anteriores, el resultado de la prueba de chi cuadrado es de 1.212 menor al chi cuadrado crítico de la tabla 3.841, con 1 grado de libertad y el p-Valor = 0.271 ($p > 0.05$); por consiguiente se acepta la hipótesis nula es decir **No existe Impacto directo de la salud bucal con relación a la calidad de vida del niño de 3 a 5 años en la Institución Educativa 2020 San Martin de Porres, Año 2019.**

MATRIZ DE CONSISTENCIA

TITULO: Impacto de la salud bucal con relación a la calidad de vida en niños de 3 a 5 años en la Institución Educativa 2020 Señor de los Milagros, San Martín de Porres, año 2019

AUTOR: Bachiller Kathlen Stacy, GONZALESZUÑIGA SAMANEZ.

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	INDICADORES	ESCALA	METODOLOGÍA
<p>Problema General ¿Cuál es el impacto de la salud bucal con relación a la calidad de vida en los niños de 3 a 5 años en la I.E. 2020 Señor de los Milagros, San Martín de Porres, año 2019?</p>	<p>Objetivo General Determinar el impacto de la salud bucal con relación a la calidad de vida en los niños de 3 a 5 años de la I.E. 2020 Señor de los Milagros, San Martín de Porres, año 2019.</p> <p>Objetivos Específicos</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identificar el impacto de la salud oral en la calidad de vida de los niños. 2. Identificar el impacto de la salud oral de los niños en la calidad de vida de la familia. 3. Identificar la prevalencia de caries de infancia temprana de los niños de la muestra de estudio. 4. Identificar las lesiones traumáticas en tejidos duros en piezas anteriores de la muestra de estudio. 	<p>Hipótesis General Las enfermedades buco-dentarias tendrán un impacto negativo en la calidad de vida de los niños de 3 a 5 años evaluados en el estudio.</p>	<p>- Variable independiente Salud bucal</p> <p>- Variable dependiente Calidad de vida</p>	<p>- Con respecto a la variable independiente, se analizará la condición bucal de cada niño, que estará constituida por la condición bucal de caries dental, de traumatismo dentoalveolar y maloclusiones anteriores.</p> <p>- Con respecto a la variable dependiente, se efectuará 13 preguntas referidas a las dos dimensiones que se plantean en el estudio.</p>	<p>Nominal</p>	<p>Diseño No experimental - Descriptivo</p> <p>Nivel de Investigación Descriptiva</p> <p>Tipo Investigación Correlacional, Prospectivo, Transversal y Observacional</p> <p>Enfoque Cualitativo</p> <p>Población La población del estudio estará formada por 107 niños que estudian en la I.E. 2020 Señor de los Milagros, San Martín de Porres, en el primer semestre del año 2019.</p> <p>Muestra La muestra a utilizar será no aleatoria por conveniencia, estando formada por 102 pacientes niños de 3 a 5 años que asisten a la I.E. 2020 Señor de los Milagros, San Martín de</p>

	<p>5. Determinar la prevalencia de las maloclusiones anteriores de los niños de 3 a 5 años.</p>					<p>Porres en el primer semestre del año 2019, que cumplirán con los criterios de inclusión y exclusión.</p> <p>Técnica Estadística Para el procesamiento de los datos se utilizará una:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Estadística descriptiva ▪ Estadística Inferencial <p>Tanto para el procesamiento de los objetivos como para la información que se obtendrá en la ejecución del proyecto.</p>
--	---	--	--	--	--	---