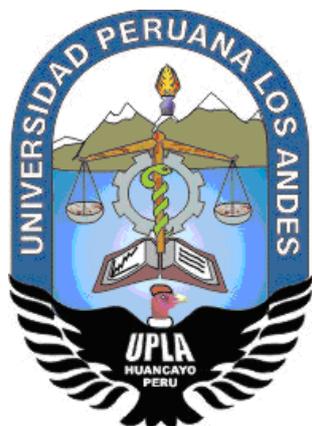


# UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES

## Facultad De Ciencias De La Salud

### Escuela Profesional De Odontología



## TESIS

- Título** : Impacto de la salud oral en la calidad de vida en niños de la Institución Educativa Inicial 336 - Ocopilla
- Para Optar** : El título profesional de Cirujano Dentista
- Autores** : Bach. AGUILAR CUEVA, Paulo César  
Bach. ASENCIOS FELIX, Rosy Rosalid
- Asesor** : Mg. ALIAGA OCHOA, Edgar Omar
- Linea de Investigación**
- Institucional** : Salud y gestión de la salud
- Fecha de inicio y culminación** : Del 08 de marzo al 06 de Agosto

Huancayo - Perú

2019

## **DEDICATORIA**

Con todo mi amor y a cariño a mi familia, al forjador de mi camino, mi padre celestial, el que me acompaña y siempre me levanta de mi continuo tropiezo.

**LOS AUTORES**

## **AGRADECIMIENTO**

A mis padres por ser los principales promotores de mis sueños, gracias a ellos por confiar cada día y creer en mí.

A todos los que confiaron en mí y a mis pacientes de clínica.

A Dios por la vida de mis padres, por bendecir mi vida con la oportunidad de estar con las personas que amo.

A la vida por este nuevo triunfo.

A las personas que me apoyaron y creyeron en la realización de esta tesis.

*Rosy y Paulo*

## **PRESENTACIÓN**

La caries dental tiene una alta incidencia en niños a nivel mundial y el progreso en la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de caries no se refleja en la salud bucal de niños y adolescentes. Se ha demostrado que la caries dental disminuye la calidad de vida al causar dolor y engendrar conductas alimentarias específicas y formas particulares de hablar o sonreír. Por lo tanto, se requieren tratamientos apropiados y confiables.

Varios autores han descrito mejoras definitivas en la calidad de vida relacionada con la salud oral (OHRQoL). Sin embargo, la mayoría de estos estudios no tuvieron en cuenta el efecto observado, ya que no había grupos de control apropiados. Por lo tanto, en este estudio, nuestro objetivo determinar la relación entre la calidad de vida y la salud oral de los niños de la Institución Educativa 336 – Ocopilla.

## CONTENIDO

### **CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

1.1. Descripción de la realidad del problema.....	10
1.2. Delimitación del problema.....	11
1.3. Formulación del problema.....	11
1.3.1. Problema general.....	11
1.3.2. Problema específico.....	12
1.4. Justificación.....	12
1.4.1. Social.....	12
1.4.2. Teórica .....	12
1.4.3. Metodológica.....	13
1.5. Objetivos.....	13
1.5.1. Objetivo general.....	13
1.5.2. Objetivo específico.....	13

### **CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO**

2.1. Antecedentes .....	14
2.2. Bases Teóricas o Científicos.....	26
2.3. Marco Conceptual .....	30

### **CAPÍTULO III: HIPÓTESIS**

3.1 Hipótesis general. ....	31
3.2 Hipótesis específico.....	31
3.3. Variables.....	32

### **CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA**

4.1 Método de investigación.....	33
----------------------------------	----

4.2 Tipo de investigación.....	33
4.3 Nivel de investigación.....	33
4.4 Diseño de la investigación.....	33
4.5 Población y muestra.....	34
4.6 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	35
4.7 Técnicas de procesamiento de datos.....	35
4.8 Aspectos éticos de la investigación.....	35

## **CAPÍTULO V: RESULTADOS**

5.1. Descripción de resultados.....	36
5.2. Contraste de Hipótesis.....	40
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	41
CONCLUSIONES.....	42
RECOMENDACIONES.....	43
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	44
ANEXOS.....	48

## CONTENIDO DE TABLAS

### **TABLA N°01:**

Distribución del sexo y edad de los niños de la Institución Educativa 336 - Ocopilla.....	36
---	----

### **TABLA N°02:**

Apreciación del encargado sobre el bienestar de los niños mediante el ECOHIS sobre la condición de vida asociada al sistema estomatognático en la Institución Educativa 336 - Ocopilla.....	38
---	----

### **TABLA N°03:**

Impacto en el sistema estomatognático sobre la calidad de vida mediante el ECOHIS según la sexo y edad en los niños de la Institución Educativa 336 – Ocopilla .....	39
--	----

## RESUMEN

**Objetivo:** Se determinó la asociación de la condición de vida y el sistema estomatognático niños de la Institución Educativa 336 - Ocopilla. **Materiales y métodos:** Investigación básica correlacional. La muestra encontrada fue 44 padres de niños de 3 a 5 años. El procesamiento de la información se llevó a cabo con la escala ECOHIS (Early Childhood Caries – ECC). **Resultado:** ECOHIS nos da un valor de 17.40, el cual reporta un impacto negativo en la calidad de vida. **Conclusiones:** Los valores fueron mayores en el área funcional y aspecto psicológico en el grupo de los niños y angustia de los padres de familia.

**Palabras clave:** Clase de vida, sistema estomatognático, infantes.

## ABSTRACT

Objective: The association of the condition of life and the stomatognathic system of the Educational Institution 336 - Ocopilla was determined. Materials and methods: Basic correlational research. The sample found was 44 parents of children aged 3 to 5 years. The information processing was carried out with the ECOHIS (Early Childhood Caries - ECC) scale. Result: ECOHIS gives us a value of 17.40, which reports a negative impact on the quality of life. Conclusions: The values were higher in the functional area and psychological aspect in the group of children and distress of the parents.

**Keywords:** Quality of life, oral health, children.

## **CAPÍTULO I**

### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

#### **1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA**

“Los reportes de Academia Americana de Odontopediatría (American Academy of Pediatric Dentistry) ha definido la caries en la primera infancia como "la presencia de uno o más caries desaparecidos ". En niños menores de 3 años de edad, cualquier signo de caries de superficie lisa es indicativo de caries severas en la primera infancia (S-ECC).”

Más allá de la angustia inmediata causada por el dolor de muelas, esta enfermedad también puede tener resultados negativos a largo plazo para la salud. La caries dental no tratado en la infancia y la primera infancia afectan en el desarrollo en general. Junto con estos efectos fisiopatológicos, ECC puede impactar sobre en la clase de vida relacionada con el sistema esomatognático. Como los padres, tutores que tienen la responsabilidad principal de sus niños en edad preescolar, ECC también puede afectarlos indirectamente, por

ejemplo, pérdida de trabajo e impacto financiero debido a tener que quedarse en casa para cuidar al niño.

Aunque hay informes internacionales sobre la OHRQoL de niños en edad preescolar, no se sabe nada sobre el efecto de la ECC en la OHRQoL entre los niños en edad preescolar en la ciudad de Huancayo.

Comprender el impacto de la caries dental en los niños pequeños y sus familias puede guiar el desarrollo del tratamiento y los protocolos preventivos como parte de la atención dental y planificación de servicios.

Por lo tanto, ¿Cuál es la asociación entre la condición de vida y la cavidad bucal de los niños en la Institución Educativa 336 - Ocopilla?

## **1.2. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA**

En las instituciones de menores de 3 a 5 años enfrentan problemas orales graves como caries dental y falta de orientación por falta de intervención y acceso a los programas de salud.

El deterioro de la salud bucal no solo afecta la función masticatoria sino también la salud en general.

Es por ello que para la realización del presente estudio se evaluará a los menores de la Institución Educativa 336 - Ocopilla.

## **1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

### **1.3.1. Problema General**

¿Cuál es la relación entre condición de vida y salud oral de los niños de la Institución Educativa 336 - Ocopilla?

### **1.3.2. Problemas Específicos**

- ¿Cuál es la relación entre condición de vida y salud oral de los niños, según la edad?
- ¿Cuál es la relación entre en la clase de vida y el sistema estomatognatico en infantes, según el sexo?
- ¿Cuál es la relación entre la clase de vida y salud oral de los niños y sus familias, según la edad y sexo del niño?

## **1.4. JUSTIFICACIÓN**

### **1.4.1. Social**

El efecto de esta enfermedad y demás enfermedades orales en los niños pequeños y sus familias, para poder guiar el desarrollo del tratamiento individual y colectivo. Por otro lado, puede ayudar a mejorar los protocolos y las estrategias preventivas como parte de la atención dental y planificación de servicios.

### **1.4.2. Teórica**

En la ciudad de Huancayo existe una gran cantidad de niños de 3 a 5 años, su vez existen pocos estudios en esta población relaciones a su salud oral. Los resultados del presente proyecto nos facilitara aumentar el conocimiento sobre la calidad de vida relacionada a la salud oral en niños.

### **1.4.3. Metodológica**

Para la recolección de datos del presente trabajo de investigación se utilizará el índice (ECOHIS), el cual esta validado en español y distintos idiomas, el cual ha sido usado en múltiples investigaciones relacionadas.

## **1.5. OBJETIVOS**

### **1.5.1. Objetivo General**

Determinar la relación entre la calidad de vida y la salud oral de los niños de la Institución Educativa 336 - Ocopilla.

### **1.5.2. Objetivos Específicos**

- Describir la asociación entre la calidad de vida y la salud oral en niños y sus familias, según la edad del niño.
- Describir la asociación entre la calidad de vida y la salud oral en niños y sus familias, según el sexo del niño.
- Describir la asociación entre la calidad de vida y la salud oral en niños y sus familias, según la edad y sexo del niño.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1 ANTECEDENTES**

“**Burgette J y col. (2017)** un programa de educación temprana financiado por el gobierno federal para niños menores de tres años y sus familias - sobre la calidad de vida relacionada con la salud bucal (OHRQoL). En este estudio cuasi-experimental, se entrevistaron a 479 EHS y 699 padres e hijos que no pertenecían al programa (edad media de los niños de 10 meses) y 24 meses más tarde. Una escala de 0-52 puntos con puntuaciones más altas que representan más impactos negativos. Se hallaron impactos negativos de OHRQoL.<sup>1</sup>”

“**Ramos-Jorge J y col. (2017)** determinaron el efecto de diferentes tipos de traumatismos dentales relacionada con la salud oral (OHRQoL) entre los niños de edad preescolar. Cuatrocientos cincuenta y nueve preescolares brasileños de 3 a 5 años de edad fueron sometidos a un examen oral, para la evaluación del trauma dental utilizando los criterios propuestos por Andreasen y col. (2007).

Los padres respondieron un cuestionario sobre la OHRQoL de los niños usando la Escala de Impacto de la Salud Bucodental en la Infancia (ECOHIS) y otro sobre las características sociodemográficas de los niños y sus familias. Los cuestionarios fueron enviados a los padres para ser contestados en casa. Los niños con decoloración oscura y fractura esmalte-dentina sin exposición a la pulpa tuvieron mayores puntuaciones ECOHIS que aquellos sin estas alteraciones. El análisis de regresión multivariable demostró que los niños en edad preescolar con decoloración oscura (PR 1,79; IC del 95% 1,24-2,58) y fractura esmalte-dentina sin exposición a la pulpa (PR 1,89; IC del 95%: 1,22-2,92) tuvieron un mayor impacto en la calidad de vida que aquellos sin estas alteraciones. Concluyendo que la decoloración oscura y la fractura esmalte-dentina sin exposición a la pulpa se asociaron con un impacto negativo en la vida de los preescolares.<sup>2</sup>

**“Collado V y col. (2017)** evaluaron el impacto de caries de la primera infancia (ECC) y su tratamiento bajo anestesia general sobre las funciones orofaciales y la calidad de vida en niños en edad preescolar. Se evaluaron las puntuaciones de disfunción y calidad de vida de 25 niños con ECC antes del tratamiento (T0), un mes (T1) y tres meses después del tratamiento (T2), utilizando la Prueba Nordic Orofacial TestScreening (NOT-S), respectivamente, en comparación con 16 niños sin caries. También se observó el número y la extensión de los contactos dentales inter-arco. La puntuación NOT-S preoperatoria mayor observada en niños con ECC disminuyó para alcanzar el nivel de control en T2. El elemento de masticación fue el más afectado en el grupo ECC a lo largo del estudio. La

puntuación media de ECOHIS también disminuyó significativamente después de la cirugía y las diferencias restantes entre ambos grupos ya no eran clínicamente relevantes. Además, en los niños con ECC, los valores de las superficies interfuncionales funcionales tienden a aumentar durante el período de seguimiento. Las funciones orofaciales y la calidad de vida, alteradas por ECC, podrían ser restauradas mediante un tratamiento conservador.<sup>3"</sup>

**Jankauskiené B y col. (2017)** analizaron longitudinalmente el impacto del tratamiento de la anestesia general dental de los niños pequeños (DGA) en su OHRQoL y determinar su estado de salud bucal postoperatorio en el seguimiento de seis meses junto con las calificaciones. Se realizó un estudio prospectivo de seguimiento de OHRQoL entre los niños lituanos tratados con anestesia general (n = 144). El estudio consistió en exámenes clínicos dentales realizados por dos examinadores en el momento de la DGA y en el recordatorio de seis meses, junto con las encuestas de OHRQoL y los datos recogidos de los archivos de los pacientes. El índice ceod y el índice de la placa de Silness-Loe sirvieron como medidas clínicas. La herramienta de la encuesta para evaluar la OHRQoL de los niños fue la versión lituana del ECOHIS. Las puntuaciones de ECOHIS disminuyeron claramente después de la operación, lo que indica una mejora significativa ( $p < 0,001$ ) en la OHRQoL infantil después del tratamiento con DGA. Las puntuaciones de ECOHIS fueron más bajas inmediatamente después del tratamiento con DGA y se mantuvieron bajas en el recuerdo de seis meses. Los padres calificaron el sistema estomatognático de su hijo como mayor después del tratamiento con DGA ( $p < 0,001$ ).<sup>4</sup>

**“Novaes T y col. (2017)** En su investigación los cambios después de tratamientos dentales de diversa complejidad en niños preescolares; se seleccionaron niños preescolares de 3 a 6 años; sus padres respondieron al ECOHIS en la línea de base. Los padres respondieron a ECOHIS nuevamente y una pregunta de transición global 30 días después de que los niños fueron tratados. El tipo de tratamiento recibido por los niños se clasificó según la complejidad, de la siguiente manera: 1) tratamiento no quirúrgico, 2) tratamiento restaurador y 3) tratamiento endodóntico y / o extracción dental. Las puntuaciones de cambio y el tamaño del efecto (ES) se calcularon para las puntuaciones totales, así como para considerar los diferentes tipos de tratamiento y las respuestas a las preguntas de transición global. De los 152 niños que completaron el estudio, el ECOHIS obtuvo un ES grande para las puntuaciones totales (0,89). Los niños mostraron valores de ES crecientes asociados con una mejor percepción de mejora, evaluados por la pregunta de transición global. La magnitud de la ES después del tratamiento se relacionó con la complejidad del tratamiento (0,53, 0,92 y 1,43, para niños que recibieron solo tratamiento no quirúrgico, tratamiento restaurador y tratamiento endodóntico y / o extracción dental, respectivamente). Concluyendo que los padres cuyos hijos requieren tratamientos dentales más complejos tienen más probabilidades de percibir cambios relacionados con el tratamiento en OHRQoL evaluados con el ECOHIS.<sup>5”</sup>

**“Perazzo M y col. (2017)** evaluaron la asociación entre el sistema estomatognático en edad preescolar de acuerdo con los autoinformes y los

informes de los padres/cuidadores. Se realizó un estudio transversal en una escuela con 769 niños en edad preescolar y sus padres/cuidadores. La OHRQoL se evaluó utilizando la Escala de resultados de salud bucal para niños de cinco años (SOHO-5). Según la regresión logística para muestras complejas, se encontró que las siguientes variables estaban asociadas con una OHRQoL más pobre en la versión principal/cuidadora: dolor de muelas (OR = 6.77; IC del 95%: 3.95-11.59); consecuencias de la caries dental no tratada (OR = 2.69; IC 95%: 1.27-5.70); y mordida abierta anterior (OR = 2.01; IC 95%: 1.13-3.56). Las siguientes variables se asociaron con OHRQoL más deficiente en la versión de autoinforme del niño: dolor de muelas (OR = 3.34; IC 95%: 2.11-5.29); lesiones cavitadas (dientes anteriores) (OR = 2.20; IC 95%: 1.26-3.84); ocurrencia de lesión dental traumática (OR = 1,77; IC 95%: 1,19-2,61); y mordida abierta anterior (OR = 1.95; IC 95%: 1.16-3.29). Concluyeron que los niños con caries dental (o sus secuelas) tenían OHRQoL más pobre. Haber experimentado una lesión dental traumática y tener una maloclusión también se asoció con un OHRQoL más pobre.<sup>6</sup>

**“Gonçalves B y col. (2017)** evaluaron el impacto del trauma dental y la estética deteriorada. Estudio realizado con 192 niños de 2 a 5 años en 11 centros preescolares en Florianópolis, Santa Catarina, sur de Brasil. Los cuidadores completaron un balotario sobre la clase de vida (versión brasileña de las escalas de impacto en la salud oral en la primera infancia, B-ECOHIS), una encuesta socioeconómica, y luego respondieron preguntas específicas relacionadas con el trauma dental. Los sujetos fueron examinados por tres examinadores de acuerdo

(Kappa > 0.7). El trauma dental se evaluó sobre la base de los índices adoptados por la Organización Mundial de la Salud, y luego se clasificó el deterioro estético. La prevalencia de trauma dental fue del 62.5% con 15.6% de deterioro estético. Casi el 12% de los padres reportaron impacto en la calidad de vida de sus hijos. El trauma dental no se asoció significativamente con el género, la edad o la CV. El cambio del color de la corona por trauma se asoció con deterioro estético. También el deterioro estético tuvo un impacto negativo en la calidad de vida ( $p < 0.05$ ) y se asoció con limitaciones orales ( $p < 0.05$ ). Concluyendo que el deterioro estético tuvo un efecto negativo en la calidad de vida de los niños, mientras que el trauma dental no se asoció”.<sup>7</sup>

“**Chaffee B y col. (2016)** cuantificaron la asociación relativa entre la experiencia de la caries dental infantil y la calidad de vida relacionada con la salud bucodental según la educación durante la maternidad (OHRQoL); examinaron la asociación con el estatus socioeconómico de la familia (SES); y exploraron si la OHRQoL varía según el SES de la familia en condiciones similares en relación a los niveles de experiencia de la caries del niño. Este estudio fue un análisis transversal de niños en el sur de Brasil (N = 456, edad media: 38 meses). El impacto de OHRQoL se cuantificó como la puntuación media y comparada con categorías de caries de experiencia. Las categorías se calcularon utilizando el modelo de regresión, en general y en el ámbito socioeconómico estratos definidos por la educación materna, la clase social y el ingreso familiar. Se concluye que si existió relación en las caries con el ritmo de vida .<sup>8</sup>”

**Nemati Sy col. (2016)** este estudio determinó el efecto de la salud oral y dental de los preescolares en su condición de vida. En este estudio descriptivo-transversal se solicitó a 304 madres de niños de 2 a 5 años de Babol, Irán, que completarán un cuestionario. Los puntajes más altos para ECOHIS indican más problemas orales y una menor calidad de vida relacionada con la salud oral. La información demográfica y los índices ceod de los niños fueron documentados. La puntuación media de ECOHIS fue de  $6,65 \pm 3,57$ , y la puntuación media de ceod fue de  $4,39 \pm 3,68$ . Se observó una correlación alta ( $r = 0,725$ ) entre la puntuación ceod y la puntuación ECOHIS ( $p < 0,001$ ). Concluyendo en que el sistema estomatognático y dental de infantes influyó en la condición de vida de familiares y tutores. Presento una asociación entre el ceod y condición de vida y el sistema estomatognático.<sup>9</sup>

**Li L y col. (2016)** evaluaron como los procedimientos dentales bajo topicación afectan la calidad de vida. Pacientes pediátricos, que habían recibido tratamientos dentales bajo GA, se inscribieron y se les pidió completar el cuestionario antes del tratamiento y 1 mes después del tratamiento. Para proteger los impactos observados, se revisó a un grupo control. En ambos grupos, los ítems de sueño con problemas y el dolor oral/dental tuvieron el puntaje más alto, mientras que evitando sonreír o reír y evitar hablar tuvo un puntaje más bajo antes del tratamiento. La puntuación media total en los 2 grupos fue 13,1 y 13,7, respectivamente, y no hubo diferencia estadística significativa ( $P > 0,05$ ). Sin embargo, la puntuación media total fue de 1.9 en el grupo experimental después del tratamiento y menor en comparación con el grupo control (1.9 vs. 4.7, P

<0.001). La mayoría de los ítems en ambos grupos tuvieron un tamaño de efecto aparente y el efecto medio total en el grupo experimental fue mayor que en el grupo control (85,5% frente a 65,7%,  $p < 0,001$ ). Por lo tanto, el tratamiento dental en GA podría proporcionar una mejor calidad de vida de restauración en comparación con el tratamiento en múltiples visitas.<sup>10</sup>

**Weckwerth SA y col (2016)** evaluaron la percepción de la caries en los padres en niños con discapacidad intelectual. Este estudio transversal se realizó con escolares de 6 a 14 años: Grupo 1 (50 niños diagnosticados con discapacidad intelectual) y Grupo 2 (50 niños sin ella). La caries dental fue evaluada por los criterios de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para la dentadura. La percepción psicosocial de los padres fue evaluada por la Escala de Impacto de la Salud Bucodental en la Infancia (ECOHIS). Se encontró una prevalencia similar de niños sin caries entre los grupos en ambas denticiones.

En la dentición primaria el índice de caries fue mayor en el grupo 2, y lo contrario ocurrió en dientes permanentes. El grupo 1 presentó un mayor impacto ( $p < 0,05$ ) en la dimensión beber, comer y pronunciar, mientras que en el grupo 2 hubo mayor impacto ( $p = 0,01$ ) en el dolor, el sueño, la irritación, la sonrisa y las finanzas familiares. La caries en la percepción de los familiares entre la clase de vida en relación con el sistema estomatognático en infantes con discapacidad mental.<sup>11</sup>

**“Wong S y col (2016)** evaluaron los cambios que se presentaron al servicio de urgencias con las consecuencias de la caries dental no tratada que requirió

extracciones dentales bajo anestesia general (DEGA). Doscientos veintiún niños en edad preescolar sanos, que requirieron DEGA de emergencia, fueron evaluados durante un período de 12 meses. El mismo padre o cuidador completó el cuestionario ambos, antes de la DEGA y en la visita post-tratamiento de 2 semanas. Resultados. El ECOHIS disminuyó significativamente ( $P < 0,001$ ) después de DEGA de emergencia. La mayor disminución en la prevalencia después de emergencia DEGA se observó para los elementos de dolor en los dientes, problemas para dormir, ser irritado o frustrado, la dificultad para beber alimentos, y los padres están trastornados.<sup>12</sup>

**Born CD y col (2016)** examinaron la calidad de vida relacionada con la salud bucodental de los niños en edad preescolar (OHRQoL) en padres e hijos de habla inglesa e hispana en Carolina del Norte y se buscó cuantificar la asociación de las características de padre /cuidador, Incluyendo el lenguaje hablado, con impactos de OHRQoL. Los padres de niños de edades comprendidas entre 6-23 meses matriculados en el estudio Zero-Out Early Childhood Caries en 2010-2012 fueron entrevistados. La OHRQoL se midió usando la puntuación global (rango: 0-52) en la Primera Infancia (ECOHIS). Se examinaron las asociaciones con las características sociodemográficas de los padres, el lenguaje hablado, la autoadministración de salud oral y general, el conocimiento de la salud oral, la asistencia dental de los niños y las necesidades de atención dental. El puntaje promedio de ECOHIS total fue de 3,9 [intervalo de confianza del 95% (IC) 5 3,6-4,2]; 4,7 entre los hispanohablantes y 1,5 entre los españoles. En los análisis multivariados, la educación de los cuidadores

mostró una asociación positiva con los impactos de la OHRQoL entre los hispanohablantes [tasa de prevalencia (RP) 5 1,12 (IC del 95% 5 1,03-1,22), por cada año adicional de escolaridad] La salud mostró una asociación positiva entre los hablantes de inglés (PR 5 1,20; IC del 95%: 5 1,02-1,41). Concluyendo que la severidad general de los impactos de ECOHIS fue baja entre esta muestra poblacional de jóvenes y preescolares, y sustancialmente menor entre los hispanohablantes.<sup>13</sup>

**“Corrêa-Faria P y col (2016)** investigaron el impacto de la caries dental. Se realizó un estudio transversal con 646 niños de 2 a 6 años de edad en Diamantina, Brasil. Los examinadores dentales calibrados realizaron los exámenes orales. Los padres contestaron la versión brasileña de la Escala de Impacto de la Salud Bucodental en la Infancia (B-ECOHIS). Los niños con caries dental (PR: 1,92; IC del 95%: 1,56-2,35) y los de 5 años (PR 1,51; IC del 95%: 1,13-2,02) y 6 años (PR 1,51; IC del 95%: 1,02-2,23) tenían más probabilidades de tener un impacto negativo en la calidad de vida en el B-ECOHIS total. Concluyeron que la los desórdenes dentarios y la caries no causaron un impacto negativo<sup>14”</sup>

**Vieira-Andrade RG y col (2015)** evaluaron el impacto de la lesión dental traumática (TDI). Se realizó un estudio de casos y controles basado en la población con una muestra representativa de 335 niños de 3 a 5 años de edad, matriculados en preescolares públicos y privados en la ciudad de Campina Grande, Brasil. El grupo de casos y el grupo de control fueron emparejados por

edad, sexo, tipo de preescolar e ingreso mensual del hogar en una proporción de 1: 4 (67 casos y 286 controles). Se evaluó la aparición de TDI se determinó a través de exámenes clínicos. Las respuestas más frecuentes fueron "dolor de sensación" (19,4%) y "dificultad para comer" (16,4%). La prevalencia de TDI fue del 37,3% en el grupo de casos y del 33,9% en el grupo de control. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de casos y controles en cuanto a la presencia de TDI (odds ratio = 1,16; IC del 95%: 0,66-2,02). El TDI no tuvo impacto en la calidad de vida de los niños en edad preescolar.<sup>15</sup>

**Costa FDS y col. (2015)** investigaron la influencia de la depresión y la ansiedad en las madres jóvenes sobre su percepción en relación con la calidad de vida relacionada con la salud oral (COHRQoL). Se realizó un estudio transversal en Pelotas, Sur de Brasil, y se comparó con un estudio de cohorte de madres adolescentes con atención prenatal en el servicio de salud pública, a partir del 2008. Cuando los niños tenían entre 24 y 36 meses, sus madres fueron entrevistadas y sometidas a un examen clínico. Se recolectaron evaluaciones socioeconómicas, educativas, conductuales y psicológicas en la entrevista y el examen oral evaluó caries y sangrado gingival (en madres); y caries y trauma dental (en niños). El resultado en el presente estudio fue la ocurrencia de impacto en COHRQoL (ECOHis $\geq$ 2), es decir, la presencia de al menos un ítem ECOHis informado ocasionalmente (puntuación 2), a menudo (puntuación 3) o muy a menudo (puntuación 4). Concluyendo que COHRQoL más pobre se asoció con depresión y ansiedad materna.<sup>16</sup>

**Abanto J y col. (2015)** evaluaron el impacto de la presencia de lesiones dentales traumáticas (TDI) y maloclusiones, así como su gravedad y tipos, respectivamente, en la OHRQoL de los niños en edad preescolar. El estudio se realizó en 1215 niños de 1 a 4 años que asistieron al Día Nacional de Vacunación Infantil en Diadema, Brasil. Los padres respondieron a la versión brasileña de la Escala de Impacto de la Salud Bucodental en la Infancia (B-ECOHIS) y a las condiciones sociodemográficas. Los modelos multivariados ajustados mostraron asociaciones entre algunos dominios individuales del B-ECOHIS y condiciones clínicas y sociodemográficas ( $P < 0.05$ ). La gravedad de TDI mostró un impacto negativo en el dominio de los síntomas y el dominio de la auto-imagen / interacción social ( $P < 0,05$ ). Los niños con TDI complicado tenían más probabilidades de cambios negativos en el estudio de B-ECOHIS ( $PR = 2,10$ ;  $P = 0,048$ ). Concluyendo que la presencia de TDI complicada y de caries dental se asoció con un peor índice OHRQoL de niños preescolares brasileños, mientras que las maloclusiones no lo hicieron.<sup>17</sup>

**“Gomes MC y col (2015)** El sistema estomatognático y sus hijos fueron determinadas por las respuestas a la siguiente pregunta: "¿Cómo describiría la salud bucal de su hijo?"; tres examinadores realizaron exámenes orales en los niños ( $K = 0.85-0.90$ ). Se realizaron estadísticas descriptivas analíticas, seguido de regresión logística para muestras complejas ( $\alpha = 5\%$ ). Las siguientes variables se asociaron significativamente con la percepción de los padres sobre la salud bucal de los niños: la percepción de los padres de la salud general como

pobres (OR = 18,25; IC del 95%: 3,36-98,96), impacto negativo en la OHRQoL de la familia (OR = 13,82; -44.72), el niño de 5 años (OR = 7,40; IC del 95%: 1,49-36,63) y la interacción entre historia de dolor de muelas y caries dental (OR = 10,02; IC del 95%: 1,17-85,61).<sup>18</sup>

## **2.2 BASES TEÓRICAS**

### **Calidad de vida**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la calidad de vida como “la posición de las personas en la vida en el contexto de la cultura y los sistemas de valores en que viven y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones” (OMS 1993).<sup>3</sup>

### **Condiciones de vida**

En las últimas 3 décadas, se han desarrollado indicadores subjetivos de salud oral para evaluar la condición de vida del profesional sobre el tratamiento exitoso y el impacto de la enfermedad (Slade y Spencer 1994; Leao y Sheiham 1995). El desarrollo de estas medidas representa un cambio de paradigma hacia un enfoque centrado en el individuo para la atención de la salud oral (Sischo y Broder, 2011). Este cambio está respaldado por 2 cambios importantes. Primero, hay una mayor participación de los pacientes en las decisiones clínicas, lo que puede atribuirse a un aumento en los niveles de conocimiento debido a un mayor nivel educativo y disponibilidad de información (Vahdat et al. 2014). En segundo lugar, la importancia y contribución de los indicadores.

El reconocimiento del estado de salud oral de forma subjetiva en la evaluación de necesidades y la planificación de los servicios de atención médica (Sischo y Broder, 2011). Además, una definición clínica de tratamiento o cura exitosa puede ser diferente de las expectativas de los individuos (Slade y Spencer 1994). El perfil de impacto en la salud bucal 14 (OHIP-14) (Slade y Spencer 1994) y el impacto oral en el rendimiento diario (OIDP) (Adulyanon et al.1996) son los 2 indicadores más utilizados del estado de salud oral subjetivo dentro de la epidemiología oral. Aunque estas medidas se desarrollaron para evaluar el estado de salud oral subjetivo, se usan comúnmente como medidas de la calidad de vida relacionada con la salud oral (OHRQoL, Locker y Allen 2007).

Las medidas de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) se desarrollaron para evaluar los impactos físicos, psicológicos y sociales de las condiciones de salud en el bienestar de las personas. Una consideración importante al estudiar las condiciones del sistema estomatognático en la calidad de vida son las diferencias entre las medidas genéricas y específicas de la enfermedad de la CVRS. Si bien hay una superposición entre los constructos medidos por estas herramientas, en comparación con las medidas genéricas, los instrumentos específicos de la enfermedad tienden a tener mayor validez discriminante y propiedades de respuesta (Allen 2003). En este sentido, las medidas específicas de la enfermedad son particularmente útiles cuando se requiere una mayor sensibilidad a la condición de interés de la salud oral. Por otro lado, los instrumentos genéricos pueden establecer el impacto de las condiciones de salud bucal en relación con las percepciones generales de

salud, lo que permite realizar comparaciones entre enfermedades de diferentes naturalezas (Feeny et al. 2013). Pueden generar medidas de salud estandarizadas e índices de utilidad de salud, que son útiles en evaluaciones económicas de salud y pueden simplificar la comprensión de los resultados de la carga de salud y la CVRS para políticas de salud.

Fabricantes (Brennan 2013). En este sentido, los instrumentos genéricos pueden representar diferentes dominios de conocimiento para una comprensión más amplia de las condiciones del sistema estomatognático oral en la calidad de vida.<sup>4</sup>

### **Early Childhood Oral Health Impact Scale - ECOHIS**

Los niños menores de seis años de edad son especialmente vulnerables, incomodidad temporal de la dentición, traumatismo en los dientes y estructuras de soporte, y la primera infancia.

La caries, a pesar de los regímenes preventivos recientes y los métodos avanzados de diagnóstico temprano, sigue siendo una enfermedad infantil prevalente en todo el mundo. De hecho, la caries dental es la enfermedad crónica más común en los niños.

Los problemas de salud oral pueden tener un efecto negativo en el bienestar funcional, psicológico y social de un niño pequeño y, a su vez, en la familia en general. El impacto de tales problemas puede manifestarse como dolor, pérdida de función, efectos psicológicos, problemas con el aumento de peso y

crecimiento adecuados, restricción de las actividades diarias, y alteración del funcionamiento familiar normal.

Aunque las manifestaciones clínicas son de importancia fundamental, el impacto físico y psicosocial de la enfermedad oral no puede evaluarse solo con estos parámetros.

Recientemente, los profesionales de la salud han comenzado a incorporar en la evaluación de la salud oral las percepciones de los pacientes sobre cómo su salud oral afecta su calidad de vida.

Se han diseñado varios instrumentos de calidad de vida relacionados con la salud oral (OHRQoL) para evaluar el impacto de los problemas de salud oral, algunos de los cuales se centran en la pediatría, estos incluyen el Cuestionario de Percepciones de los Padres y Cuidadores (P-CPQ), la QoL infantil y de niños pequeños (ITQoL), el perfil de impacto en la salud bucal infantil (COHIP), desempeño diario del impacto oral del niño (childOIDP), cuestionario de percepción del niño (CPQ) y Caries-QC. Sin embargo, no fue hasta 2007, cuando Pahel et al. desarrollaron la Escala de Impacto en la Salud Bucal en la Primera Infancia (ECOHIS), que fue diseñado especialmente para niños pequeños.<sup>5</sup>

El ECOHIS evalúa el impacto de los problemas de salud oral tanto en niños pequeños como en sus familias. Debido a que los preescolares no han alcanzado un desarrollo y a nivel psicológico que les permite recordar eventos pasados y dar cuenta de experiencias personales, el cuestionario está diseñado

para cuidadores adultos, que pueden relacionar mejor el impacto de la salud oral en la vida del niño.<sup>6</sup>

El ECOHIS ha tenido un buen desempeño y ha demostrado buena confiabilidad y validez. La escala se ha traducido a varios idiomas y se ha probado y validado en diversas poblaciones con resultados prometedores. La primera traducción fue al francés, seguida del chino, portugués brasileño, español, lituano, y malayo. En Oriente Medio, se ha traducido al farsi y al turco.<sup>8</sup>

## **2.3 MARCO CONCEPTUAL**

### **Calidad de vida**

“Condición de las personas en la vida en el contexto de la cultura y los sistemas de valores en que viven y en relación con sus objetivos, posibilidades, patrón y desasosiego”.<sup>3</sup>

### **Sexo**

Identidad sexual de los seres vivos.

### **Edad**

“Periodo en el que transcurre la vida de un ser vivo desde su nacimiento”.

## **CAPÍTULO III**

### **HIPÓTESIS**

#### **3.1 Hipótesis General**

Existe asociación entre la calidad de vida y la salud oral de los niños de la Institución Educativa 336 - Ocopilla.

#### **3.2 Hipótesis Específicas**

- Existe asociación entre la calidad de vida y la salud oral en niños y sus familias, según la edad del niño.
- Existe asociación entre la calidad de vida y la salud oral en niños y sus familias, según el sexo del niño.

### 3.3 Variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	TIPO DE VARIABLE	VALORES	ESCALA
CALIDAD DE VIDA	Condiciones en que vive una persona que hacen de su existencia sea placentera.	Percepción de la cavidad bucal.	ECOHis	Cualitativa	Nunca (0), Casi nunca (1), A veces (2), A menudo (3), Muy a menudo (4)	Ordinal
		Percepción de la cavidad bucal.			Nunca (0), Casi nunca (1), A veces (2), A menudo (3), Muy a menudo (4)	
		Percepción de la cavidad bucal.			Nunca (0), Casi nunca (1), A veces (2), A menudo (3), Muy a menudo (4)	
SEXO	Peculiaridades que caracterizan los individuos de una especie.	Rasgos masculino, femenino.	DNI	Cualitativa	Masculino (0) Femenino (1)	Nominal
EDAD	Mención del tiempo transcurrido desde el nacimiento de una persona..	Etapas de vida.	DNI	Cualitativa	3 años 4 años 5 años	Ordinal

## **CAPÍTULO IV**

### **METODOLOGÍA**

#### **4.1 Método de investigación:** Método Científico – cuantitativa.

Según Hernández, refiere que “la investigación científica se concibe como un conjunto de procesos sistemáticos y empíricos que se aplican al estudio de un fenómeno; es dinámica, cambiante y evolutiva. Se puede manifestar de tres formas: cuantitativa, cualitativa y mixta.”

#### **4.2 Tipo de investigación:** Observacional.

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

#### **4.3 Nivel de investigación:** Descriptivo.

“El análisis estadístico, es univariado porque solo describe o estima parámetros en la población de estudio a partir de una muestra”

#### **4.4 Diseño de investigación:** Transversal.

Todas las variables son medidas en una sola ocasión.

## 4.5 Población y muestra

### Población

La población estuvo conformada 150 por estudiantes de 3 a 5 años de la Institución Educativa Inicial 336 – Ocopilla.

### Muestra

Hallando como resultado 44 estudiantes.

$$n = \frac{S^2}{\frac{\epsilon^2}{Z^2} + \frac{S^2}{N}}$$

DONDE:

n= tamaño necesario de la muestra.

$Z^2$  = margen de confiabilidad o número de unidades de desviaciones estándar en la distribución normal que producirá el nivel deseado de confianza (para una confianza de 95% o un  $\alpha = 0.05$ ,  $Z = 1.96$ ; para una confianza de 99% o un  $\alpha = 0.01$ ,  $Z = 2.58$ )

S= desviación estándar de la población (conocida o estimulada a partir de anteriores estudios o de una prueba piloto).

$\epsilon$  = error o diferencia máxima entre media muestral y la media de la población que se disputa a aceptar con el nivel de confianza que se ha definido.

### CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Niños de 3 a 5 años.
- Niños de padres que firmen el consentimiento informado.
- Infantes de ambos sexos.

- Niños que firmen el asentimiento informado.

### **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

- Niños con patologías psicológicas y mentales.
- Niños no colaboradores.

#### **4.6 Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

La técnica empleada fue el uso de la ficha de recolección de datos ECOHIS validado al español (Anexo 1) que contenía la variable principal y las covariables del estudio.

#### **4.7 Técnicas de procesamiento y análisis de datos**

La elaboración de la base de datos se realizó en un programa estadístico utilizando el programa Microsoft office Excel para luego ser procesado en un paquete estadístico SPSS.

##### **Análisis Descriptivo**

La información se presentará en tablas y barras, gráficos mostrando el número, frecuencia y porcentaje.

##### **Análisis inferencial:**

Se utilizó prueba estadística U de Mann-Whitney.

#### **4.8 Aspectos éticos de la investigación**

Los niños y padres fueron informados de manera verbal cual es el objetivo de este estudio y de la metodología del estudio, se les indicó un compromiso de confidencialidad de sus datos por parte del investigador y se les solicitó la autorización correspondiente a través de la firma del consentimiento Informado y asentimiento informado.

## CAPÍTULO V

### RESULTADOS

#### 5.1 DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS

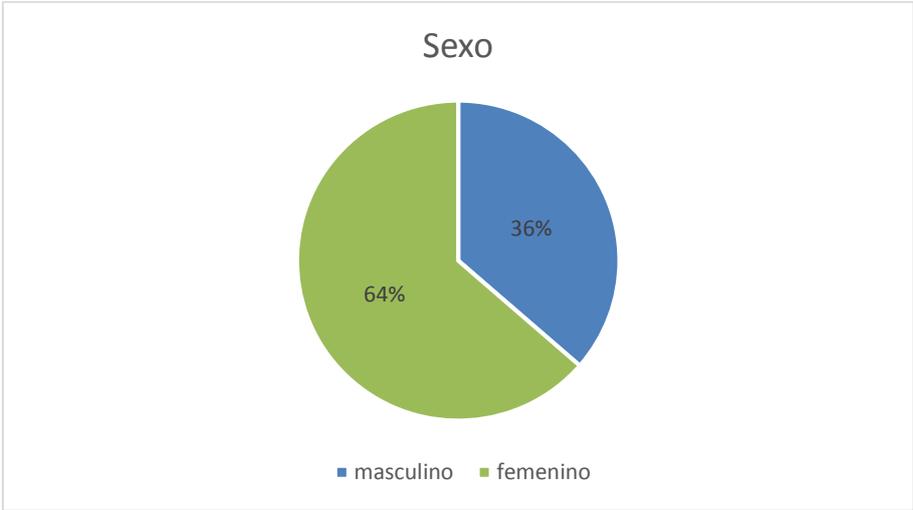
**TABLA N° 01. Distribución del sexo y edad de los niños de la Institución Educativa 336 - Ocopilla.**

	n	%
<b>SEXO</b>		
Masculino	16	36,4
Femenino	28	63,6
<b>EDAD DEL NIÑO</b>		
3 años	23	52,3
4 años	09	20,4
5 años	12	27,3

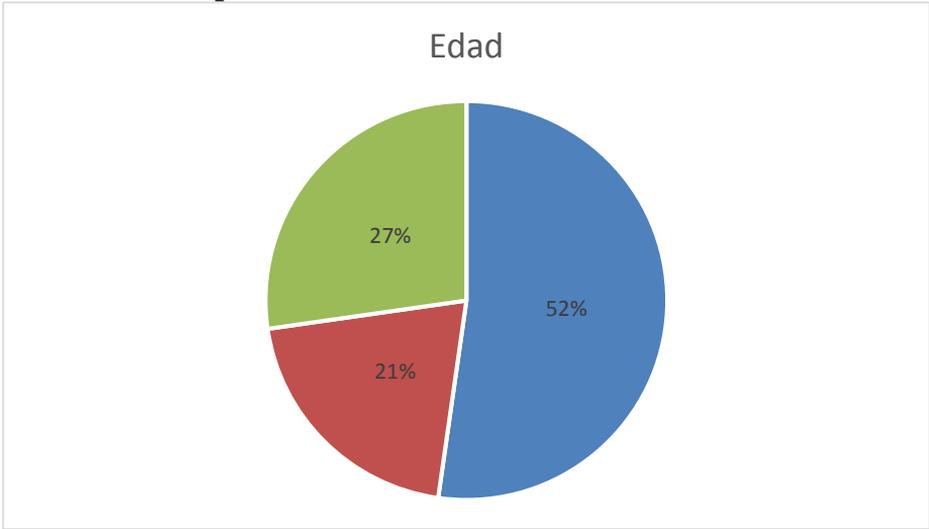
**Interpretación:**

Se observa que, del total de los niños, el 36,4% son del sexo masculino y 63,6 del sexo femenino. En relación a la edad; el 52,3% son de 03 años; 20,4% de 04 años y 27,3% de 05 años.

**GRÁFICO N° 01. Distribución de infantes según sexo de la Institución Educativa 336 - Ocopilla.**



**GRÁFICO N° 02. Distribución de la edad de los niños de la Institución Educativa 336 - Ocopilla.**



**TABLA N° 02. Apreciación del encargado sobre el bienestar de los niños mediante el ECOHIS sobre la condición de vida asociada al sistema estomatognático en la Institución Educativa 336**

ESCALA DEL IMPACTO EN LA SALUD BUCAL- ECOHIS	Nunca	Casi nunca	A veces	A menudo	Muy a menudo
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
<b>IMPACTO EN EL NIÑO</b>					
1. Dolor en los dientes, boca o mandíbula	19 (43,1)	07(15,9)	13 (29,5)	05 (11,3)	0 (0)
2. Dificultades para tomar bebidas calientes o frías	18 (40,9)	16 (36,3)	08 (18,1)	02(4,5)	0 (0)
3. Dificultades para comer algunos alimentos	19 (43,1)	07 (15,9)	16 (36,3)	02 (4,5)	0 (0)
4. Dificultades para pronunciar algunas palabras	22 (50)	08 (18,1)	11 (25)	0 (0)	3 (6,1)
5. Pérdida de días de asistencia a su actividad preescolar, guardería o escuela.	31 (70,4)	07 (15,9)	06 (13,6)	0 (0)	0 (0)
6. Problemas para dormir	28 (63,6)	04 (9,1)	10 (22,7)	01 (2,3)	01 (2,3)
7. Ha estado enojado o frustrado	25 (56,8)	07 (15,9)	11 (25)	0 (0)	01 (2,3)
8. Ha evitado sonreír	32 (72,7)	08 (18,1)	02 (4,5)	01 (2,3)	01 (2,3)
9. Ha evitado hablar	29 (65,9)	08 (18,1)	06 (13,6)	0 (0)	01 (2,3)
<b>IMPACTO EN LA FAMILIA</b>					
10. Usted u otro miembro de la familia ha estado preocupado	20 (45,5)	06 (13,6)	11 (25)	07 (15,9)	0 (0)
11. Usted u otro miembro de la familia se ha sentido culpable	21 (47,7)	08 (18,1)	12 (27,3)	02(4,5)	01 (2,3)
12. Usted u otro miembro de la familia ha ocupado tiempo	27 (61,3)	04 (9,1)	10 (22,7)	02 (4,5)	01 (2,3)
13.Han tenido un impacto económico en su familia	29 (65,9)	07 (15,9)	07 (15,9)	01 (2,3)	0 (0)

### Interpretación:

En relación a la escala del impacto de la calidad de vida en la salud bucal en el impacto del niño se observa que casi nunca han sido comprometidos, en el ítem las dificultades para comer algunos alimentos fueron comprometido a veces (36,3%), al igual que las dificultades para pronunciar algunas palabras (25%) y con el ítem de ha estado enojado o frustrado. En relación al impacto en la familia se observa que casi nunca han sido comprometidos, en el ítem usted u otro miembro de la familia ha estado preocupado fue comprometido a veces (25%) al igual que usted u otro miembro de la familia se ha sentido culpable (27,3%).

**TABLA N° 03. Condición en el sistema estomatognático sobre la clase de vida mediante el ECOHIS según la sexo y edad en los niños de la Institución Educativa 336 – Ocopilla.**

CLASE DE VIDA EN LA SALUD BUCAL SEGÚN DOMINIOS								
n (%)	CONDICIÓN EN EL NIÑO				CONDICIÓN EN LA FAMILIA			Total
	Síntomas orales	Limitación funcional	Aspectos psicológicos	Autoimagen/interacción social	Angustia de los padres	Función familia		
<b>SEXO</b>								
Femenino	28 (63,6)	1,48 (1,17)	4,80 (4,08)	2,52 (2,24)	2,11 (2,19)	3,23 (1,94)	2,66 (1,91)	17,20 (12,48)
Masculino	16 (36,4)	1,53 (1,07)	4,90 (4,07)	2,43 (2,14)	2,15 (2,20)	3,20 (2,05)	2,42 (2,14)	17,41 (12,29)
Valor p	<b>0,02*</b>	0,90	0,85	0,81	0,70	0,657	0,25	0,65
<b>EDAD</b>								
03 años	25 (52,3)	1,46(1,10)	5,27 (4,20)	2,40 (2,64)	2,16 (2,31)	3,13 (2,41)	3,40 (2,64)	20,54 (13,82)
04 años	09 (20,4)	1,66 (1,12)	3,60 (4,12)	2,71 (2,21)	3,82 (2,16)	3,55 (2,75)	3,33 (2,81)	19,41 (14,01)
05 años	12 (27,3)	1,11 (1,13)	5,79 (4,16)	2,80 (2,21)	2,87 (2,27)	2,24 (1,17)	2,34 (1,10)	12,33 (13,15)
Valor p	<b>0,04*</b>	0,53	0,85	0,28	0,21	0,63	0,39	0,25

\* U de Mann-Whitney ( $p < 0,05$ )

**Interpretación:**

En relación a la calidad de vida relacionada al sexo existe una diferencia estadísticamente significativa en el total y los en los ítems ( $p = 0,02$ ), también existe diferencia estadísticamente significativa en relación a la edad ( $p = 0,04$ ).

## 5.2. CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS

Planteamiento:

- Nivel significancia o riesgo: 0.05
- Utilización del estadístico de prueba: U de Mann-Whitney.
- Lectura del P. valor: 0.02 y 0.04
- Decisión estadística: Existe una diferencia estadísticamente significativa en el total y los en los ítems ( $p = 0,02$ ), también existe diferencia estadísticamente significativa en relación a la edad ( $p = 0,04$ ).
- Conclusiones estadísticas: Hay asociación estadísticamente significativa entre la calidad de vida relacionada a la salud bucal con respecto a la edad y el sexo.

## **ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS**

En trabajo de investigación se evaluó a 44 padres de niños que asisten a la Institución Educativa Inicial 336 – Ocopilla de la ciudad de Huancayo.

Los infantes evaluados coinciden con Abanto y col. (2016)<sup>15</sup>. Los controles evaluados por los especialistas por lo general al primer año.

Los diversos trabajos de investigación coinciden con el cuestionario ECOHIS.<sup>3,5,6</sup>.

La condición de vida fue negativa en la mayoría de los aspectos de su vida.

## **CONCLUSIONES**

1. El cuestionario ECOHIS en la condición de vida fue extenso.
2. El impacto en la calidad de vida relacionada a la salud bucal en niños de 3 a 5 años y su entorno es significativo en relación al sexo.
3. El impacto en la calidad de vida relacionada a la salud bucal en niños de 3 a 5 años, es significativo asociado con la edad.

## **RECOMENDACIONES**

1. Realizar sesiones de sensibilización a los padres de los niños desde los primeros años de vida.
2. Realizar un trabajo holístico desde la primera infancia.
3. Realizar reporte de patologías más frecuentes de la cavidad bucal articulado con los programas preventivos del Minsa.
4. La política de salud bucal es un derecho del niño en base a ello formular trabajos de investigación en favor del niño.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Villena R, Pachas F, Sánchez Y, Carrasco M. Prevalencia de caries de infancia temprana en niños menores de 6 años de edad, residentes en poblados urbano marginales de Lima Norte. *Rev Estomatol Herediana*. 2011;21(2):79-86.
2. Ramos-Jorge J, Sá-Pinto AC, Almeida Pordeus I, Martins Paiva S, Castro Martins C, Ramos-Jorge ML. Effect of dark discolouration and enamel/dentine fracture on the oral health-related quality of life of pre-schoolers. *Eur Arch Paediatr Dent*. 2017;18(2):83-89.
3. Collado V, Pichot H, Delfosse C, Eschevins C, Nicolas E, Hennequin M. Impact of early childhood caries and its treatment under general anesthesia on orofacial function and quality of life: A prospective comparative study. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2017-1;22(3):e333-e341.
4. Jankauskienė B, Virtanen JI, Narbutaitė J. Follow-up of children's oral health-related quality of life after dental general anaesthesia treatment. *Acta Odontol Scand*. 2017;75(4):255-261.
5. Naidu R, Nunn J, Donnelly-Swift E. Oral health-related quality of life and early childhood caries among preschool children in Trinidad. *BMC Oral Health*. 2016-7;16(1):128.
6. Chaffee BW, Rodrigues PH, Kramer PF, Vítolo MR, Feldens CA. Oral health-related quality-of-life scores differ by socioeconomic status and caries experience. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2017;45(3):216-224.

7. Nemati S, Ghasempour M, Khafri S. Impact of oral and dental health on quality of life in Iranian preschool children and their families. *Electron Physician*. 2016-25;8(11):3296-3301.
8. Li L, Wang H, Han X. Oral health-related quality of life in pediatric patients under general anesthesia: A prospective study. *Medicine (Baltimore)*. 2017;96(2):e5596.
9. Aggarwal VP, Mathur A, Dileep CL, Batra M, Makkar DK. Impact of sociodemographic attributes and dental caries on quality of life of intellectual disabled children using ECOHIS. *Int J Health Sci (Qassim)*. 2016;10(4):480-490.
10. Weckwerth SA, Weckwerth GM, Ferrairo BM, Chicrala GM, Ambrosio AM, Toyoshima GH, Bastos JR, Pinto EC, Velasco SR, Bastos RS. Parents' perception of dental caries in intellectually disabled children. *Spec Care Dentist*. 2016;36(6):300-306.
11. Wong S, Anthonappa RP, Ekambaram M, McGrath C, King NM, Winters JC. Quality of life changes in children following emergency dental extractions under general anaesthesia. *Int J Paediatr Dent*. 2017;27(2):80-86.
12. Born CD, Divaris K, Zeldin LP, Rozier RG. 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.
13. Corrêa-Faria P, Paixão-Gonçalves S, Paiva SM, Martins-Júnior PA, Vieira-Andrade RG, Marques LS, Ramos-Jorge ML. Dental caries, but not malocclusion or developmental defects, negatively impacts preschoolers' quality of life. *Int J Paediatr Dent*. 2016;26(3):211-9.

14. Vieira-Andrade RG, Siqueira MB, Gomes GB, D'Avila S, Pordeus IA, Paiva SM, Granville-Garcia AF. 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.
15. Costa FDS, Azevedo MS, Ardenghi TM, Pinheiro RT, Demarco FF, Goettems ML. Do maternal depression and anxiety influence children's oral health-related quality of life? *Community Dent Oral Epidemiol.* 2017;17.
16. Sousa RV, Clementino MA, Gomes MC, Martins CC, Granville-Garcia AF, Paiva SM. Malocclusion and quality of life in Brazilian preschoolers. *Eur J Oral Sci.* 2014;122(3):223-9. doi: 10.1111/eos.12130. Epub 2014 May 3.
17. Carvalho AC, Paiva SM, Viegas CM, Scarpelli AC, Ferreira FM, Pordeus IA. Impact of malocclusion on oral health-related quality of life among Brazilian preschool children: a population-based study. *Braz Dent J.* 2013;24(6):655-61.
18. Abanto J, Carvalho T, Mendes F, Wanderley M, Bönecker M, Raggio D. Impact of oral diseases and disorders on oral health-related quality of life of preschool children. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2011;39(2):105-14.
19. Kramer PF, Feldens CA, Helena Ferreira S, Bervian J, Rodrigues PH, Peres MA. Exploring the impact of oral diseases and disorders on quality of life of preschool children. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2013;41(4):327-35.
20. Aldrigui J, Abanto J, Carvalho T, Mendes F, Wanderley M, Bönecker M, Raggio D. Impact of traumatic dental injuries and malocclusions on quality of life of young children. *Health Qual Life Outcomes.* 2011-24;9(78):1-7.
21. Pahel B, Rozier R, Slade G. Parental perceptions of children's oral health: the Early Childhood Oral Health Impact Scale. *Health Qual Life Outcomes.* 2007;30(5):6.

22. Bennady D. Reddy CVK. Oral health related quality of life. *J Int Dent Soc Prev Community Dent.* 2013; 3(1): 1-6.

# ANEXOS

## ANEXO 01

### Matriz de consistencia

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLE	INDICADORES	METODOLOGIA
<p><b>Formulación del Problema:</b> ¿Cuál es la relación entre en la calidad de vida y la salud oral de los niños de la Institución Educativa 336 - Ocopilla?</p>	<p><b>Objetivo General</b> Determinar la relación entre la calidad de vida y la salud oral de los niños de la Institución Educativa 336 - Ocopilla.</p> <p><b>Objetivos Específicos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Describir la asociación entre la calidad de vida y la salud oral en niños y sus familias, según la edad del niño.</li> <li>• Describir la asociación entre la calidad de vida y la salud oral en niños y sus familias, según el sexo del niño.</li> <li>• Describir la asociación entre la calidad de vida y la salud oral en niños y sus familias, según la edad y sexo del niño.</li> </ul>	<p><b>Hipótesis General</b> Existe asociación entre la calidad de vida y la salud oral de los niños de la Institución Educativa 336 - Ocopilla.</p> <p><b>Hipótesis Específicas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Existe asociación entre la calidad de vida y la salud oral en niños y sus familias, según la edad del niño.</li> <li>• Existe asociación entre la calidad de vida y la salud oral en niños y sus familias, según el sexo del niño.</li> </ul>	<p><b>Variable:</b> Calidad de vida Sexo Edad</p>	<p>ECOHis DNI</p>	<p><b>MÉTODO:</b> Descriptivo</p> <p><b>TIPO DE INVESTIGACIÓN:</b> Observacional.</p> <p><b>NIVEL DE INVESTIGACIÓN:</b> Transversal.</p> <p><b>LUGAR Y PERIODO DE LA INVESTIGACIÓN:</b> Institución Educativa 336 – Ocopilla en el año 2018.</p> <p><b>POBLACIÓN O UNIVERSO:</b> La población total de la Institución fue de 150.</p> <p><b>MUESTRA, TIPO DE MUESTREO, TAMAÑO DE LA MUESTRA:</b> Se determinó mediante una prueba de muestra (44 niños).</p>

## ANEXO 02

### Matriz de operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	TIPO DE VARIABLE	VALORES	ESCALA
CALIDAD DE VIDA	Percepción para detectar las necesidades clínicas y percibidas de los adultos mayores.	Autopercepción de la salud bucodental.	ECOHS	Cualitativa	Nunca (0), Casi nunca (1), A veces (2), A menudo (3), Muy a menudo (4)	Ordinal
		Autopercepción de la salud bucodental.			Nunca (0), Casi nunca (1), A veces (2), A menudo (3), Muy a menudo (4)	
		Autopercepción de la salud bucodental.			Nunca (0), Casi nunca (1), A veces (2), A menudo (3), Muy a menudo (4)	
SEXO	Son las características biológicas, rasgos personales, conducta que diferencia a los hombres de las mujeres.	Característica biológica observable.	DNI	Cualitativa	Masculino (0) Femenino (1)	Nominal
EDAD	Edad de un ser vivo, tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo.	Característica biológica.	DNI	Cualitativa	3 años 4 años 5 años	Ordinal

### Anexo 03

#### Índice de evaluación de salud oral (ECOHis)

Nombre:.....Edad:.....

Sexo: .....

Por favor marca con un aspa en el recuadro corresponda:

	Preguntas	Nunca	Casi nunca	A veces	A menudo	Muy a menudo
1.	¿Con qué frecuencia ha tenido su hijo(a) dolor en los dientes, boca o mandíbula?					
2.	¿Con qué frecuencia tiene su hijo(a) dificultades para tomar bebidas frías o calientes por problemas o tratamientos dentales?					
3.	¿Con qué frecuencia tiene su hijo(a) dificultades para comer algunos alimentos por problemas o tratamientos dentales?					
4.	¿Con qué frecuencia tiene su hijo(a) dificultades para pronunciar palabras por problemas o tratamientos dentales?					
5.	¿Con qué frecuencia tiene su hijo(a) ausencias al preescolar, guardería o escuela por problemas o tratamientos dentales?					
6.	¿Con qué frecuencia tiene su hijo(a) problemas para dormir por problemas o tratamientos dentales?					
7.	¿Con qué frecuencia tiene su hijo(a) ha estado irritable o frustrado por problemas o tratamientos dentales?					
8.	¿Qué tan seguido su hijo (a) evita sonreír o reír cuando esta alrededor de otros niños por problemas o tratamientos dentales?					
9.	¿Qué tan seguido su hijo (a) evita hablar con otros niños por problemas o tratamientos dentales?					

10.	¿Con qué frecuencia usted u otro miembro de su familia se han sentido culpables debido a los problemas o tratamientos dentales de su hijo(a)?					
11.	¿Con qué frecuencia usted u otro miembro de su familia se han sentido molestos debido a los problemas o tratamientos dentales de su hijo(a)?					
12.	¿Con qué frecuencia usted u otro miembro de su familia se ha tomado el tiempo libre del trabajo debido a los problemas o tratamientos dentales de su hijo(a)?					
13.	¿Con qué frecuencia ha tenido su hijo (a) problemas o tratamientos dentales que tenían un impacto financiero en su familia?					

## Anexo 04

### Confiabilidad valida del instrumento

#### VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO POR EL JUICIO EXPERTOS

##### I. INFORMACIÓN GENERAL

1.1 Nombres y apellidos Kelly Katherine Zúñiga Almaraz

1.2 Cargo que desempeña Docente contratada

ITEM	PREGUNTA	APRECIACIÓN		OBSERVACIONES
		SI	NO	
1	¿El instrumento de recolección de datos está orientado al problema de investigación?	✓		
2	¿En el instrumento de recolección de datos se agrupan las variables de investigación?	✓		
3	¿El instrumento de recolección de datos facilita el logro de los objetivos de investigación?	✓		
4	¿Los instrumentos de recolección de datos se relacionan con las variables de estudio?	✓		
5	¿Los instrumentos de recolección de datos presenta la cantidad de datos correctos?	✓		
6	¿La redacción de instrumento de datos es coherente?	✓		
7	¿El diseño del instrumento de recolección de datos facilita el análisis y procesamiento de datos?	✓		
8	¿Del diseño del instrumento de recolección de datos, usted eliminaría algún ítem?	✓		
9	¿Del instrumento de recolección de datos usted agregaría algún ítem?	✓		
10	¿El diseño del instrumento de recolección de datos es accesible a la población sujeto de estudio?	✓		
11	¿La redacción del instrumento de recolección de datos es clara, sencilla y precisa para la investigación?	✓		

II. Aportes y/o sugerencias para mejorar el instrumento: .....

III. Procede su ejecución:

SI ( ✓ ) NO ( )

FECHA 20/02/19

  
  
 Jefe de Grupo, Tercer  
 Colegio Nuestra  
 Señora del  
 Sagrado Corazón



## VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO POR EL JUICIO EXPERTOS

### I. INFORMACIÓN GENERAL

- 1.1 Nombres y apellidos Maribel Pardo Guillón
- 1.2 Cargo que desempeña Docente contratada

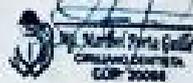
ITEM	PREGUNTA	APRECIACIÓN		OBSERVACIONES
		SI	NO	
1	¿El instrumento de recolección de datos está orientado al problema de investigación?	x		
2	¿En el instrumento de recolección de datos se aprecia las variables de investigación?	x		
3	¿El instrumento de recolección de datos facilita el logro de los objetivos de investigación?	x		
4	¿Los instrumentos de recolección de datos se relacionan con las variables de estudio?	x		
5	¿Los instrumentos de recolección de datos presenta la cantidad de datos correctos?	x		
6	¿La redacción de instrumento de datos es coherente?	x		
7	¿El diseño del instrumento de recolección de datos facilita el análisis y procesamiento de datos?	x		
8	¿Del diseño del instrumento de recolección de datos, usted eliminaría algún ítem?	x		
9	¿Del instrumento de recolección de datos usted agregaría algún ítem?	x		
10	¿El diseño del instrumento de recolección de datos es accesible a la población sujeto de estudio?	x		
11	¿La redacción del instrumento de recolección de datos es clara, sencilla y precisa para la investigación?	x		

II. Aportes y/o sugerencias para mejorar el instrumento: .....

III. Procede su ejecución:

SI (  ) NO (  )

FECHA: 21/02/19

  
  
 M. Maribel Pardo Guillón  
 Docente Contratada  
 EOP 2008

## ANEXO N° 5

### La data de procesamiento de datos

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P
1	Estudiante	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	Edad	Sexo
2	1	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0
3	2	0	0	0	0	2	0	4	3	2	0	2	2	0	3	0
4	3	2	1	2	1	1	1	2	1	1	3	2	2	0	3	1
5	4	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	1	0	1	3	1
6	5	0	0	0	0	1	2	0	4	4	0	0	4	0	3	1
7	6	2	2	1	2	2	0	2	1	1	1	1	2	2	3	0
8	7	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2	2	1	0	3	1
9	8	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0
10	9	1	1	1	2	1	0	0	0	0	2	2	0	0	3	0
11	10	2	1	3	2	0	0	0	0	0	0	0	3	0	3	0
12	11	2	0	0	4	0	0	0	2	2	3	0	0	0	3	1
13	12	0	1	0	1	0	0	0	0	0	2	0	0	1	3	1
14	13	0	2	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	3	0
15	14	3	1	2	4	2	1	0	1	1	1	0	1	0	3	1
16	15	3	1	2	4	2	1	2	0	2	0	2	2	2	3	1
17	16	3	2	3	2	2	4	2	0	0	1	0	0	3	3	1
18	17	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0
19	18	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	1
20	19	1	0	2	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	5	1
21	20	1	1	2	1	0	0	1	1	2	2	2	2	2	4	0
22	21	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	1
23	22	0	1	2	2	0	2	0	0	1	2	1	0	2	4	0
24	23	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0
25	24	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	1
26	25	2	1	2	0	0	2	1	1	0	2	2	0	0	4	0
27	26	1	1	2	1	0	0	0	0	0	0	2	0	0	3	0
28	27	2	0	2	0	2	2	2	0	0	2	2	2	2	4	0
29	28	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0
30	29	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	1

## ANEXO N° 7

### CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

**INSTITUCIÓN:** UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES

**INVESTIGADORES:**

**TÍTULO:** “IMPACTO DE LA SALUD ORAL EN LA CALIDAD DE VIDA EN NIÑOS DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA INICIAL 336 - OCOPILLA”

**PROPÓSITO DEL ESTUDIO:**

Este estudio será desarrollado por investigadores de la Universidad Peruana Los Andes.

Existen diferentes percepciones acerca de la salud oral relacionada a la calidad de vida y el propósito de este estudio es conocer su percepción.

**Procedimientos:**

Participará en este estudio se le realizará lo siguiente:

1. Se le formularán preguntas sobre sus datos
2. Una entrevista breve sobre salud bucal

**Riesgos:**

No se prevén riesgos por participar en este estudio.

**Beneficios:**

Se beneficiará de una sesión educativa en salud oral.

**Costos e incentivos:**

Usted no deberá pagar nada por participar en el estudio, igualmente, no recibirá ningún incentivo económico, únicamente la satisfacción de colaborar a un mejor entendimiento de su salud bucal.

**Confidencialidad:**

Nosotros guardaremos la información con códigos y no con nombres. Los archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena al estudio sin su consentimiento.

**Consentimiento:**

Acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo que cosas le pueden pasar si participa en el proyecto. Recibiré una copia firmada de este consentimiento.

\*Cualquier duda comunicarse al número de celular:

**Nombres y Apellidos** :

**DNI N°** :

**Firma** :

## ASENTIMIENTO INFORMADO

**Título del estudio:** “IMPACTO DE LA SALUD ORAL EN LA CALIDAD DE VIDA EN NIÑOS DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA INICIAL 336 - OCOPILLA”

**Institución:**

**Propósito del estudio:**

Hola \_\_\_\_\_ somos Paulo y Rosy, estamos haciendo un estudio para evaluar la relación de las condiciones de salud bucal con la calidad de vida en los escolares.

La caries dental y otras enfermedades de la boca pueden afectar el normal desarrollo de las actividades y por ende la calidad de vida de los escolares

Si decides participar en este estudio te haremos algunas preguntas sobre como percibes el estado de tu salud bucal y como esto afecta o ayuda al desempeño de tus actividades diarias frente a tus compañeros de estudios, familiares y maestros

No deberás pagar nada por participar en el estudio. Igualmente, no recibirás dinero, solo la satisfacción de colaborar a un mejor entendimiento de cómo afectan las condiciones orales a tu calidad de vida.

No tienes que colaborar con nosotros si no quieres. Si no lo haces está bien.

¿Tienes alguna pregunta?

¿Deseas Colaborar con nosotros?

Si ( )

No ( )

**ANEXO N° 8**

**Fotos de la aplicación del instrumento**

**Reunión con los padres de familia de la Institución Educativa Inicial**

**Padres de familia firmando el consentimiento informado**

## **Padres de familia contestando el ECOHIS**

## **Niños llenando el asentimiento informado**