

UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA
FACULTAD DE ESTOMATOLOGÍA



**PERCEPCIÓN DE LOS PADRES SOBRE LA CALIDAD DE VIDA
RELACIONADA CON LA SALUD BUCAL DE SUS HIJOS DE 3 A 5
AÑOS DE UN COLEGIO INICIAL ESTATAL**

TESIS OPTAR EL TÍTULO DE:

CIRUJANO - DENTISTA

PRESENTADO POR EL:

Bach. MIGUEL ALEJANDRO GARCÍA LUJAN.

LIMA – PERÚ

2018

TÍTULO DE LA TESIS

**PERCEPCIÓN DE LOS PADRES SOBRE LA CALIDAD DE VIDA
RELACIONADA CON LA SALUD BUCAL DE SUS HIJOS DE 3 A 5
AÑOS DE UN COLEGIO INICIAL ESTATAL**

JURADO DE SUSTENTACIÓN

Dr. Alejandro Salazar Sebastián
Mg. Elmo Palacios Alva Vocal
Mg. Farita Huamán Torres

Presidente
Secretario
Vocal

DEDICATORIA

A Dios por darme la vida y la dicha de estar junto a las personas que amo.

A mis padres por todo su sacrificio para poder lograr me profesionalmente.

A mi angelita margarita que me cuida desde el cielo.

A todos mis amigos y personas que me han apoyado en todo momento y siempre me dieron palabras de aliento.

AGRADECIMIENTOS

Al finalizar esta investigación, deseo expresar mis más sinceros deseos de gratitud primero a Dios quien nos creó y nos da el milagro de la vida y a aquellas personas que contribuyeron para que esta investigación se realizara de la mejor manera posible.

Al Dr. Hugo Caballero Cornejo, que al supervisar mostró su profesionalismo destacado y calidad humana en todo el trayecto, aconsejando y guiando de forma oportuna, demostrando su vasta experiencia.

Al Dra. Peggy Sotomayor Woolcott, asesora de la presente investigación, quien con sus conocimientos y aportes muy valiosos, hizo posible que esta investigación culminara con éxito.

Al Dr. Freddy Campos Soto que realizó la parte estadística con gran profesionalismo y puntualidad.

A la Directora Nelly Barzola Palomino de la Institución Educativa N°1216 – Miguel Grau Seminario quien me brindó la facilidad de poder recolectar los datos que me ayudaron a la ejecución de la investigación

A mis amigos por apoyarme en la ejecución del proyecto en la Institución Educativa

ÍNDICE

	Pág.
Carátula	i
Título	ii
Jurado de sustentación	iii
Dedicatoria	iv
Agradecimiento	v
Índice	vi
Índice de Tablas	vii
Índice de Gráficos	viii
Resumen	x
Abstract	xi
Introducción	xii
Capítulo I: Fundamentos Teóricos de la Investigación	
1.1 Marco Teórico	1
1.1.1 Calidad	1
1.1.2 Calidad de vida	1
1.1.3 Salud	6
1.1.4 Salud Bucal	7
1.1.5 Calidad de vida y salud bucal	30
1.3 Investigaciones	32
1.4 Marco conceptual	

Capitulo II: El problema, Objetivos, Hipótesis y Variables	39
2.1 Planteamiento del Problema	39
2.1.1 Descripción de la Realidad Problemática	39
2.1.2 Definición del Problema	41
2.1.2.1 Problema General	41
2.1.2.2 Problemas Específicos	41
2.2 Finalidad y Objetivos de la Investigación	42
2.2.1 Finalidad	42
2.2.2 Objetivo General y Específicos	42
2.2.2.1 Objetivo General	42
2.2.2.2 Objetivos Específicos	42
2.2.3 Delimitación del Estudio	43
2.2.4 Justificación e Importancia del Estudio	44
2.4. Variables e indicadores	45
Capitulo III: Método, Técnica e Instrumentos	47
3.1 Población y Muestra	48
3.2 Técnica e instrumento de Recolección de Datos	49
3.3 Procesamiento de Datos	50
Capitulo IV: Presentación y Análisis de los Resultados	51
4.1 Presentación de los Resultados	52
4.2 Discusión	70
Capítulo V: Conclusiones y Recomendaciones	74
5.1 Conclusión general	74
5.2 Recomendaciones	76
Referencias bibliográfica	78
Anexos	83

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla N° 1	51
Tabla N° 2.	52
Tabla N° 3	53
Tabla N° 4	55
Tabla N° 5	56
Tabla N° 6	58
Tabla N° 7	59
Tabla N° 8	61
Tabla N° 9	62
Tabla N° 10	64
Tabla N° 11	64
Tabla N° 12	66
Tabla N° 13	67
Tabla N° 14	69

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico N° 1	51
Gráfico N° 2.	52
Gráfico N° 3	54
Gráfico N° 4	57
Gráfico N° 5	60
Gráfico N° 6	63
Gráfico N° 7	65
Gráfico N° 8	68

RESUMEN

El objetivo de la presente investigación fue determinar la percepción de los padres sobre la calidad de vida relacionada con la salud bucal de sus hijos de 3 a 5 del Colegio Inicial 1216 Miguel Grau Seminario del distrito de San Luis en la ciudad de Lima en Perú. Materiales: Se llevó a cabo una encuesta a los padres de familia mediante el instrumento ECOHIS con el cual se evaluó su nivel de percepción sobre la calidad de vida, además se realizó un examen clínico de la cavidad bucal de los niños para observar su salud bucal, empleando como parámetros el ceo-D, IHOS, presencia de maloclusiones y el tipo de arco según Baume. Metodología: Diseño de tipo descriptivo, de tipo transversal y prospectivo con un enfoque Cualitativo. Conclusión: La percepción de los padres de familia sobre la calidad presentó relación con algunos de los indicadores de salud bucal observada en los niños.

Palabras claves: Calidad de vida, percepción, salud, ECOHIS.

ABSTRACT

The objective of the present investigation was to determine the perception of parents about the quality of life related to the oral health of their children from 3 to 5 of the Initial School 1216 Miguel Grau Seminary of the district of San Luis in the city of Lima in Peru. Materials: A survey was conducted to parents through the ECOHIS instrument, which will assess their level of perception of quality of life, and a clinical examination of the oral cavity of children to observe their oral health. , using as parameters the ceo-D, IHOS, presence of malocclusions and the type of arc according to Baume. Methodology: Descriptive, transversal and prospective type design with a Qualitative approach. Conclusion: The perception of the quality of life of the parents of life is related to some of the indicators of oral health observed in children.

Keywords: Quality of life, perception, health, ECOHIS.

INTRODUCCIÓN

Las personas experimentan sensaciones de bienestar lo que en si representa la suma de sensaciones subjetivas y personales del sentirse bien, a ello se le denomina calidad de vida, este concepto se utiliza en diversos ámbitos como en la salud, educación, el mundo de los servicios en general etc. Es a partir de los años sesenta cuando los científicos inician investigaciones sobre la calidad de vida, con la recolección de información y datos objetivos como el estado socioeconómico, nivel educacional o tipo de vivienda, siendo muchas veces estos indicadores económicos insuficientes, dado que sólo eran capaces de explicar una parte de la variedad en la calidad de vida.

Se entiende que la salud bucal forma parte fundamental de la salud general y es esencial para la calidad de vida. Las personas 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 dificultad alguna. Las condiciones de salud o enfermedad de las estructuras bucales no tienen sólo impacto directo en los niños, también pueden presentar un efecto indirecto en los padres y miembros de la familia. Las evidencias científicas indican que muchas de las dolencias de los niños influyen en pérdidas de días laborables de los padres los cuales tienen que quedarse en casa para cuidar a sus hijos.

En nuestro país, la prevalencia de enfermedades como la caries dental en la primera infancia resulta elevada, los estudios sobre la calidad de vida y su relación con la patología aún son escasos en nuestro medio. El objetivo del presente estudio fue analizar la relación entre la percepción de los padres sobre la calidad de vida y la salud bucal en sus hijos, lo que abarca caries dental, la higiene oral, maloclusión y el tipo de arco según Baumen en sus menores hijos, en dicho proceso se empleará la prueba de ECOHIS en familias peruanas.

CAPÍTULO I: FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 Marco Teórico

1.1.1 Calidad

A. Concepto

Según Philip B. Crosby define la calidad como la conformidad con los requerimientos. Los requerimientos tienen que estar claramente establecidos para que no haya malentendidos; las mediciones deben ser tomadas continuamente para determinar conformidad con esos requerimientos; la no conformidad detectada es una ausencia de calidad¹.

B. Importancia

Como se ha mencionado anteriormente que la calidad es satisfacer las necesidades de los clientes, esto trae como consecuencia que surja en las organizaciones la importancia de tener calidad en todas ellas.

De acuerdo con Carlos Colunga Dávila, la importancia de la calidad se traduce como los beneficios obtenidos a partir de una mejor manera de hacer las cosas y buscar la satisfacción de los clientes, como pueden ser: la reducción de costos, presencia y permanencia en el mercado y la generación de empleos¹.

1.1.2 Calidad de vida

A. Generalidades

El origen del término “Calidad de vida”, se detalla en publicaciones del siglo pasado y en los procesos de las teorías de desarrollo socioeconómico que aclamaban el cambio geopolítico y la reinstauración del orden internacional. En el momento se aceptó que como una idea socio-económico como resultado de la eventualidad podemos gastar y almacenar referentes, siendo cuestionado por otras escuelas y disciplinas. ¹

Ramírez, precisa que la calidad de vida es un movimiento activo, complejo que consiste en la aceptación física, psicológica, social y espiritual del individuo, conductas que refleja en cualquier suceso de la salud, con los niveles de satisfacción o insatisfacción que dominan al individuo. ²

La calidad de vida se adapta a estar vinculado con las personas que están en buena salud específicamente durante los años setenta, la observación sanitaria, intervienen a los movimientos sociales, no es de mucha magnitud a la totalidad (mortalidad, morbilidad, etc.) con el objetivo de ayudar a la calidad de la vida humana, es decir en aligerar enfermedades, progresar los niveles de movimiento, consiguiendo mejorar las conexiones sociales, la independencia, etc. ³

De igual manera el termino, calidad de vida según Patrick y Erickson, quienes plantearon desarrollar el concepto de calidad de vida lo relacionan con la energía, además lo conceptualizan con los procesos de satisfacción y el bienestar vinculados a las experiencias de los individuos que afrontan las actitudes de la salud y de su medicación. ⁴

Desde una idea genérica, la calidad de vida reconoce como la satisfacción general, compuesto por la satisfacción social y la tranquilidad personal. La calidad de vida con sus metas necesarias en el espacio vital de metas, y deseos, y las referencias vividas de las necesidades de la vida común. ⁵

B Dimensiones de la calidad de vida

Se evalúa dentro de tres dimensiones el bienestar económico, comunidad y familia.

B.1. Dimensión económico.

La dimensión económica se fundamenta en una perspectiva sociológica, que consiste en determinar un bienestar social poblacional, desde los datos numéricos y objetivos, para ello, recurre de una metodología de los indicadores sociales.¹¹

Las características de índole social se encuentran regidos por indicadores de salud, en la educación, bienestar, seguridad de los ciudadanos, estas condiciones permitirán una esfera o sistema integrado dentro de la calidad de vida de los individuos, siendo la muestra dentro de un tiempo determinado, el vínculo en programas de tipo social y políticos, o también efectuando diferencias de los estratos sociales de un grupo poblacional.¹²

En esta dimensión se evalúa la satisfacción en relación con medios relacionados con materiales, tales como vivienda cómoda, por otro lado, el tener ingresos económicos altos, confiere por ejemplo adquirir propiedades y bienes como terrenos o vivienda; su capacidad de índole económico para cubrir los gastos de una alimentación familiar adecuada, la capacidad económica para satisfacer la necesidades de vestido, actividades recreativas, educativas y de salud de la familia, objetos personales “de lujo, y principalmente la cantidad de dinero para gastar diariamente.¹³

B.2 Dimensión Comunidad

Se ubican en este rubro el nivel de satisfacción en relación a los amigos que frecuenta en la zona donde vive o habitan, asimismo, las actividades dentro de la comunidad (fiestas, reuniones, deportes), y además el tiempo

en que comparte con los amigos en la zona donde reside, también los amigos del trabajo, etc.

En esta dimensión se ubican las facilidades que le brinda su comunidad para hacer las compras cotidianas, la seguridad en el lugar donde vive para desplazarse sin riesgo alguno, también los espacios de recreación que tiene la zona donde habita (parques, campos de juegos, etc.) dentro de la comunidad, de igual manera incluye las facilidades que tiene la persona para las prácticas deportivas o recreativas (lozas deportivas, gimnasios, etc.), y finalmente, es importante señalar que alrededor de la comunidad podemos encontrar servicios de Centro de Salud u hospitales. ¹⁴

B.3 Dimensión familiar

En esta dimensión se encuentran indicadores o características involucrados en la familia, describiendo como es la relación afectiva con la pareja es estable o inestable, y con sus (s) hijo(s), (as), la satisfacción que manifiesta con el número de hijos (as) que tiene, las responsabilidades domésticas en la casa, la capacidad del hogar para brindarle seguridad afectiva a sus miembros, la capacidad para satisfacer la necesidad de amor de los miembros dentro de su hogar, el tiempo o calidad de tiempo que pasa con la familia, con la pareja.

Destacando con suma importancia la relación afectiva con sus padres, hermanos, sobrinos y, principalmente el apoyo afectivo de familia padres, tíos(as), primos(as), etc. ¹⁵

C. Teoría de la calidad de vida de los Dominios

Las hipótesis fueron planteadas por Olson y Barnes, quienes emplean unas opiniones personales para determinar la calidad de vida y las relaciones con el ajuste entre sí mismo en el entorno, de la "Calidad de vida es la capacitación de las personas que presentan en un entorno que se dedican

a lograr su satisfacción”. Los autores proponen que los indicadores de estudios de la calidad de vida, establece la contemplación de la denominación de las costumbres vitales de las personas, encaminan sobre las experiencias vitales, como por ejemplo existencia conyugal, amistades, domicilio, las comodidades de vivencia, educación, ocupación y evangelio, entre otros. ⁸

En diversos estudios sobre la calidad de vida construir el vínculo y los dominios en particular, determinan que las individuos consideran el desplazamiento objetiva se someten a la evaluación basándose a las proyectos, esperanzas, sensaciones lo que es justo el comentario en un conjunto que comparan las exigencias individual y valores. Es así que la longitud de la coacción específica de la Calidad de vida están vinculadas con la salubridad, con la intensidad en la amplitud funcional, como la ejecución de los indicadores de la rutina diaria el movimiento social de las personas, que están vinculadas a la impresión y resultados en el sistemas social, cercano o extenso. En el entorno nos indican que las soluciones de la dominación del evaluado, producen diferentes formas que satisface la dominación en la sensación del bienestar general. De esta manera, Andrews y Whitney localizaron la problemática de la Calidad de vida que se denomina: Vida conyugal entre los amigos, familia grupal; educación: tiempo religión; bienestar económico; comunidad, vecinos. ⁹

Por otro lado, Grimaldo, considera el constructo de manera unidimensional; mientras en otros está ubicado al otro extremo, considerando como la existencia de diversos dominios en el contexto de la vida del individuo, estas pueden ser de forma subjetiva como objetiva, que incluye el área de salud, el hogar, las habilidades funcionales, el ingreso de tipo económico, la vida de tipo social, la salud mental y el bienestar social. Para el autor el concepto esta relaciona con la esfera de la salud, siendo empleado como “intensión de discriminar entre sujeto lastimado, ya que predice los resultados en la interposición y medición de las posibilidades que cambien temporalmente, que permite valorar la persistencia ante los abordajes. ¹⁰

D. Calidad de Vida en la salud

Es importante en la salud de la persona la calidad de vida siendo parte de la existencia, por lo que su estudio e investigación radica en la intervención oportuna en los pacientes crónicos o terminales por la enfermedad, y que tienen que someterse a duros tratamientos paliativos, como en casos de discapacidad física, mental, entre otros, siendo factores no considerada como en desarrollo o positivo. La evaluación es una misión trascendental y sugiere la aplicación de estrategias sanitarias y de intervención para cada paciente que sufre insuficiencia renal crónica.⁶

Los estudios relativos a la calidad de vida, expresados por Fabelo consideran condiciones psicológicas y valorativas relevantes que hasta la actualidad no son resueltas, siendo un fenómeno que contiene elementos integradores y de forma holística en la apertura entre el medio ambiente en donde vive la persona, y con la integración de indicadores genético, biológico, social y psicológico que influyen en el mismo sujeto, y forma parte de su historia personal.⁷

En este contexto, para O'Boyle, la presencia o ausencia de enfermedad (mediciones biofisiológicas de anormalidad) no es tan importante en la predicción de la CV como la vivencia de ésta (distrés psicológico y social causado por la enfermedad).⁵²

Para Fernández, Hernández y Siegrist, la CVRS debería comprender a lo menos la percepción que la persona tiene del impacto que ha provocado la enfermedad o su tratamiento sobre su sentimiento de bienestar y la capacidad de actuación (funcionalismo). Estas dimensiones básicas deben ser analizadas tanto en los dominios físico, emocional y social.⁵³

Podemos definir la calidad de vida relacionada con salud como el nivel de bienestar derivado de la evaluación que la persona realiza de diversos dominios de su vida, considerando el impacto que en éstos tiene su estado de salud.

1.1.3 Salud

A. Concepto

Según la definición de la OMS, la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades

B. Tipos de Salud

Se conoce como salud, al estado tanto de equilibrio como de bienestar que presenta un ser vivo de forma física, social y mental. Refiere a la capacidad que presenta el ser humano al momento de satisfacer las exigencias que se le presentan en la vida diaria. Existen diferentes tipos de salud, como por ejemplo: salud física, salud mental, salud pública, salud sexual, salud social, salud emocional, salud colectiva, salud espiritual y salud individual.

1.1.4 Salud Bucal

A. Salud Bucodental según la OMS

La Organización Mundial de la Salud OMS, define la salud bucodental como la ausencia de dolor orofacial 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. ¹⁶

B. Cifras

- Las enfermedades bucodentales más comunes son la caries dental y las periodontopatías.
- El 60%-90% de los escolares de todo el mundo tienen caries dental.
- Las enfermedades periodontales graves, que pueden desembocar en la pérdida de dientes, afectan a un 5%-20% de los adultos de edad madura; la incidencia varía según la región geográfica.
- La incidencia de cáncer bucodental es de entre 1 y 10 casos por 100 000 habitantes en la mayoría de los países.
- La atención odontológica curativa tradicional representa una importante carga económica para muchos países de ingresos altos, donde el 5%-10% del gasto sanitario público guarda relación con la salud bucodental. ¹⁷

Cómo Reducir la Carga de Enfermedades Bucodentales

- Es posible reducir simultáneamente la carga de enfermedades bucodentales y la de otras enfermedades crónicas si se abordan los factores de riesgo comunes, como el consumo de tabaco y las dietas malsanas:
- La reducción de la ingesta de azúcares y una alimentación bien equilibrada previenen la caries dental y la pérdida prematura de dientes.
- Dejar de fumar y reducir el consumo de alcohol disminuyen el riesgo de cánceres de la cavidad bucal, periodontopatías y pérdida de dientes.
- El consumo de frutas y verduras protege contra el cáncer de la cavidad bucal.
- Las caries dentales pueden prevenirse manteniendo de forma constante una alta concentración de fluoruro en la cavidad bucal. Ello puede conseguirse mediante la fluorización del agua de bebida, la sal, la leche, los colutorios o la pasta dentífrica, o bien mediante la aplicación de fluoruros por profesionales. La exposición a largo plazo a niveles óptimos de fluoruros reduce el número de caries tanto en los niños como en los adultos.

Usando estas estrategias de prevención se pueden evitar tratamientos dentales muy complejos y costosos.

C. Causas de las Enfermedades Bucodentales

Las dolencias bucodentales comparten factores de riesgo con las cuatro enfermedades crónicas más importantes: enfermedades cardiovasculares, cáncer, enfermedades respiratorias crónicas y diabetes; pues se ven favorecidas por las dietas malsanas, el tabaquismo y el consumo nocivo de alcohol. Otro factor de riesgo es una higiene bucodental deficiente.

C.1 Dieta

Los hidratos de carbono de la dieta están generalmente asociados a la formación de la caries dental. Ciertos carbohidratos de la dieta son utilizados por los microorganismos orales (*Streptococcus mutans*) formando una matriz pegajosa que facilita la adhesión de los microorganismos a la superficie del diente. Los carbohidratos también sirven en la producción de ácidos orgánicos que inician el proceso de desmineralización del diente.

Los carbohidratos asociados con la presencia de caries son:

- Lactosa: Disacárido de glucosa y galactosa
- Sacarosa: O el azúcar común, es un disacárido compuesto de fructuosa y glucosa considerado como el más cariogénico de la dieta humana, siendo un producto fácil de metabolizar para los microorganismos. El nivel de colonización del *Streptococcus mutans* está altamente relacionado con los niveles altos de sacarosa.
- Fructosa: O denominada también azúcar natural de las frutas. Es responsable de los efectos erosivos sobre el esmalte, se ingesta al consumir frutas. ¹⁸

Hay excelentes estudios en los que se afirma que existe una relación entre la dieta y la caries dental. Existe también evidencias de que el comer entre

comidas y la frecuencia con que se come están en relacionados con la incidencia de la caries dental.

C.2 Higiene oral

Según informes, las enfermedades dentales son las bacteriosis más frecuentes en humanos. Aunque en años recientes se informó de una disminución de la incidencia de caries dental, millones de niños y adultos están afectados por la enfermedad periodontal, dientes ausentes y maloclusiones, gran parte de lo cual se evitaría si pusieran en práctica diaria de medidas preventivas y recibieran cuidados odontológicos de manera periódica. Las enfermedades dentales son prevenibles y el dolor bucal innecesario. Una generación sin enfermedades bucales podría ser realidad. El plan comienza poco después de la concepción, antes de que comiencen las enfermedades dentales, y no termina. No tiene final, porque la boca y sus partes deben durar toda la vida. La caries y la enfermedad periodontal tienen su inicio en la constante aposición sobre la superficie del diente de glicoproteínas que forman la placa bacteriana y por tanto la remoción de la misma es la premisa principal en la prevención de aquéllas.

19

C.2.1 Higiene de la Dentición Decidua

Es importante que los papás empiecen a higienizar la boca del bebé desde el nacimiento y tan pronto como aparezca el primer diente con cepillo dental. Si para comenzar la higiene bucal esperamos que estén todos los dientes de leche, puede ser tarde: la caries puede estar ya instalada. Los dientes primarios pueden desarrollar caries desde el momento de su aparición. El principal microorganismo involucrado en el proceso es el *Streptococcus mutans* que la mamá o las personas cercanas transmiten al bebé a través de las gotitas de saliva. Cuando las piezas dentarias son pocas, lo más práctico es efectuar la higiene una vez por día, frotando los dientes y encías con un trozo de gasa húmedo o seco arrollado en el dedo índice. A medida que aparecen más dientes y el bebé ya se ajusta a la

rutina de limpieza diaria, los papás pueden empezar a usar un cepillito dental de cabezal pequeño y cerdas suaves de nylon agrupadas en penachos, para facilitar el acceso a todas las superficies, renovándolos con una frecuencia mínima de tres meses, pero conviene que no usen dentífrico. Se recomienda limpiar los dientes al menos dos veces por día, y una debe ser obligatoriamente por las noches, para eliminar por completo la placa bacteriana. Debido a que el bebé come varias veces al día, la higiene puede realizarse aunque sea una vez, principalmente en la noche. En los niños más grandes, el cepillado deberá efectuarse después de las comidas. La higiene de la noche es la más importante, ya que durante el sueño el flujo salival y los movimientos bucales disminuyen y eso estimula el crecimiento de la placa que queda sobre los dientes si no se cepillan, lo que aumenta el riesgo de desarrollar caries. Los papás deben asumir la responsabilidad de la higiene de los dientes de sus hijos hasta que éstos tengan la suficiente destreza motora para realizar una técnica de cepillado sencilla en forma correcta (6-7 años).²²

C.3 Placa Bacteriana

Es la acumulación heterogénea de una comunidad microbiana variada, aerobia y anaerobia, rodeada por una matriz intercelular de polímeros de origen salival y microbiano. Estos microorganismos pueden adherirse o depositarse sobre las paredes de las piezas dentarias. Su presencia puede estar asociada a la salud, pero si los microorganismos consiguen los sustratos necesarios para sobrevivir y persisten mucho tiempo sobre la superficie dental, pueden organizarse y causar caries, gingivitis o enfermedad periodontal. Las encías enrojecidas, inflamadas o que sangren pueden ser las primeras señales de una gingivitis. Si la enfermedad es ignorada, los tejidos que mantienen a los dientes en su lugar pueden comenzar a destruirse y eventualmente se pierden los dientes.

La placa dental se forma en la superficie de dientes, encía y restauraciones, y difícilmente puede observarse, a menos que esté teñida.

Su consistencia es blanda, mate, color blanco-amarillo. Se forma en pocas horas y no se elimina con agua a presión. Varía de un individuo a otro, y también varía su localización anatómica. Si la placa dental se calcifica, puede dar lugar a la aparición de cálculos o sarro tártaro.

D. Remoción de la Placa

Iniciar la remoción de placa a edad temprana facilita la creación de un hábito de cuidados dentales que dura toda la vida. La ausencia de enfermedades en boca genera satisfacción y felicidad tanto en los padres y el niño como en el grupo odontológico que aportó tanto información como instrucciones y esfuerzo. (20)

D.1 Cepillado Dental

La técnica de cepillado más recomendable para niños pequeños es en forma de barrido, horizontalmente, y si es cepillado por una persona adulta, la técnica circular es la más adecuada. Se debe cepillar sin olvidar ninguna superficie, por afuera y por adentro, incluida la zona de corte y trituración de los alimentos. En los bebés pequeños conviene no usar pasta dental, dado que dificulta la visibilidad de los papás al realizar el cepillado, y el niño al no ser capaz de escupir bien puede tragar parte de la misma. La infancia es la edad ideal para su aprendizaje. Se debe esforzar para incluir los hábitos diarios de higiene del niño. Para el niño debe ser parte del aseo diario. ²¹

Técnica de Bass Modificada.- Es la considerada más eficiente en odontología. Se colocan las cerdas sobre la encía con un ángulo de 45° grados. Las cerdas deben estar en contacto con la superficie dental y la encía. Cepille suavemente la superficie dental externa de 2 ó 3 dientes con un movimiento rotatorio de adelante hacia atrás. Mueva el cepillo al próximo grupo de 2 ó 3 dientes y repita la operación. Mantenga un ángulo de 45° grados con las cerdas en contacto con la superficie dental y la encía. Cepille suavemente la lengua de adelante hacia atrás para eliminar las bacterias que producen mal aliento.

D.2 Uso de Hilo Dental

Cepillarse los dientes de forma adecuada y consistente ayuda a eliminar la mayor parte de la placa dental, pero el cepillado sólo no puede eliminar la placa que está localizada en lugares que el cepillo no puede alcanzar, especialmente en los espacios entre los dientes. Además de eliminar la placa, la limpieza con hilo dental también ayuda a lo siguiente:

- Eliminar los restos de alimentos que se adhieren a los dientes y encías entre los dientes.
- Pulir la superficie del diente.
- Controlar el mal aliento.

Se debe realizar la limpieza con hilo dental por lo menos una vez al día durante dos o tres minutos para que ésta sea más efectiva.

E. Medidas preventivas en salud bucal

E.1 FLUORUROS

El flúor fue descubierto por Marggraf Scheele (1771) en forma de ácido hidrofúorhídrico pero debido a la gran afinidad de este elemento de combinarse con otros, no fue aislado hasta 1886 por Moisen; la presencia del flúor en materiales biológicos fue observada por primera vez en 1803 por Morichini en los dientes de elefantes fósiles. Berzelius en 1823 detectó los niveles del fluoruro en el agua. Madeiros (1998) afirma, que el flúor es el más electronegativo de todos los elementos químicos, el flúor no se encuentra en su forma elemental, siempre será observado combinado con fluoratos, siendo el más común la Criolita y la Apatita.

El conocimiento de las propiedades cariostáticas del flúor surgió sobre todo a partir de los estudios de Dean en Estados Unidos (1942), siendo declarado por la OMS en 1972, único agente eficaz en la profilaxis de la caries. Los fluoruros tienen poder

antiséptico y su mecanismo de acción es a nivel del metabolismo microbiano como depresor enzimático. ²³

Mecanismo de Acción del Flúor:

Sobre la hidroxiapatita:

1. Disminuye la solubilidad.
2. Aumenta la cristalinidad.
3. Promueve la remineralización formando cristales de fluorapatita.

Sobre las bacterias de la placa bacteriana:

1. Inhibidor enzimático.
2. Reduce la flora cariogénica (antibacteriano directo).

Sobre la superficie del esmalte:

1. Inhibe la unión de proteínas y bacterias.
2. Disminuye la energía superficial libre.

Sobre el tamaño y estructura del diente:

1. Morfología de la corona.
2. Retraso en la erupción.

Vías de administración del Flúor:

El flúor puede llegar a la estructura dentaria a través de dos vías:

- Vía Sistémica: En la que los fluoruros son ingeridos y vehiculados a través del torrente circulatorio depositándose fundamentalmente a nivel óseo y en menor medida en los dientes. El máximo beneficio de esta aportación se obtiene en el periodo pre eruptivo tanto en la fase de mineralización como en la de post mineralización. La administración por vía sistémica de fluoruros se produce por la aportación de dosis continuadas y bajas del mismo, siendo por tanto los riesgos de toxicidad prácticamente inexistentes.

- Vía Tópica: Supone la aplicación directa del fluoruro sobre la superficie dentaria, por lo que su uso es post eruptivo, pudiendo iniciarse a los 6 meses de edad y continuarse durante toda la vida. Lógicamente su máxima utilidad se centraría en los periodos de mayor susceptibilidad a la caries (infancia y primera adolescencia) o en adultos con elevada actividad de caries.

La primera técnica de fluoruro tópico que demostró eficacia implicó el uso de una solución neutra de fluoruro de sodio al 2%.

E.2 Dentífricos Fluorados

La aplicación de flúor a través de las pastas dentífricas es una práctica ampliamente extendida y, sin duda, la forma más popular de uso tópico. Los compuestos más usados son el monofluorofosfato sódico, el fluoruro sódico o los fluoruros de aminas, con una concentración del 0,1% (1000 ppm de F). Se suele recomendar la aplicación de 1 gr. De dentífrico por cepillado que equivale a 1 mg de F.

Los resultados muestran reducciones de casi 15 a 30% en la cantidad de superficies dentales que se tornan cariosas a través de periodos de 2 a 3 años.

Según Pinkham, los padres deben colocar la pasta en el cepillo y supervisar de manera invariable la sesión de cepillado, de manera que el niño escupa la espuma y la saliva.

E.3 Colutorios

El uso de buches con colutorios fluorados constituye una fórmula de auto aplicación de flúor usada muy comúnmente tanto de forma individual como comunitaria.

- Método: Dos son los métodos que pueden ser recomendados; los de elevada potencia/baja frecuencia y los de baja potencia/alta frecuencia.

Los primeros se practican una vez por semana y suelen emplearse en programas escolares, los segundos suponen un enjuague diario y su uso es más frecuente en programas individuales. El niño introduce en su boca 5 ml de colutorio si se encuentra en edad preescolar (no es recomendable en niños menores de 6 años)

o 10 ml para niños mayores. El enjuague se realiza durante 60 segundos y posteriormente se expectora evitando comer o beber durante los 30 minutos siguientes.

- **Dosificación:** El enjuague se realiza una vez al día empleando colutorios de baja concentración o bien una vez a la semana con colutorios de alta concentración. La cantidad a emplear en cada buche es de 10 ml, lo que supone 2,3 mg de F diarios o bien 9 mg semanales. Igual que con la administración de tabletas de fluoruro, una desventaja de usar los enjuagues bucales es que es preciso conservar el interés del niño y los padres, y que estos deben motivarse lo suficiente para que el paciente se enjuague con conciencia.

E.4 Pasta Profiláctica

Se incorporan varios fluoruros en las pastas para profilaxis, fluoruro de sodio, estañoso, APF, monofluorofosfato de sodio y hexafluorozirconato estañoso. No hay contraindicaciones para usar la pasta con fluoruro a fin de aplicar en los dientes antes aplicar una solución, gel o barniz.

F. Sellantes de fosas y fisuras

Los sellantes de fosas y fisuras constituyen una medida muy eficaz en la prevención de caries oclusales. En efecto, los sellantes tienen por objeto rellenar los puntos y fisuras del esmalte impidiendo la colonización bacteriana y evitando la difusión de los substratos fermentables que pueden ser metabolizados por las bacterias. Debido a la alta prevalencia de lesiones cariosas y a que el flúor protege fundamentalmente las superficies lisas, los sellantes son doblemente importantes. Incluso en aquellas comunidades con una incidencia escasa de caries, las fosas y fisuras siguen siendo un peligro real. La forma más eficaz para prevenir la caries en fosa y fisuras es el sellado de las mismas. Es importante preservar la estructura dental. Una vez abierta la cavidad, el diente necesitará asistencia odontológica de por vida, ya que ninguna restauración dura toda la vida. Se considera que un gran

porcentaje de niños hasta los 18 años tienen alguna caries, (principalmente las primeras molares permanentes), debemos prevenir sellando todos los dientes. ³⁵

Indicaciones para la aplicación de los sellantes:

. A nivel individual:

- Dientes con morfología oclusal susceptible a la caries (surcos profundos).
- Molares hasta los 4 años de su erupción (fase de maduración post eruptiva del esmalte, que es el momento ideal para colocar un material sellador), sanos o con caries incipiente de fisura limitada a esmalte. En pacientes que puedan ser controlados regularmente.
- En hipoplasias o fracturas del esmalte.
- Para el sellado de márgenes de reconstrucciones con resinas compuestas.

• A nivel comunitario:

- Referido siempre a dientes sanos o con caries incipiente de fisura limitada a esmalte.
- Primeros molares permanentes: de 6-10 años
- Segundos molares permanentes: de 11-15 años.
- Premolares en dentición de moderado y alto riesgo de caries.
- Molares temporales en dentición primaria de alto riesgo.

G. Caries dental

G.1 Definición

La caries dental es una de las enfermedades infecciosas de mayor prevalencia en el hombre y aunque algunos estudios en la pasada década han indicado reducción en la prevalencia de la caries dental en algunos países del mundo, esta enfermedad continua manteniéndose como uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial.

La formación de cavidades cariosas comienza como pequeñas áreas de desmineralización en la superficie del esmalte, pudiendo progresar a través de la dentina y llegar hasta la pulpa dental. La desmineralización es provocada por

ácidos, en particular ácido láctico, producido por la fermentación de los carbohidratos de la dieta por los microorganismos bucales. La formación de la lesión involucra la disolución del esmalte y la remoción de los iones de calcio y fosfato, así como el transporte hacia el medio ambiente circundante. Esta etapa inicial es reversible y la remineralización puede ocurrir particularmente con la presencia de fluoruros.

Se considera que la caries está producida por los ácidos formados por las bacterias de la placa mediante el metabolismo de los azúcares de la dieta. La caries dental afecta a personas de cualquier edad y es una de las enfermedades humanas más frecuentes.

La caries aparece en los dientes como manchas blancas, depósitos de placa o sarro marronoso, y puede llegar a causar pequeñas fracturas o cavidades. La destrucción del diente se extiende propagándose al diente definitivo que aún se encuentra escondido. Una vez empieza, es cuestión de tiempo que se extienda y ataque a toda la dentadura.

La caries dental, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) se define:

“Como un proceso localizado de origen multifactorial que se inicia después de la erupción dentaria determinando el reblandecimiento del tejido del diente y evolucionando hasta la formación de cavidades que si no son atendidas oportunamente afectan la salud general y la calidad de vida de todos los individuos en todas las edades”.³⁶

G.2 Estadística

La caries dental es la enfermedad crónica más extendida en el mundo y constituye un reto importante en salud pública. Es la enfermedad más frecuente de la infancia pero afecta a todas las edades a lo largo de la vida. La caries no tratada causa frecuentemente dolor oral el cual afecta a 7 de cada 10 niños en India, 1 de cada 3 adolescentes en Tanzania y a 1 de cada 3 adultos en Brasil. La caries no tratada puede dificultar el comer y el dormir, puede tener impacto en el crecimiento del menor y es la causa principal de 22 absentismo escolar y laboral. La carga de la

caries dental a los 12 años es mayor en los países con ingresos moderados en los que aproximadamente las 2/3 partes de las caries son no tratadas. A pesar de que los países de bajo ingreso presentan menores niveles de caries, estas permanecen no tratadas en su práctica totalidad, reflejo del débil sistema sanitario. Incluso en los países con alto nivel de ingresos, más de la mitad de las caries permanecen sin tratamiento. Al igual que para otras enfermedades bucodentales, la caries comparte los mismos determinantes sociales y las mismas desigualdades en salud. A pesar de la naturaleza extendida de la caries, los datos globales estandarizados y fiables son limitados.

G.3 Etiopatogenia de la Caries Dental

La caries dental se puede desarrollar en cualquier superficie de un diente de la cavidad oral que tenga en su superficie placa bacteriana. Sin embargo, la presencia de placa no lleva necesariamente a la enfermedad. Las bacterias son necesarias pero no suficientes. En el interior de la placa, la actividad metabólica es continua, de forma que se producen numerosas fluctuaciones de pH en la interfase entre la superficie del diente y los depósitos microbianos. Cuando el pH disminuye, se observa una desmineralización de la estructura dentaria, que se recupera cuando el pH aumenta.

Este equilibrio puede alterarse y dar lugar a una pérdida de mineral, que lleva a la disolución del tejido duro del diente, y producir una secuela: la lesión de caries. La pérdida o ganancia neta de mineral forma parte de una dinámica continua de desmineralizaciones y remineralizaciones.⁵²

G.3.1 Implicación de las Bacterias

Aunque las bacterias son necesarias pero no suficientes, es importante entender, desde el punto de vista microbiológico, qué ocurre en la placa bacteriana, como ecosistema fisiológico, para que se pueda llegar a un desequilibrio patógeno. Las hipótesis de placa bacteriana que explican la enfermedad han evolucionado. Si la enfermedad se entiende solo como una afección infecciosa, las actuaciones se

dirigen a identificar el o los microorganismos causantes y los métodos para controlarla serían la eliminación mecánica de placa, el uso de agentes antimicrobianos y el desarrollo de posibles vacunas.

La hipótesis de placa ecológica propone que, ante determinados cambios ecológicos externos o internos (cambio de dieta o reducción del flujo salival), se produce una modificación del medioambiente oral con un desequilibrio que favorece a las bacterias, pues son las que mejor se adaptan al ecosistema de la placa inducido por dichos cambios. Los cambios microbianos implican, por un lado, el incremento de bacterias acidogénicas (en inglés low-pH), entre las que se encuentran estreptococos del grupo mutans y otros estreptococos no mutans, y, por otro, la disminución de aquellas especies que consumen lactato, con lo que se reduce la producción de álcalis. Esta situación microbiana en un hospedador susceptible provoca un desequilibrio en el proceso de desmineralización - remineralización. Si se siguen consumiendo hidratos de carbono fermentables, la placa permanecerá más tiempo con un pH crítico. (Aproximadamente 5.5)⁵²

G.3.2 Implicación de la dieta

La dieta es uno de los factores etiológicos básicos en el proceso de caries y esta se asocia a la ingesta de hidratos de carbono fermentables. Concretamente, son varios los factores que intervienen:

- Patrón de ingesta, incluidos la frecuencia de consumo y el horario.
- Horario de la ingesta. Son especialmente cariogénicos cuando se consumen entre comidas o antes de acostarse.
- Consistencia y capacidad de retención.
- Presencia de factores protectores, como calcio, fosfato y fluoruros.

La relación del consumo de azúcar con la caries está suficientemente demostrada, si bien la intensidad de la relación es menor en la actualidad que antes de que empezaran a utilizarse los fluoruros. A pesar de ello, la dieta sigue teniendo una gran importancia, especialmente en las caries de biberón y de la infancia. El consejo dietético forma parte del trabajo del dentista, quien debe evaluar los hábitos

dietéticos de sus pacientes e identificar los más nocivos, así como proponer alternativas saludables y que sean bien aceptadas por los pacientes. ⁵²

G.3.3 Implicación de la Saliva

La saliva es un elemento protector de la cavidad oral. Su tasa de flujo y su composición son importantes factores del hospedador que modifican el proceso de caries. Su acción protectora está mediada, fundamentalmente, por la capacidad de neutralizar los ácidos producidos por las bacterias, diluir y eliminar de la cavidad oral los alimentos cariogénicos y favorecer la remineralización de los tejidos duros dentales. La escasez de saliva (hiposalivación) y su reducción drástica (xerostomía) inducen la aparición de caries especialmente agresivas, las cuales tienen su máximo ejemplo en la llamada «caries de radiación», producida en pacientes con cáncer de cabeza y cuello que han sido sometidos a radioterapia y en los que se produce una lesión grave e irreversible de las glándulas salivales. El odontólogo debe determinar el flujo salival de aquellos pacientes que muestren signos clínicos de hiposalivación. ⁵²

G.3.4 Implicación del Diente

El diente es el órgano del hospedador que sufre el proceso de caries y son varios los factores que están implicados en el proceso:

Composición y estructura El esmalte está formado, sobre todo, por cristales de hidroxiapatita, aunque algunos pueden ser sustituidos por fluorapatita (sustitución de iones OH⁻ por iones F⁻), cuya estructura es más estable y menos soluble a los ácidos. Otro factor relacionado es el grado en que están compactados los cristales. Cuanto mayor sea, menos espacio quedará para la difusión de las partículas de agua y, por tanto, la capacidad de disolución del esmalte será menor.

- **Maduración del esmalte tras la erupción del diente**

Después de la erupción, el esmalte pasa por un proceso de maduración por el que se transforma en una estructura menos soluble y más resistente a los cambios cariogénicos. Por eso, justo después de la erupción, los dientes son más susceptibles a la caries. Un proceso de maduración similar ocurre también en el cemento de superficies radiculares expuestas al medioambiente oral.

- **Localización y morfología**

Las superficies en las que los mecanismos de autolimpieza son menos efectivos y, por tanto, la placa bacteriana no se puede eliminar son más susceptibles a padecer la enfermedad. Destacan las superficies proximales, por debajo del punto de contacto, aunque la caries asienta con más frecuencia en las superficies oclusales. En esta localización, las lesiones aparecen en la entrada de fosas y fisuras, y son especialmente susceptibles las fisuras muy profundas o las que presentan una coalescencia del esmalte incompleta, de modo que la dentina queda expuesta en el fondo. ⁵²

G.4 Diagnóstico de las Lesiones de Caries

El propósito final del diagnóstico de caries es que permita elegir la forma más apropiada de intervención para obtener los mejores resultados de salud de un paciente. Por tanto, el diagnóstico de caries es un procedimiento intelectual durante el cual se clasifican una serie de observaciones de acuerdo a lo que se conoce sobre la etiología, la patología, la prevención, el tratamiento y el pronóstico de la enfermedad en un determinado paciente. Si se realiza un adecuado diagnóstico de caries, es posible cambiar el curso natural de la enfermedad. El diagnóstico es una guía para tomar decisiones sobre cómo detener o interferir en el proceso patológico. Desde un punto de vista práctico, en este apartado se desarrollará el diagnóstico de los signos clínicos de las lesiones de caries como resultado de la enfermedad. Los hallazgos etiológicos relacionados con la identificación de los factores a partir del diagnóstico, se podrá establecer la opción de tratamiento más adecuada. ⁵²

G.4.1 Diagnóstico Visual de las Lesiones de Caries

Antes de proceder al diagnóstico visual es importante optimizarlo. Un factor fundamental es conocer las características de las lesiones, ya que lo que vemos y percibimos depende, en gran parte, de lo que conocemos. Desde el punto de vista clínico, es importante identificar en las lesiones su profundidad (en el esmalte o la dentina) y su actividad. Las lesiones se clasifican en función de su localización anatómica, la cual no refleja una composición química del esmalte más susceptible sino la localización de placa bacteriana metabólicamente activa. Por este motivo, las lesiones suelen aparecer en fosas y fisuras, en superficies proximales y en el margen gingival, que son zonas de retención de placa o de escaso acceso para su limpieza. La lesión se puede iniciar en el esmalte (caries de esmalte) y en el cemento o en la dentina de superficies radiculares expuestas (caries radicular). Cuando la lesión en la dentina está cavitada, el diagnóstico y la opción de tratamiento no resultan complicados; la dificultad estriba en determinar la actividad. El problema se plantea con las lesiones iniciales y con el diagnóstico de actividad de la lesión. La dificultad y los métodos diagnósticos adicionales son diferentes según la localización de la lesión. Los signos clínicos más importantes según la localización, la profundidad y la actividad son los siguientes:

- **En superficies libres**, vestibulares y linguales o palatinas, la lesión de caries suele seguir el contorno del margen gingival y, cuando aparecen, indican un alto riesgo de caries:
 - ✓ Lesión de mancha blanca o caries de esmalte activa: es rugosa, de color blanquecino, opaca, con pérdida de la translucidez y sin brillo.
 - ✓ Lesión de esmalte detenida: sigue siendo opaca y blanquecina, pero al tacto con la sonda es dura, lisa y brillante.
 - ✓ Lesión cavitada en dentina activa: tiene una coloración marrón claro y al tacto es blanda.
 - ✓ Lesión en dentina detenida: es de color marrón oscuro y dura al tacto como resultado del depósito de mineral. ⁵²

- **En superficies oclusales**, las lesiones se localizan en las fosas y fisuras, y suelen iniciarse en las paredes laterales de la fisura o en el fondo. El diagnóstico en fosas y fisuras se puede enriquecer con la utilización de radiografías de aleta de mordida, que enfatizan la identificación de superficies sanas. Son especialmente útiles para el diagnóstico de caries oculta. La transiluminación con fibra óptica no está especialmente indicada para el diagnóstico precoz de lesiones oclusales. Los tipos de lesiones son:
 - ✓ Lesión no cavitada activa: su apariencia es blanquecina, opaca y rugosa.
 - ✓ Lesión no cavitada inactiva: suelen aparecer como una tinción oscura del sistema de fisuras; son duras al tacto y más resistentes al desafío cariogénico.
 - ✓ Lesión cavitada activa: son más fáciles de visualizar. Suelen presentar un color marrón o amarillento y al tacto son blandas.
 - ✓ El esmalte que rodea la cavidad puede tener apariencia más oscura o azulada.
 - ✓ Lesión cavitada inactiva: tiene color marrón oscuro, es dura y, a menudo, aparece lisa por el desgaste sufrido por la oclusión funcional. Las caries ocultas no presentan cavidad visible, pero el esmalte tiene una apariencia más opaca y con tinte grisáceo por caries en dentina teñida. partir del diagnóstico, se podrá establecer la opción de tratamiento más adecuada. ⁵²

- **En las superficies proximales**, las lesiones de caries suelen ser paralelas al margen gingival en dirección bucal y lingual, por debajo del punto de contacto. Las lesiones iniciales en el esmalte, ya sean activas o estén detenidas, son muy difíciles de detectar por inspección visual. En los niños se puede conseguir una separación temporal de los dientes que permita la visualización directa. Pueden aparecer como una lesión de mancha blanca similar a la de superficies libres, que, en el caso de inactivarse, puede adquirir un color oscuro. Las lesiones cavitadas tienen las mismas características que las de fosas y fisuras. El diagnóstico visual es muy difícil y es necesario utilizar otros métodos diagnósticos auxiliares. Los más adecuados en estas superficies son las radiografías de aleta de mordida y la transiluminación con fibra óptica. El método radiográfico tiene alta

especificidad. (superficies sanas correctamente diagnosticadas) y moderada sensibilidad.⁵²

- **En las superficies radiculares**, las lesiones pueden desarrollarse en cualquier zona donde exista acumulación de placa y se suelen localizar a lo largo del margen gingival en la unión amelocementaria. El diagnóstico es visual y táctil, y los signos clínicos más importantes son el color y la dureza. La coloración varía de amarillo claro a marrón o negro. Aunque no hay correlación demostrada entre el color y la actividad, la presencia de descoloración es indicativa de presencia de caries, y la apariencia más oscura suele asociarse a lesiones detenidas. El signo clínico más exacto que diagnostica actividad de la lesión es la dureza determinada mediante la sonda. Las lesiones activas son blandas; cuando empiezan a detenerse, adquieren textura similar al cuero, y las lesiones detenidas son duras. El límite entre la lesión cavitada y la inicial no es fácil de determinar, pero, en ambos casos, el tratamiento preventivo mediante cepillado cuidadoso con dentífricos fluorados a altas concentraciones puede detener las lesiones sin necesidad de recurrir a tratamiento restaurador, aunque las motivaciones estéticas pueden hacerlo necesario. A veces el diagnóstico debe completarse con radiografías de aleta de mordida si la lesión se localiza interproximal y no se puede visualizar.⁵²

G.4.2 Diagnóstico Radiográficos

La técnica de aleta de mordida es el método radiográfico más apropiado en la detección de lesiones de caries proximales. Mediante esta técnica se puede apreciar con mayor exactitud la profundidad de las lesiones, incluidas las oclusales no cavitadas y escondidas en la dentina que no pueden ser detectadas únicamente por inspección visual. En este caso, la sensibilidad es mayor que la conseguida solo con inspección visual. Para realizar dicha técnica, es necesario disponer de un soporte para la película radiográfica que, introducido en la boca del paciente, pueda mantenerse fijo en posición de mordida. Requiere una buena habilidad y dominio por parte del profesional, tanto para centrar la zona que se quiere examinar como

para evitar solapamientos. Un inconveniente importante que posee el método es que su utilización conlleva la exposición a radiaciones ionizantes, por lo que se desaconseja su uso rutinario e indiscriminado a todos los pacientes. Sin embargo, con la introducción de la radiografía digital se han abierto nuevas perspectivas y áreas de investigación. En esta técnica se utiliza un sensor digital en lugar de película radiográfica y la imagen que se obtiene se almacena en el ordenador. En este caso, la exposición a la radiación es menor que con el método convencional y permite aprovechar las ventajas del tratamiento informático de las imágenes. En términos de sensibilidad y especificidad, los resultados son similares. Con todo, con una buena técnica e indicación previa, el uso de este método está ampliamente justificado.⁵²

H. MALOCLUSION

H.1 Definición

Según la OMS, las maloclusiones se consideran como un problema de salud pública desde el punto de vista estomatológico, siendo reportado a nivel mundial que para la población pediátrica esta entidad ocupa el segundo lugar en prevalencia, precedido solo de la caries dental y ocupa el tercer lugar por su prevalencia e incidencia en la población adulta y es un factor de riesgo de enfermedades periodontales, caries y trastornos temporomandibulares.⁵³

Estas están presentes desde el origen del individuo, o bien se instalan durante las primeras etapas de vida, cobrando magnitudes diferentes al paso del tiempo. La dentición temporal ha demostrado su importancia para el futuro desarrollo de la dentición permanente, por lo que hay que vigilar su crecimiento y desarrollo así como la influencia sobre la misma de factores de riesgo que van modificando notablemente la morfología cráneo facial, que provoca desde edades tempranas relaciones oclusales inadecuadas. Se define como una mal posición dentaria cuando uno o varias piezas dentarias

superiores e inferiores no articulen, engranen con normalidad. Según Guiltford la maloclusión es la desviación de la oclusión ideal.

H.2 Factores de Riesgo de Maloclusiones en la Dentición Temporal

- Existencia de escalón mesial aumentado o inferior en la relación de molares o plano terminal (factor predictivo de mesoclusión clase III).
- Existencia de escalón distal o superior en la relación de molares o plano terminal (factor predictivo de distoclusión o maloclusión clase II).
- Falta de diastemas interincisivos o de espacios primate (se puede deber al micrognatismo transversal del maxilar o, aunque menos frecuentemente, a macrodoncia de la dentición temporal).⁵⁴

H.3 Clasificación de las Maloclusiones

Los primeros intentos de clasificar las maloclusiones provienen de Fox, que basaba su clasificación en las relaciones de los incisivos. Tras Fox, muchos autores han propuesto multitud de clasificaciones. Sin embargo, fue Angle el que aportó una clasificación que por su simplicidad ha quedado consagrada por el uso, es universalmente aceptada y conocida por todos. . (55)

Angle, en 1899, publica un artículo donde se propone clasificar las maloclusiones. El autor supuso que el primer molar permanente superior ocupaba una posición estable en el esqueleto craneofacial y que las desarmonías eran consecuencia de cambios anteroposteriores de la arcada inferior en relación a él. Dividió las maloclusiones en tres categorías básicas, que se distinguen de la oclusión normal. Las clases de maloclusiones fueron divididas en I, II, III (en números romanos). La clasificación de las clases dentales están basadas en las relaciones mesiodistales de los dientes, arcos dentales y maxilares, los cuales dependen de las posiciones mesiodistales asumidas por los primeros molares permanentes en su erupción y oclusión.

56

H.3.1 Clase I de Angle

Están incluidas en este grupo las maloclusiones en las que hay una relación anteroposterior normal entre los arcos superior e inferior, evidenciada por la llave molar.⁹ Conocido también como neutroclusión, Vellini añade que hay una relación anteroposterior entre los arcos superior e inferior, denominó llave molar a la oclusión correcta entre los molares permanentes superior e inferior, en la cual la cúspide mesiovestibular del primer molar superior ocluye en el surco mesiovestibular del primer molar inferior. En los pacientes portadores de Clase I de Angle es frecuente la presencia de un perfil facial recto y equilibrado en las funciones de la musculatura peribucal, masticatoria y de la lengua.⁵⁶

H.3.2 Clase II de Angle

Conocido también como distoclusión, Vellini define a la clase II de Angle cuando el primer molar permanente inferior se sitúa distalmente con relación al primer molar superior o el surco mesiovestibular del primer molar permanente inferior se encuentra distalizado con relación a la cúspide de mesiovestibular. Esta distoclusión puede estar asociada a una mandíbula retrógnata, de un maxilar que se encuentra demasiado hacia delante o una combinación de ambas. En general, los pacientes clasificados en este grupo presentan perfil facial convexo. Las maloclusiones clase II fueron separadas en dos divisiones: la división 1 y la división 2 (escritas en números arábigos).¹⁶ Figura 19: Maloclusión clase II.⁵⁶

H.3.2.1 Clase II División 1

Rodríguez explica que en algunos casos, la relación molar clase II ocurre solo en uno de los lados y a este se lo denomina Clase II división 1, y se denomina subdivisión izquierda o derecha dependiendo el lado que se encuentre la

maloclusión. Vellini explica que existe una inclinación vestibular de los incisivos superiores, esto se relaciona con problemas de desequilibrio de la musculatura facial, causado por el distanciamiento vestibulolingual entre los incisivos superiores y los inferiores. El perfil facial por lo general es convexo. La Clase II división 1, puede presentar:

- **Mordida Profunda**

Graber explica que la mordida profunda es un estado de sobremordida vertical aumentada, en donde la dimensión entre los márgenes incisales dentales superiores e inferiores es excesiva. Rodríguez añade que en la mordida profunda son frecuentes los problemas funcionales que afectan a los músculos temporales, maseteros y pterigoideos laterales, por consecuencia, el cóndilo se desplaza hacia atrás y hacia arriba en la fosa articular debido a la erupción lingualizada de los incisivos centrales los cuales fuerzan a una distalización mandibular y de los cóndilos más allá de la relación céntrica. Por lo que el paciente puede presentar una patología de la articulación temporomandibular.⁵⁷

- **Mordida Abierta**

Asociados a los hábitos inadecuados, debido por la interposición de la lengua, a la succión digital o al chupón. La mordida abierta presenta una falta de contacto entre las piezas superiores e inferiores que se encuentra a nivel de los incisivos, también es frecuente que se manifieste en la región posterior o una combinación de ambas. Es común observar después de los tres años de edad, pero existe mayor incidencia en edades de 8 y 10 años.⁵⁷

- **Incompetencia Labial**

Es la distancia en milímetros entre los labios superior e inferior, se produce cuando los labios no contactan entre sí, una hendidura interlabial de más de 4 mm se considera incompetencia labial por lo cual estimula la proinclinación de los incisivos superiores debido al desequilibrio en la presión labial y lingual sobre los dientes.⁵⁷

- **Mordida Cruzada**

Vellini explica que la lengua tiende a proyectarse anteriormente durante las funciones de deglución y fonación, manteniéndose asentada en el piso bucal durante el reposo, por lo tanto este desequilibrio favorece la palatinización de los premolares y molares superiores, pudiendo generar mordidas cruzadas. A este tipo de maloclusión la podemos dividir en: Mordida cruzada de tipo sagital o mordida cruzada anterior y Mordida cruzada de tipo transversal o mordida cruzada posterior.⁵⁸

H.3.2.2 Clase II División 2

La Clase II puede presentarse en uno de los dos lados, lo cual denominamos subdivisión derecha e izquierda respectivamente. Vellini engloba las maloclusiones que presentan relación molar clase II sin resalte de los incisivos superiores, ya sean palatinizados o verticalizados. Según Morales la clase II se caracteriza por la oclusión distal de los dientes de ambas hemiarquadas del arco dental inferior, determinada por las relaciones mesiodistales de los primeros molares permanentes, pero con retrusión en lugar de protrusión de los incisivos superiores. Se caracteriza por un sellado normal, la función de los labios normal, y un perfil recto levemente convexo, presenta sobremordida vertical anormal resultado de los incisivos superiores que se encuentran inclinados hacia adentro y hacia abajo. Vellini menciona que la Clase II, división 2, podemos encontrarla asociada con una mordida profunda anterior.⁵⁸

H.3.3 Clase III de Angle

También se denomina mesioclusión, Angle explicó que el surco mesiovestibular del primer molar permanente inferior se encuentra mesializado en relación a la cúspide mesiovestibular del primer molar permanente superior. Según Morales la clase III de Angle se caracteriza por

la oclusión mesial del arco dental inferior, es común encontrar apiñamiento de moderado a severo en ambas arcadas, especialmente en el maxilar superior.¹⁹ Según Vellini la clase III de Angle se presenta asociada a un perfil cóncavo, musculatura desequilibrada y en usualmente está acompañada de cruzamiento de mordida anterior o posterior, mordida abierta o mordida profunda, problemas de espacio y malposiciones dentarias.⁵⁸

1.1.5 Calidad de vida y salud bucal

La calidad de vida relacionada a la salud bucal (CVRSB) es la percepción del individuo frente a las principales afecciones bucales en la vida diaria, así como a las limitaciones en las funciones principales del aparato estomatognático y en el estado psicológico del paciente y su entorno familiar.^{42, 43}

Las enfermedades orales constituyen un problema de salud pública que afecta la calidad de vida de los individuos, sobre todo menores de edad, ya que estos dependen de sus padres para poder tomar decisiones. Por tanto, puede traer repercusiones en su estado físico y emocional, pues al presentar dolor dental esto puede traer consecuencias como dificultad para masticar, problemas para hablar, disminución del apetito, pérdida de peso, dificultad para dormir, alteración en el comportamiento, menor nivel de concentración en las clases, bajo rendimiento escolar, la necesidad de tratamiento, y gasto económico familiar.^{33, 44, 45}

1.3 Investigaciones

Torres R. y Cols. (2015) Perú. 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. El objetivo de este estudio 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.

Metodología. Estudio transversal y observacional; 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. La relación entre CIT y CVRSB se realizó con la correlación de Spearman. Resultados. La mediana y desviación intercuartil de la muestra del ECOHIS fue de 20 ± 5 , con respecto al impacto a la familia 7 ± 1 , impacto en el niño $13. \pm 3.5$. En el análisis de correlación entre CVRSB y CIT se determinó un valor de $\rho = 0.51$ (IC 95%: 0.34 a 0.64); la edad de la madre y CVRSB mediante los puntajes del ECOHIS se determinó un valor de $\rho = -0.22$ (IC 95%: -0.41 a -0.02); siendo la dimensión Autoimagen/interacción social y CIT con un valor de $\rho = 0.48$ (IC 95%: 0.31 a 0.62) el de mayor coeficiente. Los niños pertenecientes a familias de nivel socioeconómico bajo son los más afectados con caries. Conclusiones. 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 vida⁴⁶

López R. (2013) Perú. El presente estudio tuvo como objetivo evaluar el impacto de los problemas bucales en la calidad de vida en 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. Este estudio fue de tipo descriptiva, transversal. Evaluó a 153 niños, a quienes 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. Un examinador calibrado evaluó tres problemas bucales: caries de infancia temprana, traumatismos dento-alveolares y maloclusiones en dientes anteriores. Se realizó el análisis estadístico; aplicando pruebas de Anova, U Mann Whitney y Kruskal Wallis con un nivel de significancia de 95%.

Resultados: La frecuencia de caries de infancia temprana fue de 76,47%; de traumatismos dento-alveolares 9,8% y de maloclusiones anteriores 6,54%. 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 ($4,75 \pm 3,44$). La severidad alta de caries de infancia temprana obtuvo el promedio más elevado en relación al ECOHIS ($24,88 \pm 9,43$). Conclusiones: La caries de infancia temprana presentó impacto negativo en la calidad de vida relacionada a la salud bucal de los niños evaluados⁴⁷.

Paredes M y Cols. (2013) Perú. Impacto de las condiciones bucales sobre la calidad de vida en escolares del Distrito de San Juan de Miraflores. Lima, Perú. Objetivo: Determinar el impacto de las condiciones bucales sobre la calidad de vida relacionada a la salud bucal (CVRSB) en escolares de 11 y 12 años de edad de la Institución Educativa César Vallejo del distrito de San Juan de Miraflores, a través del Cuestionario Child Oral Impacts Daily Performance (OIDP), en el año 2013. Material y métodos: Estudio transversal, observacional que evaluó 169 escolares que cumplieron con los criterios de selección. Los datos fueron recolectados a través de una entrevista, empleando el instrumento OIDP versión en español validada para el Perú. Resultados: Se encontraron impactos en los desempeños: comer (55%), hablar (24.9%), limpiarse la boca (41.4%), dormir (22.5%), emoción (16%), sonreír (47.3%), estudiar (18.3%) y socializar (20.7%). Conclusiones: La prevalencia del impacto de las condiciones bucales sobre la calidad de vida de los escolares de 11 y 12 años de edad de la Institución Educativa César Vallejo fue del 100%; presentando al menos un desempeño diario impactado; siendo los más afectados: comer y sonreír⁴⁸.

Raymundo L. y Cols. (2011) Brasil. Impacto de la salud oral en la calidad de vida de los niños pre-escolares: percepción de los responsables. Tuvo como objetivo evaluar la percepción de los responsables cuanto al impacto de la salud oral en la calidad de vida de ellos, fue aplicado el instrumento ECOHIS-B (Early Childhood Oral Health Impacts Scale - Brasil). Se entrevistó a 60

personas responsables por niños de 3 a 6 años de edad de la clínica de odontopediatría de una institución de enseñanza pública brasileña. Fue realizado un examen clínico en los niños para determinar la presencia de lesiones de caries, dientes restaurados y perdidos e índices de biofilm y sangramiento de la encía. La escala del ECOHIS-B varió de 0 a 30, con media de 10,53 (DP=8,30); 52 niños (86,6%) presentaron por lo menos un impacto, dolor de diente (60%) y dificultad para comer (50%) fueron los más frecuentes. Por cada diente acometido por caries ($p=0,0001$), diente con presencia de caries en dentina ($p=0,008$) y diente restaurado ($p=0,001$) la correlación con el ECOHIS-B total fue estadísticamente significativa. La salud oral ($n=36$; 59,9%) y general ($n=52$:86,6%) fueron consideradas por la mayoría de los responsables buena o muy buena al ser comparadas a la de otros niños, y 18 (30%) de ellos percibían que el bienestar de los niños podría ser perjudicado por problemas orales. Problemas con los dientes y tratamientos dentales generan un impacto significativo en la calidad de vida y esto puede ser percibido por el responsable⁴⁹.

Echeverría L. (2010) Chile. El objetivo de este estudio fue investigar el impacto de la Caries Temprana de la Infancia severa (CTI – S) en la calidad de vida relacionada a la salud oral de niños preescolares. Se seleccionaron 100 niños con CTI severa y 100 niños sin CTI severa. Se realizó un examen clínico a los niños y una encuesta a los padres. Los padres o tutores respondieron preguntas sobre dolor, problemas de alimentación y sueño, alteraciones de la conducta y ausentismo escolar. Para el diagnóstico de CTI se utilizó la definición aceptada por la Asociación Americana de Pediatría Dental (AAPD). Los datos fueron analizados utilizando la prueba estadística de cuadrado y test T de Student. Los resultados muestran que los niños con CTI severa, tienen significativamente más dolor, problemas de alimentación y sueño, alteraciones de conducta y ausentismo escolar ($P < 0.005$) que los niños sin CTI severa. Este estudio mostró un impacto negativo de la caries temprana de la infancia severa en la calidad de vida de los niños preescolares⁵⁰.

Tellez M y Cols. (2010) Colombia. El presente estudio tuvo como finalidad ver la correlación de un instrumento de calidad de vida relacionado con salud oral entre niños de 8 a 10 años y sus acudientes en Bogotá. El objetivo de este estudio es describir la calidad de vida relacionada con salud oral en niños de 8-10 años estratificando por género y tipo de institución. Materiales y Métodos: Validación lingüística del cuestionario COHQoL por medio de a) Traducciones reversas b) Prueba piloto c) Análisis de contenido por odontólogos pediatras. El cuestionario de 29-items fue distribuido a 168 niños de 8-10 años de edad. Se realizó análisis descriptivo incluyendo tablas de frecuencia y promedios. Se exploraron diferencias estadísticas entre género y tipo de institución mediante la prueba exacta de Fishers (p-valor- menor que 0.05). Resultados: Cerca del 50% de los niños percibieron que sus dientes estaban de más o menos a mal, y 42% reportaron sentir dolor en el último mes. 43% reportó sentirse preocupado acerca de lo que los otros piensan de sus dientes. 52% de las niñas experimentaron dolor dental durante el último mes (niños 33%), y además reportan haber faltado al colegio por esta razón (p-valor 0.008). Finalmente, en las escuelas públicas se tiende a faltar más (14%) en comparación con las escuelas privadas (6%). Conclusión: La información de calidad de vida relacionada con salud oral es útil para evaluar salud oral en la población considerando el impacto psicosocial de las enfermedades orales en el bienestar general⁵¹.

1.4 MARCO CONCEPTUAL

Nivel de conocimiento

Es el conjunto de la información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje, o a través de la introspección. En el sentido más amplio del término, se trata de la posesión de múltiples datos interrelacionados que, al ser tomados por sí solos, poseen un menor valor cualitativo, puede ser cualitativa

Salud

Es el completo bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de enfermedades. La salud, componente principal del bienestar, es el estado de la persona humana como expresión dinámica de equilibrio de lo biológico, psicosocial y ecológico; por lo tanto la salud es integral y no sólo la ausencia de enfermedad.

Salud bucal

Es la ausencia de enfermedades y trastornos que afectan los componentes del sistema estomatognático, como cáncer de boca o garganta, lesiones bucales, defectos congénitos como labio leporino o paladar hendido, enfermedades periodontales, caries dental, dolor; dichas dolencias pueden alterar el normal funcionamiento de los órganos de la boca.

Calidad de vida

Es la percepción que posee una persona en su entorno social, en el contexto de la cultura y del sistema de valores que posee y en los que vive y en relación con sus objetivos como persona, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes; así como la salud y la enfermedad.

Calidad de vida en salud

Son las percepciones de los individuos de su posición en la vida en el contexto cultural y de valores en el que viven; es la satisfacción con las diferentes dimensiones ponderadas por su importancia para la persona con respecto a la salud, dichos aspectos se percibirán en las dimensiones física, mental, social y general de la salud

Diagnóstico

Determinación de la naturaleza de una enfermedad o estado o la distinción de una enfermedad o estado de otra. La evaluación puede hacerse por medio del examen físico, pruebas de laboratorio o similares. Pueden usarse programas automatizados para mejorar el proceso de toma de decisiones.

Epidemiología

Usado con enfermedades humanas y animales para su distribución, factores que la causan y características en poblaciones definidas. Incluye incidencia, frecuencia, prevalencia, brotes endémicos y epidémicos, también incluye encuestas y estimativas de morbilidad en áreas geográficas y en una población específica. Por último, usado con descriptores geográficos para la localización de aspectos epidemiológicos de una enfermedad. Excluye mortalidad pues existe el calificador específico.

Calidad

La calidad puede referirse a diferentes aspectos de la actividad de una organización: el producto o servicio, el proceso, la producción o sistema de prestación del servicio o bien, entenderse como una corriente de pensamiento que impregna toda la empresa. Sin embargo, tanto en el ámbito general como en el sanitario, existen unos criterios erróneos acerca de la calidad y de su control que suponen un obstáculo al necesario entendimiento entre quienes la exigen y los que deben conseguirla.

Percepción

Se entiende como el proceso cognoscitivo a través del cual las personas pueden ser capaces de comprender su entorno y poder actuar en base a los impulsos que reciben; es decir la persona trata de entender y organizar los estímulos generados por el ambiente y luego poder darles un sentido; con todo ello es capaz de reconocer e interpretar la naturaleza y significado de un estímulo sensorial.

Higiene bucal

Es la práctica correcta de mantener la boca limpia y ello colaborará a mantenerla libre de enfermedades, este proceso se puede realizar mediante el cepillado y limpieza regular en dientes y demás estructuras, de forma constante; dicha actividad se complementa mediante visitas periódicas al Odontólogo.

Dieta

Es el conjunto de las sustancias alimenticias acostumbradas que pueden ser sólidos o líquidos ingeridos diariamente los cuales son parte del comportamiento nutricional del individuo; por ende resulta ser un hábito y constituye una forma de vivir. En ocasiones, el término suele ser utilizado para referirse a los regímenes especiales para bajar de peso o para combatir ciertas enfermedades, aunque estos casos representan modificaciones de la dieta y no la dieta en sí misma.

Maloclusión

Es una afección del desarrollo, en la mayoría de los casos, se debe a una moderada distorsión del desarrollo anormal. Comprende una cantidad de desviaciones morfológicas diferentes que pueden presentarse como características únicas o formar parte de diversas combinaciones.

CAPÍTULO II: EL PROBLEMA, OBJETIVOS, HIPÓTESIS Y VARIABLES

2.1 Planteamiento del Problema

2.1.1 Descripción de la Realidad Problemática

La calidad de vida se define como la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones, este concepto es extenso y complejo que engloba la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y la relación con las características sobresalientes del entorno.

En el 2012 la OMS mencionó a las enfermedades bucodentales más frecuentes como son la caries, las afecciones periodontales (de las encías), el cáncer de boca, las enfermedades infecciosas bucodentales, los traumatismos físicos y las lesiones congénitas. En el mundo, el 90% de niños presentan caries dental y esto sucede mayormente en los grupos pobres más desfavorecidos.

La caries dental es una enfermedad que no solo perturba la salud bucal, también afecta al individuo con respecto a su bienestar general, por ende a su calidad de vida y a quienes lo rodean, ya que sea afectando a sus relaciones sociales, en lo emocional, en su actividad física o hasta en su estilo de vida; en especial en la edad escolar cuando los niños empiezan a comparar sus características físicas y

rasgos de personalidad con otros niños, en este momento su salud bucal alterada afectara en mayor medida su calidad de vida. En el ranking anual de Mercer realizado en el año 2017 sobre la calidad de vida. En América Latina, el listado lo lidera Montevideo: la capital uruguaya se encuentra en el puesto 79, seguida de Buenos Aires y Santiago de Chile. Existen disparidades importantes entre los distintos países, que explican por qué Montevideo ocupa un puesto más alto que otras ciudades de la región.

En el mismo ranking, Lima ocupa el puesto 12 en calidad de vida en Latinoamérica y el puesto 124 en el mundo. Los criterios fundamentales para elaborar este ranking son la adecuada infraestructura, mayor seguridad para sus habitantes, acceso al transporte, buenos estándares sanitarios, entre otros.

La calidad de vida que los padres puedan brindarles a sus hijos influye no solo en la salud general sino también en su salud bucal, Los padres que descuidan la salud bucal de sus hijos no saben cómo esta influye en la vida de sus hijos, no solo que este descuido pueda generar dolor, sino también problemas para dormir, disminución del apetito, problemas sociales y psicológicos.

En los Hospitales del MINSA, la concurrencia de pacientes al servicio de odontología es en su mayoría pacientes con infecciones de origen odontogénicas o por traumatismo dento alveolar, Según el MINSA, el 5% de pacientes que acuden al hospital son por prevención. Al no realizar el siguiente estudio no podríamos determinar si los padres de familia perciben los problemas de salud bucal de sus hijos relacionada con el tipo de calidad de vida que tienen. Y a partir de estos resultados podríamos hacer campañas de concientización a las familias sobre el cuidado que deben de tener con la salud bucal de sus hijos

La importancia de este estudio fue determinar percepción de los padres sobre la calidad de vida relacionada con la salud bucal de sus hijos de 3 a 5 años que estudian en el Colegio Inicial 1216 Miguel Grau Seminario en el 2018.

2.1.2 Definición del Problema

2.1.2.1 Problema General

¿Cuál es la percepción de los padres de familia sobre la calidad de vida y su relación con la salud bucal de sus hijos de 3 a 5 años que matriculados en el Colegio Inicial 1216 Miguel Grau Seminario en el primer semestre 2018?

2.1.2.2 Problemas Específicos

A. ¿Cuál es la percepción de los padres de familia sobre la calidad de vida y su relación con la salud bucal y el impacto en sus hijos de 3 a 5 años que matriculados en el Colegio Inicial 1216 Miguel Grau Seminario en el primer semestre 2018?.

B. ¿Cuál es la percepción de los padres de familia sobre la calidad de vida y la relación con la salud bucal y el impacto en la familia de sus hijos de 3 a 5 años que matriculados en el Colegio Inicial 1216 Miguel Grau Seminario en el primer semestre 2018?

C. ¿Cuál es la percepción de los padres de familia sobre la calidad de vida y su relación con la caries de infancia temprana de sus hijos de 3 a 5 años que matriculados en el Colegio Inicial 1216 Miguel Grau Seminario en el primer semestre 2018?

D. ¿Cuál es la percepción de los padres de familia sobre la calidad de vida y su relación con la de higiene oral de sus hijos de 3 a 5 años que matriculados en el Colegio Inicial 1216 Miguel Grau Seminario en el primer semestre 2018?

E. ¿Cuál es la percepción de los padres de familia sobre la calidad de vida y su relación con el tipo de maloclusión anterior y el tipo de arco según Baumen de sus hijos de 3 a 5 años que matriculados en el Colegio Inicial 1216 Miguel Grau Seminario en el primer semestre 2018?

2.2 Finalidad y Objetivos de la Investigación

2.2.1 Finalidad

La presente investigación tuvo por finalidad determinar la percepción de los padres sobre la calidad de vida relacionada con la salud bucal de sus hijos de 3 a 5 años que estudian en el Colegio Inicial 1216 Miguel Grau Seminario en el 2018, de manera tal que nos permitirá identificar si los padres perciben la relación que tiene la calidad de vida y la salud bucal en sus hijos, también en el ámbito familiar, y como afecta la caries dental, la higiene oral y la mal oclusión en la calidad de vida de sus hijos.

2.2.3 Objetivo General y Específicos

2.2.3.1 Objetivo General

Determinar la percepción de los padres de familia sobre la calidad de vida y su relación con la salud bucal de sus hijos de 3 a 5 años que matriculados en el Colegio Inicial 1216 Miguel Grau Seminario en el primer semestre 2018.

2.2.3.2 Objetivos Específicos

- A.** Determinar la percepción de los padres de familia sobre la calidad de vida y su relación con la salud bucal y el impacto en sus hijos de 3 a 5 años que matriculados en el Colegio Inicial 1216 Miguel Grau Seminario en el primer semestre 2018.
- B.** Precisar la percepción de los padres de familia sobre la calidad de vida y la relación con la salud bucal y el impacto en la familia de sus hijos de 3 a 5 años que matriculados en el Colegio Inicial 1216 Miguel Grau Seminario en el primer semestre 2018

- C. Indicar la percepción de los padres de familia sobre la calidad de vida y su relación con la caries de infancia temprana de sus hijos de 3 a 5 años que matriculados en el Colegio Inicial 1216 Miguel Grau Seminario en el primer semestre 2018.

- D. Identificar la percepción de los padres de familia sobre la calidad de vida y su relación con la de higiene oral de sus hijos de 3 a 5 años que matriculados en el Colegio Inicial 1216 Miguel Grau Seminario en el primer semestre 2018.

- E. Evaluar la percepción de los padres de familia sobre la calidad de vida y su relación con el tipo de maloclusión anterior y el tipo de arco según Baumen de sus hijos de 3 a 5 años que matriculados en el Colegio Inicial 1216 Miguel Grau Seminario en el primer semestre 2018

2.2.4 Delimitación del Estudio

1. Delimitación Espacial

La presente Investigación se efectuó geográficamente en el Colegio Inicial 1216 Miguel Grau Seminario perteneciente al Distrito de San Luis en el Departamento de Lima Perú.

2. Delimitación Temporal

La presente investigación se llevó a cabo en el primer semestre académico 2018-I, de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, comprendido entre el mes de Marzo a Julio del año en mención.

3. Delimitación Social

El estudio aportó un beneficio de los niños con la percepción de los padres de familia sobre la calidad de vida y su relación con la salud bucal de sus hijos de 3 a 5 años.

4. Delimitación Conceptual

La calidad de vida se define como la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive con respecto a sus metas, expectativas, normas y las preocupaciones, este concepto es extenso y complejo que engloba la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y la relación con las características sobresalientes del entorno.

2.2.5 Justificación e Importancia del Estudio

La calidad de vida según la OMS la define como la percepción del individuo sobre su posición en la vida con respecto a diferentes áreas como el área física, psicológica, el nivel de independencia, las relaciones sociales, el entorno y sus creencias. Esto se ve afectado según el estado de salud general o bucal de las personas.

Los problemas en la salud bucal pueden ocasionar repercusiones tales como dolor, dificultades para masticar, dificultades para dormir, pérdida de peso, Alteración en el comportamiento, problemas sociales, por ende, se ve afectado su calidad de vida y no solo la del niño sino que se ve comprometido también los padres y el entorno familiar. La importancia del presente estudio es de determinar la percepción de los padres con la salud bucal relacionada

a la calidad de vida de sus hijos de 3 a 5 años que estudian en el Colegio Inicial Miguel Grau Seminario en el 2018.

La identificación de la calidad de vida a través del cuestionario de percepción de los padres (ECO-HIS) nos permitirá observar la relación que existe con la salud bucal del niño y de su entorno <familiar. Así mismo se identificarán si los factores que afectan a la salud bucal tales como caries dental, higiene bucal y la mal oclusión afectan directamente a la calidad de vida del niño. La calidad de vida en el Perú en los últimos años ha venido en descenso, esto tiene influencia en el entorno de la salud bucal del individuo y aun peor en el caso de los niños debido a que ellos dependen de sus padres y de los cuidados que ellos tengan.

La importancia del estudio es que se determinó el tipo de calidad de vida que tiene el niño y cómo perciben sus padres esta calidad de vida para tomar las providencias del caso, de acuerdo a los resultados, mediante campañas de prevención de salud.

2.4. Variables e indicadores

2.4.1 Variables

2.4.1.1 Variable Independiente

Salud bucal.

2.4.1.2 Variable Dependiente

Calidad de vida.

2.4.2.1 Indicadores de variable independiente

Índice de caries

Sano = 0

Baja severidad = 1- 5

Alta severidad ≥ 6

Índice de Higiene oral

Bueno = 0.0 – 0.6

Regular= 0.7-1.8

Malo= 1.9-3.0

Tipo de maloclusión

Presenta mordida profunda.

Presenta mordida bis a bis.

Tipo de arco según Baumen

Tipo I (Presencia de diastema)

Tipo II (Ausencia de diastema)

Indicadores de variable dependiente

. Serán de acuerdo a las dimensiones que se mantiene en el estudio

- Impacto en el niño
(Pregunta del 1 al 9)
 - ✓ Nunca
 - ✓ Casi nunca
 - ✓ Ocasionalmente
 - ✓ A menudo
 - ✓ Muy a menudo
 - ✓ No sabe
- Impacto en la familia
(Pregunta del 10 al 13)
 - ✓ Nunca
 - ✓ Casi nunca
 - ✓ Ocasionalmente
 - ✓ A menudo
 - ✓ Muy a menudo
 - ✓ No sabe

CAPÍTULO III: MÉTODO, TÉCNICA E INSTRUMENTOS

3.1 Población y Muestra

3.1.1 Población

La población del estudio estuvo comprendida por niños que estuvieron matriculados y que asistieron al Colegio Inicial 1216 Miguel Grau Seminario del distrito de San Luis en la ciudad de Lima en Perú en el primer semestre 2018 siendo un total de 250.

3.1.2 Muestra

La muestra fue seleccionada en forma no aleatoria por conveniencia y estuvo constituida por niños que asistieron al Colegio Inicial 1216 Miguel Grau Seminario del distrito de San Luis en la ciudad de Lima en el primer semestre 2018 y por padres que hayan aceptado y que cumplieron con los criterios de selección, siendo un total de 100 niños y 100 padres.

3.1.3 Criterios de Inclusión

- Niños que estuvieron matriculados y que asistieron regularmente al Colegio Inicial 1216 Miguel Grau Seminario del Distrito de San Luis en la ciudad de Lima en Perú en el primer semestre 2018
- Padres de niños que hayan aceptado y dieron su autorización para el estudio.
- Niños que tengan entre 3 a 5 años.

3.1.4 Criterios de Exclusión

- Niños que no asistieron al Colegio Inicial 1216 Miguel Grau Seminario del distrito de San Luis en la ciudad de Lima en Perú en el primer semestre 2018
- Padres de niños que no aceptaron y dieron no a su autorización para el estudio.
- Niños que no tengan entre 3 a 5 años.

3.1.5 Diseño Utilizados en el estudio

Diseño

Debido a que no hubo intervención por parte del investigador sobre el desarrollo de los fenómenos, la presente investigación presenta un diseño de tipo descriptivo.

Tipo de investigación

Debido a que se dio en un momento determinado y por única vez, el estudio es de tipo transversal y prospectivo.

Enfoque

Cualitativo

3.2 Técnica e instrumento de Recolección de Datos

3.3.1 Técnica de Recolección de Datos

Para la recolección de datos primero se tuvo que presentar el proyecto en la Oficina de Grados y Títulos de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega para la autorización respectiva para el desarrollo del Proyecto.

Para realizar la ejecución del proyecto en el Colegio Inicial 1216 Miguel Grau Seminario del Distrito de San Luis del Departamento de Lima- Perú, se solicitó una carta de presentación en mesa de partes de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, mediante una solicitud, luego de su expedición dicho documento se adjuntó a la documentación respectiva, la cual se presentó a la Dirección del Colegio Inicial 1216 Miguel Grau Seminario del Distrito de San Luis, la cual constó de un oficio dirigido al Director de citado Colegio Inicial, se solicitó la autorización respectiva para llevar a cabo el presente estudio en las instalaciones de la institución educativa antes mencionada, la cual consistió en la revisión y evaluación clínica de la cavidad bucal de los estudiantes, para el trámite respectivo se emitió a la Dirección el oficio respectivo anexando a este el proyecto de investigación; luego del pronunciamiento sobre la aceptación para realizar el estudio en el Centro Educativo, se pidió la autorización a los padres de familia previa información clara y detallada del propósito de la investigación, luego se realizó la inspección clínica en los menores cuyos padres aceptaron la participación en la investigación.

3.3.2 Instrumentación de Recolección de Datos

El instrumento de recolección de datos se denomina ECOHIS; el cual ha sido validado en diversos países y traducido a nuestro idioma por un grupo de investigadores, este instrumento es un cuestionario consta de 13 preguntas divididas en dos secciones los cuales se refieren al impacto de la salud oral en el niño (9 preguntas) y en relación a la familia (4 preguntas). En donde la persona (responsable del cuidado del menor) selecciona la respuesta que mejor describía la experiencia de su hijo o la suya, considerando desde el nacimiento del menor hasta la actualidad. Teniendo como respuesta 5 posibles opciones que son: nunca, casi nunca, ocasionalmente, a menudo, muy a menudo; el instrumento utiliza en la medición una escala simple de frecuencia: Likert, con respuestas que oscilan desde nunca a muy a menudo.

Asimismo los exámenes bucales se realizaron, de acuerdo a los criterios del OMS, en un ambiente proporcionado por el centro educativo; a través del método visual con ayuda de un espejo bucal plano N°5 y sondas periodontales, se evaluó las siguientes condiciones bucales:

Caries de Infancia Temprana.

Higiene bucal.

Maloclusiones Anteriores.

Tipo de arco según la clasificación de Baume.

3.3 Procesamiento de Datos

El procesamiento de datos se realizó mediante el tratamiento estadístico en donde el análisis de los datos obtenidos implicará dos tipos de análisis

- Análisis descriptivo, en donde se dará la estadística descriptiva del objetivo general y los objetivos específicos descritos, la media, la desviación estándar y el porcentaje de las mismas.

- Análisis exploratorio inferencial, en donde los resultados del cuestionario tomado a los encuestados se presentarán de manera organizada por medio de tablas y gráficos que van a corresponder a cada uno de los indicadores elaborados en los objetivos.

Toda la información de la investigación será procesada mediante el programa SPSS versión 20.0 y la creación de una base de datos mediante el programa Microsoft Excel 2016.

CAPITULO IV: Presentación y Análisis de los Resultados

4.1 Presentación de los Resultados

Tabla N° 1.

Distribución de acuerdo al sexo del niño

	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	51	51%
Masculino	49	49%

En la Tabla N° 1 se observa que los niños de sexo Femenino representan el 51% (N°=51) y Masculino el 49% (N°=49).

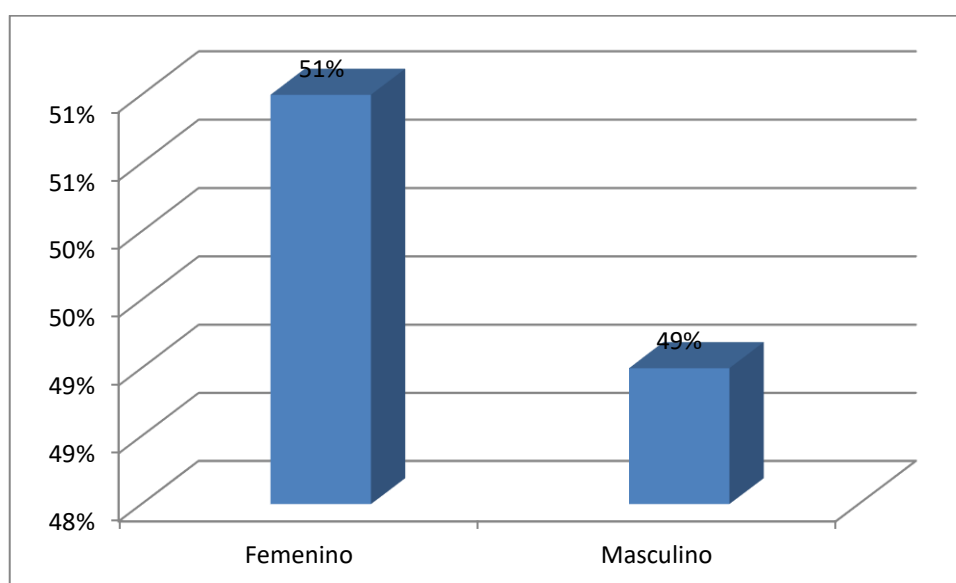


Gráfico N° 1.

Distribución de acuerdo al sexo del niño

Tabla N° 2

Distribución de acuerdo al sexo de los apoderados

	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	86	86%
Masculino	14	14%

En la Tabla N° 1 se observa que los apoderados de sexo Femenino representan el 86% (N°=86) y Masculino el 14% (N°=14).

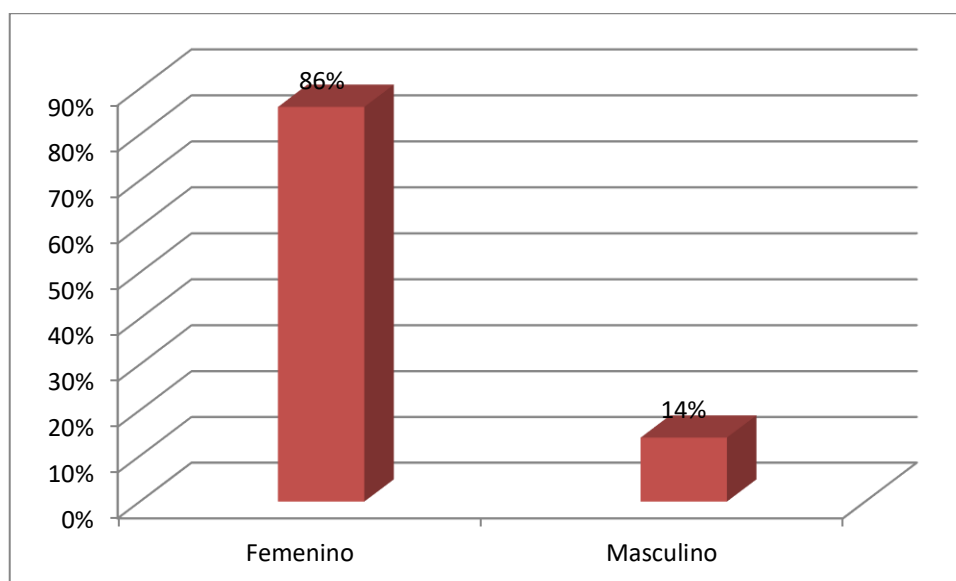


Gráfico N° 2

Distribución de acuerdo al sexo de los apoderados

Tabla N° 3

Percepción de los padres de familia sobre la calidad de vida y su relación con la salud bucal de sus hijos de 3 a 5 años que matriculados en el Colegio Inicial 1216 Miguel Grau Seminario en el primer semestre 2018.

		PERCEPCIÓN					
		Bajo		Regular		Alto	
		Recuento	% del total	Recuento	% del total	Recuento	% del total
Ceo-D	Sin caries	3	3%	2	2%	0	0%
	Baja gravedad	15	15%	19	19%	5	5%
	Alta gravedad	8	8%	30	30%	18	18%
IHOS	Bueno	2	2%	10	10%	1	1%
	Regular	12	12%	24	24%	5	5%
	Malo	12	12%	17	17%	17	17%
Maloclusiones	Mordida abierta	3	3%	3	3%	1	1%
	Mordida profunda	19	19%	31	31%	13	13%
	Mordida cruzada anterior	3	3%	8	8%	5	5%
	Mordida bis a bis	4	4%	5	5%	5	5%
Arco Tipo I de Baume (Sup)	No presenta	10	10%	22	22%	7	7%
	Si presenta	16	16%	29	29%	16	16%
Arco Tipo II Baume (Sup)	No presenta	16	16%	29	29%	16	16%
	Si presenta	10	10%	22	22%	7	7%
Arco Tipo I Baume (Inf)	No presenta	8	8%	25	25%	9	9%
	Si presenta	18	18%	26	26%	14	14%
Arco Tipo II Baume (inf)	No presenta	18	18%	26	26%	14	14%
	Si presenta	8	8%	25	25%	9	9%

En la Tabla N° 3 se aprecia en mayoría presentaron un índice ceo-D con **Alta gravedad** y un nivel de Percepción **Regular** el 30% (N°=30), seguido de los que presentaron un índice ceo-D con **Baja gravedad** y una percepción de los padres de familia como **Regular** en el 19% (N°=19); en referencia al índice de IHOS **Regular** y un nivel de Percepción de los padres **Regular** en un 24% (N°=24), seguido de los que presentaron un índice IHOS **Malo** y una percepción de los

padres de familia como **Regular y Alto** en un 17% (N°=17); en cuanto a las Maloclusiones se observó que presenta **Mordida profunda** y una Percepción **Regular** en un 31% (N°=31), seguido de los que presentan **Mordida profunda** y el nivel de percepción de los padres fue de Bajo en un 19% (N°=19); en cuanto a Tipo de arco dental I a nivel superior según Baume se observó que **Si presentan** y el nivel de percepción de los apoderados fue **Regular** en un 29% (N°=29), el Tipo de arco dental II a nivel superior según Baume se apreció que **No presentan** y el nivel de percepción de los apoderados es **Regular** en un 29% (N°=29); en cuanto a Tipo de arco dental I a nivel inferior según Baume se observó que **Si presentan** y el nivel de percepción de los apoderados fue **Regular** en un 26% (N°=26), el Tipo de arco dental II a nivel superior según Baume se apreció que **No presentan** y el nivel de percepción de los apoderados es **Regular** en un 26% (N°=26).

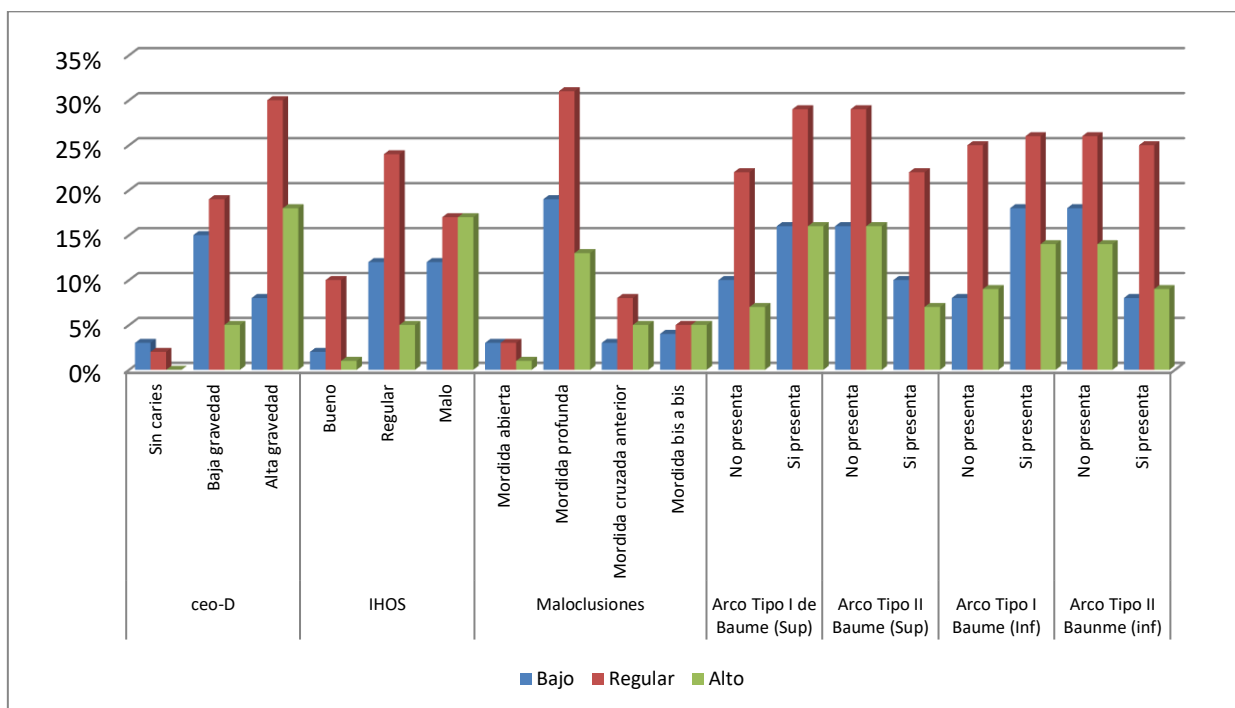


Gráfico N° 3

Percepción de los padres de familia sobre la calidad de vida y su relación con la salud bucal de sus hijos de 3 a 5 años que matriculados en el Colegio Inicial 1216 Miguel Grau Seminario en el primer semestre 2018

Tabla N° 4

Relación entre la percepción de los padres de familia sobre la calidad de vida y salud bucal de sus hijos de 3 a 5 años que matriculados en el Colegio Inicial 1216 Miguel Grau Seminario en el primer semestre 2018, mediante la prueba del Chi cuadrado (X^2) y el nivel de significancia (p).

		Valor	gl	Sig. Asintótica
Chi-cuadrado de Pearson	Percepción – ceo-D	13	4	0.013
	Percepción – IHOS	11.982	4	0.017
	Percepción-Maloclusión	0.699	2	0.705
	Percepción - Arco Tipo I (Sup)	1.079	2	0.583
	Percepción - Arco Tipo II (Sup)	1.079	2	0.583
	Percepción - Arco Tipo I (Inf)	2.456	2	0.293
	Percepción - Arco Tipo II (Inf)	2.456	2	0.293

Nivel de significancia = 0.05

En la tabla N° 4, referente a la relación entre la percepción de los padres de familia sobre la calidad de vida y salud bucal de sus hijos, en cuanto al ceo-D se aprecia que el valor de X^2 es de 13 y el valor de la significancia asintótica es de 0.013, referente al IHOS se aprecia que el valor de X^2 es de 11.982 y el valor de la significancia asintótica es de 0.017; en referencia a la Maloclusión se aprecia que el valor de X^2 es de 0.699 y el valor de la significancia asintótica es de 0.705; referente al arco Tipo I y II (Superior) el valor de X^2 es de 1.079 y el valor de la significancia asintótica es de 0.583; y en cuanto al arco Tipo I y II (Inferior) el valor de X^2 es de 2.456 y el valor de la significancia asintótica es de 0.293.

Tabla N° 5.

Percepción de los padres de familia sobre la calidad de vida y su relación con la salud bucal y el impacto en sus hijos de 3 a 5 años que matriculados en el Colegio Inicial 1216 Miguel Grau Seminario en el primer semestre 2018

		PERCEPCIÓN					
		Bajo		Regular		Alto	
		Recuento	% del total	Recuento	% del total	Recuento	% del total
ceo-D	Sin caries	4	4%	1	1%	0	0%
	Baja gravedad	19	19%	17	17%	3	3%
	Alta gravedad	13	13%	25	25%	18	18%
IHOS	Bueno	5	5%	7	7%	1	1%
	Regular	19	19%	19	19%	3	3%
	Malo	12	12%	17	17%	17	17%
Maloclusiones	Mordida abierta	4	4%	1	1%	2	2%
	Mordida profunda	25	25%	28	28%	10	10%
	Mordida cruzada anterior	7	7%	4	4%	5	5%
	Mordida bis a bis	3	3%	6	6%	5	5%
Arco Tipo I de Baume (Sup)	No presenta	10	10%	22	22%	7	7%
	Si presenta	16	16%	29	29%	16	16%
Arco Tipo II Baume (Sup)	No presenta	14	14%	19	19%	6	6%
	Si presenta	22	22%	24	24%	15	15%
Arco Tipo I Baume (Inf)	No presenta	13	13%	21	21%	8	8%
	Si presenta	23	23%	22	22%	13	13%
Arco Tipo II Baume (inf)	No presenta	23	23%	22	22%	13	13%
	Si presenta	13	13%	21	21%	8	8%

En la Tabla N° 5 se aprecia en mayoría presentaron un índice ceo-D con **Alta gravedad** y un nivel de Percepción **Regular** el 25% (N°=25), seguido de los que presentaron un índice ceo-D con **Baja gravedad** y una percepción de los padres de familia en un nivel **Bajo** en el 19% (N°=19); en referencia al índice de IHOS **Regular** y un nivel de Percepción de los padres **Bajo** y **Regular** en un 19%

(N°=19); en cuanto a las Maloclusiones se observó que **Si presenta Mordida profunda** y una Percepción **Regular** en un 28% (N°=28), seguido de los que presenta **Mordida profunda** y nivel de percepción de los padres fue de **Bajo** en un 25% (N°=25); en cuanto a Tipo de arco dental I a nivel superior según Baume se observó que **Si presentan** y el nivel de percepción de los apoderados fue **Regular**

en un 29% (N°=29), el Tipo de arco dental II a nivel superior según Baume se apreció que **Si presentan** y el nivel de percepción de los apoderados es **Regular** en un 24% (N°=24); en cuanto a Tipo de arco dental I a nivel inferior según Baume se observó que **Si presentan** y el nivel de percepción de los apoderados fue **Bajo** en un 23% (N°=23), el Tipo de arco dental II a nivel superior según Baume se apreció que **No presentan** y el nivel de percepción de los apoderados es **Bajo** en un 23% (N°=23).

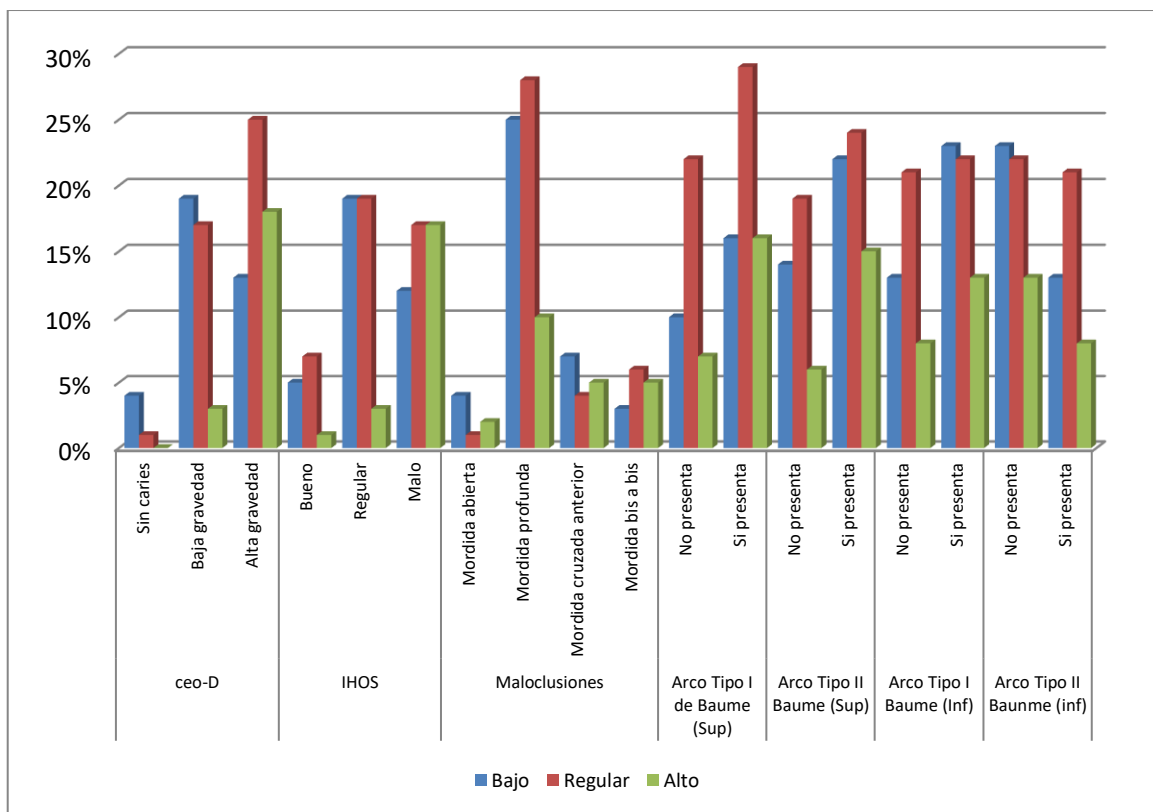


Gráfico N° 4.

Percepción de los padres de familia sobre la calidad de vida y su relación con la salud bucal y el impacto en sus hijos de 3 a 5 años que matriculados en el Colegio Inicial 1216 Miguel Grau Seminario en el primer semestre 2018

Tabla N° 6

Relación entre la percepción de los padres de familia sobre la calidad de vida y la salud bucal y el impacto en sus hijos de 3 a 5 años que matriculados en el Colegio Inicial 1216 Miguel Grau Seminario en el primer semestre 2018

		Valor	gl	Sig. Asintótica
Chi-cuadrado de Pearson	Percepción – ceo-D	13	4	0.013
	Percepción – IHOS	11.982	4	0.017
	Percepción – Maloclusión	0.699	2	0.705
	Percepción - Arco Tipo I (Sup)	1.079	2	0.583
	Percepción - Arco Tipo II (Sup)	1.079	2	0.583
	Percepción - Arco Tipo I (Inf)	2.456	2	0.293
	Percepción - Arco Tipo II (Inf)	2.456	2	0.293

Nivel de significancia = 0.05

En la tabla N° 6, referente a la relación entre la percepción de los padres de familia sobre la calidad de vida y salud bucal de sus hijos, en cuanto al ceo-D se aprecia que el valor de X^2 es de 13 y el valor de la significancia asintótica es de 0.013, referente al IHOS se aprecia que el valor de X^2 es de 11.982 y el valor de la significancia asintótica es de 0.017; en referencia a la Maloclusión se aprecia que el valor de X^2 es de 0.699 y el valor de la significancia asintótica es de 0.705; referente al arco Tipo I y II (Superior) el valor de X^2 es de 1.079 y el valor de la significancia asintótica es de 0.583; y en cuanto al arco Tipo I y II (Inferior) el valor de X^2 es de 2.456 y el valor de la significancia asintótica es de 0.293.

Tabla N° 7

Percepción de los padres de familia sobre la calidad de vida y la relación con la salud bucal y el impacto en la familia de sus hijos de 3 a 5 años que matriculados en el Colegio Inicial 1216 Miguel Grau Seminario en el primer semestre 2018

		PERCEPCIÓN					
		Bajo		Regular		Alto	
		Recuento	% del total	Recuento	% del total	Recuento	% del total
ceo-D	Sin caries	2	2%	3	3%	0	0%
	Baja gravedad	19	19%	11	11%	9	9%
	Alta gravedad	14	14%	14	14%	28	28%
IHOS	Bueno	3	3%	5	5%	5	5%
	Regular	18	18%	12	12%	11	11%
	Malo	14	14%	11	11%	21	21%
Maloclusiones	Mordida abierta	3	3%	2	2%	2	2%
	Mordida profunda	25	25%	19	19%	19	19%
	Mordida cruzada anterior	4	4%	5	5%	7	7%
	Mordida bis a bis	7	7%	1	1%	6	6%
Arco Tipo I de Baume (Sup)	No presenta	12	12%	12	12%	15	15%
	Si presenta	23	23%	16	16%	22	22%
Arco Tipo II Baume (Sup)	No presenta	23	23%	16	16%	22	22%
	Si presenta	12	12%	12	12%	15	15%
Arco Tipo I Baume (Inf)	No presenta	11	11%	15	15%	16	16%
	Si presenta	24	24%	13	13%	21	21%
Arco Tipo II Baume (inf)	No presenta	24	24%	13	13%	21	21%
	Si presenta	11	11%	15	15%	16	16%

En la Tabla N° 7 se aprecia en mayoría presentaron un índice ceo-D con **Alta gravedad** y un nivel de Percepción **Alto** en 28% (N°=28), seguido de los que presentaron un índice ceo-D con **Baja gravedad** y una percepción de los padres de familia en un nivel **Bajo** en el 19% (N°=19); en referencia al índice de IHOS tiene un valor **Malo** y un nivel de Percepción de los padres **Alto** en un 21% (N°=21); en cuanto a las Maloclusiones se observó que presenta **Mordida bis a bis** y una nivel de Percepción **Bajo** en un 21% (N°=21), seguido de los que **Mordida bis a bis** y el nivel de percepción de los padres fue de **Regular** en un 17% (N°=17); en cuanto al Tipo de arco dental I a nivel superior según Baume se observó que **Si presentan** y el nivel de percepción de los apoderados fue **Bajo** en

un 23% (N°=23), el Tipo de arco dental II a nivel superior según Baume se apreció que **No presentan** y el nivel de percepción de los apoderados es **Bajo** en un 23% (N°=23); en cuanto a Tipo de arco dental I a nivel inferior según Baume se observó que **Si presentan** y el nivel de percepción de los apoderados fue **Bajo** en un 24% (N°=24), el Tipo de arco dental II a nivel superior según Baume se apreció que **No presentan** y el nivel de percepción de los apoderados es **Bajo** en un 24% (N°=24).

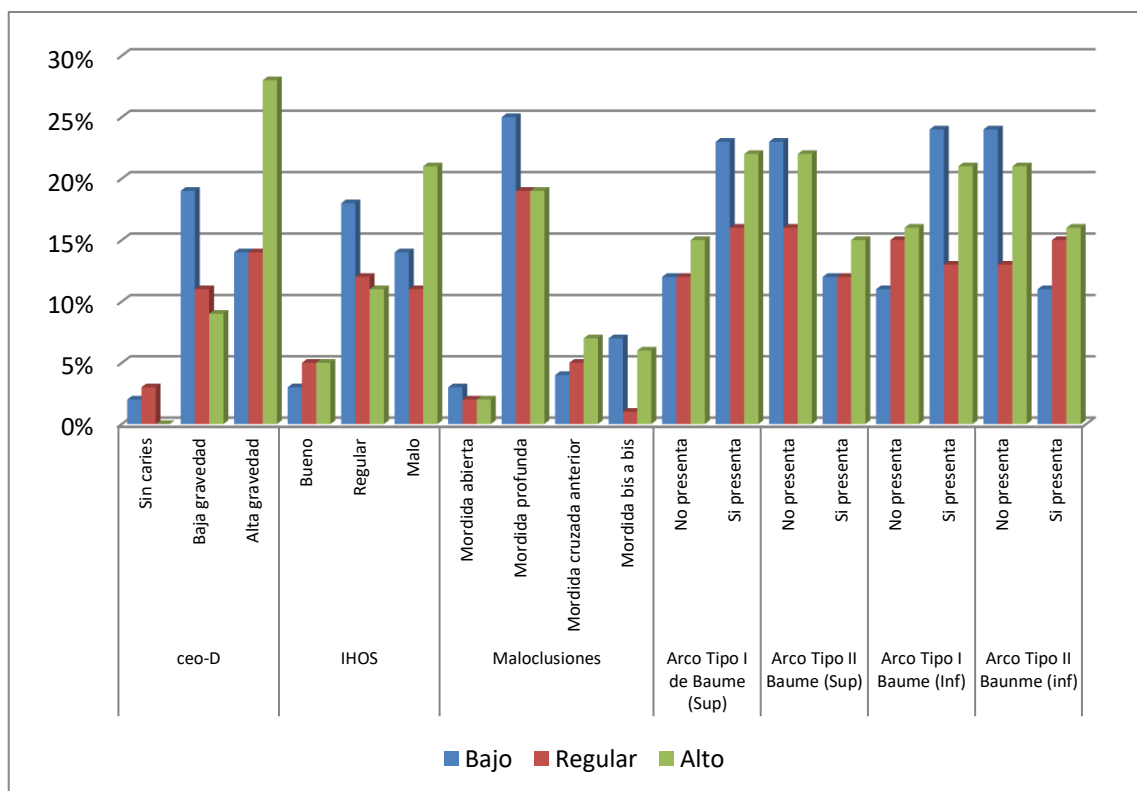


Gráfico N° 5

Percepción de los padres de familia sobre la calidad de vida y la relación con la salud bucal y el impacto en la familia de sus hijos de 3 a 5 años que matriculados en el Colegio Inicial 1216 Miguel Grau Seminario en el primer semestre 2018

Tabla N° 8

Relación entre la percepción de los padres de familia sobre la calidad de vida y la salud bucal y el impacto en la familia de sus hijos de 3 a 5 años que matriculados en el Colegio Inicial 1216 Miguel Grau Seminario en el primer semestre 2018

		Valor	gl	Sig. Asintótica
Chi-cuadrado de Pearson	Percepción – ceo-D	15.287	4	0.004
	Percepción-IHOS	13.677	4	0.008
	Percepción-Maloclusión	0.27	2	0.874
	Percepción - Arco Tipo I (Sup)	1.446	2	0.485
	Percepción - Arco Tipo II (Sup)	1.446	2	0.485
	Percepción - Arco Tipo I (Inf)	1.469	2	0.48
	Percepción - Arco Tipo II (Inf)	1.469	2	0.48

Nivel de significancia = 0.05

En la Tabla N° 8, referente a la relación entre la percepción de los padres de familia sobre la calidad de vida y la salud bucal y el impacto en la familia de sus hijos, en cuanto al ceo-D se aprecia que el valor de X^2 es de 15.287 y el valor de la significancia asintótica es de 0.004, referente al IHOS se aprecia que el valor de X^2 es de 13.677 y el valor de la significancia asintótica es de 0.008; en referencia a la Maloclusión se aprecia que el valor de X^2 es de 0.27 y el valor de la significancia asintótica es de 0.874; referente al arco Tipo I y II (Superior) el valor de X^2 es de 1.446 y el valor de la significancia asintótica es de 0.485; y en cuanto al arco Tipo I y II (Inferior) el valor de X^2 es de 1.469 y el valor de la significancia asintótica es de 0.48.

Tabla N° 9

Percepción de los padres de familia sobre la calidad de vida y su relación con la caries de infancia temprana de sus hijos de 3 a 5 años que matriculados en el Colegio Inicial 1216 Miguel Grau Seminario en el primer semestre 2018

		PERCEPCIÓN					
		Bajo		Regular		Alto	
		Recuento	% del total	Recuento	% del total	Recuento	% del total
ceo-D	Sin caries	3	3%	2	2%	0	0%
	Baja gravedad	15	15%	19	19%	5	5%
	Alta gravedad	8	8%	30	30%	18	18%

En la Tabla N° 9 se aprecia en mayoría presentaron un índice ceo-D con **Alta gravedad** y un nivel de Percepción **Regular** el 30% (N°=30), seguido de los que presentaron un índice ceo-D con **Baja gravedad** y una percepción de los padres de familia como **Regular** en el 19% (N°=19).

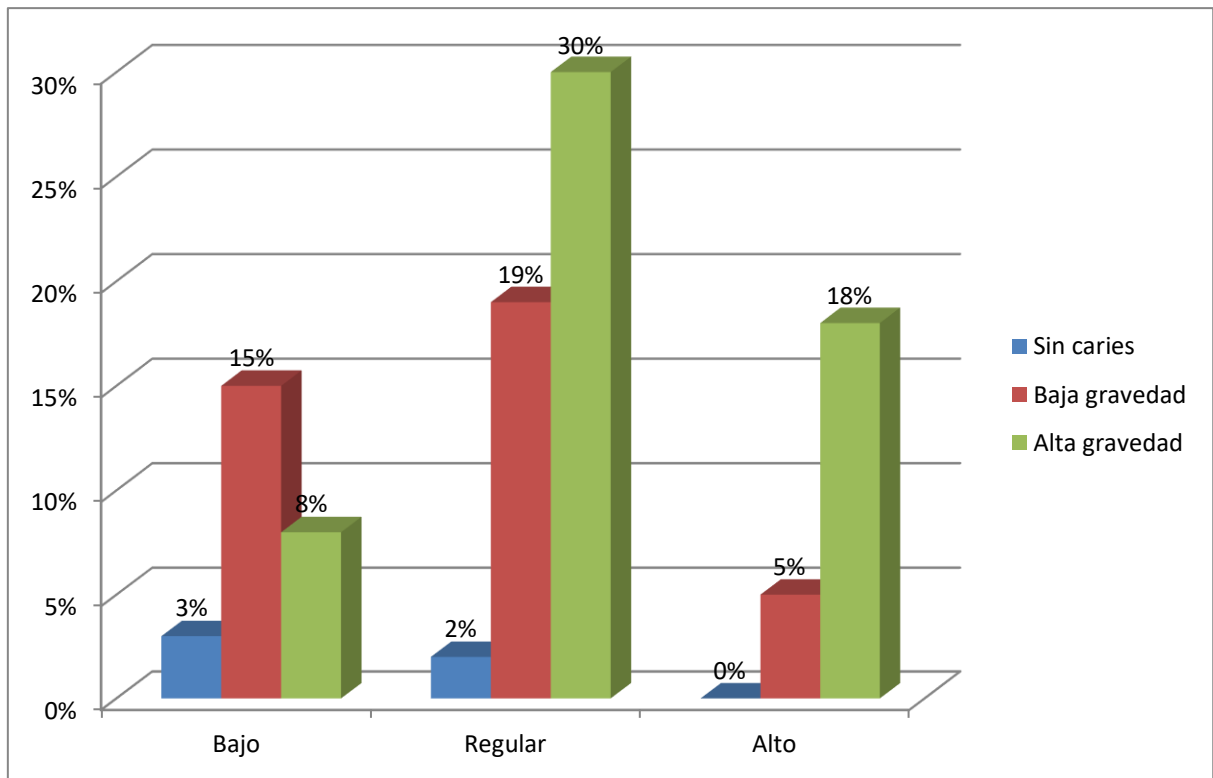


Gráfico N° 6

Percepción de los padres de familia sobre la calidad de vida y su relación con la caries de infancia temprana de sus hijos de 3 a 5 años que matriculados en el Colegio Inicial 1216 Miguel Grau Seminario en el primer semestre 2018

Tabla N° 10

Relación entre la percepción de los padres de familia sobre la calidad de vida y su relación con la caries de infancia temprana

	Valor	gl	Sig. Asintótica
Chi cuadrado de Pearson (Percepción – ceo-D)	13	4	0.013

Nivel de significancia = 0.05

En la Tabla N° 10, referente a la relación entre la percepción de los padres de familia sobre la calidad de vida y su relación con la caries de infancia temprana, en cuanto al ceo-D se aprecia que el valor de X^2 es de 13 y el valor de la significancia asintótica es de 0.013.

Tabla N° 11

Percepción de los padres de familia sobre la calidad de vida y su relación con la de higiene oral de sus hijos de 3 a 5 años que matriculados en el Colegio Inicial 1216 Miguel Grau Seminario en el primer semestre 2018.

		PERCEPCIÓN					
		Bajo		Regular		Alto	
		Recuento	% del total	Recuento	% del total	Recuento	% del total
IHOS	Bueno	2	2%	10	10%	1	1%
	Regular	12	12%	24	24%	5	5%
	Malo	12	12%	17	17%	17	17%

En la Tabla N° 11 se observa que en referencia al índice de IHOS **Regular** y un nivel de Percepción de los padres **Regular** en un 24% (N°=24), seguido de los que presentaron un índice IHOS **Malo** y una percepción de los padres de familia como **Regular y Alto** en un 17% (N°=17).

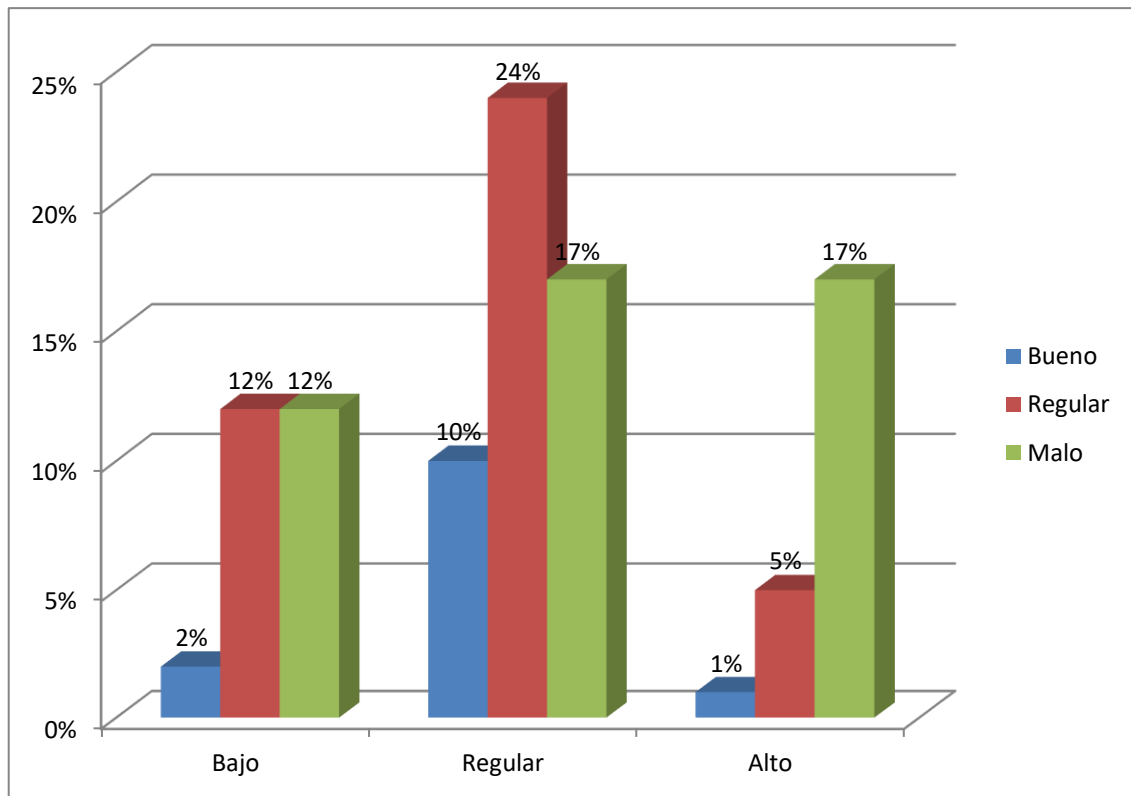


Gráfico N° 7

Percepción de los padres de familia sobre la calidad de vida y su relación con la de higiene oral de sus hijos de 3 a 5 años que matriculados en el Colegio Inicial 1216 Miguel Grau Seminario en el primer semestre 2018.

Tabla N° 12

Percepción de los padres de familia sobre la calidad de vida y su relación con la de higiene oral de sus hijos de 3 a 5 años que matriculados en el Colegio Inicial 1216 Miguel Grau Seminario en el primer semestre 2018.

	Valor	gl	Sig. Asintótica
Chi cuadrado de Pearson (Percepción-IHOS)	11.982	4	0.017

Nivel de significancia = 0.05

En la Tabla N° 12, referente a la relación entre la percepción de los padres de familia sobre la calidad de vida y la salud referente al IHOS se aprecia que el valor de X^2 es de 11.982 y el valor de la significancia asintótica es de 0.017

Tabla N° 13

Percepción de los padres de familia sobre la calidad de vida y su relación con el tipo de maloclusión anterior y el tipo de arco según Baumen de sus hijos de 3 a 5 años que matriculados en el Colegio Inicial 1216 Miguel Grau Seminario en el primer semestre 2018

		PERCEPCIÓN					
		Bajo		Regular		Alto	
		Recuento	% del total	Recuento	% del total	Recuento	% del total
Maloclusiones	Mordida abierta	3	3%	3	3%	1	1%
	Mordida profunda	19	19%	31	31%	13	13%
	Mordida cruzada anterior	3	3%	8	8%	5	5%
	Mordida bis a bis	4	4%	5	5%	5	5%
Arco Tipo I de Baume (Sup)	No presenta	10	10%	22	22%	7	7%
	Si presenta	16	16%	29	29%	16	16%
Arco Tipo II Baume (Sup)	No presenta	16	16%	29	29%	16	16%
	Si presenta	10	10%	22	22%	7	7%
Arco Tipo I Baume (Inf)	No presenta	8	8%	25	25%	9	9%
	Si presenta	18	18%	26	26%	14	14%
Arco Tipo II Baume (inf)	No presenta	18	18%	26	26%	14	14%
	Si presenta	8	8%	25	25%	9	9%

En la Tabla N° 13 se observa que en referencia a las Maloclusiones se observó que presenta **Mordida profunda** y una Percepción **Regular** en un 31% (N°=31), seguido de los que presentan **Mordida profunda** y el nivel de percepción de los padres fue de Bajo en un 19% (N°=19); en cuanto a Tipo de arco dental I a nivel superior según Baume se observó que **Si presentan** y el nivel de percepción de los apoderados fue **Regular** en un 29% (N°=29), el Tipo de arco dental II a nivel superior según Baume se apreció que **No presentan** y el nivel de percepción de los apoderados es **Regular** en un 29% (N°=29); en cuanto a Tipo de arco dental I a nivel inferior según Baume se observó que **Si presentan** y el nivel de percepción de los apoderados fue **Regular** en un 26% (N°=26), el Tipo de arco dental II a nivel superior según Baume se apreció que **No presentan** y el nivel de percepción de los apoderados es **Regular** en un 26% (N°=26).

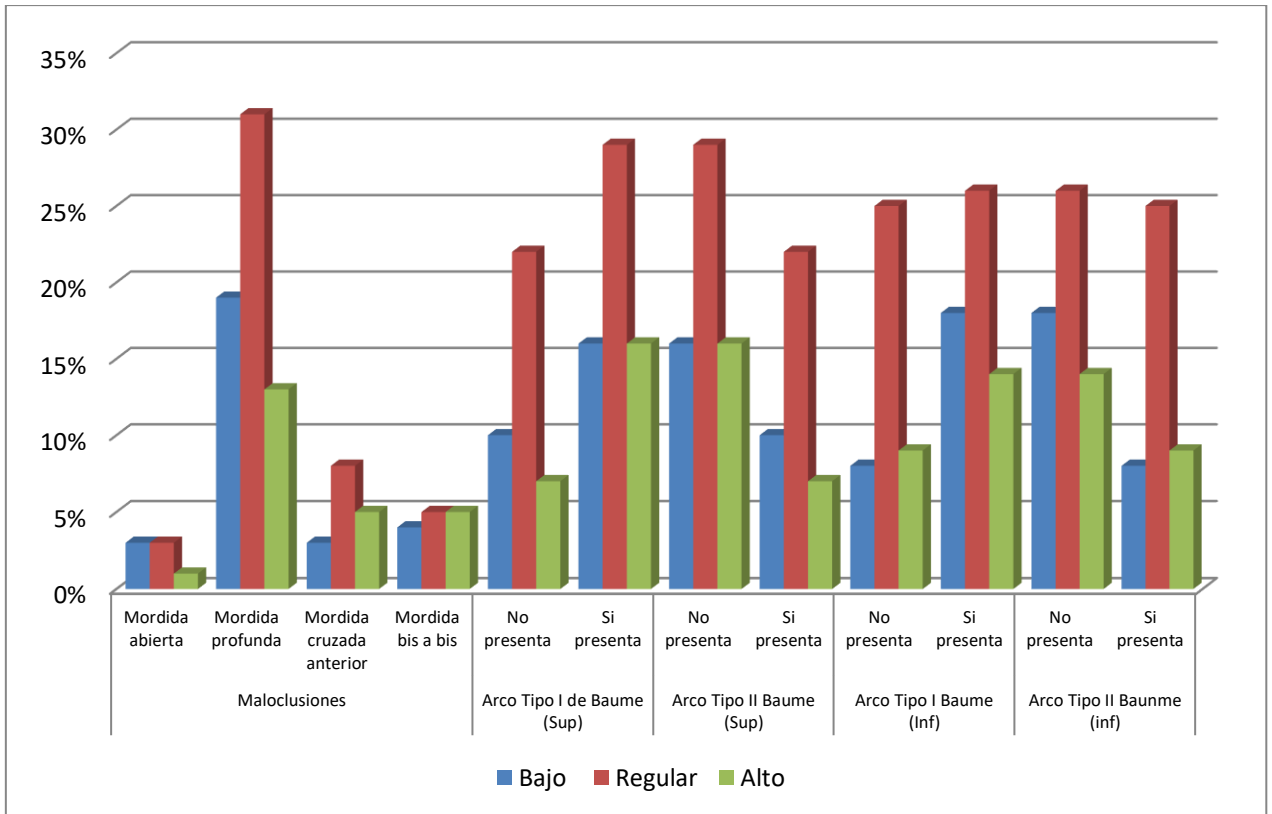


Gráfico N° 8

Percepción de los padres de familia sobre la calidad de vida y su relación con el tipo de maloclusión anterior y el tipo de arco según Baumen de sus hijos de 3 a 5 años que matriculados en el Colegio Inicial 1216 Miguel Grau Seminario en el primer semestre 2018

Tabla N° 14

Percepción de los padres de familia sobre la calidad de vida y su relación con el tipo de maloclusión anterior y el tipo de arco según Baumen de sus hijos

		Valor	gl	Sig. Asintótica
Chi cuadrado de Pearson	Percepción-Maloclusión	0.699	2	0.705
	Percepción - Arco Tipo I (Sup)	1.079	2	0.583
	Percepción - Arco Tipo II (Sup)	1.079	2	0.583
	Percepción - Arco Tipo I (Inf)	2.456	2	0.293
	Percepción - Arco Tipo II (Inf)	2.456	2	0.293

Nivel de significancia =

0.05

En la tabla N° 14, en referencia a la Maloclusión se aprecia que el valor de X^2 es de 0.699 y el valor de la significancia asintótica es de 0.705; referente al arco Tipo I y II (Superior) el valor de X^2 es de 1.079 y el valor de la significancia asintótica es de 0.583; y en cuanto al arco Tipo I y II (Inferior) el valor de X^2 es de 2.456 y el valor de la significancia asintótica es de 0.293.

DISCUSIÓN

La investigación tuvo como objetivo principal determinar la percepción de los padres sobre la calidad de vida relacionada con la salud bucal de sus hijos de 3 a 5 años, la población del estudio estuvo comprendida por niños matriculados y que asistan al Colegio Inicial 1216 Miguel Grau Seminario del distrito de San Luis en la ciudad de Lima en Perú en el primer semestre 2018 siendo la muestra con la que se llevó a cabo el estudio en número de 100 menores. En referencia al índice ceo-D con alta gravedad y un nivel de percepción regular el 30% y en número de 30, al llevar a cabo la prueba del Chi cuadrado (X^2) se obtuvo un valor de 13 siendo este valor mayor al de la zona de aceptación (9.4877) y su nivel de significancia es $p < 0.05$, de acuerdo a estos valores se infiere que no existe relación entre la percepción de los padres y el ceo-D de sus hijos; en cuanto al índice IHOS se presentó con un valor regular y un nivel de percepción de los padres regular en un 24% en número de 24, al llevar a cabo la prueba del Chi cuadrado (X^2) se obtuvo un valor de 11.982 siendo este valor mayor al valor de la zona de aceptación (9.4877) y su nivel de significancia es $p < 0.05$, de acuerdo a estos valores se infiere que no existe relación entre la percepción de los padres y el IHOS de sus hijos; las Maloclusiones se observa que Si presentan y una percepción regular en un 38% y en número de 38, al realizar la prueba del Chi cuadrado (X^2) se obtuvo un valor de 0.699 siendo este valor menor al valor de la zona de aceptación (5.9915) y su nivel de significancia es $p > 0.05$, de acuerdo a estos valores se deduce que existe relación entre la percepción de los padres y la presencia de Maloclusiones en sus hijos; en cuanto a los Tipos de arco dental I a nivel superior según Baume se observó que si presentan y el nivel de percepción de los padres fue Regular en un 29% y en número de 29), el Tipo de arco dental II a nivel superior según Baume se apreció que no presentan y el nivel de percepción de los apoderados es regular en un 29% y en número de 29, al llevar a cabo la prueba del Chi cuadrado (X^2) se obtuvo un valor de 1.079 siendo este valor menor al valor de la zona de aceptación (5.9915) y su nivel de significancia es $p > 0.05$, de acuerdo a estos valores se deduce que existe relación entre la

percepción de los padres y los tipos de arco dental I y II a nivel superior según Baume en sus hijos.

En cuanto a la percepción de los padres de familia sobre la calidad de vida y el impacto en sus hijos, el índice ceo-D se presenta con alta gravedad y un nivel de percepción regular el 25% y en número de 25, al llevar a cabo la prueba del Chi cuadrado (X^2) se obtuvo un valor de 13 siendo este valor mayor al de la zona de aceptación (9.4877) y su nivel de significancia es $p < 0.05$, de acuerdo a estos valores se infiere que no existe relación entre la percepción de los padres y el impacto en el ceo-D de sus hijos; referente al índice IHOS se presentó con un valor regular y un nivel de percepción de los padres bajo y regular en un 19% y en número de 19, al llevar a cabo la prueba del Chi cuadrado (X^2) se obtuvo un valor de 11.982 siendo este valor mayor al valor de la zona de aceptación (9.4877) y su nivel de significancia es $p < 0.05$, de acuerdo a estos valores se infiere que no existe relación entre la percepción de los padres y el impacto del IHOS de sus hijos; las Maloclusiones se observa que Si presentan y una percepción regular en un 30% y en número de 30, al realizar la prueba del Chi cuadrado (X^2) se obtuvo un valor de 0.699 siendo este valor menor al valor de la zona de aceptación (5.9915) y su nivel de significancia es $p > 0.05$, de acuerdo a estos valores se deduce que existe relación entre la percepción de los padres y la presencia de Maloclusiones en el impacto en sus hijos; en cuanto a los Tipos de arco dental I a nivel superior según Baume se observó que si presentan y el nivel de percepción de los padres fue Regular en un 29% y en número de 29, el Tipo de arco dental II a nivel superior según Baume se apreció que no presentan y el nivel de percepción de los apoderados es regular en un 24% y en número de 24, al llevar a cabo la prueba del Chi cuadrado (X^2) se obtuvo un valor de 1.079 siendo este valor menor al valor de la zona de aceptación (5.9915) y su nivel de significancia es $p > 0.05$, de acuerdo a estos valores se deduce que existe relación entre la percepción de los padres y el impacto según los tipos de arco dental I y II a nivel superior según Baume en sus hijos.

En referencia a la percepción de los padres de familia sobre la calidad de vida y el impacto en la familia, el índice ceo-D se presenta con alta gravedad y un nivel de percepción alto en un 28% y en número de 28, al llevar a cabo la prueba del Chi

cuadrado (X^2) se obtuvo un valor de 18.287 siendo este valor mayor al de la zona de aceptación (9.4877) y su nivel de significancia es $p < 0.05$, de acuerdo a estos valores se infiere que no existe relación entre la percepción de los padres y el impacto en el CEO-D de la familia; referente al índice IHOS se presentó malo y un nivel de percepción de los padres alto en un 21% y en número de 21, al llevar a cabo la prueba del Chi cuadrado (X^2) se obtuvo un valor de 13.677 siendo este valor mayor al valor de la zona de aceptación (9.4877) y su nivel de significancia es $p < 0.05$, de acuerdo a estos valores se infiere que no existe relación entre la percepción de los padres y el impacto del IHOS en la familia; las Maloclusiones se observa que Si presentan y una percepción baja en un 26% y en número de 26, al realizar la prueba del Chi cuadrado (X^2) se obtuvo un valor de 0.27 siendo este valor menor al valor de la zona de aceptación (5.9915) y su nivel de significancia es $p > 0.05$, de acuerdo a estos valores se deduce que existe relación entre la percepción de los padres y la presencia de Maloclusiones en el impacto en la familia; en cuanto a los Tipos de arco dental I a nivel superior según Baume se observó que si presentan y el nivel de percepción de los padres fue bajo en un 23% y en número de 23, el Tipo de arco dental II a nivel superior según Baume se apreció que no presentan y el nivel de percepción de los apoderados es bajo en un 23% y en número de 23, al llevar a cabo la prueba del Chi cuadrado (X^2) se obtuvo un valor de 1.446 siendo este valor menor al valor de la zona de aceptación (5.9915) y su nivel de significancia es $p > 0.05$, de acuerdo a estos valores se deduce que existe relación entre la percepción de los padres y el impacto según los tipos de arco dental I y II a nivel superior según Baume en la familia.

Referente al índice ceo-D se presentó con alta gravedad y un nivel de percepción regular el 30% y en número de 30, al llevar a cabo la prueba del Chi cuadrado (X^2) se obtuvo un valor de 13 siendo este valor mayor al de la zona de aceptación (9.4877) y su nivel de significancia es $p < 0.05$, de acuerdo a estos valores se infiere que no existe relación entre la percepción de los padres y el ceo-D de sus hijos.

En cuanto al índice IHOS se presentó con un valor regular y un nivel de percepción de los padres regular en un 24% en número de 24, al llevar a cabo la prueba del Chi cuadrado (X^2) se obtuvo un valor de 11.982 siendo este valor mayor al valor de la zona de aceptación (9.4877) y su nivel de significancia es $p < 0.05$, de acuerdo a

estos valores se infiere que no existe relación entre la percepción de los padres y el IHOS de sus hijos

En las Maloclusiones se observa que Si presentan y una percepción regular en un 38% y en número de 38, al realizar la prueba del Chi cuadrado (X^2) se obtuvo un valor de 0.699 siendo este valor menor al valor de la zona de aceptación (5.9915) y su nivel de significancia es $p>0.05$, de acuerdo a estos valores se deduce que existe relación entre la percepción de los padres y la presencia de Maloclusiones en sus hijos.

Referente a los Tipos de arco dental I a nivel superior según Baume se observó que si presentan y el nivel de percepción de los padres fue Regular en un 29% y en número de 29), el Tipo de arco dental II a nivel superior según Baume se apreció que no presentan y el nivel de percepción de los apoderados es regular en un 29% y en número de 29, al llevar a cabo la prueba del Chi cuadrado (X^2) se obtuvo un valor de 1.079 siendo este valor menor al valor de la zona de aceptación (5.9915) y su nivel de significancia es $p>0.05$, de acuerdo a estos valores se deduce que existe relación entre la percepción de los padres y los tipos de arco dental I y II a nivel superior según Baume en sus hijos.

Capítulo V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusión general

Se obtuvo como resultados en referencia a la percepción de los padres de familia sobre calidad de vida y su relación con la salud bucal, el ceo-D resultó con alta gravedad y el nivel de percepción fue regular; en cuanto al índice de IHOS tuvo un nivel regular y la percepción de los padres fue regular; en cuanto a las Maloclusiones se observó que presenta mordida profunda y una percepción regular; en cuanto a Tipo de arco dental I a nivel superior según Baume se observó que si presentan y el nivel de percepción de los apoderados fue regular; según el tipo de arco dental I a nivel inferior según Baume se observó que si presentan y el nivel de percepción de los apoderados fue Regular.

Conclusiones específicas

- A. En cuanto a la percepción de los padres de familia sobre la calidad de vida y el impacto en sus hijos, el índice ceo-D se presentó con alta gravedad y un nivel de percepción regular; el índice IHOS se obtuvo un valor regular y el nivel de percepción de los padres se presentó como bajo y regular; en cuanto a las Maloclusiones se observa que presentan mordida profunda y una percepción de tipo regular; en cuanto a los tipos de arco dental I a nivel superior según Baume se observó que si presentan y el nivel de percepción de los padres fue regular; el tipo de arco dental II a nivel superior según Baume se apreció que no presentan y el nivel de percepción de los apoderados es regular.

- B. En referencia a la percepción de los padres de familia sobre la calidad de vida y el impacto en la familia, el índice ceo-D se presenta con alta gravedad

y un nivel de percepción alto; en cuanto al índice IHOS se presentó malo y un nivel de percepción de los padres alto; las Maloclusiones se observaron que presentan mordida profunda y un nivel de percepción baja; en cuanto a los tipos de arco dental I a nivel superior según Baume se observó que si presentan y el nivel de percepción de los padres fue bajo; el tipo de arco dental II a nivel superior según Baume se apreció que no presentan y el nivel de percepción de los apoderados es bajo.

- C. En cuanto al índice ceo-D se presentó con alta gravedad y un nivel de percepción regular.
- D. En referencia al índice IHOS se presentó con un valor regular y un nivel de percepción de los padres regular.
- E. Referente a las Maloclusiones se observó que presentan siendo la mordida profunda la más frecuente y una percepción regular.
- F. En cuanto a los Tipos de arco dental I a nivel superior según Baume se observó que si presentan y el nivel de percepción de los padres fue regular y el Tipo de arco dental II a nivel superior según Baume se apreció que no presentan y el nivel de percepción de los apoderados fue regular.

5.2 Recomendaciones

Recomendación general

Se recomienda tomar en cuenta los resultados obtenidos con la finalidad que sean tomados en cuenta a fin de realizar más estudios al respecto para observar la importancia de la percepción de la calidad de vida y su repercusión de la salud bucal en niños e implementar programas de salud con la participación de los padres y el centro educativo, con ello se mejoraría el nivel de salud bucal en los menores.

Recomendaciones específicas

- A. Se recomienda tomar en cuenta los resultados obtenidos con la finalidad de inculcar por parte de los apoderados una cultura de salud bucal, educando en edades tempranas en la prevención y mantenimiento de la calidad de la salud bucal lo cual contribuiría a la mejora de la percepción de la calidad de vida en el menor.
- B. Se recomienda tomar en cuenta los resultados obtenidos con la finalidad de inculcar por parte de los apoderados una cultura de salud bucal, educando en edades tempranas en la prevención y mantenimiento de la calidad de la salud bucal lo cual contribuiría a la mejora de la percepción de la calidad de vida en el menor.
- C. Se recomienda tomar en cuenta los resultados obtenidos a fin de poder llevar a cabo actividades promocionales para que los padres acudan a la Clínica de nuestra facultad para intervenir en la prevención o rehabilitación de las piezas dentales a fin de mejorar el índice ceo-D.
- D. Se recomienda tomar en cuenta los resultados obtenidos con la finalidad de realizar actividades preventivas promocionales en el centro educativo con la intervención de los padres de familia y profesores, a fin de conseguir una

mejor del índice IHOS en los escolares, ello permitirá una mejora en la percepción de la calidad de vida por parte de su familia en general.

- E. Se recomienda tomar en cuenta los resultados obtenidos para realizar diagnósticos tempranos sobre maloclusiones con la finalidad de llevar a cabo tratamiento preventivos ortodonticos lo que repercutiría en la mejora de la calidad de vida en el menor y en su familia en general.

- F. Se recomienda tomar en cuenta los resultados obtenidos a fin de llegar a diagnósticos en las primeras etapas de vida sobre alteraciones en la posición de piezas dentales, con lo cual se podría realizar tratamiento interceptivos en el ámbito ortodonticos, y conseguir una mejora en la calidad de vida de los niños.

Referencias bibliográficas

1. Matlin W, Foley J. Sensación y percepción. México: Prentice Hall; 1996. 550-4 p.
2. Varo J. Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios: Un modelo de gestión hospitalaria: Ediciones Díaz de Santos; 1993.
3. Day R. M. "Psicología de la Percepción Humana". Ed. Limusa Wiley S. A., D. F. México 1994.
4. Whittaker James; "Psicología"; 4ta Edición Interamericana, México D.F., 1986.
5. Moroni, Jasón, "Manual de Psicología"; Editorial Morata; Barcelona, España; 1985.
6. López Martínez, A. E. El constructo de calidad de vida. Impreso del curso del doctorado: Ocio y calidad de vida. Universidad de Málaga. 1998.
7. Schalock, R.L. Three decades of Quality of Life. Informe manuscrito. 1997. Disponible en <https://campus.usal.es/~inico/investigacion/invesinico/calidad.htm>
8. Fabelo Corso, J. R. Práctica, conocimiento y valoración (Primera Edición). Editorial Ciencias Sociales. Ciudad Habana. 1989.
9. Grimaldo M. Calidad de vida y estilo de vida saludable en un grupo de estudiantes de posgrado de la ciudad de Lima. Pensamiento Psicológico, 2010, 8 (15), 17-38.
10. Olson D., & Barnes, H. Calidad de Vida. (paper). 1982.
11. García J. Evaluación de la calidad de vida en los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 1: el caso del Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria de Tenerife. Tesis Doctoral. Universidad de la Laguna. España. 2008.
12. Campbell, A., Converse, P.E. y Rodgers, W.L. The quality of life. Nueva York: Russell Sage Foundation. 1975.
13. Abanto J, Carvalho TS, Mendes FM, Wanderley MT, Bönecker M, Raggio DP: Impact of oral diseases and disorders on oral health-related quality of life of preschool children. Community Dent Oral Epidemiol 2011; 39: 105–114.
14. Acs G, Shulman R, Ng MW, Chussid S: The effect of dental rehabilitation on the body weight of children with early childhood caries. Pediatr Dent 1999; 21: 109–113.

15. Aldrigui JM, Abanto J, Carvalho TS, Mendes FM, Wanderley MT, Bönecker M, et al: Impact of traumatic dental injuries and malocclusions on quality of life of young children. *Health Qual Life Outcomes* 2011; 9 : 7 8.
16. American Academy of Pediatric Dentistry: Policy on early childhood caries (ECC): classifications, consequences, and preventive strategies. *Pediatr Dent* 2008–2009; 30(suppl 7):40–43.
17. Barros AJ, Hiraakata VN: Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. *BMC Med Res Methodol* 2003; 3: 2 1.
18. Broder HL, Wilson-Genderson M: Reliability and convergent and discriminant validity of the Child Oral Health Impact Profile (COHIP Child's Version). *Community Dent Oral Epidemiol* 2007; 3 5: 2 0–31.
19. Buczynski AK, Castro GF, Leão AT, Souza IP: Impact of oral health on the quality of life of 3- to 6-year-old HIV-infected children. *Quality of life in HIV+ children. Eur J Paediatr Dent* 2011; 1 2: 8 1–86.
20. Casamassimo PS, Thikkurissy S, Edelstein BL, Maiorini E: Beyond the dmft: the human and economic cost of early childhood caries. *J Am Dent Assoc* 2009; 140: 6 50–657.
21. Clancy CM, Eisenberg JM: Outcomes research: measuring the end results of health care. *Science* 1998; 282: 245–246.
22. Cremeens J, Eiser C, Blades M: Factors influencing agreement between child self-report and parent proxy-reports on the Pediatric Quality of Life Inventory 4.0 (PedsQL) generic core scales. *Health Qual Life Outcomes* 2006; 4: 58
23. Divaris K, Lee JY, Baker AD, Vann WF: Caregivers' oral health literacy and their young children's oral health-related quality-of-life. *Acta Odontol Scand* 2012; 7 0: 390–397.
24. Dury, McGrath C, Yiu CK, King NM: Health- and oral health-related quality of life among preschool children with cerebral palsy. *Qual Life Res* 2010; 19: 1 367–1371.
25. Feitosa S, Colares V, Pinkham J: The psychosocial effects of severe caries in 4-year-old children in Recife, Pernambuco, Brazil. *Cad Saude Publica* 2005; 2 1: 1 550–1556.

26. Patrick, D. y Erickson P. Health Policy, Quality of Life: Health Care Evaluation and Resource Allocation. Oxford University Press. New York. 1993.
27. Moreno Jiménez, Bernardo y Ximénez Gómez, Carmen. Manual de evaluación en Psicología Clínica y de la Salud. Madrid: Siglo XXI, pp. 1045-1070. 1996.
28. López Martínez, A. E. El constructo de calidad de vida. Impreso del curso del doctorado: Ocio y calidad de vida. Universidad de Málaga. 1998.
29. Schalock, R.L. Three decades of Quality of Life. Informe manuscrito. 1997. Disponible en <https://campus.usal.es/~inico/investigacion/invesinico/calidad.htm>
30. Fabelo Corso, J. R. Práctica, conocimiento y valoración (Primera Edición). Editorial Ciencias Sociales. Ciudad Habana. 1989.
31. Grimaldo M. Calidad de vida y estilo de vida saludable en un grupo de estudiantes de posgrado de la ciudad de Lima. Pensamiento Psicológico, 2010, 8 (15), 17-38.
32. Olson D., & Barnes, H. Calidad de Vida. (paper). 1982.
33. García J. Evaluación de la calidad de vida en los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 1: el caso del Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria de Tenerife. Tesis Doctoral. Universidad de la Laguna. España. 2008.
34. Campbell, A., Converse, P.E. y Rodgers, W.L. The quality of life. Nueva York: Russell Sage Foundation. 1975.
35. Díaz Corral, I. La calidad de vida, reto y necesidad en el mundo contemporáneo actual. Revista Santiago Nº 94, Vol. 3. Ediciones Universidad de Oriente, 2001, 51 – 67.
36. Díaz CI. Variables e indicadores personales intervinientes y/o determinantes en la calidad de vida, desde su dimensión personal. Recuperado el 30 de abril de 2006, de [http://www.mnografias.com/trabajos17/variables – indicadores/ variables – indicadores . shtml](http://www.mnografias.com/trabajos17/variables-indicadores/variables-indicadores.shtml).
37. Urzúa A. Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. Rev Med Chile. 2012; 30(1): 61-71.
38. Organización Mundial de la Salud. Encuestas de la salud bucodental: métodos básicos. 4ª ed. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1997.

39. Villena R. 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.
40. Gómez N, Morales M. Determinación de los índices CPO-D e IHOS en estudiantes de la Universidad Veracruzana, México. *Rev Chil Salud Pública*. 2012.
41. Escriban de Saturno, L. (2007). *Ortodoncia en dentición mixta*. Caracas: Amolca.
42. Bhaskar, S. N. (1993). *Histología y embriología bucal de Orban*. México D.F: Prado.
43. Hubertus, J.M.; Van, W. & Paul, W. S. (2002). *Atlas de odontología pediátrica*. Barcelona: Masson.
44. Bezerra, L. (2008). *Tratado de odontopediatría*. Sao Paulo: Amolca.
45. Planells del Pozo P, de Nova García J, Moreno González JP. Cronología de la erupción dentaria I. Comparación entre sexos. *Revista Iberoamericana de Ortodoncia* 1993; 12(1):28-40.
46. Torres RG, Blanco VD, Chávez SM, Apaza RS, Antezana VV. 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.
47. López CC, Alva AE. Impacto de la condiciones bucales sobre la calidad de vida en escolares de ámbito rural, Piura, Perú
Rev Estomatol Herediana. 2014 Oct-Dic;24(4):220-228.
48. Paredes ME, Díaz PM. Impacto de las condiciones bucales sobre la calidad de vida en escolares del Distrito de San Juan de Miraflores. Lima, Perú. *Rev Estomatol Herediana*. 2014; 24(3):171-177
49. Raymundo LH, Buczynski AK, Raggio LR, Fernanda CG, Ribeiro SI. Impacto de la salud oral en la calidad de vida de los niños pre-escolares: percepción de los responsables. *Acta Odontológica Venezolana*. 2011; 49(4): 11-17.
50. Echeverría LS. Efecto del tratamiento rehabilitador integral de caries temprana de la infancia en los niveles de *Streptococcus mutans* salivales de niños atendidos en la Clínica de Odontopediatría de la Escuela de Graduados de la Universidad de Chile. (Tesis). Universidad De Chile. Facultad De Odontología; 2013.

51. Tellez M, Martignon S, Sebastian LJ, Zuluaga J, Barrero L, Builes L et al. Correlación de un instrumento de calidad de vida relacionado con salud oral entre niños de 8 a 10 años y sus acudientes en Bogotá. CES Odontología. 2010; 23(1): 5 – 9.
52. O'Boyle C. The Schedule for the evaluation of individual Quality of life (SEIQoL). International Journal of Mental Health 1994; 23 (3): 3-23.
53. Fernández JA, Hernández R, Siegrist J. El perfil de calidad de vida para enfermos crónicos (PECVEC): un método para evaluar bienestar y funcionalismo en la práctica clínica. Atención Primaria 2001; 28: 680-9.

ANEXOS



ANEXO N° 1

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

N° DE FICHA: _____

FECHA: _____

LUGAR:

I. INFORMACIÓN GENERAL:

I.1.DATOS DEL NIÑO:

1. Edad en años: 3 años 4 años 5 años

2. Sexo: M F

I.2.DATOS DEL RESPONSABLE DEL CUIDADO DEL MENOR:

4. Edad del Responsable del Cuidado del Menor: _____

5. Sexo: M F

6. Nivel de instrucción: Universitaria Técnica Secundaria

Primaria

7. Parentesco con el menor: Madre Padre Otro _____

N°: _____
Fecha: _____

CUESTIONARIO
Escala de Impacto de Salud Bucal en la Primera Infancia (ECOHIS)
Versión en español adaptada para la población peruana

Los problemas con los dientes, la boca o la mandíbula y su tratamiento pueden afectar el bienestar y la vida cotidiana de los niños y sus familias.

Para cada una de las siguientes preguntas, por favor coloque una X en el cuadrado situado junto a la respuesta que describe mejor la experiencia de su hijo o la suya propia. Considere toda la vida del niño, desde el nacimiento hasta la actualidad cuando responda cada pregunta.

IMPACTO EN EL NIÑO

1) ¿Con qué frecuencia su hijo ha tenido **dolor en los dientes, boca o mandíbula**?

1. Nunca 2. Casi Nunca 3. Ocasionalmente 4. A menudo 5. Muy a menudo

2) ¿Con qué frecuencia su hijo ha tenido **dificultades para beber bebidas calientes o frías**, debido a problemas dentales o tratamientos odontológicos?

1. Nunca 2. Casi Nunca 3. Ocasionalmente 4. A menudo 5. Muy a menudo

3) ¿Con qué frecuencia su hijo ha tenido **dificultades para comer algunos alimentos** a causa de problemas dentales o tratamientos odontológicos?

1. Nunca 2. Casi Nunca 3. Ocasionalmente 4. A menudo 5. Muy a menudo

4) ¿Con qué frecuencia su hijo ha tenido **dificultades para pronunciar algunas palabras**, debido a problemas dentales o tratamientos odontológicos?

1. Nunca 2. Casi Nunca 3. Ocasionalmente 4. A menudo 5. Muy a menudo

5) ¿Con qué frecuencia su hijo **ha perdido días de asistencia a su actividad preescolar, de guardería o escuela** por problemas dentales o tratamientos odontológicos?

1. Nunca 2. Casi Nunca 3. Ocasionalmente 4. A menudo 5. Muy a menudo

6) ¿Con qué frecuencia su hijo ha tenido **problemas para dormir** debido a problemas dentales o tratamientos odontológicos?

1. Nunca 2. Casi Nunca 3. Ocasionalmente 4. A menudo 5. Muy a menudo

7) ¿Con qué frecuencia su hijo **ha estado enojado o frustrado** a causa de problemas dentales o tratamientos odontológicos?

1. Nunca 2. Casi Nunca 3. Ocasionalmente 4. A menudo 5. Muy a menudo

8) ¿Con qué frecuencia su hijo **ha evitado sonreír** por problemas dentales o tratamientos odontológicos?

1. Nunca 2. Casi Nunca 3. Ocasionalmente 4. A menudo 5. Muy a menudo

9) ¿Con qué frecuencia su hijo **ha evitado hablar** debido a problemas dentales o tratamientos odontológicos?

1. Nunca 2. Casi Nunca 3. Ocasionalmente 4. A menudo 5. Muy a menudo

IMPACTO EN LA FAMILIA

10) ¿Con qué frecuencia usted u otro miembro de la familia **ha sido alterado/preocupado** a causa de problemas dentales o tratamientos odontológicos de su hijo?

1. Nunca 2. Casi Nunca 3. Ocasionalmente 4. A menudo 5. Muy a menudo

11) ¿Con qué frecuencia usted u otro miembro de la familia **se ha sentido culpable** por los problemas dentales o tratamientos odontológicos de su hijo?

1. Nunca 2. Casi Nunca 3. Ocasionalmente 4. A menudo 5. Muy a menudo

12) ¿Con qué frecuencia usted u otro miembro de la familia **ha ocupado tiempo de su trabajo/ actividad** a causa de los problemas dentales o tratamientos odontológicos de su hijo?

1. Nunca 2. Casi Nunca 3. Ocasionalmente 4. A menudo 5. Muy a menudo

13) ¿Con qué frecuencia los problemas dentales o tratamientos odontológicos de su hijo han **afectado a la economía en su familia/hogar**?

1. Nunca 2. Casi Nunca 3. Ocasionalmente 4. A menudo 5. Muy a menudo

II. EVALUACIÓN CLÍNICA DE LA CARIES (según criterios de la

OMS):

5.5	5.4	5.3	5.2	5.1	6.1	6.2	6.3	6.4	6.5
8.5	8.4	8.3	8.2	8.1	7.1	7.2	7.3	7.4	7.5

$$\text{Índice ceo-D} = \frac{\text{Sumatoria de valores}}{\text{Suma de dientes examinados}} = \underline{\hspace{2cm}}$$

Severidad de CIT: Sano= 0 () Baja Severidad = 1- 5 () Alta Severidad ≥ 6 ()

c= Dientes cariados

o= Dientes obturados

d= Diente

e= Dientes extraído

III. INDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO (IHOS)

FECHA	5.5	5.1	6.5	7.5	7.1	8.5	TOTAL

Bueno = (0.0 - 0.6)

Regular = (0.7 - 1.8)

Malo = (1.9 - 3.0)

0	No hay residuos o manchas.
1	Los residuos o cálculo no cubren más de un tercio de la superficie dentaria.
2	Los residuos o cálculo cubren más de un tercio de la superficie pero no más de dos
3	Los residuos o cálculo cubren más de 2 tercios de la superficie dentaria expuesta

IV. EVALUACIÓN DE LAS MALOCLUSIONES ANTERIORES

TIPO DE MALOCLUSIÓN ANTERIOR	PRESENTA	
	Si	No
Mordida Abierta		
Mordida Profunda		
Mordida Cruzada Anterior		
Mordida Bis a Bis		

Tipo de Arco Según Baumen. Marque con una (X)

Baumen Tipo I	Presencia de Diastema	
Baumen Tipo II	Ausencia de Diastema	

ANEXO N° 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO DIRIGIDO A LOS PADRES O TUTORES DE LOS NIÑOS

Proyecto de investigación: “Percepción de los padres sobre la calidad de vida relacionada con la salud bucal de sus hijos de 3 a 5 años de un colegio inicial estatal”

Este estudio es realizado en la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, ubicada en Av. Simón Bolívar 165, Pueblo Libre, por el bachiller Miguel Alejandro García Lujan con DNI N°..... .El objetivo es determinar la percepción de los padres sobre la calidad de vida relacionada con la salud bucal de sus hijos, la participación es totalmente voluntaria y una vez aceptada la inclusión en el estudio se puede retractar y retirar sin consecuencia absoluta. Los riesgos de la participación, dado los procedimientos, son muy bajos y se pueden controlar. Los padres desarrollarán un cuestionario concerniente a la salud bucal de su menor hijo(a). A los niños que participen en el estudio se les realizará un examen bucal en las instalaciones del centro educativo mediante el uso de instrumental de examen convencional cumpliendo todas las normas de bioseguridad para procedimientos de este tipo.

La información recolectada será desvinculada de la identificación del niño, por lo tanto será información anónima y los resultados serán utilizados estrictamente para el cumplimiento del objetivo del estudio. Quienes sean identificados como portadores de problemas de salud bucal recibirán un informe de su estado de salud bucal, orientación y derivación al servicio odontológico correspondiente para resolver los posibles problemas. Cualquier consulta del proyecto por favor contactar a Bachiller Miguel Alejandro García Lujan al teléfono **XXXXXXXXXX**. Este trabajo ha sido aprobado por las autoridades de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega.

Yo..... doy la autorización a que mi hijo(a) pueda participar en el estudio. He leído la información descrita y mis preguntas acerca del estudio han sido respondidas satisfactoriamente. Al firmar esta copia, indico que tengo un entendimiento claro del proyecto.

Firma.....

Firma del Investigador: _____ Fecha: _____

ANEXO N° 3

CARTA DE PRESENTACIÓN



Universidad
Inca Garcilaso de la Vega
Nuevos Tiempos. Nuevas Ideas
Facultad de Estomatología
Decanato

Pueblo Libre, 22 de Junio del 2018

CARTA N°749-DFE-2018

Sra.
Nelly Barzola Palomino
Directora
Institución Educativa: I.E. N°1216-Miguel Grau Seminario
Presente.-

De mi mayor consideración:

Tengo a bien dirigirme a usted, para saludarla cordialmente y a la vez presentar al Sr. GARCIA LUJAN MIGUEL ALEJANDRO quien ha culminado estudios en el ciclo académico 2017-2 y solicita se brinde la facilidad para recolectar datos que ayudara a la ejecución de su proyecto de tesis en la Institución que usted dignamente dirige, salvo mejor parecer.

Agradezco la atención que brinde a la presente, siendo propicia la ocasión para expresarles mis sentimientos de consideración y estima personal.

Atentamente,



Dr. Luis Gervantes Ganoza
Decano
Facultad de Estomatología

LCG/ml
Trámite: 898347



ANEXO N° 4

JUICIO DE EXPERTOS

FICHA DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

PERCEPCIÓN DE LOS PADRES SOBRE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD

BUCAL DE SUS HIJOS DE 3 A 5 AÑOS DE UN COLEGIO INICIAL ESTATAL

INVESTIGADOR: MIGUEL ALEJANDRO GARCIALUJAN

NOMBRE Y APELLIDOS DEL EXPERTO:

Jimmy Olivares Espinoza

GRADO ACADÉMICO:

Magister

ESPECIALIDAD:

Odontopediatria

PROFESIÓN:

Odontólogo

AÑOS DE EXPERIENCIA:

17 años

DNI N°:

10803311

CENTRO DE TRABAJO:

UT 60 (Odont)

INSTRUCCIÓN: Después de haber cotejado la matriz de consistencia de la investigación,

brinde su opinión acerca de la validez de la prueba.

ASPECTOS	CATEGORIAS			SUGERENCIAS
	BUENO	REGULAR	MALO	
VALIDEZ DE CONTENIDO 1. Presenta la relación con el objeto de estudio y/o contenido	✓			
VALIDEZ DE CRITERIO METODOLÓGICO 2. Presenta la secuencia metodológica de un instrumento de investigación en relación a los objetos propuestos	✓			
VALIDEZ DE OBTENCIÓN Y OBJETIVIDAD DE MEDICIÓN 3. Contiene un criterio lógico para la coordinación y acopio de datos en función a los indicadores de la variable.	✓			
ASPECTOS FORMNALES 4. Presenta los criterios técnicos básicos de un instrumento de medición	✓			
ASPECTOS TÉCNICOS Presenta los criterios básicos de un instrumento de medición para el acopio de información.	✓			

CALIFICATIVOS:

BUENO

REGULAR


MALO

ESCALA DE PUNTAJES

16A20

11A15

00A10



 DOCENTE
 VALIDADOR

Nota 16

FICHA DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

PERCEPCIÓN DE LOS PADRES SOBRE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD
BUCAL DE SUS HIJOS DE 3 A 5 AÑOS DE UN COLEGIO INICIAL ESTATAL

INVESTIGADOR: MIGUEL ALEJANDRO GARCIALUJAN

NOMBRE Y APELLIDOS DEL EXPERTO:

MARÍA DE FATIMA GARCÍA DELGADO

GRADOACADÉMICO: MAGISTER ESPECIALIDAD: ODONTOPEDIATRA

PROFESIÓN: CIRUJANO DENTISTA AÑOS DE EXPERIENCIA: 15 años

DNI N°: 07923318 CENTRO DE TRABAJO: UAGV

INSTRUCCIÓN: Después de haber cotejado la matriz de consistencia de la investigación,
brinde su opinión acerca de la validez de la prueba.

ASPECTOS	CATEGORIAS			SUGERENCIAS
	BUENO	REGULAR	MALO	
VALIDEZ DE CONTENIDO 1. Presenta la relación con el objeto de estudio y/o contenido	16			
VALIDEZ DE CRITERIO METODOLÓGICO 2. Presenta la secuencia metodológica de un instrumento de investigación en relación a los objetos propuestos	16			
VALIDEZ DE OBTENCIÓN Y OBJETIVIDAD DE MEDICIÓN 3. Contiene un criterio lógico para la coordinación y acopio de datos en función a los indicadores de la variable.	16			
ASPECTOS FORMNALES 4. Presenta los criterios técnicos básicos de un instrumento de medición	16			
ASPECTOS TÉCNICOS Presenta los criterios básicos de un instrumento de medición para el acopio de información.	16			

CALIFICATIVOS:

BUENO

REGULAR

MALO

ESCALA DE PUNTAJES

16A20

11A15

00A10



DOCENTE
VALIDADOR
CARRERA ESTOMATOLÓGICA
U.G.V.
Fatima Garcia Delgado
C.O.P. 7559