



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA

TESIS

**IMPACTO DE LA CARIES DENTAL EN LA CALIDAD DE VIDA DE
LOS NIÑOS DE 7 A 12 AÑOS DE EDAD DE LA INSTITUCIÓN
EDUCATIVA PROGRESISTAS, AREQUIPA 2018.**

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE CIRUJANO DENTISTA

PRESENTADO POR:

BACHILLER ROMINA MARION VILCA JIMÉNEZ

ASESOR:

DRA. SANDRA CLARA ALICIA CORRALES MEDINA

AREQUIPA, PERÚ

ENERO 2019

DEDICATORIA

A Dios porque me mantiene con vida y llena de fuerzas para seguir avanzando cada día.

A mis padres por ser lo único que tengo en mi vida.

A mis abuelos: María, Carmen, Teodoro y Jesús que siempre apoyan mi progreso y aunque no todos están a mi lado desde el cielo sé que siguen alentándome.

AGRADECIMIENTO

Quiero agradecer a Dios que fue tan bueno conmigo para hacerme pertenecer a una familia muy unida a pesar de las dificultades, que tuvo la certeza de hacerme conocer personas maravillosas que siempre tendré en mi memoria y que gracias a él puedo corregir las faltas que cometí en mi vida y poder seguir adelante.

A mi familia que siempre me apoya; a mi señor padre Tomas David Vilca Peña y mi señora madre Carmen Rosa Jiménez Álvarez, porque sin ellos no estaría llegando a donde estoy; por su trabajo constante y sus ganas de salir adelante.

A la Dra. Sandra Clara Alicia Corrales Medina, por la asesoría tan minuciosa que realizó en este trabajo y por ser una magnífica persona que me inculcó parte de sus conocimientos. Por su apoyo, paciencia, tiempo y perseverancia incondicional en la elaboración de esta tesis.

Al director, docentes y alumnos de la I.E. Progresistas que siempre estuvieron dispuestos a ayudarme brindándome su colaboración y su apoyo para poder continuar con mi vida profesional.

A la ex profesora de la I.E. Progresistas la señorita Giuliana Mónica Vilca Peña que fue quien me ofreció su apoyo para que pueda realizar mis visitas al colegio sin ningún problema. Por ser la mejor tía que cualquier persona quisiera tener.

Por último pero no menos importante a dos personas espléndidas Jasón Pacheco Gómez y Jorge Mamani Patiño que fueron quienes me ayudaron en la toma de muestras de la tesis sin obtener nada cambio, demostrando ser unas personas solidarias, desinteresadas y de buen corazón.

RESUMEN

Hablar de calidad de vida en niños es un tema muy extenso porque se refiere a una correcta salud mental y física; por otro lado la caries dental es una de las enfermedades bucales que más afecta a los niños dañando su salud. Por esta razón la investigación tuvo como principal objetivo determinar si la caries dental tiene impacto sobre la calidad de vida en los niños de un colegio de Arequipa.

El trabajo de investigación tomó como muestra a los niños de 7 a 12 años de la Institución Educativa “Progresistas”, donde sus únicos criterios de inclusión son que formaran parte de la Institución y que estén dentro de las edades de 7 a 12 años, a los que se les realizó un odontograma para evaluar el CPOD y el cuestionario del Kidscreem que se encarga de evaluar la calidad de vida.

El presente trabajo fue de tipo no experimental ya que no se alteró el hábitat de los niños, asimismo el estudio fue transversal, de campo y prospectivo.

Las conclusiones demostraron que la caries dental tiene impacto en la calidad de vida de los niños de 7 a 12 años porque al realizar las estadísticas se obtuvo un valor de significancia de 0,043; que es un dígito menor al estándar que es 0,05.

La relación entre sexo y calidad de vida con el CPOD arrojó resultados de 0,209 y 0,370 respectivamente lo que indica que ni edad ni sexo tiene que ver con el aumento o disminución de caries. Así mismo se comparó la relación entre sexo y edad con calidad de vida y se obtuvo resultados de 0,949 y 0,346 respectivamente lo que indicó que tampoco había relación entre sexo y edad con calidad de vida.

Palabras clave:

Impacto, Calidad de Vida, Caries Dental, niños.

ABSTRACT

Talking about quality of life in children is a very extensive topic because it refers to a correct mental and physical health; On the other hand, dental caries is one of the oral diseases that most affects children, damaging their health. For this reason, the main objective of the research was to determine if dental caries has an impact on the quality of life of children in a school in Arequipa.

The research work took as a sample the children from 7 to 12 years of the Educational Institution "Progresistas", where their only inclusion criteria are that they will be part of the Institution and that they are between the ages of 7 to 12 years old, those who underwent an odontogram to evaluate the CPOD and the Kidscreen questionnaire that is responsible for evaluating the quality of life.

The present work was of non experimental type since the habitat of the children was not altered, also the study was transversal, field and prospective.

The conclusions showed that dental caries has an impact on the quality of life of children from 7 to 12 years old because when the statistics were obtained a significance value of 0.043 was obtained; which is a digit less than the standard that is 0.05.

The relationship between sex and quality of life with the DMFT yielded results of 0.209 and 0.370 respectively, which indicates that neither age nor sex has to do with the increase or decrease of caries. Likewise, the relationship between sex and age with quality of life was compared with results of 0.949 and 0.346 respectively, which indicated that there was no relationship between sex and age with quality of life.

Keywords:

Impact, Quality of Life, Dental Caries, children.

ÍNDICE

DEDICATORIA.....	I
AGRADECIMIENTO.....	II
RESUMEN	III
ABSTRACT	IV
ÍNDICE DE TABLAS.....	VIII
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	X
INTRODUCCIÓN	XI
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	1
1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA	1
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	3
1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	3
1.3.1 Objetivo Principal.....	3
1.3.2 Objetivos Específicos.	4
1.4 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	4
1.4.1 Importancia de la Investigación.	5
1.4.2 Viabilidad de la Investigación.	6
1.5 LIMITACIÓN DEL ESTUDIO.....	8
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	9
2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	9
2.1.1 Antecedentes Internacionales.	9
2.1.2 Antecedentes Nacionales.....	10
2.1.3 Antecedentes Locales	12
2.2 BASES TEÓRICAS.....	13
2.2.1 Caries Dental.....	13
2.2.1.1 Definición.....	13
2.2.1.2 Estadios de la Caries.....	13
2.2.1.3 Vista Histopatológica.	14
2.2.1.4 Tipos de Caries	15
2.2.1.5 Proceso de la Caries	16

2.2.1.6	Diagnóstico Clínico.....	17
2.2.1.7	Diagnóstico de la Caries.....	18
2.2.1.8	Influencia de Caries Dental en la salud del individuo	18
2.2.2	Calidad de Vida.	20
2.2.2.1	Definición.....	20
2.2.2.2	Factores de Influencia de la Calidad de Vida.	20
2.2.2.3	Como evaluar la Calidad de Vida.	21
2.2.2.4	Calidad de Vida en la Salud.	23
2.2.2.5	Impacto de la Calidad de Vida.....	24
2.2.2.6	Medición de la Calidad de Vida (9).....	26
2.2.3	CPOD	26
2.2.4	Instrumentos de Medición.....	27
2.2.4.1	Kidscreem.....	27
 CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN		30
3.1	FORMULACIÓN DE LA HIPÓTESIS PRINCIPAL Y DERIVADAS	30
3.1.1	Hipótesis Principal	30
3.1.2	Hipótesis Derivada	30
3.2	VARIABLES: DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL	30
3.2.1	Variable Principal:.....	30
3.2.2	Variables Secundarias:.....	31
3.2.3.	Definición Operacional de Variables.....	31
3.2.3.1	Variable Principal	31
3.2.3.2.	Variable Secundaria.....	31
 CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA		32
4.1	DISEÑO METODOLÓGICO	32
4.1.1	Tipo de Estudio	32
4.1.2	Diseño de Investigación	32
4.2	DISEÑO MUESTRAL	33
4.3	TÉCNICAS DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS.....	33
4.4	PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS.....	33

4.5 TÉCNICAS DE ESTADÍSTICA PARA EL ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.....	35
4.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	35
CAPÍTULO V: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN.....	36
5.1 ANÁLISIS DESCRIPTIVO:	36
5.2 ANÁLISIS INFERENCIAL:.....	54
5.3 COMPROBACIÓN DE LAS HIPÓTESIS.....	57
5.3.1 Hipótesis Principal:.....	57
5.3.2Hipótesis Derivadas:	57
5.4 DISCUSIÓN:	59
CONCLUSIONES.....	61
RECOMENDACIONES	62
FUENTES DE INFORMACIÓN	63
ANEXOS	69
ANEXO Nº 1: MATRIZ DE DATOS	70
ANEXO Nº 2: FICHA CLÍNICA CON ODONTOGRAMA	73
ANEXO Nº 3: HOJA DE DATOS	74
ANEXO Nº 4: CUESTIONARIO.....	75
ANEXO Nº 5: FOTOGRAFÍAS	78

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA N° 1	:	DISTRIBUCIÓN DE LOS NIÑOS DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA PROGRESISTAS SEGÚN SU EDAD	49
TABLA N° 2	:	DISTRIBUCIÓN DE LOS NIÑOS DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA PROGRESISTAS SEGÚN SU SEXO	51
TABLA N° 3	:	ÍNDICE DE CARIES (CPOD) EN LOS NIÑOS DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA PROGRESISTAS.....	53
TABLA N° 4	:	CALIDAD DE VIDA DE LOS NIÑOS DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA PROGRESISTAS.....	55
TABLA N° 5	:	RELACIÓN ENTRE EDAD E ÍNDICE DE CARIES (CPOD) EN NIÑOS DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA PROGRESISTAS...	57
TABLA N° 6	:	RELACIÓN ENTRE SEXO E ÍNDICE DE CARIES (CPOD) EN NIÑOS DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA PROGRESISTAS.....	59
TABLA N° 7	:	RELACIÓN ENTRE EDAD Y CALIDAD DE VIDA EN NIÑOS DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA PROGRESISTAS	61
TABLA N° 8	:	RELACIÓN ENTRE SEXO Y CALIDAD DE VIDA EN NIÑOS DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA PROGRESISTAS	63

TABLA N° 9	:	RELACIÓN ENTRE ÍNDICE DE CARIES Y CALIDAD DE VIDA EN NIÑOS DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA PROGRESISTAS.....	65
TABLA N° 10	:	PRUEBA T DE STUDENT PARA RELACIONAR LA EDAD Y SEXO DE LOS NIÑOS DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA PROGRESISTAS CON SU ÍNDICE DE CARIES (CPOD)	67
TABLA N° 11	:	PRUEBA CHI CUADRADO PARA RELACIONAR LA EDAD Y SEXO DE LOS NIÑOS DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA PROGRESISTAS CON SU CALIDAD DE VIDA ...	68
TABLA N° 12	:	PRUEBA T DE STUDENT PARA EVALUAR EL IMPACTO DE LA CARIES DENTAL SOBRE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS NIÑOS DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA PROGRESISTAS.....	69

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO N° 1	: DISTRIBUCIÓN DE LOS NIÑOS DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA PROGRESISTAS SEGÚN SU EDAD	50
GRÁFICO N° 2	: DISTRIBUCIÓN DE LOS NIÑOS DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA PROGRESISTAS SEGÚN SU SEXO	52
GRÁFICO N° 3	: ÍNDICE DE CARIES (CPOD) EN LOS NIÑOS DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA PROGRESISTAS.....	54
GRÁFICO N° 4	: CALIDAD DE VIDA DE LOS NIÑOS DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA PROGRESISTAS.....	56
GRÁFICO N° 5	: RELACIÓN ENTRE EDAD E ÍNDICE DE CARIES (CPOD) EN NIÑOS DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA PROGRESISTAS...	58
GRÁFICO N° 6	: RELACIÓN ENTRE SEXO E ÍNDICE DE CARIES (CPOD) EN NIÑOS DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA PROGRESISTAS.....	60
GRÁFICO N° 7	: RELACIÓN ENTRE EDAD Y CALIDAD DE VIDA EN NIÑOS DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA PROGRESISTAS	62
GRÁFICO N° 8	: RELACIÓN ENTRE SEXO Y CALIDAD DE VIDA EN NIÑOS DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA PROGRESISTAS	64
GRÁFICO N° 9	: RELACIÓN ENTRE ÍNDICE DE CARIES Y CALIDAD DE VIDA EN NIÑOS DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA PROGRESISTAS.....	66

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de investigación es sobre el impacto de la caries dental en la calidad de vida de los niños de 7 a 12 años de edad.

Hablar de calidad de vida se ha vuelto un tema buscado y difícil de conseguir, debido a que olvidaron la importancia que tiene para nosotros.

Una de sus definiciones de calidad de vida, la define como el “término multidimensional de las políticas sociales que significa tener buenas condiciones de vida objetivas y un alto grado de bienestar subjetivo y también incluye la satisfacción colectiva de necesidades a través de políticas sociales en adición a la satisfacción individual de necesidades “.

En una parte de la definición mencionada se dice “tener buenas condiciones de vida”, pero antes se creía que una buena calidad de vida era tener una buena casa y una posición económica estable, olvidando que una buena condición de vida también es tener un buen estado de salud físico y mental; solo en la rama odontológica se observan los incrementos de enfermedades bucales por diferentes motivos, lo que conlleva a desmejorar la calidad vida; también se pensaba que una persona enferma con sustento para pagar el tratamiento de su enfermedad estaba dentro de una buena calidad de vida, para sorpresa de muchos una persona que tiene una enfermedad ya no puede tener una calidad de vida buena.

La característica de este trabajo de investigación es encontrar el impacto que tiene la caries dental en la calidad de vida de los niños de 7 a 12 años.

La odontología que día a día va avanzando, también podría ayudar a buscar las causas de la baja calidad de vida, todo relacionado a su especialidad permitiendo conocer y acabar con una de las causas de este problema; no se debe olvidar que tan solo en la boca se encuentra puntos claves para conocer múltiples patologías y que al ser el cuerpo humano todo un sistema relacionado, podría encontrar también la solución a la problemática que presenta la calidad de vida de nuestro entorno.

Solucionar esta problemática impulsaría a profesionales para que profundicen en conocer el tema de caries, sus causas, teniendo un sustento válido y con eso poder instalar programas preventivos.

La investigación se realizó con ayuda de un cuestionario para evaluar la calidad de vida en los niños de 7 a 12 años de la Institución Educativa Progresistas.

Durante la investigación de campo, uno de los obstáculos fue la establecida por los docentes que no han comprendido la importancia de la investigación.

El objetivo primordial de la investigación es determinar el impacto de la caries dental en la calidad de vida; para llegar a este objetivo se tiene que conocer la prevalencia de caries, el CPOD y el impacto de la calidad de vida.

En el capítulo I se plantea el problema ¿Qué impacto tiene la caries dental en la calidad de vida de los niños de 7 a 12 años?

En el capítulo II se ve investigaciones anteriores, conceptos de calidad y vida, información actual de caries dental y CPOD, en el capítulo III se hará referencia a hipótesis y variables, en el capítulo IV se observa todo el diseño de la investigación y como se realizó el trabajo y por último en el capítulo V se ve las tablas de discusión que le dan la respuesta a las diferentes preguntas de la investigación.

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

En la actualidad cuidar los dientes es importante porque el concepto de tener una buena apariencia personal, se ha vuelto primordial e inicialmente lo que observamos en una persona es su sonrisa y por ende sus piezas dentarias, debido a este interés por lo físico, se observa que se ha establecido cambios en niveles de calidad de vida. La OMS estableció la definición de calidad de vida de manera más resumida y más entendible para las personas en general pero más relacionada a la salud.

Según la OMS, la calidad de vida es la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto que está influido por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con el entorno.

En el caso de niños que recién se insertan a la sociedad, es importante que su nivel de calidad de vida sea alto, lo que ayuda a su mejor formación y no estar expuestos a problemas posteriores. Los niños son personas con un ámbito diferente al de los adultos; sus preocupaciones se circunscriben a su entorno familiar como escolar; en ellos se observa más interés por la opinión que sus compañeros tienen de ellos mismos, originando que un simple atentado con una patología bucal que padezcan llegue a alterar su estado anímico y esto con lleve a una disminución en su calidad de vida.

La realidad de los niños en los colegios de Arequipa es que están más expuestos a ataques físicos y psicológicos de sus compañeros ya que según reportes actuales se ha incrementado la agresión psicológica. En los niños se observan comportamientos con sus compañeros que son el reflejo de cómo están sus relaciones interpersonales por lo que muchos autores

han establecido diversos cuestionarios aprobados para medir y determinar la calidad de vida de infantes y adultos.

La calidad de vida es uno de los temas más genéricos porque engloba diversos factores, pero si se relaciona con la enfermedad oral más común que es la caries y estableciendo alguna relación entre ambas podríamos minimizar los problemas que afectan la calidad de vida; ya que la caries es una enfermedad que como tal tiene una solución y si se establece esta comparación con la calidad de vida se puede ayudar de manera significativa a los niños.

Por otro lado en el último análisis sobre morbilidad hecho por el Ministerio de la Salud en el 2015 por la gerencia regional de Salud Arequipa, se observó un grado de morbilidad elevado teniendo como principal causa las afecciones respiratorias con 22,78% y en segundo lugar las afecciones bucales con 15,46%. La incidencia de caries a nivel de Arequipa ha mantenido su estándar medio con un 85.6% siendo una de las enfermedades más frecuentes en la boca según el director de la salud bucal del ministerio de la Salud Región Arequipa.

La importancia de la estética y curar patologías es determinante para la calidad de vida de una persona, es por eso que el odontólogo tiene que trabajar de la mano de la estética y con ayuda del paciente. Hoy en día los profesionales de la salud saben que la sonrisa perfecta y la imagen perfecta no existen al contrario son las imperfecciones las que hacen a una persona bella. La presencia de patologías como es el caso de la caries empeora la estética de la persona y como la realidad de estos tiempos indica que el interés por la belleza aumentó, se hace más notoria la imperfección tanto así que en niños llegan a hacer burla si los dientes están afectados por caries pudiendo provocar un daño psicológico por parte del entorno.

Al ayudar al menor con sus diversas patologías, el odontólogo ayudaría a mejorar la calidad de vida del infante, si se toma en cuenta la patología bucal más frecuente en la boca es la caries dental; los niños en los colegios

también toman esta patología como una imperfección estaríamos planteando el problema de que tanta relación habría entre la caries dental y la calidad de vida del niño.

Un niño con alteraciones patológicas en la cavidad oral mayormente empieza a alterar su forma de hablar, dialogar, masticar y presenta una alteración en su estética lo que produce un cambio significativo en el niño tanto física como psicológicamente; repercutiendo en su calidad de vida. Una sonrisa agradable logra embellecer el rostro, pero en ocasiones las patologías bucales y cambios de color por el café, el tabaco, los malos hábitos alimentarios y de higiene bucal llegan a cambiar el aspecto de los dientes con el tiempo, sin olvidar las diversas patologías orales donde algunas incluso llegan a la pérdida de la pieza dentaria, produciendo depresión y que no quieran sonreír por miedo a que se observe la alteración de sus piezas dentarias.

Este miedo a sonreír y depresión que sufren las personas también lo tienen los menores de edad, pero en un entorno diferente. Sabiendo esto, se crea la pregunta de que tanto afecta la caries en la calidad de vida de los niños, que tanto tiene que ver la caries en el comportamiento de muchos niños y una vez planteando estas interrogantes poner fin a esta patología y mejorar la calidad de vida del niño.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Qué impacto tiene la caries dental en la calidad de vida de los niños de 7 a 12 años de la I.E. "Progresistas"?

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1 Objetivo Principal.

- Determinar el impacto de la caries dental en la calidad de vida de niños de 7 a 12 años.

1.3.2 Objetivos Específicos.

- Determinar la prevalencia de caries en niños de 7 a 12 años.
- Determinar el CPOD en niños según sexo.
- Determinar el CPOD en niños según edad.
- Determinar el impacto en la calidad de vida en niños de 7 a 12 años según sexo.
- Determinar el impacto en la calidad de vida en niños de 7 a 12 años según edad.

1.4 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

La apariencia física es más importante en estos tiempos que en décadas pasadas; donde no era tan relevante el aspecto físico para sentirse bien, más aún que en la actualidad con la influencia de diversos factores socio-culturales se ha vuelto algo primordial en las personas. La mejora de la apariencia física no solo en los adultos sino también en los niños es determinante para el desarrollo psicológico y social que va a determinar una buena formación y por ende mejorar su calidad de vida.

Los niños al verse expuestos a los medios de comunicación, fundamentalmente a la televisión donde se muestran modelos con características de mejora en la apariencia física lo que los niños tienden a imitar, al no lograrlo, se crea un conflicto en ellos aún más, cuando los compañeros tienden a buscar solo los defectos siendo estos motivos de burla. Este entorno social, mental y psicológico repercute en la calidad de vida de los niños dañando la salud mental y haciendo que el niño no tenga una adecuada calidad de vida.

La calidad de vida ha tenido más importancia desde el año 2001, año en el cual se empezó a considerar el término, como una forma de evaluar el bienestar de las personas en diferentes aspectos: físico, mental, social y psicológico. Desde entonces se han diseñado diferentes formas de evaluar la calidad de vida, utilizando diferentes cuestionarios es donde 9 países preocupados por el tema desarrollaron uno de ellos; donde formularon

diferentes preguntas para evaluar la calidad de vida a lo que le dieron el nombre del Kidscreem.

El trabajo se realizó en niños de 7 a 12 años basándose en las etapas del desarrollo cognitivo según Piaget donde se menciona 4 etapas en las que la más relevante es la etapa de las operaciones concretas en donde el niño comprende los objetos concretos y empieza a querer salir de su lado de imaginación; tratando de buscar centrarse en más de un aspecto lo que los hace más certeros en las respuestas que puedan mencionar frente a un cuestionario.

Los niños de 7 a 12 años que se encuentran cursando los grados del 3ro al 6 grado de primaria ya están en inicios de buscar la independización de sus padres. En esta etapa ellos ya empiezan a realizar cosas por sí mismos como su cepillado y como es justificable tienden a cometer errores porque al no entender en su totalidad la importancia de su higiene y que produce, generan patologías orales.

Una de las patologías orales que tiene mayor prevalencia en los niños de este grupo etario considerado es la caries dental, la que afecta a los pequeños no solo psicológicamente sino físicamente. Por lo que es necesario conocer por qué y en qué medida repercute la caries en la calidad de vida de los niños de 7 a 12 años de edad en etapa escolar.

1.4.1 Importancia de la Investigación.

La presente investigación pretende responder la interrogante del impacto que produce la presencia de caries en la calidad de vida de los niños. El trabajo de investigación tiene importancia científica porque impulsa a los docentes y alumnos a tratar más profundamente el tema, es de suma importancia no solo conocer a la caries como enfermedad sino también lo que puede producir en los niños, y porque se aportará conocimiento válido acerca de si la caries tiene relación con la calidad de vida, ofreciendo un punto de inicio para posteriores investigaciones.

Por otro lado, es importante desde el punto de vista académico ya que los profesionales y estudiantes tendrán conocimiento válido acerca de la influencia de un estado de salud bucal en la calidad de vida de las personas, así se podrán establecer programas preventivos que ayuden a mejorar y mantener niveles de salud adecuados.

La importancia social del trabajo radica en que se podrá instalar programas preventivos para mejorar la salud bucal, lo que ayudaría en el crecimiento psicológico y mental haciéndole entender al infante la importancia de tratar su salud dental. Esta investigación ayuda a buscar una solución para considerar una mejor calidad de vida de los pacientes pediátricos de manera definitiva logrando una ayuda profesional.

Nunca se debe olvidar que al conocer la influencia de la caries en el estilo de vida se podrá afrontar el problema y solucionar el estilo de vida del niño y la patología que lo aqueja lo que ayudará a disminuir la proliferación de caries en la cavidad oral del infante.

1.4.2 Viabilidad de la Investigación.

El trabajo de investigación es viable ya que se cuenta con todos los recursos, como son:

- **RECURSOS**

- A. HUMANOS**

- Investigador : Bachiller Romina Marion Vilca Jiménez

- Asesor : Dra. Sandra Clara Alicia Corrales Medina

- B. FINANCIEROS**

- El trabajo de investigación será financiado completamente por la investigadora.

C. MATERIALES Y EQUIPOS

Materiales de escritorio

- Computadora
- Hojas
- Lápiz
- Plumones
- Pegamento
- Cartulinas
- Borrador
- Lapiceros
- Colores
- Fotocopiadora
- Impresora

Materiales de exploración

- Espejos
- Exploradores
- Pinzas
- Bandejas
- Algodoneros
- Guantes
- Barbijos
- Hilo dental
- Cepillos
- Papel toalla
- Pasta dental
- Enjuague bucal
- Luz frontal
- Pera de aire

- Pera de agua
- Gasas

Materiales de apoyo

- Rotafoleo
- Llaveros
- Conjuntos de aseo
- Regalos sorpresa para docentes

D. INSTITUCIONALES

- Universidad Alas Peruanas-Filial Arequipa
- Institución Educativa Progresistas

1.5 LIMITACIÓN DEL ESTUDIO

La principal limitación de la investigación es porque no se han reportado estudios anteriores acerca de este tema en Arequipa. Por otro lado, el manejo de niños pequeños y la incomodidad de los docentes en sus horarios de trabajo.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1 Antecedentes Internacionales.

Vallejo, R. (2015) **LA SALUD BUCAL Y RENDIMIENTO ACADÉMICO EN ESCOLARES DE 11 A 12 AÑOS DE EDAD DEL CANTÓN AZOGUES – ECUADOR.** Su objetivo fue evaluar la calidad de vida en relación a la salud bucal y al rendimiento de niños de 11 a 12 años, y determinar la intensidad, extensión y severidad del impacto de las condiciones orales sobre su desempeño diario. El trabajo indica que un 30 % de sus patologías se refieren a caries y casi 80% corresponde a alguna actividad que afecta la calidad de vida. Con un 78,1% por ciento de prevalencia de impacto de las condiciones oral auto percibido se concluyó que existe algún desempeño que afecta la calidad de vida, pero no se especifica en solo caries.

Díaz, S. (2015) **IMPACTO DE CARIES DENTAL SOBRE LA CALIDAD DE VIDA EN NIÑOS PERTENECIENTES A LA PRIMERA INFANCIA DE INSTITUCIONES EDUCATIVAS DE CARTAGENA, CUBA.** El objetivo de este trabajo es establecer la relación entre el impacto de lesiones cariosas y la calidad de vida en niños con edad preescolar de instituciones educativas de Cartagena. Se concluyó que la salud bucal está impactando de forma negativa a los niños de 3 y 5 años donde el factor que afecta más la calidad de vida es la caries y que una de las maneras de prevenir más es el cepillado.

Moreno y Ximénez (2014). **EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA, ESPAÑA.** El trabajo busco aumentar los años de vida y la calidad de vida de las personas y se concluyó que a menos enfermedad mejor calidad de vida.

Rojas, M. (2018), **RELACIÓN ENTRE CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD BUCAL, PREVALENCIA Y SEVERIDAD DE CARIES EN NIÑOS PREESCOLARES, CHILE.** El trabajo buscaba establecer una relación entre la severidad y prevalencia de caries mediante del ICDAS II y calidad de vida en niños de 5 años asociada a salud oral medida a través del SOHO-5, lo que concluyó fue que no se percibe un impacto considerable en la calidad de vida relacionada con la salud oral en los niños.

Guimaraes, L. (2018), **IMPACTO DE LAS CONDICIONES BUCALES EN LA CALIDAD DE VIDA DE NIÑOS Y ADOLESCENTES, BRASIL.** El objetivo fue medir las condiciones bucales, establecer sus tratamientos y cuanto afecta en su vida. Una de las conclusiones fue que la caries dental tiene un impacto adverso en la calidad de vida de los niños, generando dolor y sintomatología.

2.1.2 Antecedentes Nacionales

López, P. (2013), **CALIDAD DE VIDA Y PROBLEMAS BUCALES EN PREESCOLARES DE LA PROVINCIA DE HUAURA, LIMA.** El trabajo buscaba evaluar el impacto de los problemas bucales sobre la calidad de vida en niños de 3 a 5 años de la Institución Educativa Inicial, del distrito de Hualmay, provincia de Huaura, departamento de Lima en el 2013. Se concluyó que la caries de infancia temprana influye negativamente en la calidad de vida.

Quispe y Quintana (2017), **IMPACTO DE LA SALUD ORAL SOBRE LA CALIDAD DE VIDA EN NIÑOS PREESCOLARES DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA “JOSÉ ANTONIO DE ACINAS” N.º 1137 EN EL DISTRITO DE SANTA ANITA, LIMA.** El proyecto buscó evaluar el impacto de la salud oral sobre la calidad de vida de niños de 3 a 5 años mediante ECOHIS (Escala de impacto de la salud oral en la infancia temprana). Los resultados concluyeron que el impacto de la salud oral es negativo en la calidad de vida de los niños

preescolares y que la alta severidad de caries de infancia temprana tiene un impacto negativo en relación a la calidad de vida de los niños preescolares evaluados.

More, Rivas y Chumpitaz (2015). **CALIDAD DE VIDA EN RELACIÓN A EXPERIENCIA DE CARIES EN PACIENTES DE LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD DE SAN MARTÍN DE PORRES DE CHICLAYO.** El objetivo es determinar la relación entre calidad de vida y experiencia de caries en pacientes atendidos en la Clínica Odontológica de la Universidad de San Martín de Porres – Filial Chiclayo, entre los meses de marzo y abril de 2015 donde los resultados indicaron que el 57,27% de pacientes que presentan experiencia de caries dental también presentan una moderada calidad de vida.

De la Cruz y Gonzáles (2017), **CALIDAD DE VIDA EN NIÑOS Y NIÑAS QUE TRABAJAN EN LA LOCALIDAD DE HUANCAMELICA.** El trabajo tuvo como objetivo determinar cómo es la calidad de vida de los niños y niñas que trabajan en la Localidad de Huancavelica en el 2017. Los resultados son que el mayor porcentaje de niños que trabajan en la localidad de Huancavelica presentan calidad de vida de nivel bajo a medio, en decir que estos niños no cuentan con la mayoría de bienes materiales, sus necesidades básicas no están satisfechas.

Flores y Suca (2017), **RELACIÓN DEL ESTADO DE SALUD BUCAL CON LA CALIDAD DE VIDA EN ESTUDIANTES DEL COLEGIO PARTICULAR “CHAMPAGNAT DEL NIÑO DIVINO JESÚS”, PUNO.** El trabajo buscaba la relación entre el estado de salud bucal con la calidad de vida en estudiantes del Colegio Particular “Champagnat del Niño Divino Jesús” Puno. Los resultados arrojaron que no existe una relación entre el estado de salud bucal con la calidad de vida.

2.1.3 Antecedentes Locales

Becerra, P. (2012), **RELACIÓN DE LA SALUD Y LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL JULIO PINTO MANRIQUE DE LA PNP. AREQUIPA.** El trabajo buscó determinar la relación entre la salud bucal y la calidad de vida en los pacientes atendidos en el Hospital Regional Julio Pinto Manrique de la PNP de Arequipa. Los resultados fueron que la relación que existe entre la salud bucal y la calidad de vida en los pacientes atendidos en el Hospital Regional “Julio Pinto Manrique” de la PNP de Arequipa, es directa, ya que, a mejor estado de salud bucal, mejor calidad de vida.

Sahuanay, S. (2017), **CALIDAD DE VIDA Y AUTORREGULACIÓN AFECTIVA EMOCIONAL DE LOS ADOLESCENTES DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA JUAN DOMINGO ZAMACOLA Y JAUREGUI, Arequipa.** El objetivo fue establecer la relación entre la calidad de vida y la autorregulación afectiva emocional de los adolescentes de la Institución Educativa Juan Domingo Zamácola y Jáuregui de Arequipa en el 2017. Los resultados demuestran que existe una relación entre calidad de vida y autorregulación afectiva del 45% siendo de nivel medio, y el 14.09% de nivel bajo.

2.2 BASES TEÓRICAS

2.2.1 Caries Dental.

2.2.1.1 Definición.

La caries dental es la enfermedad multifactorial que se produce en los tejidos calcificados del diente provocado por ácidos, donde se observa la acción de microorganismos sobre los hidratos de carbono. ^{(1) (17) (18) (42)}.

2.2.1.2 Estadios de la Caries.

Los estadios de la caries están más relacionados a su profundidad de la siguiente manera:

A. Caries de Primer Grado.

La caries de primer grado mayormente es extensa pero poco profunda debido a que solo se circunscribe al esmalte; gracias a esta característica se presenta como indolora. Normalmente el esmalte se ve de un brillo y color uniforme, pero cuando falta la cutícula de Nashmith o una porción de prismas han sido destruidas, este presenta manchas blanquecinas granulosas. En otros casos se ven surcos transversales y oblicuos de color opaco, blanco, amarillo, café.

B. Caries de Segundo Grado.

La caries de segundo grado es un poco más profunda, y abarca la dentina lo que indica que atravesó la línea amelo dentinaria.

El proceso carioso evoluciona con mayor rapidez, ya que las vías de entrada son más amplias, pues los túbulos dentinarios se encuentran en mayor número y su diámetro es más grande que el de la estructura del

esmalte. En general, la constitución de la dentina facilita la proliferación de gérmenes y toxinas, debido a que es un tejido poco calcificado y esto ofrece menor resistencia a la caries.

C. Caries de Tercer Grado.

La caries de tercer grado se caracteriza por haber llegado a la pulpa produciendo inflamación en este órgano.

La sintomatología es dolor espontáneo y provocado.

Espontáneo porque la congestión del órgano pulpar que hace presión sobre los nervios pulpares, los cuales quedan comprimidos contra la pared de la cámara pulpar, este dolor aumenta por las noches, debido a la posición horizontal de la cabeza y congestión de la misma, causada por la mayor afluencia de sangre.

D. Caries de Cuarto Grado.

La caries de cuarto grado ya destruye totalmente, por lo tanto, no hay dolor, ni dolor espontáneo, pero las complicaciones de esta caries, sí son dolorosas y pueden ser desde un mono artritis apical hasta una Osteomielitis. La osteomielitis es cuando ha llegado hasta la médula ósea.

2.2.1.3 Vista Histopatológica.

Según una vista histopatológica aparentemente se inicia en el límite amelo - cementario, y comienza simultáneamente en varios puntos pequeños cercanos, desde los cuales se inicia una penetración a través de las fibras de Sharpey, difundiéndose el proceso más, por las líneas incrementales. El primer cambio que se observa es una mayor

translucidez debida probablemente a desmineralización similar a la que ocurre en la zona translúcida de la caries dentinaria; posteriormente se presenta teñida de color pardusco y más avanzado se notará cavitación por disolución de la matriz. ⁽²⁾ ⁽⁴⁵⁾

2.2.1.4 Tipos de Caries ⁽³⁾

A. Caries Aguda.

Aquella que sigue un curso rápido y compromete en poco tiempo la pulpa. Se presenta especialmente en niños y adultos jóvenes. El proceso es tan rápido que no hay formación de dentina esclerótica ni tampoco dentina reaccional. Generalmente la dentina se tiñe de color amarillo, a diferencia de la dentina cariada en otros tipos, que es de color pardo.

B. Caries Crónica.

Es aquella que progresa lentamente y compromete más tardíamente la pulpa. Su progreso lento permite la respuesta del odontoblasto para formar dentina esclerótica y reaccional, generalmente la dentina se presenta de color pardo.

C. Caries Detenida.

Aquella en que queda su avance estacionario o suspendido. La mayoría de las veces se presenta en la cara oclusal y se caracteriza por presentar una gran abertura en la cual no hay acúmulo de alimentos y se produce una limpieza buena, ocasionándose una abrasión de parte de la superficie dentaria cariada, para dejar una superficie dura y más o menos lisa pero teñida de color café o negruzca. Lógicamente el diente

presentará dentina esclerótica y reaccional, al observarlas al microscopio.

D. Caries Recurrente o Recidivante.

Aquella que se presenta generalmente en el borde de una restauración, debido muchas veces a una extensión incompleta o inadecuada. Su aspecto será similar al tipo de caries preexistente.

2.2.1.5 Proceso de la Caries ⁽³⁵⁾.

- a) Dientes sin patología.
- b) Desmineralización, es una mancha blanca con superficie aun uniforme.
- c) Presencia de lesión, con un piso blando. Ahora es una caries dental superficial de fácil restauración por el profesional.
- d) Cuando la obturación ya se realizó el proceso de desmineralización sigue continuando y la lesión de caries rodea el relleno, a lo que se le llama caries secundaria.
- e) La desmineralización continúa y destruye la pieza dental infectando al órgano pulpar más conocido como nervio.
- f) Si el proceso continúa se produce la fractura de la pieza dental.

CUADRO DE RIESGO DE CARIES ⁽¹⁹⁾

Riesgo Cariogénico	Descripción
Bajo	Fisuras poco profundas. Uso correcto de Flúor. Visitas dentales regulares
Moderado	Fosas y fisuras profundas. Higiene oral regular Uso inadecuado de Flúor Lesiones de “mancha blanca” o zonas radiolúcidas interproximales. Visitas dentales irregulares.
Alto	Caries en caras libres. Alto número de S. Mutans Fosas y fisura profundas No exposición al Flúor Mala higiene oral Frecuente ingesta de sacarosa Visitas dentales irregulares.

2.2.1.6 Diagnóstico Clínico ⁽⁴⁾.

El diagnóstico clínico de la caries es observar atentamente la caries en todas sus etapas, lo que se hace mediante 2 formas:

- Criterio de evaluación visual (cambio de coloración y textura).
- Criterio de evaluación táctil (cambio de textura superficial).

Debe examinarse suavemente para no romper superficies de re- mineralización con una sonda de caries nueva, para

comprobar el cambio de textura, eliminar placa bacteriana que cubra la lesión y verificar la pérdida de estructura dentaria en caso de cavitación.

2.2.1.7 Diagnóstico de la Caries.

Para diagnosticar la caries dental si una lesión está activa, progresando rápida o lentamente, o si la lesión ya está detenida. Sin esta información no es posible tomar una decisión acertada sobre el mejor tratamiento por lo que se requiere:

- Buena iluminación
- Dientes limpios
- Jeringa triple
- Sonda redondeada
- Radiografías bite-wing ⁽⁴⁾.

La mancha blanca del esmalte solamente se visualiza cuando se ha secado el esmalte y siempre que ha penetrado hasta la mitad del esmalte, en cambio una mancha blanca o pardusca que es visible sobre la superficie dentaria húmeda es porque ha penetrado ya a todo el esmalte, y la desmineralización probablemente llega hasta la dentina. Puede haber desmineralización en la dentina antes de haber cavitación, pero la lesión puede detenerse si se establece un buen control de placa y medidas preventivas adecuadas. ^{(15) (20)}

2.2.1.8 Influencia de Caries Dental en la salud del individuo ⁽⁵⁾.

Existe una relación entre la salud bucodental y la repercusión sobre el organismo. Lo que se manifiesta en la boca puede afectar al resto del cuerpo y lo que sucede en el resto del cuerpo puede tener efecto en la boca, esto quiere

decir que la salud bucal es importante y está relacionada con la salud y el bienestar general.

En la boca se encuentran varias bacterias que si se mantienen bajo control con una buena higiene bucal como el cepillado y el uso hilo dental pueden vivir en armonía con el organismo.

Cuando las bacterias perjudiciales crecen fuera de control, pueden ocasionar infecciones en las encías y de esta manera convertir la cavidad oral en un puerto de entrada al torrente sanguíneo, pero como se sabe la boca es la ventana de la salud del cuerpo.

La boca refleja enfermedades que afectan al organismo y tener su primera manifestación en la cavidad oral. En la boca además podemos ver algunas lesiones que pueden alertarnos sobre carencias vitamínicas, falta de algunos minerales o estados nutricionales deficitarios.

Uno de los intereses es expresar la importancia de potenciar la formación médica de los odontólogos, aprendiendo a reconocer diferentes lesiones y manifestaciones orales de las enfermedades sistémicas.

Personas con una inmunidad baja tienen más probabilidades de adquirir infecciones micóticas y virales en la boca, así como algunos trastornos de la sangre, gastrointestinales como ERGE (Enfermedad de reflujo gastroesofágico) y enfermedades respiratorias que van a expresarse en la cavidad oral.

Incluso cuando se habla de fármacos observamos algunos que se manifiestan produciendo xerostomía. Esta disminución de flujo salival genera diferentes problemas orales derivados de la falta de protección que tiene la saliva

en la cavidad oral, que se ve suprimida al disminuir su síntesis.

Asimismo, cuando hay carencia de vitaminas puede tener efectos en la boca y en los dientes, y el consumo de tabaco y los malos hábitos alimenticios pueden afectar también el territorio oro facial y la piel del rostro por lo que es importante conocer la patología y que lo produce. La buena salud comienza en la boca. Sin embargo, a menudo los padres, profesionales de salud y proveedores de servicios pasan por alto su relación con la salud general.

2.2.2 Calidad de Vida.

2.2.2.1 Definición.

Bienestar general de los individuos y las sociedades, delineando las características positivas y negativas de la vida, donde se observa la satisfacción en la vida que incluyen la salud física, familia, educación, empleo, riqueza, creencias religiosas, finanzas y medio ambiente. ⁽⁶⁾ ⁽¹⁶⁾

2.2.2.2 Factores de Influencia de la Calidad de Vida.

La calidad de vida recibe la influencia de factores como empleo, vivienda, acceso a servicios públicos, comunicaciones, urbanización, criminalidad, contaminación del ambiente y otros que conforman el entorno social y que influyen sobre el desarrollo humano de una comunidad. ⁽⁷⁾

La población rural que migra a zonas urbanas se caracteriza por carecer de servicios sociales, de salud, de vivienda y de infraestructura sanitaria donde las altas tasas de desempleo y violencia son las principales características que afectan a la población migrante que si trabaja lo hace en el sector

informal, con salarios bajos, y sin los beneficios de la seguridad social; siendo todos estos factores que forman parte de la definición de calidad de vida totalmente bajos aún se habla de calidad de vida pero en un promedio bajo.

Nunca se debe olvidar que si se habla de los factores de la calidad de vida se habla de un tema muy extenso ya que es todo lo que una persona tiene como salud, economía, educación, alimentación, felicidad, relaciones interpersonales y muchos aspectos que en si forman al humano. ^{(7) (29)}

2.2.2.3 Como evaluar la Calidad de Vida.

La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) principalmente es un criterio importante para evaluar las intervenciones sanitarias, valorar los resultados de los ensayos clínicos controlados, planificar y ejecutar programas de salud pública, identificar niveles de morbilidad y orientar la toma de decisiones médicas en la práctica clínica. Por ello se han desarrollado miles de instrumentos para evaluar la calidad de vida; entre ellas destacan los instrumentos multidimensionales que miden la percepción del encuestado sobre los dominios físico, psicológico y social. ^{(14) (30) (31) (36)}

Estudios previos han documentado cerca de 94 instrumentos diseñados con este fin, de los cuales 64 han sido elaborados para evaluar los cambios generados en la calidad de vida. ^{(14) (36)}. Los diferentes instrumentos disponibles y la heterogeneidad en el número y el contenido de las dimensiones, son evidencia de la falta de consenso entre los investigadores sobre el modelo teórico de calidad de vida.

Revisiones sistemáticas de la literatura han demostrado que el contenido de las escalas de calidad de vida aplicadas es bastante variable en términos de sus dimensiones, al incluir entre 3 y 17 dominios que evalúan la percepción de salud general; la satisfacción con la salud y con la vida; la función física, psicológica y social; el dolor, la vitalidad y la energía; la autoestima, la conducta, la capacidad de enfrentarse a problemas, el funcionamiento escolar y la relación con compañeros y familiares. ^{(31) (36)}.

Hasta ahora se han documentado la variabilidad de los instrumentos en términos del número de ítems, encontrando que estos varían entre 6 y 183 preguntas. De la misma manera, se han sistematizado los cuestionarios en términos del país de origen, el rango de edades a quienes puede aplicarse y sus propiedades psicométricas. No obstante, se desconocen las aplicaciones que se le han dado a estos instrumentos en términos de las poblaciones de estudio y los países en los que se desarrollan las investigaciones. ^{(14) (30) (31) (36)}

Se identificó 909 estudios que evalúan la calidad de vida a partir de 170 instrumentos diferentes, destacando el hecho de que cerca del 50% de las investigaciones utilizaron las escalas PedsQL (Pediatric Quality of Life Questionnaire), KIDSCREEN, CHQ (Child Health Questionnaire), KINDL (Children Quality of Life Questionnaire) o MOSSF (Medical Outcomes Study Short Form) ⁽⁸⁾, los cuales constituyen los instrumentos con mejor estructura conceptual, propiedades psicométricas y adaptaciones culturales y de lenguaje. El PedsQL es un instrumento desarrollado en Estados Unidos en 1998 para medir la calidad de vida desde la perspectiva de los padres, niños o adolescentes entre 2 y 18 años; la versión auto administrada puede ser utilizada en personas

sanas o con enfermedades agudas o crónicas, contiene 23 ítems distribuidos en las dimensiones de función física, función emocional, función social y función escolar ⁽³⁶⁾.

2.2.2.4 Calidad de Vida en la Salud.

La definición de la calidad de vida relacionada con la salud parte de la definición de la salud de la OMS que la describe como "...un estado de completo bienestar físico, emocional y social y no solo como ausencia de la enfermedad". ⁽⁸⁾

Pigou, A. (1920), define la "Calidad de Vida" (CV) la cual fue mencionada por primera vez al referirse a la economía, el trabajo, el apoyo del gobierno a las clases sociales menos favorecidas, y su relación con el bienestar y la calidad de vida. Sin embargo, este trabajo no fue muy importante para la época y el término no se volvió a mencionar hasta después de la Segunda Guerra Mundial, cuando la Organización Mundial de la Salud (OMS) amplió su definición de salud al incluir el bienestar físico, emocional y social de las personas; a partir de este momento, se inició la discusión sobre su medición. ^{(12) (13)}

En 1966, se publicó un editorial titulado "Medicine and Quality of Life" en la revista *Annals of Internal Medicine*, que expuso la importancia de la medicina y su responsabilidad sobre la calidad de vida de las personas, al señalar como ejemplo a los pacientes que recibían trasplantes renales.

En esa misma década, sociólogos, economistas y políticos mencionaban la CV para referirse al bienestar de un individuo desde un punto de vista económico y social. Bajo esta perspectiva, aspectos como la educación, el empleo, la vivienda, el acceso a los servicios públicos, el aseguramiento, la contaminación

ambiental, los recursos económicos y el bienestar individual, entre otros, se consideraron relevantes para la CV de una persona. ^{(31), (43), (47)}

Más tarde hacia 1994 se describiría la calidad de vida como “percepción de un individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones”.

Esta definición es muy importante para el diseño de instrumentos que evalúen la calidad de vida, dado que tienen que tener en cuenta la percepción del bienestar físico, psíquico, social y espiritual de la persona. ⁽¹²⁾

La calidad de vida ha tomado importancia, también, como un factor para la toma de decisiones por parte de un paciente, de manera tal que éste podría optar por no recibir un tratamiento si considera que hay un gran impacto en la calidad de vida con pocas ganancias. ^{(8) (31) (43) (47)}

2.2.2.5 Impacto de la Calidad de Vida.

El impacto que genera la enfermedad en la calidad de vida; ha sido objeto de revisión de múltiples autores e instituciones. ⁽⁸⁾

La calidad de vida se relaciona con la salud como una interpretación subjetiva del paciente; de su satisfacción vital, de la repercusión de la enfermedad en su vida cotidiana, en su desempeño laboral y productivo en su rol social y en general en su vida entendida como el conjunto de las dimensiones psicológica, social y física, respectivamente. El impacto que genera la aparición de una enfermedad debe vislumbrarse, tomando en cuenta factores como los que a

continuación se enuncian y que hacen parte integral de la presente reflexión. ^{(8) (24) (25)}

Los niños de 8 a 12 años se consideran estables en su desarrollo, generalmente son sanos y los cambios físicos no son tan pronunciados como lo fueron desde su nacimiento hasta los 6 años. En estas edades se adquieren gran parte de las habilidades físicas y cognitivas que ayudarán al menor en sus relaciones interpersonales.

Los 10 y 11 años tienen una predilección por sus amigos en lugar de su familia. En este período se forma la base de la autoestima, se toma conciencia de sí mismo, los pensamientos son concretos y el niño es capaz de expresar sus emociones. ^{(24) (25) (32)}; pero sin embargo los niños están más atentos de las opiniones que tienen los demás sobre ellos y se comparan unos con otros. ⁽⁸⁾

En los niños los signos iniciales de maduración física se presentan al finalizar esta edad de 12 años. El momento de aparición de las características sexuales secundarias se vuelve diferente. En las niñas sucede primero siendo éstas más maduras psicológicamente y emocionalmente como para asimilar todos los cambios que van ocurriendo. Además, puede coincidir con el paso de la educación primaria a la secundaria. Se ha reportado que las niñas experimentan mayor ansiedad hacia los cambios que ocurrirán en la pubertad mientras que los niños ven de forma positiva tener una voz diferente, aumentar su estatura y poder afeitarse. ^{(8) (24) (25)}

2.2.2.6 Medición de la Calidad de Vida ⁽⁹⁾.

La medición de la CVRS se ha realizado a través de cuestionarios según varios aspectos:

- La población. Los instrumentos genéricos miden todas las dimensiones de calidad de vida por lo que pueden ser aplicados en poblaciones sanas y enfermas; proveen información general sobre la calidad de vida de la persona de manera individual o grupal, por lo que son útiles para la toma de decisiones en relación con la distribución de los recursos en salud y educación, entre otros.
- La forma de llenado del cuestionario puede ser auto dirigida ya que los cuestionarios que miden calidad de vida son hechos para distintas edades y puede que más pequeños no comprendan. No obstante, en algunas ocasiones la persona de interés no lo puede hacer, por lo que alguien cercano, generalmente, padres o cuidadores lo dirijan.
- El puntaje que ofrece el instrumento puede ser un índice que muestra un puntaje global de calidad de vida o, recordando que hay algunos cuestionarios que no presentan escalas de medición hay que tener presente escoger una adecuada escala para obtener resultados concisos.

2.2.3 CPOD

Klein, Palmer y Knutson (1935), fueron los que desarrollaron el CPOD durante un estudio del estado dental y la necesidad de tratamiento de niños asistentes a escuelas primarias en Hagerstown, Maryland, EUA. El CPOD se realizan para cuantificar la prevalencia de la Caries Dental y señala la experiencia de caries tanto presente

como pasada, pues toma en cuenta los dientes con lesiones de caries y con tratamientos previamente realizados, se realiza con la suma de dientes Cariados, Perdidos y Obturados, incluyendo las Extracciones Indicadas, entre el total de individuos examinados.

Índice Individual: C + P + O

Pueden hacerse algunas consideraciones especiales como:

- Si se observa un diente obturado y cariado, se considera el diagnóstico más severo (cariado).
- Se considera diente ausente el que no se encuentra en la boca después de tres años.
- El 3er. molar se considera ausente después de los 25 años.
- La corona se considera diente obturado
- Los restos radiculares se consideran como piezas cariadas.
- Los selladores no se cuantifican.

Según la OMS para cuantificar el CPOD se tiene como rango estándar la puntuación número 4 eso quiere decir que un niño que obtiene una puntuación menor a 4 es considerada como un CPOD aceptable y mayor de 4 como no aceptable, donde cero es sin caries y mayor de 4 es no aceptable en los niños. ⁽¹⁰⁾

2.2.4 Instrumentos de Medición

2.2.4.1 Kidscreen.

El Kidscreen es un cuestionario desarrollado en 13 países europeos entre 2001 y 2004 que tiene como objetivo evaluar la salud y el bienestar subjetivo de niños y adolescentes sanos o con enfermedades crónicas; tiene versiones para ser administradas a personas entre los 8 y 18 años, así como una versión para padres. El número de ítems varía de 10 a 52 y están distribuidos en las dimensiones de bienestar

físico, bienestar psicológico, autonomía, relación con los padres, amigos, apoyo social y entorno escolar. ⁽²⁷⁾ ⁽²⁸⁾ ⁽³⁴⁾.

El Kidscreem es un instrumento genérico estandarizado de calidad de vida para niños y adolescentes y sus padres o cuidadores, desarrollado en el marco del proyecto “Screening and Promotion for Health-related Quality of Life in Children and Adolescents – A European Public Health Perspective” con fondos de la Comisión Europea. El proyecto inició en febrero de 2001 y finalizó en 2004, contó con la participación simultánea de trece países europeos: Alemania, Austria, España, Francia, Grecia, Hungría, Irlanda, Países Bajos, Polonia, Reino Unido, República Checa, Suecia y Suiza, por lo que originalmente está disponible en alemán, checo, español, francés, griego, holandés, húngaro, inglés, polaco y sueco. ⁽²⁷⁾ ⁽²⁸⁾ ⁽³⁴⁾

El proyecto del Kidscreem tuvo como objetivo diseñar de manera conjunta un instrumento para evaluar de forma general la calidad de vida en niños y adolescentes sanos y enfermos, así como identificar aquellos que se encuentren en riesgo en términos de su salud subjetiva. Adicionalmente, buscaban implementar su uso en los servicios de salud europeos para planear, monitorear y evaluar la calidad de vida en una población. ⁽²⁷⁾ ⁽³⁴⁾. Primero se inició con una revisión de la literatura en la que se identificaron las dimensiones que usualmente presentaban los instrumentos de calidad de vida para la población infantil y adolescente.

Luego se realizó un consenso con 24 expertos de nueve países (técnica Delphi) en que se establecieron las bases conceptuales y operacionales del instrumento, sus posibles dimensiones, el marco de tiempo que se podría manejar y la extensión del mismo. A partir de estos resultados, se

organizaron 36 grupos focales o de discusión distribuidos en seis países y estratificados por género y edad (8 y 9 años, 12 y 13 años, 16 y 17 años) para conocer los aspectos que los niños y adolescentes consideraban más importantes sobre calidad de vida y el impacto de los problemas de salud. ^{(27) (28) (34)}

Se rescataron 2505 ítems, 1642 provenían de los grupos focales y 863 de los cuestionarios para padres distribuidos en 26 dimensiones. Casi al final por descarte se optó por la eliminación de aquellos que estaban repetidos o tenían un significado similar y de los que no eran apropiados al tener en cuenta los criterios del proyecto Eurohis que desarrolla y promociona el uso de instrumentos en salud. De esta manera, hubo una reducción a 1070 ítems que fueron clasificados con tarjetas (Card Sort) de acuerdo con su relevancia dentro de cada dimensión para seleccionar los mejores ítems y así quedar 185. ^{(27) (28) (34)}.

Con estos 185 ítems se realizó la traducción en los diferentes idiomas e identificar posibles errores y problemas culturales o de lenguaje. Finalmente, se obtuvo un instrumento con 159 ítems para realizar la prueba piloto en siete países, reducir su extensión mediante la Teoría Clásica de los Test y la Teoría de Respuesta al Ítem y establecer la versión final. ⁽¹¹⁾

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 FORMULACIÓN DE LA HIPÓTESIS PRINCIPAL Y DERIVADAS

3.1.1 Hipótesis Principal

Es probable que la caries dental, medida a través del índice de CPOD, influya de manera significativa en la calidad de vida de los niños de la institución educativa Progresistas.

3.1.2 Hipótesis Derivada

Es probable que la edad de los niños de la Institución Educativa “Progresistas” tenga relación estadísticamente significativa con su calidad de vida.

Es probable que el sexo de los niños de la Institución Educativa “Progresistas” tenga relación estadísticamente significativa con su calidad de vida.

Es probable que la edad de los niños de la Institución Educativa “Progresista” tenga relación estadísticamente significativa con el índice de caries dental (CPOD).

Es probable que el sexo de los niños de la Institución Educativa “Progresista” tenga relación estadísticamente significativa con el índice de caries dental (CPOD).

3.2 VARIABLES: DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL

3.2.1 Variable Principal:

- Calidad de Vida
- Caries

3.2.2 Variables Secundarias:

- Sexo
- Edad

3.2.3. Definición Operacional de Variables

3.2.3.1 Variable Principal

Variable	Indicadores	Naturaleza	Escala de Medición
Calidad de Vida	Cuestionario Kidscreem	Cualitativo	Nominal
Caries	CPOD	Cuantitativo	Nominal

3.2.3.2. Variable Secundaria

Variable	Indicadores	Naturaleza	Escala de Medición
Sexo	Masculino Femenino	Cualitativo	Nominal
Edad	Años	Cuantitativo	Razón

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

4.1 DISEÑO METODOLÓGICO

4.1.1 Tipo de Estudio

No experimental

Este tipo de investigación implica la observación de los niños en su condición natural sin que el investigador intervenga, para después dar parte de lo observado.

4.1.2 Diseño de Investigación

- **De acuerdo a la temporalidad:**

Transversal, porque se realizó una sola medición de las variables.

- **De acuerdo al lugar donde se obtendrán los datos:**

De campo, porque la recolección de datos se realizó directamente sobre las unidades de estudio, es decir sobre su habitad natural.

- **De acuerdo al momento de la recolección de datos:**

Prospectivo, ya que la información se recolectó después de la planeación, es decir en el futuro.

- **De acuerdo a la finalidad investigativa:**

Descriptivo, puesto que la presente investigación pretendió estudiar cómo son o cómo están los hechos o fenómenos, sin considerar sus causas ni sus efectos, ni su relación.

4.2 DISEÑO MUESTRAL

Se consideró un total de 76 estudiantes que estén cursando del 3er al 6to año de educación primaria y que sean alumnos del C.E. Progresistas.

A. Criterios de Inclusión

- Estudiantes del Colegio Progresistas
- Niños con edades de 7 a 12 años

B. Criterios de Exclusión

- Niños que no formen parte del colegio Progresistas
- Niños menores de 7 años
- Niños mayores de 12 años

4.3 TÉCNICAS DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS

A. Técnicas:

En esta investigación se trabajará con una encuesta y trabajo de campo.

B. Instrumento:

Cuestionario de Kidscreem (anexo 1)

4.4 PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

- Se coordinó con la Institución Educativa Progresistas que contaba con la cantidad mínima de alumnos que el proyecto requiere.
- Se solicitó un documento de presentación de la UAP que permitiera el ingreso al colegio.
- Se presentó el documento al centro educativo de primaria Progresistas. En el colegio con ayuda del director se coordinó un horario para ingresar a cada aula sin alterar las clases de las profesoras del plantel.
- Se obtuvo la cantidad de fichas suficientes para elaborar el CPOD y los cuestionarios para evaluar la calidad de vida; también como medio de agradecimiento compré unos presentes a los docentes que me cedieron

sus horas y también material para realizar los odontogramas, con presentes para los niños y materiales para realizar la higiene bucal previa a los odontogramas.

- Se presentó el cronograma de visitas a la institución y se informó a las autoridades de la UAP y también con quienes contaría para que tuviera una forma de apoyo para llevar el instrumental.
- Se envió un comunicado en las agendas de los padres comunicándoles el objetivo de la investigación y se solicitó la firma del consentimiento.
- En la primera semana de visita al colegio se indicó a los alumnos el objetivo del proyecto y además se aprovechó de impartir charlas salón por salón sobre la salud oral con la ayuda de rotafoleos y como incentivo unos pequeños presentes.
- La segunda semana se empezó con trabajo de campo que consistía en enseñarles a los niños el correcto cepillado y ponerlo en práctica salón por salón, luego una vez los alumnos de la sección iban de regreso a sus clases donde empezábamos a hacer preguntas ligeras sobre el tema del cepillado para cerciorarnos de su aprendizaje y conversábamos con ellos detenidamente.
- Previo cepillado se examinó uno a uno a los alumnos para realizar sus respectivos odontogramas que servirían de ayuda para la realización del CPOD, en un ambiente con buena iluminación.
- Posteriormente se acudió a las secciones para aplicar los cuestionarios del Kidscreem, el llenado se realizó en forma dirigida, se planteaba la pregunta y se pedía que marquen la imagen de acuerdo a su criterio.
- Con ayuda de los datos empecé con el llenado y fabricación de la matriz de datos que me ayudaría a obtener resultados de mi tesis.
- Se inició a llenar los resultados del CPOD con ayuda de los odontogramas.
- Finalmente se elaboró los cuadros estadísticos pertinentes.

4.5 TÉCNICAS DE ESTADÍSTICA PARA EL ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Debido a que el cuestionario del Kidscreem no tiene sistema de valoración se usó un Baremo que arrojó los resultados de 14 a 32 que es baja calidad de vida, de 33 a 51 es regular calidad de vida y de 52 a 70 es buena calidad de vida.

Se utilizó la prueba estadística del Chi cuadrado para comparar la calidad de vida con el sexo y la prueba estadística de t de Student para comparar la calidad de vida y la edad.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

En el trabajo no hay nada que altere la ética y la moral de los niños debido a que hubo el consentimiento de sus padres y la presencia de sus maestras que pudieron corroborar que en ningún momento se invadió la ética del infante y se realizó con respeto, autonomía y no maleficencia.

Al trabajar con personas se consideró los principios éticos de Helsinki.

- Proteger la vida, la salud, la intimidad y la dignidad del ser humano.
- Conformer los principios científicos aceptados.
- Prestar atención a los factores perjudiciales para el medio ambiente.
- Tener un procedimiento experimental.
- Hacer referencia a las consideraciones éticas.
- Llevarse a cabo por personas calificadas.
- Tener cuidado con los riesgos.
- Estar consciente de los riesgos.
- La importancia de su objetivo es mayor que el riesgo inherente.
- Pueda tener beneficio sus resultados.
- Tener participantes voluntarios e informados.
- Proteger la integridad de los participantes.
- El participante recibió la información adecuada.
- Consentimiento informado.
- No incluir personas con discapacidad si esto interfiere con su salud.
- Mantener la exactitud de los datos y resultados.

CAPÍTULO V: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

5.1 ANÁLISIS DESCRIPTIVO:

TABLA N° 1

**DISTRIBUCIÓN DE LOS NIÑOS DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA
PROGRESISTA SEGÚN SU EDAD**

Edad	N°	%
De 7 a 8 años	23	30.3
De 9 a 10 años	38	50.0
De 11 a 12 años	15	19.7
Total	76	100.0

Fuente: Matriz de datos

Interpretación:

En la tabla N° 1 mostramos la distribución, tanto numérica como porcentual, de los niños de la Institución Educativa Progresista que fueron motivo de investigación, de acuerdo con su edad; siendo esta variable una de las secundarias consideradas para la presente investigación.

La investigación estuvo orientada a niños que tuvieran entre 7 y 12 años, por esa razón las edades mínimas y máximas que corresponden a nuestras unidades de estudio están dentro de esos valores. Así mismo, la edad la hemos agrupado en tres rangos, para su mejor interpretación, observándose de los resultados que el mayor porcentaje de los alumnos (50.0%) sus edades oscilaron entre los 9 y 10 años, mientras que en el menor las edades estuvieron comprendidas entre los 11 y 12 años (19.7%).

GRÁFICO N° 1

DISTRIBUCIÓN DE LOS NIÑOS DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA PROGRESISTA SEGÚN SU EDAD

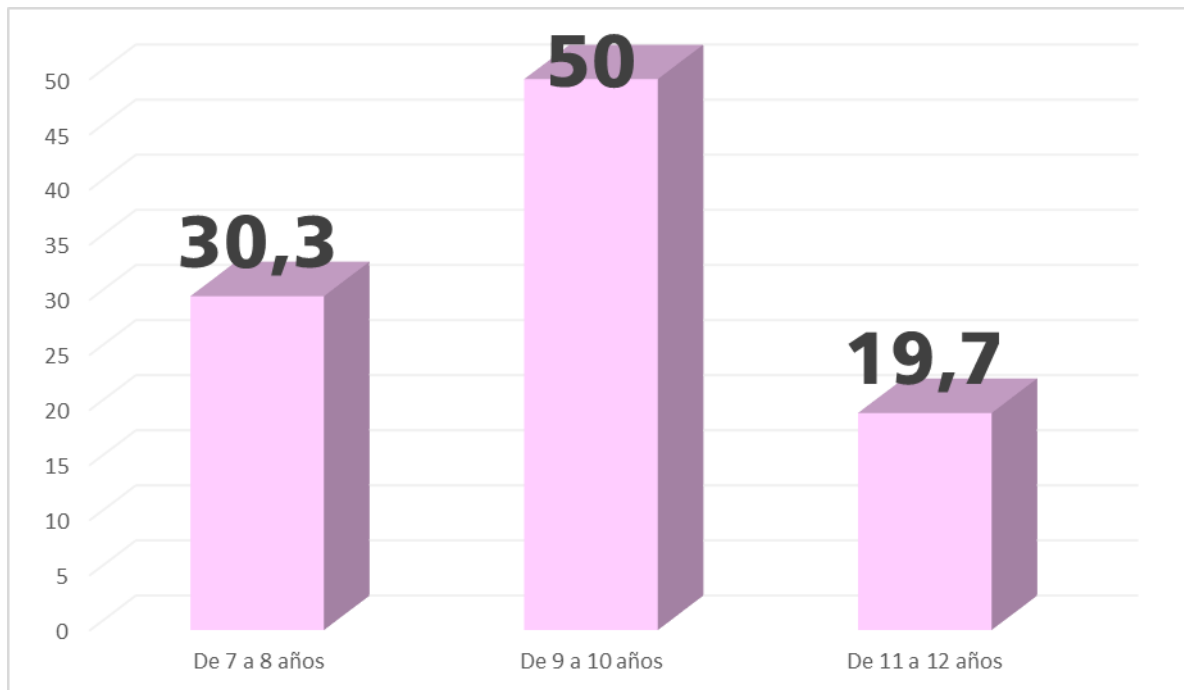


TABLA N° 2

**DISTRIBUCIÓN DE LOS NIÑOS DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA
PROGRESISTA SEGÚN SU SEXO**

Sexo	N°	%
Masculino	49	64.5
Femenino	27	35.5
Total	76	100.0

Fuente: Matriz de datos

Interpretación:

En la tabla que se muestra se determina la distribución numérica y porcentual de nuestras unidades de estudio de acuerdo con su sexo. Cabe resaltar que el sexo fue una de las variables secundarias que se tomaron en consideración para el presente estudio, por ser una característica inherente a los niños.

Como se puede observar de los resultados obtenidos, luego de las evaluaciones llevadas a cabo como parte de la metodología de recolección de datos, fueron los niños del sexo masculino los que estuvieron presentes en mayor porcentaje (64.5%) respecto a aquellos que eran del femenino, que representaron el 35.5% del total. Entonces se puede afirmar que la relación entre hombres y mujeres fue de 2 a 1, es decir, por cada estudiante de sexo femenino había dos que eran del masculino.

GRÁFICO N° 2

DISTRIBUCIÓN DE LOS NIÑOS DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA PROGRESISTA SEGÚN SU SEXO

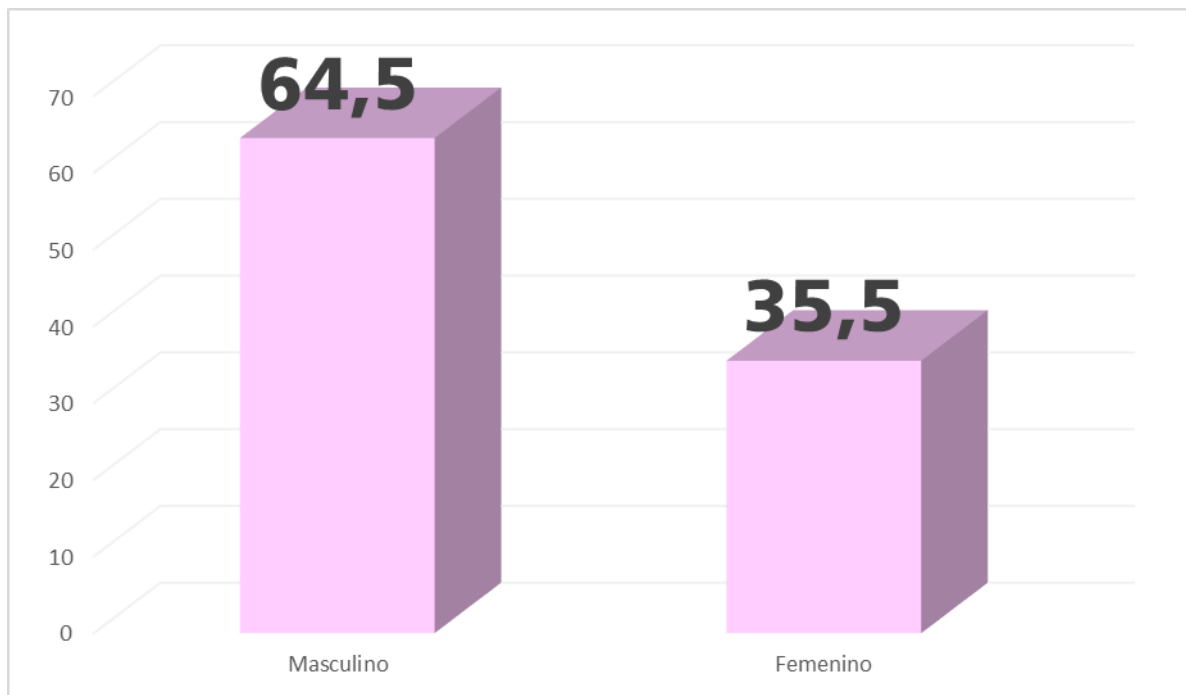


TABLA N° 3**ÍNDICE DE CARIES (CPOD) EN LOS NIÑOS DE LA INSTITUCIÓN
EDUCATIVA PROGRESISTA**

Índice de Caries	CPOD			
	Cariadas	Perdidas	Obturadas	CPOD
Media Aritmética	2.00	0.45	0.54	2.99
Desviación Estándar	1.93	1.03	1.06	2.33
Valor Mínimo	0	0	0	0
Valor Maximo	8	6	5	9
Total	76	76	76	76

Fuente: Matriz de datos

Interpretación:

La tabla N° 3 se refiere al CPOD de los niños. Los resultados obtenidos nos permiten colegir que, los niños evaluados presentaron un promedio de 2 piezas con caries, respecto a las piezas perdidas, estas fueron en promedio de 0.45 y las piezas obturadas correspondieron a un promedio de 0.54. Finalmente, el índice CPOD obtenido alcanzó un promedio de 2.99.

GRÁFICO N° 3

ÍNDICE DE CARIES (CPOD) EN LOS NIÑOS DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA PROGRESISTA

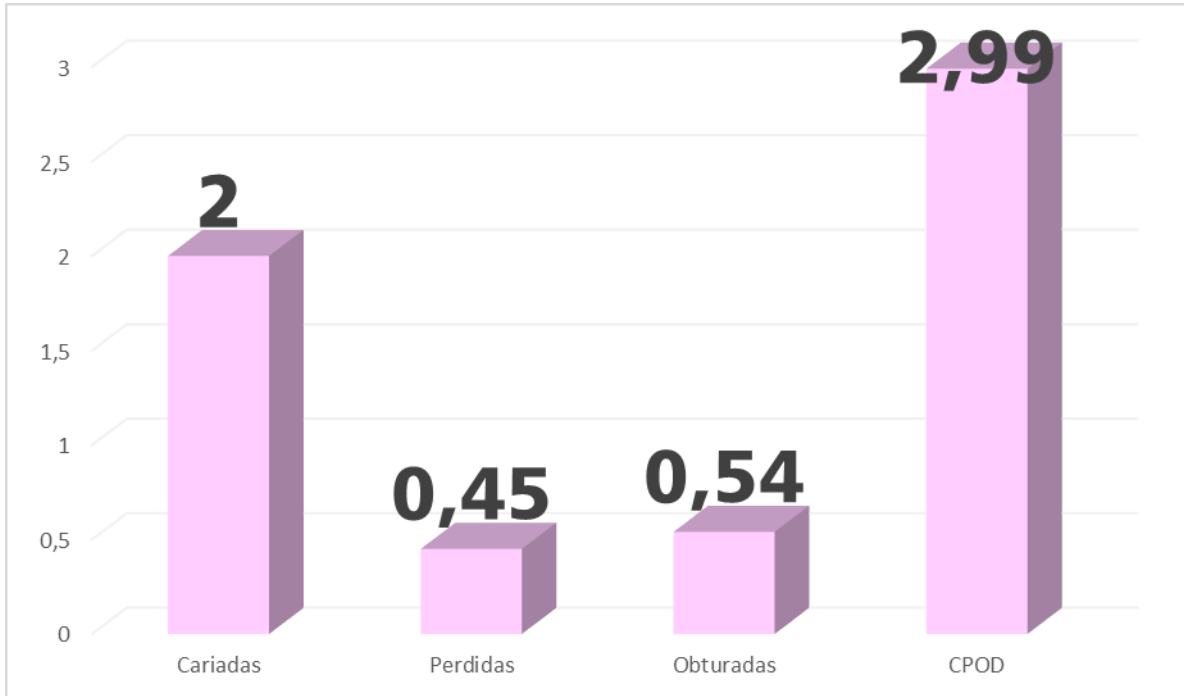


TABLA N° 4

**CALIDAD DE VIDA DE LOS NIÑOS DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA
PROGRESISTA**

Calidad de Vida	N°	%
Baja	38	50.0
Regular	30	39.5
Buena	8	10.5
Total	76	100.0

Fuente: Matriz de datos

Interpretación:

La presente tabla se refiere al nivel de calidad de vida de los niños motivo de estudio.

Como se puede apreciar, el mayor porcentaje de los niños evaluados (50.0%) presentaron una calidad de vida considerado como baja. Ahora bien, en segundo lugar, están los niños cuya calidad de vida se clasificó como regular, siendo estos un poco más de la tercera parte del total (39.5%), finalmente, y en menor porcentaje (10.5%), están los niños que fueron catalogados con una calidad de vida buena, la cual se supone que debería ser el valor ideal, o adecuado, respecto a esta variable.

GRÁFICO N° 4

CALIDAD DE VIDA DE LOS NIÑOS DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA PROGRESISTA

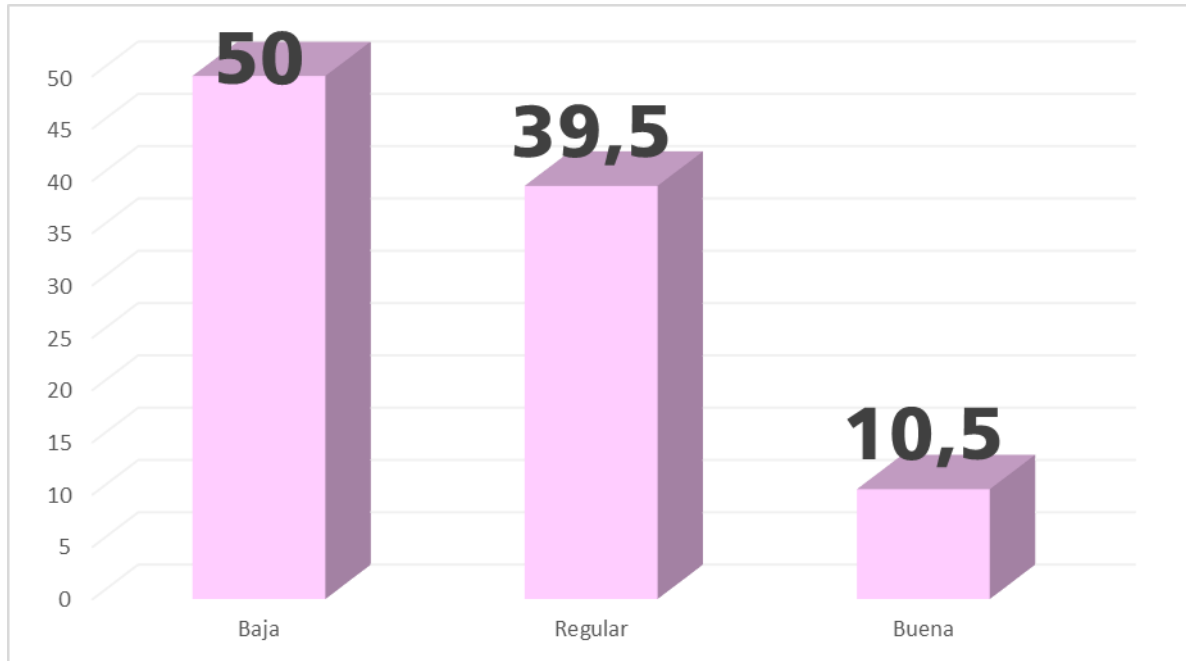


TABLA N° 5**RELACIÓN ENTRE EDAD E ÍNDICE DE CARIES (CPOD) EN NIÑOS DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA PROGRESISTA**

Índice CPOD	Edad		
	7 a 8 años	9 a 10 años	11 a 12 años
Media Aritmética	2.70	3.61	1.87
Desviación Estándar	2.51	2.26	1.80
Valor Mínimo	0	0	0
Valor Máximo	8	9	6
Total	23	38	15

Fuente: Matriz de datos

Interpretación:

En la presente tabla se relaciona la edad de los niños motivo de estudio y su índice de caries (CPOD). Los resultados obtenidos nos permiten evidenciar que los niños que se encuentran entre los 7 a 8 años, su índice de caries correspondió a un promedio de 2.70, respecto a los niños cuyas edades fluctuaron entre los 9 a 10 años, su índice alcanzó una media de 3.61, mayor a la observada en el grupo etario anterior, finalmente, para los niños cuyas edades estaban entre los 11 a 12 años, su índice de caries observado fue, en promedio, de 1.87; valor menor al de los dos grupos etarios anteriores.

GRÁFICO N° 5

RELACIÓN ENTRE EDAD E ÍNDICE DE CARIES (CPOD) EN NIÑOS DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA PROGRESISTA

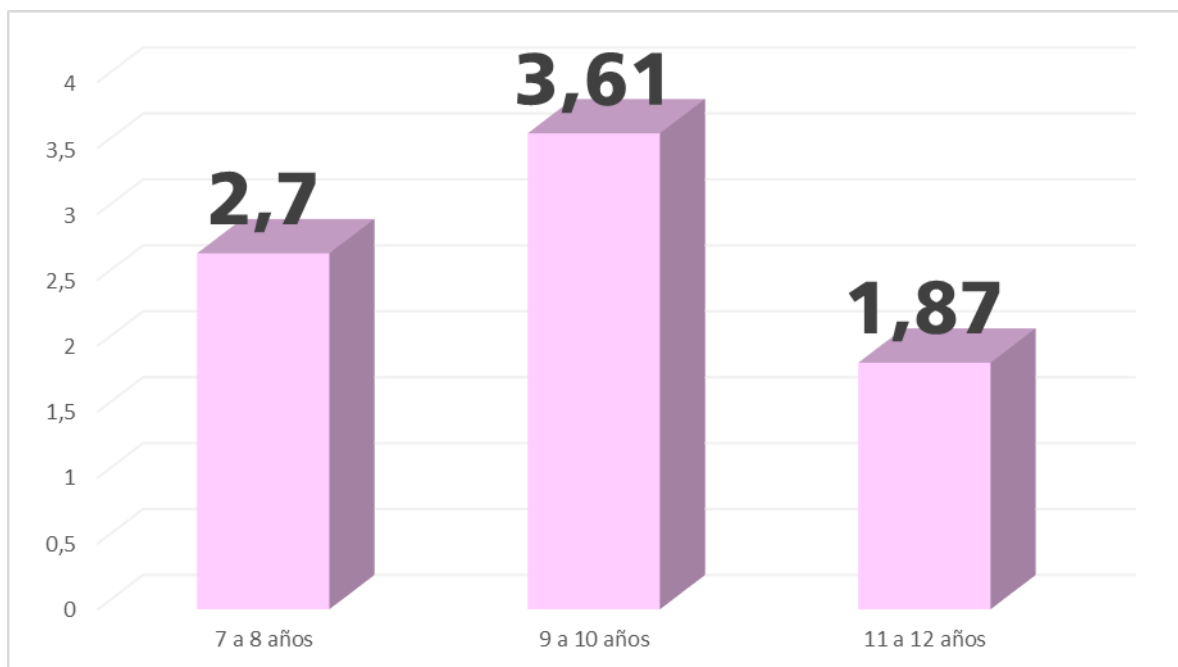


TABLA N° 6

RELACIÓN ENTRE SEXO E ÍNDICE DE CARIES (CPOD) EN NIÑOS DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA PROGRESISTA

Índice CPOD	Sexo	
	Masculino	Femenino
Media Aritmética	2.73	3.44
Desviación Estándar	2.22	2.50
Valor Mínimo	0	0
Valor Máximo	9	8
Total	49	27

Fuente: Matriz de datos

Interpretación:

En la tabla N° 6 se presenta la relación entre el sexo de los niños que fueron evaluados para la presente investigación, con el índice de caries (CPOD) observado luego del examen clínico realizado.

Como se puede evidenciar de los resultados obtenidos, los alumnos de la institución educativa del sexo masculino, obtuvieron un índice de caries promedio correspondiente a 2.73, para el caso de las escolares mujeres, este índice fue ligeramente superior al encontrado en los hombres, alcanzando un valor promedio de 3.44. En el caso de los hombres, el valor máximo hallado de piezas con historia de caries fue de 9, mientras que para las mujeres este valor fue de 8.

GRÁFICO N° 6

RELACIÓN ENTRE SEXO E ÍNDICE DE CARIES (CPOD) EN NIÑOS DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA PROGRESISTA

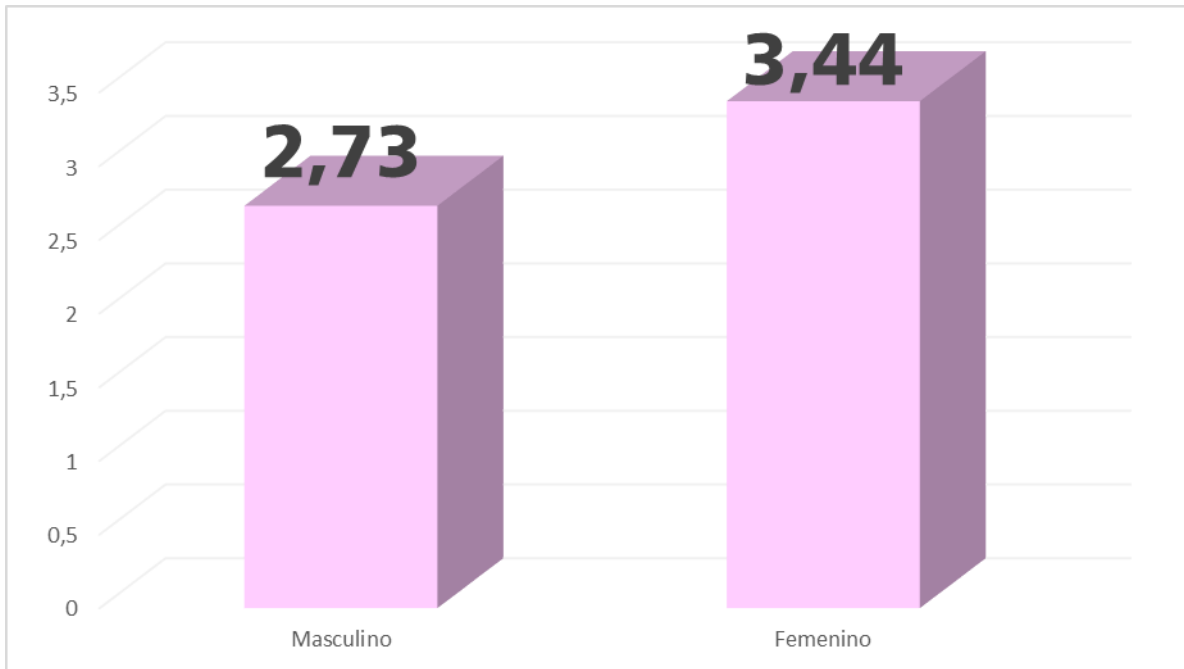


TABLA N° 7

**RELACIÓN ENTRE EDAD Y CALIDAD DE VIDA EN NIÑOS DE LA
INSTITUCIÓN EDUCATIVA PROGRESISTA**

Edad	Calidad de Vida						Total	
	Baja		Regular		Buena		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
De 7 a 8 años	8	34.8	11	47.8	4	17.4	23	100.0
De 9 a 10 años	20	52.6	15	39.5	3	7.9	38	100.0
De 11 a 12 años	10	66.7	4	26.7	1	6.7	15	100.0
Total	38	50.0	30	39.5	8	10.5	76	100.0

Fuente: Matriz de datos

Interpretación:

En la presente tabla se muestra la relación entre la edad de los alumnos de la Institución Educativa Progresista con su calidad de vida evidenciada luego de las evaluaciones correspondientes.

Los resultados obtenidos nos permiten colegir que para los niños que estuvieron entre los 7 y 8 años, en el mayor porcentaje de ellos (47.8%), se evidenció que tenían un nivel de calidad de vida regular; respecto a los niños entre los 9 y 10 años, en su mayoría (52.6%), la calidad de vida fue baja, situación similar a esta sucede en los niños cuyas edades fluctuaron entre los 11 a 12 años, donde también en su mayoría (66.7%) la calidad de vida observada fue catalogada como baja.

GRÁFICO N° 7

RELACIÓN ENTRE EDAD Y CALIDAD DE VIDA EN NIÑOS DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA PROGRESISTA

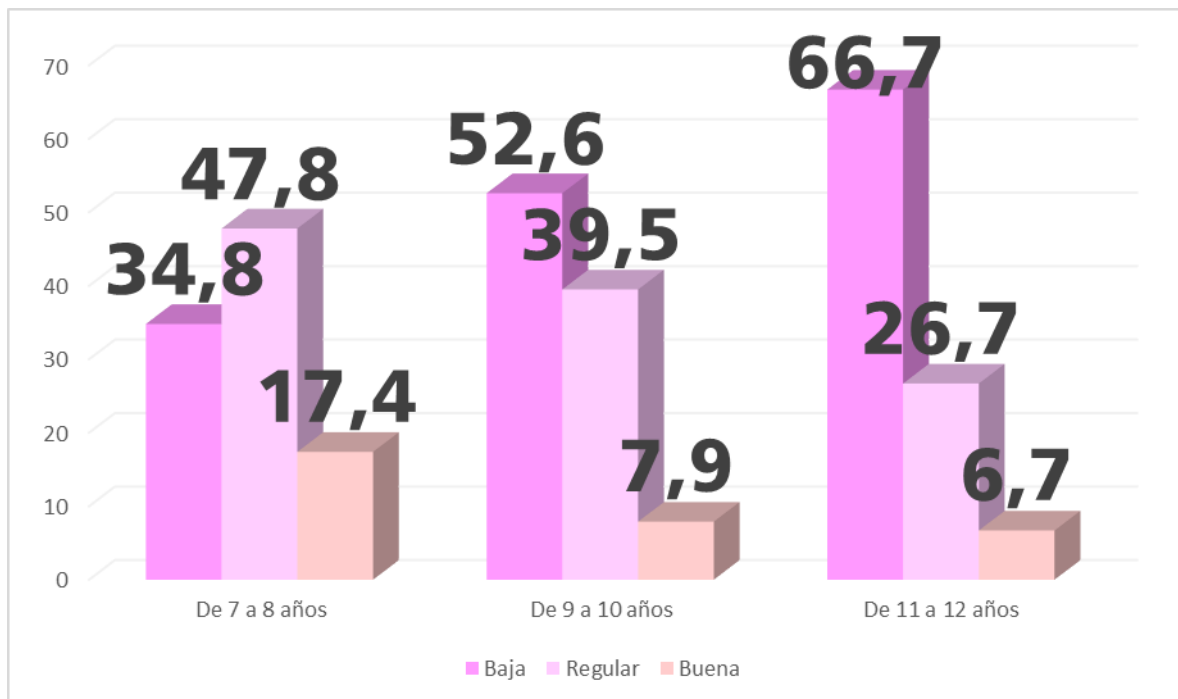


TABLA N° 8

**RELACIÓN ENTRE SEXO Y CALIDAD DE VIDA EN NIÑOS DE LA
INSTITUCIÓN EDUCATIVA PROGRESISTA**

Sexo	Calidad de Vida						Total	
	Baja		Regular		Buena		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
Masculino	24	49.0	20	40.8	5	10.2	49	100.0
Femenino	14	51.9	10	37.0	3	11.1	27	100.0
Total	38	50.0	30	39.5	8	10.5	76	100.0

Fuente: Matriz de datos

Interpretación:

En esta tabla se presenta la relación llevada a cabo entre el sexo de los alumnos de la Institución Educativa Progresista con su calidad de vida evidenciada luego de las evaluaciones correspondientes.

De acuerdo a los resultados a los cuales hemos arribado luego de la recolección de datos, podemos establecer que los alumnos del sexo masculino, en mayor porcentaje (49.0%) su calidad de vida estuvo considerada en un nivel bajo y en menor porcentaje (10.2%) su calidad de vida estuvo considerada a nivel bueno. Respecto a las mujeres, se puede apreciar que en su mayoría (51.9%), la calidad de vida fue del nivel bajo y el menor porcentaje (11.1%) tuvo un nivel bueno.

GRÁFICO N° 8

RELACIÓN ENTRE SEXO Y CALIDAD DE VIDA EN NIÑOS DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA PROGRESISTA

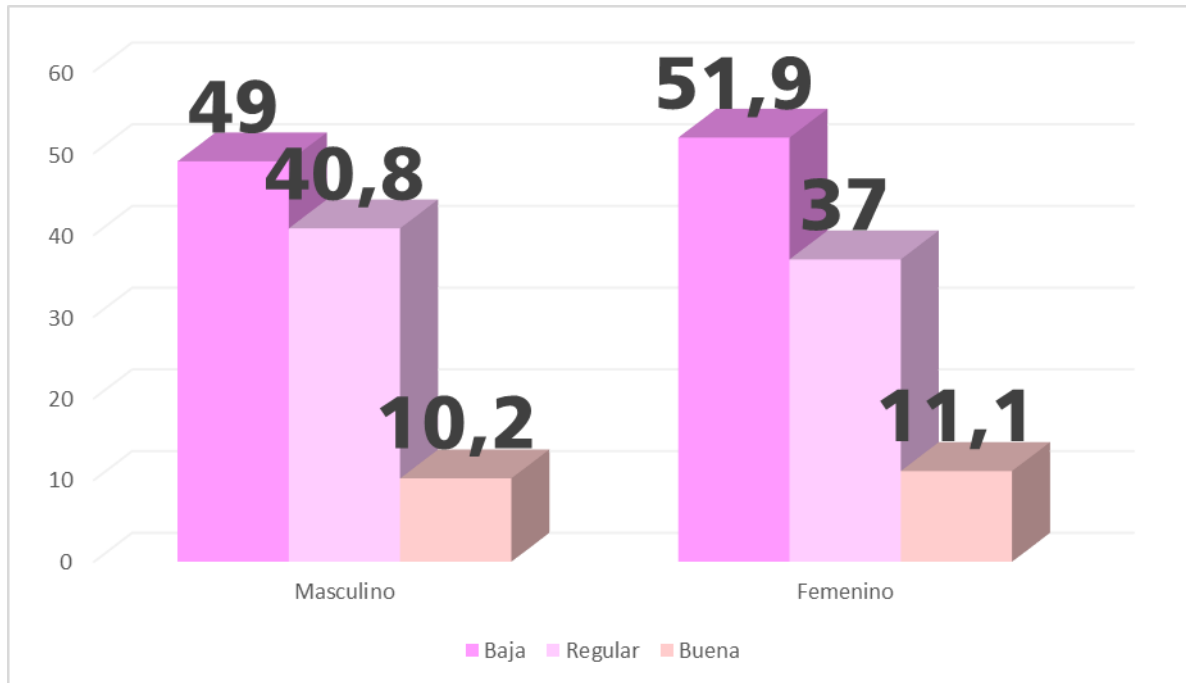


TABLA N° 9**RELACIÓN ENTRE ÍNDICE DE CARIES Y CALIDAD DE VIDA EN NIÑOS DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA PROGRESISTA**

Índice CPOD	Calidad de Vida		
	Baja	Regular	Buena
Media Aritmética	2.61	3.77	1.88
Desviación Estándar	1.92	2.70	1.95
Valor Mínimo	0	0	0
Valor Máximo	7	9	6
Total	38	30	8

Fuente: Matriz de datos

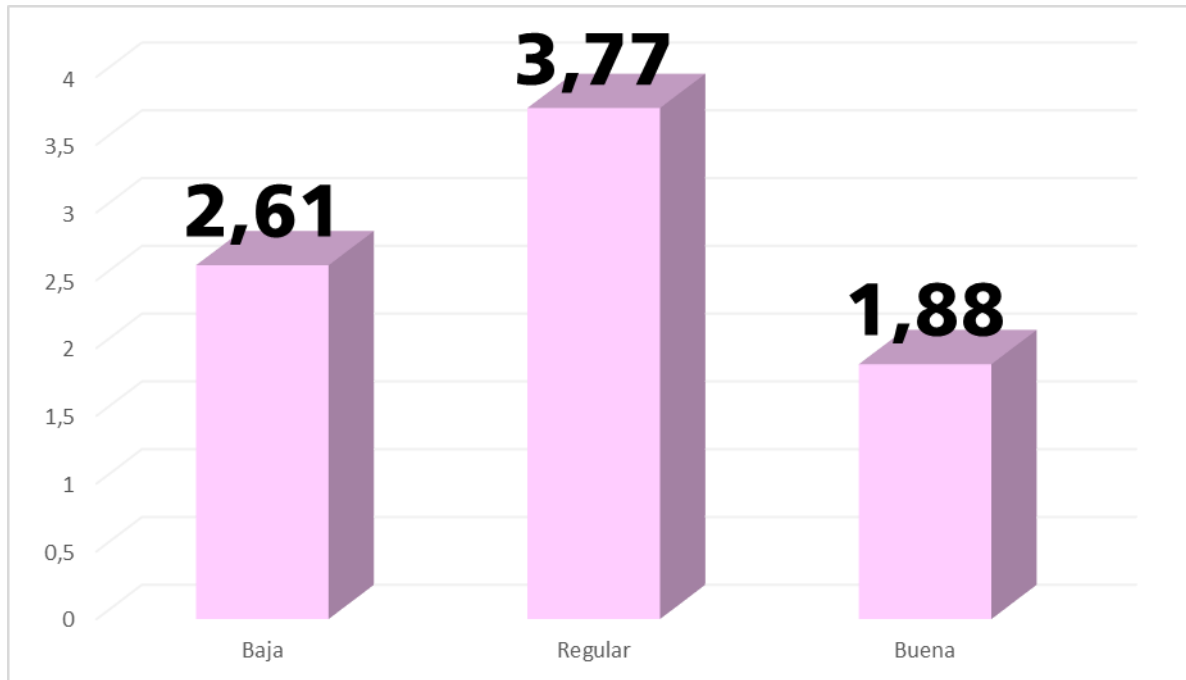
Interpretación:

En la tabla N° 9 presentamos la relación entre el índice de caries dental (CPOD) y la calidad de vida de los niños de la institución educativa Progresista que fueron motivo de investigación, es decir, en esta tabla vamos a evaluar el impacto de la enfermedad caries sobre la calidad de vida de los niños que la sufren.

Como se aprecia de los resultados obtenidos, los niños que fueron catalogados con una baja calidad de vida, presentaron como índice de caries CPOD promedio un valor de 2.61, respecto a aquellos niños cuya calidad de vida fue considerada como regular, el índice de caries correspondió a un promedio de 3.77, finalmente, los niños cuya calidad de vida fue catalogada como buena, el índice de caries medido en ellos fue, en promedio, de 1.88.

GRÁFICO N° 9

RELACIÓN ENTRE ÍNDICE DE CARIES Y CALIDAD DE VIDA EN NIÑOS DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA PROGRESISTA



5.2 ANÁLISIS INFERENCIAL:

TABLA N° 10

PRUEBA T DE STUDENT PARA RELACIONAR LA EDAD Y SEXO DE LOS NIÑOS DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA “PROGRESISTA” CON SU ÍNDICE DE CARIES (CPOD)

Índice de Caries	Valor Estadístico	Grados de Libertad	Significancia P
Edad	1.448	73	0.370 ($P \geq 0.05$) N.S.
Sexo	1.621	74	0.209 ($P \geq 0.05$) N.S.

En la relación llevada a cabo entre la edad (Tabla N° 5) y sexo (Tabla N° 6) con el índice de caries dental (CPOD) de los alumnos de la Institución Educativa Progresista, se aplicó la prueba estadística t de Student, nos permite establecer si hay o no relación significativa entre variables de naturaleza cualitativa (como lo son la edad y sexo) con otra de naturaleza cuantitativa (índice de caries).

Como se aprecia de los resultados obtenidos, tanto la edad como el sexo de los niños de la institución educativa que fueron motivo de investigación no tuvieron relación estadísticamente significativa con su índice de caries, es decir, la cantidad de piezas con historia de caries no depende ni de la edad ni sexo de las unidades de estudio.

TABLA N° 11

PRUEBA CHI CUADRADO PARA RELACIONAR LA EDAD Y SEXO DE LOS NIÑOS DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA “PROGRESISTA” CON SU CALIDAD DE VIDA

Calidad de Vida	Valor Estadístico	Grados de Libertad	Significancia P
Edad	4.473	4	0.346 ($P \geq 0.05$) N.S.
Sexo	0.105	2	0.949 ($P \geq 0.05$) N.S.

En la relación llevada a cabo entre la edad (Tabla N° 7) y sexo (Tabla N° 8) con la calidad de vida de los alumnos de la Institución Educativa Progresista, se aplicó la prueba estadística de Chi Cuadrado, la cual permite establecer si existe o no relación significativa entre variables independientes (que son la edad y sexo) con otra dependiente (que en este caso corresponde a la calidad de vida) las cuales son naturaleza cualitativa.

Como se aprecia de los resultados obtenidos, tanto la edad como el sexo de los niños de la institución educativa que fueron motivo de investigación no tuvieron relación estadísticamente significativa con su calidad de vida, es decir, ni el sexo ni la edad de los alumnos determinan que tengan ni una mejor o peor calidad de vida.

TABLA N° 12

PRUEBA T DE STUDENT PARA EVALUAR EL IMPACTO DE LA CARIES DENTAL SOBRE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS NIÑOS DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA “PROGRESISTA”

Índice de Caries	Valor Estadístico	Grados de Libertad	Significancia P
Calidad de Vida	3.274	73	0.043 (P < 0.05) S.S.

En la relación llevada a cabo entre el índice de caries dental (Tabla N° 9) con la calidad de vida de los alumnos de la Institución Educativa Progresista, se aplicó la prueba estadística t de Student, la cual nos permite establecer si existe o no relación significativa entre una variable de naturaleza cuantitativa (que vendría a ser el índice de caries) con otra de naturaleza cualitativa (que en este caso sería la calidad de vida). La relación llevada a cabo en este caso determinaría si existe impacto de las caries con la calidad de vida evaluado en los niños.

Los resultados obtenidos con la aplicación de la prueba estadística nos permiten colegir que existe relación significativa entre el índice de caries dental (CPOD) con la calidad de vida de los niños motivo de estudio, puesto que, cuando la calidad de vida es buena, el índice de caries es menor en comparación con aquellos niños que poseían niveles de calidad de vida en las categorías de regular o mala.

5.3 COMPROBACIÓN DE LAS HIPÓTESIS

5.3.1 Hipótesis Principal:

Es probable que la caries dental, medida a través del índice de CPOD, influya de manera significativa en la calidad de vida de los niños de la institución educativa Progresistas.

Regla de Decisión:

Si $P \geq 0.05$ No se acepta la hipótesis.

Si $P < 0.05$ Se acepta la hipótesis.

Conclusión:

De acuerdo con los resultados obtenidos (Tabla N° 12), procedemos a aceptar la hipótesis principal, puesto que se ha demostrado que la presencia de caries dental genera un impacto negativo sobre la calidad de vida de los niños que fueron motivo de investigación.

5.3.2 Hipótesis Derivadas:

Primera:

Es probable que la edad y sexo de los niños de la Institución Educativa “Progresista” tengan relación estadísticamente significativa con el índice de caries dental (CPOD).

Regla de Decisión:

Si $P \geq 0.05$ No se acepta la hipótesis.

Si $P < 0.05$ Se acepta la hipótesis.

Conclusión:

Tomando en cuenta los resultados obtenidos en la investigación (Tabla N° 10), procedemos a rechazar la primera hipótesis derivada, hemos encontrado que ni la edad ni el sexo de los niños tienen relación con la presencia de caries dental.

Segunda:

Es probable que la edad y sexo de los niños de la Institución Educativa “Progresista” tengan relación estadísticamente significativa con su calidad de vida.

Regla de Decisión:

Si $P \geq 0.05$ No se acepta la hipótesis.

Si $P < 0.05$ Se acepta la hipótesis.

Conclusión:

Tomando en cuenta los resultados obtenidos en nuestra investigación (Tabla N° 11), procedemos a rechazar nuestra segunda hipótesis derivada, pues queda demostrado que ni la edad ni el sexo de los niños motivo de estudio tuvieron relación con los niveles de calidad de vida observado en ellos.

5.4 DISCUSIÓN:

Al realizar una comparación entre los tiempos actuales y los tiempos antiguos se observa un aumento de las enfermedades en la cavidad oral siendo la más común la caries. La caries como tal, es una enfermedad que ha ido aumentando día con día por diferentes motivos, uno de ellos es el estilo de vida de las personas; mucho se ha cuestionado como es que las costumbres influyen en el riesgo de caries y relacionado a un mal estilo de vida como no cepillarse los dientes y comer después del cepillado entre otros, aumenta la probabilidad de sufrir caries.

De igual manera algunas personas investigaron la contraparte de estos estudios que es averiguar que tanto influenciaba la caries en la calidad de vida. La mayoría de estudios se han hecho de manera internacional como es el caso de Ecuador donde el investigador *Rodrigo Fernando Vallejo* llegó a la conclusión que en efecto la calidad de vida se ve afectada por una enfermedad bucal, pero no daba la certeza que pueda ser solo la caries sino patologías orales en general. También en Cuba la investigadora *Shirley Díaz* afirmó que el factor que afecta más la calidad de vida es la caries, aspecto confirmado por otro investigador Brasileño *Lucas Abreu* que confirmó su afirmación. Así también en España *Bernardo Moreno* que fue quien realizó una evaluación de calidad de vida y afirmó que esta era buena si no teníamos patologías.

Las conclusiones de los estudios mencionados coinciden con los resultados de la presente investigación ya que se evidenció que aquellos niños con alto índice de caries se relacionaban con un bajo nivel de calidad de vida. Asimismo, podemos contrastar estos resultados al determinar que el hecho de que existe una patología en general, la calidad de vida se ve afectada.

Como observamos muchos investigadores son los que deciden estudiar este tema tan polémico, pero no todos afirman esta teoría como es el caso de una investigadora chilena llamada *Macarena Paz Rojas* que dijo lo

contrario; que no se percibía un impacto considerable en la calidad de vida relacionada con la salud oral.

Los resultados de la presente investigación refieren que la caries dental tiene relación con la calidad de vida, que a mayor CPOD, menor calidad de vida; esta información se puede comparar con lo referido por *López Roxana, Quispe Magaly y Quintana Carmen* quienes, en su investigación realizada en la ciudad de Lima para determinar la relación de salud oral y calidad de vida, refieren que toda patología bucal influye en la apreciación de calidad de vida.

Se debe considerar que las investigaciones tienen distintos procedimientos y son aplicados en ámbitos diferentes con circunstancias y realidades distintas; esto es lo que motivó a la OMS a acuñar el término de calidad de vida en relación a salud, más aún salud bucal, que definitivamente el bienestar orgánico influye en la apreciación que pueden tener las personas acerca de sí mismos.

CONCLUSIONES

- PRIMERA** : La caries dental tiene impacto en la calidad de vida de los niños de 7 a 12 años; determinando una apreciación de “Calidad de Vida Regular”.
- SEGUNDA** : La prevalencia de caries de acuerdo al índice de CPOD es 2,99 lo que indica que es aceptable según la OMS.
- TERCERA** : Relacionando sexo con CPOD se concluye que las mujeres están en un rango aceptable con 3,44.
- CUARTA** : En relación al CPOD y la edad podemos decir que los niños de 9 a 10 años refieren un CPOD de 3,61 siendo el más alto porcentaje considerado como aceptable según la OMS.
- QUINTA** : En relación al sexo, tanto el masculino como el femenino coinciden con un nivel de calidad de vida “baja”.
- SEXTA** : Entre edad y calidad de vida se concluye que los grupos etarios no tienen buena calidad de vida ya que los niños de 7 a 8 años obtuvieron un porcentaje de 47,8% que es regular y los niños de 9 a 10 y 11 a 12 años obtuvieron un porcentaje de 52,6 % y 66,7% porcentaje respectivamente que indican una baja calidad de vida.

RECOMENDACIONES

- PRIMERA** : Se recomienda a los profesionales de la especialidad considerar que toda patología bucal influye negativamente en la calidad de vida de las personas, por tanto, es importante establecer programas preventivos que ayuden a lograr estados de salud bucal adecuados.
- SEGUNDA** : Se sugiere a los profesionales odontólogos promover y educar con mayor interés a los pacientes para lograr mejorar sus estilos de vida y esto ayudará a que mantengan una salud bucal adecuada.
- TERCERA** : Se recomienda a las instituciones educativas facilitar el trabajo preventivo odontológico para educar a los niños en el cuidado de la salud oral.
- CUARTA** : Se sugiere a los padres de familia tener un cuidado permanente en la salud bucal de sus hijos; que ayudará al bienestar físico y social; considerando que una salud adecuada permitirá que los niños formen una personalidad segura para su desarrollo integral.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Muñoz Inza, R. Estado actual del control y prevención de la caries dentaria. Rev. Estomatol.2014. 20(1), 346-348
2. Martínez, BR. Facultad de Odontología Patología Oral. Fecha de Consulta: Mayo del 2017. <http://patoral.umayor.cl/patoral/?p=1589>.
3. Portal Odontológico. La caries dental: Síntomas y clasificación operatoria Fecha de Consulta: 02 de Noviembre del 2017. <https://www.odontologos.mx/odontologos/noticias/770/la-caries-dental-sintomas-y-clasificacion-operatoria>.
4. Giménez, E. Estudio epidemiológico de la caries dental y patología bucal en España. España Visiob NET. Ediciones; 2016. 197 p.
5. Bti Human Technology. Relación entre la Salud Bucodental y la Salud General Salud Dental Blog. Fecha de Consulta: 02 de Febrero del 2018. <http://bti-biotechnologyinstitute.com/mx/pacientes/salud-dental/relacion-ntre-salud-bucodental-y-salud-general/>.
6. Periódico de Salud. Calidad de Vida – Definición y Concepto General, Salud y Social. Fecha de consulta: Julio del 2017. <https://periodicosalud.com/calidad-vida-definicion-concepto-general-salud-social/>.
7. Velarde Jurado, E; Ávila Figueroa C. Evaluación de la calidad de vida. Rev. Scielo. 2012. 44(4).
8. Botero de Mejía BE y Pico Merchan ME. Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). Rev. Estomatol. 2017 (julio-agosto).
9. Palomba, R. Calidad de Vida: Conceptos y medidas. Taller sobre calidad de vida y redes de apoyo de las personas adultas mayores. Jun. 1012. Hacia promoc. Salud. 2015; 20(2): 27-42. DOI: 10.17151/hpsal.2015.20.2.3

10. Higueta, LF; Cardona, JA. Instrumentos de evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud del adolescente, 2016. Tesis para optar bachiller. Fecha de consulta: Julio del 2016.
11. Torre, F; Corral, JM; Callejo, JA; Gómez Vega, C; La Torre, S E; Vallejo, RM y Arizaga, A. Calidad de vida relacionada con la salud y estrategias de afrontamiento ante el dolor en pacientes atendidos por una unidad de tratamiento del dolor. Rev. Soc. Esp. Dolor. 2008. 15(2).
12. Rodríguez Adams, EM. Calidad de Vida y Percepción de Salud en mujeres de mediana edad. Invest Medicoquir. 2012 (enero-junio); 4(1): 245-259.
13. MINSA. Sistema de gestión de la calidad en salud. Fecha de Consulta: Enero del 2015. http://bvs.minsa.gob.pe/local/dgsp/000_SGCALIDAD-2.pdf
14. MINSA. Estándares de calidad en salud en el Perú. Fecha de Consulta: Enero del 2016. <http://cmp.org.pe/wp-content/uploads/2018/05/EstandaresCalidadSalud 2016. pdf>
15. Galvan Bonilla, MA. ¿Qué es calidad de vida? Información de la Universidad Autónoma del estado de Hidalgo. Fecha de Consulta: Mayo del 2015. <https://www.uaeh.edu.mx/scige/boletin /prepa2/n2/m2.html>.
16. Beyer, C. La nueva interpretación de la caries. España El grano de mostaza ediciones; 2016. 350 p.
17. Diez Cubas, C. Flúor y Caries. Madrid Visiob NET. Ediciones; 1017. 26 p.
18. Cuadrado Vilchis, DB; Gómez Clavel, JF. Cariología: el manejo contemporáneo de la caries dental. Fecha de Consulta: Enero del 2017. Universidad Autónoma de México; 2017 file:///C:/Users/TOSHIBA/Downloads/PAPIMEPE 209312Cariologacaptulos1y2%20(1).pdf.
19. Asmat Fajardo, KC. Secuencia de una restauración con resina compuesta clase I. Universidad Nacional Federico Villareal. Tesis para optar el Título Profesional. Fecha de Consulta: Enero del 2010. <http://www.cop.org.pe/bib/tesis/KARINACECLILIASMATFAJARDO.pdf>.
20. Hescoth, P. El desafío de las enfermedades bucodentales: una llamada a la acción global. Atlas de salud bucodental. Segunda edición; 2015. 121 p.

21. Guimaraes Abreu, L. Impacto de las condiciones bucales en la calidad de vida de niños y adolescentes. *Odontol. Sanmarquina* 2018; 21(1): 5-6.
22. García Martínez, A; Martínez Brito, I; Ojeda Cabrera, A; Rivero Llop, ML. Publicaciones de autores cubanos sobre caries dental, periodo 2012-2015. Un enfoque bibliométrico. *Rev. Med. Electron sep-oct* 2016; 38(5).
23. Abanto Álvarez, J; Bonecker, M; Procida Raggio, D. IMPACTO DE LOS PROBLEMAS BUCALES SOBRE LA CALIDAD DE VIDA DE NIÑOS. *Rev. Estomatol. Herediana*. 2010; 20(1), 38-43.
24. Guimaraes Abreu, L. Impacto de las condiciones bucales en la calidad de vida de niños y adolescentes. *Odontol. Sanmarquina* 2018; 21(1): 5-6.
25. M. Barnetche, M S; Cornejo, L. Experiencia de caries y calidad de vida de jóvenes en situación de encierro. *Rev. Salud Pública*. 2016; 18(5): 816-826.
26. Quintero, CA; Luz Helena, L; García, HI; Sánchez, A. Validación del cuestionario KIDSCREEN-27 de calidad de niños relacionada con la salud en niños y adolescentes de Medellín, Colombia. *Rev. Colomb. Psiquiat.* 2011; 40(3): 470-487.
27. Marro Freitte, ML. Candiales de Castillo YM, Cabello Ibacache R, Urzua Araya I, Rodríguez Martínez G. Aspectos sobre la medición del impacto de la caries dental en la calidad de vida de las personas. *Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil. Oral* 2018; 6(1): 42-46.
28. Moreno Jiménez, B; Ximenez Gómez, C. Evaluación de la calidad de vida. Gualberto Buela Casal, y col (Eds). 2016; 45(7).
29. Gilabert Escorsa, A. La calidad de vida relacionada con la salud de los niños con parálisis cerebral infantil: grado de acuerdo entre hijos y padres Universidad Ramón Llull. Fecha de Consulta: Junio del 2015. https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/353862/Tesi_Anna_Gilabert.pdf

30. Silva Chávez CP. Calidad de vida relacionada con la salud de niños, niñas y adolescentes en centros de protección especial en Nicaragua. Universidad de Chile. Fecha de Consulta: Enero del 2012. <http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/117646>.
31. Díaz Cárdenas, S; González Martínez, F; Ramos Martínez, K; Pérez Puello S; Malo Gómez, L. Impacto de caries dental sobre la calidad de vida en niños pertenecientes a la primera infancia de instituciones educativas de Cartagena.: Universidad de Cartagena. Fecha de Consulta: Mayo del 2015. <http://190.242.62.234:8080/jspui/bitstream/11227/1998/1/IMPACTO%20DE%20CARIES%20DENTAL%20SOBRE%20LA%20CALIDAD%20DE%20VIDA%20EN%20NI%C3%91OS.pdf>.
32. Sánchez Andrade, E. Calidad de vida en niños de 7 a 13 años con asma. Para optar la maestría. Universidad Autónoma de Nuevo León; 2014. Fecha de Consulta: Enero del 2014. <http://eprints.uanl.mx/5424/1/1020149422.PDF>.
33. Cruz Pecina, O. Calidad de vida en niños de 7 a 16 años con cáncer Universidad Autónoma de Nuevo León; 2014. Para optar la maestría. Fecha de Consulta: Enero del 2014. <http://eprints.uanl.mx/5466/1/1020149845.PDF>.
34. Cuadrado Vilchis, DB; Gómez Clavel, JF. Cariología: el manejo contemporáneo de la caries dental. Universidad Autónoma de México; 2017. Fecha de Consulta: Enero del 2017. [.file:///C:/Users/TOSHIBA/Downloads/PAPIMEPE209312Cariologacaptulos1y2%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/TOSHIBA/Downloads/PAPIMEPE209312Cariologacaptulos1y2%20(1).pdf).
35. Paz Rojas Riveros, M. Relación entre calidad de vida relacionada a la salud bucal, prevalencia y severidad de caries en niños preescolares. Universidad de Chile; 2018. Fecha de Consulta: Enero del 2017. <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/147596/Relaci%C3%B3n-entre-calidad-de-vida-relacionada-a-la-salud-bucal%2C.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

36. Teyssier Larios M. Estudio de la calidad de vida de las personas mayores en la ciudad de Puebla México. Universidad de Santiago de Compostela; 2015. Fecha de Consulta: Marzo del 2015. file:///C:/Users/TOSHIBA/Downloads/rep_1036%20(1).pdf.
37. Calderón Granja, LS; Zapata Jacome, IA. Identificación de los indicadores de calidad de vida aplicables a la clase media de la ciudad de Quito. Universidad Politécnica Salesiana Sede Quito; 2013. Fecha de Consulta: Octubre de 2013. <https://dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/5352/1/UPS-ST001032.pdf>.
38. López Ramos, RP; García Rupaya, CR. Calidad de vida y problemas bucales en preescolares de la provincia de Huaura, Lima. Rev. Estomatol. Herediana. 2013 Jul-Set; 23(3), 139-49.
39. Torres Ramos, G; Blanco Victorio, DJ; Chávez Sevillano, MG; Apaza Ramos, S; Artesana Vargas, V. Impacto de la caries de la infancia temprana en la calidad de vida relacionada a la salud bucal en niños peruanos menores de 71 meses de edad. Odontol. Sanmarquina 2015; 18(2): 87-94.
40. Cupe Araujo, AC; García Rupaya, CR. Conocimiento de los padres sobre la salud bucal de niños preescolares: desarrollo y validación de un instrumento. Rev Estomatol Herediana 2015 Abr-Jun; 25(2): 112-121.
41. More Neyra, K; Rivas Zavaleta, C; Chumpitaz Durand, R. Calidad de vida en relación a experiencia de caries en pacientes de la Clínica Odontológica de la Universidad de San Martín de Porres de Chiclayo. KIRU 2015; 12(2): 37-42.
42. Vallejo Aguirre, RF. "Calidad de vida en relación a la salud bucal y rendimiento académico en escolares de 11 a 12 años de edad del Canton Azogues Ecuador 2015". Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2015. Fecha de Consulta: Junio del 2015. <http://repositorio.upch.edu.pe/handle/upch/550>.

43. De la Cruz Ccanto, K; Gonzales Boza, MC. Calidad de vida de niños y niñas que trabajan en la localidad de Huancavelica-2017. Universidad nacional de Huancavelica; 2017. Fecha de Consulta: 20 de Junio del 2017. [http://repositorio.unh.edu.pe/bitstream/handle/UNH/1108/TP%20-%20UNH.%20ENF.%200088.pdf?sequence=.](http://repositorio.unh.edu.pe/bitstream/handle/UNH/1108/TP%20-%20UNH.%20ENF.%200088.pdf?sequence=)
44. Asmat Fajardo, KC. Secuencia de una restauración con resina compuesta clase I. Universidad Nacional Federico Villareal. Para optar el título profesional. Fecha de Consulta: Diciembre del 2017. <http://www.cop.org.pe/bib/tesis/KARINA CECLILIASMATFAJARDO.pdf>.
45. Sánchez Chicata, EL; Velasco Samanez, ST. Nivel de autoestima y calidad de vida en personas con insuficiencia renal crónica, unidad de hemodiálisis. Hospital Honorio Delgado. Arequipa 2017. Universidad Nacional de San Agustín 2018. Fecha de Consulta: Mayo del 2017. <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNAS/5157/ENSachel.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
46. Becerra Velarde, P. Relación de la salud y la calidad de vida en pacientes adultos mayores atendida en el hospital regional Julio Pinto Manrique de la PNP. Arequipa, 2012. Universidad Católica de Santa María 2012. Fecha de Consulta: Noviembre del 2012. <https://core.ac.uk/download/pdf/54220348.pdf>.
47. Prueba chi cuadrado. Fecha de Consulta: Enero del 2010 http://www.ub.edu/aplica_infor/spss/cap5-2.htm
48. Jean Urbina, DM; Linarez Valdez, J. Fecha de Consulta: Octubre del 2013. <https://es.slideshare.net/jonatan0106/prueba-de-hipotesis-49577406>.

ANEXOS

ANEXO Nº 1: MATRIZ DE DATOS

Nº	Edad	Sexo	Caries	Perdidos	Obturados	CPOD	Calidad de vida
1	7	1	0	0	0	0	43
2	7	1	0	0	0	0	18
3	7	1	1	0	0	1	57
4	7	1	1	0	0	1	63
5	7	1	3	0	0	3	40
6	7	1	0	0	0	0	25
7	8	2	2	0	0	2	37
8	8	1	2	0	0	2	54
9	8	1	1	0	0	1	36
10	8	2	2	0	0	2	51
11	8	2	1	1	0	2	24
12	8	1	3	0	0	3	31
13	8	1	0	0	0	0	34
14	8	1	2	0	2	4	21
15	8	2	3	0	2	5	27
16	8	1	7	0	0	7	36
17	8	1	0	1	0	1	18
18	8	2	8	0	0	8	47
19	8	2	2	4	0	6	51
20	8	2	0	0	1	1	20
21	8	2	0	0	0	0	58
22	8	2	2	0	0	2	47
23	8	1	3	0	5	8	47
24	9	2	4	0	0	4	32
25	9	1	2	0	0	2	28
26	9	2	1	0	4	5	33
27	9	2	6	2	0	8	40
28	9	1	1	0	0	1	26
29	9	1	2	0	2	4	34
30	9	1	0	2	0	2	33

31	9	1	0	0	1	1	33
32	9	1	0	0	3	3	19
33	9	1	3	0	0	3	40
34	9	1	0	0	0	0	31
35	9	1	1	1	0	2	24
36	9	1	0	2	0	2	18
37	9	1	3	1	3	7	32
38	9	1	2	0	0	2	30
39	9	2	0	0	0	0	24
40	9	2	6	0	0	6	43
41	9	2	0	1	3	4	30
42	9	2	0	6	0	6	54
43	9	1	5	3	1	9	33
44	9	2	4	0	0	4	37
45	9	2	5	0	2	7	26
46	9	2	1	0	3	4	50
47	10	1	0	0	0	0	31
48	10	1	1	0	0	1	31
49	10	1	2	1	0	3	56
50	10	1	1	1	1	3	47
51	10	1	5	0	0	5	23
52	10	2	1	0	1	2	54
53	10	2	0	0	0	0	18
54	10	1	6	0	2	8	37
55	10	1	2	3	0	5	42
56	10	1	0	0	0	0	32
57	10	1	2	0	1	3	27
58	10	1	4	0	0	4	41
59	10	1	0	1	0	1	32
60	10	1	3	0	0	3	43
61	10	1	1	0	0	1	26
62	11	2	0	0	0	0	31
63	11	2	0	0	0	0	32

64	11	1	4	0	0	4	28
65	11	1	1	0	0	1	37
66	11	1	1	0	1	2	28
67	11	2	0	0	0	0	25
68	11	1	0	0	0	0	50
69	11	1	0	0	0	0	57
70	11	1	0	0	0	0	28
71	11	1	0	1	0	1	39
72	12	2	3	0	0	3	26
73	12	1	3	0	0	3	44
74	12	2	0	0	0	0	18
75	12	2	1	0	0	1	18
76	12	1	2	0	0	2	22

Fuente: El Autor.

ANEXO Nº 2: FICHA CLÍNICA CON ODONTOGRAMA



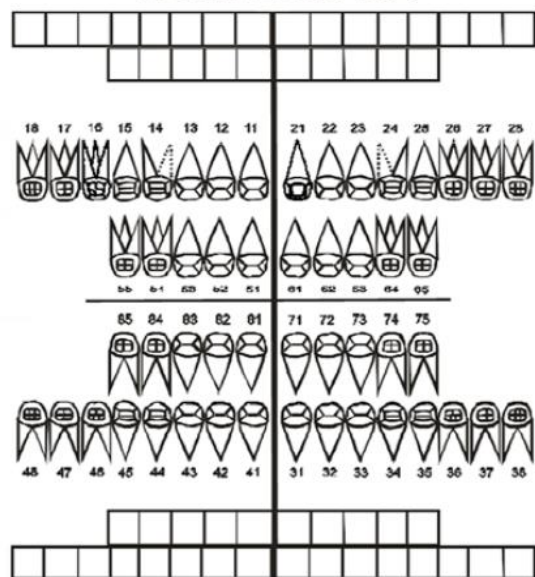
Codigo: _____ Fecha: _____

Sexo: _____ Edad: _____

- DIENTE INTACTO
- DIENTE AUSENTE
- REMANENTE RADICULAR
- EXTRUSIÓN
- INTRUSIÓN
- GROVERSIÓN
- MIGRACIÓN
- MICRODONCIA
- MACRODONCIA
- ECTÓPICO
- TRANSPOSICIÓN
- CLAVIA
- FRACTURA
- DIENTE DISCRÓMICO
- GEMINACIÓN
- CARIES
- OBTURACIÓN TEMPORAL
- AMALGAMA

- INCRUSTACIÓN
- ENDODONCIA
- DESGASTADO
- DIASTEMA
- MOVILIDAD
- CORONA TEMPORAL
- CORONA COMPLETA
- CORONA VENEER
- CORONA FENESTRADA
- CORONA TRES CUARTOS
- CORONA PORCELANA
- PRÓTESIS Fija
- PRÓTESIS REMOVIBLE
- EDÉNTULO TOTAL
- APARAT. ORTO. FIBO
- APARAT. ORTO. REMOV.
- IMPLANTE
- SUPERNUMERADO

ODONTOGRAMA



ANEXO Nº 3: HOJA DE DATOS

DATOS RECOLECTADOS

1. CODIGO:

EDAD: SEXO:

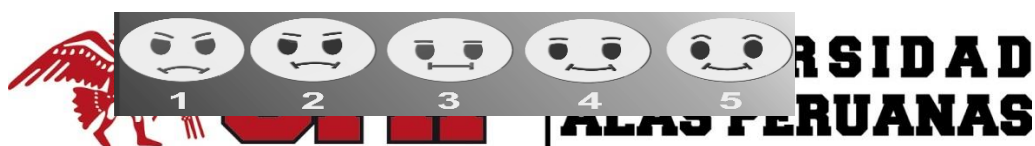
+ + =
caries perdidas obturadas Total

SUMATORIA DE CALIDAD DE VIDA:

.....

BAREMO:

ANEXO N° 4: CUESTIONARIO



Cuestionario para Evaluar la Calidad de Vida

El siguiente cuestionario ayudará a determinar cómo es tu calidad de vida por lo que requerimos responda con mucha sinceridad.

Cada pregunta tiene círculos que van del 1 al 5, usted debe pintar con un color o lapicero según considere sea la respuesta correcta. Es importante solo colorear un círculo por pregunta.

Bienestar Físico

1. En general. ¿Cómo crees que es tu salud bucal?



Los Estados de Ánimo y Emociones

2. ¿Todo lo que haces te sale bien?



3. ¿Te has sentido triste?



4. ¿Te has sentido tan mal que no quieres hacer nada?

5. ¿Has sentido que todo en tu vida va mal?



6. ¿Te has sentido cansado a veces?



7. ¿Te has sentido solo?



8. ¿Estas estresado?



Autopercepción

9. ¿Has estado preocupado por la forma en la que te ven?



10. ¿Te has sentido celoso de la forma en que otros niños y niñas sonríen?



11. ¿Te gustaría cambiar algo de tu cuerpo?



La Aceptación Social (Bulling)

12. ¿Has tenido miedo de otros niños y niñas?



13. ¿Otros niños y niñas se han burlado de ti por tus dientes?



14. ¿Hay otros niños y niñas que te molestan por tus dientes cariados?



ANEXO Nº 5: SECUENCIA FOTOGRÁFICA



Foto 1: Charla Educativa



Foto 2: Revisión General



Foto 3: Elaboración de cuestionarios