



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA**

**“IMPACTO DE LA CALIDAD DE VIDA UTILIZANDO EL INSTRUMENTO
CPQ 8-10 (CORTO Y DIDÁCTICO) EN NIÑOS ATENDIDOS EN LA CLÍNICA
ESTOMATOLÓGICA PEDIÁTRICA DE LA UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS
EN EL PERIODO 2015”**

TESIS

TESIS PARA OPTAR AL TÍTULO DE CIRUJANO DENTISTA

PRESENTADO POR LA BACHILLER

MENESES PILLACA GREACE KELLYN

LIMA- PERÚ

2015

**“IMPACTO DE LA CALIDAD DE VIDA UTILIZANDO EL INSTRUMENTO
CPQ 8-10 (CORTO Y DIDÁCTICO) EN NIÑOS ATENDIDOS EN LA CLÍNICA
ESTOMATOLÓGICA PEDIÀTRICA DE LA UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS
EN EL PERIODO 2015”**

Autor: MENESES PILLACA GREACE KELLYN

Asesor: CD. ESP. ANA CUPÉ ARAUJO

TABLA DE CONTENIDO

TABLA DE CONTENIDO	I
DEDICATORIA.....	III
AGRADECIMIENTOS.....	IV
RESUMEN.....	V
ABSTRACT	VI
LISTA DE TABLAS.....	VII
LISTA DE GRÁFICOS.....	VIII
LISTA DE ABREVIATURAS.....	VIII
LISTA DE ANEXOS	IX
1 INTRODUCCIÓN.....	1
1.1 PROBLEMA.....	3
1.1.1 Problema principal.....	4
1.1.2 Problema secundario.....	4
1.2 OBJETIVO	5
1.2.1 Objetivo general:	5
1.2.2 Objetivos específicos:.....	5
1.3 JUSTIFICACIÓN	6
2 MARCO TEÓRICO	7
2.1 MARCO REFERENCIAL.....	7
2.2 BASE TEÓRICA.....	17
2.2.1 Concepto de percepción.....	17
2.2.2 Concepto de psicometría	17
2.2.3 Concepto de salud bucal	18
2.2.4 Historia natural de las principales afecciones bucodentales.....	18
2.2.5 Calidad de vida relacionada con la salud bucal	20
2.2.6 Child Perceptions Questionnaire	21
3 MARCO METODOLÒGICO	22
3.1 DISEÑO METODOLÒGICO.....	22
3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA.....	22
3.2.1 Población de referencia	22
3.2.2 Muestra	23
3.2.3 CRITERIOS DE SELECCIÓN DE MUESTRA.....	23
3.3 VARIABLES	24
3.3.1 Variable Principal.....	24

3.3.2	Covariable.....	24
3.3.3	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	25
3.4	TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	26
3.4.1	VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO.....	26
3.4.2	SELECCIÓN DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO	26
3.4.3	ENTREGA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO	27
3.4.4	INFORMACIÓN SOBRE LAS ENCUESTAS A LOS NIÑOS.....	27
3.4.5	DESARROLLO DEL CUESTIONARIO CPQ8-10 CORTO Y DIDÁCTICO A LOS NIÑOS ATENDIDOS EN LA CLINICA PEDIATRICA DE LA UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS.....	27
3.5	PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS	27
3.6	DESCRIPCIÓN DE LOS INSTRUMENTOS	28
3.7	IMPLICACIONES ÉTICAS.....	29
4	RESULTADOS	30
4.1	TABLA 1	30
4.2	TABLA 2	32
4.3	TABLA 3	33
4.4	TABLA 4	34
4.5	TABLA 5	34
4.6	TABLA 6	36
4.7	TABLA 7	37
4.8	TABLA 8	38
4.9	TABLA 9	39
5	DISCUSIÓN.....	40
6	CONCLUSIONES.....	42
7	RECOMENDACIONES	43
8	REFERENCIAS BIBILOGRÁFICAS	44
	CRONOGRAMA.....	47
	PRESUPUESTO.....	47
9	ANEXOS.....	48
	ANEXO I.....	49
	ANEXO II	50
	ANEXO III.....	53
	ANEXO IV	55
	ANEXO V	56
	ANEXO VI.....	64
10	GLOSARIO	67

DEDICATORIA

Dedico esta tesis en primer lugar y con mucho amor para Renzo O. Congacha Gozme, mi compañero, amigo, amor y novio; quien siempre me dio empuje y fuerzas para continuar y culminar con este trabajo, que no fue fácil pero siempre estuvo a mi lado para motivarme y cambiar el panorama, confiando y creyendo en mi capacidad, muchas gracias por tu apoyo amor.

A mis padres Antonio Meneses y Maura Pillaca, quienes me dieron todo de ellos con tanto amor y dedicación, y de quienes agradezco a Dios por haberme dado a unos padres hermosos.

A mis hermanos Javier, Marlene, Richard y Vanessa; por su apoyo, ayuda, consejos y risas; demostrándome siempre la unión que existe en nosotros.

A mis sobrinos Jhonatan, Christian, Mattia y Fabrizio, dando siempre alegría en mí con sus travesuras y ocurrencias.

¡Gracias a todos ustedes. Los Amo!..

Greace Kellyn Meneses Pillaca.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco especialmente a mi asesora la Dra. Ana Cupé Araujo por haberme brindado sus enseñanzas en el camino de este trabajo, por su paciencia, confianza y amabilidad, también agradezco por su tiempo y disposición de escucharme y aconsejándome, ayudándome a formarme como profesional.

Agradezco a la Dra. Luz Echeverry y a la Dra. Jaqueline Céspedes, brindándome su ayuda a corregir y dedicando tiempo para el desarrollo de este trabajo.

Agradezco a las Doctoras quienes conformaron el grupo de especialistas, quienes ayudaron con sus conocimientos, correcciones y aportes para el trabajo de investigación.

Agradezco a los Docentes y niños del colegio Cesar Vallejo 7069 quienes amablemente me abrieron las puertas de la institución educativa para acceder desinteresadamente a sus áreas.

Agradezco a todos los niños y padres que participaron de este trabajo de investigación.

¡MUCHAS GRACIAS A TODOS!

RESUMEN

El CPQ8-10 es de especial interés, por su practicidad y pertinencia en la medición de calidad de vida y necesidades de salud bucal en niños 8 a 10 años. No obstante, se considera que la escala es extensa (29 ítems) para población infantil cuya naturaleza es inquieta y con posibilidad de pérdida rápida de interés por responder con precisión cuestionarios largos. Así, el presente estudio propuso validar un CPQ8-10 en versión abreviada (20 ítems). Además, a diferencia del original, incluyó ilustraciones alusivas en cada ítem para favorecer la interpretación de su contenido. El estudio fue transversal, descriptivo, prospectivo y analítico. La muestra fue compuesta por 128 niños entre 8 y 10 años de edad, de ambos sexos que fueron atendidos en la Clínica Estomatológica Pediátrica de la Universidad Alas peruanas en Lima – Perú en el 2015. Se determinó la (validez de contenido) por juicio de expertos utilizando el método de V de Aiken=0.85, se eligieron 20 ítems y se diseñó el CPQ8-10-corto y didáctico, presentó un valor de Coeficiente de correlación Intraclase =0.88 (Reproducibilidad), el coeficiente de correlación de Spearman y U de Mann-Whitney (validez concurrente= $p < 0,05$), la validez de constructo presentó que los cuatro factores son válidas siendo la de mayor la dimensión de Síntomas Orales y la de menor validez la de Bienestar Social, la evaluación de propiedades psicométricas demostró que es Confiable (Alpha de Cronbach = $13.38 \pm 8,81$), El impacto de las variables demográficas género y edad sobre la calidad de vida relacionada a la salud oral según la Regresión de Poisson, dieron como resultado que cuando el niño de 8 años cumpla 9 el factor Bienestar Social variara en 0.64 ($p=0,000$) cuando cumpla 10 en 0,59 ($p=0.013$) siendo para los demás factores no tiene impacto significativo ($p \geq 0,005$), Por otra parte el género se demostró que este no tiene impacto estadísticamente significativo sobre el puntaje total del CPQ8-10 ($p=0,267$) lo que se repite en todos los dominios. El CPQ8-10 corto e ilustrado, posee confiabilidad y validez aceptable; y constituye una herramienta tecnológica para evaluar necesidades de salud bucal, a través del impacto de las mismas en calidad de vida, en el ámbito escolar.

Palabras Clave: Calidad de vida, CPQ8-10, instrumento corto.

ABSTRACT

The CPQ 8-10 is of special interest for its practicality and relevance in measuring quality of life and oral health needs in children 8-10 years. However, it is considered that the scale is extensive (29 items) for child population whose nature is concerned with the possibility of rapid loss of interest by responding with precision long questionnaires. Thus, the present study proposed validate an abbreviated version CPQ8-10 (20 items). In addition, unlike the original, it included in each item allusive illustrations to favor the interpretation of its content. The study was cross-sectional, descriptive, prospective and analytical. The sample was composed of 128 children between 8 and 10 years old, of both sexes were treated at the Stomatology Pediatric Clinic of the University Peruvian Wings in Lima - Peru in 2015 (content validity) was determined by trial Experts using the Aiken method $V = 0.85$, 20 items were selected and CPQ8-10-designed short and didactic, I present a value of intraclass correlation coefficient = 0.88 (reproducibility), the Spearman correlation coefficient and U Mann-Whitney (concurrent validity = $p < 0.05$), construct validity introduce the four factors are valid to be the largest dimension of oral symptoms and lower validity of Social Welfare, the assessment demonstrated psychometric properties that is reliable (Cronbach Alpha = 13.38 ± 8.81), the impact of gender and age demographic on the quality of life related to oral health as Poisson regression, variables that resulted when a child 8 years 9 The factor meets Welfare varied in 0.64 ($p = 0.000$) when he turns 10 in 0.59 ($p = 0.013$) for all other factors being no significant impact ($p \geq 0,005$) Moreover gender showed that this It has no statistically significant effect on the total score CPQ8-10 ($p = 0.267$), which is repeated in all impact domains. The short and illustrated CPQ8-10 has acceptable reliability and validity; and it is a technological tool to assess oral health needs, through their impact on quality of life in schools.

Keywords: Quality of life, CPQ8-10, short instrument.

LISTA DE TABLAS

Nº	NOMBRE DE LA TABLA	PAG.
1	Datos demográfico de la población infantil a la que se le aplicó el cuestionario CPQ8-10- CORTO Y DIDÁCTICO.	30
2	VALIDEZ DE CONTENIDO DEL CPQ 8-10 corto y didáctico, utilizando el análisis estadístico (V de Aiken).	32
3	REPRODUCIBILIDAD DEL CPQ 8-10 corto y didáctico (Prueba Piloto) en 30 escolares de 8-10 años de edad del Centro Educativo Cesar Vallejo 7069, utilizando el método Coeficiente de Correlación Intraclase (CCI).	33
4	VALIDEZ CONCURRENTES DEL CPQ 8-10 CORTO Y DIDÁCTICO, en niños atendidos en la Clínica Estomatológica Pediátrica de la UAP, utilizando el Coeficiente de Correlación de Spearman	34
5	VALIDEZ CONCURRENTES DEL CPQ 8-10 CORTO Y DIDÁCTICO, en niños atendidos en la Clínica Estomatológica Pediátrica de la UAP, utilizando el método U de Mann Whitney.	34
6	VALIDEZ DE CONSTRUCTO DEL CPQ₈₋₁₀ CORTO Y DIDÁCTICA , en niños atendidos en la Clínica Estomatológica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas de acuerdo al ANÁLISIS FACTORIAL por factores	36
7	Distribución de frecuencia de la necesidad de salud bucal percibida, según ítems del CPQ8-10- CORTO Y DIDÁCTICO, en niños de 8 a 10 años	37
8	CONFIABILIDAD DEL CPQ8-10 CORTO Y DIDÁCTICA, en niños atendidos en la Clínica Estomatológica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas de acuerdo al ALFA DE CRONBACH.	38
9	Análisis univariado del impacto de variables demográficas sobre el puntaje global y por factores del CPQ8-10 CORTO Y DIDÁCTICO, de acuerdo a la REGRESIÓN DE POISSON.	39

LISTA DE GRÁFICOS

Nº	NOMBRE DEL GRÁFICO	PAG.
1	Datos demográfico de la población infantil a la que se le aplicó el cuestionario CPQ8-10- CORTO Y DIDÁCTICO, según su Género.	31
2	Datos demográfico de la población infantil a la que se le aplicó el cuestionario CPQ8-10- CORTO Y DIDÁCTICO, según su Edad.	31

LISTA DE ABREVIATURAS

1. CPOD.- Cariados, Perdidos y Obturados.
2. CVRSB.- Calidad de Vida Relacionada a Salud Bucal.
3. ECOHIS.- Escala de impacto de salud bucal en la infancia temprana
4. OHRQoL. - Oral Health-Related Quality of Life.
5. UOR.- Úlceras Orales Recurrentes.
6. CIOMS.- Council for International Organizations of Medical Sciences.
7. CPQ.- Cuestionario de percepción de salud bucal en niños
8. SO.- Sintomatología oral
9. LF.- Limitación funcional
10. BE.- Bienestar emocional
11. BS.- Bienestar social
12. CCI.- Coeficiente Correlación Intraclase
13. IC.- Intervalos de confianza

LISTA DE ANEXOS

Nº	ANEXOS	PAG.
1	SOLICITUD A LA DRA. MIRIAM VÁSQUEZ SEGURA PARA EL PERMISO CORRESPONDIENTE PARA REALIZAR EL ESTUDIO DE LA INVESTIGACIÓN.	49
2	FICHA PARA EL JUICIO DE EXPERTOS	50
3	CONSENTIMIENTO INFORMADO	53
4	ASENTAMIENTO INFORMADO	55
5	CPQ 8-10 CORTO Y DIDÁCTICO	56
6	FOTOGRAFÍAS	64

1 INTRODUCCIÓN

Existe un creciente interés en reconocer la salud bucal como un componente de la calidad de vida, por lo cual actualmente los esfuerzos en la investigación del sector odontológico no sólo se enfocan en rehabilitar padecimientos bucodentales, sino en explorar la relación existente entre el estado de salud bucal y la calidad de vida, para poder evaluarla, mejorarla y mantenerla. Las enfermedades bucales son las más comunes entre las enfermedades crónicas, y son un importante problema de salud pública debido a su prevalencia y al impacto que tienen sobre las personas y sobre la sociedad¹.

En el Perú, estudios reportan una alta frecuencia de caries de infancia temprana oscilando entre el 11% al 96%, sin embargo en relación a las maloclusiones y traumatismos aún no existen estudios suficientes al respecto. Estos problemas pueden ocasionar repercusiones tales como dolor, dificultad para masticar, disminución del apetito, pérdida de peso, dificultad para dormir, alteración en el comportamiento, pérdida de días de clases en el colegio; por consiguiente la calidad de vida es afectada, además el niño no solamente se ve comprometido sino también los padres y el entorno familiar².

Según el Estudio Epidemiológico a nivel nacional realizado los años 2001-2002 la prevalencia de caries dental es de 90.4%; además en lo que se refiere a caries dental el índice de dientes cariados, perdidos y obturados (CPOD), a los 12 años es de aproximadamente 6, ubicándose según la Organización Panamericana de la Salud – OPS en un País en estado de emergencia; según un estudio del año 1990, la prevalencia de enfermedad periodontal fue de 85% y en estudios referenciales se estima que la prevalencia actual de maloclusiones es del 80%³.

La literatura relata la existencia de algunos instrumentos disponibles capaces de medir el impacto funcional y psicosocial de las enfermedades bucales sobre la Calidad de Vida de las personas. Sin embargo, la mayoría fue desarrollada

para adultos y ancianos, habiendo así una carencia de instrumentos específicos para niños. Éstos últimos constituyen el mayor foco de la Salud Pública Odontológica, reflejando la necesidad urgente de la aplicación del concepto de CVRSB en esta fase de la vida⁴.

Es por esto que se ha desarrollado un cuestionario que es dirigido a una población infantil en un rango de 8 a 10 años que cuenta con una versión larga (29 ítems) y una versión corta (16 ítems), además ambas cuentan con 2 preguntas claves, una relacionada con percepción de salud bucal y otra con el impacto de la misma en actividades diarias; tanto en la versión larga como en la corta, los ítems se encuentran organizados en cuatro dominios: Síntomas orales (SO), limitaciones funcionales (LF), bienestar emocional (BE) y Bienestar Social (BS)⁵.

El propósito de esta investigación es darle validez y determinar el impacto de la calidad de vida utilizando el instrumento CPQ 8-10 (corto y didáctico) en niños atendidos en la Clínica Estomatológica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas en el periodo 2015; utilizando dicho instrumento de la versión corta, dado que los niños encuestados son de edades donde pueden perder fácilmente la atención y el interés por querer responder a las preguntas.

1.1 PROBLEMA

La odontología se ha enfocado principalmente en el manejo clínico de diferentes patologías orales. Aunque existen varios indicadores de medición clínicos para cada una de las condiciones orales, estos arrojan datos únicamente de mediciones tradicionales de morbilidad y dejan de lado el impacto que pueden tener dichas condiciones en el desarrollo psicosocial o cotidiano del individuo y en su calidad de vida²³.

Al relacionar salud oral infantil con calidad de vida se consideran algunos factores funcionales reflejados en la fonación y pronunciación clara de las palabras; si hay presencia de dolor o malestar al masticar, causados por los problemas orales se pueden generar problemas nutricionales y psicológicos manifestados en dificultad para alimentarse, inconformidad por su apariencia, baja autoestima y además factores sociales que se observa en el nivel de interacción con otros niños y durante el tiempo de recreación en el colegio²⁴

En consecuencia para lograr medir la Calidad de Vida Relacionada a Salud Oral es lograr recabar información subjetiva confiable, estable en el corto plazo y factible de comparación con la de otros sujetos. Esto exige construir instrumentos validados, con determinadas propiedades psicométricas. La mayoría son cuestionarios que exploran diferentes dimensiones (física, emocional, social, etc.). Los instrumentos pediátricos deben contemplar los intereses de los niños y adaptarse a su desarrollo neurocognitivo. A partir de los 7-8 años el niño debe ser el informante principal³¹.

1.1.1 Problema principal

¿Cuál será el impacto de la calidad de vida utilizando el instrumento CPQ 8-10 (corto y didáctico) en niños atendidos en la Clínica Estomatológica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas en el periodo 2015?

1.1.2 Problema secundario

- ¿Cuál es la validez de contenido del CPQ 8-10 (corto y didáctico)?.
- ¿Cuál es la reproducibilidad del CPQ 8-10 (corto y didáctico)?.
- ¿Cuál es la validez concurrente del CPQ 8-10 (corto y didáctico)?.
- ¿Cuál es la validez de constructo del CPQ 8-10 (corto y didáctico)?.
- ¿Cuál es la confiabilidad del CPQ 8-10 (corto y didáctico)?.
- ¿Cuál es el puntaje de los diferentes factores del CPQ 8-10 (corto y didáctico), según género y edad en niños atendidos en la Clínica Estomatológica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas?.

HIPOTESIS

- Existe Impacto de la calidad de vida utilizando el instrumento CPQ 8-10 (corto y didáctico) en niños atendidos en la Clínica Estomatológica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas en el periodo 2015.

1.2 OBJETIVO

1.2.1 Objetivo general:

- Determinar el impacto de la calidad de vida utilizando el instrumento CPQ 8-10 (corto y didáctico) en niños atendidos en la Clínica Estomatológica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas en el periodo 2015.

1.2.2 Objetivos específicos:

1. Examinar la validez de contenido del CPQ 8-10 (corto y didáctico).
2. Estimar la reproducibilidad del CPQ 8-10 (corto y didáctico).
3. Determinar la validez concurrente del CPQ 8-10 (corto y didáctico).
4. Determinar la validez de constructo del CPQ 8-10 (corto y didáctico).
5. Estimar la confiabilidad del CPQ 8-10 (corto y didáctico).
6. Determinar el puntaje de los diferentes factores del CPQ 8-10 (corto y didáctico), según género y edad en niños atendidos en la Clínica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas.

1.3 JUSTIFICACIÓN

El presente proyecto de Investigación presenta una importancia clínica ya que busca dar a conocer el impacto de la calidad de vida en los niños que han sido atendidos en la Universidad Alas Peruanas en el periodo 2015, así brindar a la profesión estomatológica un conocimiento amplio acerca de la percepción que tienen los niños con respecto a su salud bucal en la calidad de vida.

Este estudio busca también brindar una mejora en cuanto al cuestionario que consta de 29 preguntas, donde se puede percibir que dada la edad estudiada son niños donde fácilmente pierden el interés por el cuestionario y así pierde confiabilidad por las respuestas dadas, esta investigación tiene una importancia metodológica ya que busca utilizar el cuestionario CPQ 8-10 en una versión más corta que consta de 18 preguntas, agregándole dibujos para que así sea más didáctica y más corto en responder el cuestionario.

Actualmente existen pocos instrumentos para la medición de la calidad de vida en los niños, es por esto que la principal idea de esta investigación es seguir dando impulso para que se continúe investigando y se siga avanzando en cuanto al tema de la salud

2 MARCO TEÓRICO

2.1 MARCO REFERENCIAL

Gonzales (2013) Tuvo como objetivo desarrollar un cuestionario cuyo estudio propuso validar un CPQ8-10 en versión abreviada (16 ítems). Además, a diferencia del original, incluyó ilustraciones alusivas en cada ítem para favorecer la interpretación de su contenido. Fue un estudio transversal realizado en el 2013, en escuelas públicas Monterrey, México (n=312). Se eligieron 16 ítems y se diseñó el CPQ8-10-corto e ilustrado; rango posible, 0-64 puntos. Por otra parte, cada escolar fue evaluado clínicamente para diagnóstico de caries y/o maloclusión. Se determinó el alfa de Cronbach (confiabilidad); el coeficiente de correlación de Spearman, (validez concurrente); y se compararon medianas entre sanos y enfermos (validez discriminante). El puntaje promedio fue 13.6 ± 9 (mediana 12). La consistencia interna fue 0.79. La correlación entre CPQ8-10- corto e ilustrado y percepción de salud bucal fue 0.36 ($p < 0.001$); y con interferencia de actividades diarias, 0.37 ($p < 0.001$). El puntaje promedio en escolares enfermos fue 13.4 ± 8.5 (mediana 13) y en aquellos sanos, 14.1 ± 10.2 (mediana 11) ($p = 0.96$). Dos preguntas diferenciaron necesidad de salud bucal, los niños que a veces/casi siempre/siempre sintieron dolor molar en el último mes, tuvieron 1.8 veces más posibilidades de tener caries (IC95% 1.1, 2.9); y aquéllos que a veces/casi siempre/ siempre sintieron vergüenza por sus dientes, 1.9 veces más posibilidades de tener maloclusión leve o grave (IC95% 1.2, 3.1). Así se concluyó que El CPQ8-10-corto e ilustrado, posee confiabilidad y validez aceptable⁵.

Wogelius y col. (2009) Tuvieron como objetivo desarrollar una versión danesa del CPQ8-10 y CPQ11-14 y evaluar su validez para su uso en niños de habla danesa. Los instrumentos fueron traducidos del inglés al danés, se pusieron a prueba en niños de 8-10 (n = 120) y 11-14 años (n = 225). La validez fue expresada por la correlación entre las puntuaciones CPQ generales y la

evaluación de la percepción subjetiva de la influencia de las condiciones orales en la vida cotidiana (no en todos, muy poco, algo, mucho, mucho) e informó auto -la Evaluación de la salud oral. Por otra parte, los grupos de niños con supuesta disminución oral de calidad relacionada con la salud de la vida se compararon con los niños con afecciones bucales saludables. Por último, se analizó la consistencia interna. La correlación entre las puntuaciones CPQ generales y evaluaciones globales de la influencia de las condiciones orales sobre la vida cotidiana mostró coeficientes de correlación de Spearman de 0,45, $P < 0,001$ para CPQ8-10 y 0,50, $P < 0,001$ para CPQ11-14. La correlación entre las puntuaciones CPQ generales y la calificación de la percepción subjetiva de la salud oral mostró coeficientes de correlación de Spearman de 0,45, $P < 0,001$ para CPQ8-10 y 0,17, $P = 0,010$ para CPQ11-14. Los puntajes CPQ8-10 global media eran 7 para personas con afecciones bucales saludables, 5 para las personas con labio leporino y paladar hendido, y 15 para los individuos con enfermedades orales raras. Las puntuaciones globales CPQ11-14 medianas eran 9 para las personas con condiciones de salud oral, 9 para las personas con labio leporino y paladar hendido, 17,0 para las personas con enfermedades raras, orales y 22,0 para las personas con aparatos ortodóncicos fijos. Hubo diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de niños con afecciones bucales saludables y cada uno de los subgrupos, con excepción de niños con labio leporino y paladar, el Alpha de Cronbach fueron 0,82 para CPQ8-10 y 0,87 para CPQ11-14. Concluyendo así que este estudio revela que el CPQ8-10 danés y CPQ11-14, parecen ser instrumentos válidos para la medición oral de calidad relacionada con la salud de la vida en los niños, aunque su capacidad de discriminar entre niños con labio leporino y paladar hendido y niños sanos parecen ser limitada⁶.

Ipanaque (2013) Tuvo como objetivo realizar la adaptación transcultural del instrumento Child Perceptions Questionnaire 8-10 (CPQ 8-10) y probar su validez y confiabilidad, para su uso en Perú. La muestra fue compuesta por 247 niños de 8 a 10 años de ambos sexos del I.E.P Cristo de Salamanca y al I.E Jhon F. Kennedy del distrito de Ate Vitarte. Las entrevistas y los exámenes clínicos fueron realizados por un único examinador previamente calibrado. Se uso el coeficiente de correlacion Intraclase (CCI). La validez discriminante fue

comprobada utilizando Kruskal-Wallis. La evaluación de propiedades psicométricas mostro que el instrumento es confiable (alfa de Cronbach=0.898) y presento una alta estabilidad en el tiempo con (coeficiente de correlacion Intraclase=0.983). la evaluación de constructo fue comprobada por la correlacion de los dos indicadores globales y las subescalas, la diferencia estadística significativa en la escala total. Las propiedades psicométricas fueron similares al instrumento original, su equivalencia funcional fue comprobada para el uso del instrumento en Perú³².

Barbosa T y col (2011) Este estudio tuvo como objetivo evaluar la validez y fiabilidad de Calidad de Vida en Relacion a Salud Oral (OHRQoL) medida para su uso en niños y preadolescentes con signos y síntomas de Trastornos TemporoMandibulares (TTM), para dicho estudio contaron con 547 alumnos de 8-14 años escuelas públicas en Piracicaba, Brasil. La Auto-percepción de la calidad de vida se midió utilizando las versiones en portugués de Brasil de Percepciones infantiles Cuestionarios (CPQ) 8-10 (n = 247) y CPQ11-14 (n = 300). Un solo examinador, entrenado y calibrado para el diagnóstico de acuerdo con el Eje I de los criterios diagnósticos de investigación para TMD (RDC / TMD), examinó los participantes. Un selfreport cuestionario evalúa los síntomas subjetivos de TTM. Fiabilidad intraexaminador se evaluó para la RDC / TMD exámenes clínicos utilizando Kappa de Cohen (?) y el coeficiente de correlación intraclase (CCI). La validez de criterio era calculado utilizando la correlación de Spearman, la validez de constructo mediante correlación de Spearman y el Mann-Whitney prueba, y la magnitud de la diferencia entre los grupos que utilizan el tamaño del efecto (ES). La fiabilidad fue determinado utilizando el alfa de Cronbach, alfa si el artículo fue suprimido y corregido correlación ítem-total. Los valores de fiabilidad intraexaminador oscilaron entre regular (= 0,30?) A excelente (= 0,96?) Para la categórica variables y de moderada (ICC = 0.49) para sustancial (ICC = 0,74) para las variables continuas. Validez de criterio recibió el apoyo de asociaciones significativas entre ambas puntuaciones CPQ y preguntas relacionadas con el dolor de la DTM grupos. La media de CPQ8-10 puntuaciones fueron ligeramente más altos para los niños TMD que los niños de control (ES = 0,43).

Los preadolescentes con TMD tenían puntuaciones moderadamente más altas que los de control ($ES = 0,62$; $p < 0,0001$). Importante correlación entre las puntuaciones CPQ y salud oral mundial, así como las clasificaciones de bienestar general ($p < 0,001$) ocurrido, el apoyo a la validez de constructo. El alfa de Cronbach fueron 0,93 para CPQ8-10 y 0,94 para CPQ11-14. Por las escalas globales CPQ8-10 y CPQ11-14, los coeficientes de correlación ítem-total corregidas varió 0,39 a 0,76 y 0,28 a 0,73, respectivamente. Los coeficientes alfa no aumentaron cuando cualquiera de los artículos se suprimieron en cualquiera Muestras CPQ. Llegando a la conclusión que los cuestionarios son válidos y confiables para su uso en niños y preadolescentes con signos y síntomas del trastorno temporomandibular⁷.

Barbosa T y col. (2009) El objetivo de este estudio fue evaluar la validez y fiabilidad del CPQ8-10 autoaplicado y CPQ11-14 en niños brasileños, después de las traducciones y culturales adaptaciones en el idioma portugués de Brasil. Los escolares fueron reclutados de la población general para la pre-prueba ($n = 80$), la validez ($n = 210$), y la fiabilidad test-retest ($n = 50$) estudios. También se examinaron para la caries dental, gingivitis, fluorosis, y maloclusión. Los niños con mayor experiencia de caries dental en la dentición temporal tuvieron impactos mayores en los dominios CPQ. Las niñas tenían puntuaciones más altas para CPQ8-10 dominios que los niños. La media de las puntuaciones CPQ11-14 fueron más altos para los niños de 11 años de edad y más baja para los niños de 14 años de edad. La validez de constructo fué con el apoyo de asociaciones significativas entre el CPQ8-10 y CPQ11-14 puntajes y lo global Evaluación de la salud oral ($r = 0,38$, $r = 0,43$) en general el bienestar y ($r = 0,39$, $r = 0,60$), respectivamente. El alfa de Cronbach fue de 0,95 para ambos cuestionarios. La confiabilidad test-retest del CPQ8- general 10 y CPQ11-14 resultados fueron excelentes ($ICC = 0,96$, $ICC = 0,92$). La versión en portugués brasileño de CPQ8-10 y CPQ11-14 demostró su validez y confiabilidad para su uso en la población infantil brasileña, aunque su validez discriminante fué esporádica debido al hecho que los impactos son mediadas por otros factores, tales variables personales, sociales y ambientales⁸.

Severi M y col. (2013). El objetivo fue evaluar la relación entre los hábitos orales, la función oral y calidad de vida relacionada a salud oral (OHRQoL) en niños. 328 sujetos (8-14 años) se evaluaron para la función orofacial utilizando la versión brasileña de los países nórdicos orofaciales Test-Screening (NO-S). OHRQoL se evaluó mediante los cuestionarios Percepciones Niño (versiones brasileñas) para el 08-10 (CPQ_{08/10}) y 11-14 (CPQ₁₁₋₁₄) los grupos de edad por año. Los sujetos se distribuyeron en un grupo hábito y un grupo-Habit libre según el dominio III (Hábitos) del NO-S. Hábitos orales estuvieron presentes en el 71,3% de la muestra ($p = 0,0001$), con una mayor prevalencia en las mujeres (62,8%, $p = 0,001$). Los NO-S, CPQ₈₋₁₀ y CPQ₁₁₋₁₄ puntajes fueron mayores en el grupo Habit ($P = 0.0001$, $P = .009$ y $p = .001$, respectivamente). Dominio I (función sensorial) fue significativamente más afectada en los sujetos del grupo Habit ($p = 0,001$). Las puntuaciones NO-S se correlacionaron positivamente con el CPQ₈₋₁₀ y CPQ₁₁₋₁₄ anota solamente en el grupo Habit ($r = 0,32$, $p = 0,0003$ y $r = 0,30$, $p = 0,001$, respectivamente). Estos resultados indican que los hábitos orales pueden afectar OHRQoL. Por otra parte, las disfunciones orofaciales se asociaron con una peor OHRQoL en sujetos con hábitos orales⁹.

Paula JS y col. (2012). estudio fueron comparar las percepciones bucodental de la calidad de vida con relación a salud oral (OHRQoL) entre los escolares presenta caries dental con la de los escolares libres de caries, y para evaluar el impacto subjetivo de tratamiento restaurador atraumático (ART) en la OHRQoL de los escolares, este estudio se realizó en La escuela pública en Piracicaba, Brasil. La muestra se compone de 30 niños en el grupo de edad de 8-10 años. Los niños fueron divididos en dos grupos: uno con la caries y otra sin caries. La información relacionada con OHRQoL se obtuvo a través de la administración de los cuestionarios de Percepción de niños (CPQ 8-10). Para evaluar el impacto de la terapia antirretroviral en OHRQoL de los niños de la escuela, el CPQ 08-10 fue re-administrado 4 semanas después del tratamiento inicial. Para el análisis estadístico se utilizó la prueba no paramétrica de Wilcoxon para dos variables dependientes (grupos de prueba y re-test) y la prueba de Mann-Whitney no paramétrico de las variables independientes (grupos de prueba y control). Se observó que los niños con caries dental reportaron mayor impacto de las condiciones de salud bucal en la calidad de

vida en comparación con el grupo libre de caries, especialmente en los dominios emocionales y sociales de bienestar ($P \leq .05$). Después de que los niños de la escuela que se presentaron con la caries dental recibieron ART, hubo una mejoría en las puntuaciones medias de CPQ 10/08 en todos los dominios, pero particularmente en el dominio de la limitación funcional ($P \leq .05$). La caries dental ejerce una fuerte influencia en el OHRQoL de los niños. ART ha demostrado ser un enfoque de gestión de caries simples e indoloros que podrían mejorar la OHRQoL de los escolares¹⁰.

Barbosa y col. (2011) El objetivo de este estudio fue traducir el (CPQ 08/10) en la calidad de vida y la salud oral, al portugués y realizar la adaptación cultural de los niños brasileños. El instrumento fue sometido a los siguientes pasos: dos traducciones al portugués de Brasil, back-traducción, revisión comité y pre-test. Para la adaptación cultural, se añadió a cada pregunta la alternativa “no entienden”. El cuestionario se aplicó a una muestra de 20 niños seleccionados de las escuelas públicas en Piracicaba. La traducción inicial, las dos versiones son similares, pero en la traducción inversa se decidió unir las dos versiones, utilice una pregunta proveniente de una versión o incluso utilizar una tercera alternativa. Después de la revisión por el comité, en algunas cuestiones que tenemos reemplazos fueron hechas por palabras sinónimas para una mejor comprensión por parte de la población evaluada. Términos incompatibles con el contexto cultural de la población fueron reemplazados. En el pre-test, la versión brasileña del CPQ 10/08 fue bien entendido por la población. La versión en portugués del CPQ 08/10 ha demostrado ser de fácil comprensión para la población de los niños brasileños¹¹.

Krisztina M y Col. (2013) Objetivo: El objetivo de este estudio fue evaluar el estado de la salud bucal y la autopercepción de los niños con respecto a su estado buco-dental, su conocimiento y actitud hacia la salud oral. Se pidió a una muestra de 130 niños (11-14 años) y uno de sus padres para completar una percepción Niño Cuestionario (CPQ11-14) en Sfântu Gheorghe, Rumania: Métodos. De estos, 69 niños fueron examinados y los datos se registran sobre Dientes-Lleno-Missing decaído (CPOD), higiene oral, malposición dental y maloclusión, Estética Componente del Índice de Necesidad de Tratamiento

(AC-IOTN). Se obtuvo el consentimiento de los padres. Se realizaron análisis estadísticos. Resultados: La puntuación óptima de evaluación CPQ es 96 y la puntuación máxima alcanzada fue de 93, el mínimo era de 43. 78,10 puntuación media puede ser calificado como medio. Como los datos señala, la mayoría de los niños y sus padres tienen un conocimiento medio y autopercepción. El examen clínico subrayan los principales problemas: la caries dental (62%), la coloración oclusal (23%), malposición dental (17%), sobre las azoteas mordida profunda (14%), la rotación dental y el hacinamiento (12%), la placa dental y el sarro (10%). En lo que se refiere a la AC-IOTN, 48 de 69 niños no tienen necesidad de tratamiento, 18 tienen una alta necesidad de tratamiento, y 3 tienen una necesidad moderada para el tratamiento. Conclusiones: En general, los niños y sus padres tienen un pobre conocimiento de la salud oral, que se refleja en el nivel medio de las puntuaciones CPQ alcanzados, en el examen clínico y pueden estar asociados con altos niveles de caries dental y la maloclusión¹².

Suchitra S y col. (2014). El objetivo fue Desarrollar y estandarizar un inventario para evaluar la *Prakriti* de los niños, y para comparar con Personalidad Niño Cuestionario (CPQ). A 135 ítems inventario personalidad del niño Ayurveda (ACPI) escala, fue desarrollada sobre la base de la traducción de los versos en sánscrito (lengua clásica de la India) que describe *vataja* (A), *pittaja* (B) y *Prakriti kaphaja* (C) características y mediante la adopción de las opiniones de expertos (diez expertos de Ayurveda y tres psicólogos). El estudio se llevó a cabo en la escuela pública Maxwell, de Bangalore. La escala fue administrada en los padres de los niños del grupo de edad de 6-12 años. CPQ se administró en los niños del grupo de edad de 8-12 años. Se obtuvo como resultado La ACPI se asoció con una excelente consistencia interna. El alfa de Cronbach para las escalas A, B y C fueron 0,77, 0,55 y 0,84, respectivamente, y las puntuaciones de fiabilidad Split-mitad eran 0,66.0,39 y 0,84, respectivamente. Factor puntuaciones de coeficiente de validez de cada artículo estaba por encima de 0,5. Las puntuaciones en *Vataja*, *Pittaja* y *kaphaja* escalas se correlacionaron inversamente. Los productos de V, P y escalas K mostraron correlación significativa (valores que van desde 0,39

hasta 0,84) con las subescalas de CPQ, lo que indica que este y concepto de la psicología occidental tienen buena correspondencia. **Conclusiones:** La prakrti de los niños se puede medir constantemente por este instrumento. Las puntuaciones en V y *Pescala* mostraron una buena correlación con la escala principal inquietud de CPQ¹³.

Apaza S y col. (2015). Tuvo como objetivo evaluar la influencia de los factores familiares, sociodemográficos y el estado de salud bucal en la Calidad de Vida Relacionada a la Salud Bucal (CVRSB) de adolescentes peruanos. En este estudio descriptivo y transversal se tomó una muestra aleatoria constituida por 131 adolescentes peruanos de 11 a 14 años de edad. El cuestionario de CVRSB utilizado fue el Child Perceptions Questionnaire (CPQ11- 14). Se registró el estado de salud bucal de los adolescentes como la presencia de caries dental a través del índice de piezas cariadas, perdidas y obturadas en dentición permanente (CPOD), sangrado gingival, trauma dental, defecto del esmalte y necesidad de tratamiento ortodóntico. Adicionalmente, se registró los factores familiares y sociodemográficos mediante un cuestionario para padres. Se obtuvo como resultados que el modelo de regresión de Poisson mostró los predictores que influyen en la CVRSB de los adolescentes ($p < 0.05$). También se encontraron correlaciones entre los puntajes bajos del CPQ11-14 y cada dominio con la presencia de caries dental, sangrado gingival, el sexo femenino, el bajo ingreso familiar, no poseer una vivienda propia, no vivir con ambos padres, vivir en hacinamiento y el consumo de tabaco y/o alcohol ($p < 0.05$). Se llegó a la conclusión que la CVRSB de los adolescentes peruanos evaluados se encuentra influenciada por diversos determinantes de la salud, no solo por las condiciones clínicas sino también por factores sociodemográficos y familiares en el cual está inmerso¹⁴.

Da Matta M y col. (2013) El objetivo fue evaluar el impacto de la caries y maloclusiones (necesidad y tratamiento de ortodoncia) como una escuela de vida de 8-14 años viviendo en Belo Horizonte, Minas Gerais. Este estudio fue transversal con una muestra ($n = 75$), divididos en dos grupos; Grupo 1 (8-10 años) y el Grupo 2 (11-14 años). Los datos fueron recogidos mediante un

examen clínico para el diagnóstico de la caries dental (DMF) y la evaluación de la necesidad de tratamiento de ortodoncia (IED) y la aplicación de instrumentos CPQ8-10 y CPQ11-14 para la evaluación Impacto en la calidad de vida. Un análisis descriptivo, las pruebas Chi-cuadrado y U de Mann-Whitney. Se obtuvo como resultado que en el grupo de estudiantes de edades comprendidas entre 8 a 10, hubo una asociación estadísticamente significativa entre la necesidad de tratamiento de ortodoncia ($IED > 30$) y el impacto negativo en la calidad de la vida ($p = 0,004$), principalmente en los campos de la limitación funcional ($p < 0,001$), el bienestar emocional ($p = 0,001$) y el bienestar social ($p = 0,008$). No hubo asociación entre la caries dental y la repercusión negativa en la calidad de vida en este grupo ($p = 0,66$). Entre los niños en edad entre los 11 y 14 años, hubo una asociación estadísticamente significativa en la calidad de vida, caries ($p = 0,004$) y la necesidad de tratamiento de ortodoncia ($p = 0,001$). Teniendo en cuenta el decaimiento, la asociación se observó con el bienestar de los dominios emocionales ($p = 0,006$), social ($p = 0,02$). La necesidad de un tratamiento de ortodoncia se asoció significativamente con la limitación funcional ($p = 0,02$), el bienestar Emocional ($p = 0,05$) y social ($p = 0,03$). Llegando así a la conclusión que la maloclusión (necesidad de tratamiento de ortodoncia) se asoció con un impacto negativo en la calidad y la vida de los estudiantes de edades comprendidas entre 8 y 14 años. Impacto negativo También se observó entre los estudiantes de 11-14 años Mostraron caries dental¹⁵.

De souza R y col (2014) Tuvo como objetivo traducir y adaptar al portugués la participación en clase Cuestionario (CPQ) y comparar la participación en clase regular de los estudiantes con discapacidad auditiva con y sin el uso de modulación de frecuencia del sistema (FM). La traducción y adaptación de CPQ incluyen la traducción al portugués, adaptación lingüística y revisión de equivalencias gramaticales e idiomáticas. El cuestionario fue administrado a 15 niños y adolescentes que usan audífonos (HA) y / o implante coclear (IC), equipados con sistema FM personal. La traducción del CPQ Inglés en el instrumento portugués dio como resultado el "*Cuestionario de Participação em sala de aula*", con el mismo número de preguntas como la versión original; con

respecto a la adaptación lingüística, ninguna dificultad se observó en la comprensión de los temas propuestos en la solicitud de los estudiantes con pérdida auditiva. Como conclusión, el instrumento CPQ fue traducido y adaptado culturalmente para la población brasileña, siendo nombrado "*Cuestionario de Participação em sala de aula*" en la versión portuguesa. El estudio contribuye a la observación y seguimiento de la participación en el aula regular de los estudiantes con discapacidad auditiva using System FM. En general, los estudiantes informaron de un aumento de la confianza y la participación en el aula con el uso del sistema FM¹⁶.

Coelho M y col. (2012). El objetivo de este estudio fue determinar el grado de acuerdo entre los informes de los adolescentes y sus madres con respecto al impacto de la salud bucal en la calidad de vida de los adolescentes. La muestra consistió en 960 pares de adolescentes de 11 a 14 años y sus madres. La versión brasileña de la Percepción de los padres para cuidadores Cuestionario (P-CPQ) y la forma abreviada del Cuestionario de Percepción de Niños (CPQ 11-14) se les administró. Acuerdo sobre la escala total y de las subescalas se determinó a través de una comparación de los valores medios. También se determinaron las medias de las diferencias direccionales y absolutos. Acuerdo sobre cada elemento en el nivel de grupo y en los pares individuales se analizó mediante el coeficiente de correlación Intraclase (CCI). La diferencia entre los medios y las diferencias direccionales fueron significativas para la puntuación total, así como para la limitación funcional y subescalas de bienestar social ($p < 0,001$). La Corte Penal Internacional para el total de P-CPQ y CPQ 11/14 puntajes era 0.43. La CPI indicó acuerdo débil en las subescalas, que van 0,36-0,40. Acuerdo entre los informes de los adolescentes y sus madres con respecto bucodental de la calidad relacionada con la salud de la vida (OHRQoL) fue moderada, lo que indica que ambas perspectivas se deben considerar¹⁷.

2.2 BASE TEÓRICA

2.2.1 Concepto de percepción

La percepción es el primer proceso cognitivo que el individuo recibe, elabora e interpreta, mediante la intermediación de los sentidos, la información proveniente del entorno y de uno mismo; todo ello vital para la supervivencia.

2.2.2 Concepto de psicometría

Rama de la psicología que intenta traducir a términos numéricos y cuantitativos los aspectos de la actividad psíquica o de la personalidad, normal o patológica, que de otra manera permanecerían como objeto de una evaluación subjetiva y descriptiva¹⁸.

a) Confiabilidad. La confiabilidad, también denominada precisión, corresponde al grado con que los puntajes de una medición se encuentran libres de error de medida. Es decir, al repetir la medición en condiciones constantes estas deberían ser similares. Este concepto se relaciona con la estabilidad del instrumento en sí mismo, independiente del individuo quien lo aplique (observador) y del momento en que es aplicado (tiempo)¹⁹.

b) Validez. Es una propiedad psicométrica que hace referencia a medir lo que se pretende medir. La validez de un instrumento puede ser de contenido, de constructo o de criterio, entre otras. La validez de contenido, se refiere al grado en que la lectura detallada de un cuestionario señala que las preguntas y palabras utilizadas, son alusivas al objeto de medición. Se evalúa de manera subjetiva o intersubjetiva, con base a *juicio de expertos*, con fines de juzgar de manera independiente, la bondad, congruencia, claridad y tendenciosidad de cada uno de los ítems. La validez de constructo, se refiere al grado en que una medición se relaciona consistentemente con otras, de acuerdo con hipótesis derivadas teóricamente. Se dice que es concurrente, cuando se mide mediante coeficientes de correlación; y discriminante, cuando distingue sanos y enfermos. Asimismo, “la construcción” del instrumento puede ser evaluada

mediante el análisis exploratorio de factores. Por último, la validez de criterio, es el grado en que una escala diagnóstica o de tamizaje, es capaz de ofrecer resultados semejantes a aquéllos obtenidos por un gold estándar²⁰.

2.2.3 Concepto de salud bucal

La organización mundial de la salud OMS define a la salud bucodental como la ausencia de dolor orofacial crónico, cáncer de boca o garganta, úlceras, defectos congénitos como labio y paladar hendido, enfermedades periodontales incluyendo gingivitis, caries y pérdida de dientes²¹.

2.2.4 Historia natural de las principales afecciones bucodentales

Caries. Es un proceso patológico, irreversible, localizado, de origen externo que se inicia tras la erupción dental y se caracteriza por una desmineralización provocada por ácidos que genera la placa dentobacteriana o biofilm, observándose un cambio de color y una pérdida de translucidez, evolucionando hacia la formación de una cavidad⁴. Existen ciertos factores que influyen en la caries tales como la dieta, en particular los hidratos de carbono; y la susceptibilidad del huésped en lo que respecta a composición del esmalte, presencia de hendiduras o fisuras en la superficie, calidad de la saliva y morfología de diente²⁵.

Placa Dentobacteriana. Es una masa blanda, tenaz y adherente en la superficie de los dientes, encía, lengua, y otras superficies bucales incluyendo prótesis. Su origen primordialmente es la falta de higiene bucal; y no es autoreversible. Además es una causa importante de caries, periodontitis y cálculo. Presenta 3 etapas o estadios, en la primera, hay una película orgánica, delgada, acelular y carente de estructura. En la segunda, ocurre colonización de bacterias específicas y metabolización activa. Y en la tercera, sobreviene multiplicación de bacterias y ahora la placa, se denomina madura²⁶.

Gingivitis. Es una enfermedad bucal reversible, regularmente provocada por bacterias y caracterizada por una inflamación y sangrado de los tejidos blandos de la encía. En los casos típicos, la etiología está basada en la acumulación de

placa dentobacteriana y cálculos supra y subgingivales. Esta enfermedad puede aparecer a los 3 días de no haberse realizado higiene oral adecuada. La gingivitis puede evolucionar a un grado crónico y este estado, se caracteriza por bolsas periodontales, cambios en el contorno, hemorragia espontánea, pérdida de hueso alveolar y por consiguiente, movilidad dental²⁷.

Maloclusión. Se considera como un disturbio de las relaciones normales de las inclinaciones de los dientes, así como un desequilibrio irreversible de la oclusión estática, dinámica y céntrica. También son definidas como alteraciones de carácter genético, funcional o traumático y dentario que afectan a los tejidos blandos y duros de la cavidad oral. La etiología es multifactorial, destaca la genética, hábitos, traumatismos, problemas funcionales, caries, periodontitis y prótesis mal adaptadas. Existen 3 tipos de maloclusión según la posición e intercuspidad de los primeros molares permanentes, así como 3 tipos de escalones en dentición primaria completa: La clase I o neutro-oclusión; clase II o mesio-oclusión, con dos subdivisiones; y clase III o disto-oclusión. En la dentición primaria, esta relación se basa en la posición de los segundos molares primarios, clasificándose en escalón recto, mesial y distal, el cual daría como resultado futura maloclusión clase I, II o III, respectivamente. En la dentición mixta, la clasificación se realiza de acuerdo a la oclusión de los primeros molares permanentes, la clase canina no es válida debido a la transición del recambio de piezas. Importante mencionar que durante esta etapa, existe pérdida prematura de algunas piezas dentarias que puede causar cambios en los tres planos del espacio dando lugar a maloclusiones. La maloclusión se presenta en dentición primaria, mixta y permanente, cabe recalcar que en dentición mixta puede llegar a ser reversible según sea el grado de severidad, ya que con el intercambio de piezas deciduas por permanentes logran corregirse ciertos problemas de maloclusión. El efecto de las maloclusiones no es tan sólo funcional y/o estético, sino también psicosocial y de calidad de vida, especialmente durante la niñez y adolescencia²⁸.

Fluorosis. La fluorosis dental es una hipomineralización del esmalte del diente causada por la ingestión continua de cantidad excesiva de fluoruro durante el desarrollo del diente; más de 0.1 mg por kilogramo de peso diario. No es autoreversible. Se manifiesta en sus fases iniciales como un problema estético que se caracteriza por la presencia de manchas blancas pequeñas en su forma

más leve; y en su forma moderada o severa, manchas oscuras y pérdida del esmalte. Entre los principales factores de riesgo están: Hervir el agua de consumo, refrescos, jugos, sal doméstica y alimentos. El periodo de mayor riesgo en el que puede ocurrir fluorosis de los dientes anteriores, es entre 18 y 36 meses de edad²⁹.

Úlceras orales. Las úlceras orales son lesiones inflamatorias de la mucosa bucal que poseen múltiples etiologías. Pueden manifestarse de manera aguda, crónica o recurrente, en cuyo caso alcanzan una frecuencia aproximada de 20% en la población general¹. Las úlceras orales recurrentes (UOR) comienzan en la niñez pero afectan, principalmente, a adolescentes y adultos jóvenes, deteriorando de manera importante la calidad de vida. En este artículo se discuten las causas más frecuentes y el enfrentamiento inicial de las UOR³⁰.

2.2.5 Calidad de vida relacionada con la salud bucal

Enfocando las lesiones de caries desde el punto de vista del individuo que las padece, estas podrían llegar a afectar su vida diaria debido a dolor, imposibilidad de realizar acciones habituales como masticar, lo que puede producir pérdida de apetito y baja de peso, dificultad para dormir, problemas psicológicos y emocionales (irritabilidad, baja autoestima, apreciación negativa de cómo es percibido por sus pares), por lo tanto la caries una enfermedad que no solo perturba la salud bucal, también puede llegar a afectar la calidad de vida del individuo y quienes lo rodean. De aquí se desprenden dos acepciones, calidad de vida relacionada a salud y más específicamente, relacionada a salud oral. Se define calidad de vida relacionada a salud como el óptimo nivel de funcionamiento mental, físico y social, incluyendo relaciones como percepción de salud, satisfacción y bienestar y calidad de vida relacionada a salud oral es la valoración individual de cómo afectan los problemas orofaciales al bienestar: factores funcionales, psicológicos, sociales y experiencia de dolor y discomfort²².

2.2.6 Child Perceptions Questionnaire

En 2002 Jokovic y colaboradores desarrollaron el *Child Perceptions Questionnaire* (CPQ), el primer instrumento que mide la CVrSB en los niños, con un rango de edad de 8 a 10 años y de 11 a 14 años; ambos cuestionarios abarcan las dimensiones de: síntomas bucales, limitación funcional, bienestar social y bienestar emocional. La versión de 8 a 10 años consta de 29 preguntas y un tiempo de recuerdo de cuatro semanas, mientras que la versión de 11 a 14 años cuenta con 37 preguntas y un tiempo de recuerdo de tres meses. Las respuestas se registran en una escala Likert, donde 0 = nunca, 1 = una o dos veces,

2 = a veces, 3 = a menudo, y 4 = todos los días o casi todos los días. El puntaje máximo es de 100 y el mínimo de 0 para el CPQ8-10. Las respuestas para el CPQ11-14 se registran en una escala y tienen un rango posible de la suma de respuestas de 0 a 103; esto quiere decir que, a mayor puntaje, peor CV. El tiempo de recuerdo es de tres meses. Las respuestas se registran al igual que en el CPQ 8-10 y CPQ 11-14 en una escala de Likert de 0 a 4. El CPQ11-14 ha sido modificado a versiones cortas de 16 y 8 preguntas¹.

3 MARCO METODOLÓGICO

3.1 DISEÑO METODOLÓGICO

Transversal, descriptivo, prospectivo, analítico

3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

3.2.1 Población de referencia

La población comprende a todos los niños en el rango de edad de 8 a 10 años, que son atendidos en la Clínica Estomatológica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas en el periodo del año 2015.

Fórmula para calcular el tamaño de la muestra

$$n = \frac{Z^2 o^2 N}{e^2(N - 1) + Z^2 o^2}$$

Dónde:

n: Tamaño de la muestra

N: Tamaño de la población

o: Desviación estándar de la población

Z: valor obtenido mediante niveles de confianza

e : Limite aceptable de error muestral

Aplicando:

N= 192 (Población Total)

o= 0.5

Z=95% = 1.96

e= 5%= 0,05

$$n = \frac{1.96^2 \cdot 0.5^2 \cdot 192}{0.05^2(192 - 1) + 1.96^2 \cdot 0.5^2}$$

$$n = \frac{3.8416 \times 0.25 \times 192}{0.0025 \times 191 + 3.8416 \times 0.25}$$

$$n = \frac{184.3968}{0.4775 + 0.9604}$$

$$n = \frac{184.3968}{1.4379}$$

n = 128

3.2.2 Muestra

La muestra consistió en 128 niños que cumplieron con los criterios de inclusión.

3.2.3 CRITERIOS DE SELECCIÓN DE MUESTRA

3.2.3.1 Criterios de inclusión:

Para el presente trabajo de investigación se utilizó los siguientes criterios de inclusión:

- Padres que hayan firmado el consentimiento informado

- Niños que hayan firmado el asentamiento informado.
- Niños que tengan entre 8 y 10 años de edad.
- Niños que sepan leer y escribir.
- Niños con aparente buen estado físico y mental.

3.2.3.2 Criterios de exclusión:

Los criterios de exclusión fueron los siguientes:

- Padres que no hayan aceptado firmar el consentimiento informado.
- Niños que presenten alteraciones mentales o tengan habilidades especiales
- Niños analfabetos.
- Niños no colaboradores.
- Niños que estén fuera del rango de edad.
- Niños que estén bajo tratamiento odontológico.

3.3 VARIABLES

3.3.1 Variable Principal

-calidad de Vida relacionada a salud bucal

3.3.2 Covariable

-Sexo

-Edad

3.3.3 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	TIPO	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADOR	VALORES
CALIDAD DE VIDA	CUANTITATIVA	ORDINAL	CPQ 8-10 CORTO Y DIDÁCTICO	0= Nunca 1= 1 o 2 veces 2= Algunas veces 3= A menudo 4= Todos los días o casi todos los días
				S.O= Síntomas Orales L.F= Limitaciones Funcionales B.E= Bienestar Emocional B.S= Bienestar Social
SEXO	CUALITATIVA	NOMINAL	DNI	MASCULINO FEMENINO
EDAD	CUALITATIVA	NOMINAL		8 AÑOS 9 AÑOS 10 AÑOS

3.4 TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

En primer lugar se solicitó a la Dra. Miriam Vásquez Segura el permiso correspondiente para realizar el estudio de la investigación (Anexo I).

Luego se solicitó el permiso al coordinador de área de la Clínica Estomatológica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas.

3.4.1 VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

3.4.1.1 VALIDEZ DE CONTENIDO

Se tomó el cuestionario CPQ 8-10 previamente validado y traducido al español transculturalmente por Ipanaque Vega Faviola (2013)³² cuyo instrumento consta de 29 preguntas, luego se formó un grupo para el juicio de expertos que estuvo conformados por especialistas con grado de magíster en Odontopediatría (Anexo II) quienes analizaron las preguntas del cuestionario y eligieron las indicadas para el cuestionario corto y didáctico, para luego hacer el análisis estadístico V de Aiken.

3.4.1.2 REPRODUCIBILIDAD (PRUEBA PILOTO)

Para este siguiente paso se pidió la autorización al Director de la Institución Educativa a visitar.

Luego de obtener el cuestionario realizado por el juicio de expertos, se utilizó en una muestra de 30 niños de 8-10 años de edad del colegio Cesar Vallejo 7069 ubicado en el distrito de San Juan de Miraflores, a la cual respondieron al cuestionario, después de 15 días se regresó a dicha institución donde se volvió a realizar el cuestionario a los mismos niños encuestados. Posteriormente se realizó el análisis Coeficiente de Correlación Intraclase (método estadístico).

3.4.2 SELECCIÓN DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO

Se seleccionaron a todos los niños que comprendieron entre 8 a 10 años de edad atendidos en la Clínica Estomatológica Pediátrica I y II que se ubican en

cuatro módulos de la clínica, donde en cada módulo atienden ocho alumnos, habiendo dos turnos mañana y uno tarde.

3.4.3 ENTREGA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Se procedió a la entrega y explicación a cada padre y/o apoderado del niño atendido sobre las encuestas para el estudio de investigación que se realizaron y el permiso correspondiente para que el niño participe de dicho estudio (Anexo III).

3.4.4 INFORMACIÓN SOBRE LAS ENCUESTAS A LOS NIÑOS

Se le entrego a cada niño el asentamiento informado (Anexo IV) para así incluirlos y darle la autonomía de la toma de decisión, aceptando a participar o no, luego se les entrego la encuesta y se les explico sobre las preguntas, como debieron de llenarlo y se resolvieron dudas o preguntas que el niño tuvo. (Anexo IV).

3.4.5 DESARROLLO DEL CUESTIONARIO CPQ8-10 CORTO Y DIDÁCTICO A LOS NIÑOS ATENDIDOS EN LA CLINICA PEDIATRICA DE LA UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS.

Previamente informado al padre de familia y aceptando su realización, se le hizo entrega a cada niño que previamente acepto y firmo el asentamiento informado, el cuestionario CPQ 8-10 corto y didáctico explicándoles brevemente acerca de cómo llenar sus datos y responder a las preguntas.(Anexo V).

3.5 PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS

-El procedimiento de datos se realizó mediante una computadora personal HP Pavilion Core duo, el programa que se utilizo es SPSS versión.

-Para la validez del contenido se realizó con la prueba de coeficiente de validez (V de Aiken).

-Para la Reproducibilidad se realizó con el coeficiente de correlación Intraclase (CCI).

-Para la Validez de constructo se realizó con la técnica de análisis Factorial

-Para la Confiabilidad se realizó con la prueba de Alpha de Cronbach.

3.6 DESCRIPCIÓN DE LOS INSTRUMENTOS

Los instrumentos que se utilizó para la investigación son:

Soporte sistemático y equipos:

- a) Programa de estadístico (SPSS Versión 20)
- b) Laptop (1)
- c) USB (1)

Materiales de oficina:

- a) Lapiceros (10)
- b) Encuestas (200)
- c) Porta hojas (5)

Infraestructura:

Clínica Estomatológica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas.

3.7 IMPLICACIONES ÉTICAS

El presente estudio se realizó teniendo en cuenta las consideraciones éticas para el trabajo en seres humanos dados por el consejo de organizaciones internacionales de las ciencias médicas (CIOMS).

-Principio de Autonomía: La firma del consentimiento informado es necesaria para demostrar la voluntariedad de la participación del sujeto, así como la posibilidad que este abandone el estudio sin que esto genere ninguna acción en su contra, así también el asentamiento informado donde dándose a entender como un proceso de inclusión y promoción de la autonomía del niño en los procesos de toma de decisiones.

-Principio de Beneficencia: este principio ayudo a los padres e hijos a identificar algunas dudas o preguntas que estos puedan tener acerca del tema estudiado.

-Principio de Justicia: Se aplicó este principio ya que todos los padres e hijos tendrán la misma posibilidad de ser elegidos dentro de la muestra por la aleatorización de la técnica de selección.

4 RESULTADOS

4.1 TABLA 1

Datos demográfico de la población infantil a la que se le aplicó el cuestionario CPQ₈₋₁₀- CORTO Y DIDÁCTICO.

		N	%
Género	Masculino	80	62,5%
	Femenino	48	37,5%
Edad	8 años	50	39,1%
	9 años	50	39,1%
	10 años	28	21,9%

En la Tabla N°1 se observan los datos demográficos de la población infantil de 8 a 10 años de edad donde se realizó el presente estudio, donde 80 niños (62,5%) son de sexo masculino y 48 (37,5%) de sexo femenino. En lo que respecta al grupo etario, 50 niños (39,1%) tienen 8 años, 50 (39, %) tienen 9 años y 28 (21,9%) 10 años de edad.

GRÁFICO 1. Datos demográfico de la población infantil a la que se le aplicó el cuestionario CPQ8-10- CORTO Y DIDÁCTICO, **según su Género.**

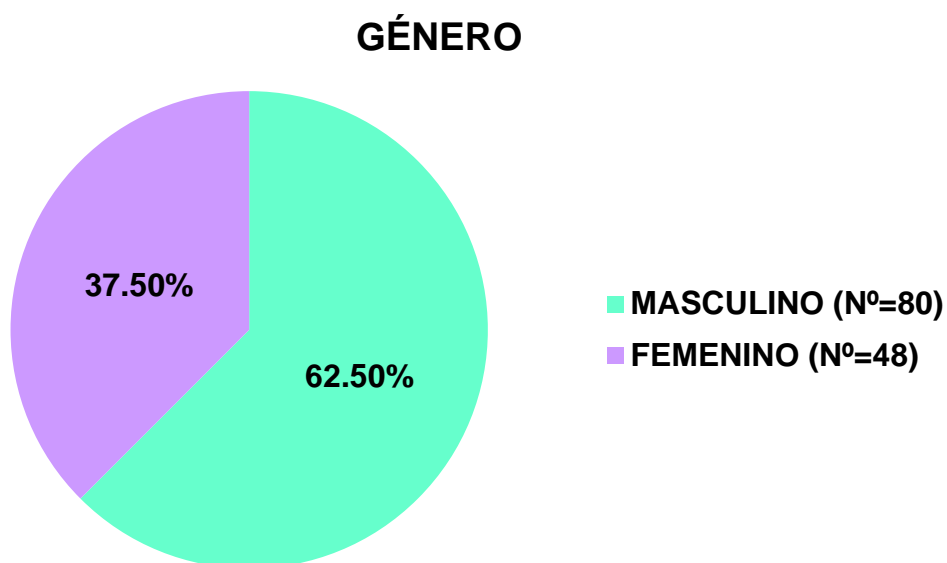
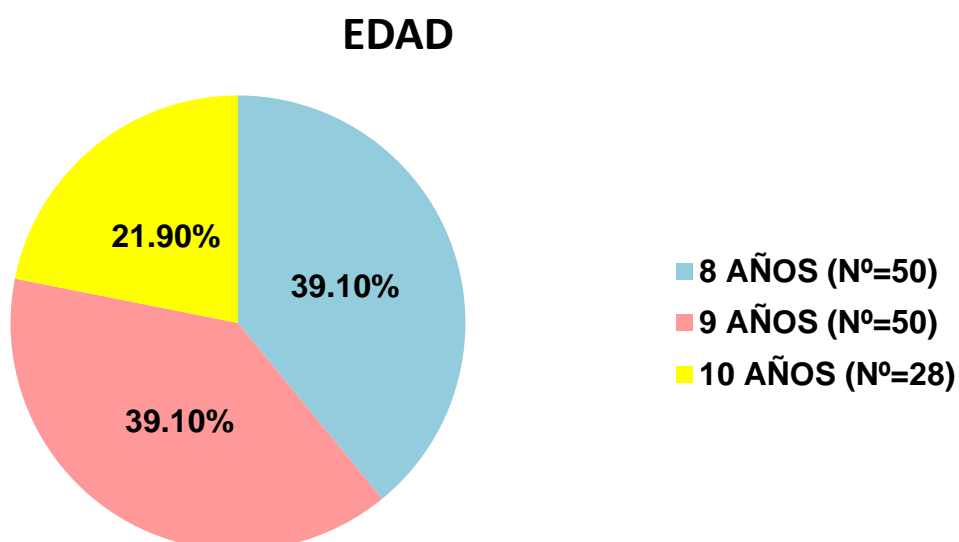


GRÁFICO 2. Datos demográfico de la población infantil a la que se le aplicó el cuestionario CPQ8-10- CORTO Y DIDÁCTICO, **según su Edad.**



4.2 TABLA 2

VALIDEZ DE CONTENIDO DEL CPQ 8-10 corto y didáctico, utilizando el análisis estadístico (V de Aiken).

DOCTORES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1º ESPECIALISTA	1	1	0.5	1	0.8	1	0.5	0.3	1	0.8	0.6	0.8	0.8	1	0.8	0.6	1	1	0.8	0.6
2º ESPECIALISTA	0.8	0.8	1	1	1	1	1	0.6	1	1	1	1	1	0.8	1	1	1	1	1	1
3º ESPECIALISTA	0.8	0.5	1	0.8	1	1	0.6	1	0.5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
4º ESPECIALISTA	0.8	1	0.8	1	0.5	1	1	0.6	1	1	0.6	0.5	0.5	0.5	1	0.5	0.8	0.6	1	0.8
5º ESPECIALISTA	0.8	0.8	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.8	1	1
6º ESPECIALISTA	0.6	0.8	0.5	0.8	0.6	0.8	0.6	0.6	1	1	0.8	0.6	0.6	0.5	0.8	1	1	0.8	1	0.8
	0.8	0.81	0.8	0.93	0.81	0.96	0.78	0.68	0.91	0.96	0.83	0.81	0.81	0.8	0.93	0.85	0.96	0.86	0.96	0.86
TOTAL	0.85																			

En la Tabla N°2 se observa la Prueba de validez por juicio de expertos quienes lo conformaron seis especialistas para el cuestionario CPQ 8-10 CORTO Y DIDÁCTICO utilizando el análisis estadístico V de Aiken, luego de la calibración y corrección, al haber un completo acuerdo entre los jueces se concluye que la prueba es válida que obtuvo como resultado (V=0.85).

4.3 TABLA 3

- **REPRODUCIBILIDAD DEL CPQ 8-10 corto y didáctico (Prueba Piloto)** en 30 escolares de 8-10 años de edad del Centro Educativo Cesar Vallejo 7069, utilizando el método **Coficiente de Correlación Intraclase (CCI)**.

Reproducibilidad: Puntaje CPQ₈₋₁₀ CORTO Y DIDÁCTICO y preguntas clave, en niños de 8 a 10 años

Escolares de 8 a 10 años						
CPQ	1° intervención		2° intervención		CCI	Valor-p
	Media ± DE	Mediana (P25,P70)	Media ± DE	Mediana (P25,P70)		
Global	10,97 ± 9,96	8,00 (4,17)	11,33 ± 8,81	10,00 (4,17)	0,88 (0,74-0,94)	0,000
SO	3,47 ± 3,48	3,00 (1,6)	3,47 ± 2,96	3,00 (1,4)	0,88 (0,75-0,94)	0,000
LF	2,73 ± 2,78	2,00 (0,4)	2,97 ± 3,01	2,50 (0,4)	0,73 (0,43-0,87)	0,000
BE	3,13 ± 3,14	2,00 (0,5)	3,23 ± 3,10	2,50 (0,6)	0,80 (0,57-0,90)	0,000
BS	1,63 ± 2,08	1,00 (0,2)	1,67 ± 1,50	1,50 (0,3)	0,74 (0,46-0,88)	0,000

CCI= Coeficiente de Correlación Intraclase

Rango posible Global 0-64 puntos; Rango posible Factor 0-16 puntos

DE=Desviación Estándar; SO= Sintomatología Oral, LF=Limitación Funcional, BE= Bienestar Emocional, BS=Bienestar Social

En la Tabla N°3 se observa la reproducibilidad del CPQ 8-10 CORTO Y DIDÁCTICO, luego del estudio piloto (N₁ =30, N₂=30), donde se concluye que todos los factores son reproducibles en forma eficiente (>0,70), siendo su similitud estadísticamente significativos (p=0,000). La reproducibilidad es mayor para síntomas orales y menor para limitaciones funcionales. El puntaje global del CPQ 8-10 CORTO Y DIDÁCTICO demuestra que el instrumento es reproducible en forma general, Por lo tanto este instrumento se pudo aplicar en la muestra seleccionada de los niños atendidos en la Clínica Estomatológica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas.

4.4 TABLA 4

- **VALIDEZ CONCURRENTE DEL CPQ 8-10 CORTO Y DIDÁCTICO, en niños atendidos en la Clínica Estomatológica Pediátrica de la UAP, utilizando el Coeficiente de Correlación de Spearman**

Validez concurrente: Correlación entre puntaje CPQ₈₋₁₀ CORTO Y DIDÁCTICO y preguntas clave, en niños de 8 a 10 años.

Preguntas clave				
	Percepción de salud bucal (¿Cuándo piensas en tus dientes o tu boca, como dirías que están?)		Impacto de la salud bucal en bienestar general (¿Que tanto te molestan tus dientes o tu boca en tu vida diaria?)	
CPQ	R	Valor-p	R	Valor-p
Global	0,326	0,000	0,456	0,000
SO	0,165	0,031	0,291	0,000
LF	0,219	0,007	0,332	0,000
BE	0,390	0,000	0,475	0,000
BS	0,208	0,009	0,326	0,000

* Coeficiente de correlación de Spearman; a Ha1: $r \geq 0.21$ y ≤ 0.45 ; b Ha2: $r \geq 0.39$ y ≤ 0.50 ; SO= Sintomatología Oral, LF=Limitación Funcional, BE= Bienestar Emocional, BS=Bienestar Social

4.5 TABLA 5

- **VALIDEZ CONCURRENTE DEL CPQ 8-10 CORTO Y DIDÁCTICO, en niños atendidos en la Clínica Estomatológica Pediátrica de la UAP, utilizando el método U de Mann Whitney.**

Validez concurrente: Puntaje CPQ₈₋₁₀ CORTO Y DIDÁCTICO y preguntas clave, en niños de 8 a 10 años

Preguntas clave				
	Percepción subjetiva de salud bucal (¿Cuándo piensas en tus dientes o tu boca, como dirías que están?)		Impacto de salud bucal en salud general (¿Que tanto te molestan tus dientes o tu boca en tu vida diaria?)	
CPQ	Muy buena y buena	Regular y mala	Para nada y un poco	Algo y Mucho
Global	10,84 ± 7,56	17,20 ± 9,26	10,82 ± 6,78	20,17 ± 10,02
SO	4,29 ± 2,88	5,45 ± 3,02	4,20 ± 2,75	6,20 ± 3,12
LF	2,61 ± 3,00	4,16 ± 3,15	2,56 ± 2,82	5,00 ± 3,30
BE	1,68 ± 2,14	4,12 ± 3,63	1,82 ± 2,34	4,86 ± 3,63
BS	2,27 ± 2,47	3,47 ± 3,00	2,24 ± 2,37	4,11 ± 3,22

U de Mann-Whitney $p < 0,05$; DE=Desviación Estándar; SO= Sintomatología Oral, LF=Limitación Funcional, BE= Bienestar Emocional, BS=Bienestar Social

El 35,9% de los niños autocalificó la salud de sus dientes como muy buena; 24,2%, como buena; 32,0%, como regular y 7,8% como mala. Respecto a interferencia en actividades diarias por afectación de la salud bucal, el 56,3% contestó que Para nada; el 16,4%, Un poco; 22,7%, Algo; 4,7%, Mucho. Se observaron correlaciones positivas y significativas en todas las subescalas; la más alta fue entre percepción de salud bucal y el bienestar emocional; de la misma manera entre interferencia de actividades diarias y bienestar emocional (Tabla N°4), aunque la correlación del factor Sintomatología Oral no fue muy alta. Adicionalmente, el puntaje promedio global en los niños con impacto de la salud bucal en actividades diarias fue superior a aquellos sin impacto; todas las subescalas demostraron la misma dirección, aunque con diferente magnitud (Tabla N°5). El tamaño de muestra permitió que los resultados de validez concurrente contaran con una potencia significativa ($p < 0,05$).

4.6 TABLA 6

- **VALIDEZ DE CONSTRUCTO DEL CPQ₈₋₁₀ CORTO Y DIDÁCTICA**, en niños atendidos en la Clínica Estomatológica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas de acuerdo al **ANÁLISIS FACTORIAL** por factores.

Validez de constructo: Puntaje CPQ₈₋₁₀ CORTO Y DIDÁCTICO en niños de 8 a 10 años

Factores	Análisis Factorial
Síntomas orales	0,751
Limitaciones funcionales	0,740
Bienestar emocional	0,750
Bienestar social	0,712
CPQ total	1,000

En las tablas N°6 se presenta la validez de constructo del CPQ₈₋₁₀ CORTO Y DIDÁCTICA, donde, al análisis por factores, se concluye que las cuatro dimensiones son válidas, siendo la de mayor validez la dimensión “Síntomas orales” y la de menor validez “Bienestar social”.

4.7 TABLA 7

CONFIABILIDAD DEL CPQ₈₋₁₀ CORTO Y DIDÁCTICA, en niños atendidos en la Clínica Estomatológica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas de acuerdo al ALFA DE CRONBACH.

Distribución de frecuencia de la necesidad de salud bucal percibida, según ítems del CPQ₈₋₁₀- CORTO Y DIDÁCTICO, en niños de 8 a 10 años

	Opciones de respuesta				
	Nunca	1 o 2 veces	Algunas veces	A menudo	Todos los días/casi
	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)
Síntomas orales					
p13	35,9% (46)	10,9% (14)	39,1% (50)	7,8% (10)	6,3% (8)
p15	58,6% (75)	10,2% (13)	27,3% (35)	1,6% (2)	2,3% (3)
p16	25,0% (32)	10,9% (14)	47,7% (61)	9,4% (12)	7,0% (9)
p18	52,3% (67)	13,3% (17)	23,4% (30)	7,8% (10)	3,1% (4)
Limitación funcional					
p12	79,7% (102)	6,3% (8)	9,4% (12)	2,3% (3)	2,3% (3)
p17	46,9% (60)	11,7% (15)	30,5% (39)	2,3% (3)	8,6% (11)
p19	62,5% (80)	13,3% (17)	15,6% (20)	5,5% (7)	3,1% (4)
p20	56,3% (72)	8,6% (11)	25,8% (33)	3,9% (5)	5,5% (7)
Bienestar emocional					
p5	66,4% (85)	11,7% (15)	15,6% (20)	3,1% (4)	3,1% (4)
p6	71,9% (92)	11,7% (15)	10,2% (13)	3,1% (4)	3,1% (4)
p7	60,9% (78)	8,6% (11)	21,9% (28)	5,5% (7)	3,1% (4)
p8	62,5% (80)	18,0% (23)	14,1% (18)	3,1% (4)	2,3% (3)
Bienestar Social					
p9	71,1% (91)	9,4% (12)	10,2% (13)	3,9% (5)	5,5% (7)
p10	78,9% (101)	9,4% (12)	6,3% (8)	3,9% (5)	1,6% (2)
p11	73,4% (94)	10,9% (14)	8,6% (11)	3,1% (4)	3,9% (5)
p14	43,0% (55)	13,3% (17)	32,0% (41)	5,5% (7)	6,3% (8)

4.8 TABLA 8

CONFIABILIDAD DEL CPQ₈₋₁₀ CORTO Y DIDÁCTICA, en niños atendidos en la Clínica Estomatológica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas de acuerdo al ALFA DE CRONBACH.

Estadística descriptiva de la necesidad de salud bucal percibida, global y según subescala del CPQ₈₋₁₀- CORTO Y DIDÁCTICO, en niños de 8 a 10 años

CPQ	Nº ítems	Puntaje				α de Cronbach
		Media ± DE	Mediana	Rango observado	Rango posible	
Global	16	13,38 ± 8,81	12,00	2-42	0-64	0,80 (bueno)
SO	4	4,75 ± 2,98	4,50	0-15	0-16	0,54 (moderado)
LF	4	3,23 ± 3,14	2,00	0-12	0-16	0,63 (moderado)
BE	4	2,65 ± 3,06	2,00	0-15	0-16	0,70 (bueno)
BS	4	2,75 ± 2,75	2,00	0-14	0-16	0,50 (moderado)

*A mayor puntaje mayor necesidad de salud bucal percibida y peor calidad de vida
DE=Desviación Estándar; SO= Sintomatología Oral, LF=Limitación Funcional, BE= Bienestar Emocional, BS=Bienestar Social

En las tablas N°7 y 8 se observan los puntajes obtenidos por los niños evaluados de impacto de la salud oral en su calidad de vida, mediante el CPQ₈₋₁₀- CORTO Y DIDÁCTICO. Se observa que la media del puntaje global fue de 13,38±8,81. Los puntajes de cada factor muestran que, para Síntomas Orales se obtuvo un puntaje promedio de 4,75±2,98; para Limitación Funcional se obtuvo un puntaje promedio de 3,23±3,14; para Bienestar Emocional se obtuvo un puntaje de 2,65±3,06; y para Bienestar Social se obtuvo un puntaje promedio de 2,75±2,75. Además, en la Tabla N°8 se demuestra la confiabilidad del cuestionario CPQ₈₋₁₀- CORTO Y DIDÁCTICO para su uso en niños de 8 a 10 años, donde se observa que el alfa de Cronbach global fue bueno y varió entre 0.50 y 0.80 según la subescala bajo análisis, lo que lo hace un instrumento confiable.

4.9 TABLA 9

· **Análisis univariado del impacto de variables demográficas sobre el puntaje global y por factores del CPQ₈₋₁₀ CORTO Y DIDÁCTICO, de acuerdo a la REGRESIÓN DE POISSON.**

Variables independientes	SO		LF		BE		BS		Puntaje total	
	RR (95% IC)	p	RR (95% IC)	p	RR (95% IC)	p	RR (95% IC)	p	RR (95% IC)	p
Condiciones demográficas										
Edad										
8 años	1,03 (0,77-1,37)	0,838	1,07 (0,68-1,69)	0,754	0,87 (0,55-1,36)	0,535	0,64 (0,43-0,95)	0,000	0,95 (0,68-1,20)	0,493
9 años	0,86 (0,63-1,17)	0,324	1,09 (0,69-1,74)	0,701	0,69 (0,43-1,13)	0,144	0,59 (0,39-0,90)	0,013	0,80 (0,60-1,08)	0,143
10 años										
Género										
Masculino	0,96 (0,77-1,19)	0,696	0,90 (0,64-1,28)	0,572	0,77 (0,51-1,17)	0,260	0,81 (0,57-1,16)	0,483	0,88 (0,69-1,11)	0,267
Femenino										

En la Tabla N° 9 se observa la regresión de Poisson realizada con el objetivo de predecir el impacto de las variables demográficas género y edad sobre la calidad de vida relacionada a la salud oral. Cuando el niño de 8 años cumple 9 el factor Bienestar Social del CPQ₈₋₁₀ CORTO Y DIDÁCTICO variará en 0,64 (p= 0,000) y cuando cumple 10 en 0,59 (p= 0,013). Para los demás factores la edad no tiene impacto significativo sobre la calidad de vida relacionada a la salud oral (p≥ 0,005).

Comparando el género, se observa que éste no tiene impacto estadísticamente significativo sobre el puntaje total del CPQ₈₋₁₀ (p= 0,267) lo que se repite en todos los dominios.

5 DISCUSIÓN

Esta investigación tuvo como finalidad diseñar un cuestionario para la población infantil que midiera calidad de vida relacionada a salud bucal y el impacto que ocasionan en una población pediátrica. Para ello, se evaluaron las propiedades psicométricas CPQ 8-10 en su versión corta e ilustrada con 4 factores de interés (Sintomatología Oral, Limitación Funcional, Bienestar Social Y Bienestar Emocional), al cual se colocó ilustraciones a cada uno de los ítems para facilitar su comprensión y sea más didáctico para los niños.

Siendo así que este sea de interés para el niño, contando con menos preguntas y por ende en menos tiempo de resolver, ya que las edades estudiadas son fáciles de perder la atención y el interés por responder, perdiendo así el valor de sus respuestas.

El CPQ 8-10 corto y didáctico logro presentar confiabilidad y validez concurrente positiva, aunque la validez no es muy alta en el factor de Sintomatología Oral.

.

Se realizó un estudio en el cual se propuso validar la versión corta del CPQ 8-10 versión abreviada de 16 ítem en Monterrey, México por Gonzales y col (2013)⁵, obteniendo como puntaje promedio de 13.6 ± 9 (mediana 12) teniendo una ligera diferencia con el presente estudio de investigación que obtuvo un promedio de $13,38 \pm 8,81$ (mediana 12)

Concluyendo así que el CPQ 8-10 corto posee mayor confiabilidad, validez y aceptación en los niños.

El CPQ tiene como objetivo mejorar el impacto de calidad de vida en los niños de 8 a 10 años de edad,

Al comparar la versión española con la versión danesa, tuvo mayor validez la versión española ya que demostró ser un instrumento validado para la medición oral de la calidad de vida relacionado con la salud oral por Wogelius y col (2009)⁶.

En lo que a la evaluación de las propiedades psicométricas se refiere, que el CPQ 8-10 corto y didáctico demostró una confiabilidad global considerada

como buena (0.80) cifra superada a la que se obtuvo en el estudio de Ipanaque (2013)³² (0.89) .

Las puntuaciones más altas en los dominios para el CPQ 8-10 las obtuvieron las niñas en comparación con los niños en el estudio realizado por Barbosa T y col (2009)⁸ a diferencia del presente estudio donde no tuvo diferencia en el impacto de la salud oral sobre la calidad de vida entre los niños de sexo femenino y masculino, siendo así también por Barbosa y col (2011)⁷ demostraron que el CPQ 8-10 y 11-14 son validados y confiables para el uso en niños y adolescentes que presentan signos y síntomas del trastorno temporomandibular.

Severi M y col (2013)⁹ nos manifiesta que los hábitos orales pueden afectar la calidad de vida relacionada a salud oral y por otra parte las disfunciones orofaciales se asociaron con una peor calidad de vida relacionada a salud oral en sujetos con hábitos orales, en el cual trabajaron con ambos CPQ 8-10 Y 11-14.

Refiriéndonos a la percepción bucodental de la calidad de vida en relación a salud oral Paula J y col (2012)¹⁰ realizó una comparación en los escolares que presentaban caries dental con las de los escolares libres de caries, prueba con la que realizaron utilizando el cuestionario de percepción de niños (8-10). Observándose que en los niños con caries dental reportaron mayor impacto de las condiciones de salud bucal en la calidad de vida en comparación con el grupo libre de caries, demostrando así que la caries dental ejerce una fuerte influencia en la calidad de vida relacionada a salud oral.

6 CONCLUSIONES

- No existe diferencia estadísticamente significativa en relación al impacto de calidad de vida entre los cuatro dominios del CPQ₈₋₁₀ CORTO Y DIDÁCTICO en niños de 8-10 años de edad atendidos en la Clínica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas en el periodo del 2015.
- Se concluye que el CPQ₈₋₁₀ CORTO Y DIDÁCTICO posee una validez de contenido positiva.
- Se concluye que el CPQ₈₋₁₀ CORTO Y DIDÁCTICO, es reproducible para una población infantil escolar.
- Se concluye que el CPQ₈₋₁₀ CORTO Y DIDÁCTICO, posee una validez concurrente positiva para el número muestral estudiado, sin embargo el factor Sintomatología Oral la validez no es muy alta.
- Se concluye que los diferentes factores del CPQ₈₋₁₀ CORTO Y DIDÁCTICO, posee validez de constructo.
- Se concluye que el CPQ₈₋₁₀ CORTO Y DIDÁCTICO, es un instrumento confiable para ser usado en niños de 8 a 10 años de edad.
- Se observó que no existe diferencia en el impacto de la salud oral sobre la calidad de vida entre los niños de sexo femenino y masculino. De la misma manera, no existe diferencia en el impacto de la salud oral sobre la calidad de vida entre los niños de 8, 9 y 10 años, a excepción del factor Bienestar Social, donde la diferencia es significativa.

7 RECOMENDACIONES

- Se recomienda utilizar la encuesta del CPQ 8-10 corto y didáctico en las futuras investigaciones.
- Realizar estudios a futuro con una mayor población al que se trabajó en la presente investigación.
- Se recomienda utilizar el cuestionario CPQ 8-10 corto y didáctico relacionada con estudios experimentales.
- Realizar estudios posteriores sobre el CPQ 8-10 corto y didáctico, y su aplicación.
- Se recomienda incorporar el cuestionario a instituciones públicas de salud, universidades, colegios, para el estudio de diferentes factores.

8 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Muñoz P, Del Carmen F, De la fuente J, Shimada H, Acosta L. Instrumentos validados para medir la salud bucal en los niños. *Salud(i)Ciencia*. 2014; 20(1):846-51.
2. López R, Garcia C. Calidad de vida y problemas bucales en preescolares de la provincia de Huaura, Lima. *Rev. Estomatol Herediana*. 2013; 23(3):139-47.
3. Salud bucal [INTERNET]. Nota informativa web. Disponible en http://www.minsa.gob.pe/portalweb/06prevencion/prevencion_2.asp?sub5=13
4. Abanto J, Bönecker M, Raggio D. Impacto de los problemas bucales sobre la calidad de vida de niños. *Rev. Estomatol Herediana*. 2010; 20(1): 38-43.
5. Gonzales LA. Propiedades Psicométricas del CPQ 8-10 corto e ilustrado para medir calidad de vida y necesidades de salud bucal en escolares mexicanos – 2013 [tesis para optar el grado de magister en ciencias en salud pública]. Monterrey: UANL; 2013.
6. Wogelius P, Gjørup H, Haubek D, Lopez R, Poulsen S. Development of Danish version of child oral-health-related quality of life questionnaires (CPQ8-10 and CPQ11-14). *BMC Oral Health*. 2009;9(10):11.
7. Barbosa T, Leme M, Castelo P, Gavião M. Evaluating oral health-related quality of life measure for children and preadolescents with temporomandibular disorder. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2011;9(1):32.
8. Barbosa T, Tureli M, Gavião M. Validity and reliability of the Child Perceptions Questionnaires applied in Brazilian children. *BMC Oral Health*. 2009; 9:13.
9. Severi M, De Souza T, Duarte M. Relationship among oral habits, orofacial function and oral health-related quality of life in children. *Braz. Res orales*. 2013; 27(3):272-8.
10. Paula JS, Torres LH, Ambrosano GM, Mialhe FL. Association between oral health-related quality of life and atraumatic restorative

treatment in school children: An exploratory study. *Indian J Dent Res.* 2012, 23(6): 738-41.

11. Souza T, Diaz M, Duarte M. Qualidade de vida e saúde bucal em crianças - Parte I: versão brasileira do Child Perceptions Questionnaire 8-10. *Ciencia & Saúde Coletiva.* 2011; 16(10): 4077-4085.
12. Krisztina M, Sorana R, Réka G, Katalin V. Evaluation of Child Self-perception Regarding Their Oro-dental Status. *Acta Medica Marisiensis.* 2013; 59(5):264-66.
13. Suchitra S, Jagan Arati, Nagendra H. Development and initial standardization of Ayurveda child personality inventory. *Journal of Ayurveda & Integrative Medicine.* 2014; 5(4):205-8.
14. Apaza S, Torres G, Blanco D, Antezana V, Montoya J. Influencia de los factores sociodemográficos, familiares y el estado de la salud bucal en la calidad de vida de adolescentes peruanos. *Rev Estomatol Herediana,* 2015;25(2):87-99.
15. Fernandes M, Moura F, Gamaliel K, Correa P. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr,* João Pessoa, 2013;13(1):37-43.
16. De Souza R, Machado T, Mortari A, Morettin M, Dos Santos L, Capoani M. Participação em sala de aula regular do aluno com deficiência auditiva: uso do Sistema de frequência modulada. *CoDas,* 2014; 26(4):308-14.
17. Coelho M, Goursand D, Baccin C, Ramos M, Almeida I, Martins S. Agreement between adolescents' and their mothers' reports of oral health– related quality of life. *Braz Oral Res,* 2012;26(2):112-8.
18. Galimberti H. *Diccionario de Psicología,* México: Editorial Siglo XXI, 2002. P. (913)
19. Aravena P, Moraga J, Velásquez R, Manterola C. Validez y Confiabilidad en Investigación Odontológica. *Int.J.Odontostomat,* 2014;8(1):69-75.
20. Kaplan MR, Saccuzzo PD. *Pruebas Psicológicas, principios, aplicaciones y pruebas,* México: Editorial Thompson, 2006.
21. Espinoza E, Pachas F. Programas preventivos promocionales de salud bucal en el Perú. *Rev. Estomatol Herediana,* 2013;23(2):101-108.

21. Marró M, Candiales Y, Cabello R, Urzúa I, Rodríguez G. Aspectos sobre la medición del impacto de la caries dental en la calidad de vida de las personas: artículo de revisión. *Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil. Oral*, 2013;6(1); 42-46.
22. Tellez M, Martignon S, Sebastian J, Zuluaga J, Barreiro L, Builes L et al. Correlacion de un Instrumento de calidad de vida relacionado con Salud Oral entre niños de 8 a 10 años y sus acudientes en Bogotá. *Rev. CES Odont.* 2010;23(1);9-15.
23. Bönecker M, Abanto J, Tello G, Oliveira L. Impact of dental caries on preschool children`s quality of life. *Braz Oral Res.* 2012;26(1);3-7.
24. Miñana V. El flúor oral para la prevención de caries ¿cómo, cuándo y a quién?, *Form Act Pediatr Aten Prim.* 2012; 5(2); 108-113.
25. Higashida B. *Odontología preventiva*. 2a Edición. México: Editorial McGraw-Hill, 2009.
26. Lindhe J, Lang N. *Periodontología Clínica e Implantología Odontológica*. 5ª Edición. Madrid: Editorial Panamericana, 2008.
27. Farzin H, Fahimed F, Mahmoud T, Mostafa S. Do Malocclusions Affect the Oral Health-Related quality of Life. *Oral Health Prev Dent.* 2011;9(3); 229-233.
28. Cárdenas J. *Odontología Pediátrica*. 3ª Edición. Bogotá: Editorial Investigaciones Biológicas, 2003.
29. Toche P, Salinas J, Guzmán A, Afani A, Jadue N. Úlceras orales recurrentes: Características clínicas y diagnóstico diferencial. *Rev Chil Infect.* 2007; 24(3); 215-219.
30. Bauer G, Berra S, De cunto C, Eymann A, Figueroa C, Pico M et al. Calidad de vida relacionada con la salud en pediatría. Instrumentos utilizados para su evaluación. *Archa Argent Pediatr.* 2014;112(6);571-76.
31. Ipanaque VF. Validación y Adaptación Transcultural del Instrumento Child Perceptions Questionnaire 8-10 años (CPQ 8-10) en niños de 8-10 años que asistan al I.E.P Cristo de Salamanca y I.E Jhon F. Kennedy de Salamanca del distrito de Ate Vitarte. [Tesis para optar el título profesional de Cirujano Dentista]. Lima: UAP; 2013.

CRONOGRAMA

Actividad	Mes 1				Mes 2				Mes 3			
	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4
Desarrollo de Marco Teórico	X	X	X									
Solicitud de carta de presentación del proyecto				X								
Impresión y recolección de materiales para el estudio				X								
Estudio de la muestra			X	X	X							
Recolección de datos y análisis estadístico de los resultados						X	X					
Preparación de tablas y gráficos								X				
Conclusiones y discusión									X			
Preparación de informe final										X	X	X

PRESUPUESTO

Ítem	Costo S/.
Fotocopias (200und)	152
Lapiceros (8)	4
Usb (4GB)	25
Impresiones	108

COSTO TOTAL: S/. 289.00

9 ANEXOS

ANEXO I
SOLICITUD A LA DRA. MIRIAM VÁSQUEZ SEGURA PARA EL PERMISO
CORRESPONDIENTE PARA REALIZAR EL ESTUDIO DE LA
INVESTIGACIÓN.



0412094

SOLICITO: CARTA DE PRESENTACION

SEÑOR: DRA. MIRIAM VÁSQUEZ SEGURA

MENESES
APELLIDO PATERNO

PILLACA
APELLIDO MATERNO

GREACE KELLYN
NOMBRES

Documento de Identidad: 44822082 Carrera Profesional: ESTOMATOLOGIA
(DNI, L.M Boleta)

Código: 2007200499 Ciclo: Turno:

Teléfono: 994704425 E-mail: greace_02@hotmail.com

Ante Ud. con el debido respeto me presento y expongo:

EL TÍTULO DE MI PROYECTO A REALIZAR:
" IMPACTO DE LA CALIDAD DE VIDA UTILIZANDO EL
INSTRUMENTO CPR 8-10 (CORTO Y DIDACTICO) EN NIÑOS
ATENDIDOS EN LA CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA PEDIÁTRICA DE
LA UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS EN EL PERIODO 2015"

DOCENTE ENCARGADA DE LA CLÍNICA PEDIÁTRICA:
DRA. TORQUELINE CESPEDES

Agradeciendo anticipadamente su atención, quedo de Usted.

Atentamente,

Jesús María, 17 de Octubre del 2015

Adjunto:

- 1.-.....
- 2.-.....
- 3.-.....
- 4.-.....

ANEXO II

FICHA PARA EL JUICIO DE EXPERTOS

Marcar con un aspa (x) o un check (✓)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
¿Esta pregunta permitirá alcanzar el objetivo planteado del estudio?															
¿La pregunta está formulada de forma clara?															
¿El orden de esta pregunta está formulada de forma clara?															
¿La redacción es entendible o coherente con el propósito de estudio?															
¿El contenido corresponde con el propósito del estudio?															
¿El vocabulario de esta pregunta es el adecuado?															

ANEXO II

FICHA PARA EL JUICIO DE EXPERTOS

Marcar con un aspa (x) o un check (✓)

	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29
¿Esta pregunta permitirá alcanzar el objetivo planteado del estudio?														
¿La pregunta está formulada de forma clara?														
¿El orden de esta pregunta está formulada de forma clara?														
¿La redacción es entendible o coherente con el propósito de estudio?														
¿El contenido corresponde con el propósito del estudio?														
¿El vocabulario de esta pregunta es el adecuado?														

ANEXO III

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Institución: Universidad Alas Peruanas

Investigador: Meneses Pillaca Greace Kellyn

Título: Impacto de la Calidad de Vida utilizando el instrumento CPQ 8-10 (corto y dinámico) en los niños atendidos en la Clínica Estomatológica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas

Propósito del Estudio:

Estamos invitando a su hijo(a) a participar en un estudio llamado: “Impacto de la Calidad de Vida utilizando el instrumento CPQ 8-10 (corto y dinámico) en los niños atendidos en la Clínica Estomatológica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas”.

Procedimientos:

Si su hijo decide participar en este estudio se le realizara lo siguiente:

-Se le tomara un cuestionario de 18 preguntas de 10 minutos.

Riesgos:

No se prevén riesgos para su hijo(a) por participar en esta fase del estudio.

Beneficios:

Usted y su hijo se beneficiara con charlas gratuitas y personalizadas sobre cuidado y salud de la cavidad oral.

Costos:

Usted no deberá pagar nada por participar en el estudio, Igualmente no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole.

Derechos del Paciente:

Si usted decide que su hijo(a) participe en el estudio, podrá retirarse de este en cualquier momento, o no participar en una parte del estudio sin perjuicio alguno.

Consentimiento

Acepto voluntariamente que mi hijo(a) participe en este estudio, comprendo que cosas le pueden pasar si participa en el proyecto, también entiendo el que puede decidir no participar aunque yo haya aceptado y que puede retirarse del estudio en cualquier momento.

Padre o Apoderado
Nombre:
DNI:

Investigador:
Nombre:
DNI:

ANEXO IV

Asentamiento para participar en un estudio de Investigación (Menores de 12 años)

Institución: Universidad Alas Peruanas

Investigador: Meneses Pillaca Greace Kellyn

Título: Impacto de la Calidad de Vida utilizando el instrumento CPQ 8-10 (corto y dinámico) en los niños atendidos en la Clínica Estomatológica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas.

Propósito del Estudio:

¡Hola! Mi nombre es Greace Kellyn Meneses Pillaca, estamos haciendo un estudio para evaluar la calidad de vida con respecto a tu salud bucal con la ayuda de un cuestionario llamado Child Perceptions Questionnaire.

Si decides participar en este estudio te haremos algunas preguntas personales y acerca de tu familia, así como información relacionada a las características de tu casa y familia.

No deberás pagar nada por participar en el estudio. Igualmente no recibirás dinero, únicamente la satisfacción de colaborar.

No tienes que colaborar con nosotros si no quieres. Si no lo haces no habrá ningún cambio en tu casa o en tu colegio.

Si deseas hablar con alguien acerca de este estudio puedes llamar a: Bachiller Meneses Pillaca Greace Kellyn al teléfono 994704425.

¿Tienes alguna pregunta?

¿Deseas colaborar con nosotros?

SI ()

NO ()

Investigador
Nombre:
DNI:

Fecha

CUESTIONARIO CPQ 8-10 CORTO Y DIDÁCTICO

ENCUESTA DE SALUD BUCAL

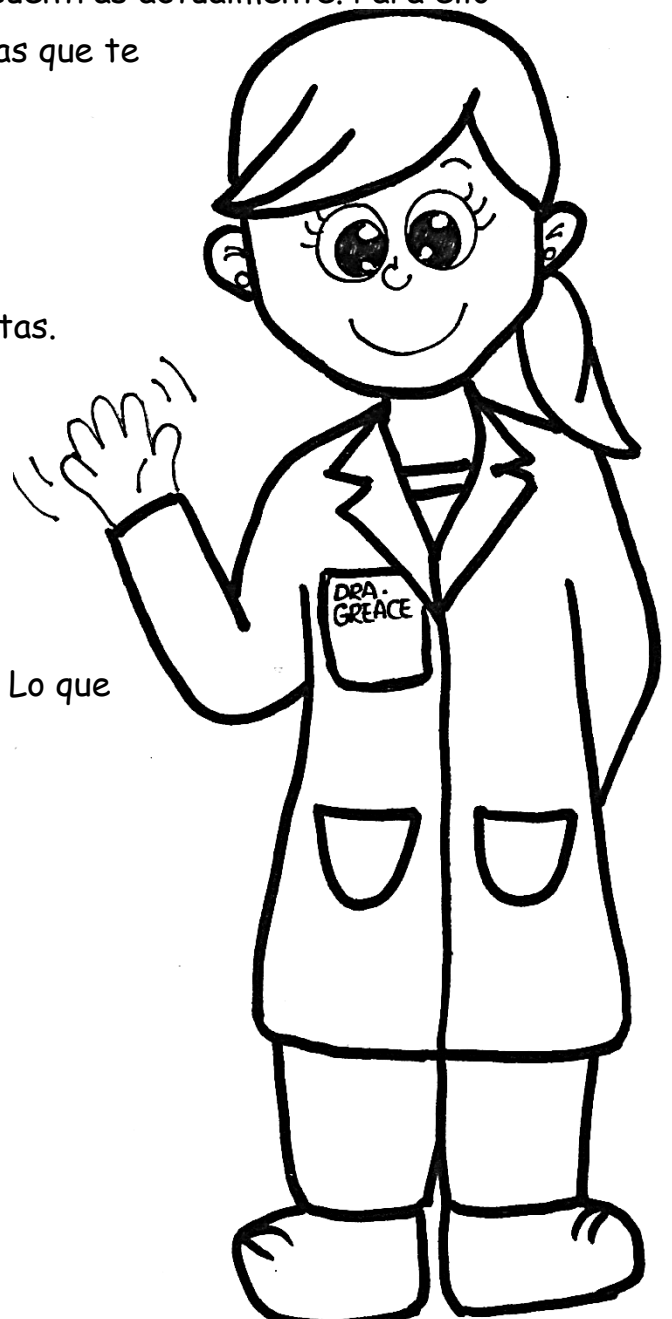
MI NOMBRE ES: _____

¡Hola! Nos gustaría saber cómo te encuentras actualmente. Para ello hemos preparado algunas preguntas a las que te pedimos contestes.

-Lee, por favor, cada una de las preguntas.

-Pon una cruz en la respuesta que creas mejor para ti.

-No hay respuestas correctas o falsas. Lo que nos importa es tú opinión.



Por favor, primero cuéntanos algo sobre ti. ¡Pon una cruz o escribe!

- Nombre de tu colegio _____
- ¿En qué grado estas? _____
- ¿Has ido al dentista este año? SI NO

1. ¿Eres un niño o una niña?



2. ¿Cuántos años tienes?

8
OCHO

9
NUEVE

10
DIEZ

3. ¿Cuándo piensas en tus dientes o tu boca, como dirías que están?



Muy buena



Buena



Regular



Mala

4. ¿Qué tanto te molestan tus dientes o tu boca en tu vida diaria?

- Para nada
- Un poco
- Algo
- Mucho



5. ¿Te has sentido avergonzado o tímido por causa de tus dientes o tu boca en las últimas cuatro semanas?

- Nunca
- 1 o 2 veces
- Algunas veces
- A menudo
- Todos los días o casi todos los días



6. ¿Te has sentido molesto por causa de tus dientes o tu boca en las últimas cuatro semanas?

- Nunca
- 1 o 2 veces
- Algunas veces
- A menudo
- Todos los días o casi todos los días



7. ¿Has estado preocupado (a) por lo que otras personas piensen acerca de tus dientes o tu boca en las últimas cuatro semanas?

- Nunca
- 1 o 2 veces
- Algunas veces
- A menudo
- Todos los días o casi todos los días



8. ¿Te has sentido triste o decepcionado debido a tus dientes o tu boca en las últimas cuatro semanas?

- Nunca
- 1 o 2 veces
- Algunas veces
- A menudo
- Todos los días o casi todos los días



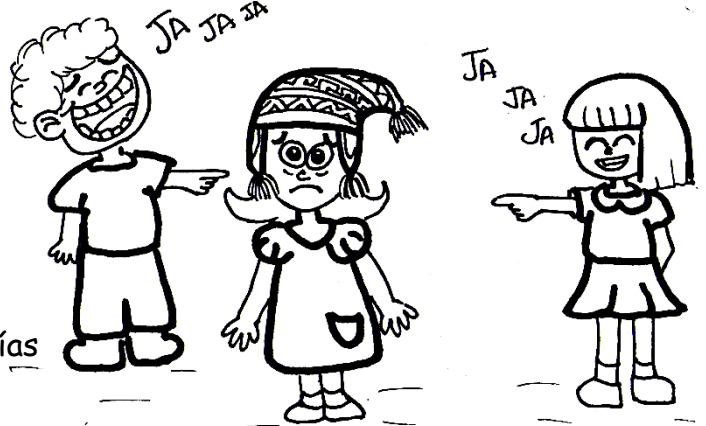
9. ¿Has evitado hablar o leer en voz alta durante tus clases por causa de tus dientes o tu boca en las últimas cuatro semanas?

- Nunca
- 1 o 2 veces
- Algunas veces
- A menudo
- Todos los días o casi todos los días



10. ¿Otros niños se han burlado de ti o ten han puesto apodos por causa de tus dientes o boca en las últimas cuatro semanas?

- Nunca
- 1 o 2 veces
- Algunas veces
- A menudo
- Todos los días o casi todos los días



11. ¿Trataste de no sonreír o reírte mientras estabas con otros niños por causa de tus dientes o tu boca en las últimas cuatro semanas?

- Nunca
- 1 o 2 veces
- Algunas veces
- A menudo
- Todos los días o casi todos los días



12. ¿Has tenido dificultad para dormir toda la noche por causa de tus dientes o tu boca en las últimas cuatro semanas?



- Nunca
- 1 o 2 veces
- Algunas veces
- A menudo
- Todos los días o casi todos los días



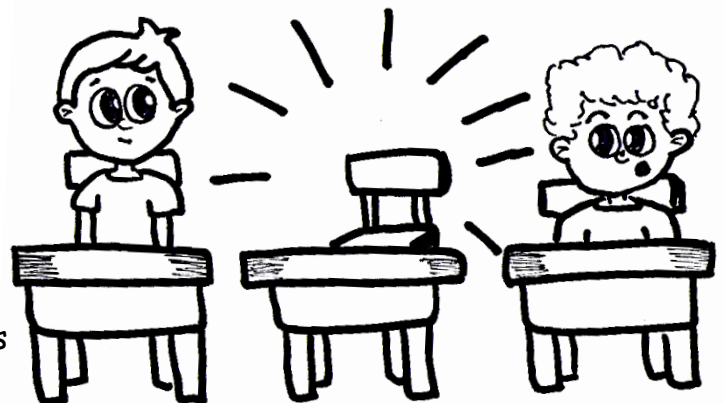
13. ¿Has sentido dolor en tus dientes o en tu boca en las últimas cuatro semanas?

- Nunca
- 1 o 2 veces
- Algunas veces
- A menudo
- Todos los días o casi todos los días



14. ¿Has faltado al colegio por causa de tus dientes o tu boca en las últimas cuatro semanas?

- Nunca
- 1 o 2 veces
- Algunas veces
- A menudo
- Todos los días o casi todos los días



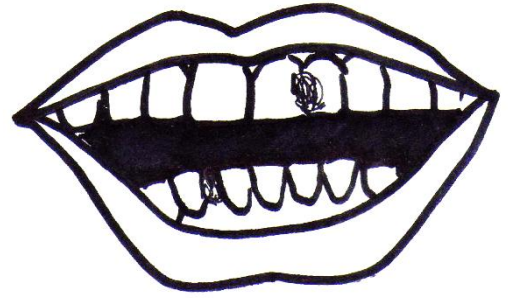
15. ¿Has tenido heridas en tu boca en las últimas cuatro semanas?

- Nunca
- 1 o 2 veces
- Algunas veces
- A menudo
- Todos los días o casi todos los días



16. ¿Se han quedado pedazos de alimentos en tus dientes en las últimas cuatro semanas?

- Nunca
- 1 o 2 veces
- Algunas veces
- A menudo
- Todos los días o casi todos los días



17. ¿Ha sido difícil morder o masticar alimentos como manzana, choclo o carne por causa de tus dientes o tu boca en las últimas cuatro semanas?

- Nunca
- 1 o 2 veces
- Algunas veces
- A menudo
- Todos los días o casi todos los días



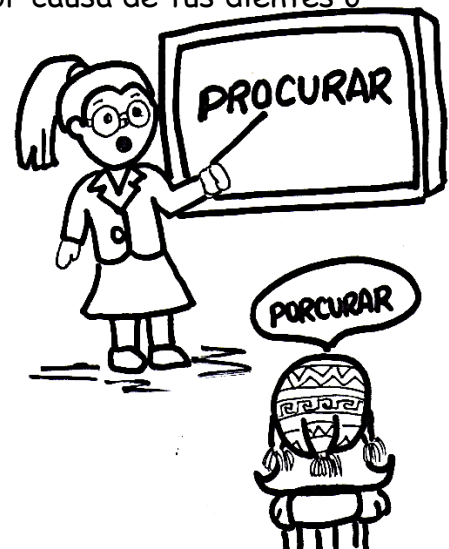
18. ¿Te han dolido los dientes cuando comiste o tomaste bebidas frías o calientes en las últimas cuatro semanas?

- Nunca
- 1 o 2 veces
- Algunas veces
- A menudo
- Todos los días o casi todos los días



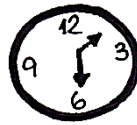
19. ¿Te ha sido difícil decir algunas palabras por causa de tus dientes o boca en las últimas cuatro semanas?

- Nunca
- 1 o 2 veces
- Algunas veces
- A menudo
- Todos los días o casi todos los días



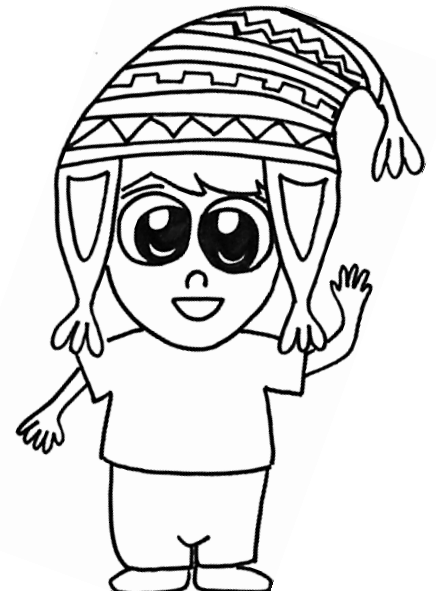
20. ¿Has necesitado más tiempo que los demás para comer tus alimentos por causa de tus dientes o tu boca en las últimas cuatro semanas?

- Nunca
- 1 o 2 veces
- Algunas veces
- A menudo
- Todos los días o casi todos los días



¡Muchas gracias por su colaboración!

C.D. Greace Kellyn Meneses Pillaca



ANEXO VI







10 GLOSARIO

- CALIDAD DE VIDA.- Es un concepto que hace alusión a varios niveles de generalización pasando por sociedad, comunidad, hasta el aspecto físico y mental, por lo tanto, el significado de calidad de vida es complejo y contando con definiciones desde sociología, ciencias políticas, medicina, estudios del desarrollo, etc.
- CHILD PERCEPTIONS QUESTIONNAIRE (CPQ).- Los cuestionarios de Percepción de Niños (CPQs) se han desarrollado 2002 a 2.006 en Canadá para medir la calidad de vida relacionada a salud bucal entre los niños de 6 a 14 años. Los CPQs son cuestionarios de auto-reporte.
- SALUD BUCAL.- El cuidado de la salud bucal consiste en mantener la boca y los dientes sanos.
- SINTOMATOLOGIA ORAL.- es la referencia subjetiva que da un enfermo de la percepción que reconoce como anómala o causada por un estado patológico o una enfermedad en el medio bucal.
- LIMITACION FUNCIONAL.- es la acción y efecto de limitar o limitarse. El verbo limitar refiere a poner límites a algo en su funcionalidad.
- BIENESTAR EMOCIONAL.- El bienestar emocional muestra la tranquilidad de ánimo propio de aquel que se siente bien consigo mismo.
- BIENESTAR SOCIAL.- El bienestar social se le llama al conjunto de factores que participan en la calidad de la vida de las personas en una sociedad y que hacen que su existencia posea todos aquellos elementos que dan lugar a la satisfacción humana.