



## **TESIS**

# **FACTORES SOCIOECONÓMICOS Y ESTADO DE CARIES DENTAL EN RELACIÓN A LA CALIDAD DE VIDA EN NIÑOS DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA NIÑO JESÚS DIVINO 2017- SURCO**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE CIRUJANO DENTISTA**

**PRESENTADO POR:**

**BACHILLER: CAMPOS REQUELME, HUGO**

**ASESORA:**

**ESP. ECHEVERRI JUNCA, LUZ HELENA**

**LIMA – PERÚ**

**2018**

A mi padre Hector y mi madre Bertha,  
que siempre me apoyaron y estuvieron  
en los momentos más difíciles de mi  
vida, durante mi formación como alumno  
en la Universidad

A mi esposa Elvira por el apoyo  
brindado moralmente y físicamente que  
de una u otra manera me ayudó para  
poder lograr este sueño de lucha,  
sacrificio, con el único propósito de  
culminar una etapa más de vida

A mi hija Belen y mi hijo Benjamín que  
han sido mi alegría y motivación para no  
desfallecer, a quienes les entrego todos  
los días ese amor de padre para  
sentirme feliz y tener esas fuerzas de  
estudiar

A la Dra Esp. Miriam del Rosario Vásquez Segura,  
Directora de la Escuela Profesional de  
Estomatología de la Universidad Alas Peruanas. Por  
su colaboración en firmar la carta de presentación  
que me permitió entregar a la IE Niño Jesús Divino  
para que me otorgen el permiso para la recolección  
de mi investigación

CD Mg Rosa Quiroz de la Torre, por transmitirme  
toda su experiencia en metodología de investigación  
y poder así concluir el trabajo de tesis de manera  
exitosa

A mi asesora Mg. Esp. Echeverri Junca, Luz Helena,  
por toda su orientación, sus consejos, por disponer  
de su tiempo en cada momento que corregía la tesis  
y por preocuparse para que este trabajo se termine  
logrando el objetivo trazado

## RESUMEN

La presente investigación tuvo como propósito medir el impacto de los factores socioeconómicos de los padres de familia y el estado de caries dental con relación a la calidad de vida en los niños que asisten a la IE Niño Jesús Divino.

La metodología fue de enfoque cuantitativo, no experimental, tipo diseño transversal, correlacional. La muestra estuvo conformada por 74 niños preescolares de 3 a 5 años, a quienes se les aplicó una encuesta previamente validado. En los resultados se encontró un impacto socioeconómico medio en los padres de familia representado por 79,7% (59 padres); donde el 41,9% (31 niños) tenían un impacto de vida regular; seguido de 27% (20 niños) impacto negativo. Además, se observó la caries dental con una severidad de caries establecida, con criterio ICDAS tipo 3 (29,2%); con impacto de vida en los niños regular 13,2% y negativo de 13,2%. Asimismo, el criterio ICDAS tipo 4 con 34,2%; impacto de vida negativo (21,7%).

En conclusión, se encontró que la mayoría de los padres de familia tuvieron un impacto socioeconómico medio 79,7% (59 padres); afectando a los niños preescolares con un impacto de vida regular 41,9% (31 niños). Y presentando una severidad de caries dental establecida con criterio ICDAS tipo 3 (29,2%); impacto de vida regular (13,2%); y negativo (13,2%); y el criterio ICDAS tipo 4 (34,2%) con impacto de vida de los niños negativo (21,7%).

**Palabras Clave:** Factores socioeconómicos, caries dental, estrato socioeconómico, calidad de vida en los niños.

## **ABSTRACT**

The purpose of the present investigation was to measure the impact of the socioeconomic factors of the parents and the state of dental caries in relation to the quality of life of the children who attend the IE Niño Jesús Divino.

His methodology was a quantitative approach, not experimental, cross-sectional, correlational type design. The sample consisted of 74 pre-school children from 3 to 5 years old, to whom a previously validated survey was applied. In the results, an average socioeconomic impact was found in the parents of the family represented by 79.7% (59 parents); where 41.9% (31 children) had a regular life impact; followed by 27% (20 children) negative impact. In addition, dental caries with an established caries severity was observed, with ICDAS type 3 criteria (29.2%); with impact of life in children regular 13.2% and negative of 13.2%. Also, the ICDAS criterion type 4 with 34.2%; negative life impact (21.7%).

In conclusion, it was found that the majority of parents had an average socioeconomic impact of 79.7% (59 parents); affecting preschool children with a regular life impact 41.9% (31 children). And presenting a dental caries severity established with ICDAS criterion type 3 (29.2%); impact of regular life (13.2%); and negative (13.2%); and the ICDAS type 4 criterion (34.2%) with a negative impact on the children's life (21.7%).

**Keywords:** Socioeconomic factors, dental caries, socioeconomic status, quality of life in children.

## ÍNDICE

Pág.

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

RESUMEN

ABSTRACT

ÍNDICE

ÍNDICE DE TABLAS

ÍNDICE DE GRÁFICOS

INTRODUCCIÓN

11

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

1.1 Descripción de la realidad problemática

12

1.2 Formulación del problema

15

1.3 Objetivos de la investigación

15

1.4 Justificación de la investigación

16

1.4.1 Importancia de la investigación

17

1.4.2 Viabilidad de la investigación

19

1.5 Limitación del estudio

19

### **CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO**

2.1 Antecedentes de la investigación

21

2.2 Bases teóricas

31

2.2.1 Calidad de vida

31

2.2.2 Factores que influyen en la calidad de vida

32

2.2.3 Medición de la calidad de vida

33

2.3 Caries dental	34
2.3.1 Etiología de la caries dental	35
2.3.2 Caries de infancia temprana (CPI)	35
2.3.3 Sistema Internacional de Detección y evaluación de la caries	36
2.3.4 Calidad de vida relacionado con la salud bucal	37
2.3.5 Consecuencia de caries dental relacionado con la calidad de vida	37
2.4 Características sociodemográficas como factor de riesgo de CPI	39
2.4.1 Nivel socioeconómico	39
2.4.2 Instrumento (ECOHis)	41
2.4.3 Problemas bucales	41
2.4.4 Impacto de la caries dental	42
2.5 Definición de los términos	43
<b>CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN</b>	
3.1 Formulación de hipótesis principal y derivadas	45
3.2 Variables; dimensiones e indicadores, definición conceptual y operacionalización	46
<b>CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA</b>	
4.1 Diseño metodológico	48
4.2 Diseño muestral	49
4.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad	50
4.4 Técnica de procesamiento de la información	52
4.5 Técnica estadísticas utilizadas en el análisis de la información	54
4.6 Aspectos éticos contemplados	54

## **CAPÍTULO V: ANÁLISIS DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

5.1 Análisis descriptivo, tablas de frecuencia, gráficos, dibujos, fotos, tab	56
5.2 Comprobación de hipótesis, Técnica estadísticas empleadas	71
5.3 Discusión	77
<b>CONCLUSIONES</b>	86
<b>RECOMENDACIONES</b>	88
<b>FUENTES DE INFORMACIÓN</b>	89

## **ANEXOS**

ANEXO 1: Carta de presentación

ANEXO 2: Constancia desarrollo de la investigación

ANEXO 3: Certificado de ejecución

ANEXO 4: Consentimiento informado

ANEXO 5: Instrumento de recolección de datos

ANEXO 6: Instrumento ECOHIS

ANEXO 7: Matriz de consistencia

ANEXO 8: Fotografías



<b>ÍNDICE DE TABLAS</b>	<b>Pág.</b>
<b>Tabla N° 01:</b> Impacto de los factores socioeconómicos de los padres de familia y el estado de caries dental con relación a la calidad de vida	56
<b>Tabla N° 02:</b> Impacto de los factores socioeconómicos de los padres de familia con relación a la calidad de vida de los niños	59
<b>Tabla N° 03:</b> Impacto de la caries dental con relación a la calidad de vida en los niños	61
<b>Tabla N° 04:</b> Impacto de la caries dental con relación a la calidad de vida en los niños por género	63
<b>Tabla N° 05:</b> Impacto de la caries dental con relación a la calidad de vida en los niños por edad	66
<b>Tabla N° 06:</b> Impacto de los factores socioeconómicos de los padres de familia relacionados con la presencia y severidad de caries dental en los niños	69

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Pág.

<b>Gráfico N° 01:</b> Impacto de los factores socioeconómicos de los padres de familia y el estado de caries dental con relación a la calidad de vida	58
<b>Gráfico N° 02:</b> Impacto de los factores socioeconómicos de los padres de familia con relación a la calidad de vida de los niños	60
<b>Gráfico N° 03:</b> Impacto de la caries dental con relación a la calidad de vida en los niños	62
<b>Gráfico N° 04:</b> Impacto de la caries dental con relación a la calidad de vida en los niños por género	65
<b>Gráfico N° 05:</b> Impacto de la caries dental con relación a la calidad de vida en los niños por edad	68

## INTRODUCCIÓN

En la actualidad el impacto de los factores socioeconómicos es traducido en desigualdades y reflejadas en su estado de salud. En el área urbana del Perú, según datos de la Encuesta Nacional de hogares del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), la mayoría de las viviendas son de ladrillo o bloque de cemento y el piso es de cemento. El grado de educación alcanzado por el 40,7% de la población del área urbana es el quinto año de secundaria y el 59,4% de los menores de 14 años cuenta con algún tipo de seguro.<sup>1</sup>

Según el censo de población y vivienda, este reporte muestra que en el país el 42,3% de la población cuenta con algún tipo de seguro de salud. El 18,4% está protegido por Seguro Integral de Salud (SIS), seguido de aquellos que acceden únicamente al seguro social ESSALUD con 17,4%. A otros seguros (Seguro privado de salud, seguro de las Fuerzas Armadas y Policiales, Seguro universitario, Seguro escolar privado) accede el 5,9%; y finalmente el 0,5% tienen seguro de ESSALUD y otro seguro privado.<sup>1</sup>

La caries dental representa un problema de salud pública debido a su alta prevalencia e incidencia en todas las regiones del mundo, además la mayor carga de caries dental se encuentra en las poblaciones marginadas socialmente y en condiciones de pobreza.<sup>2</sup>

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

### **1.1 Descripción de la realidad problemática**

En la actualidad la caries dental es un proceso dinámico y multifactorial, la no atención oportuna causa la pérdida del órgano dentario, logrando constituirse como un foco infeccioso para el individuo y para las personas vinculadas a él; sumado a ello, actualmente hay mucho desconocimiento por parte de la población sobre la importancia de conservar las piezas de la dentición primaria.<sup>3</sup>

La presencia de lesiones de caries dental puede afectar el desarrollo normal de la cotidianidad ya que producen dolor e imposibilidad de realizar acciones habituales como masticar; lo que puede generar pérdida de apetito y disminución de peso, dificultad para dormir, problemas psicológicos y emocionales (irritabilidad, baja autoestima, apreciación negativa), por lo tanto la caries dental es una enfermedad que no solo perturba la salud bucal, por el contrario también puede llegar a afectar la calidad de vida del individuo y quienes lo rodean.<sup>4</sup>

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce a la calidad de vida relacionada a la salud bucal (CVRSB) como una parte integral de la salud general y el bienestar. La CVRSB es un constructo multidimensional que incluye una evaluación subjetiva de la salud bucal de la persona, el bienestar funcional, el bienestar emocional, las expectativas y la satisfacción con la atención y el sentido de sí mismo.<sup>5</sup>

En los países en vías de desarrollo, la caries dental es un problema social que afecta a gran parte de la población, es reconocida como un factor de riesgo de otras enfermedades bucales, y está asociada a una deficiente higiene bucal, al consumo de una dieta cariogénica, a la visita no habitual al odontólogo, al nivel de ingresos económicos y al conocimiento insuficiente sobre la salud dental; esta, puede presentarse ocasionando la necesidad de extraer la pieza dental, inclusive desde la primera dentición.<sup>6,7</sup>

La evaluación de la calidad de vida esta relacionada con la salud bucal; donde los padres cumplen un papel fundamental en la conservación de la buena salud bucal de sus niños, pues son los responsables de la elección de la dieta que consumen, son los encargados de velar por la buena higienización dental y de llevarlos a sus controles preventivos al odontólogo; de manera tal que se puedan controlar los aspectos considerados riesgosos para su salud estomatológica.<sup>8,9</sup>

Desde décadas anteriores, se han venido realizado diversos estudios sobre la CVRSB en los niños encontrándose asociación entre CVRSB y el estado de salud bucal, el ambiente familiar, la educación de los padres, factores socioeconómicos y hasta el aspecto psicosocial.<sup>10,11</sup> Sin embargo, aún se necesita más investigación para evaluar el verdadero impacto de la CVRSB y la influencia de los tratamientos odontológicos en la percepción de la CVRSB.<sup>12</sup>

Los esfuerzos de prevención de los problemas de salud bucal están relacionados con la caries dental en los niños y requieren atención especial. Es porque las complicaciones de lesiones cariosas en los niños no sólo tienen potencial para evolucionar, también tienen un impacto significativo en la calidad de vida de los niños asociados con trastornos del sistema masticatorio y las actividades diarias del niño.<sup>13</sup>

Días Cardenas; en su estudio demuestra que algunos factores familiares y socioeconómicos, se encuentran dentro de los componentes que influyen para que la caries dental se inicie, donde cuyos padres presentaban secundaria incompleta, familias con ingresos socioeconómicos menores a un salario mínimo y las que se encontraban afiliadas a un seguro integral de salud, aunque sin diferencias significativas.<sup>14</sup>

Asimismo, la Escuela Profesional de Estomatología de la UAP, cumple un papel fundamental de realizar todos los esfuerzos de prevención de salud bucal, visitando diversos colegios de Lima metropolitana, con el objetivo de conocer el impacto de calidad de vida en los niños, especialmente relacionado con problemas de salud bucal.

En la Institución Educativa Niño Jesús Divino del distrito de Surco, no se ha realizado estudios sobre el estado de salud bucal de los niños; y los factores socioeconómicos de los padres de familia relacionado CVRSB.

## **1.2 Formulación del problema**

### **1.2.1 Problema principal**

- ¿Cuál es el impacto de los factores socioeconómicos y estado de caries dental en relación a la calidad de vida en niños que asisten a la IE Niño Jesús Divino?

### **1.2.2 Problemas específicos**

- ¿Cuál es el impacto socioeconómico de los padres de familia en relación a la calidad de vida en los niños que asisten a la IE Niño Jesús Divino?
- ¿Cuál es el estado de caries dental en relación a la calidad de vida en los niños que asisten a la IE Niño Jesús Divino?
- ¿Cuál es el estado de caries dental en relación a la calidad de vida por género en los niños que asisten a la IE Niño Jesús Divino?
- ¿Cuál es el estado de caries dental en relación a la calidad de vida por edad en los niños que asisten a la IE Niño Jesús Divino?
- ¿Cuáles son los factores socioeconómicos relacionados con la presencia de caries dental en los niños que asisten a la IE Niño Jesús Divino?

## **1.3 Objetivos de la investigación**

### **1.3.1 Objetivo principal**

- Determinar el impacto de los factores socioeconómicos y estado de caries dental en relación a la calidad de vida en niños que asisten a la IE Niño Jesús Divino.

### **1.3.2 Objetivos específicos**

- Identificar el impacto socioeconómico de los padres de familia en relación a la calidad de vida en los niños que asisten a la IE Niño Jesús Divino.
- Determinar el estado de caries dental en relación a la calidad de vida en los

niños que asisten a la IE Niño Jesús Divino.

- Determinar el estado de caries dental en relación a la calidad de vida por género en los niños que asisten a la IE Niño Jesús Divino.
- Determinar el estado de caries dental en relación a la calidad de vida por edad en los niños que asisten a la IE Niño Jesús Divino.
- Identificar los factores socioeconómicos relacionadas con la presencia de caries dental en los niños que asisten a la IE Niño Jesús Divino.

#### **1.4 Justificación de la investigación**

Es importante evaluar los factores socioeconómicos de los padres de familia relacionado con la calidad de vida y la caries dental de los niños, enmarcándose dentro de las acciones destinadas a incluir aspectos y factores tales como el estado de salud bucal y todos aquellos factores de riesgo que se encuentren expuestos, es por ello que su intervención en el estudio debe ser de inmediato.

Este estudio tiene una justificación en conseguir evidencia científica acerca de los factores socioeconómicos de los padres de familia y la caries dental, que a partir de esta información, será posible planificar e implementar diferentes programas de prevención bucal, acciones específicas para la salud e innovar en la atención odontológica desde una perspectiva integral.

Esta investigación tiene una justificación fundamentada en la necesidad de trabajar en equipo con los especialistas de odontopediatría y los estudiantes de la clínica pediátrica de niño I y II en la Universidad Alas Peruanas, mediante la actualización de las temáticas relacionadas con la educación y capacitación en



calidad de vida con la única finalidad de llegar a promocionar la salud bucal o prevenir las enfermedades presentes en la cavidad bucal.

También está justificada por los pocos estudios en el Perú, respecto al impacto de factores socioeconómicos de los padres de familia y la enfermedad de caries dental relacionados con la calidad de vida en los niños, debido a la escasa información actualizada, este estudio ayudará a que las investigaciones en esta área sean más específicas y ayuden más en el ámbito social, mantener políticas de salud en beneficio de las poblaciones más vulnerables en el Perú.

Además, los resultados de esta investigación buscarán brindar a los niños la oportunidad de vivir en mejores condiciones físicas, sociales y mentales, para que luego ellos puedan enfrentarse al mundo ante cualquier amenaza. Y que los padres de familia reflexionen que los factores económicos, si influyen en el avanzé progresivo de la enfermedad de caries dental, y con esa información se podrá tener un diagnóstico situacional de sus menores hijos y los padres de familia, permitirán que sus menores hijos sean atendidos a la brevedad en cualquier consultorio Pediátrico.

#### **1.4.1 Importancia de la investigación**

Los hallazgos que deriven del estudio serán importantes para conocer la caries dental relacionada con la calidad de vida en los niños que asisten a la IE Niño Jesús Divino, ya que contribuirá con el conocimiento de los componentes sociales y emocionales concernientes con la salud bucal de la población infantil,

así mismo servirá como un diagnóstico apropiado poblacional para observar los factores que afectan en la calidad de vida en los niños, permitiendo crear programas de salud bucal con la finalidad de disminuir la incidencia de caries dental, como parte de la mejora de la situación problemática.

La información obtenida en el presente trabajo en la IE Niño Jesus Divino, será importante promocionar la salud bucal a los padres de familia, ya que un gran número de padres, piensan que los niños no deben recibir un tratamiento oportuno de las distintas enfermedades en la cavidad oral, y se ha observado que ellos recién tienen preocupación por sus menores hijos, cuando la enfermedad de caries dental ha progresado, y sus niños recién manifiestan dolor en sus dientes, es por ello que los padres deben tener la iniciativa constante de revisar sus dientes a sus hijos.

Asimismo, el estudio es interesante porque evitará tratamientos de manera empírica, siendo consciente del impacto que puede producir los problemas bucales detectados en la calidad de vida de los niños, además este instrumento proporcionará información para futuras investigaciones, dando un aporte científico y creando un interés por los odontólogos especialistas, para que ellos incursionen en esta línea de investigación.

Esta investigación servirá para justificar estudios epidemiológicos en poblaciones de mayor tamaño y de distintos estratos socioeconómicos en el

Perú, para conocer que otros problemas bucales causan impacto negativo en la calidad de vida de los niños.

### **1.5.2 Viabilidad de la investigación**

El presente trabajo de investigación fue viable de desarrollar, debido a que se contó con el apoyo y aceptación por parte de la Institución Educativa Niño Jesús Divino, facilitando el acceso a sus ambientes de clases y a la población de estudio que eran los niños que iban hacer examinados. Con el permiso de la Directora del colegio y los profesores encargados de cada aula se logró recolectar los datos de las encuestas llenados por padres de familia y posteriormente se evaluó a cada niño su estado de caries dental para llevar toda esa información al odontograma.

De igual manera el instrumento a utilizar es de fácil comprensión para los padres de familia y recurrió de poco tiempo para su llenado, se contó con los conocimientos necesarios para los casos donde se necesitó explicar y capacitar al padre de familia sobre los términos usados y para la obtención de información real. Además, el estudio es viable ya que el investigador cuenta con los recursos económicos y materiales necesarios para realizar la recolección de datos y el conocimiento apropiado para el desarrollo de esta investigación.

### **1.5.3 Limitaciones del estudio**

Las limitaciones del trabajo de campo fueron:

- Se contó con algunos inconvenientes respecto a la aprobación del consentimiento informado, aceptación por parte de los padres de familia para

la recolección de información (examen clínico a los niños y encuestas a los padres), en el momento de realizar la recolección de datos.

- Inasistencia de algunos niños a la IE Niño Jesus Divino y otros que no correspondían al rango de edad requerido para la presente investigación.
- La mayoría de los padres, no firmaron el permiso de autorización que se adjunto en el cuaderno de control de cada niño.

## CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

### 2.1 Antecedentes internacionales

**Díaz C. (2011)**, realizó un estudio para describir la prevalencia y severidad de la caries en niños del colegio John F. Kennedy de Cartagena de Indias y su relación con factores familiares. Su estudio fue descriptivo y transversal, lo realizó en 243 estudiantes, se evaluó la prevalencia de caries dental mediante el índice CPO-D y ceo-d, la severidad mediante los criterios ICDAS II y realizó una encuesta para las variables familiares que incluía el APGAR familiar para medir funcionalidad familiar, realizó su análisis mediante estadísticas descriptivas y las diferencias entre los grupos que se hicieron mediante la prueba de  $\chi^2$ . En los resultados observó que la prevalencia de caries fue de 51 %, de los cuales el 32 % eran los niños de 4 a 5 años ( $p = 0.04$ ), el 70 % eran las niñas ( $p = 0.02$ ) y el 21 % de los padres presentaban secundaria incompleta ( $p=0,04$ ), el 44 % de sus padres vivían en unión libre 45 % en estrato socioeconómico bajo, el 52 % en familias nucleares, 42 % reciben ingresos menores a un salario mínimo, 66 % afiliadas al sistema de salud y el 59 % viven en familias disfuncionales, pero no se encontraron diferencias significativas para estas variables. En conclusión, el autor observó la alta prevalencia de caries en niños que podría estar relacionada con la edad, el sexo y con la escolaridad del padre y recomendó que sería necesario hacer otros estudios que confirmen relaciones más significativas entre la caries y los factores familiares.<sup>14</sup>

**Arrieta V. et al (2012)**, realizó un estudio sobre factores familiares asociados a la presencia de caries dental en niños escolares de cartagena, Colombia con el

objetivo identificar los factores socio económicos, familiares y su asociación con la prevalencia de caries en niños del colegio Madre Gabriela de San Martín, su diseño de su estudio fue de corte transversal, participantes 224 estudiantes seleccionados aleatoriamente por muestreo estratificado, en sus mediciones principales se evaluaron los factores socio económicos y familiares, escolaridad y rol de los padres. En los resultados observó que la prevalencia de caries fue de 51% (IC 95%: 44-57), más en el sexo femenino (70%;  $p=0,02$ ). Al ser relacionadas las variables familiares con la caries dental, únicamente encontró una asociación significativa con el rol ejercido por el padre como formador de hijos (OR:0,40; IC 95%: 0,18-0,86;  $p<0,01$ ). En conclusiones el autor aporta de que los padres son tradicionalmente un proveedor económico, el nuevo rol del padre tiene que ver con la formación del hijo que podría influir positivamente en la disminución de la caries dental y debe ser parte activa en las actividades de promoción y prevención en salud bucal.<sup>15</sup>

**Díaz C. et al (2013)**, realizó su estudio para asociar caries dental con el nivel de riesgo familiar en escolares de la Boquilla, Cartagena, su metodología de estudio fue de corte transversal, se evaluó en 201 escolares clínicamente, la prevalencia, experiencia y severidad de las lesiones de caries dental (índice CPOD, ICDAS II) en escolares y a través de un cuestionario aplicado a las familias de los niños se evaluaron los factores socio demográficos y familiares (estructura, rol y autoridad de los padres, antecedentes médicos familiares), el nivel de riesgo familiar total (RFT 5-33) y la funcionalidad familiar (Apgar Familiar), se realizó estadística descriptiva y estimación de razones de disparidad (OR). En los

resultados observó que la prevalencia de caries dental fue del 95% (IC 95%; 92-98). El 55% (IC 95%; 48 – 61,9) de las familias se encuentran en el nivel de riesgo familiar de amenaza. Para el nivel de riesgo familiar total no se encontró asociado con la presencia de caries dental pero al asociar los factores de riesgo de manera individual se encontró asociación entre ingresos < de 1 Salario Mínimo Legal Vigente (SMMLV) (OR: 3,83; IC 95%: 1,04-14; p = 0,04), presencia de antecedentes médicos familiares (OR: 5,14; IC 95% 1,06-24,8; p = 0,04), rol no ejercido por el padre (OR: 0,25; IC 95%: 0,06-0,94; p = 0,04) y la presencia de caries dental en niños. En conclusiones el investigador opina que las familias con ausencia de figuras paternas, escasos recursos económicos y con presencia de antecedentes médicos familiares comprometen la salud bucal de los niños.<sup>16</sup>

**Peréz P. et al (2015)**, realizó su estudio para establecer relación entre el impacto de lesiones cariosas y la calidad de vida en niños con edad preescolar de instituciones educativas de Cartagena. Su metodología fue de corte transversal en 200 niños de 2 hasta 5 años y cuidadores, de varias instituciones educativas del sector público de Cartagena, diagnosticó la caries dental según ICDAS II a los menores; además indagó a los acudientes por datos sociodemográficos, percepción del padre con respecto a las limitaciones que tuvo el niño al presentar patologías bucales; al recibir tratamiento para las mismas e impacto en la calidad de vida utilizando el instrumento Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS). En los resultados observó que el 51% de los participantes se encontraban en edad de 5 años, eran de sexo masculino y presentaban lesiones de mancha blanca y microcavidades. Además, en el análisis del instrumento

observó que la salud bucal está impactando de forma negativa los niños en edades entre 3 y 5 años. Finalmente, al realizar el modelo multivariado con regresión de poisson encontró que los factores que más impactan en la calidad de vida de los niños son presencia de caries dental, tratamientos dentales sin resolver y frecuencia de visitas al odontólogo. En conclusión, el autor encontró un estado de salud bucal en los niños inferior al óptimo y observó un impacto significativo en F-ECOHIS, por lo tanto, sugirió de que se deben promover el cepillado bucal como principal estrategia de prevención de la caries dental.<sup>17</sup>

**Bernarda M, et al. (2016)**, realizó un estudio para evaluar la percepción de los padres sobre el impacto de la caries dental (CD), el traumatismo de los dientes (TD) y la maloclusión dental (MD) sobre la calidad de vida en niños preescolares. Su metodología de estudio fue de transversal en niños preescolares de instituciones públicas y privadas, recolectó su información a partir de una encuesta que evaluó variables socio demográficas e incluyó dos instrumentos de relatos de padres validados en español para medir Calidad de Vida en relación a la Salud Bucal (CVRSB) en preescolares (ECOHIS). Evaluó la experiencia y severidad de lesiones de CD, TD y MD según los criterios ICDAS, Andreasen y Andreasen, Foster y Hamilton, respectivamente y realizó un análisis de regresión de Poisson para asociar las variables clínicas y sociodemográficas a la CVRSB, en sus resultados observó que más de la mitad de los niños evaluados presentaron caries dental ya sea en lesión inicial o cavitacional, La edad de los niños de 3 a 5 años de edad, las madres con baja escolaridad, 4 miembros de la familia, la familia no nuclear, presencia de TD y caries código 6



mostraron un impacto negativo en el dominio de síntomas orales. Tener familia no nuclear, y caries código 6 mostraron un impacto negativo en el dominio psicológico, mientras que no tienen casa de propiedad mostró un impacto positivo. Tener familia no nuclear y caries código 6 mostraron un impacto negativo en el dominio de autoimagen e interacción social. La presencia de trauma dental, prevalencia de ICDAS severo y caries código 4, mostraron un impacto negativo en dominio de angustia de los padres. La edad de los niños de 3 a 5 años de edad y presentar caries código 6 mostraron un impacto negativo en el dominio de la funcionalidad familiar. En conclusión, el autor observó que la CD y el TD tienen un impacto negativo en la salud oral de niños preescolares con relación a la calidad de vida según la percepción de los padres; las lesiones severas de caries muestran que causan un impacto negativo, al igual que el número de dientes con caries. Esto quiere decir que mientras más comprometida se encuentre salud bucal de los niños, más preocupación habrá en los padres. Además, los factores socioeconómicos y una estructura familia no nuclear, impactan negativamente la calidad de vida de los niños y su familia. Por otro lado, las MD no están relacionadas con esto según la percepción de los padres o cuidadores.<sup>18</sup>

**Villarruel C. (2016)**, realizó un estudio sobre la influencia de la salud bucal en la calidad de vida en escolares de 11 a 14 años del instituto de investigación, Educación y Promoción Popular del Ecuador, Su metodología de estudio fue de transversal, recolectó su información a partir de dos instrumentos para medir en niños como el Child Oral index Daily Performance (Child OIDP), que se aplicó en

escolares de 11 a 14 años del Instituto de Investigación, y promoción popular del Ecuador; Este consta de ocho dimensiones que calculan el impacto en la realización de diferentes actividades de la vida diaria. Encontramos que las dimensiones más afectadas fueron el comer, hablar y limpiar los dientes, siendo los puntuados el recambio dental, la sensibilidad y la mal posición dental. Los hombres tienen mejor calidad de vida y en cuanto a la edad; a menor edad mejor calidad de vida. El investigador al comparar el Índice de Higiene Oral Simplificado y el Child OIDP encontró gran significancia dado que el 66.7% de los examinados presentaron un mal nivel de IHOS y un impacto severo en cuanto a la calidad de vida.<sup>19</sup>

**Ruffo O. et al (2016)**, realizó un estudio sobre los factores asociados con la calidad de vida en niños escolares y la salud saludable. Su objetivo fue evaluar la asociación de factores socioeconómicos y condiciones clínicas en la calidad de vida relacionada a la salud bucal (COHRQoL) de niños escolares, su diseño de su estudio fue transversal, utilizó una muestra representativa de 547 niños de 0-5 años de edad de Santa Maria, Brasil, en 2013. Sus datos fueron recolectados en el día Nacional de multivacunación Infantil por dentistas calibrados, en los exámenes clínicos evaluaron la prevalencia de la caries dental y el trauma dental. La información sobre las condiciones socioeconómicas de los niños fue recogida a través de un cuestionario estructurado respondido por los padres de familia. La COHRQoL se midió utilizando la versión brasileña de Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS). Los modelos de regresión multivariada sirvieron para evaluar la asociación entre las condiciones clínicas, condiciones

socioeconómicas y COHRQoL. Resultados de la prevalencia de caries dental y trauma dental fue 16,42% y 22,49%, respectivamente. Se encontraron las mayores medias de los ECOHIS en niños mayores, aquellos con dolor de diente y aquellos cuya madre tuvieron menor nivel de educación formal. Las condiciones clínicas que se asociaron con un impacto negativo en la calidad de vida relacionada con la salud bucal fueron una experiencia de caries (RR 4,12; IC 95% 3,10-5,46) y trauma dental (RR 1,37 ; IC 95% 1,01-1,86). En conclusión, el investigador observó que las condiciones socioeconómicas y clínicas tuvieron un impacto negativo sobre la COHRQoL, indicando la necesidad de estrategias preventivas y políticas destinadas a mejorar la calidad de vida de la población estudiada.<sup>20</sup>

**Taufan B. (2016)**, realizó un estudio sobre la aplicación en la evaluación de la calidad de vida en los niños para promover la fiabilidad en los servicios de calidad en salud dental. Objetivo los servicios de salud dental como proveedor de servicios deben evaluar y promover su calidad de servicio, la evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud oral puede ser un material valioso para la planificación y evaluación de los servicios de salud dental, la evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud bucal aplica los aspectos socio-dentales de los indicadores y proporciona información sobre el impacto de las condiciones orales en la calidad de vida. Uno de los aspectos de evaluación de la calidad del servicio del paciente es la fiabilidad del tratamiento dental, la fiabilidad del tratamiento dental no se centra únicamente en la resolución de problemas patológicos dentales, sino también en la mejora de la calidad de vida del

paciente, este estudio examinó la aplicación de la evaluación de la calidad de vida de los niños como una base de planificación de decisiones para promover los aspectos de fiabilidad en la calidad de los servicios de salud dental infantil. Material y Método: Este estudio puede ser considerado como una investigación analítica observacional usando diseño de estudio transversal, esta investigación se llevó a cabo en el Servicio de Salud Dental de la Comunidad de Wates Mojokerto a principios de 2015, la población de esta investigación involucró a niños de 3 a 5 años que tenían caries dental y también eran estudiantes en el programa de kindergarten y primera infancia en Wates Mojokerto Community Dental Health Service y también sus madres. Así, el total de la población en esta investigación fue de 309 niños y incluidas las madres. El instrumento utilizado en este estudio fue el instrumento de medición de la calidad de vida relacionada con la salud bucodental de los niños, que había sido probado para su validez y confiabilidad. Resultados el número de caries dentales tuvo un efecto considerable en la calidad de vida de los niños de 3 a 5 años, los niños que se vuelven quisquillosos o ansiosos tenían la mayor frecuencia de insidencia que otros impactos. hubo diferencias significativas en el número de caries dentales entre la insidencia en los impactos de la calidad de vida. En conclusión el autor encontró que la condición quisquillosa o ansiosa de los niños era el factor prioritario para los padres en la evaluación de los aspectos de confiabilidad de la calidad de los servicios de salud dental en el Servicio de Salud Dental Comunitaria de Wates Mojokerto, esta información se convierte en un aporte valioso para el Servicio de Salud Dental Comunitaria de Wates Mojokerto en la planificación de procedimientos de tratamiento dental eficaces y confiables para

los niños.<sup>21</sup>

## **2.2 Antecedentes Nacionales**

**Mattos MA. (2011)**, realizó un estudio sobre los factores socioeconómicos y de comportamiento relacionados con la historia de caries dental (HCD) en niños de 6 y 12 años de colegios estatales del distrito de La Molina, en Lima, Perú, examinó clínicamente una muestra representativa de 257 y 139 niños de 6 y 12 años respectivamente siguiendo los criterios diagnósticos de la OMS para la caries dental. La información sobre los posibles indicadores de riesgo de caries fue recolectada por medio de un cuestionario dirigido a los padres. En los niños de 6 años, la prevalencia de caries fue de 81,7 % con un ceo-d de 4,35, mientras que en los niños de 12 años la prevalencia fue de 92,8% con un CPO-D de 3,86. El autor en el análisis de regresión logística binaria múltiple encontró que, en los niños de 6 años, únicamente el hábito de higiene bucal y la valoración de la salud dental estuvieron asociados significativamente con la HCD. En los niños de 12 años ninguno de los factores estudiados mostró significancia estadística. En los niños de 6 años la HCD en dentición decidua fue mayor en aquellos que cepillaban sus dientes una vez al día y acudieron al dentista por motivo de urgencia. En los niños de 12 años, ninguno de los factores socioeconómicos y de comportamiento evaluados fue suficiente para identificar los niños con mayor HCD en dentición permanente.<sup>22</sup>

**Paredes M. et al (2014)**, realizó un estudio para determinar el impacto de las condiciones bucales sobre la calidad de vida relacionada a la salud bucal

(CVRSB) en escolares de 11 y 12 años de edad de la Institución Educativa César Vallejo del distrito de San Juan de Miraflores, a través del Cuestionario Child Oral Impacts Daily Performance (OIDP), en el año 2013. Material y métodos es un estudio transversal, observacional que evaluó 169 escolares que cumplieron con los criterios de selección. Los datos fueron recolectados a través de una entrevista, empleando el instrumento OIDP versión en español validada para el Perú. Resultados se encontraron impactos en los desempeños: comer (55%), hablar (24.9%), limpiarse la boca (41.4%), dormir (22.5%), emoción (16%), sonreír (47.3%), estudiar (18.3%) y socializar (20.7%). En conclusión, el investigador encontró que la prevalencia del impacto de las condiciones bucales sobre la calidad de vida de los escolares de 11 y 12 años de edad de la Institución Educativa César Vallejo fue del 100%; presentando al menos un desempeño diario impactado; siendo los más afectados: comer y sonreír.<sup>23</sup>

**Apaza R. (2015)**, realizó un estudio sobre la influencia de los factores sociodemográficos, familiares y el estado de la salud bucal en la calidad de vida de los adolescentes. 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. Materiales y métodos: En este estudio descriptivo y transversal se tomó una muestra aleatoria constituida por 131 adolescentes peruanos de 11 a 14 años. El cuestionario de CVRSB utilizado fue el Child Perceptions Questionnaire (CPQ). 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. En los resultados el autor observó 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 CPQ 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 ( $p < 0.05$ ). Conclusión: 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 inmerso.<sup>24</sup>

## **2.2 Bases teóricas**

### **2.2.1 Calidad de vida**

La OMS define a la salud como el estado completo de bienestar físico y social que tiene una persona; resultado de una evolución conceptual, y reemplazo de una noción que se tuvo durante mucho tiempo, que presumía que la salud era simplemente la ausencia de enfermedades biológicas. A partir de la década de los cincuenta, la OMS revisó esa definición y finalmente la reemplazó por esta nueva, en la que la noción de bienestar humano trasciende lo meramente físico.<sup>25</sup>

La calidad de vida, como un estado de satisfacción, derivado de la puesta en marcha de las potencialidades de cada persona; es la sensación interna de bienestar físico, psicológico y social, puesto que aborda de manera integral el concepto y el mecanismo para que sea satisfactoria. Plantea que el ser humano debe tener una postura abierta, propositiva y de afrontamiento para que a nivel personal, psicológico, físico y, por lo tanto, social sea una persona con altos niveles de calidad de vida, pues esta no depende de los azares del medio, sino de los esfuerzos y estrategias que el ser humano ponga en marcha para estar, sentirse bien y satisfecho con los logros alcanzados. Esta teoría no solo evalúa si la calidad de vida es buena o mala, sino que compromete y hace responsable al sujeto en la consecución de su óptimo nivel.<sup>26</sup>

### **2.2.2 Factores que influyen en la calidad de vida**

Diversos autores han investigado sobre los factores de la vida que son considerados importantes para la calidad de vida por las personas de edad adulta, encontrando como variables más significativas: las relaciones familiares y apoyos sociales, la salud general, el estado funcional y la disponibilidad económica.<sup>27</sup>

A pesar de los aspectos subjetivos y la gran variabilidad entre poblaciones, hay algunos factores que permanecen constantes, entre ellos: Soporte social, es un elemento que favorece la calidad de vida independiente de la fuente de donde provenga. Se ha sugerido que la calidad de vida en general puede variar de acuerdo con la edad, el sexo, la condición de salud y la residencia; pero los



factores socioeconómicos y la escolaridad son elementos de importancia, pero no del todo determinantes para la calidad de vida de los niños en edad escolar.<sup>27</sup> Otro factor importante es la salud oral, ya que durante el proceso de crecimiento se produce en la cavidad oral una serie de cambios graduales, irreversibles y acumulativos, lo que origina en ella una mayor vulnerabilidad a los agentes traumáticos e infecciosos que afectan así la calidad de vida de los menores escolares.<sup>27</sup>

### **2.2.3 Medición de la calidad de vida**

Las tradicionales medidas mortalidad/morbilidad están dando paso a una nueva manera de valorar los resultados de las intervenciones, comparando unas con otras, por lo que las metas de atención en salud, se está orientando no sólo a la eliminación de la enfermedad, sino fundamentalmente a la mejora de la calidad de vida del paciente.<sup>27</sup>

Para la medición de la calidad de vida se tienen dos enfoques el cualitativo y cuantitativo. En el enfoque cualitativo se escriben los relatos de las experiencias, los desafíos, los problemas de las personas, para luego someterlos a un análisis cuantitativo.<sup>27</sup>

En el enfoque cuantitativo se busca cuantificar objetivamente la evolución de la calidad de vida, quienes a su vez presentan tres indicadores: los sociales, que abarcan las condiciones del entorno como la salud, la familia, la vivienda, la educación, entre otros; los psicológicos, que miden el aspecto subjetivo de la persona con las experiencias vividas; y los indicadores ecológicos, que evalúan el entorno ambiental con los recursos de cada sujeto.<sup>27</sup>

En cuanto a la medición de la calidad de vida para los autores Velarde y De Ávila, argumentan que la mejor manera de evaluarla es incorporando instrumentos de tipo cuantitativo que lleven a la conducción de ensayos clínicos y utilizarlos en la investigación de servicios de salud.<sup>28</sup>

Los índices epidemiológicos empleados normalmente no reflejan la apreciación de los individuos sobre su salud oral por lo que se ha propuesto que a la hora de considerar la salud oral de la población se debe incluir información de la percepción de los pacientes de su salud. Estos indicadores medirían el efecto que tiene sobre la calidad de vida las patologías dentales, las cuales pueden afectar a diferentes aspectos de la vida: función oral, aspecto o apariencia y relaciones interpersonales.<sup>28</sup>

### **2.3 Caries dental**

La caries dental es la enfermedad crónica más común en la infancia, y es considerado un severo problema de salud pública a nivel mundial 1-2. El conocimiento sobre la prevalencia de la caries dental y su tratamiento en la infancia se encuentra limitado en la actualidad en muchos países, debido a la falta de sistemas de vigilancia coordinados, financiados, y a las dificultades que enfrentan para acceder a este grupo de población.<sup>29</sup>

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en su informe sobre salud oral ofrece una visión general de la epidemiología mundial de la caries que confirma su distribución internacional. A nivel mundial, la OMS informa la prevalencia de caries en el niño en edad escolar de 60-90% en la mayoría de los países.

La OMS ha atribuido estas diferencias a la relación de disponibilidad de azúcares

simples en la dieta, al fluoruro, y al tratamiento dental. Entre los factores de riesgo que predisponen al desarrollo de la caries en niños se encuentran los métodos deficientes de higiene oral, uso de fluoruros, hábitos de alimentación inadecuada infantil, consumo de alimentos altos en azúcar y factores psicosociales. Estudios realizados en Brasil han demostrado que existe una prevalencia de caries en niños de un 12 a un 46%.<sup>30</sup>

### **2.3.1 Etiología de la caries dental**

La etiología de la CPI es compleja y multifactorial. La tríada causal típica para la caries consiste en la interacción de tres factores: microorganismos cariogénicos (*Streptococcus mutans* y *Lactobacillus*), dieta cariogénica (carbohidratos fermentables) y un huésped susceptible (diente-saliva), que durante un período de tiempo, promoverá el desarrollo de la enfermedad, que comienza con la aparición de manchas blancas opacas, rugosas y porosas, consideradas lesiones activas no cavitadas, como consecuencia de la desmineralización del esmalte dental.<sup>31</sup>

### **2.3.2 Caries de Infancia Temprana (CPI)**

En el 2003 la Academia Americana de Odontología Pediátrica definió a la caries de infancia temprana (CIT) o early childhood caries (ECC) como la presencia de una o más superficies cariadas (no cavitadas o cavitadas), perdidas (debido a caries) u obturadas en cualquier diente temporal en niños hasta los 71 meses de edad. En niños menores de 3 años de edad cualquier signo de caries en las superficies lisas de los dientes es indicativo de caries de infancia temprana

severa (CPI-S) o severe early childhood caries (S-ECC). De las edades de 3 a 5, una o más superficies lisas cavitadas, perdidas (por caries) u obturadas en los dientes temporales anterosuperiores o un puntaje de superficies cariadas, perdidas u obturadas (cpos)  $\geq 4$  a los 3 años,  $\geq 5$  a los 4 años y  $\geq 6$  a los 5 años también constituyen CPI-S.<sup>32</sup>

### **2.3.3 Sistema Internacional de Detección y Evaluación de la Caries (ICDAS)**

Es un nuevo sistema de detección de caries dental, que integra las mejores características de otros sistemas de detección; basado en la inspección visual, permite la evaluación de las lesiones cariosas no cavitadas y cavitadas; se concibió para su uso en estudios epidemiológicos en el 2002, para detectar los estadios del proceso de la caries dental, que van desde los cambios tempranos clínicamente visibles en el esmalte causados por la desmineralización a una extensa cavitación; asimismo describe las características clínicas de cada estadio del proceso de la caries. Para la detección de la caries, el criterio ICDAS fue dividida en secciones: caries coronal, caries radicular y la caries asociada con restauraciones y sellantes.<sup>33</sup>

#### **Criterios Diagnósticos Clínico de Caries Dental, ICDAS II 2007.**

0= Sano

1=Opacidad blanca en superficie seca o café, confinada en la fisura

2= Opacidad blanca en superficie húmeda o café extendida en la fisura

3= Micro cavidad

4=Sombra gris en dentina subyacente

5= Cavidad detectable con paredes en esmalte y piso en dentina

6=Cavidad extensa con paredes y piso en dentina

#### **2.3.4 Calidad de vida relacionado con la salud bucal**

La salud que es multidimensional hace que sea necesario establecer una relación entre la percepción emocional y social dadas por el paciente con la salud bucodental y las afecciones que se presentan para así tener una visión global de los procesos de enfermedad y salud que se presentan en cada individuo.<sup>34</sup>

La calidad de vida y su relación con la salud bucodental, se representa de manera específica la percepción de los individuos sobre los aspectos relacionados con la salud bucal que engloban los aspectos sociales, psíquicos, funcionales, que son afectados en las enfermedades bucodentales.<sup>35</sup>

El concepto de Calidad de vida relacionada con la salud bucal se abrevia como (CVRSB) que comprende cuatro condiciones o factores que son los psicológicos, sociales, funcionales y la presencia de dolor o molestias.<sup>36</sup>

Se considera que la relación entre la calidad de vida y la salud bucodental es dinámica ya interfieren un sinnúmero de factores como los individuales, los factores demográficos, sociales, así como las condiciones de salud bucal, hábitos, conductas, el medio ambiente que están relacionados con el sistema de salud y sanitario en el que viven las personas.<sup>35</sup>

#### **2.3.5 Consecuencias de caries dental relacionada con la calidad de vida en los niños en la primera infancia.**

caries de infancia temprana (CIT) como la enfermedad caracterizada por la presencia de lesiones cariosas cavitadas o no antes de los 71 meses de edad.

La CIT en sus inicios puede pasar desapercibida, pero cuando avanza causa dolor, llegando a afectar las actividades cotidianas del niño, produciendo alteraciones en el sueño y dificultades para comer y retraso en el crecimiento y desarrollo físico y psicológico del niño.<sup>37</sup> De igual manera, se ha documentado que puede causar ausentismo escolar y disminución de las capacidades cognitivas, y un impacto negativo en la calidad de vida de aquellos niños que la padecen.<sup>38</sup>

Por otra parte, el componente bucal de la salud ha sido tradicionalmente evaluado sobre la base de indicadores clínicos de normalidad. Sin embargo, esta aproximación ha sido criticada porque no permite evidenciar el impacto psicosocial de la enfermedad en el individuo. La evaluación del efecto de la enfermedad dental y su tratamiento en la calidad de vida de los niños y sus familias puede ayudar a los profesionales en sus intentos de mejorar la salud bucal de sus pacientes. Este concepto de calidad de vida relacionado con salud bucal refleja un movimiento dentro de la odontología hacia un modelo más holístico de la salud, en lugar de una visión mecanicista que ve al individuo como un ser independiente de su entorno.<sup>39</sup>

La medición de la calidad de vida relacionada con las enfermedades ha surgido como un importante resultado de investigaciones en el cuidado de la salud. Estas investigaciones han permitido evaluar la eficacia de protocolos de tratamientos y la calidad de los cuidados de salud desde la perspectiva de los pacientes.<sup>40</sup>

## **2.4 Características Sociodemográficas como Factor de Riesgo de CPI.**

La cavidad oral está en un niño que se encuentra dentro de una familia, inmersa en una sociedad y enmarcada en una cultura. Los factores en cada uno de estos niveles influyen en el desarrollo de la caries dental en los niños y se les ha denominado Determinantes Sociales de la Salud.<sup>41</sup>

Los Determinantes Sociales de la Salud se entienden como las condiciones sociales en que las personas viven y trabajan, que impactan sobre la salud. También se han definido como “las características sociales en que la vida se desarrolla.” De manera que se refieren tanto al contexto social como a los procesos mediante los cuales las condiciones sociales se traducen en consecuencias para la salud.<sup>42</sup> En relación a esto, si bien la CTI ocurre en niños de todas las clases sociales, la desventaja económica, social y educacional ha sido asociada a altos niveles de caries en los niños.<sup>41</sup>

Existen además otras características sociodemográficas que se han asociado a la presencia de CTI en niños. Dentro de ellas encontramos que la madre o padre sea soltera/o, el tamaño de la familia, el orden de nacimiento del hijo/a, etnicidad, lugar de residencia, edad de la madre y edad del niño.<sup>41</sup>

### **2.4.1 Nivel Socioeconómico.**

La literatura científica señala como los indicadores de riesgo más influyentes en dentición primaria: la experiencia pasada de caries, el Nivel Educativo de los padres y el Nivel Socioeconómico. En niños muy pequeños, en que no se puede

basar su riesgo en la historia de caries, el nivel socioeconómico bajo debe ser considerado un factor de riesgo de caries dental.<sup>34</sup> Esto, porque las familias que viven en una situación desventajosa pueden experimentar mayores niveles de estrés, aislamiento y conflicto familiar, además de presentar los padres sentimientos de impotencia e incapacidad de lograr una buena salud bucal para sus hijos.<sup>43</sup>

- **Ingreso Familiar:** Los bajos ingresos familiares afectan el grado de educación, la salud, los valores, el estilo de vida y el acceso a información sobre cuidados en salud. Respecto a esto, los niños que nacen en familias de bajos ingresos son más vulnerables a tener bajo peso al nacer, presentan más dificultad en la escuela, la prevalencia y severidad de CTI es mayor, inician el cepillado de dientes más tarde y con menor frecuencia, su primera visita al dentista es en una edad más avanzada y sólo asisten cuando presentan problemas dentales.<sup>44</sup>

En nuestro país, se clasifica a la población por niveles de Ingresos Económicos denominados Quintil. El Quintil 1 corresponde al 20% de la población con menores ingresos, y el Quintil 5 al 20% de mayores ingresos. El Quintil al que se pertenece, se calcula dividiendo la suma de todos los ingresos del hogar por la cantidad de integrantes de la familia.<sup>45</sup>

- **Nivel de educación:** El Nivel Educación es un importante indicador socioeconómico que refleja conocimiento y habilidades para tomar opciones saludables.<sup>31</sup> Se ha demostrado que el Nivel Educacional de los padres se correlaciona directamente con la presencia de esta enfermedad, pues la educación superior se traduce en mayor cantidad de conocimientos, mayor



capacidad de comprensión de la información que se recibe, mayor disposición al cambio de conductas y mayor accesibilidad a bienes y servicios básicos para tener buena salud.<sup>46</sup>

- **Edad de la Madre:** Si bien la influencia de la edad de la madre ha sido investigada en diversos estudios, no está claro su efecto y los resultados son diversos, pues en algunos estudios, se ha asociado alta prevalencia de CTI a niños con madres jóvenes y de madres de mayor edad.<sup>41</sup>

#### **2.4.2 Instrumento de impacto de la salud oral en la primera infancia (ECOHIS)**

Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS): Desarrollado en Estados, conformado por 13 preguntas diseñadas para evaluar el impacto de los problemas relacionados con las experiencias de tratamiento bucales en la CV de preescolares de 3 a 5 años de edad y de su familia. Ha sido utilizado en países como: Francia, China, Irán, Turquía, Brasil, Argentina, Venezuela, Tanzania, Bosnia & Herzegovina, Lituania, Perú, Malasia y Australia.<sup>47</sup>

#### **2.4.3 Problemas bucales**

Las enfermedades bucodentales, son problemas de salud de alcance mundial que afectan con mayor frecuencia a los países en desarrollo. En América Latina y el Caribe, la salud bucodental sigue siendo una faceta crucial de las condiciones generales de salud, por la importancia que reviste como parte de la carga de morbilidad, los costos relacionados con el tratamiento y las limitadas posibilidades de aplicar medidas eficaces de prevención.<sup>48</sup> La salud bucal se ve

afectada en gran parte de la población, pero en especial en los menores que no cuentan con conocimientos suficientes acerca de las enfermedades bucales, la manera de prevenirlas, o como tratarlas. Las enfermedades más frecuentes son: la caries dental, que es la más común, las enfermedades periodontales y maloclusiones. Los factores de riesgo asociados a la caries dental, se encuentran por lo general presentes en los padres; tales como como la higiene bucal deficiente o hábitos dietéticos incorrectos; la presencia de estos malos hábitos influye en el comportamiento y actitud de los menores, ya que adoptan los malos hábitos de los padres. Según estudios realizados, estos problemas bucales en los niños, puede afectar el aprendizaje en la escuela y/o desempeñar cualquier tarea y en los padres puede afectar en el trabajo, por tanto afectar su productividad económica.<sup>49</sup>

#### **2.4.4 Impacto de la caries dental**

La caries dental, es considerada la enfermedad más prevalencia de la infancia. La Organización Mundial de la Salud ha estimado que 60% a 90% de todos los niños escolares están afectados por esta enfermedad, habiendo un aumento directamente proporcional con el aumento de la edad. Fue hipotetizado que niños con mayor experiencia de caries dental podrían tener impacto negativo sobre su CVRSB y la de sus padres, incluyendo también a los niños con caries dental no tratada por lo que en el estudio de Mota Veloso concluye que la caries dental no tratada y sus consecuencias clínicas ejercieron un impacto negativo sobre la CVRSB de los escolares analizados.<sup>50</sup>

El impacto negativo de la caries dental sobre la vida de los niños incluye: mayor experiencia de sensación de dolor, dificultad para masticar, disminución del apetito, pérdida de peso, dificultad para dormir, alteración en el comportamiento (irritabilidad y baja autoestima), pérdida de días de escuela y/o disminución del rendimiento escolar, de tal modo que si esta patológica es tratada según el estudio de Paula.<sup>51</sup> Concluye que el tratamiento de la caries dental tiene un impacto positivo a largo plazo en la calidad de vida relacionada a salud bucal en los escolares, destacando la importancia de las políticas de salud que promueven el acceso al cuidado dental en la población, otros estudios que miden la CVRSB en niños con caries dental muestran que esta está correlacionada con todos los dominios evaluados en los cuestionarios, siendo que las puntuaciones más altas se encontraron en los dominios de síntomas orales, seguido por el de limitaciones funcionales y por último los de bienestar emocional y social.<sup>52</sup>

## **2.5 Definición de los términos**

- **Salud:** estado completo de bienestar físico y social que tiene una persona.<sup>25</sup>
- **Calidad de vida:** Estado de satisfacción, derivado de la puesta en marcha de las potencialidades de cada persona; es la sensación interna de bienestar físico, psicológico y social.<sup>26</sup>
- **Calidad de vida relacionada a la salud bucal:** Relación entre la percepción emocional y social dadas por el paciente con la salud bucodental y las afecciones que se presentan para así tener una visión global de los procesos de enfermedad y salud que se presentan en cada individuo.<sup>25</sup>

- **Socioeconómico:** Determinantes Sociales de la Salud se entienden como las condiciones sociales en que las personas viven y trabajan, que impactan sobre la salud.<sup>43</sup>
- **Conocimiento en salud:** Los conocimientos en salud, se pueden definir como "la información a la que tiene acceso la población y que constituye la base cognitiva para la toma de decisiones en relación con la salud, las conductas orientadas hacia la salud y las conductas de riesgo; de esta información importa tanto la cantidad como la calidad".<sup>27</sup>
- **Caries de primera infancia:** se denomina así a la caries dental presente en niños menores de 6 años de edad, conocida también como caries de aparición temprana (CAT), términos que provienen del inglés early childhood caries (ECC)<sup>27</sup>.
- **ECOHIS:** Escala de Impacto en la Salud Oral de la Primera Infancia.<sup>33</sup>
- **ICDAS II:** (International Caries Detection and Assessment System) es un nuevo sistema internacional de detección y diagnóstico de caries.<sup>33</sup>

## **CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN**

### **3.1 Formulación de hipótesis**

#### **3.1.1 Hipótesis principal**

El impacto de los factores socioeconómicos y el estado de la caries dental se relaciona con la calidad de vida de los niños que asisten a la IE Niño Jesús Divino.

#### **3.1.2 Hipótesis específicas**

H1: El impacto socioeconómico de los padres de familia se relaciona con la calidad de vida en los niños preescolares que asisten a la IE Niño Jesús Divino.

H2: El estado de caries dental se relaciona con la calidad de vida en los niños que asisten a la IE Niño Jesús Divino.

H3: El estado de caries dental y la calidad de vida de los niños se relacionan con el género

H4: El estado de caries dental y la calidad de vida de los niños se relacionan con la edad.

H5: Los factores socioeconómicos se relacionan con la presencia de caries dental en los niños que asisten a la IE Niño Jesús Divino.

### **3.2 Variables**

#### **3.2.1 Definición conceptual**

**Variable independiente:**

**Factores socioeconómicos:** Determinantes sociales de la salud, se entienden como las condiciones sociales en que las personas viven y trabajan.<sup>43</sup>

**Variable dependiente:**

**Calidad de vida:** Percepción emocional y social dadas por el paciente con la salud bucodental y las afecciones que se presentan.<sup>35</sup>

**Caries dental:** La caries dental es la enfermedad crónica más común en la infancia, y es considerado un severo problema de salud pública a nivel mundial.<sup>29</sup>

### 3.2.2 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variables	DIMENSIONES	INDICADORES	VALORES	ESCALA
Factores socioeconómicos	Edad (Padre de familia)	Instrumento socioeconómico	26 a 29 años 30 a 34 años 35 a 39 años 40 a 45 años	De intervalo
	Género (padre de familia)		Masculino Femenino	Nominal
	Condición laboral		Empleado Desempleado	Nominal
	Nivel de educación madre/padre		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Primaria C/I</li> <li>• Secundaria incompleta</li> <li>• Secundaria completa</li> <li>• Superior no universitario</li> <li>• Universitario incompleto</li> <li>• Universitario completo</li> <li>• Postgrado</li> </ul>	Nominal
	Ingreso de los padres		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Menos de 750 soles/mes</li> <li>• 750 -1000 soles/mes</li> <li>• 1001 – 1500 soles/mes</li> <li>• &gt; 1500 soles al mes</li> </ul>	Ordinal
Seguro médico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Posta médica</li> <li>• Hospital del ministerio</li> <li>• Seguro social/FFAA/</li> </ul>	Nominal		

			Hospital de policía • Médico particular en consultorio • Médico particular en clínica privada	
	Material de la vivienda	Instrumento socioeconómico	• Tierra/ arena • Cemento sin pulir • Cemento pulido • Mayolica/loseta • Parquet/madera pulida	Nominal
	Impacto socioeconómico		A: Alto B: Medio C: Bajo D: Bajo inferior E: Marginal	Ordinal
Calidad de vida	Calidad de vida De los niños	ECOHis	Bajo: 0-20 Medio: 21-40 Alto: 41-65	Ordinal
Caries dental	Lesiones de caries según severidad	ICDAS	Tipo 0 Tipo 1 Tipo 2 Tipo 3 Tipo 4 Tipo 5 Tipo 6	Ordinal
<b>Intervenientes</b>	<b>Dimensiones</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Valores</b>	<b>Escala</b>
Edad(Niño)	Edad	ficha de recolección de datos	- 3 años - 4 años - 5 años	Razon
Género(Niño)	Género		Masculino Femenino	Nominal

## **CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA**

### **4.1 Diseño metodológico**

El diseño del presente estudio es de tipo observacional, descriptivo, correlacional y de corte transversal.<sup>57</sup>

- **Descriptivo:** Se limita a observar a los sujetos de estudio sin intervenir ni modificar las variables y de corte transversal ya que los sujetos serán observados en un solo momento.<sup>57</sup>
- **Correlacional:** Mide dos o más variables, estableciendo su grado de correlación, pero sin pretender dar una explicación completa (de causa y efecto) al fenómeno investigado, sólo investiga grados de correlación.<sup>57</sup>

### **4.2 Diseño muestral**

#### **4.2.1 Población**

La población en la que se realizó la investigación fue de 90 niños de 3 a 5 años; y 90 padres de familia que asistieron la IE Niño Jesus Divino UGEL N° 07, Distrito de Surco en el año 2017.

#### **Criterios de inclusión**

- Niños de 3 a 5 años con dentición decidua, de ambos sexos, no sometidos a tratamientos odontológicos en los últimos tres meses y que sus padres aceptaron participar en el estudio.
- El entrevistado padre o madre debe ser quien conviva más tiempo con el niño.
- Niños que cuyos padres firmen el consentimiento informado y contesten el cuestionario.



### **Criterios de exclusión**

- Niños con enfermedades sistémicas, cualquier tipo de discapacidad motora y sensorial y padres que también presentaran alguna discapacidad física o motora.
- Niños cuyos padres no firmaron consentimiento informado.

### **4.2.2 Muestra**

Para determinar el número muestral se usó la siguiente formula:

$$n = \frac{N \times Z_a^2 \times p \times q}{d^2 \times (N - 1) + Z_a^2 \times p \times q} = 74 \text{ (niños)}$$

$$n = \frac{N \times Z_a^2 \times p \times q}{d^2 \times (N - 1) + Z_a^2 \times p \times q} = 74 \text{ (padres de familia)}$$

En donde:

N = Total de la población = 90

Z $\alpha$  = 1.96 al cuadrado (seguridad del 95%)

p = proporción esperada (en este caso 5% = 0.05)

q = 1 – p (en este caso 1-0.05 = 0.95)

d = precisión (error máximo permitido, 5%).

Después de aplicar la fórmula, la muestra fue de 74 niños que cumplieron con los criterios de inclusión y 74 padres de familia.

### **4.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad**

#### **4.3.1 Técnica de recolección de datos**

La técnica de recolección de datos que se utilizó en la presente investigación fue la encuesta tipo cuestionario y la observación.

#### **4.3.2 Instrumento de recolección de datos**

Para el registro y obtención de la información se utilizaron dos instrumentos; el primero validado por Vera O. Consiste en conocer el nivel socioeconómico: edad del padre, género, grado de educación del padre, condición laboral, ingreso mensual de casa, Tipo de seguro para atención médica, habitaciones que tiene su hogar, personas que viven permanentemente en el hogar, material predominante en los pisos.<sup>58</sup>

El autor para su validación del instrumento lo comprobó mediante la prueba de fiabilidad de Alfa de Cronbach, el cual le dio como resultado 0,9017 alta confiabilidad, lo que indicó una buena consistencia interna del mismo.<sup>58</sup> (Anexo N°04)

El otro instrumento validado y adaptado por Cabrera Arias<sup>53</sup> ; consistía en evaluar la calidad de vida en relación con la salud bucal en preescolares (ECOHIS). El autor para calibrar su cuestionario lo realizó a través de una prueba piloto y valorada por juicio de expertos que se encargaron de juzgar la capacidad del mismo; para evaluar así todas sus dimensiones que se pretendía medir.

Su instrumento constaba de 13 preguntas, divididas en 2 secciones; una sección que corresponde a la escala de impacto en el niño (EIN) y la otra sección que corresponde a la escala de impacto de la familia (EIF). La primera sección tiene 9 preguntas divididas en 4 dominios: síntomas orales, funcional, psicológico, autoestima y relación social, obteniendo un puntaje mínimo de 0 y máximo de 45, la segunda sección consta de 2 dominios: estrés de familia y función de la familia con un puntaje mínimo de 0 y máximo de 20.

Para cada pregunta se establecieron respuestas en escala de Likert: nunca=0, casi nunca=1, ocasionalmente=2, a menudo=3, muy a menudo=4 y no sé =5, las respuestas “no sé” se registraron como perdidas; obteniendo como resultado un puntaje final que varía de 0 a 65, indicando que el puntaje más alto corresponde a un impacto negativo en la calidad de vida de los niños.

Su cuestionario lo evaluó de la siguiente manera:

Impacto positivo: 0 – 20 puntos

Impacto regular: 21 – 40 puntos

Impacto negativo: 41 -65 puntos

Para su validación del instrumento lo sometí a la prueba de fiabilidad de Alfa de Cronbach mediante el uso del software SPSS V22, el cual le dio como resultado un puntaje total de: **75%** dando una alta confiabilidad a su instrumento, lo que indicó una buena consistencia interna del mismo y que puede ser aprobado como válido para ser aplicado a nuestra población de estudio; considerándose una buena consistencia interna. (Anexo N°05)

Para registrar la caries dental se usó el odontograma estandarizado por el MINSA, y para la medición de la severidad de caries dental se utilizó los criterios del ICDAS II.<sup>55</sup> (Anexo N°04)

0= Sano

1=Opacidad blanca en superficie seca o café, confinada en la fisura

2= Opacidad blanca en superficie húmeda o café extendida en la fisura

3= Micro cavidad

4=Sombra gris en dentina subyacente

5= Cavidad detectable con paredes en esmalte y piso en dentina

6=Cavidad extensa con paredes y piso en dentina

#### **4.4 Técnica de procesamiento de la información**

1. Se pidió permiso a la Directora de la Institución Educativa para realizar el estudio en la IE Niño Jesús Divino UGEL N° 07, Distrito de Surco.
2. Se solicitó una carta a la Directora de la Escuela Profesional de Estomatología, con el fin de presentar al investigador a la IE Niño Jesús Divino UGEL N° 07, Distrito de Surco.
3. La carta de presentación fue entregada por el investigador a la IE Niño Jesús Divino UGEL N° 07, Distrito de Surco, coordinando con los encargados el día y la hora más adecuada para la recolección de los datos.
4. Para el inicio de las mediciones se solicitó el consentimiento informado firmado por los padres de los menores, en el cual además de autorizar su

participación en el estudio, se les explicó la metodología y objetivos de este; resaltando su carácter voluntario.

5. Luego se realizó el examen clínico intraoral para evaluar la presencia y severidad de caries dental, según los criterios ICDAS II en cada uno de los niños. Realizando los diagnósticos así: El primer cambio visual en el esmalte (código 1) que se detectó sólo después de secar por 5 segundos, además se observó cambio visual distinto en esmalte (código 2) que se percibe sin secar. También se evaluó la presencia de microcavidad (código 3) y sombra oscura subyacente de la dentina (código 4). Finalmente se visualizó las cavidades en esmalte pudiendo haber dentina visible (código 5) o cavidad extensa distinta con dentina visible (código 6).
6. Para medir la calidad de vida se repartieron los cuestionarios que contenían 13 ítems los cuales evaluaban la percepción del padre con respecto a las limitaciones que ha tenido el niño por presentar patologías orales o haber recibido tratamiento para las mismas y su impacto en la calidad de vida. La estructura se encontraba dividida en dos secciones, la primera estaba relacionada con los efectos sobre el niño y la segunda sobre el impacto familiar.

### **Protocolo de observación del paciente y de aplicación del cuestionario del padre**

Firma del consentimiento informado. (Anexo 03)

Aplicación del cuestionario a los padres de familia ECOCHIS. (Anexo 04)

Inspección clínica del paciente:

- Adaptación de los niños usando técnicas de manejo de comportamiento.

- En algunas ocasiones, se requiere la ayuda de los padres para restringir el movimiento.
- Se observarán después de instrumentos
  - a. Cepillado de los niños de 3 a 5 años
  - b. iluminación con linterna de frente recargable para obtener una buena visibilidad de las piezas.
  - c. Se secarán con pera de aire, algodones y gasas para poder observar bien las superficies.
  - d. Se registrarán los códigos de ICDAS con las fichas de recolección. (Anexo 4)
- 7. Al final se dará un informe al padre de familia y una charla educativa. Se realizarán las gestiones administrativas para derivar a los pacientes para que reciban el tratamiento odontológico oportuno.

#### **4.5 Técnica estadísticas utilizadas en el análisis de la información**

Los datos obtenidos se registraron y fueron analizados con el software SPSS V24, utilizando estadísticas descriptivas como promedios, medias, medianas, correlacional y porcentajes.

#### **4.6 Aspectos éticos contemplados**

La presente investigación se encuentra enmarcada en los principios de la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial sobre principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos, adoptando los valores representados en el Reporte Belmont. En el estudio se examinaron personas,

sus datos fueron registrados, y se guardó la confidencialidad de cada encuestado, aclarando que el estudio tuvo únicamente objetivos académicos y cuando se concluyó el trabajo de investigación las fichas fueron destruidas. De igual manera, los datos recolectados no tuvieron relación alguna con los datos personales de los pacientes quienes decidieron ser evaluados a través del examen clínico intraoral. El autor declara no tener ningún conflicto de interés con el presente trabajo de Investigación.

Según los criterios del código de Núremberg el presente estudio no es invasivo sobre el paciente, no hay riesgos y se considerará el consentimiento informado, esto quiere decir que el sujeto implicado debe tener capacidad legal.

**CAPÍTULO V:  
ANÁLISIS DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

**5.1 Análisis de resultados**

La muestra estuvo constituida por 74 niños de 3 a 5 años; provenientes de la Institución Educativa Niño Jesús Divino del distrito de Surco, distribuidos según género y edad. De los niños de 3 años, hubieron 5 (6,8%) del sexo masculino y 14 (18,9%) del femenino; mientras que de los niños de 4 años, hubieron 13 (17,6%) de sexo masculino y 11 (14,9%) del femenino. Finalmente, los niños de 5 años: hubieron 14 (18,9%) del sexo masculino y 17 (23%) femenino.

**Tabla N°01**

Impacto de los factores socioeconómico de los padres de familia y el estado de caries dental con relación a la calidad de vida

Impacto de la calidad de vida			Caries inicial		Caries establecida		Caries severa		Total
			Tipo 1	Tipo 2	Tipo 3	Tipo 4	Tipo 5	Tipo 6	
Impacto positivo (0 - 20)	Impacto socioeconómico	B: Medio	12	8	8				28
			42.9%	28.6%	28.6%				100.0%
	Total		12	8	8				28
			42.9%	28.6%	28.6%				100.0%
Impacto regular (21-40)	Impacto socioeconómico	A:Alto/Muy alto		0	1	4	0	0	5
				0.0%	0.9%	3.4%	0.0%	0.0%	4.3%
		B:Medio		11	38	29	15	2	95
				9.5%	32.8%	25.0%	12.9%	1.7%	81.9%
		C: Bajo		0	0	4	12	0	16
				0.0%	0.0%	3.4%	10.3%	0.0%	13.8%
	Total			11	39	37	27	2	116
				9.5%	33.6%	31.9%	23.3%	1.7%	100.0%



Impacto negativo (41-65)	Impacto socioeconómico	A:Alto/Muy alto	0	2	2	6	4	0	14
			0.0%	1.3%	1.3%	4.0%	2.6%	0.0%	9.3%
		B:Medio	9	7	21	36	17	8	98
			6.0%	4.6%	13.9%	23.8%	11.3%	5.3%	64.9%
		C: Bajo	0	0	16	22	1	0	39
			0.0%	0.0%	10.6%	14.6%	0.7%	0.0%	25.8%
Total			9	9	39	64	22	8	151
			6.0%	6.0%	25.8%	42.4%	14.6%	5.3%	100.0%

FUENTE: PROPIA DEL AUTOR

$p=0.016 < 0.05$

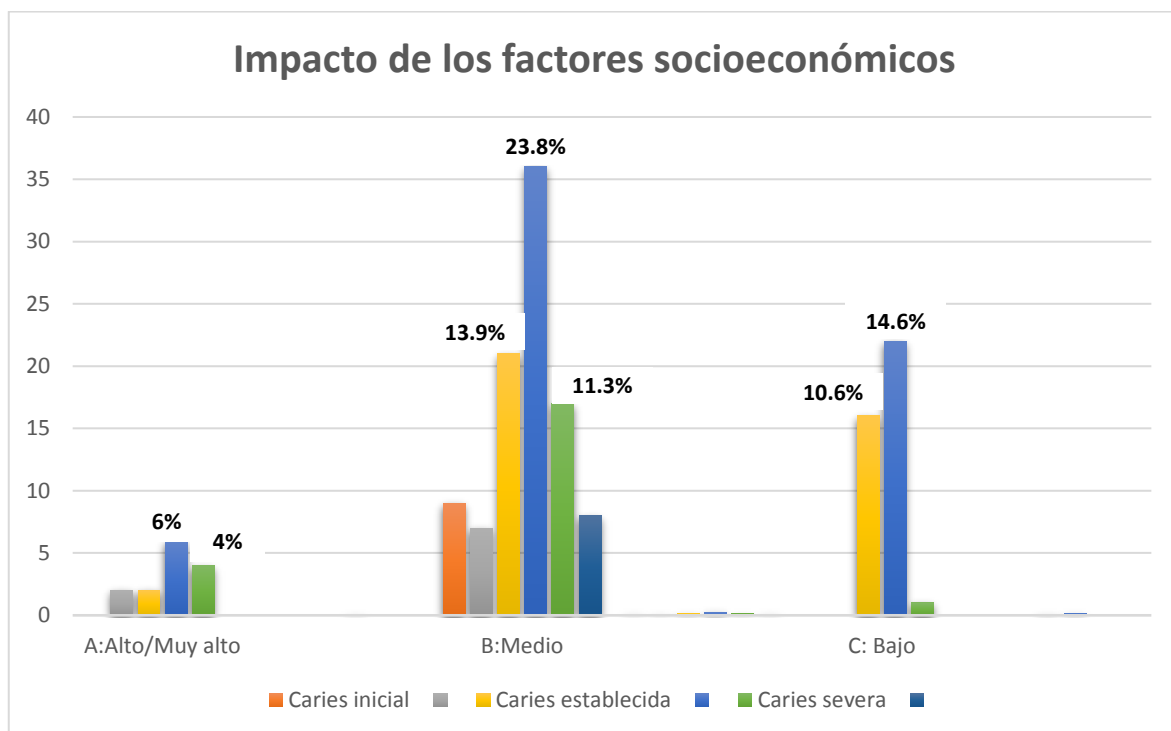
Se observa el impacto socioeconómico medio de los padres de familia; con una calidad de vida en los niños con impacto positivo, y severidad de caries inicial con criterio tipo 1 (42,9%); seguido del tipo 2 (28,6%); respecto a la caries establecida tuvimos al criterio tipo 3 (28,6%).

A diferencia de la calidad de vida de los niños con impacto regular; el impacto socioeconómico medio de los padres de familia, estaba representado con una severidad de caries establecida, con criterio ICDAS tipo 4 (3,4%) y caries severa con ICDAS tipo 5.

Por otra parte, la calidad de vida también estuvo representado por un impacto negativo en los niños; con impacto socioeconómico medio en los padres de familia y una severidad de caries dental establecida en los niños, con criterios ICDAS tipo 3 (13,9%) y 4 (23,8%).

### Gráfico N°01

Impacto de los factores socioeconómicos de los padres de familia y el estado de caries dental con relación a la calidad de vida



**Tabla N°02**

Impacto socioeconómico de los padres de familia en relación a la calidad de vida de los niños

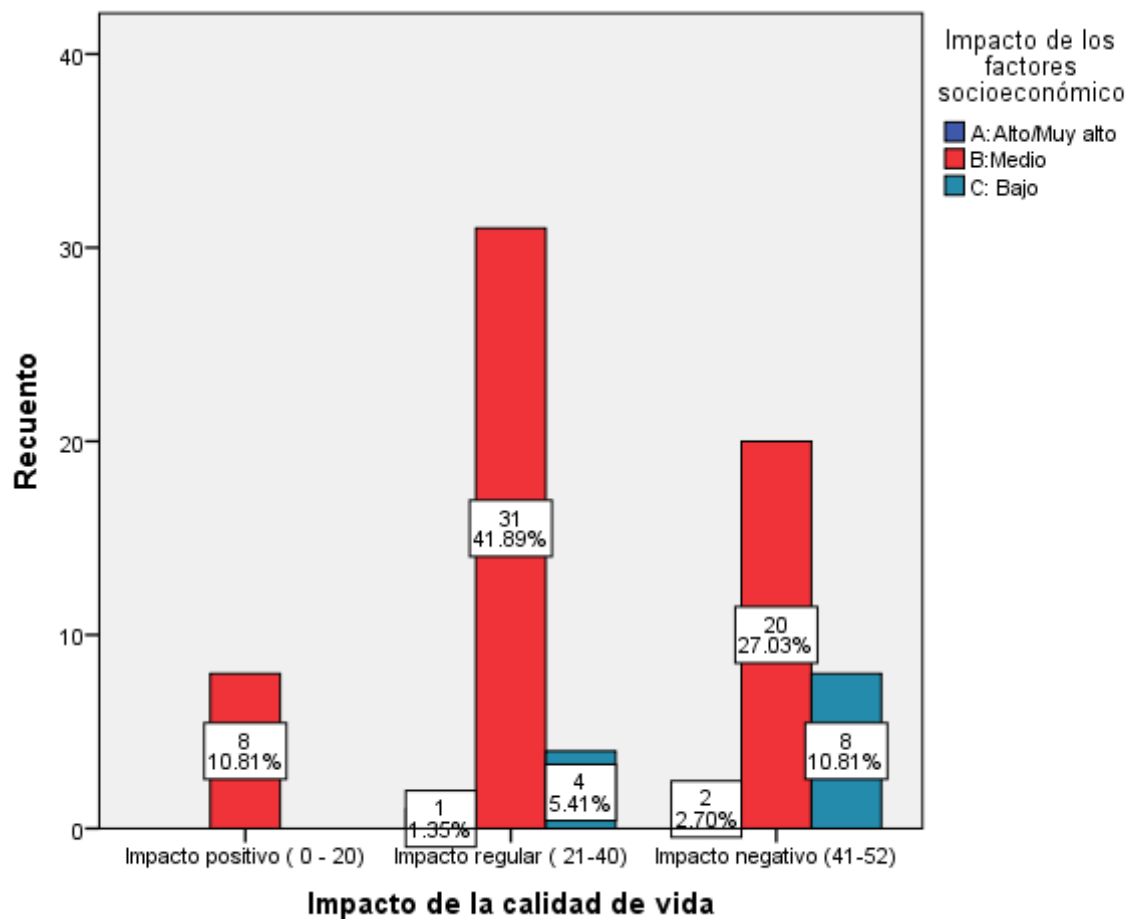
		Impacto de los factores socioeconómico				
		A: Alto/Muy				
		alto	B:Medio	C: Bajo	Total	
Impacto de la calidad de vida	Impacto positivo ( 0 - 20)	Recuento	0	8	0	8
		% del total	0.0%	10.8%	0.0%	10.8%
	Impacto regular ( 21-40)	Recuento	1	31	4	36
		% del total	1.4%	41.9%	5.4%	48.6%
	Impacto negativo (41-65)	Recuento	2	20	8	30
		% del total	2.7%	27.0%	10.8%	40.5%
Total		Recuento	3	59	12	74
		% del total	4.1%	79.7%	16.2%	100.0%

FUENTE: PROPIA DEL AUTOR p=0.014< 0.05

El impacto de los factores socioeconómicos medio de los padres de familia estuvo representado con 79,7%; donde el 41,9% de sus niños tenían un impacto de calidad de vida regular; seguido de un 27% de un impacto negativo, Por último, el impacto socioeconómico bajo de los padres de familia estaba representado con 16,2%; donde el 10,8% de sus niños tenían un impacto de calidad de vida negativa.

**Gráfico N°02**

Impacto socioeconómico de los padres de familia en relación a la calidad de vida de los niños



**Tabla N°03**

Estado de caries dental con relación a la calidad de vida en los niños

			Impacto de la calidad de vida			Total	
			Impacto positivo ( 0 - 20)	Impacto regular ( 21-40)	Impacto negativo (41-65)		
Caries dental	Caries inicial	Tipo 1	Recuento	12	0	9	21
			% del total	4.1%	0.0%	3.1%	7.1%
	Caries establecida	Tipo 2	Recuento	8	11	9	28
			% del total	2.7%	3.7%	3.1%	9.5%
	Caries severa	Tipo 3	Recuento	8	39	39	86
			% del total	2.7%	13.2%	13.2%	29.2%
	Caries severa	Tipo 4	Recuento	0	37	64	101
			% del total	0.0%	12.5%	21.7%	34.2%
	Caries severa	Tipo 5	Recuento	0	27	22	49
			% del total	0.0%	9.2%	7.5%	16.6%
	Caries severa	Tipo 6	Recuento	0	2	8	10
			% del total	0.0%	0.7%	2.7%	3.4%
Total			Recuento	28	116	151	295
			% del total	9.5%	39.3%	51.2%	100.0%

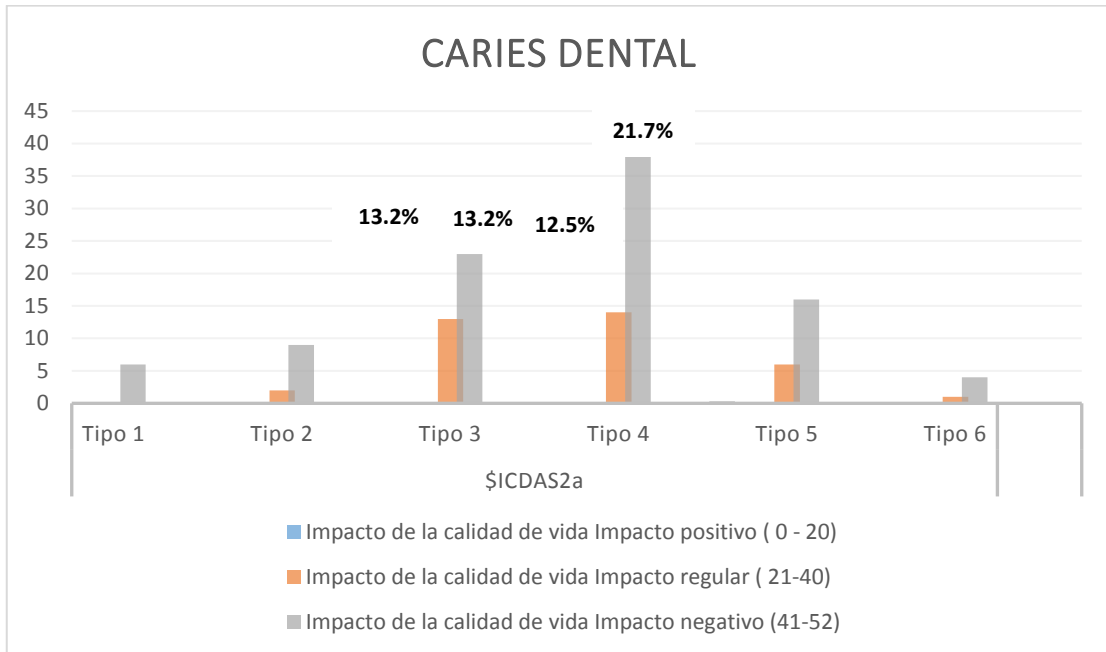
FUENTE: PROPIA DEL AUTOR

p=0.018< 0.05

Se observa la severidad de caries dental establecida, con un criterio ICDAS tipo 3 (29,2%); con impacto de calidad de vida en los niños regular 13,2% y un impacto negativo de 13,2%. Asimismo, el criterio ICDAS tipo 4 (34,2%) tuvo un impacto de calidad de vida en los niños negativo (21,7%).

### Gráfico N°03

Estado de caries dental con relación a la calidad de vida en los niños



**Tabla N°04**

Estado de caries dental con relación a la calidad de vida en los niños por género

Género del niño				Impacto de la calidad de vida			Total			
				Impacto positivo ( 0 - 20)	Impacto regular ( 21- 40)	Impacto negativo (41- 65)				
Masculino	\$ICDAS2 <sup>2</sup>	Caries inicial	Tipo 1	Recuento		0	6	6		
				% del total		0.0%	4.4%	4.4%		
			Tipo 2	Recuento		2	9	11		
				% del total		1.5%	6.7%	8.1%		
			Caries establecida	Tipo 3	Recuento		13	23	36	
					% del total		9.6%	17.0%	26.7%	
		Tipo 4		Recuento		14	41	55		
				% del total		10.4%	30.4%	40.7%		
		Caries severa		Tipo 5	Recuento		6	16	22	
					% del total		4.4%	11.9%	16.3%	
			Tipo 6	Recuento		1	4	5		
				% del total		0.7%	3.0%	3.7%		
			Total		Recuento		36	99	135	
				% del total			26.7%	73.3%	100.0%	
		Femenino	\$ICDAS2 <sup>2</sup>	Caries inicial	Tipo 1	Recuento	12	0	3	15
						% del total	7.5%	0.0%	1.9%	9.4%
					Tipo 2	Recuento	8	9	0	17
						% del total	5.0%	5.6%	0.0%	10.6%
Caries establecida	Tipo 3				Recuento	8	26	16	50	
					% del total	5.0%	16.3%	10.0%	31.3%	
	Tipo 4			Recuento	0	23	23	46		
				% del total	0.0%	14.4%	14.4%	28.8%		
	Caries severa			Tipo 5	Recuento	0	21	6	27	
					% del total	0.0%	13.1%	3.8%	16.9%	
Tipo 6				Recuento	0	1	4	5		
				% del total	0.0%	0.6%	2.5%	3.1%		
Total				Recuento	28	80	52	160		
				% del total	17.5%	50.0%	32.5%	100.0%		

FUENTE: PROPIA DEL AUTOR

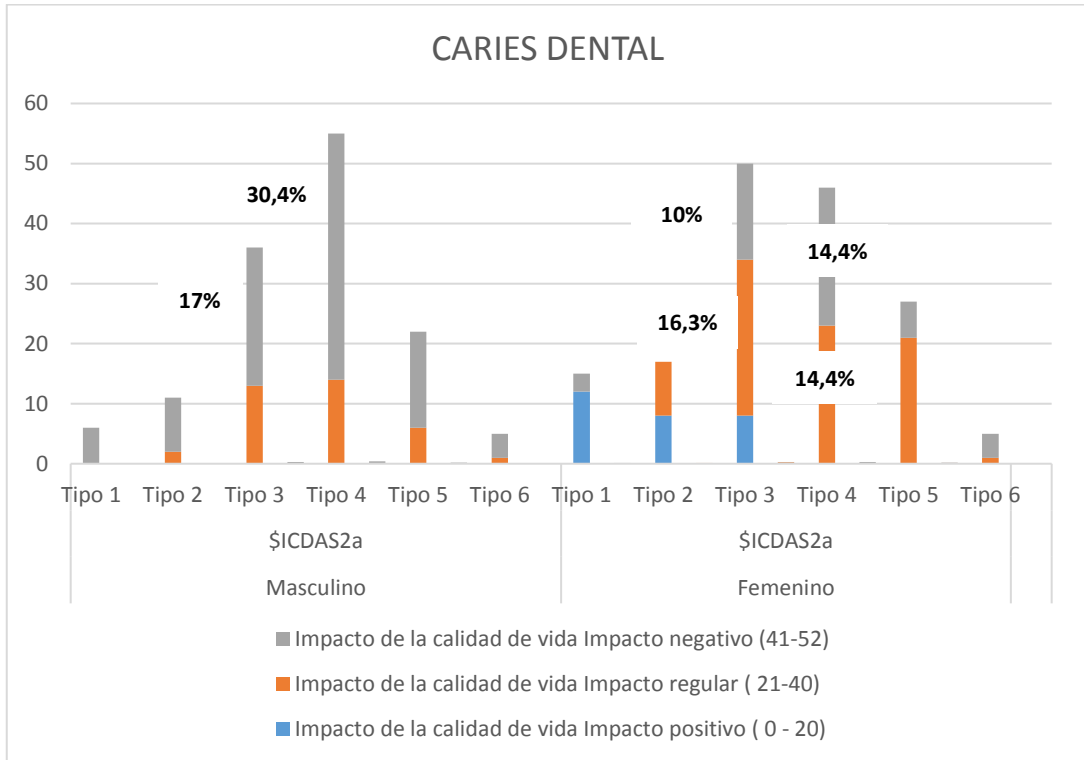
p=0.009< 0.05

Se observó que en el género masculino se encontró una severidad de caries dental establecida con criterio ICDAS tipo 3 (26,7%) y un impacto de calidad de vida negativa en los niños (17%); mientras que en el género femenino presentó mayor frecuencia de caries dental establecida con criterio ICDAS tipo 3 (31,3%) y un impacto de calidad de vida en los niños negativo (10%). A diferencia del criterio ICDAS tipo 4; donde se observó en el género masculino mayor frecuencia de caries dental establecida (40,7%) y un impacto de calidad de vida en los niños negativo (30,4%). Por otra parte, en el género femenino el criterio ICDAS tipo 4 (28,8%); y un impacto de calidad de vida negativo (14,4%).



### Gráfico N°04

Estado de caries dental con relación a la calidad de vida en los niños por género



**Tabla N°05**

Estado de caries dental con relación a la calidad de vida en los niños por edad

Edad				Impacto de la calidad de vida			Total		
				Impacto positivo (0 - 20)	Impacto regular (21-40)	Impacto negativo (41-65)			
3 años	\$ICDAS2 <sup>ε</sup>	Caries inicial	Tipo 1	Recuento	0	2	2		
				% del total	0.0%	2.6%	2.6%		
			Tipo 2	Recuento	3	0	3		
				% del total	3.8%	0.0%	3.8%		
			Caries establecida	Tipo 3	Recuento	18	12	30	
					% del total	23.1%	15.4%	38.5%	
		Tipo 4		Recuento	12	22	34		
			% del total	15.4%	28.2%	43.6%			
		Caries severa	Tipo 5	Recuento	6	3	9		
				% del total	7.7%	3.8%	11.5%		
			Total		Recuento	39	39	78	
					% del total	50.0%	50.0%	100.0%	
		4 años	\$ICDAS2 <sup>ε</sup>	Caries inicial	Tipo 1	Recuento	0	4	4
						% del total	0.0%	4.0%	4.0%
				Caries establecida	Tipo 2	Recuento	0	3	3
	% del total				0.0%	3.0%	3.0%		
Caries severa	Tipo 3			Recuento	8	18	26		
				% del total	7.9%	17.8%	25.7%		
Caries severa	Tipo 4			Recuento	14	27	41		
				% del total	13.9%	26.7%	40.6%		
Caries severa	Tipo 5			Recuento	15	11	26		
				% del total	14.9%	10.9%	25.7%		
Caries severa	Tipo 6			Recuento	1	0	1		
				% del total	1.0%	0.0%	1.0%		
	Total				Recuento	38	63	101	
					% del total	37.6%	62.4%	100.0%	

p=0.002 < 0.05

Edad	ICDAS		Impacto de la calidad de vida			Total	
			Impacto positivo ( 0 - 20)	Impacto regular ( 21- 40)	Impacto negativo (41-65)		
5 años	Caries inicial	Tipo 1	Recuento	12	0	3	15
			% del total	10.3%	0.0%	2.6%	12.9%
		Tipo 2	Recuento	8	8	6	22
			% del total	6.9%	6.9%	5.2%	19.0%
		Tipo 3	Recuento	8	13	9	30
			% del total	6.9%	11.2%	7.8%	25.9%
	Caries establecida	Tipo 4	Recuento	0	11	15	26
			% del total	0.0%	9.5%	12.9%	22.4%
		Tipo 5	Recuento	0	6	8	14
			% del total	0.0%	5.2%	6.9%	12.1%
		Tipo 6	Recuento	0	1	8	9
			% del total	0.0%	0.9%	6.9%	7.8%
Total		Recuento	28	39	49	116	
		% del total	24.1%	33.6%	42.2%	100.0%	

FUENTE: PROPIA DEL AUTOR

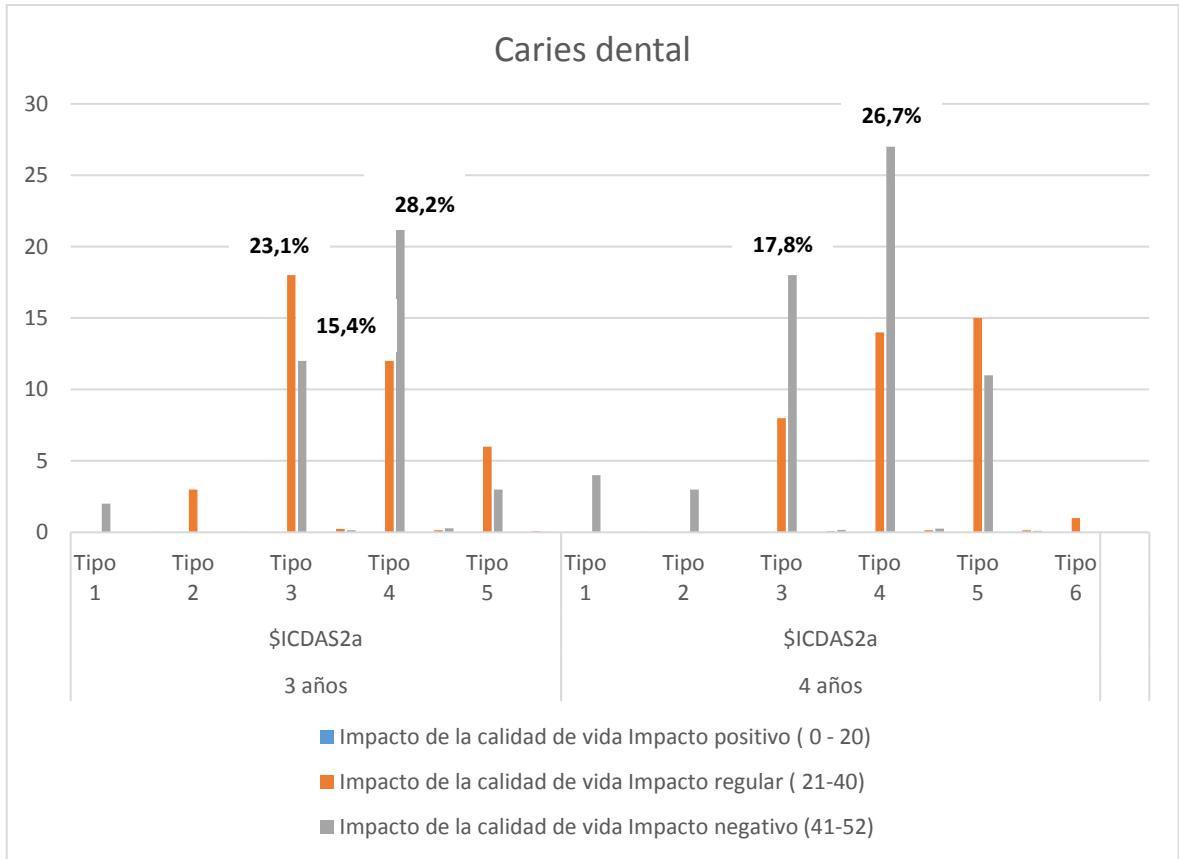
p=0.002< 0.05

Se observó que en los niños de 3 años; se encontró una severidad de caries dental establecida con criterio ICDAS tipo 3 (38,5%) con un impacto de calidad de vida negativa (28,2%); tipo 4 (43,6%) con impacto negativo (28,2%). Mientras que en los niños de 4 años también presentaron caries dental establecida con criterio ICDAS tipo 3 (25,7%); criterio tipo 4(40,6%), con impacto de calidad de vida negativo de 17,8%; 26,7%.

Finalmente, los niños de 5 años también presentaron caries establecida con criterio ICDAS tipo 3 (25,9%); con impacto de calidad de vida regular (11,2%); tipo 4 (22,4%) con impacto de calidad de vida negativo (12,9%).

**Gráfico N°05**

Estado de caries dental con relación a la calidad de vida en los niños por edad



**Tabla N°06**

Factores socioeconómicos de los padres de familia relacionados con la presencia de caries dental en los niños

Variables Socioeconómicas	Presencia de caries dental		No presencia de caries dental	
	N	%	N	%
<b>Edad de los padres</b>				
26 a 29 años	<b>22</b>	<b>29.7%</b>	1	1.4%
30 a 34 años	<b>20</b>	<b>27.0%</b>	2	2.7%
35 a 39 años	12	16.2%	2	2.7%
40 a 45 años	13	17.6%	2	2.7%
Total	67	90.5%	7	9.5%
<b>Condición laboral del padre</b>				
Empleado	63	85.1%	6	8.1%
Desempleado	4	5.4%	1	1.4%
Total	67	90.5%	7	9.5%
<b>Trabajan actualmente</b>				
Padre	21	28.4%	1	1.4%
Madre	2	2.7%	0	0.0%
Ambos padres	<b>42</b>	<b>56.8%</b>	<b>5</b>	<b>6.8%</b>
Abuelos	2	2.7%	1	1.4%
Total	67	90.5%	7	9.5%
<b>Ingresos económicos en familia mensualmente</b>				
Menos de 750	0	0.0%	0	0.0%
750 - 1000	25	33.8%	2	2.7%
1001 - 1500	<b>37</b>	<b>50.0%</b>	<b>5</b>	<b>6.8%</b>
>1500	5	6.8%	0	0.0%
Total	67	90.5%	7	9.5%

Fuente propia de investigador

Respecto al impacto de los factores socioeconómicos de los padres, se observó que en el grupo etario de 26 a 29 años (31,1%); se encontró que el (29,7%) de sus niños presentaban más caries dental.

Por otra parte, los padres que tenían un empleo (93,2%); el 85,1% de sus niños tenían caries dental; de igual manera se observó que el 63,6% ambos padres trabajaban; de lo cual el 56,8% de sus niños presentaban caries dental.

Es por ello que los ingresos económicos de 1001-1500 mensuales estaban representados por (56,8%); donde el 50% de sus niños presentaban caries dental.

Nivel de educación padre	N	%	N	%
Primaria Incompleta	1	1.4%	0	0.0%
Primaria completa	5	6.8%	2	2.7%
Secundaria completa	15	20.3%	1	1.4%
Técnico	<b>32</b>	<b>43.2%</b>	<b>4</b>	<b>5.4%</b>
Universitario	14	18.9%	0	0.0%
<b>Total</b>	<b>67</b>	<b>90.5%</b>	<b>7</b>	<b>9.5%</b>
<b>Servicio de salud que presentan</b>				
ESSALUD	<b>27</b>	<b>37.8%</b>	<b>1</b>	<b>1.4%</b>
SIS	<b>30</b>	<b>47.3%</b>	<b>5</b>	<b>6.8%</b>
Seguro privado	9	13.5%	1	1.4%
Otro seguro	1	1.4%	0	0.0%
<b>Total</b>	<b>67</b>	<b>90.5%</b>	<b>7</b>	<b>9.5%</b>

Fuente propia de investigador p=0.041 < 0.05

De este modo se observa el nivel de educación de los padres de familia, donde el 48,6% de los padres tenían una educación técnica, de lo cual el 43,2% de sus niños presentaban caries dental. Finalmente, sobre el tipo de seguro que utilizaban los padres de familia, se observó que más presentaban el seguro del SIS (54,1%); seguido del seguro de ESSALUD (39.2%).

## 5.2 Comprobación de hipótesis; técnica establecida

### Contrastación de hipótesis

- Hipótesis alterna ( $H_1$ ): El impacto de los factores socioeconómicos y el estado de la caries dental se relaciona con la calidad de vida de los niños preescolares que asisten a la IE Niño Jesús Divino.
- Hipótesis nula ( $H_0$ ): El impacto de los factores socioeconómicos y el estado de la caries dental no se relaciona con la calidad de vida de los niños preescolares que asisten a la IE Niño Jesús Divino.

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	8.258 <sup>a</sup>	2	<b>.016</b>
Razón de verosimilitud	5.601	2	.061
Asociación lineal por lineal	3.476	1	.062
N de casos válidos	74		

### Conclusiones:

Como el valor  $\chi^2$  es  $p=0.016 < 0.05$  se afirma que existe una relación estadísticamente significativa con el impacto de los factores socioeconómicos y el estado de caries dental relacionado con la calidad de vida de los niños.

### Contrastación de hipótesis

- Hipótesis alterna ( $H_2$ ): El impacto socioeconómico de los padres de familia se relaciona con la calidad de vida en los niños preescolares que asisten a la IE Niño Jesús Divino.
- Hipótesis nula ( $H_0$ ): El impacto socioeconómico de los padres de familia no se relaciona con la calidad de vida en los niños preescolares que asisten a la IE Niño Jesús Divino.

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6.109 <sup>a</sup>	4	<b>.014</b>
Razón de verosimilitud	7.408	4	.116
Asociación lineal por lineal	1.844	1	.174
N de casos válidos	74		

### Conclusiones:

Como el valor  $\chi^2$  es  $p=0.014 < 0.05$ ; se afirma que existe una relación estadísticamente significativa con el impacto socioeconómico de los padres de familia relacionado con la calidad de vida en los niños preescolares.



### Contrastación de hipótesis

- Hipótesis alterna ( $H_3$ ): El estado de caries dental se relaciona con la calidad de vida en los niños que asisten a la IE Niño Jesús Divino.
- Hipótesis nula ( $H_0$ ): El estado de caries dental no se relaciona con la calidad de vida en los niños que asisten a la IE Niño Jesús Divino.

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	<b>8.260<sup>a</sup></b>	<b>2</b>	<b>.018</b>
Razón de verosimilitud	5.602	2	.063
Asociación lineal por lineal	3.478	1	.063
N de casos válidos	74		

### Conclusiones:

Como el valor  $\chi^2$  es  $p=0.018 < 0.05$  se afirma que existe una relación estadísticamente significativa con el estado de caries dental relacionado con la calidad de vida en los niños.

### Contrastación de hipótesis

- Hipótesis alterna ( $H_4$ ): El estado de caries dental y la calidad de vida de los niños se relacionan con el género.
- Hipótesis nula ( $H_0$ ): El estado de caries dental y la calidad de vida de los niños no se relacionan con el género.

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	<b>.678<sup>a</sup></b>	<b>1</b>	<b>.009</b>
Corrección de continuidad <sup>b</sup>	.179	1	.673
Razón de verosimilitud	.705	1	.401
Prueba exacta de Fisher			
Asociación lineal por lineal	.669	1	.413
N de casos válidos	74		

### Conclusiones:

Como el valor  $\chi^2$  es  $p=0.009 < 0.05$  se afirma que existe una relación estadísticamente significativa con el estado de caries dental y la calidad de vida relacionado con el género de los niños.

## Contrastación de hipótesis

- Hipótesis alterna ( $H_5$ ): El estado de caries dental y la calidad de vida de los niños se relacionan con la edad.
- Hipótesis nula ( $H_0$ ): El estado de caries dental y la calidad de vida de los niños se relacionan con la edad.

Pruebas de chi-cuadrado						
Edad		Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
3 años	Chi-cuadrado de Pearson	3.022 <sup>d</sup>	2	.221		
	Razón de verosimilitud	3.536	2	.171		
	Asociación lineal por lineal	1.501	1	.220		
	N de casos válidos	24				
4 años	Chi-cuadrado de Pearson	9.975 <sup>b</sup>	1	.002		
	Corrección de continuidad <sup>c</sup>	7.193	1	.007		
	Razón de verosimilitud	12.791	1	.000		
	Prueba exacta de Fisher				.003	.002
	Asociación lineal por lineal	9.450	1	.002		
	N de casos válidos	19				
5 años	Chi-cuadrado de Pearson	7.784 <sup>e</sup>	4	.100		
	Razón de verosimilitud	9.932	4	.042		
	Asociación lineal por lineal	2.730	1	.098		
	N de casos válidos	31				
Total	Chi-cuadrado de Pearson	17.075 <sup>a</sup>	4	.002		
	Razón de verosimilitud	19.432	4	.001		
	Asociación lineal por lineal	1.107	1	.293		
	N de casos válidos	74				

## Conclusiones:

Como el valor  $\chi^2$  es  $p=0.02 < 0.05$  se afirma que existe una relación estadísticamente significativa con el estado de caries dental y la calidad de vida relacionado con la edad de los niños de 4 años.

### Contrastación de hipótesis

- Hipótesis alterna ( $H_6$ ): Los factores socioeconómicos se relacionan con la presencia de caries dental en los niños que asisten a la IE Niño Jesús Divino.
- Hipótesis nula ( $H_0$ ): Los factores socioeconómicos no se relacionan con la presencia de caries dental en los niños que asisten a la IE Niño Jesús Divino.

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2.577 <sup>a</sup>	3	.041
Razón de verosimilitud	3.966	3	.265
Asociación lineal por lineal	.006	1	.938
N de casos válidos	74		

### Conclusiones:

Como el valor  $\chi^2$  es  $p=0.461 > 0.05$  se afirma que existe una relación estadísticamente significativa con los factores socioeconómicos y la presencia de caries dental en los niños.

### 5.3 Discusión

La presente investigación tuvo como objetivo conocer el impacto de los factores socioecómicos de los padres de familia y el estado de caries dental con relación a la calidad de vida en los niños. A pesar de que las investigaciones sobre factores socioecómicos de los padres de familia sean escasos, a continuación, se analizarán los resultados obtenidos en el presente trabajo discutiéndolos, con la literatura existente hasta el momento.

Según Fejerkov observó en su estudio que la enfermedad de la caries dental coincide con la aparición de ciertos factores familiares que se han estudiado de riesgo para la salud en los individuos.<sup>53</sup> De modo que Reisine S, encontró que la prevalencia de caries aumenta conforme disminuye el nivel socioeconómico.<sup>54</sup>

En el presente estudio los niños que presentaban caries dental vivían en su mayoría en estrato socioeconómico medio y sus familiares percibían ingresos de 750 – 1000 soles y 1001 – 1500 soles; diferente a Menchaca que también encontró en su estudio de caries de infancia temprana que el 72% de familias recibían un sueldo mensual, por lo tanto familias con estas condiciones no dispondrían de medios o recursos suficientes para invertir en su salud oral, ya sea en la casa como en la asistencia a un odontólogo para el control de sus menores hijos.<sup>55</sup>

De manera que la familia juega un papel importante en el cuidado de los niños y por ende en nuestra sociedad, ya que el tamaño de los hogares puede afectar la

distribución de los recursos financieros dentro del hogar, la estructura del gasto y el ahorro, por lo tanto estos factores podrían afectar la inversión de recursos para la salud bucal de la familia.

Respecto al impacto de los factores socioeconómicos de los padres de familia se observó que el estrato medio de los padres; estuvo reflejado en sus niños con un impacto positivo de calidad de vida, de lo cual la severidad de caries dental; estuvo representado por una caries inicial con criterio tipo 1 (42,9%); seguido del tipo 2 (28,6%). Respecto a la caries establecida tuvimos al criterio tipo 3 (28,6%).

A diferencia de la calidad de vida de los niños con impacto regular; se encontraron todos los estratos socioeconómicos; el estrato socioeconómico medio tuvo más prevalencia de caries dental; con criterios tipo 3 (32,8) y 4 (25%). Por último, el estrato socioeconómico bajo tuvo una severidad de caries severa; con criterios tipo 5.

Cabe considerar, por otra parte que el impacto negativo es muy alto en los niños, dado que los tres estratos socioeconómicos afecta más a la severidad de caries dental severa, con los criterios tipo 3 (32,8%) y 4 (25%). Este estudio es muy similar a Ruffo que investigó sobre los factores asociados con la calidad de vida en niños escolares y la salud saludable encontrando las mayores medidas del ECOHIS en niños mayores, aquellos con dolor de diente y aquellos cuya madre tuvieron menor nivel de educación formal, las condiciones clínicas que se asociaron con un impacto negativo en la calidad de vida con la salud bucal fueron

una experiencia de caries (RR 4,12; IC 95% 3,10-5,46).<sup>20</sup>

Es por ello que Ruffo en estudio llegó a la conclusión que las condiciones socioeconómicas y clínicas tuvieron un impacto negativo sobre la COHRQoL, indicando la necesidad de estrategias preventivas y políticas destinadas a mejorar la calidad de vida de su población estudiada.<sup>20</sup>

Shyrley Dias en su estudio también encontró un estrato socioeconómico bajo, correspondiente al estrato dos, fue el más frecuente (45%) y le sigue el estrato socioeconómico tres; medio bajo (34%), y socioeconómico uno, muy bajo (19%).<sup>14</sup>

Por otra parte, el impacto de los factores socioeconómicos medio de los padres de familia estuvo representado con 79,7%; donde el 41,9% de sus niños presentaban impacto de calidad de vida regular; seguido de un 27% de un impacto negativo, Por último, el impacto socioeconómico bajo de los padres de familia estaba representado con 16,2%; donde el 10,8% de sus niños tenían impacto de calidad de vida negativa. Este estudio es muy diferente a Diaz Cárdenas donde en su estudio encontró que los factores socioeconómicos y familiares que tuvieron mayor frecuencia fueron el estrato socioeconómico bajo en un 99% (IC 95%; 98-100).<sup>16</sup>

En cuanto al impacto de caries dental con relación a la calidad de vida en los niños; se encontró una severidad de caries dental establecida, con un criterio

tipo 3 (29,2%); con impacto de calidad de vida de los niños regular 13,2% y un impacto negativo de 13,2%. Asimismo, el criterio tipo 4 (34,2%) tuvo un impacto de calidad de vida de los niños negativo. Sin embargo, en su estudio Diaz Cardenas encontró más un criterio de severidad tipo 0, que indicó la no presencia de caries y de los criterios referentes a caries dental, encontró e igual porcentajes los criterios tipo 1, 2 y 3 según los criterios de severidad ICDAS II.<sup>14</sup>

Según Diaz C, en cuanto a la severidad de la caries dental basada en los criterios de ICDAS II, la lesión con mayor promedio es el tipo 3 (microcavidad) en un 30,1%; seguido del tipo 2 y tipo 1 con un 28% y 24,5% respectivamente; el mayor promedio de las lesiones de caries estuvo en la superficie oclusal con un 47%; seguido de la vestibular con 28%.<sup>16</sup>

Se observa que en el género masculino se encontró una severidad de caries dental establecida con criterio tipo 3 con porcentaje de 26,7% y un impacto de calidad de vida negativa en los niños representado por un 17%; mientras que en el género femenino presentó mayor frecuencia de caries dental establecida con criterio tipo 3, con porcentaje de 31,3% y un impacto de calidad de vida en los niños negativo representado con 10%.

A diferencia del criterio tipo 4; donde se observó en el género masculino mayor frecuencia de caries dental establecida, con porcentaje de 40,7% y un impacto de calidad de vida en los niños negativo representado con un 30,4%. Por otra parte, en el género femenino el criterio tipo 4; estuvo representado con un 28,8%;



de lo cual el 14,4% de los niños tuvo un impacto de calidad de vida negativo. Este dato es muy parecido a Diaz Cardenas que al estudiar la presencia de caries dental con el sexo de los niños se encontró que las niñas presentaron más caries dental que los niños y se encontró diferencias significativas.<sup>14</sup>

Se observa que en los niños de 3 años; se encontró una severidad de caries dental establecida con criterio tipo 4 (43,6%) con un impacto de calidad de vida negativa en los niños de 28,2%; seguido de un impacto regular de 15,4%. Mientras que en los niños de 4 años también tenían caries dental establecida con criterio tipo 3 (25,7%), con un impacto de calidad de vida en los niños negativo de 17,8%. A diferencia del criterio tipo 4 (40,6%); donde se observó que los niños tuvieron un impacto negativo de 26,7%.

Finalmente, los niños de 4 años también presentaron caries establecida con criterio tipo 3 (25,9%) con un impacto de calidad de vida de los niños regular de 11,2%; seguido de un impacto negativo de 7,8%. Este dato es muy similar a Perez, donde encontró una población de niños con mayor proporción caries dental en las superficies oclusales y vestibulares. El código según ICDAS que más se presentó fue el de caries tipo 2; seguido del tipo 1.<sup>17</sup>

En un estudio Torres R, La caries de la infancia temprana genera un impacto negativo en la calidad de vida relacionada a salud bucal en los niños y en sus familias, siendo las dimensiones: Autoimagen/ interacción social y la angustia de los padres los más afectados; las madres de mayor edad declararon menor

impacto; los niños pertenecientes a las familias de nivel socioeconómico bajo reportaron mayor impacto relacionado con una peor calidad de vida.<sup>56</sup>

Según Bernardo M, observó características clínicas que más de la mitad de los niños presentan caries dental ya sea en lesión inicial o cavitacional, presentándose con respecto a la severidad de las lesiones cariosas el código 2 con mayor frecuencia (63,7 %) y la superficie dental más afectada fue la vestibular (60,0 %).<sup>18</sup>

Respecto al impacto de los factores socioeconómicos, tenemos que en los grupos etarios de los padres de familia de 26 a 29 años (31,1%); el 29,7% de los niños presentaban caries dental.

Por otra parte, los padres que tenían un empleo (93,2%); el 85,1% de sus niños tenían caries dental; de igual manera se observó que el 63,6% ambos padres trabajaban; de lo cual el 56,8% de sus niños presentaban caries dental. Este estudio es parecido a Dias Cardenas que encontró que en casi la mitad de las familias estudiadas, sigue siendo el padre, la persona quien principalmente trabaja en la familia. También se encontró en menor porcentaje que no solamente el padre trabaja y aporta económicamente en la familia, sino el ingreso al mercado laboral de la mujer, madre de familia.<sup>14</sup>

Según Mattos M. en su análisis bivariado, de todos los factores socioeconómicos estudiados en niños, solamente la ocupación del jefe del hogar mostró asociación estadísticamente significativa con historia de caries dental; siendo la

ocupación independiente un factor de riesgo ( $p=0,010$ ) para la historia dental de caries. Obsevandose que los niños cuyo padre trabaja independientemente tienen 2,31 veces más probabilidades de tener historia dental de caries que aquellos cuyo padre trabajan independientemente.<sup>22</sup>

De este modo se observa el nivel de educación de los padres de familia, donde el 48,6% de los padres tenían una educación técnica, de lo cual el 43,2% de sus niños presentaban caries dental. Este dato es muy diferente a Diaz Cardenas donde en su estudio encontró padres de familia con secundaria incompleta (37%), secundaria completa (14%), seguido de los estudios técnicos (25%) que eran las más frecuente; y encontró un aumento en la educación superior (6%).<sup>14</sup>

De modo que en las madres de familia también se encontró en su gran mayoría a madres que habían realizado estudios de secundaria incompletos (6%) seguido de la secundaria completa (25%). Al mismo tiempo al relacionarlo con la caries dental se encontró que los niños que más presentaron caries dental eran aquellos que vivían con padres que habían cursado estudios técnicos, seguidos de los estudios de secundaria incompletas encontrando diferencias significativas.<sup>14</sup>

Al relacionar la presencia de caries dental, también se encontró que los niños con más lesiones severas de caries dental, vivían con padres que habían cursado estudios técnicos, seguidos de los estudios de secundaria, pero no se encontró diferencias significativas. De los niños con caries dental, en su gran

mayoría vivían con madres que habían cursado estudios de secundaria incompleta, seguidos de los estudios de secundaria completa, no encontrando diferencias significativas. Al relacionar la presencia de lesiones severas de caries dental, se observó el mismo comportamiento de las variables<sup>14</sup>

Es por ello que los ingresos económicos de los padres de familia eran 2 sueldos mensuales (56,8%); de lo cual el 50% de sus niños presentaban caries dental. Finalmente, sobre el tipo de seguro que utilizaban los padres de familia, se observó que más presentaban el seguro del SIS (54,1%); seguido del seguro de ESSALUD (39.2%).

Este dato es muy diferente a Diaz Cardenas donde en su estudio encontró que el 21 % de los padres presentaban secundaria incompleta ( $p=0,04$ ), el 44 % de sus padres vivían en unión libre, el 52 % en familias nucleares, 42 % reciben ingresos menores a un salario mínimo como soporte económico, y le siguen las familias que reciben ingresos de hasta dos salarios mínimos legales vigentes, 66 % afiliadas al sistema de salud y el 59 % viven en familias disfuncionales, pero no se encontraron diferencias significativas para estas variables. Se observó que de los niños con caries dental el mayor porcentaje lo ocupan los niños que viven con familias cuyos ingresos son de un salario mínimo legal vigente y niños con familia cuyos ingresos corresponden a más de un salario mínimo a dos salarios mínimos. Se observa el mismo comportamiento al relacionar esta variable con la severidad de las lesiones cariosas.<sup>14</sup>

Según su estudio Apaza R. encontró que los ingresos de los padres <3 salarios

mínimos, no vivir con ambos padres. Las variables que mostraron asociación con CPQ11-14 fueron la caries dental, el sexo. También se muestran las variables que mostraron asociación con cada dominio los factores socioeconómicos, familiares y el estado de la salud bucal, mostraron una correlación baja pero significativa entre el bienestar emocional con el sexo.<sup>24</sup>

## CONCLUSIONES

- Se encontró que la mayoría de los padres de familia tenían un estrato socioeconómico medio, con un impacto de calidad de vida negativo en los niños, con severidad de caries dental establecida criterio tipo 3(13,9%); tipo 4(23,8%) y caries severa criterio tipo 5(11,3%). Existe una relación estadísticamente significativa ( $p=0.016$ ).
- Se observó que la mayoría de los padres de familia tuvieron un impacto socioeconómico medio (79,7%); afectando a los niños con impacto de calidad de vida regular (41,9%); Existe relación estadísticamente significativa ( $p=0.014$ ).
- Se encontró que los niños presentaban severidad de caries dental establecida criterio ICDAS tipo 3 (29,2%); con impacto de vida en los niños regular (13,2%); seguido de un impacto negativo (13,2%); el criterio ICDAS tipo 4 (34,2%) con impacto de calidad negativo (21,7%). Se comprobó una relación estadísticamente significativa ( $p=0.018$ ).
- Se demostró que los niños del género masculino presentaron caries establecida con criterio ICDAS tipo 4, con impacto negativo mayor a diferencia del género femenino; Existe una relación estadísticamente significativa ( $p=0.009$ ).

- Se observó mayor severidad de caries dental establecida con criterio ICDAS tipo 3, tipo 4, tipo 5; en los niños de 4 años, siendo lo más afectados por el impacto de calidad de vida negativo ocasionado por la caries dental; Existiendo una relación estadísticamente significativa ( $p=0.002$ ).
- Se encontró que los niños que más presentaban caries dental estaban relacionados con los factores socioeconómicos y eran de aquellos padres que trabajaban, y tenían como ingresos económicos 750 – 1000 soles, en cuanto a la profesión sus padres habían cursado una carrera técnica y universitaria.

## Recomendaciones

- Para estudios posteriores se recomienda realizar investigaciones en poblaciones de mayor tamaño utilizando el criterio ICDAS II, en centros de salud que atienden a poblaciones más heterogénea y de diferentes estratos socioeconómicos, para tener un punto de partida hacia una vigilancia epidemiológica en todo el Perú.
- Para otros estudios referente a factores socioeconómicos se recomienda verificar el posible sesgo de información sobre la variable relacionada con los ingresos socioeconómicos, si es posible generar otra forma de medición de la misma.
- Realizar estudios que relacionen la presencia de lesiones cariosas tipo 3, tipo 4, tipo 5 y tipo 6 con los factores socioeconómicos de los padres de familia y el impacto sobre calidad de vida en los niños.
- Estrategias que protejan a los niños de la enfermedad de la caries dental prevalentes en la infancia, similar a la estrategia impulsada por la Organización Mundial de la Salud, que promueven la salud bucal de los niños, mediante su módulo de salud oral, ya que la caries dental puede comprometer el bienestar de los niños en la etapa preescolar.
- Desarrollar actividades de salud familiar y comunitaria incentivando a los padres de familia que a consecuencia de la alta prevalencia caries dental en sus niños, se debe realizar tratamientos preventivos periódicamente para disminuir así el riesgo de caries dental.



## FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perfil sociodemográfico del Perú. Censos nacionales 2007: XI de Población y VI de Vivienda [Internet]. Lima; 2008, 2da edición, [acceso 27 de noviembre de 2009]. <http://censos.inei.gob.pe/Anexos/Libro.pdf>
2. Petersen PE. The World Oral Health Report continuous improvement of oral health in the 21st century - the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2003; 31(1):3-24.
3. Tiano A, Moimaz S, Saliba O, Saliba A. Dental caries prevalence in children up to 36 months of age attending daycare centers in municipalities with different Water fluoride content. *J Appl Oral Sci.* 2009; 17(1):39-44.
4. Bernabé E, Tsakos G, Messias de Oliveira C, Sheiham A. Impacts on daily performances attributed to malocclusions using the condition-specific feature of the Oral Impacts on Daily Performances. *En: Index.Angle Orthod.* 2008, 78(2):241-7.
5. Sisco L, Broder HL. Oral health-related quality of life: what, why, how, and future implications. *J Dent Res.* 2011; 90(11):1264-70.
6. Brennan DS, Singh KA, Spencer AJ, Thomson KFR. Positive and negative affect and oral health-related quality of life. *Health and Quality of Life Outcomes* 2016; 4:83.
7. Slade GD, Strauss RP. Conference summary: assessing oral health outcomes, measuring health status and quality of life. *Community Dent Health* 1998; 15:3-7.

8. Jokovic A, Locker D, Stephens M, Kenny D, Tompson B, Guyatt G. Validity and Reliability of a Questionnaire for Measuring Child Oral-health-related Quality of Life. *J Dent Res* 2002; 81:459.
9. Allen PF. Assessment of oral health related quality of life. *Health Qual Life Outcomes*. 2003; 1(40).
10. De Paula JS, Leite IC, de Almeida AB, Ambrosano GM, Mialhe FL. The impact of socioenvironmental characteristics on domains of oral health-related quality of life in Brazilian schoolchildren. *BMC Oral Health*. 2013; 13:10.
11. Peres KG, Peres MA, Araujo CL, Menezes AM, Hallal PC. Social and dental status along the life course and oral health impacts in adolescents: a population-based birth cohort. *Health Qual Life Outcomes*. 2009; 7:95.
12. Tesch FC, Oliveira BH, Leão A. Measuring the impact of oral health problems on children's quality of life: conceptual and methodological issues. *Cad Saude Publica*. 2007; 23(11):25-64.
13. Abanto J, Carvalho TS, Fausto MM, Marcia TW, Marcelo B, Daniela PR. Impact of oral diseases and disorders on oral health-related quality of life of preschool children. *Community Dent Oral Epidemiol* 2011; 39:105–14.
14. Días C. Prevalencia y severidad de caries dental y factores familiares en niños de una Institución Educativa de la ciudad de Cartagena de Indias. Universidad Nacional de Colombia Facultad de Medicina. [Tesis para optar el título de Magister en salud pública]. Bogotá-Colombia, 2010.
15. Arrieta V, *et al.* Factores familiares asociados a la presencia de caries dental en niños escolares de Cartagena - Colombia. Universidad de Cartagena

Departamento de Odontología Preventiva y Social Facultad de Odontología.  
Rev Clín Med Fam. 2011, 4(2): 100-104.

16. Dias C. *et al.* Asociación del nivel de riesgo familiar total y caries dental en escolares de la Boquilla, Cartagena-Colombia. Rev Clín Med. 2013, 31(2): 43-52.
17. Perez P. *et al.* Impacto de caries dental sobre la calidad de vida en niños pertenecientes a la primera infancia de instituciones educativas de Cartagena. Universidad de Cartagena Facultad de Odontología. [Tesis de Especialidad en Salud Pública]. Bogotá-Colombia, 2015.
18. Bernardo M. Percepción de los padres del impacto de caries, traumatismo y maloclusión dental sobre la calidad de vida en niños preescolares de la ciudad de Cartagena. Universidad de Cartagena Facultad de Odontología. [Tesis para optar título de odontólogo]. Colombia, 2016.
19. Villafuerte C. Influencia de la salud bucal en la calidad de vida en escolares de 11 a 14 años del instituto de investigación, Educación y Promoción Popular del Ecuador. Universidad Central del Ecuador Facultad de Odontología. [Tesis para optar el grado académico odontólogo]. Quito-Ecuador, 2016.
20. Ruffo O; *et al.* Factores asociados con la calidad de vida en niños escolares y la salud saludable. Revista odontológica porto alegre-Brasil. 2016, 64(3):256-262.
21. Taufan B; *et al.* aplicación en la evaluación de la calidad de vida en los niños para promover la fiabilidad en los servicios de calidad en salud dental. Journal of oral Health community Dentistry. 2016; 10(1):9-13.

22. Mattos M. Factores socioeconómicos y de comportamiento relacionados con caries dental en escolares del distrito de la Molina, Lima. Perú. Rev. Estomatol Herediana. 2010; 20(1):25-32.
23. Paredes M; *et al.* Impacto de las condiciones bucales sobre la calidad de vida en escolares del distrito de San Juan de Miraflores. 2014;24(3):171-177.
24. Apaza R. Influencia de los factores sociodemográficos, familiares y el estado de la salud bucal en la calidad de vida de adolescentes peruanos. Lima. Perú. Rev. Estomatol Herediana. 2015.25(2):172-176
25. Paredes E. Impacto de las condiciones bucales sobre la calidad de vida en escolares del Distrito de San Juan de Miraflores. Lima, Perú. [Tesis de Magister UPCH] 2014; 24(3), 171.
26. Ardila R. Calidad de vida una función integradora. Revista Latinoamericana de Psicología. Redalib. 2003; 35 (2): 161- 4.
27. Misrachi C, Espinoza I. Utilidad de las Mediciones de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud. En: Revista dental de Chile. 2005, 96(2):28-35.
28. Scarpelli A, *et al*, Psychometric properties of the Brazilian version of the Early Childhood Oral Health Impact Scale (B-ECOHIS). En: Scarpelli et al. BMC Oral Health 2011, 19(11).
29. Locker D, Allen F. What do measures of “oral health-related quality of life” measure. En: Community Dent Oral Epidemiol 2007, 6(35):401-411.
30. Martin P, *et al* .Validations of the Brazilian version of the Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS).En: Saúde Pública, Rio de Janeiro 2012, 2(8)367-374.

31. Tiano AVP, Moimaz SAS, Saliba O, Garbin CAS. Prevalence of enamel white spots and risk factors in children up to 36 months old. *Braz Oral Res* 2009; 23(2):216-22.
32. Masumo R, Bardsen A, Mashoto K, Astrom AN. Prevalence and socio-behavioral influence of early childhood caries, ECC, and feeding habits among 6 – 36 months old children in Uganda and Tanzania. *BMC Oral Health* 2012; 12:24.
33. Featherstone JDB. The continuum of dental caries-Evidence for a dynamic disease process. *J Dent Res* 2004; 83 Supl C:39-42.
34. Paredes E., Díaz M. Impacto de las condiciones bucales sobre la calidad de vida en escolares del Distrito de San Juan de Miraflores. Lima, Perú. *Rev Estomatol Herediana*. 2014, 24(3)., 171-177.
35. Cornejo M. Salud bucal y su atención en las personas mayores institucionalizadas de Barcelona y el impacto en su calidad de vida. *Universitat Pompeu Fabra Barcelona*. 2013; 10-12.
36. Moreno X., Vera C. Impacto de la Salud Bucal en la calidad de vida de los escolares de 11 a 14 años. Licantén, 2013. *Revista Clínica de Periodoncia, Implantología y Rehabilitación Oral*. 2014; 142-148.
37. Acharya S, Tandon, S. The effect of early childhood caries on the quality of life of children and their parents. *Contemp Clin Dent*. 2011; 2(2):98-101.
38. Blumenshine SL, Vann WF, Gizlice Z, Lee, JY. Children's school performance: Impact of general and oral health. *J Public Health Dent*. 2008; 68(2):82-7.

39. Pahel BT, Rozier RG, Slade GD. Parental perceptions of children's oral health: The Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS) Health and Quality of Life Outcomes 2007; 5:6.
40. Kramer PF, Feldens CA, Ferreira SH, Bervian J, Rodrigues PH, Peres MA. Exploring the impact of oral diseases and disorders on quality of life of preschool children. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2013; 41: 327–35.
41. Hooley M, Skouteris H, Boganin C, Satur J, Kilpatrick N. Parental influence and the development of dental caries in children aged 0–6 years: A systematic review of the literature. *Journal of dentistry.* 2012; 40:873–885.
42. Frenz P. Desafíos en salud pública de la Reforma, equidad y determinantes sociales de la salud. *Rev Chil Salud Pública.* 2005; 9(2):103- 110.
43. MINSAL. Guía clínica: Atención Primaria Odontológica del Preescolar de 2 a 5 años. 2009 [URL visitada en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/a86d289427cb092be04001011e01193c.pdf> el 03-12-2014]
44. Hallet KB, O'Rourke P. Social and Behavioral Determinants of Early Childhood Caries. *Aust Dent J.* 2003 48(1):27-33.
45. Ministerio de Educación (MINEDUC). Becas y Créditos Educación Superior: Nivel Socioeconómico - Quintil. 2014 [URL visitada en: [http://portal.becasycreditos.cl/index2.php?id\\_contenido=18386&id\\_portal=74&id\\_seccion=4033](http://portal.becasycreditos.cl/index2.php?id_contenido=18386&id_portal=74&id_seccion=4033) el 04-12-2014]
46. Jackson R (2006). Parental Health Literacy and Children's Dental Health: Implications for the Future. *Pediatr Dent.* 2006; 28(1):72-55.

47. Agrawal N, Pushpanjali K, Garg A. The cross cultural adaptation and validity of the child-OIDP scale among school children in Karnataka, South India. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. 2013; 30 (2):124-126.
48. Bordoni N, Squassi A. Caries dental: una mirada actual para una vieja problemática. *Universitas Odontológica* [serial on the Internet]. Available from: *MedicLatina*. 2013, 32(68): 81-97.
49. Sanabria DA, Ferreira MI, Pérez NM, Díaz CV, Torres CD, Cubilla ME, *et al.* Caries dental en menores en situación de pobreza, asistidos por una Fundación en Paraguay. *Rev Estomatol Herediana*. 2016; 26 (2):70.
50. World health organization. WHO oral health data bank. Geneva: World Health Organization; 2002.
51. Paula J., Sarracini k., Ambrosano G., Pereira A., Meneghim M., Mialhe F. Impact of a dental care program on the quality of life of children with and without caries. *Braz. Oral Res*. 2016;30(1):139-142.
52. 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.
53. Fejerskov O. Changing paradigms in concepts on dental caries: consequences for oral health care. *Op. cit.*, 2010, 10(2):182-91.
54. Reisine S. Socioeconomic status and selected behavioral determinants as risk factors for dental caries. In: *Journal of dental education*. 2009, 65(10): 1009-16.
55. Menchaca M. Factores de riesgo en pacientes con caries temprana de la infancia del Departamento de Estomatología del Hospital para el Niño Poblano. En: *Revista Oral Universidad Autónoma de Puebla*. 2004, 6(1): 230-2.

56. Torres R. Impacto de la caries de la infancia temprana e la calidad de vida relacionada a la salud bucal en niños peruanos menores de 71 meses de edad. Rev Odontol Samarquna. 2015; 18(2):87-94.
57. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la Investigación. 6ta ed. México: Mc-Graw-Hill; 2014.
58. Vera O. Evaluación del nivel socioeconómico: presentación de una escala adaptada en una población de Lambayeque. Rev. Cuerpo Méd. HNAAA. 2013; 6(1).



# **ANEXOS**

## ANEXO N° 01: Carta de presentación



Pueblo Libre, 22 de Noviembre del 2017

Prof. MARÍA SOLORSANO CÁCERES  
DIRECTORA DE LA IE NIÑO JESÚS DIVINO - SURCO

De mi consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a usted para expresarle mi respetuoso saludo y al mismo tiempo presentarle al egresado **CAMPOS REQUELME, HUGO**, con código **200920300**, de la Escuela Profesional de Estomatología - Facultad de Medicina Humana y Ciencias de la Salud - Universidad Alas Peruanas, quien necesita recabar información en el área que usted dirige para el desarrollo del trabajo de investigación (tesis).

**TITULO: "FACTORES SOCIOECONÓMICOS DE LOS PADRES Y EL ESTADO DE CARIES DENTALEN RELACIÓN A LA CALIDAD DE VIDA EN LOS NIÑOS EN LA IE NIÑO JESÚS DIVINO 2017"**

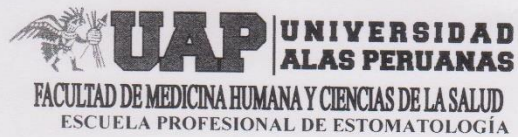
A efectos de que tenga usted a bien brindarle las facilidades del caso.

Anticipo a usted mi profundo agradecimiento por la generosa atención que brinde a la presente.

Atentamente,

**UAP** UNIVERSIDAD  
ALAS PERUANAS  
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD  
Dra. MIRIAM DEL ROSARIO VASQUEZ SEGURA  
DIRECTORA  
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA

## ANEXO N° 02: Constancia del desarrollo de la investigación



Pueblo Libre, 22 de Noviembre del 2017

Prof. MARÍA SOLORSANO CÁCERES  
DIRECTORA DE LA IE NIÑO JESÚS DIVINO - SURCO

De mi consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a usted para expresarle mi respetuoso saludo y al mismo tiempo presentarle al egresado **CAMPOS REQUELME, HUGO**, con código **200920300**, de la Escuela Profesional de Estomatología - Facultad de Medicina Humana y Ciencias de la Salud - Universidad Alas Peruanas, quien necesita recabar información en el área que usted dirige para el desarrollo del trabajo de investigación (tesis).

**TITULO: "FACTORES SOCIOECONÓMICOS DE LOS PADRES Y EL ESTADO DE CRIES DENTALEN RELACIÓN A LA CALIDAD DE VIDA EN LOS NIÑOS EN LA IE NIÑO JESÚS DIVINO 2017"**

A efectos de que tenga usted a bien brindarle las facilidades del caso.

Anticipo a usted mi profundo agradecimiento por la generosa atención que brinde a la presente.

Atentamente,

**UAP** UNIVERSIDAD  
ALAS PERUANAS  
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD  
Dra. MIRIAM DEL ROSARIO VÁSQUEZ SEGURA  
DIRECTORA  
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA

## ANEXO N° 03: Certificado de ejecución



INSTITUCION EDUCATIVA PARTICULAR  
**“NIÑO JESUS DIVINO”**  
R.D. 1395 y R.D 1902 UGEL 07 - SURCO

### CERTIFICADO DE EJECUCION

La Gerente General de la Empresa Educativa Particular “Niño Jesús Divino” S.A.C jurisdicción de la U.G.E.L. 07- San Borja:

Hace Constar:

Que el Señor Bachiller **CAMPOS REQUELME HUGO** **identificado** con DNI N° 10543308, ha ejecutado su Proyecto de investigación titulado: **FACTORES SOCIOECONOMICOS Y ESTADO DE CARIES DENTAL EN RELACION A LACALIDAD DE VIDA EN LA INSTITUCION EDUCATIVA NIÑO JESUS DIVINO**, con los alumnos de edad preescolar.

Se expide el presente certificado a solicitud del interesado

Surco, 06 de Diciembre del 2017



**ANEXO N° 04: Consentimiento informado**



**UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS  
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD -  
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Mediante el presente documento hago constar que Yo,  
..... con DNI .....  
autorizo que mi menor hijo(a) participe en el trabajo de investigación titulado:  
**FACTORES SOCIOECONÓMICOS DE LOS PADRES Y EL ESTADO DE  
CARIES DENTAL EN RELACIÓN A LA CALIDAD DE VIDA EN LOS NIÑOS IE  
NIÑO JESÚS DIVINO 2017-SURCO.**

Firmo este documento como prueba de mi aceptación, habiendo sido antes informado que ninguno de los procedimientos a utilizarse en la investigación pondrá en riesgo la salud y bienestar de mi persona ni la de mi menor hijo(a); en el caso de necesitar fotografías se resguardará la identidad de mi menor hijo(a). Además de haberseme aclarado que no hare ningún gasto, ni recibiré ninguna contribución económica por mi participación.

Responsable del trabajo:

Campos Requelme, Hugo  
Bachiller en Estomatología

Fecha de aplicación:

\_\_\_\_\_  
Firma y DNI del padre de familia

\_\_\_\_\_  
Firma del Investigado

**ANEXO N° 05: Instrumento de recolección de datos**



**FACTORES SOCIOECONÓMICOS DE LOS PADRES Y ESTADO DE  
CARIES DENTAL EN RELACIÓN A LA CALIDAD DE VIDA EN LOS NIÑOS  
IE NIÑO JESÚS DIVINO 2017**

Mediante este cuestionario, se pretende observar factores socioeconómicos de los padres y el estado de caries dental en relación a la calidad de vida en los niños IE Niño Jesús Divino, este instrumento es anónimo y le rogamos que conteste con total sinceridad y veracidad con el fin de que los resultados sean reales y fiables. se agradece mucho su participación.

**PRIMERA PARTE**

**FACTORES SOCIOECONÓMICOS**

1. Edad del padre: \_\_\_\_\_ años      Edad de la madre: \_\_\_\_\_ años
2. Género del padre de familia: M\_\_\_    F\_\_\_
3. Condición laboral del padre de familia: Empleado ( )    Desempleado ( )

**N4. ¿Cuál es el grado de estudio del padre de familia?**

- 1 Primaria completa/incompleta ( )
- 2 Secundaria incompleta ( )
- 3 Secundaria completa ( )
- 4 Superior no universitario ( )
- 5 Estudios universitarios incompletos ( )
- 6 Estudios universitario completos ( ) post grado ( )

**N5. ¿Cuál de las siguientes categorías se aproxima más al salario mensual de su casa?**

1. Menos de 750 soles/mes aproximadamente

2. Entre 750 – 1000 soles/mes aproximadamente

3. 1001 – 1500 soles/mes aproximadamente

4. >1500 soles mes aproximadamente

**N6. ¿A dónde acude el jefe de hogar para atención médica cuando el tiene algún problema de salud?**

1. Posta médica/Farmacia

2. Hospital del ministerio de salud/ Hospital de la solidaridad

3. seguro social/ Hospital FFAA/Hospital de policía

4. Médico particular en consultorio

5. Médico particular en clínica privada

**N7. ¿Cuál es el material predominante en los pisos de su vivienda?**

1. Tierra/ Arena

2. Cemento sin pulir (falso piso)

3. Cemento pulido/ Tapizón

4. Mayólica/ loseta/ cerámicos

5. Parquet/ madera pulid/ alfombra/ mármol/ terrazo

**N8. ¿Cuántas habitaciones tienen su hogar, exclusivamente para dormir?**

**N9. ¿Cuántas personas viven permanentemente en el hogar? (sin incluir el servicio doméstico)**

## **NIVEL SOCIOECONÓMICO**

MARCA CON UNA X:

A: Alto/Muy alto    B: Medio    C: Bajo    D: Bajo inferior    E: Marginal

**Nivel 1 A Alto** 22 – 25 puntos 33 o más puntos

**Nivel 2 B Medio** 18 – 21 puntos 27 – 32 puntos

**Nivel 3 C Bajo Superior** 13 – 17 puntos 21 – 26 puntos

**Nivel 4 D Bajo Inferior** 9 – 12 puntos 13 – 20 puntos



Nivel 5 E Marginal 5 – 8 puntos 5 – 12 puntos

**SEGUNDA PARTE**

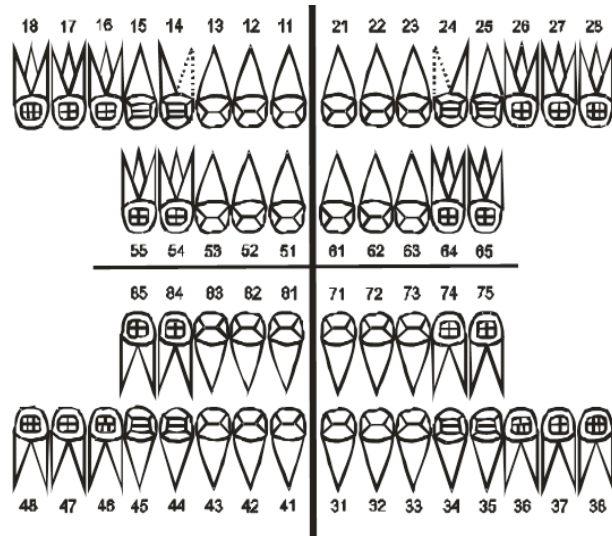
**DATOS PERSONALES DEL NIÑO:**

Edad: \_\_\_\_\_años

Sexo: Mujer  Hombre

**2. Problemas bucales**

**2.1 Caries dental**



Fuente: Norma técnica para el uso del Odontograma-Minsa

2.1 DIAGNÓSTICO DE CARIES SEGÚN ICDAS II					
DIENTE	CARAS DEL DIENTE				
	O	V	L/P	M	D
51					
52					
53					
54					
55					
61					



<b>62</b>					
<b>63</b>					
<b>64</b>					
<b>65</b>					
<b>71</b>					
<b>72</b>					
<b>73</b>					
<b>74</b>					
<b>75</b>					
<b>81</b>					
<b>82</b>					
<b>83</b>					
<b>84</b>					
<b>85</b>					

## ANEXO N° 06 Instrumento ECOHIS

### 3. CALIDAD DE VIDA

#### CUESTIONARIO EARLY CHILDHOOD ORAL HEALTH IMPACT SCALE (ECOHIS)

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

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

#### IMPACTO DE LOS PROBLEMAS BUCALES CON EL NIÑO

	Nunca (0)	Casi nunca (1)	Ocasionalmente (2)	A menudo (3)	Muy a menudo (4)	No sabe/ no contesta (5)
¿Con qué frecuencia su hijo ha tenido <b>Dolor</b> en los dientes, boca o mandíbula?						
¿Con qué frecuencia su hijo ha tenido <b>dificultades para tomar bebidas calientes o frías</b> , debido a problemas dentales o tratamientos odontológicos?						
¿Con qué frecuencia su hijo ha tenido <b>dificultades para comer algunos alimentos</b> a causa de problemas dentales o tratamientos odontológicos?						
¿Con qué frecuencia su hijo ha tenido <b>dificultades para pronunciar algunas palabras</b> , por problemas dentales o tratamientos odontológicos?						
¿Con qué frecuencia su hijo <b>ha perdido días de asistencia a su actividad preescolar, de guardería o escuela</b> por problemas dentales o tratamientos odontológicos?						
¿Con qué frecuencia su hijo ha tenido <b>problemas para dormir</b> debido a problemas dentales o tratamientos odontológicos? ¿Con qué frecuencia su hijo <b>se ha manifestado enojado</b> a causa de problemas dentales o tratamientos odontológicos?						
¿Con qué frecuencia su hijo <b>ha evitado sonreír</b> por problemas dentales o tratamientos odontológicos?						

¿Con qué frecuencia su hijo <b>ha evitado hablar</b> debido a problemas dentales o tratamientos odontológicos?						
<b>IMPACTO DE LOS PROBLEMAS BUCALES CON EL PADRE O FAMILIAR</b>						
¿Con qué frecuencia usted u otro miembro de la familia <b>se ha preocupado</b> a causa de problemas dentales o tratamientos odontológicos de su hijo?						
¿Con qué frecuencia usted u otro miembro de la familia <b>se ha sentido culpable</b> por los problemas dentales o tratamientos odontológicos de su hijo?						
¿Con qué frecuencia usted u otro miembro de la familia ha <b>ocupado el tiempo de trabajo o actividad</b> a causa de los problemas dentales o tratamientos odontológicos de su hijo?						
¿Con qué frecuencia los problemas dentales o tratamientos odontológicos de su hijo <b>han afectado a la economía de su hogar?</b>						

**MUCHAS GRACIAS**

**ANEXO N° 07: Matriz de consistencia**



**TITULO: IMPACTO DE LOS FACTORES SOCIOECONÓMICOS DE LOS PADRES DE FAMILIA Y EL ESTADO DE CARIES DENTAL EN RELACIÓN A LA CALIDAD DE VIDA EN LOS NIÑOS QUE ASISTEN A LA IE NIÑO JESÚS DIVINO UGEL N° 07, DISTRITO DE SURCO EN EL AÑO 2017**

<b>PROBLEMA</b>	<b>OBJETIVO</b>	<b>Variables</b>	<b>DIMENSIONES</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>METODOLOGÍA</b>
<p><b>PROBLEMA PRINCIPAL:</b></p> <p>¿Cuál es el impacto de los factores socioeconómicos de los padres de familia y el estado de caries dental en relación a la calidad de vida en los niños que asisten a la IE Niño Jesús Divino?</p>	<p><b>OBJETIVO PRINCIPAL</b></p> <p>Determinar el impacto de los factores socioeconómicos de los padres de familia y el estado de caries dental en relación a la calidad de vida en los niños que asisten a la IE Niño Jesús Divino.</p>	Factores socioeconómicos de los padres	Edad (Padre de familia)	Instrumento socioeconómico	<p><b>DISEÑO:</b> Cuantitativo</p> <p><b>TIPO:</b> Observacional, descriptivo y correlacional</p> <p><b>POBLACIÓN:</b></p> <p>90 es el pablación de este estudio corresponde a los niños que acudieron a la IE Niño Jesus Divino ugel N° 07, Distrito de Surco</p> <p><b>MUESTRA:</b>74</p> <p><b>TÉCNICA:</b></p> <p>Encuesta tipo cuestionario, observación estructurada</p>
<p><b>PROBLEMAS SECUNDARIOS</b></p>	<p><b>OBJETIVOS SECUNDARIOS</b></p>		Género (Padre de familia)		
<p>¿Cuál es el impacto socioeconómico, en los padres de familia en relación a la calidad de vida en los niños que asisten a la IE Niño Jesús Divino?</p>	<p>Determinar el impacto socioeconómico, en los padres de familia en relación a la calidad de vida en los niños que asisten a la IE Niño Jesús Divino.</p>		Condición laboral		
			Nivel de educación madre/padre		
			Ingreso familiar		
		Seguro médico de los padres de familia			

<p>¿Cual es el estado de la caries dental en relación a la calidad de vida en los niños que asisten a la IE Niño Jesús Divino?</p> <p>¿Cuál es el estado de la caries dental en relación a la calidad de vida por género en los niños que asisten a la IE Niño Jesus Divino?</p> <p>¿Cuál es el estado de la caries dental en relación a la calidad de vida por edad en los niños que asisten a la IE Niño Jesus Divino?</p> <p>¿Cuales son los factores socioeconómicos relacionadas con la presencia de caries dental en los niños que asisten a la IE Niño Jesus Divino?</p>	<p>Determinar el estado de la caries dental en relación a la calidad de vida en los niños que asisten a la IE Niño Jesús Divino.</p>		Material de la vivienda	Instrumento socioeconómico	
			Impacto socioeconómico		
	Calidad de vida	ECOHis	Bajo: 0-20 Medio: 21-40 Alto: 41-65		
	Caries dental	Lesiones de caries según severidad	ICDAS		
	<b>Intervenientes</b>	<b>Dimensiones</b>	<b>indicadores</b>		
	Edad (Niño)	Edad	3 años 4 años 5 años		
	Género (Niño)	Género	Masculino Femenino		

## ANEXO N° 08: Fotografías

Fotografía N° 01



Evaluación diagnóstica para conocer los criterios de ICDAS

Fotografía N° 02



Se observa a los niños que recibieron evaluación diagnóstica de caries dental

Fotografía N° 03



Observamos a todos los niños preescolares de 3 a 5 años, después de su examen clínico intraoral que se realizó para evaluar la caries dental según los criterios de ICDAS II.