



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

TESIS

**“IMPACTO DE LA GINGIVITIS, LAS MALOCLUSIONES Y LOS
TRAUMATISMOS DENTALES SOBRE LA CALIDAD DE VIDA
RELACIONADA A LA SALUD BUCAL EN ESCOLARES
ADOLESCENTES DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA ESTATAL “LOS
JAZMINES DE NARANJAL” – SAN MARTÍN DE PORRES, LIMA-PERÚ
2015”**

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE CIRUJANO DENTISTA

PRESENTADO POR LA BACHILLER

KATTY SOTO ROMÁN

LIMA – PERÚ

2015

Dedicatoria

A mi hijo, Ángel Gabriel, que es sin duda mi referencia para el presente y para el futuro.

A mis padres Amado y Melanía, por su amor, comprensión y ayuda en momentos malos y menos malos. Me han enseñado a encarar las adversidades sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento. Me han dado todo lo que soy como persona, mis valores, mis principios, mi perseverancia y mi empeño y todo ello con una gran dosis de amor y sin pedir nunca nada a cambio.

A mi Novio José Luis, a él con todo mi Amor especialmente le dedico esta Tesis. Por ser mi apoyo incondicional, por su paciencia, por su comprensión, por su empeño, por su fuerza, por su amor, por ser tal y como es. Realmente él me llena de paz y tranquilidad para conseguir un equilibrio que me permita dar el máximo de mí.

A todos ellos, con todo mi corazón.

Agradecimiento

A Dios por permitirme abrir los ojos una vez más y poder llegar a este ansiado momento y por sus infinitas bendiciones para conmigo, mi familia y amigos.

A mi Asesora de Tesis Dra. Jacqueline Céspedes Porras, por su tiempo, por su colaboración, por las ideas y orientación en el desarrollo y culminación de esta investigación.

A mi Novio José Luis, que se convirtió en director y asesor de Tesis, con todo su esfuerzo y dedicación. Sus conocimientos, sus orientaciones, su manera de trabajar, su persistencia, su paciencia y su motivación han sido fundamentales en cada paso de esta Tesis. Él a su manera, ha sido capaz de ganarse mi lealtad y admiración, así como sentirme en deuda con él por todo lo recibido durante el período de tiempo que ha durado esta Tesis.

Al Dr. Jorge Luis Valdíviezo y al Dr Germán Valenzuela, por apoyarme con la estadística y poder culminar exitosamente esta investigación.

Y por último, pero no menos importante, estaré eternamente agradecida a mi Amigo Dr. Carlos E. Castro y a mis dos compañeras y amigas que me apoyaron en el campo de investigación, Rosa M. Ramírez y Valeria L. Espíritu. Para mí son grandes y bellas personas que Dios me ha permitido conocer y estoy orgullosa que ellos también me consideren digna de contar con su amistad.

Para ellos, muchas gracias por todo.

Resumen

El objetivo de la presente investigación fue determinar el impacto de la Gingivitis, las Maloclusiones y los Traumatismos dentales sobre la calidad de vida relacionada a su salud bucal de adolescentes escolares de 11 a 14 años de edad. El estudio es de tipo observacional, prospectivo, transversal, y analítico. La muestra estuvo conformada por 120 adolescentes escolares de la I.E. “Los Jazmines de Naranjal” – San Martín De Porres, Lima-Perú 2015.

El análisis estadístico se hizo una Base de datos en Excel y luego procesados en el programa SPSS versión 20.0. Se concluyó que los adolescentes escolares presentaron una prevalencia de; Gingivitis Leve (76.8 %) según el Índice Løe y Silness; Maloclusión Leve (51.7%) según el índice de la OMS y Traumatismos Dentales (5%) según índice de Andreasen. Además los niños clasificaron su salud bucal como regular (45.0%) y el estado de su salud bucal afecta poco su vida diaria (40.8%). En general al correlacionar las condiciones clínicas orales con las dimensiones del CPQ 11-14 se concluyó que no hay impacto de la Gingivitis, las Maloclusiones y los Traumatismos dentales sobre la calidad de vida relacionada a la salud bucal; pero en relación a la edad si existe impacto de la Gingivitis en los escolares de 12 años de edad, sobre la calidad de vida relacionada a su salud bucal.

Palabras claves: Gingivitis, Maloclusión, Traumatismo Dental, Calidad de vida relacionada a la salud bucal, Cuestionario CPQ11-14, escolares adolescentes.

Abstract

The objective of this research was to determine the impact of gingivitis, malocclusion and dental trauma on the quality of life related to oral health in school adolescents 11 to 14 years old. The study was observational, prospective, transversal and analytical type. The sample consisted of 120 adolescent students of "Los Jazmines del Naranjal" school - San Martin De Porres, Lima-Peru 2015.

Statistical analysis was made by an Excel Database and then processed in SPSS version 20.0 program. It was concluded that school adolescents had a prevalence of Mild gingivitis (76.8%) according to the Index and Silness Löe; Mild malocclusion (51.7%) as the index of WHO and Dental Injuries (5%) according to Andreasen index. In addition, children rated their oral health as fair (45.0%) and the state of oral health affects their daily quality of life(40.8%). Finally, the oral clinical conditions correlate with domains CPQ 11-14 concluded that there is not impact of gingivitis, malocclusion and dental trauma on the quality and of life related to oral health; however when individually correlation between clinical oral conditions and CPQ 11-14 domains and age was made, there was an impact of malocclusion and gingivitis in 12 years old adolescents on quality of life related to oral health.

Keywords: Quality of life related to oral health, CPQ11-14 Questionnaire, oral clinical conditions, school adolescents.

INDICE

1. INTRODUCCIÓN	10
1.1. El problema	12
1.2. Hipótesis	13
1.3. Objetivos	13
1.4. Justificación	14
2. MARCO TEÓRICO	17
2.1 Marco Referencial	17
2.2 Bases Teóricas	25
2.2.1. Calidad de vida	25
2.2.2. Calidad de vida relacionada a la salud bucal (CVRSB)	26
2.2.3. Instrumentos utilizados para medir CVRSB en niños.	28
2.2.4. Cuestionario de percepción en niños entre 11-14 años de edad (<i>child perceptions questionnaire</i> (CPQ11-14))	28
2.2.5. Gingivitis	30
2.2.6. Maloclusiones dentales	35
2.2.7. Traumatismos dentales	39
3. MARCO METODOLÓGICO	43
3.1 Diseño Metodológico	43
3.2 Población y Muestra	43
3.3 Variables	45
3.4 Técnica de Recolección de Datos	46
3.5 Plan de Análisis de Datos	49
3.6 Implicaciones Éticas	50
4. RESULTADOS	51
5. DISCUSIÓN	56
6. CONCLUSIONES	60
7. RECOMENDACIONES	61

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	63
9. GLOSARIO	66
10. ANEXOS	68

Anexo 01: Resolución del proyecto de tesis

Anexo 02: Carta de presentación

Anexo 03: Consentimiento informado

Anexo 04: Asentimiento informado

Anexo 05: Cuestionario CPQ 11-14 Validado por Albites U.

Anexo 06: Ficha de Recolección de datos

Anexo 07: Fotos

Anexo 08: Matriz de Consistencia

Lista de tablas

Tabla 1: Características Clínicas y Demográficas de la muestra (n=120). Distribución de frecuencia de las variables estudiadas. Edad, Género, Gingivitis, Maloclusión, Traumatismo Dental, estado de salud bucal y grado de afección de la misma.

Tabla 2: Análisis Multivariado de las variables clínicas independientes asociadas a los dominios del CPQ11-14. (Análisis de Regresión de Poisson con Variancia Robusta)

Tabla 3: Relación entre la Gingivitis, Maloclusión y Traumatismo Dental con la calidad de vida relacionada a la salud bucal en escolares adolescentes, según la edad.

Tabla 4: Relación entre la Gingivitis, Maloclusión y Traumatismo Dental con la calidad de vida relacionada a la salud bucal en escolares adolescentes, según el sexo.

Lista de Abreviaturas

CVRSB: Calidad de Vida Relacionada con la Salud Bucal.

CV: Calidad de Vida.

CPQ 11-14: Cuestionario de percepción 11-14 .

OMS: Organización Mundial de la Salud.

IG: Índice Gingival

1. INTRODUCCIÓN

Calidad de vida, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) es "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto que está influido por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con su entorno". En otras palabras es un término que expresa la sensación subjetiva de un individuo en cuanto a su bienestar y lleva en consideración aspectos como la enfermedad que influye en el estilo de vida, en la convivencia familiar y en el contacto con la sociedad (1,5).

Por tanto, la salud bucal es parte de la salud general y esencial para la calidad de vida integral, por eso es necesario relacionar la salud bucal y sus diversas patologías con las percepciones emocionales y sociales brindadas por el paciente y tener una visión integral del proceso salud-enfermedad; a estas percepciones desde el punto de vista del paciente se les denomina Calidad de Vida Relacionada a la Salud Bucal (CVRSB) (1).

Actualmente, los cuestionarios existentes para medir la CVRSB en escolares y cuya validez y confiabilidad han sido comprobados, son cuestionarios respondidos por los propios adolescentes. Sólo dos han sido adaptados transculturalmente y validados en el idioma español peruano: el *Child Oral Impacts on Daily Performances Index* (Child-OIDP) y *Child perceptions questionnaire 11-14* (CPQ11-14), este último ha sido desarrollado específicamente para escolares entre 11 y 14 años de edad, el cual consta de 37 preguntas y analiza las siguientes dimensiones: Síntomas bucales, limitación

funcional, bienestar social y bienestar emocional. Este último recientemente validado y adaptado al español peruano (1,9).

En lo que respecta a la maloclusión y la gingivitis, su impacto en la calidad de vida está relacionado principalmente con los hábitos de higiene oral, en el cual el paciente presenta dificultad para realizar una adecuada limpieza con el cepillado dental después de cada comida y el ámbito psicosocial para sonreír debido a la posición de sus dientes. La CV se ve afectada en los escolares que han sufrido traumatismos dentales graves, debido a la presencia de dolor e incapacidad, así como cambios de coloración en los órganos dentales afectados. Estas alteraciones son limitantes para realizar sus actividades diarias de manera normal y comprometen el dominio de la autopercepción (1,6,10). Por esta razón, el propósito de la presente investigación fue determinar el impacto de la Gingivitis, las maloclusiones y los traumatismos dentales sobre la calidad de vida relacionada a la salud bucal (CVRSB) en adolescentes de 11 a 14 años de edad de la Institución Educativa Estatal “Los Jazmines de Naranjal” – San Martín De Porres, Lima-Perú 2015.

1.1. EL PROBLEMA

Planteamiento del Problema

En el periodo de la adolescencia se produce la estructuración de la personalidad del individuo, a través de intensas transformaciones en los aspectos corporales, psicológicos y en sus relaciones personales y sociales. Por esta razón, los problemas bucales en este periodo de vida, adquieren una gran importancia estética y psicosocial que no le permite al adolescente relacionarse libremente.

Para lograr los objetivos de la presente investigación debemos conocer las actitudes y la percepción de la vida con respecto a la salud bucal de los escolares adolescentes, y sobre lo que debemos sustentar la presente investigación.

La literatura relata la existencia de algunos instrumentos disponibles capaces de medir el impacto funcional y psicosocial de las enfermedades bucales sobre la Calidad de Vida de las personas. Sin embargo, la mayoría han sido desarrollados para niños, adultos y ancianos, habiendo así una carencia de instrumentos específicos para adolescentes. Éstos últimos constituyen una parte importante de la Salud Pública Estomatológica, reflejando la necesidad urgente de la aplicación del concepto de Calidad de Vida en Relación a la Salud Bucal en esta fase de la vida. Es por ello, que hemos enfocado la presente investigación para que sirva de modelo para futuras investigaciones y que se pueda obtener más datos estadísticos de colegios de otros distritos y poder dar una mejor calidad de vida en lo que respecta a salud bucal de los escolares.

Problema principal

- ¿Existirá Impacto de la gingivitis, las maloclusiones y los traumatismos dentales sobre la calidad de vida relacionada a la salud bucal en escolares adolescentes de la institución Educativa Estatal “Los Jazmines de Naranja” – San Martín De Porres, Lima-Perú 2015?

Problemas Secundarios

- ¿Existirá impacto de las condiciones clínicas orales como la Gingivitis, las Maloclusiones y los traumatismos dentales sobre la calidad de vida relacionada a la salud bucal en escolares adolescentes en relación a su edad de la institución Educativa Estatal “Los Jazmines de Naranjal” – San Martín De Porres, Lima-Perú 2015?
- ¿Existirá impacto de las condiciones clínicas orales como la Gingivitis, las Maloclusiones y los traumatismos dentales sobre la calidad de vida relacionada a la salud bucal en escolares adolescentes en relación a su género de la institución Educativa Estatal “Los Jazmines de Naranjal” – San Martín De Porres, Lima-Perú 2015?

1.2. Hipótesis

Hipótesis principal

- Existe Impacto de la Gingivitis, las Maloclusiones y Traumatismos Dentales sobre la calidad de vida relacionada a la salud bucal en escolares adolescentes de la institución Educativa Estatal “Los Jazmines de Naranjal” – San Martín De Porres, Lima-Perú 2015.

1.3. Objetivos

Objetivo principal

- Determinar si existe Impacto de la gingivitis, las Maloclusiones y los traumatismos dentales sobre la calidad de vida relacionada a la salud bucal en escolares adolescentes de la institución Educativa Estatal “Los Jazmines de Naranjal” – San Martín De Porres, Lima-Perú 2015.

Objetivos Secundarios

- Determinar si existe Impacto de las condiciones clínicas orales como la Gingivitis, las Maloclusiones y los traumatismos dentales sobre la calidad de vida relacionada a la salud bucal en relación a su edad en los escolares adolescentes de la institución Educativa Estatal “Los Jazmines de Naranjal” – San Martín De Porres, Lima-Perú 2015.
- Determinar si existe Impacto de las condiciones clínicas orales como la gingivitis, las Maloclusiones y los traumatismos dentales sobre la calidad de vida relacionada a la salud bucal en relación a su género en los escolares adolescentes de la institución Educativa Estatal “Los Jazmines de Naranjal” – San Martín De Porres, Lima-Perú 2015.

1.4. Justificación

Las enfermedades y trastornos orales como la Gingivitis, Maloclusiones y Traumatismos dentales son frecuentes en la población escolar, que pueden realizar algunos cambios en su estilo de vida y por ende de su calidad de vida; por tal motivo se hizo una revisión bibliográfica del concepto de calidad de vida relacionada con la salud bucal (CVRSB) en escolares, trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del paciente, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno (10,11).

Existen equipos científicos vinculados a la Salud Pública Dental que han confeccionado una serie de cuestionarios encaminados a valorar el efecto que las condiciones orales, teniendo como referentes cuestionarios de calidad de vida general y una serie de corrientes teóricas formuladas para adaptar al campo estomatológico, las teorías impulsoras. Los cuestionarios de calidad de vida relacionados con la salud oral en la última década están perfeccionándose cada vez más, hasta el punto que hoy en día se utilizan de forma sistemática tanto a nivel descriptivo como analítico en diferentes países, siempre como

medidas complementarias de la información que nos aportan válidos índices clínicos (9,10).

En la presente investigación se usó el Cuestionario de percepción en niños (CPQ 11-14), que nos permitió obtener y aportar una nueva estadística en el campo de la Investigación Estomatológica y también informar de la situación de la salud oral de sus estudiantes a las autoridades de la Institución Educativa inmersa en esta investigación.

Entre los principales trastornos orales que influyen en la calidad de vida de los adolescentes está el impacto de las Maloclusiones, los principales factores etiológicos para desarrollarlas se asocian a aspectos genéticos, ambientales, una combinación de ambos aspectos e inadecuados hábitos orales. Además otros desórdenes más comunes en la adolescencia son la gingivitis y los traumatismos dentales los que constituyen un problema de salud pública convirtiéndose en un gran desafío para los profesionales de la salud estomatológica, siendo nuestro aporte en dicha problemática seguir desarrollando investigaciones de este tipo para recabar datos estadísticos que nos permitan en un futuro implementar campañas de salud bucal que estén dirigidas a mejorar la autoestima y la calidad de vida de nuestros escolares adolescentes (10,11,12).

Por último, abordamos una investigación realizada en el Perú en escolares entre 11 y 14 años de edad, en el año 2014 (1), donde se aplicó el instrumento (CPQ 11-14), validado al español peruano por Albites U. (9); y usado por primera vez en “Explorando la asociación entre los problemas de salud oral relacionada con la calidad de vida en niños peruanos de 11 a 14 años de edad” (1). Además de analizar de manera más amplia el concepto de la salud oral, teniendo en cuenta no solamente la presencia o ausencia de enfermedad, sino el estado de bienestar individual emocional, físico y psicológico, identificando las principales enfermedades orales o trastornos que pueden ser considerados como problemas de salud pública en este grupo de edad para finalmente promover el desarrollo de nuevas investigaciones y políticas de prevención en

esta nueva e importante área como lo es, Calidad de vida relacionada a la salud bucal (CVRSB) (1).

2. MARCO TEÓRICO

2.1. MARCO REFERENCIAL (Antecedentes)

Pulache J. y cols. (2015), realizaron el estudio: “Explorando la asociación entre los problemas de salud oral y calidad de vida relacionada a salud oral en niños peruanos de 11 a 14 años de edad”. Fue el primer estudio que puso a prueba una versión española del Cuestionario de Percepción de Niños (CPQ11-14) en una muestra poblacional en nuestro país. El objetivo fue evaluar el impacto de los problemas de salud oral en niños de 11 a 14 años de edad. Se analizaron los datos de 473 niños de 11 a 14 años de edad. Ellos fueron entrevistados mediante el CPQ11-14. Los exámenes incluyeron caries, Maloclusión, y lesiones dentales traumáticas. La Regresión de *Poisson* ajustada se utilizó para asociar diferentes condiciones clínicas al resultado. En general, el 100% de los niños informó impactos orales (CPQ11-14 puntuación total ≥ 1). Los niños de 12 a 14 años experimentaron un impacto negativo en todos los dominios y las puntuaciones totales CPQ11-14 ($P < 0.05$); el aumento en el índice CPOD (DMFT) mostró un impacto negativo en el dominio de los síntomas orales (RR = 1,01; $P = 0,05$, mientras que la Maloclusión clase III mostró un impacto positivo en el dominio de bienestar emocional (RR = 0,71; $p < 0,01$). TDI (RR = 1,11; $P = 0,01$) y la decoloración de la corona (RR = 1,23; $p < 0,01$) mostraron un impacto negativo en el dominio de bienestar social y emocional. Los niños de 12 a 14 años tuvieron un impacto negativo en todos los dominios y las puntuaciones totales CPQ11-14 en comparación con aquellos de 11 años de edad.

El aumento de la experiencia de caries dental, presencia de TDI y la decoloración de la corona tiene un impacto negativo en algunos aspectos de la CVRSB de los niños. La maloclusión clase III mostró un impacto positivo en el dominio de bienestar emocional (4).

Del Castillo C. y cols (2014), realizaron un estudio sobre el Impacto de las condiciones bucales sobre la calidad de vida en escolares de ámbito rural, Piura, Perú. El objetivo del estudio fue evaluar el impacto de las condiciones bucales en la CVRSB de niños de 11-12 años de edad, del ámbito rural de Piura. Fue un estudio transversal, en 150 escolares, usando la versión en español (Perú) del índice *Child-OIDP* para determinar el impacto de 17 condiciones bucales sobre 8 desempeños diarios. Resultados: El 88,7% de escolares informaron uno o más de un desempeño impactado (*Child-OIDP* > 0). El promedio de condiciones bucales auto-percibidas como problema fue de $1,14 \pm 0,66$ condiciones. La más frecuente fue: dolor de muela (58,0% de escolares). Los desempeños tuvieron un promedio de severidad de impacto de $0,54 \pm 0,49$. El desempeño con mayor severidad de impacto fue comer ($1,07 \pm 0,96$). Para el 89,5 % de escolares los impactos fueron de “poca” o “muy poca intensidad”. El promedio de desempeños impactados fue $3,01 \pm 2,20$. El índice *Child-OIDP* promedio global fue de $7,05 \pm 7,23$. Conclusión: El promedio global del índice fue bajo en escolares rurales de Piura. No se halló diferencias significativas en los impactos según sexo o nivel educativo (5).

Bendo C. y cols (2014), hicieron un estudio de la Salud Oral relacionada con la calidad la vida y lesiones dentales traumáticas en adolescentes brasileños. Se evaluó el impacto de las lesiones dentales traumáticas (TDI) sobre la salud bucodental de la calidad de vida (CVRSB) entre los adolescentes brasileños. Un estudio de casos y controles de base poblacional se llevó a cabo, que se anida en un estudio transversal con una muestra de 1.215 adolescentes de 11 a 14 años de Belo Horizonte, Brasil. La CVRSB se midió utilizando la versión brasileña de la Percepción Niño Cuestionario (CPQ11-14) - *Impacto Short Form* (ISF). Se realizó el análisis de conglomerados en dos etapas para definir los

casos y controles basados en CPQ11-14 - ISF: 16 puntuaciones. Este método considera el patrón de respuestas para cada elemento por separado y la importancia de cada elemento sirve para la formación de grupos. El grupo de casos incluidos aquellos adolescentes que presentaron mayor impacto negativo en CVRSB (n = 405), mientras que el grupo control incluyó aquellos con menor impacto negativo (n = 810). Dos controles para cada caso fueron agrupados de forma individual de la misma escuela y el género. La principal variable independiente fue TDI, diagnosticada por la clasificación del Andreasen. Caries dentales, sin tratar la Maloclusión, y la edad fueron variables de confusión. El análisis de regresión logística condicional se realizó con el nivel de significación de 5%. *Resultados:* Un modelo de regresión logística condicional múltiple demuestra que los adolescentes con diagnóstico de fractura que afecta a la dentina y / o pulpa tenían un 2,40 veces mayor probabilidad de presentar un alto impacto negativo en CVRSB [IC 95% = 1,26 a 4,58; P = 0,008] que aquellos sin evidencia de fracturas. Fractura del esmalte solamente [p = 0,065] y restaurados fracturas [p = 0,072] no fueron estadísticamente asociados con CVRSB. Los adolescentes con TDI más grave no tratada, como fracturas que afectan la dentina y / o pulpa, tenían más probabilidades de auto-reporte un mayor impacto negativo en su CVRSB que aquellos sin TDI (6).

Paredes E. y cols. (2014), determinaron 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. Fue 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%). *Conclusiones:* La prevalencia del impacto de las condiciones bucales sobre la calidad de vida de los escolares de 11 y 12 años de edad de la

Institución Educativa César Vallejo fue del 100%; presentando al menos un desempeño diario impactado; siendo los más afectados: comer y sonreír (7).

Abanto J. y cols. (2013), adaptaron transculturalmente las propiedades psicométricas del cuestionario de percepciones en niños 11-14 (CPQ11-14) para el idioma español peruano. Uno de los instrumentos que miden la CVRSB es el Cuestionario Percepciones de Niños de 11-14 (CPQ11-14), se utilizan ampliamente en las encuestas de salud oral de todo el mundo. Sin embargo, hay una falta de éstos instrumentos en lengua española que limitan la comparación de resultados entre CVRSB con otros países, culturas y Grupos étnicos. El objetivo del presente estudio fue adaptar interculturalmente el CPQ11-14 al lenguaje español de Perú y evaluar su fiabilidad y validez. Material y métodos: Para probar la traducción y adaptación transcultural, 60 niños de 11 a 14 años respondieron el CPQ11-14 en dos pruebas piloto. Después de eso, el cuestionario fue probado en 200 niños de la misma edad, que fueron clínicamente examinados para la caries dental. La consistencia interna se evaluó mediante el coeficiente alfa de Cronbach mientras que la administración repetida de la CPQ11-14 en los mismos 200 niños facilitó la fiabilidad test-retest mediante coeficiente de correlación intraclase (CPI). La validez de constructo discriminante se basó en las asociaciones de la CPQ11-14 con puntuaciones globales de la salud oral y grupos clínicos respectivamente. La media (desviación estándar) Puntuación CPQ11-14 fue 20,18 (13,07). La consistencia interna fue confirmada por una Alfa de Cronbach de 0,81. La fiabilidad test-retest reveló excelente reproducibilidad (ICC = 0,92). La validez de constructo se confirmó lo que demuestra una asociación estadísticamente significativa entre la puntuación total CPQ11-14 y clasificaciones mundiales de la salud oral ($p = 0,035$) y el bienestar general ($p < 0,001$). La medida también fue capaz de discriminar entre niños con experiencia de caries dental y los que no (puntuaciones medias: 26.32 y 12.96, respectivamente; $p < 0,001$). Conclusiones: El CPQ11-14 español tiene propiedades psicométricas satisfactorias y es aplicable a los niños en Perú (8).

Scapini A. y cols. (2013), hicieron un estudio de la Maloclusión Dental relacionada con la calidad de vida de los adolescentes. El estudio de diseño transversal comprendía una muestra de 519 niños, edad 11 a 14 años, que asisten a escuelas públicas en Osorio, una ciudad en el sur de Brasil. Un calibrado examinador lleva a cabo exámenes clínicos y caries dentales registrados (decaído / falta / llenado dientes), maloclusión (Índice de Estética Dental), y el trauma dental. Los participantes completaron el Versión brasileña del Percepciones infantiles Questionnaire (CPQ11-14), impacto Short Form, y sus padres o tutores respondieron a las preguntas sobre la situación socioeconómica. Regresiones lineales simple y multivariado, se llevaron a cabo para evaluar covariables para las puntuaciones globales del CPQ11-14. Resultados: Se observaron mayores impactos en la salud bucodental de la calidad de vida de las niñas ($p < 0,007$), los niños con menor ingreso ($p < 0,016$), los que viven en familias no nucleares ($P < 0,001$), y los que tienen falta / más dientes cariados / llenado ($p < 0,001$). La maloclusión se asoció también con bucodental de la calidad relacionada con la salud de la vida: la severidad de la maloclusión se relacionó significativamente con las puntuaciones más altas de CPQ11-14 incluso después de puntajes se ajustaron para las variables de control. CPQ11-14 aumentado en aproximadamente 1 punto por cada incremento en la severidad de la maloclusión. Conclusiones: La maloclusión tiene un efecto negativo en la calidad de vida de los adolescentes, independientemente de caries dentales o lesiones dentales traumáticas. Desigualdades socioeconómicas y las condiciones clínicas son características importantes en la calidad de vida de los adolescentes (9).

Santos L. y cols. (2013), estudiaron el Impacto de la lesión dental traumática en la calidad de vida de los niños y adolescentes: Un estudio de casos y controles. El objetivo fue evaluar la calidad de vida de los estudiantes en Nova Friburgo, Río de Janeiro, que sufrió lesiones dentales traumáticas. Materiales y métodos. Un estudio de casos y controles se llevó a cabo mediante cuestionario estructurado para la evaluación dental traumática lesión, examen oral clínica y la aplicación de un cuestionario de calidad de vida (CPQ 11-14), validados en la

versión portuguesa. Este estudio consistió en 50 niños / adolescentes (17 casos de lesiones dentales traumáticas y 33 controles). Propiedades psicométricas, como la consistencia interna (Alfa de Cronbach) y la fiabilidad test-re-test (CPI), fueron evaluados. Se recogieron las variables independientes por ser de interés para el estudio (traumatismo dental) o por actuar como factores potenciales de confusión (maloclusión, caries). Se realizaron análisis descriptivos y univariados. Resultados. El alfa de Cronbach fue de 0,90 para el caso y 0,77 para los controles. ICC fue de 0,99. Cuando se compararon los grupos, los factores de confusión no mostraron diferencia estadística ($p > 0,05$). Entre los casos CPQ11-14 puntuación media fue 17,59 (SD = 14,01), mediana = 17,00, mientras que entre los controles fue 3,09 (SD = 4,42), mediana = 1,00 ($p < 0,01$, Mann-Whitney). Cuando se compararon los grupos, no hubo diferencia estadística entre frecuencias CPQ11-14 escala total y el sub-escalas ($p < 0,05$). La limitación funcional y emocional bienestar eran las subescalas más afectados. El impacto TDI estaba relacionado con "retraso y dificultad en la masticación", "avergonzado" y "cuidar lo que otros pensaban en apariencia". Conclusiones. Se puede observar una relación entre la lesión dental traumática y su impacto en la calidad de vida. Los niños y adolescentes que sufrieron lesiones dentales traumáticas mostraron experiencias negativas y mayor impacto funcional y emocional (10).

Krisdapong S. y cols. (2012), estudiaron el Impacto de la gingivitis y cálculo dental en la calidad de vida de los niños tailandeses. Se evaluó las asociaciones de desarrollo socio-demográficas, de comportamiento y el grado de gingivitis y cálculo dental con la salud bucodental de la calidad de vida (CVRSB) en muestras representativas a nivel nacional de 12 y 15 años de edad. En la Encuesta Nacional de Salud Oral Tailandia, 1063 de doce años edad y 811 niños de quince años fueron examinados clínicamente y entrevistados para CVRSB utilizando los índices Niño-OIDP y OIDP, respectivamente, y completado un cuestionario de comportamiento. Resultados: La gingivitis y el cálculo dental fueron altamente prevalentes: el 79,3% en 12 años y 81,5% de los jóvenes de 15 años. Los impactos EC relacionados con el

cálculo dental y / o gingivitis reportados fueron de 26,0% a los de 12 años y de 29,6% en los jóvenes de 15 años. Excepto para el cálculo dental sin gingivitis, el cálculo dental y/o gingivitis en cualquier forma estuvieron significativamente relacionados a cualquier nivel de impactos EC. A un nivel moderado o alto de impactos EC, hubo relaciones significativas con cálculo dental severo y / o gingivitis en 12 años edad y para gingivitis severa y gingivitis sin cálculo dental en jóvenes de 15 años. La gingivitis se asocian generalmente con cualquier nivel de impactos EC atribuido a cálculo dental y / o gingivitis. Impactos EC se relacionan más con la gingivitis que con cálculo dental (11).

Albites U. (2011), validaron tres instrumentos para medir la calidad de vida relacionada a salud bucal en niños peruanos de 11 a 14 años de edad. Antecedentes: el Cuestionario de Percepción del niño (CPQ), el Cuestionario de Percepción de los Padres (P-CPQ) y la Escala de Impacto Familiar (FIS) son instrumentos que evalúan la calidad de vida relacionada a salud bucal (CVRSB) en niños desde su percepción y sobre aquellas provenientes de sus padres o tutores. La falta de estos instrumentos en el idioma Español, limita su uso para investigaciones en salud oral en los países hispano hablantes. El objetivo de este estudio fue validar la versión en español de tres instrumentos para evaluar la CVRSB a través de sus propiedades psicométricas (validez y confiabilidad). Métodos: Las versiones peruanas del CPQ, P-CPQ and FIS se obtuvieron a través de la traducción y retro-traducción de los instrumentos y su adaptación transcultural, la cual fue evaluada en dos pruebas pilotos en 60 individuos; posteriormente, la versión final del instrumento se aplicó en 200 padres y niños de 11 a 14 años, quienes fueron examinados clínicamente para caries dental y maloclusión, siendo reaplicada dos semanas después. Las propiedades psicométricas fueron evaluadas a través de la consistencia interna, confiabilidad test-retest, validez de constructo y validez discriminante, mediante el coeficiente alfa de Cronbach, Coeficiente de Correlación Intraclase (ICC), Coeficiente de Correlación de Spearman y la Prueba U de Mann-Whitney, respectivamente. Resultados: la consistencia interna fue confirmada por un alfa de Cronbach > a 0.80 y la confiabilidad test-retest reveló ser excelente (ICC > 0.90) para los tres

instrumentos. La validez de constructo mostró correlaciones significativas ($p < 0.001$) entre las puntuaciones de los instrumentos y los indicadores globales (condición de salud bucal y afección de bienestar general). La validez discriminante fue significativa ($p < 0.001$), respaldando así la capacidad de los instrumentos para distinguir las percepciones entre diferentes grupos estudiados. Conclusiones: Las versiones en español del CPQ, P-CPQ and FIS tienen propiedades psicométricas satisfactorias y son instrumentos confiables y válidos para evaluar CVRSB en niños y padres (12).

Abanto J. y cols (2010), realizaron un estudio acerca de Impacto de los problemas bucales sobre la calidad de vida de niños. Los instrumentos utilizados para medir la Calidad de vida relacionada a la salud bucal (CVRSB) generalmente son construidos bajo la forma de cuestionarios compuestos por preguntas que intentan medir, por medio de respuestas organizadas bajo la forma de escalas numéricas, cuanto los aspectos de la vida de las personas, en los dominios de síntomas orales, limitaciones funcionales, bienestar emocional y social, actividades diarias, condiciones psicológicas, entre otros, son afectados por las condiciones de salud. Así, un aspecto importante de ese instrumento es su capacidad de representar bajo forma numérica las diferencias entre personas y comunidades con relación a la CVRSB. Actualmente, los cuestionarios existentes para medir la CVRSB en niños y cuya validez y confiabilidad fueron comprobados en estudios pueden ser divididos en cuestionarios respondidos por los padres o responsables y cuestionarios respondidos por los propios niños (13).

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. CALIDAD DE VIDA

El término calidad de vida fue utilizado por primera vez por el economista británico Cecil Pingou en 1920. Más tarde, después de la Segunda Guerra Mundial, este término fue expandiéndose a otros ámbitos como la sociología, las ciencias políticas y la salud, entre otros campos (1).

En Los años 60 nace el concepto de calidad de vida para hacer referencia al medio ambiente, una década posterior se define con un objetivo integrador, multidimensional, incluyendo elementos objetivos y subjetivos, extendiéndose a la salud, educación, economía, política y servicios (1,2).

Según la OMS: "Es la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto que está influido por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con su entorno" (2,3).

Parece fundado mantener cierto escepticismo al manejar el concepto «calidad de vida» como término científico por su uso indiscriminado en diversos campos. (10) La primera utilización del concepto tuvo lugar a fines de los años 60, en la denominada investigación científica de la asistencia social benéfica con los trabajos del grupo de Wolganf Zapf. Entonces el concepto fue definido como la correlación existente entre un determinado nivel de vida objetivo, de un grupo de población determinado y su correspondiente valoración subjetiva (satisfacción, bienestar) (13). De manera general, calidad de vida se refiere al conjunto de condiciones que contribuyen a hacer agradable y valiosa la vida o al grado de felicidad o satisfacción disfrutado por un individuo, especialmente en relación con la salud y sus dominios (13).

2.2.2. CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD BUCAL (CVRSB)

Calidad de Vida Relacionada con la Salud se refiere específicamente a la salud de la persona y se usa para designar los resultados concretos de la evaluación clínica y la toma de decisiones terapéuticas. Esta utilización básica del concepto se inició en EE.UU. hace unos 30 años, con la confluencia de dos líneas de investigación: una la de la investigación clínica de la medición del «estado funcional» y otra la de la investigación psicológica del bienestar y de la salud mental (12,14).

En lo que concierne al área estomatológica, el concepto de calidad de vida relacionada con la salud bucal (CVRSB) se refiere al impacto de las principales afecciones bucales en la vida diaria de los individuos, así como las limitantes en las funciones normales del aparato estomatognático (3).

Para evaluar esta condición, durante varias décadas se han elaborado indicadores que miden esta interacción, los cuales son cuestionarios diseñados principalmente para adultos mayores, mientras que son de desarrollo reciente los indicadores para los niños; estos indicadores comprenden diferentes dominios, entre ellos: el dolor y la incapacidad para realizar las funciones normales, los trastornos del sueño, la pérdida de días escolares y el bienestar emocional y social de los niños (3).

Las afecciones bucales que han sido evaluadas por la CV son principalmente caries dental, maloclusión, traumatismos dentales y fluorosis. La caries dental tiene un impacto negativo en los niños, ya que causa dolor, dificultad para masticar, disminución del apetito, pérdida de peso, trastornos del sueño, irritabilidad, baja autoestima y disminución del rendimiento escolar. En lo que respecta a la Maloclusión, su impacto en calidad de vida está relacionado principalmente con el ámbito psicosocial, en el cual los niños presentan dificultad para sonreír debido a la posición de sus dientes. La CV se ve afectada en los niños que han sufrido traumatismos dentales graves, debido a la presencia de dolor e incapacidad, así como cambios de coloración en los

órganos dentales afectados. Estas alteraciones son limitantes para realizar sus actividades diarias de manera normal y comprometen el dominio de la autopercepción. La fluorosis dental causa alteraciones en la apariencia de los órganos dentales, lo cual trae consigo una alteración en la autopercepción, el bienestar social y emocional de los niños, generando sensaciones de incomodidad, así como dificultades para sonreír e interactuar con otros individuos (3).

Evaluar el impacto de la CVRSB en los niños es de gran importancia para promover políticas públicas de salud que atiendan las necesidades de la población y concienticen a los padres o cuidadores sobre el impacto de las afecciones bucales en la CV de sus hijos. Es por esto que el objetivo de la presente revisión sistemática es mostrar un panorama actual sobre el concepto de CVRSB en los niños y los diferentes instrumentos que existen a nivel mundial para evaluarla (3).

De acuerdo con Rohr y Bagramian, la CV en niños difiere de la mayoría de los adultos en dos formas importantes: a) Los niños no tienen una autorregulación del comportamiento en relación con la promoción de la salud y b) La atención sanitaria es responsabilidad de sus padres o cuidadores. Se ha informado que la autopercepción se forja en los niños escuchando y observando a sus padres o cuidadores (1,2).

Para un niño, tener una buena autoestima y autopercepción significa: sentirse bien con su cuerpo; reconocer y estar orgulloso de su género; contar con un bienestar emocional adecuado, sintiéndose parte de su núcleo familiar; sentirse capaz de realizar cualquier actividad; tener la seguridad de que sus necesidades de cualquier tipo serán cubiertas (1,2).

2.2.3. INSTRUMENTOS UTILIZADOS PARA MEDIR CVRSB EN NIÑOS.

Los instrumentos utilizados para medir la CVRSB son construidos como cuestionarios autoaplicados en la mayoría de los casos, compuestos por una serie de preguntas que abarcan las diferentes dimensiones de la CV, como la limitación funcional, el bienestar emocional, el bienestar social, la percepción de síntomas bucales, el ambiente en la escuela, trastornos del sueño, nivel de autopercepción y de autoestima. En el caso de los niños de 5 años de edad, los instrumentos que existen para medir la CVRSB son generalmente respondidos por los padres, los cuales detectan las afecciones bucales no necesariamente por la expresión de dolor de sus hijos, sino por el cambio en sus patrones de sueño y alimentación.

Existen diversas problemáticas para medir el nivel de CVRSB de manera convencional en los niños pequeños, debido al dominio del idioma, la capacidad para establecer escalas de dolor, para detectar las limitaciones funcionales, el bienestar social y emocional, y para lograr identificar lo saludable de lo no saludable. Debido a su dificultad para expresar el dolor y los síntomas bucales con precisión, dadas sus condiciones cognitivas, son los padres quienes interpretan el dolor en sus hijos.

A medida que pasa el tiempo, los niños desarrollan rápidamente sus destrezas mentales, y aprenden mejores formas de describir sus experiencias sus ideas, sus sentimientos y su perspectiva de salud, pero necesitan del apoyo de sus padres para comprender y descifrar los síntomas bucales.

2.2.4. CUESTIONARIOS DE PERCEPCIÓN EN NIÑOS (*CHILD PERCEPTIONS QUESTIONNAIRE CPQ11-14*)

En 2002, Jokovic y colaboradores desarrollaron el *Child Perceptions Questionnaire* (CPQ), el primer instrumento que mide la CVRSB en los niños, con un rango de edad de 8 a 10 años y de 11 a 14 años; este cuestionario está estructurado en dimensiones y/o dominios como son: síntomas orales, limitaciones funcionales, bienestar social y bienestar emocional. Consta de 37 preguntas y un tiempo de recuerdo de tres meses. Las respuestas se registran

en una escala Likert, donde 0 = nunca, 1 = una o dos veces, 2 = a veces, 3 = a menudo, y 4 = todos los días o casi todos los días.

El cuestionario también contiene las calificaciones globales de la salud bucal del niño y el grado en que la condición bucal / oro-facial afectó a su bienestar general. Ellos son del siguiente tenor: "¿Cuánto la condición de sus dientes, labios, mandíbula o la boca afectan su vida en general?" "¿Diría usted que la salud de los dientes, los labios, las mandíbulas y la boca es...?" y Un formato de respuesta de 5 puntos que van desde Excelente = 0 a Peor = 4 y de "No, en absoluto = 0 a Mucho = 4, respectivamente, se ofrece para estas calificaciones (12,15).

El CPQ11-14 fue construido usando un proceso de múltiples etapas sistemáticas basado en la teoría de la medición y el desarrollo de escala. El proceso para el desarrollo y la evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). La característica que define el proceso de desarrollo utilizado es el estudio de impacto, artículo que selecciona las preguntas de un cuestionario final a partir de un grupo inicial de preguntas basadas en sus puntuaciones de impacto. Valores de impacto se obtienen multiplicando la frecuencia de la experiencia abordada por cada pregunta y la calificación media de la respuesta emocional que evoca en los niños estudiados. Los participantes en el desarrollo y evaluación del CPQ11-14 eran niños con caries dental (grupo odontología pediátrica), maloclusiones (grupo de ortodoncia) y hendiduras de labio y / o paladar (grupo oro-facial) (15,16).

2.2.5. GINGIVITIS

La gingivitis es la causa más común de las enfermedades periodontales, afecta a los tejidos que rodean a las piezas dentarias y puede presentarse en edades tempranas de la vida. Constituye una respuesta inflamatoria caracterizada por enrojecimiento, edema, sangrado, incremento del fluido gingival y otras manifestaciones clínicas. Es causada generalmente por una inadecuada y deficiente higiene oral. La encía inflamada pierde su color rosado y su textura en piel de naranja, signos característicos de salud gingival. Además, la encía inflamada aumenta de tamaño, su superficie se alisa, su color se enrojece por un aumento de vascularización e incluso puede modificarse su anatomía dejando de reseguir el cuello dental (16,17).

Un enjuague con Clorhexidina o con otro antiséptico es también capaz de eliminar la placa y se recomienda su utilización como coadyuvante a la higiene mecánica. Este control mecánico y químico puede ser autorrealizado por el propio paciente. Sin embargo, cuando la placa dental se ha mineralizado se convierte en cálculo (sarro) y una higiene personal correcta no será capaz de eliminar toda la placa dental ni eliminar el acúmulo de cálculo. Para conseguir este objetivo, se requerirá la realización de una limpieza periódica por parte de un dentista o higienista dental (profilaxis periodontal) que mediante el uso de aparatos de ultrasonidos y curetas manuales, pequeños utensilios para eliminar de la raíz dental el acúmulo de cálculo– conseguirán restablecer la salud gingival. Cabe recordar que la gingivitis no ocasiona pérdida de los tejidos de soporte y por tanto es considerada una patología reversible (16,18).

En pacientes jóvenes, fumadores, estresados y con una mala higiene dental, puede aparecer un cuadro denominado gingivitis ulcerativa necrotizante (denominada actualmente como enfermedad periodontal necrotizante) que cursa con sangrado, dolor, destrucción necrótica de las papilas gingivales (la zona de encía entre diente y diente) y halitosis por la destrucción de tejido vivo. Esta afección suele relacionarse con la presencia de espiroquetas en la placa dental y su tratamiento requerirá cobertura antibiótica (habitualmente con amoxicilina, metronidazol o tetraciclinas) y tratamiento para la eliminación del

cálculo bajo anestesia local por parte del dentista. Para tratar el cuadro agudo es importante prescribir clorhexidina tópica para controlar la placa dental ya que el cepillado puede resultar muy molesto sobre las lesiones. Si se destruye el tejido de soporte periodontal el cuadro pasará a denominarse periodontitis necrotizante (18).

Por tanto, la gingivitis provocada por el acúmulo de placa puede remitir al conseguir eliminar este acúmulo de placa mediante una higiene correcta, con un buen cepillado y el uso del hilo dental (18).

FACTORES DE RIESGO DE LA GINGIVITIS

La gravedad de la patología periodontal variará en función de la interacción entre la agresión bacteriana y la respuesta inmuno inflamatoria del huésped. Los factores de riesgo que modifiquen esta relación de forma negativa facilitarán una mayor progresión de la patología, como el caso de las personas fumadoras, con osteoporosis, con estrés, con diabetes o con estados de inmunodepresión.

- a) Tabaco.** Fumar es uno de los factores de riesgo más significativos relacionados con el desarrollo de alteraciones periodontales.
- b) La placa dentobacteriana.** Comienza a acumularse a los 20 minutos de haberse ingerido alimentos (cuando es mayor la actividad de las bacterias), lo cual, unido a una deficiente higiene bucal, crean condiciones propicias para la manifestación de periodontopatías.
- c) Cambios hormonales en niñas/mujeres.** Estos cambios pueden hacer que las encías se tornen más sensibles y faciliten el desarrollo de la gingivitis.
- d) Diabetes.** Las personas con diabetes tienen un mayor riesgo de desarrollar infecciones, entre ellas la periodontitis, dada su menor capacidad defensiva frente a la agresión bacteriana y a los defectos en la vascularización. La periodontitis, al ser un foco infeccioso, dificulta el control glicémico de estos pacientes y algunos estudios ya han

demostrado que el tratamiento de la periodontitis mejora el control glicémico en pacientes diabéticos.

- e) **Estrés.** El estrés puede provocar una disminución en la capacidad inmunitaria de defensa del cuerpo y dificultar su lucha contra las infecciones, entre ellas las enfermedades periodontales.
- f) **Medicamentos.** Ciertos medicamentos, tales como los antidepresivos y algunos de los indicados para el corazón, pueden afectar la salud bucal porque disminuyen la producción de saliva. (La saliva ayuda a proteger los dientes y las encías).
- g) **Enfermedades.** De igual manera, enfermedades como el SIDA, que merman las defensas del cuerpo facilitan el desarrollo de enfermedad periodontales.
- h) **Genética.** La investigación revela que la genética también interviene en el desarrollo de las enfermedades periodontales y que ciertas personas son más propensas a sufrir periodontitis (19).

SINTOMATOLOGÍA DE LA GINGIVITIS

El sangrado de la encía es el principal signo de alerta de un problema en los tejidos que rodean superficialmente al diente. Una encía sangrante es una encía enferma que requiere tratamiento. Sin embargo, algunos pacientes, pese a sufrir un problema periodontal no relatan sufrir sangrado gingival. Muchas veces, esta inflamación se encuentra enmascarada por un hábito tabáquico que disminuye la circulación sanguínea por su efecto vasoconstrictor (18,19).

En otras ocasiones, la utilización de enjuagues antisépticos de gran potencia, como la clorhexidina, consiguen desinflamar la parte exterior de la encía, donde el principio activo consigue actuar, pero son incapaces de alcanzar el interior de una bolsa periodontal y la inflamación permanece activa. Incluso algunos pacientes, relatan no sangrar nunca al cepillarse, pese a tener sus encías inflamadas, ya que al cepillarse utilizan una técnica incorrecta que evita frotar la zona del diente cercana a la encía y, por tanto, su posterior sangrado al alcanzarla (19).

Otro síntoma de patología gingival puede ser la halitosis o mal aliento constante. La mayoría de halitosis tienen su causa en un problema de la cavidad oral, y gingivitis habitualmente suele ser su causa. Algunos estudios han mostrado que la producción de mal olor es el resultado del metabolismo de las bacterias Gram negativas. La halitosis se debe a la presencia de gases olorosos que principalmente se asocian a la producción de compuestos sulfurados volátiles en la hidrólisis de proteínas a aminoácidos como la cisteína, cistina y metionina en el metabolismo de microorganismos (19).

ÍNDICES QUE MIDEN EL ESTADO DE LAS ENFERMEDADES GINGIVALES

La prevención de la gingivitis, en el paciente individual o en poblaciones, sigue siendo el primer paso hacia la prevención de la periodontitis (Burt et al., 2005). Según Mariotti (1999), las características de la gingivitis inducida por biofilm son:

1. Biopelículas presentes en margen gingival;
2. Cambio en el color de la encía;
3. El cambio en el contorno gingival;
4. El cambio de temperatura del surco;
5. Aumento de exudado gingival;
6. Sangrado en la provocación;
7. La ausencia de pérdida de inserción;
8. La ausencia de pérdida ósea; y
9. Cambios histológicos.

La medición cuantitativa de la enfermedad comúnmente se basa en sistemas de índices. Un sistema de índice de eficiencia debe ser rápido y fácil de usar, con una instrumentación mínima. Deben ser reproducibles y deben reflejar con precisión los grados de patología (Engelberger, 1983) (20).

Se han propuesto varios índices gingivales en la literatura, todos los cuales se han basado en uno o más de los siguientes criterios: el color gingival (enrojecimiento) contorno, sangrado y punteado gingival además el flujo de fluido del surco gingival (Ciancio, 1986; Fischman, 1988; Newbrun, 1996). Estas

características clínicas se pueden evaluar de forma no invasiva, sólo visualmente. Mientras que algunos de los índices incluyen componentes tanto visual como invasiva, otros se basan en cualquiera de las características visuales o sangrado en la provocación solamente. Por lo tanto, la gingivitis puede evaluarse por cualquiera de los índices clínicos cuantitativos que se basan en una combinación de síntomas de inflamación o extensión de la afectación gingival o en sangrado como una sola variable (Barnett, 1996; Lorenz et al, 2009) (20).

Por cuestiones anteriormente especificadas usaremos el siguiente índice:

ÍNDICE GINGIVAL DE LÖE Y SILNESS

Características Generales:

- Se examinan los dientes de **Ramfjord**, son 6 dientes: 1.6; 2.1; 2.4; 3.6: 4.1 y 4.4
- Se registran las 4 superficies lisas de cada diente, esto suma un valor máximo posible de 24 mediciones (4 x 6).

El promedio del total de las mediciones efectuadas constituye el IG para toda la boca del individuo.

Se emplea sonda periodontal para el examen.

Criterios:

0: Ausencia de inflamación.

1: Inflamación leve, leve cambio en el color y hay edema gingival. No sangra al sondaje.

2: Inflamación moderada, enrojecimiento, edema e hipertrofia gingival. Sangra al Sondaje (a los 10 segundos).

3: Inflamación severa, marcado enrojecimiento e hipertrofia. Puede haber ulceraciones. Tiende al sangramiento espontáneo.

Hay que tener cuidado con los niños, ya que por el recambio de las piezas dentarias puede haber sangramiento y edema (17).

El sangrado se evalúa mediante un sondeo suavemente a lo largo de la pared del tejido blando del surco gingival. Las puntuaciones de las cuatro zonas del diente pueden ser sumadas y divididas por cuatro para dar el IG para el diente. El IG del individuo se puede obtener mediante la adición de los valores de cada diente y dividiendo por el número de dientes examinados. El índice gingival puede ser anotado para todas las superficies de la totalidad o dientes seleccionados o para áreas seleccionadas de todo o dientes seleccionados. El IG se puede utilizar para la evaluación de la prevalencia y severidad de la gingivitis en las poblaciones, grupos e individuos. Una puntuación de 0,1 a 1,0 = inflamación leve; 1,1-2,0 = inflamación moderada desde y 2,1-3,0 significa inflamación severa. El IG se ha utilizado con frecuencia en los ensayos clínicos de agentes terapéuticos La sensibilidad y reproducibilidad es bueno siempre conocimiento del examinador de la biología y la patología periodontal es óptima (LOE, 1967).

2.2.6. MALOCLUSIONES DENTALES

Según la OMS, la enfermedad no es sólo un estado no saludable, sino la ausencia de un completo bienestar físico, psíquico y sociológico, por lo que podríamos considerar las maloclusiones como una enfermedad y una deformidad; además son consideraras como factores de riesgo de gingivitis, periodontitis, caries y disfunción de la articulación temporo-mandibular, aparte de la alteración estética y funcional que conlleva (22).

Oclusión normal o ideal es un concepto construido por la ortodoncia profesión. En el 1890 de Edward H. Angle introdujo la primera definición clara y sencilla de la oclusión normal que la permanente dentición: "Los primeros molares superiores son la clave de la oclusión y la parte superior y molares inferiores deben estar relacionados de manera que la cúspide mesiovestibular del molar superior ocluye en la arboleda bucal del menor molar. Si los dientes están dispuestos en una línea curva suave de oclusión y existe esta relación molar tenemos una oclusión normal" (22).

La condición opuesta es la maloclusión y se definió una vez: "La naturaleza de la maloclusión, no es una enfermedad, sino más bien una variación de norma social aceptada que puede conducir a dificultades funcionales o preocupaciones acerca de la apariencia dento-facial de un paciente". La oclusión se evalúa en términos de sagital, vertical y transversal relaciones entre el maxilar y arcadas dentarias mandibulares, desplazamiento de los dientes, el hacinamiento y el espaciamiento. Algunas maloclusiones por ejemplo resalte se clasifican como un rango. Esto implica que la normalidad oclusión puede tener variaciones menores (dentro de un rango) y no es un valor fijo. Posteriormente, los métodos para el registro de las Maloclusiones en los estudios epidemiológicos se han desarrollado tanto para la dentición decidua y la dentición permanente (22).

LAS MALOCLUSIONES Y LA CALIDAD DE VIDA

La Auto-percepción de una maloclusión no siempre puede estar de acuerdo con evaluación objetiva de la gravedad de la afección, para un tratamiento de ortodoncia necesita índice. Por lo tanto, cuando la evaluación de la necesidad individual de tratamiento puede ser importante tener en cuenta el impacto que la maloclusión puede tener en la percepción subjetiva (22).

Las maloclusiones en la zona estética (por ejemplo resalte excesivo con cierre incompleto del labio, apiñamiento incisal, diastemas entre incisivos) se han asociado con la intimidación y baja autoestima entre los niños adolescentes. También se sabe que el resalte excesivo con cierre incompleto del labio se asocia con una mayor prevalencia de trauma dental para los incisivos superiores. Mordida cruzada posterior no tratada puede causar asimetrías faciales y puede tener un impacto en la calidad de vida, con respecto al aspecto funcional y estética (22).

ETIOLOGÍA DE LAS MALOCLUSIONES

La maloclusión presenta una etiología multifactorial, siendo consecuencia de la suma de una variación genética y de los efectos de factores ambientales generales y locales.

Una maloclusión puede desarrollarse como resultado de factores genéticos o ambientales o de ambos. Factores ambientales como hábitos orales, hipertrofia amigdalara y adenoidea, traumas dentales, pérdida precoz de dientes temporales y enfermedades crónicas severas durante la niñez (artritis reumatoidea juvenil de la articulación temporomandibular) pueden favorecer el desarrollo de la maloclusión.

El mecanismo compensador dentoalveolar actúa reduciendo los efectos de la relación anómala entre los maxilares. En casos menos extremos el mecanismo compensador dentoalveolar puede tener éxito en conservar las relaciones oclusales normales a despecho de las relaciones intermaxilares cambiantes, pero muchas veces a expensas del deterioro de las condiciones del espacio. En niños con desviación extrema de las relaciones intermaxilares el mecanismo compensador dentoalveolar puede tornarse insuficiente y permanecer la Maloclusión “esquelética”. La presencia de apiñamiento primario, anomalías en la erupción, migración dental, hábitos orales, respiración bucal y postura anormal de la lengua pueden perjudicar al mecanismo compensador dentoalveolar y llevar de ese modo a la maloclusión (22).

CLASIFICACIÓN DE LAS MALOCLUSIONES

Los primeros intentos de clasificar las maloclusiones provienen de Fox, que basaba su clasificación en las relaciones de los incisivos. Tras Fox, muchos autores han propuesto multitud de clasificaciones. Sin embargo, fue Angle el que aportó una clasificación que por su simplicidad ha quedado consagrada por el uso y es universalmente aceptada y conocida por todos (21,22).

Clases de Angle

Considerando el primer molar superior como punto fijo de referencia, Angle dividió las Maloclusiones en tres grandes grupos y son:

- Clase I.
- Clase II: división 1/ división 2. Completa/incompleta.
- Clase III.

Posteriormente, Lisher introdujo una nomenclatura nueva, respetando el concepto de Angle, y denominó a las clases de Angle:

- Neutroclusión.
- Distoclusión.
- Mesioclusión.

INDICADORES EPIDEMIOLÓGICOS PARA LA OCLUSIÓN

La maloclusión es una entidad difícil de definir ya que la percepción individual de lo que constituye una maloclusión difiere mucho entre las personas y entre culturas. Como resultado no existe un Índice epidemiológico que popularmente sea aceptado y utilizado. La mayoría de los Índices registran condiciones específicas más que el estado de toda la oclusión (21).

Problemas para medir la oclusión:

- Diferentes percepciones culturales de lo que constituye maloclusión.
- Diferentes percepciones de maloclusión entre los ortodoncistas y los estomatólogos.
- Dificultades en lograr un adecuado grado de consistencia en el uso de Índices de maloclusión.
- Las complejidades de la maloclusión han llevado a los investigadores a pensar que la maloclusión funcional es prácticamente imposible de medir con propósitos epidemiológicos.

INDICE DE LA OMS (ÍNDICE DE MALOCLUSIONES): 1981

Fue utilizado en nuestro país en los cuatro estudios epidemiológicos nacionales realizados en los años 1984, 1989, 1995, 1998. Evalúa de manera general la presencia de Maloclusiones a partir de tres criterios:

1. Normal: Ninguna anomalía.
2. Leve: Anormalidades leves (como uno o más dientes girados, inclinados o con leve apiñamiento o espacio que interrumpen la alineación normal de los dientes)
3. Moderada o Severa: anormalidades importantes, con una o más condiciones en los incisivos anteriores:
 - *Overjet* maxilar de 9 mm o más.
 - *Overjet* mandibular.
 - Mordida cruzada anterior igual o mayor a la totalidad del diente
 - Mordida abierta
 - Desviación de la línea media mayor de 4 mm.
 - Apiñamientos o espacios superiores a 4 mm.

La obtención de este índice es sencilla, sin embargo, su capacidad discriminatoria es muy baja, está indicado en estudios epidemiológicos en grandes grupos poblacionales, y permite tener una idea general de la presencia de Maloclusiones y de las necesidades básicas de tratamiento (21).

2.2.7. TRAUMATISMOS DENTALES

Los traumatismos dentarios son definidos como el resultado de impactos, cuya fuerza agresora supera la resistencia encontrada en los tejidos óseo, muscular y dentario. La extensión de estas lesiones mantiene una relación directa con la intensidad, el tipo y la duración del impacto. Es decir a medida que aumenta esta triada, mayores serán los daños causados por el traumatismo (23).

La etapa o riesgo de lesiones traumática es entre los 8 a 11 años de edad probablemente debido a las prácticas deportivas acentuadas y eventualmente a algún tipo de juegos riesgosos (23).

Se considera también que durante los 15 a 17 años, a pesar que no se presente un riesgo realmente inminente, también puede presentarse eventuales lesiones traumáticas, posiblemente por el comportamiento característico en la independencia, la autoconfianza excesiva y negligencia de cuidados personales.

EPIDEMIOLOGIA

Las lesiones dentales traumáticas son una condición desatendida a pesar de su relativa alta prevalencia, su significativo impacto sobre los individuos y la sociedad representan un gran reto para los estomatólogos para determinar los factores causantes y tratamiento. Esto se debe a que las lesiones dentales traumáticas afectan principalmente a los dientes anteriores y por lo tanto la atención estética y facial, mientras que la caries dental en niños con bajos niveles de enfermedad solo se presentan como pequeñas caries oclusales en molares. Además la mayoría de tratamientos necesarios para las lesiones dentales traumáticas son más complejas y costosas que el tratamiento de la caries dental (6,23).

La causa más común son las caídas, seguidas de las lesiones deportivas y debido a luchas y empujones, principalmente agresiones.

CLASIFICACIÓN DE LOS TRAUMATISMOS DENTOALVEOLARES

Actualmente es prácticamente universal el uso de la clasificación de Andreasen, que es una modificación de la propuesta por la Organización Mundial de Salud en su catalogación internacional de enfermedades aplicada a la Odontología y a la Estomatología, en 1995. La clasificación se refiere tanto a las lesiones de los tejidos duros dentales y de la pulpa, así como a los tejidos periodontales, mucosa y hueso (23).

Lesiones de los tejidos duros dentarios

Fracturas Coronarias: Las fracturas coronarias son el tipo más común de traumatismo dentario. Las variantes de las lesiones que se pueden producir dependen de la edad del paciente, así como de la gravedad y dirección del traumatismo.

- Fisura del Esmalte.- Se presenta como una grieta o una línea de fisura en el esmalte. Habitualmente tiene el aspecto de una grieta y con frecuencia, sólo se visualiza cuando se emplea la transiluminación a través de la corona. Existe una tendencia hacia la tinción de las grietas que puede originar problemas estéticos.
- Fractura Coronaria No Complicada.- Consiste en una fractura de la corona que afecta sólo al esmalte o a éste y a la dentina, pero sin exposición pulpar.
- Fractura Coronaria Complicada.- Es la fractura de la corona que afecta al esmalte y a la dentina, con una profundidad suficiente para dar lugar a una exposición pulpar (23).

Fracturas Radiculares: En ocasiones, puede existir una lesión dentaria que no afecte de forma directa a la corona del diente, pero en cambio origine una fractura en la raíz. Dicha fractura puede ser vertical, horizontal u oblicua respecto al eje mayor de la raíz.

- Fractura Coronorradicular.- Esta fractura afecta tanto a la corona como a la raíz al mismo tiempo. Lo habitual es que se produzca una fractura cervical horizontal u oblicua, que se extiende justo por debajo del aparato de inserción o hacia el hueso alveolar. Con frecuencia, la corona queda separada completamente de la raíz. En algunos casos se mantiene en posición sólo por el aparato de inserción.
- Fracturas Radiculares Intraalveolares.- Estas lesiones consisten en una fractura de la raíz que ha quedado totalmente incluida en el hueso. La fractura puede ser horizontal (también denominada transversal) o más

diagonal (también denominada oblicua), y lo habitual es que la raíz quede dividida en dos fragmentos: uno coronal y otro apical (23).

Lesiones de los tejidos periodontales

- Concusión.- lesión de las estructuras de sostén del diente sin movilidad o desplazamiento anormal de éste.
- Subluxación.- lesión de las estructuras de sostén del diente con movilidad, pero sin desplazamiento de éste.
- Luxación lateral.- desplazamiento del diente en dirección a la axial. Se presenta con comunicación o fractura de la cavidad alveolar.
- Luxación intrusiva.- desplazamiento del diente en el hueso alveolar. Esta lesión se presenta con comunicación o fractura de la cavidad alveolar.
- Luxación extrusiva.- dislocación periférica, avulsión parcial, desplazamiento parcial del diente de su alvéolo.
- Avulsión.- desplazamiento completo del diente fuera de su alvéolo (23).

3. MARCO METODOLÓGICO

3.1. Tipo y nivel de Investigación

El presente estudio es de tipo:

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

Prospectivo: Los datos necesarios para el estudio son recogidos a propósito de la investigación.

Transversal: Todas las variables son medidas en una sola ocasión; por ello de realizar comparaciones, se trata de muestras independientes.

Analítico: Presenta análisis estadístico multivariado; porque plantea y pone a prueba hipótesis explicativas.

El nivel de investigación del presente estudio es EXPLICATIVO.

3.2. Población y Muestra

Población

La población está conformada por todos los estudiantes adolescentes entre 11 y 14 años de edad de la Institución Educativa Estatal “Los Jazmines de Naranjal” -San Martín De Porres, Lima-Perú 2015.

Muestra

Siendo la población aproximada de 900 adolescentes entre 11 y 14 años según el registro de Matrícula de dicha institución, es factible aplicar la fórmula para calcular el tamaño de la muestra bajo una técnica de muestreo probabilístico, tomando en consideración esta última, debe ser representativa y válida.

Aplicando la fórmula con un nivel de confianza de 95% con ajuste a pérdidas, nos da una muestra representativa de **120 escolares adolescentes** entre los 11 y 14 años de edad para llevar a cabo la presente investigación.

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

Donde:

N = Total de la población: 900

Z α = 1.96 al cuadrado (95% confianza)

p = 0.5

q = 1 – p (0.5)

d = precisión (10%)

Criterios de inclusión

- Escolares comprendidos entre los 11 y 14 años.
- Escolares con consentimiento informado y asentimiento firmado por sus apoderados, según fuera el caso.

Criterios de exclusión

- Escolares con tratamiento ortodóntico actual.
- Escolares con previo tratamiento ortodóntico.
- Escolares con enfermedades con compromiso sistémico aparente.
- Escolares sin consentimiento informado ni asentimiento firmado por sus apoderados.

Selección de muestra

- Los sujetos de la muestra se asignarán por muestreo sistemático (k= N/n = 9), evitando el sesgo del observador.

3.3 Variables

Operacionalización de Variables

VARIABLE	DIMENSION	INDICADOR	TIPO	ESCALA	VALORES
Condiciones clínicas orales	Maloclusión dental	Sistema de clasificación según Índice de la OMS.	Categórica	Nominal	0: Normal (Sin anomalías) 1: Leve (Anomalías ligeras (uno o más dientes girados o inclinados, apiñamiento o diastema de < 4mm) 2: Moderada o severa (Anomalías más graves, overjet maxilar > 9mm; overjet mandibular o mordida cruzada anterior < a la totalidad del diente; mordida abierta; apiñamiento o diastema >4mm)
	Gingivitis	Índice Gingival de Loe y Silness	Categórica	Ordinal	0: Ausencia de inflamación. 1: Inflamación leve, leve cambio en el color y hay edema gingival. 2: Inflamación moderada y enrojecimiento. 3: Inflamación severa y marcado enrojecimiento.
	Traumatismo dental	Presencia o ausencia de Traumatismo Dental según Clasificación de Andreassen.	Categórica	Nominal	1. Con Lesiones 2. Sin Lesiones
CVRSB (V.DEP.)	Percepción del estado de la salud bucal.	Según cuestionario CPQ11-14	Categórica	Nominal	Dimensión Síntomas Orales Dimensión Limitaciones Funcionales Dimensión Bienestar Emocional Dimensión Bienestar Social
Edad (v. de control)	No tiene dimensión	Años	Categórica	Nominal	11 años 12 años 13 años 14 años
Sexo (v. de control)	No tiene dimensión	Género de la persona al nacer	categórica	Nominal	1. Masculino 2. Femenino

3.4 Técnica de Recolección de Datos

a) Presentación de documentos requeridos.

Una vez obtenidos, la Resolución del Proyecto de Tesis, emitida por el Decano de la Facultad de Medicina Humana y Ciencias de la Salud de la Universidad Alas Peruanas y la carta de presentación emitida por la Directora de la Escuela Profesional de Estomatología, se acudió al campo de investigación, la Institución Educativa Estatal “Los Jazmines de Naranjal” – San Martín De Porres, Lima-Perú, se hizo la presentación respectiva y se planificó las actividades para ejecutar la recolección de datos de la presente investigación en el mes julio del año 2015. (Ver anexo 01 y 02)

b) Aplicación del Consentimiento y Asentimiento Informados:

Se coordinó y programó con los docentes la selección de los participantes, se hizo llegar el Consentimiento Informado a los responsables del cuidado de los escolares que conformaron la muestra en estudio, en este se detalló la fecha y se expresó a modo explícito todos los procedimientos y fines que tiene la investigación; en el párrafo inicial el responsable del cuidado del menor detalló manuscritamente sus datos personales y los del menor, adjuntando en la parte final su firma y huella digital, aceptando la participación del adolescente en la ejecución de los procedimientos que estipuló el trabajo de investigación. (Ver anexo nº 03). De la misma manera se procedió con el asentimiento informado para los escolares seleccionados para conformar la muestra de estudio. (Ver anexo nº 04)

c) Ejecución del proyecto:

Primer día: Se acudió al centro educativo:

- ✓ Se entregó la carta de presentación a la Directora del centro Educativo.
- ✓ Se solicitó el registro de matrícula de los 900 escolares comprendidos entre los 11 y 14 años de edad.

- ✓ Se seleccionó a los escolares a través del muestreo sistemático con el registro de matrícula.
- ✓ Se entregó los consentimientos y asentimientos informados a cada uno de los escolares seleccionados para formar parte de la muestra de estudio.
- ✓ Se Coordinó y reconoció el lugar de trabajo.

Segundo día: Se acudió al centro educativo:

- ✓ Se Recopiló los consentimientos y asentimientos informados con la respectiva firma del correspondiente en cada caso.
- ✓ Se coordinó cómo se realizará la encuesta del CPQ 11-14 y el examen clínico estomatológico.

Tercer, cuarto, quinto, sexto, séptimo, octavo, noveno y décimo día:

- ✓ Se acondicionó la sala de biblioteca para hacer la encuesta CPQ 11-14.
- ✓ Se acondicionó la mesa de trabajo para el examen clínico Estomatológico.
- ✓ Luego se procedió de la siguiente manera:

a) Aplicación del cuestionario de percepción en niños (CPQ 11-14 años):

El CPQ11-14 es un cuestionario específico para evaluar el impacto de las condiciones de salud bucal en la calidad de vida de los niños de 11 a 14 años de edad. Fue adaptado recientemente y validado al español peruano por Albites U. (9). Las puntuaciones del CPQ11-14 se calculan como una simple suma de los códigos de respuesta. Las puntuaciones para cada uno de los cuatro dominios también se pueden calcular. Ya que había 37 preguntas, el resultado final puede variar de 0 a 148, para los que una mayor puntuación indica un mayor grado de impacto de las condiciones orales en la calidad de vida del niño (30).

Los autores también diseñaron dos preguntas que piden a los niños para una calificación global de su salud oral y la medida en que afecta a su salud oral de su bienestar general se obtuvo. Estas preguntas son: "¿Diría usted que la salud

de los dientes, los labios, la mandíbula y la boca es...? y "¿Cuánto cuesta la condición de sus dientes, los labios, la mandíbula o la boca afecta a su vida en general?". Estas calificaciones globales tenían un formato de respuesta de cinco puntos. Las respuestas se calificaron de la siguiente manera: para la clasificación mundial de la salud oral, (0) excelente, (1) muy bueno, (2) bueno, (3) y justo (4) pobre, y para el bienestar general, (0) No del todo, (1) muy poco, (2) algo, (3) un lote y (4) mucho.

Se reunió en la biblioteca de dicha institución a los escolares que cumplieron los criterios de inclusión en grupos de 10 y se les explicó el contenido y la forma de desarrollo del cuestionario, haciendo énfasis que no es un examen con nota, que deben responder con sinceridad y honestidad y que es anónimo. (Ver anexo N° 05)

b) Examen Clínico Estomatológico: Para este propósito se contó con la colaboración de dos odontólogos previamente calibrados con el tema de investigación y se procedió a realizarlo posterior a la aplicación del cuestionario de percepción (CPQ11-14) precedido de la instalación de nuestra mesa de trabajo conservando las medidas de bioseguridad.

- ✓ **Presencia de enfermedad gingival:** Se registró en la ficha de recolección de datos con el índice gingival de Löe y Silness, se utilizó un espejo n° 5, un abrebocas para una mejor vista panorámica, una sonda periodontal según la OMS y con una adecuada iluminación frontal del examinador.
- ✓ **Maloclusiones:** Se realizó con la ayuda de una luz frontal y un espejo bucal n° 5 y para su registro de datos usamos el Índice de Maloclusión según la OMS en nuestra ficha de datos.
- ✓ **Traumatismos dentales:** Se realizó con una buena iluminación un espejo bucal n° 5 y explorador biactivo. Para la medición correspondiente usamos el índice de traumatismos dentales de Andreassen en nuestra ficha de datos. (Anexo N° 06)

Al término de la recolección de datos de la presente investigación se realizó una charla de salud bucal haciendo uso de un equipo multimedia, imágenes y trípticos con los siguientes temas:

- ✓ ¿Qué es la salud bucal?
- ✓ ¿Cuál es la Importancia y las Medidas preventivas en salud Bucal.
- ✓ ¿Qué es la Placa bacteriana?
- ✓ ¿Cuáles son las Técnicas de cepillado?
- ✓ Uso de hilo dental y sellantes de fosas y fisuras.
- ✓ Cuáles son las principales patologías de la boca?
- ✓ Caries dental.
- ✓ Enfermedad Gingival o de la encía.
- ✓ Maloclusión y Traumatismos dentales.

Participaron todos los estudiantes adolescentes que fueron parte del proyecto de investigación.

3.5 Plan de Análisis de Datos

Los datos obtenidos se almacenaron y se procesaron en el programa estadístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versión 20.0. Fueron analizados descriptivamente las diferencias entre las medias de las condiciones clínicas orales y cada uno de los dominios del CPQ11-14 (Síntomas orales, limitaciones funcionales, bienestar emocional y bienestar social). Para este análisis inicial fue utilizado previamente la prueba de Kolmogorov -Smirnov con el objetivo de evaluar la distribución de la normalidad de los valores.

Para correlacionar las condiciones clínicas orales (gingivitis, maloclusión y traumatismo dental) con cada uno de los dominios del CPQ 11-14, se utilizó el análisis de regresión de *Poisson* con varianza robusta y además se contrastó la hipótesis y los intervalos de confianza del 95 % (IC del 95 %) que también fueron calculados.

El CPQ 11-14 se agrupó por dimensiones con sus respectivas preguntas de la siguiente manera: (Síntomas orales 5-10; Limitaciones Funcionales 11-19; Bienestar Emocional 20-28 y Bienestar Social 29-41) y las condiciones clínicas orales con su respectivo grado de severidad.

3.6 Implicaciones Éticas

El estudio se realizó con apego al reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación. También, se ajusta a las Normas Institucionales en Materia de Investigación Científica. La información se manejó de forma anónima y confidencial

Por lo mencionado anteriormente esta investigación también se realizó dentro de los valores de respeto, donde los padres de los niños examinados fueron informados adecuadamente, dando su consentimiento para la participación de sus hijos en el estudio.

Al realizar un muestreo sistemático se respetó la aleatoriedad de la selección de la muestra, teniendo cada niño la misma oportunidad de ser elegido para el estudio, de acuerdo al registro de matrícula.

Para la recolección de datos clínicos se utilizó instrumental debidamente estéril y material descartable, de acuerdo a las normas básicas de bioseguridad.

Adicionalmente terminada la recolección de datos se le ofreció una charla preventiva de salud oral, ofreciéndole al paciente escolar un cepillo dental y un dentífrico en agradecimiento a su participación.

La investigadora declara no tener ningún tipo de conflicto de interés en los resultados obtenidos en el presente estudio.

4. RESULTADOS

El presente estudio estuvo conformado por una muestra de 120 escolares comprendidos entre los once y catorce años de edad, para tal fin, se solicitó previamente la autorización de los padres de familia y autoridades de la Institución Educativa para llevar a cabo la ejecución del proyecto, cumpliendo de esta manera con los aspectos éticos y legales requeridos. Los escolares fueron seleccionados de manera sistemática, este estudio se realizó en la I.E. Jazmines del Naranjal del Distrito de San Martín de Porres, Lima-Perú.

La Tabla 1 Presenta las Características Clínicas y Demográficas de la Muestra de estudio. De los 120 escolares la mayoría fueron de las edades de 13 años (24.4%) y 14 años (30.8%); en cuanto al género el (50.83%) fueron de sexo masculino y el (49.17%) fueron de sexo femenino. La prevalencia de las condiciones clínicas orales que los adolescentes presentaron fueron Gingivitis Leve (**76.8 %**) según el Índice de Løe y Silness, seguido de Maloclusión Leve (**51.7%**) según el índice de la OMS y Traumatismos Dentales (**5%**) según índice de Andreasen. Además clasificaron su salud bucal como regular (**45.0%**) y el estado de su salud bucal afecta poco su vida diaria (**40.8%**).

Tabla 1: Características Clínicas y Demográficas de la muestra (n=120). Distribución de frecuencia de las variables estudiadas. Edad, Género, Gingivitis, Maloclusión, Traumatismo Dental, Estado de L la salud bucal y grado de afección de la misma.

<i>Variable</i>	<i>F</i>	<i>N (%)</i>
Edad		
11	5	3.2%
12	29	18.6%
13	38	24.4%
14	48	30.8%
Género		
Femenino	61	50.83
Masculino	59	49.17
Gingivitis		
Normal	11	9%
Leve	92	76.8%
Moderada	17	14.2%
Severa	0	0
Maloclusión		
Normal	28	23.3%
Leve	62	51.7%
Moderada/Severa	30	25.0%
Trauma dental		
Sin Lesiones	114	95%
Con Lesiones	6	5%
¿Podrías decir que la salud de tus dientes, labios, mandíbula y boca es:		
Excelente	8	6.7%
Muy buena	9	7.5%
Buena	46	38.3%
Regular	54	45.0%
Mala	3	2.5%
¿Cuánto crees que afecta en tu vida diaria el estado de tus dientes, labios, mandíbula o boca?		
Nada	17	14.2%
Muy poco	16	13.3%
Poco	49	40.8%
Bastante	34	28.3%
Muchísimo	4	3.3%

La Tabla 2, nos muestra que no hay significancia estadística reelevante, por lo tanto no existe impacto de las condiciones clínicas orales como la Gingivitis, Maloclusión y Traumatismo Dental sobre la calidad de vida relacionada con la salud bucal en los escolares de 11 a 14 años de edad de la I.E. Jazmines del Naranjal

Tabla 2: Presentamos la correlación de las condiciones clínicas orales y su grado de severidad con las dimensiones del CPQ 11-14, según (Análisis de Regresión de Poisson con Variancia Robusta)

CONDICIONES CLÍNICAS ORALES	DIMENSIONES DEL CPQ ₁₁₋₁₄							
	Síntomas Orales		Limitaciones Funcionales		Bienestar Emocional		Bienestar Social	
	B	Sig.	B	Sig.	B	Sig.	B	Sig.
Gingivitis								
Normal	*	,963	,087	,389	,172	,057	,033	,709
Leve	,005	,446	,033	,623	-,014	,824	,046	,427
Moderada	-,058	*	*	*	*	*	*	*
Severa	*	*	*	*	*	*	*	*
Maloclusión								
Normal	,125	,113	,034	,621	-,020	,754	,052	,376
Leve /Moderada	-,007	,915	,062	,265	,007	,898	,045	,351
Severa	*	*	*	*	*	*	*	*
Traumatismo Dental								
Sin Lesiones	,018	,883	,064	,563	-,056	,559	,061	,514
Con Lesiones	*	*	*	*	*	*	*	*

*Variables no asociadas con los respectivos dominios después del ajuste.

La Tabla 3, nos muestra el promedio de los resultados obtenidos en cada uno de los parámetros de cada condición clínica y lo relacionamos con la variable de control Edad . Se encontró diferencia estadísticamente significativa en la condición clínica gingivitis para los niños de 12 años de edad considerando un ($p < 0.05$). Para las demás condiciones clínicas y edades no se encontró diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 3: Análisis de Correlación entre la gingivitis, maloclusión y traumatismo dental con la calidad de vida relacionada a la salud bucal en escolares adolescentes, según la edad.

VARIABLE DE CONTROL	EDAD							
	11 años		12 años		13 años		14 años	
CONDICIONES CLÍNICAS ORALES	Media	Desviación Típica	Media	Desviación Típica	Media	Desviación Típica	Media	Desviación Típica
Gingivitis								
Normal	53,00	7,07	95,20	12,15	*	*	67,50	7,14
Leve	81,33	17,90	70,74	16,87	69,20	17,94	71,86	12,45
Moderada	*	*	77,00	*	74,50	19,81	65,00	15,30
Severa	*	*	*	*	*	*	*	*
Valor de p	0.133		0.019		0.472		0.351	
Maloclusión								
Normal	71,00	23,34	83,78	19,16	68,83	15,13	68,22	
Leve/Moderada	66,00	*	75,43	16,33	68,12	18,98	71,83	
Severa	*	*	61,67	15,16	73,40	19,10	67,56	
Valor de p	0.86		0.065		0.709		0.587	
Traumatismo Dental								
Sin Lesiones	70,00	20,33	75,11	18,57	71,17	18,33	69,89	12,84
Con Lesiones	*	*	77,00	*	55,00	1,41	77,33	8,50
Valor de p (T de student)	-		0.921		0.226		0.330	

**Variables no asociadas con los respectivos dominios después del ajuste.*

La Tabla 4, nos muestra el promedio de los resultados obtenidos en cada uno de los parámetros de cada condición clínica y lo relacionamos con la variable de control Sexo. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 4: Relación entre la Gingivitis, Maloclusión y Traumatismo Dental con la calidad de vida relacionada a la salud bucal en escolares adolescentes, según el sexo.

VARIABLES DE CONTROL	SEXO			
	Masculino		Femenino	
CONDICIONES CLÍNICAS ORALES	Media	Desviación Típica	Media	Desviación Típica
Gingivitis				
Normal	81.00	18.93	73.20	22.38
Leve	71.43	17.18	70.61	13.98
Moderada	77.67	17.22	61.75	13.90
Severa	*	*	*	*
Valor de p	0.326		0.257	
Tipo de Maloclusión				
Normal	74.33	18.30	73.31	16.18
Leve/Moderada	72.89	16.69	69.65	14.87
Severa	73.46	19.77	66.12	13.39
Valor de p	0.97		0.386	
Traumatismo Dental				
Sin Lesiones	73.63	17.56	69.53	15.08
Con Lesiones	68.50	16.13	72.50	2.12
Valor de p (T de student)	0.573		0.783	

**Variables no asociadas con los respectivos dominios después del ajuste.*

5. DISCUSIÓN

La presente investigación buscó determinar el Impacto de la gingivitis, las maloclusiones y los traumatismos dentales sobre la calidad de vida relacionada a la salud bucal en los escolares entre 11 y 14 años de edad, de la I.E Jazmines del Naranjal del distrito de San Martín de Porres, Lima. De manera general los escolares presentaron; gingivitis leve (76.8 %) según el Índice Löe y Silness; maloclusión Leve (51.7%) según el índice de la OMS y traumatismos dentales (5%) según índice de Andreasen y clasificaron su salud bucal como regular (45.0%) y el estado de su salud bucal afecta poco su vida diaria (40.8%). Para medir la calidad de vida se utilizó el *Child perceptions questionnaire 11-14* (CPQ11-14) que ha sido utilizado por primera vez en la versión Español Peruano por Pulache J y cols. en: “*Impacto de las enfermedades y trastornos bucales en la calidad de vida relacionada a la salud bucal de niños escolares de la I.E. Virgen de Fátima del distrito de Ventanilla provincia del Callao-Lima en el 2014*”, este cuestionario está orientado a adolescentes con un promedio de 11 a 14 años de edad, etapa en que los niños ya tienen suficiente criterio para percibir incomodidades, manifestar sus percepciones y recordar eventos en el pasado. Además, la OMS recomienda ésta edad como una de las edades importantes para el empleo de índices, comparación internacional y vigilancia epidemiológica en salud bucal, ello explica la existencia de dichos cuestionarios y que varios de ellos ya están validados y traducidos al español peruano para ser usados en nuestra población en niños desde los 2 años de edad hasta adolescentes de 14 años de edad (5,9,10); sin embargo aún no existen muchos estudios al respecto.

El presente estudio nos muestra la asociación de las condiciones clínicas orales con las dimensiones del CPQ 11-14, donde no se encontró diferencias significativas de impacto de la gingivitis, las maloclusiones y los traumatismos dentales con la calidad de vida relacionada con la salud bucal; mientras que se encontró impacto de la condición clínica oral Gingivitis en los niños de 12 años de edad y en cuanto al género no se encontró impacto; estos resultados difieren del impacto negativo que encontró Pulache J. y Cols. en los adolescentes de 12 a 14 años de edad en todas las dimensiones y enfermedades orales que investigó; esto puede deberse a la forma de selección de la muestra que fue al azar de una población de 513 escolares comprendidos entre los 11 y 14 años de edad y la muestra estuvo conformada por 473 escolares, en la presente investigación la población fue de 900 escolares comprendidos entre los 11 y 14 años de edad y los escolares que conformaron la muestra fueron seleccionados por muestreo sistemático ($k=N/n=9$) para evitar el sesgo del investigador. También puede deberse a la forma de aplicación del cuestionario de percepción CPQ 11-14 que lo realizó con entrevistas cara a cara, en la presente investigación se aplicó de manera personalizada y anónima en grupos de 10 escolares. Por otro lado podría deberse también al grado de educación, nivel socioeconómico, costumbres, etc; para confirmar esto se deberían realizar estudios enfocados en ello.

En cuanto a otros estudios similares realizados en nuestro país con respecto a las condiciones orales sobre la calidad de vida relacionada con la salud oral, está Paredes E. y cols. usaron el Cuestionario *Child Oral Impacts Daily Performance* (OIDP) validado al español peruano, en escolares de 11 y 12 años de edad de la Institución Educativa César Vallejo del distrito de San Juan de Miraflores, encontró impacto 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%) (4); también *Del Castillo y Cols.* Usó la versión en español (Perú) del índice Child-OIDP en 150 escolares del ámbito rural en Piura, El 88,7% de escolares informaron uno o más de un desempeño impactado (Child-OIDP > 0). El promedio de condiciones bucales auto-

percibidas como problema fue de $1,14 \pm 0,66$ condiciones. La más frecuente fue: dolor de muela (58,0% de escolares). Los desempeños tuvieron un promedio de severidad de impacto de $0,54 \pm 0,49$. El desempeño con mayor severidad de impacto fue comer ($1,07 \pm 0,96$). Para el 89,5 % de escolares los impactos fueron de “poca” o “muy poca intensidad” (2). Estos resultados nos indican que al igual que el CPQ 11-14, son cuestionarios diseñados para medir la calidad de vida relacionada a la salud oral y capaces de medir el impacto funcional y psicosocial de las enfermedades bucales en una misma línea de investigación. Teniendo en cuenta lo anteriormente mencionado, el CPQ11-14 es el único instrumento capaz de evaluar el impacto de las condiciones de salud bucal en la calidad de vida de los niños de 11 a 14 años de edad, el cual ya se está usando en la población peruana.

También nuestros resultados concuerdan en la condición clínica gingivitis donde se encontró impacto en los escolares de 12 años de edad con Krisdapong S. y cols. Que hizo un estudio en escolares tailandeses de 12 y 15 años de edad, relacionando la gingivitis con cálculo dental y la gingivitis sin cálculo dental sobre la calidad de vida relacionado con la salud bucal, a lo que concluyó en que si hay relación de impacto de la gingivitis sin cálculo dental más que la gingivitis con cálculo dental; pero lo ideal sería realizar un estudio similar en nuestro país para poder contrastar mejor esta hipótesis.

Según Abanto J, el impacto más significativo de la maloclusión en la calidad de vida es el aspecto psicosocial, que las mismas condiciones bucales en función a las dimensiones del CPQ 11-14, tales como síntomas orales y limitaciones funcionales; además, la dificultad para sonreír debido a la mala posición de los dientes han sido uno de los motivos de mayor impacto en la CVRSB en escolares; en la presente investigación no se encontró impacto de la maloclusión, según la literatura y expertos en el tema nos refieren que el CPQ 11-14 no es muy específico para medir las maloclusiones dentales.

En Brasil, Scapini A. y cols. Realizaron una investigación de maloclusión dental relacionada con la calidad de vida en 519 adolescentes de 11 a 14 años de

edad de escuelas públicas, evaluaron la maloclusión y traumatismo dental con (índice de estética dental), se observó mayor impacto en la salud dental de la calidad de vida en las niñas que en los niños independientemente de las caries dentales y traumatismos dentales, además se determinó desigualdades socioeconómicas importantes en la calidad de vida de los adolescentes; en el presente estudio no se encontró diferencias estadísticamente significativas con respecto al sexo de los escolares; por lo tanto, esto es tan solo un dato estadístico a tomar en cuenta para realizar futuras investigaciones en nuestro país con respecto a las variables intervinientes que aún faltarían investigar y a la gran variedad de instrumentos existentes para medir las distintas condiciones clínicas orales y asociarlas con la calidad de vida de la población peruana.

Por otro lado, Santos L. y cols. Realizaron un estudio de las lesiones traumáticas dentales con la calidad de vida de los estudiantes en río de Janeiro, usaron el CPQ 11-14, fueron 50 adolescentes; si se observó relación entre los traumatismos dentales y su impacto en la calidad de vida de los adolescentes, los dominios de Limitación Funcional y bienestar Emocional fueron los más afectados. El impacto de los traumatismos dentales se relacionó con retraso y dificultad en la masticación, vergüenza de lo que los demás pensarán de su apariencia; en nuestro estudio no se encontró impacto de los traumatismos dentales, esto puede deberse a que esta condición clínica fue la menos prevalente (5%) en el presente estudio.

Finalmente, son muy pocos y no tan explícitos, los estudios realizados del impacto de las condiciones clínicas orales sobre la calidad de vida relacionada con la salud bucal, a pesar de la existencia de los instrumentos validados al español peruano con los que ya se cuenta para realizar investigación en este campo en el cual hay muchísimo por investigar.

6. CONCLUSIONES

- No existe impacto de la gingivitis, las maloclusiones y los traumatismos dentales con las dimensiones del CPQ 11-14, sobre la calidad de vida relacionada con la salud bucal en los escolares adolescentes de 11 a 14 años de edad, de la I.E Jazmines del Naranjal del distrito de San Martin de Porres, Lima – Perú, 2015.
- En relación a la edad, si existe impacto de la Gingivitis en los escolares adolescentes de 12 años de edad sobre la calidad de vida relacionada con la salud bucal, en los escolares de la I.E Jazmines del Naranjal del distrito de San Martin de Porres, Lima – Perú, 2015.
- En relación al género no existe impacto de las condiciones clínicas orales sobre la calidad de vida relacionada a la salud bucal de los escolares adolescentes de 11 a 14 años de edad, de la I.E Jazmines del Naranjal del distrito de San Martin de Porres, Lima – Perú, 2015.

7. RECOMENDACIONES

- Se debe impulsar cada vez más estudios de impacto y relación de las condiciones clínicas orales sobre la Calidad de vida relacionada con la salud bucal, en escolares tanto en población rural como en urbana; hacer uso de la gran variedad de indicadores epidemiológicos en Estomatología y también aprovechar el uso de los instrumentos validados al español peruano que miden la calidad de vida relacionada con la salud bucal.
- Realizar estudios en los escolares sobre qué condiciones tienen impacto significativo con el desarrollo físico y psíquico sobre la calidad de vida relacionada a la salud bucal.
- Se deben realizar estudios longitudinales para conocer la sensibilidad del CPQ 11-14, en cuanto a la percepción del paciente escolar en base a tratamientos odontológicos a los cuales haya sido sometido.
- Aún hay mucho para ser estudiado y aplicado en la población peruana. Se debe impulsar y canalizar los estudios hacia esta nueva línea de investigación para poder mejorar las condiciones de la calidad de vida no solo de los pacientes escolares sino en la población en general.

- Finalmente cabe resaltar que, en este momento que la Estomatología basada en evidencias viene creciendo en importancia, debe ser substancialmente ampliada la utilización de los instrumentos de evaluación de CVRSB con el fin de que los indicadores realmente importantes para la vida de los escolares comiencen a ser considerados.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bennadi D; Reddy C. Oral health related quality of life. *Journal of International Society of Preventive & Community Dentistry*. 2013; 3(1), 1–6. <http://doi.org/10.4103/2231-0762.115700>
2. Sischo, L; Broder, HL. Oral health-related quality of life: what, why, how, and future implications. *J Dent Res*. 2011; 90(11):1264-70.
3. Gomes M; Pinto T; Costa E; Martins C; Granville A; Paiva S. Impact of oral health conditions on the quality of life of preschool children and their families: a cross-sectional study. *Health and Quality of Life Outcomes* 2014; 12, 55. <http://doi.org/10.1186/1477-7525-12-55>
4. Pulache J; Abanto J; Oliveira LB; Bönecker M; Porras JC. Exploring the association between oral health problems and oral health-related quality of life in Peruvian 11- to 14-year-old children. *Int J Paediatr Dent*. 2015 Mar 2.
5. Del Castillo C; Evangelista A; Sánchez P. Impact of oral conditions on the quality of life in rural schoolchildren, Piura, Peru. *Rev Estomatol Herediana*. 2014 Oct-Dic;24(4):220-228.
6. Bendo CB, Paiva SM, Varni JW, Vale MP. Oral health-related quality of life and traumatic dental injuries in Brazilian adolescents. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2014 Jun;42(3):216-23.
7. 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 Jul-Set; 24(3).
8. Abanto J, Albites U, Bönecker M, Martins-Paiva S, Castillo JL, Aguilar-Gálvez D. Cross-cultural adaptation and psychometric properties of the child perceptions questionnaire 11-14 (CPQ11-14) for the peruvian Spanish language. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2013 Nov 1;18 (6)
9. Scapini A; Feldens C, Machado T; Floriani P. Malocclusion impacts adolescents' oral health-related quality of life. *The Angle Orthodontist*: May 2013, Vol. 83, No. 3, pp. 512-518.

10. Santos L; Faria P; Spitz L; Volpe F; Lavigne L; Paranhos L; Alves A. Impact of traumatic dental injury on the quality-of-life of children and adolescents: A case-control study. *Acta Odontologica Scandinavica*, September 2013, Vol. 71, No. 5 : Pages 1123-1128
11. Krisdapong S, Prasertsom P, Rattananangsim K, Sheiham A, Tsakos G. The impacts of gingivitis and calculus on Thai children's quality of life. *J Clin Periodontol* 2012; 39: 834–843.
12. Albites Úrsula. Validación de tres Instrumentos para medir la calidad de vida relacionada a salud bucal en niños peruanos de 11 a 14 años de edad, Lima 2011. TESIS para optar el Título de Especialista en Odontopediatría.
13. Abanto JA, Bönecker M, Raggio DP. Impacto de los problemas bucales sobre la calidad de vida de niños. *Rev. Estomatológica Herediana*. 2010; 20(1):38-43.
14. Fernandez-Lopez J; Fernandez-Fidalgo M; Cieza A. Los conceptos de calidad de vida, salud y bienestar analizados desde la perspectiva de la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF). *Rev. Esp. Salud Publica* [online]. 2010, vol.84, n.2, pp. 169-184. ISSN 1135-5727.
15. Abanto J, Albites U, Bönecker M, Martins-Paiva S, Castillo JL, Aguilar Gálvez D. Cross-cultural adaptation and psychometric properties of the child perceptions questionnaire 11-14 (CPQ11-14) for the peruvia Spanish language. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2013 Nov 1;18 (6):e832-8. <http://www.medicinaoral.com/medoralfree01/v18i6/medoralv18i6p832.pdf>
16. Catalina M; Castro C. Enfermedad Gingival – Guía de Atención. Universidad Nacional de Colombia - sede Bogotá. Septiembre de 2012.
17. Armitage G. Development of a Classification System for Periodontal Diseases and Conditions. *Ann Periodontol* 1999; 4 (1): 1- 6
18. Matesanz-Pérez P, Matos-Cruz R, Bascones-Martínez A. Enfermedades gingivales: una revisión de la literatura. *Av Periodon Implantol*. 2008; 20, 1: 11-25.

19. Perez B. Higiene bucal deficiente, hábito de fumar y gingivitis crónica en adolescentes venezolanos de 15-18 años. MEDISAN [online]. 2011, vol.15, n.9, pp. 1-7. ISSN 1029-3019.
20. Bessa M; Corrêa A. Gingival Indices: State of Art. Federal University of Amazonas Brazil. www.intechopen.com
21. Almandoz A. "Clasificación de Maloclusiones". [Tesis 2011]. Universidad Cayetano Heredia.
22. Dimberg L. Manual de Malocclusions and quality of life. Swedish Dental Journal Supplement 237, 2015
23. Mallqui-Herrada LL, Hernández-Añaños JF. Traumatismos dentales en dentición permanente. Rev Estomatol Herediana. 2012; 22(1):42-49.
24. Jokovic A; Locker D; Stephens M; Tompson B; Guyatt G. Validity and reliability of a questionnaire for measuring child oral-health-related quality of life. J Dent Res. 2002 Jul; 81(7):459-63.

9. GLOSARIO

Calidad de vida

Es un término que expresa la sensación subjetiva de un individuo en cuanto a su bienestar y lleva en consideración aspectos que temporariamente pueden estar presentes, como la enfermedad que influencia en el estilo de vida, en la convivencia familiar y en el contacto con la sociedad. Además, es multidimensional e incluye tanto dimensiones positivas como negativas.

Calidad de vida relacionada a la salud bucal (CVRSB)

Se refiere al impacto que la salud o enfermedad bucal tiene en las actividades diarias de los individuos, en su estilo o calidad de vida.

Gingivitis

La gingivitis es una enfermedad bucal generalmente bacteriana que provoca inflamación y sangrado de las encías, causada por los restos alimenticios que quedan atrapados entre los dientes.

Traumatismo Dental

Son las lesiones de los dientes y los tejidos blandos que se producen por una acción violenta en la cavidad bucal. Esta puede ser consecuencia de una infinidad de situaciones como golpes, caídas o la práctica de deporte y supone, igualmente, una infinidad de lesiones que pueden ir desde la fractura hasta la pérdida de uno o más dientes.

Las maloclusiones o problemas de oclusión dental

Se refiere a cualquier grado de contacto irregular de los dientes del maxilar superior con los del maxilar inferior, lo que incluye sobremordidas, submordidas y mordidas cruzadas.

10. ANEXOS

Anexo 01. Resolución de aprobación del Proyecto de tesis.



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD

Lima, 12 de Enero del 2015

RESOLUCION No. 7850- 2015 -DA- GT- D – FMHyCS -UAP

VISTO:

El Oficio N° 1136-2015-EPEST-FMHyCS-UAP, de fecha Santiago de Surco, 06 de Enero del 2015, donde la Dra. Miriam del Rosario Vásquez Segura, Directora de la Escuela Académico Profesional de Estomatología Sede Lima, solicita la aprobación de designación del (a) Director (a) – Asesor (a) para la tesis presentada por el (a) Bachiller **KATTY SOTO ROMAN**.

CONSIDERANDO:

Que, mediante Resolución N° 078 -2008 - GT- D – FCS - UAP, se nombró la Comisión de Grados y Títulos en la Escuela Académico Profesional de Estomatología, para evaluar y preparar los expedientes para la firma del Decano de la Facultad y para su posterior derivación a la oficina de Grados y Títulos de la Universidad.

Que, en la Resolución N° 1734 -2003-R-UAP, Art. N° 14 del Reglamento Único de Grados y Títulos, se establece: "Denomínese Director - Asesor al profesor universitario nombrado mediante resolución del Decano para asesorar al candidato a titulación que ha escogido la modalidad de elaboración de tesis".

Que, en uso de las atribuciones de las que está investido el Decano de la Facultad de Medicina Humana y Ciencias de la Salud y en aplicación de la Resolución Rectoral N° 1529-2003-R-UAP, de fecha 31 de Marzo 2003, se expide la presente resolución.

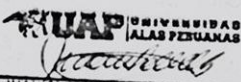
SE RESUELVE:

Artículo 1°. - Designar como **DIRECTOR (A) – ASESOR (A)** a la Dra. **JACQUELINE CESPEDES PORRAS**, para asesorar el Plan de Tesis del (a) Bachiller **KATTY SOTO ROMAN**, en el tema "IMPACTO DE LA GINGIVITIS, LAS MALOCCLUSIONES Y LOS TRAUMATISMOS DENTALES SOBRE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD BUCAL EN ADOLESCENTES ESCOLARES DE LA INSTITUCION EDUCATIVA ESTATAL "LOS JAZMINES DE NARANJAL" – SAN MARTIN DE PORRES, LIMA-PERU 2015"

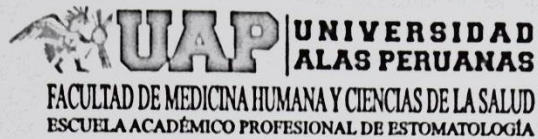
Artículo 2°. - El Decanato, la Escuela Académico Profesional de Estomatología y la Oficina de Grados y Títulos son las instancias encargadas para el cumplimiento de la presente Resolución.

Regístrese, comuníquese y archívese

JY/mdd.


DR. JUAN GUALBERTO YRELLES YUNQUE
DECANO DE LA FACULTAD DE
MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD

Anexo 02. Carta de presentación



Pueblo Libre, 17 de junio del 2015

Sra.
DIANA R. BALDEON QUISPE
Directora de la I.E. LOS JAZMINES DE NARANJAL
SAN MARTIN DE PORRES
Lima-Perú

De mi consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a usted para expresarle mi respetuoso saludo y al mismo tiempo presentarle a la alumna **SOTO ROMAN, Katty** con código **2009203181**, de la Escuela Profesional de Estomatología - Facultad de Medicina Humana y Ciencias de la Salud - Universidad Alas Peruanas, que me honro en dirigir, quien necesita recoger información que le permita realizar el trabajo de investigación (tesis).

TÍTULO: "Impacto de la gingivitis, las maloclusiones y los traumatismos dentales en la calidad de vida relacionada a la salud bucal en estudiantes adolescentes de la institución educativa estatal – Los Jazmines de Naranjal – San Martin de Porres, Lima 2015"

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 03. Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Institución: Escuela Profesional de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas – Lima.

Bachiller Investigador: Katty Soto Román.

Título : Impacto de la Gingivitis, las maloclusiones y los traumatismos dentales sobre la calidad de vida relacionada a la salud bucal en adolescentes de 11 a 14 años de edad de la Institución Educativa Estatal “Los Jazmines de Naranjal” – San Martín De Porres, Lima-Perú 2015.

Propósito del estudio:

Invitamos a su hijo (a) a participar en un estudio que tiene como propósito determinar el impacto de la Gingivitis, las maloclusiones y los traumatismos dentales sobre la calidad de vida relacionada a la salud bucal en adolescentes de 11 a 14 años de edad de la Institución Educativa Estatal “Los Jazmines de Naranjal” – San Martín De Porres, Lima-Perú 2015, con la finalidad de mejorar la calidad de vida en relación a los problemas bucales. La información obtenida será de carácter confidencial y no será usada para otro propósito.

Procedimientos:

Si Ud. decide que su hijo participe en este estudio se le realizará lo siguiente:

1. Resolverá un cuestionario de 37.
2. Se le realizará una evaluación bucal de gingivitis, Maloclusión y traumatismo dental.
3. Se realizará una charla de salud bucal.

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

Beneficios: Su hijo se beneficiará de una evaluación clínica para saber si sufre de alguna patología bucal.

Costos Usted no deberá pagar nada por la participación de su hijo(a) en el estudio; igualmente no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Mediante el presente documento yo, identificado (a) con DNI
Otorgo mi consentimiento informado para que mi menor hijo(a) pueda participar en la investigación “Impacto de la Gingivitis, las maloclusiones y los traumatismos dentales sobre la calidad de vida relacionada a la salud bucal en adolescentes de 11 a 14 años de edad de la Institución Educativa Estatal “Los Jazmines de Naranjal” – San Martín De Porres, Lima-Perú 2015”, realizada por la Bachiller en Estomatología Katty Soto Román, de la Universidad Alas Peruanas – Lima.

Pongo en conformidad que he sido informado (a) sobre el estudio de investigación.

Firma del padre o apoderado

Fecha

Firma del investigador

Fecha

Anexo 04. Asentimiento Informado

ASENTIMIENTO INFORMADO

Mediante el presente documento yo, identificado (a) con DNI acepto que mi menor hijo participe en la evaluación clínica y a la resolución del cuestionario a la cual será sometido con el fin de un proceso de investigación realizada por la Bachiller en Odontología de la Universidad Privada Alas Peruanas, KATTY SOTO ROMÁN.

De conformidad, acepto que he sido informado (a) que el objetivo del estudio es: Determinar la relación entre el impacto de los problemas bucales con la calidad de vida en adolescentes de la provincia de Puerto Inca – Huánuco 2015.

Con la finalidad de mejorar la calidad de vida en relación a los problemas bucales se realiza este tipo de trabajo, reiterando que la información obtenida será de carácter confidencial y no será usada para otro propósito fuera de este estudio nuestro consentimiento.

Firmo en señal de conformidad:

Firma del apoderado

Fecha:

ENCUESTA DE SALUD BUCODENTAL INFANTIL 11-14 AÑOS

HOLA!

¡Muchas gracias por ayudarnos con nuestro Estudio! Estamos realizándolo con el fin de entender mejor los problemas que puedas tener en tus **dientes, boca, labios y mandíbula**. Al responderlo nos ayudarás a aprender más de las experiencias de jóvenes como tú.

RECUERDA

- No escribas tu nombre en el cuestionario.
- Éste **no es un examen** por ello no hay respuestas buenas ni malas.
- Contesta de **manera sincera**. No hables con nadie acerca de las preguntas mientras realizas el examen. Tus respuestas son **solo para ti** y nadie sabrá acerca de ellas.
- Lee **atentamente** cada pregunta y piensa acerca de aquellas experiencias que has tenido en los **últimos 3 meses**.
- Antes de responder, pregúntate a ti mismo: **¿He tenido problemas de dientes, labios, boca o mandíbula?**
- Marca con una X en el recuadro que consideres como mejor respuesta para ti.

Hoy: _____/_____/_____
Día Mes Año

PRIMERO, ALGUNAS PREGUNTAS SOBRE TI

1. ¿Eres Niño o Niña? Niño Niña
2. ¿Cuándo naciste? _____/_____/_____
Día Mes Año
3. ¿Podrías decir que la salud de tus dientes, labios, mandíbula y boca es:
 Excelente
 Muy buena

- Buena
- Regular
- Mala

4. ¿Cuánto crees que afecta en tu vida diaria el estado de tus dientes, labios, mandíbula o boca?

- Nada
- Muy poco
- Poco
- Bastante
- Muchísimo

PREGUNTAS ACERCA DE PROBLEMAS BUCODENTALES

En los últimos tres meses, con qué frecuencia has tenido:

5. ¿Dolor en tus dientes, labios, mandíbula o boca?

- Nunca
- Una o dos veces
- A veces
- Con frecuencia
- Casi todos o todos los días.

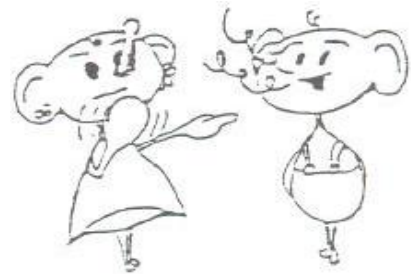


6. ¿Sangrado en las encías?

- Nunca
- Una o dos veces
- A veces
- Con frecuencia
- Casi todos o todos los días.

7. ¿Heridas en la boca?

- Nunca
- Una o dos veces
- A veces
- Con frecuencia
- Casi todos o todos los días.



8. ¿Mal aliento?

- Nunca
- Una o dos veces
- A veces
- Con frecuencia
- Casi todos o todos los días.

9. ¿Comida que se queda dentro o entre tus dientes?

- Nunca
- Una o dos veces
- A veces
- Con frecuencia
- Casi todos o todos los días

10. ¿Comida que se queda pegada en el paladar (arriba) de tu boca?

- Nunca
- Una o dos veces
- A veces
- Con frecuencia
- Casi todos o todos los días

En las siguientes preguntas...

¿Te ha sucedido esto a causa de tus dientes, labios, mandíbula o boca?

En los últimos tres meses, con qué frecuencia:

11. ¿Has respirado por la boca?

- Nunca
- Una o dos veces
- A veces
- Con frecuencia
- Casi todos o todos los días

12. ¿Has tardado más tiempo en comer que otras personas?

- Nunca
- Una o dos veces
- A veces
- Con frecuencia
- Casi todos o todos los días

13. ¿Has tenido problemas para dormir?

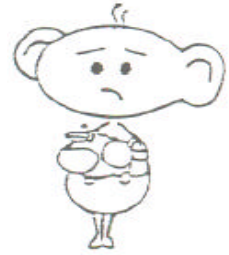
- Nunca
- Una o dos veces
- A veces
- Con frecuencia
- Casi todos o todos los días



En los últimos tres meses, ¿Con qué frecuencia has tenido alguno de estos problemas a causa de tus dientes, labios, boca o mandíbula?

14. ¿Problemas para morder o masticar alimentos como una manzana, un choclo o un bistek?

- Nunca
- Una o dos veces
- A veces
- Con frecuencia
- Casi todos o todos los días.



15. ¿Problemas para abrir la boca muy grande?

- Nunca
- Una o dos veces
- A veces
- Con frecuencia
- Casi todos o todos los días

16. ¿Dificultad para pronunciar algunas palabras?

- Nunca
- Una o dos veces
- A veces
- Con frecuencia
- Casi todos o todos los días



17. ¿Dificultad para comer lo que te gusta?

- Nunca
- Una o dos veces
- A veces
- Con frecuencia
- Casi todos o todos los días



18. ¿Problemas para beber con un sorbete o caña?

- Nunca
- Una o dos veces
- A veces
- Con frecuencia
- Casi todos o todos los días

19. ¿Dificultad para tomar líquidos o comer alimentos calientes o fríos?

- Nunca
- Una o dos veces
- A veces
- Con frecuencia
- Casi todos o todos los días

PREGUNTAS SOBRE TUS SENSACIONES

¿Has sentido esto a causa de algún problema en tus dientes, labios, mandíbula o boca? Si lo has tenido por alguna otra razón, responde "Nunca"

En los últimos tres meses con qué frecuencia:

20. ¿Te has sentido irritable o frustrado?

- Nunca
- Una o dos veces
- A veces
- Con frecuencia
- Casi todos o todos los días

21. ¿Te has sentido inseguro de ti mismo?

- Nunca
- Una o dos veces
- A veces
- Con frecuencia
- Casi todos o todos los días



22. ¿Te has sentido tímido o avergonzado?

- Nunca
- Una o dos veces
- A veces
- Con frecuencia
- Casi todos o todos los días

En los últimos tres meses, ¿Con qué frecuencia te ha sucedido esto a causa de tus dientes, labios, boca o mandíbula?

23. ¿Te ha preocupado lo que piensan otras personas acerca de tus dientes, labios, boca o mandíbula?

- Nunca
- Una o dos veces
- A veces
- Con frecuencia
- Casi todos o todos los días

24. ¿Has estado preocupado porque no eres tan simpático como otros?

- Nunca
- Una o dos veces
- A veces



- Con frecuencia
- Casi todos o todos los días

25. ¿Has estado molesto?

- Nunca
- Una o dos veces
- A veces
- Con frecuencia
- Casi todos o todos los días

26. ¿Te has sentido nervioso o asustado?

- Nunca
- Una o dos veces
- A veces
- Con frecuencia
- Casi todos o todos los días

27. ¿Has estado preocupado porque no estás tan saludable como los demás?

- Nunca
- Una o dos veces
- A veces
- Con frecuencia
- Casi todos o todos los días

28. ¿Has estado preocupado porque eres diferente a los demás?

- Nunca
- Una o dos veces
- A veces
- Con frecuencia
- Casi todos o todos los días

PREGUNTAS SOBRE EL COLEGIO

¿Te ha sucedido esto a causa de algún problema en tus dientes, labios, mandíbula o boca? Si lo has tenido por alguna otra razón, responde "Nunca".

En los últimos tres meses, con qué frecuencia:

29. ¿Has faltado a clases por causa de algún dolor, citas médicas o alguna cirugía?

- Nunca
- Una o dos veces
- A veces

- Con frecuencia
- Casi todos o todos los días

30. ¿Has tenido dificultad en poner atención en clase?

- Nunca
- Una o dos veces
- A veces
- Con frecuencia
- Casi todos o todos los días

31. ¿Te ha parecido difícil hacer tus tareas?

- Nunca
- Una o dos veces
- A veces
- Con frecuencia
- Casi todos o todos los días



32. ¿No has querido hablar o leer en voz alta en clase?

- Nunca
- Una o dos veces
- A veces
- Con frecuencia
- Casi todos o todos los días

PREGUNTAS SOBRE ACTIVIDADES EN TU TIEMPO LIBRE E INTEGRACIÓN CON LOS DEMÁS

¿Te ha sucedido esto a causa de algún problema en tus dientes, labios, mandíbula o boca? Si lo has tenido por alguna otra razón, responde "Nunca".

En los **últimos tres meses**, con qué frecuencia:

33. ¿Has evitado participar en deportes, teatro, música o paseos escolares?

- Nunca
- Una o dos veces
- A veces
- Con frecuencia
- Casi todos o todos los días

34. ¿No has querido hablar con otros niños?

- Nunca
- Una o dos veces
- A veces
- Con frecuencia
- Casi todos o todos los días

35. ¿Has evitado reír mientras estabas con otros niños?

- Nunca
- Una o dos veces
- A veces
- Con frecuencia
- Casi todos o todos los días



36. ¿Ha sido difícil tocar instrumentos musicales (flauta, trompeta) o silbatos (pitos)?

- Nunca
- Una o dos veces
- A veces
- Con frecuencia
- Casi todos o todos los días

37. ¿No has querido pasar el tiempo con otros niños?

- Nunca
- Una o dos veces
- A veces
- Con frecuencia
- Casi todos o todos los días

38. ¿Has discutido/peleado con tu familia u otros niños?

- Nunca
- Una o dos veces
- A veces
- Con frecuencia
- Casi todos o todos los días

En los últimos tres meses, ¿Con qué frecuencia te ha sucedido esto a causa de tus dientes, labios, boca o mandíbula?

39. Algunos niños se han burlado de ti o te han puesto apodos?

- Nunca
- Una o dos veces
- A veces
- Con frecuencia
- Casi todos o todos los días



40. ¿Otros niños te han apartado de su grupo?

- Nunca
- Una o dos veces
- A veces
- Con frecuencia
- Casi todos o todos los días

41. ¿Otros niños te han hecho preguntas acerca de tus dientes, labios, boca o mandíbula?

- Nunca
- Una o dos veces
- A veces
- Con frecuencia
- Casi todos o todos los días

LISTO, ¡ HEMOS TERMINADO!

Solamente algo más. Para comprobar qué tan buena es esta encuesta para darnos la información que necesitamos, nos gustaría contar con un grupo de niños para poder completarla de nuevo.

¿Estarías dispuesto a ayudarnos muy pronto en completar otra de nuestras encuestas?

Nos contactaremos contigo en las próximas dos semanas.

SI

GRACIAS POR AYUDARNOS!

06) Ficha de Evaluación Clínica

FICHA DE EVALUACIÓN CLÍNICA

IMPACTO DE LA GINGIVITIS, LAS MALOCLUSIONES, Y LOS TRAUMATISMOS DENTALES SOBRE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD BUCAL EN ADOLESCENTES DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA ESTATAL “LOS JAZMINES DE NARANJAL” – SAN MARTÍN DE PORRES, LIMA-PERÚ 2015.

EXAMINADORA: **KATTY SOTO ROMÁN.**

I) INDICE GINGIVAL (LOE Y SILNESS)

DIENTE	V	M	D	P/L		
1.6						
2.1						
2.4						
3.6						
4.1						
4.4						
PROMEDIO					/	

Escala para calificar inflamación gingival

Grado 0 = encía normal

Grado 1 = inflamación leve. Ligero cambio de color. Ligero edema del margen gingival. No sangrado al sondaje

Grado 2 = inflamación moderada. El tejido se aprecia brillante y liso.

Enrojecimiento moderado y edema. Sangrado al sondaje

Grado 3 = inflamación severa. Edema y/o ulceración. Enrojecimiento marcado. Sangrado espontáneo.

--	--	--	--

II) ÍNDICE DE MALOCLUSIÓN DE LA OMS

CRITERIOS A EVALUAR	
0 : Normal	Sin anomalías
1: Leve	Anomalías ligeras (uno o más dientes girados o inclinados, apiñamiento o diastema de < 4mm.

2 : Moderada o Severa	Anomalías más graves, overjet maxilar > 9mm; overjet mandibular o mordida cruzada anterior < a la totalidad del diente; mordida abierta; apiñamiento o diastema >4mm.	
------------------------------	---	--

III) INDICE DE TRAUMATISMOS DENTALES (SEGÚN CLASIFICACIÓN DE ANDREASEN)

Colocar un Check donde corresponde...

1. Lesiones tejidos duros y la pulpa		2. Lesiones tejidos periodontales		3. Cambio en el color de la corona.	
				3.1 Si	3.2 No
1.1 - F. esmalte		2.1 Subluxación		4. Severidad de Trauma	
1.2 - F. esmalte/dentina		2.2 Luxación lateral		4.1	Descoloración del diente y fractura en esmalte.
1.3 - F. complicada corona		2.3 Luxación intrusiva		4.2	Fractura de esmalte y dentina, fractura complicada de corona, avulsión, luxación, 2 o más tipos de trauma en el mismo diente.
1.4 - F. raíz		2.4 Luxación extrusiva		4.3	No presenta
1.5 - F. no complicada corona y raíz		2.5 Avulsión completa		5. N° de dientes afectados	
1.6 - F. complicada corona y raíz		2.6 Sin Lesiones		5.1	Uno
1.7 - Sin Lesiones				5.2	≥2
				5.3	Ninguno

Anexo 07. FOTOS

MESA CLÍNICA DE TRABAJO.



APLICACIÓN DEL CUESTIONARIO DE PERCEPCIÓN EN NIÑOS (CPQ 11-14)



CASOS ESPECIALES:
GINGIVITIS



MALOCLUSIÓN



TRAUMATISMO DENTAL



RETO CUMPLIDO!!!

MUCHAS GRACIAS AMIG@S



MATRIZ DE CONSISTENCIA

“IMPACTO DE LA GINGIVITIS, LAS MALOCLUSIONES Y LOS TRAUMATISMOS DENTALES SOBRE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD BUCAL EN ADOLESCENTES DE 11 A 14 AÑOS DE EDAD DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA ESTATAL LOS JAZMINES DE NARANJAL – SAN MARTÍN DE PORRES, LIMA-PERÚ 2015”

Formulación del problema	Objetivos de la investigación	Hipótesis	Variab
<p>¿Existirá impacto de la gingivitis, las maloclusiones, y los traumatismos dentales sobre la calidad de vida relacionada a la salud bucal en adolescentes de la Institución Educativa Estatal “Los Jazmines de Naranjal” San Martín de Porres, Lima-Perú, 2015?</p>	<p>Objetivo general</p> <p>Determinar si existe impacto de la Gingivitis, las maloclusiones y los traumatismos dentales sobre la calidad de vida relacionada a la salud bucal en adolescentes de la Institución Educativa Estatal “Los Jazmines de Naranjal” San Martín de Porres, Lima-Perú, 2015.</p>	<p>Existe impacto de la gingivitis, las maloclusiones y los traumatismos dentales sobre la calidad de vida relacionada a la salud bucal en adolescentes de la Institución Educativa Estatal “Los Jazmines de Naranjal” San Martín de Porres, Lima-Perú, 2015.</p>	<p>Enferm Gingiva Maloclu Trauma dentale (V.IND. Calidad (V.DEP. Edad (v. de c Sexo (v. de c</p>
Problemas específicos	Objetivos específicos		Nivel d investi
<p>1. ¿Existirá Impacto de la Gingivitis, las maloclusiones, y los traumatismos dentales sobre la calidad de vida relacionada a la salud bucal en adolescentes en relación a su edad de la Institución Educativa Estatal “Los Jazmines de Naranjal” San Martín de Porres, Lima-Perú, 2015?</p> <p>2. ¿Existirá Impacto de la gingivitis, las maloclusiones y los traumatismos dentales sobre la calidad de vida relacionada a la salud bucal en adolescentes en relación a su género de la Institución Educativa Estatal “Los Jazmines de Naranjal” San Martín de Porres, Lima-Perú, 2015?</p>	<p>1. Determinar si existe impacto de la Gingivitis, las maloclusiones y los traumatismos dentales sobre la calidad de vida relacionada a la salud bucal en adolescentes en relación a su edad de la Institución Educativa Estatal “Los Jazmines de Naranjal” San Martín de Porres, Lima-Perú, 2015.</p> <p>2. Determinar el Impacto de la gingivitis, las maloclusiones y los traumatismos dentales sobre la calidad de vida relacionada a la salud bucal en adolescentes en relación a su género de la Institución Educativa Estatal “Los Jazmines de Naranjal” San Martín de Porres, Lima-Perú, 2015.</p>		<p>Explica</p>

--	--	--	--

NOMBRE DE LA BACHILLER: KATTY SOTO ROMÁN.