



UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CUENCA

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD BUCODENTAL

TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL

TÍTULO DE ODONTÓLOGA

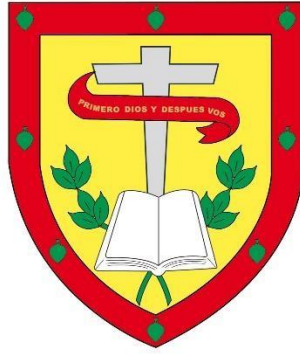
AUTORA: ANGHELA VALERIA BRITO VÁSCONEZ

DIRECTOR: DRA. LILIANA SOLEDAD ENCALADA VERDUGO

CUENCA - ECUADOR

2022

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo
UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE ODONTOLOGÍA
CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD
BUCODENTAL
TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE ODONTÓLOGA

AUTORA: ANGHELA VALERIA BRITO VÁSCONEZ

DIRECTOR: DRA. LILIANA SOLEDAD ENCALADA VERDUGO

CUENCA - ECUADOR

2022

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO

Declaratoria de Autoría y Responsabilidad

Anghela Valeria Brito Vásquez portador(a) de la cédula de ciudadanía N° **0107370546**. Declaro ser el autor de la obra: “**Calidad de vida relacionada a la Salud bucodental**”, sobre la cual me hago responsable sobre las opiniones, versiones e ideas expresadas. Declaro que la misma ha sido elaborada respetando los derechos de propiedad intelectual de terceros y eximo a la Universidad Católica de Cuenca sobre cualquier reclamación que pudiera existir al respecto. Declaro finalmente que mi obra ha sido realizada cumpliendo con todos los requisitos legales, éticos y bioéticos de investigación, que la misma no incumple con la normativa nacional e internacional en el área específica de investigación, sobre la que también me responsabilizo y eximo a la Universidad Católica de Cuenca de toda reclamación al respecto.

Cuenca, **9 de diciembre del 2022**



F.....

Anghela Valeria Brito Vásquez

C.I. 0107370546

CALIDAD DE VIDA RELACIONADO CON LA SALUD BUCODENTAL

1.1. CALIDAD DE VIDA

Aristóteles dijo que en su mayoría de la gente percibe "la buena vida" como lo mismo que "la felicidad", bajo este precepto aparece un concepto de CV, destacando que el estado de felicidad convoca un tema con diferentes significados. a diferentes personas en diferentes momentos. El término calidad de vida es subjetivo, ya que depende de la forma de pensar y sentir, en la que el entorno o diversos factores pueden mejorarla o afectarla (1).

En torno a los años sesenta se acuñó este concepto académico de CV como alternativa a una sociedad acomodada, con el pasar del tiempo se reforzó este significado en términos de nivel de felicidad de la persona. grupos de población basados en dimensiones físicas, y donde componentes como la calidad ambiental, las relaciones sociales o la salud se vuelven más complejos(2).

La calidad de vida en su definición propia es compleja por la dualidad que conlleva; fluctúa por un lado lo objetivo y por otro lo subjetivo, donde no se tocan ciertos límites en la delimitación del rigor científico, con los diferentes escenarios sociales (3). Su estudio es distintivo porque capta el cambio de significado y explica la fenomenología de tal manera que se transforma a lo largo del tiempo, pasando a formar parte de la historia social, política y cultural implicada. a la atención de la salud-enfermedad.

La construcción social del término se diversifica en la descripción de diferentes autores por la confluencia explicativa de la condición humana que permite a una sociedad simbolizar diferentes aspectos de la búsqueda del bienestar establecido a través de las capacidades y funcionamientos de una persona (4).

Las investigaciones de CV sobre la sensación de un bienestar personal y grupal surgieron en a partir de los setenta, estudiando el bienestar en varias dimensiones como: física, mental, emocional, social, espiritual y la dimensión ocupacional. Sosteniendo así un equilibrio dinámico. Se han esgrimido diferentes criterios para medir la CV, conocer las causas, así como consecuencias entre individuos o grupos de individuos, concebir unas condiciones en el sentido social y ambiental en relación con una CV, estimar lo que necesita una población, valorar la funcionalidad de las intervenciones sanitarias, la eficacia de los sistemas de salubridad, e integrarla en la toma de decisión clínicas(5,6).

El concepto de CV describe los aspectos físicos y emocional de una persona o un colectivo, así como una relación con su contexto, se asocia con factores de índole variado así como personal, social, educativo y ambiental. Esta estructura refleja una felicidad de las personas con diferentes combinaciones de factores, y se construye a partir de la interpretación de la realidad de los objetos, desde la perspectiva del individuo en diferentes dimensiones.

Aunque no existe una definición operativa estricta, la OMS (1) la define dentro de un contexto de múltiples dimensiones e interdisciplinar, haciendo referencia a "la percepción que tiene la persona de su enfoque vital en su entorno cultural y códigos de valores en el que convive"(7). y en correspondencia con sus metas, objetivos y cuestiones que le preocupen" están determinadas a partir de las condiciones de la experiencia humana que refieren a las circunstancias materiales objetivas en las que existen los diferentes grupos

sociales y la forma en que estos grupos traducen sus circunstancias objetivas en comportamientos preestablecidos.

1.2. CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD (CVRS).

Es así como desde el enfoque de salud propone una mirada desde un paradigma del marco biologicista previamente aceptado respecto a diferentes temas no asimilaba una visión holística del problema. De esta manera, la causalidad se establecía en la dirección de un enfoque orgánico funcional, que generalmente se basaba en la concepción de la enfermedad y evitaba así la de la salud. Sin embargo, los paradigmas, que provocaron fuertes rupturas en la concepción y contrastación de las teorías con respecto al concepto globalmente reconocido de salud, si bien este concepto evidencia su momento histórico, no puede evitar reflejar el poder y el control social implícito en su conceptualización.

A partir de la modificación de dicho concepto por parte de la OMS en 1948 manifiesta que "El estado de cabal bienestar tanto físicamente, mentales y sociales. No únicamente la ausencia de infección o enfermedad"(8) para 1986 refería que "La salud no es un fin en sí mismo, sino un recurso para la vida"(4), el individuo es visto de una manera más integral, pues a pesar de las constantes críticas a esta última definición, que aún no satisface la complejidad del significado de la salud, tiene la ventaja en comparación con la anterior de que amplía el significado, o por lo menos adquiere una visión positiva del concepto, esto se suma como antecedente para adoptar nuevos conceptos que surgen como necesidad de no sólo fundamentar la percepción del médico en relación a los dogmas determinados en la enfermedad, sino de complementar y ampliar el panorama. Esto mejora la comprensión que determina con mayor claridad la complejidad de un proceso continuo y no dicotómico de salud-enfermedad (9).

La CV en el contexto de la salud, tiene una denominación más específica, delimitando el campo de acción e investigaciones en la rama médica. Varios factores, como los procesos funcionales, psicológicos, sociales y la experiencia del malestar; se define como "el valor asignado por los individuos a la permanencia de la vida, marcadas por las ineficiencias, los impedimentos, el estado funcional, los enfoques y las oportunidades en los entornos tanto social y emocional, las mismas que son influidas por padecimientos, el tratamiento clínico y políticas públicas sanitarias"(10).

Este concepto ha tenido cuestionamientos debido a la subjetividad pero se ha intentado obtener criterios comunes que permitan la profundización de su estudio bajo concepto comunes, así como la validación de herramientas, ya que a pesar de tener una concepción abstracta, establece el reflejo de una realidad específica de un determinado fenómeno.

La CV en relación con la Salud se concibe desde la necesidad social como es la salud, lo que muestra una relación de las diferentes dimensiones en el constructo del ser humano, por lo que es un fenómeno afectado tanto por la enfermedad como por el tratamiento, que incluye la supervivencia, la duración de la vida, la ausencia de deterioro, la enfermedad o el síntoma(11).

La salud se establece como un importante diferencial desvinculado de las abstracciones teóricas construidas para facilitar la investigación a nivel experimental. Se han establecido diferentes modelos conceptuales sobre funciones y capacidades que, aunque utilizan términos diferentes, tienen significados similares.

El modelo de OMS y de la OPS de la CIDDDM fue descrito en 1980 y posteriormente revisado, cambiado en el año 2000 por la CIF (12):

- Deficiencia: se refiere a la existencia presencia de cambios o anomalías, anatómica que provoca laa pérdida de función, ya sea fisiológica o psicológica.
- Discapacidad: se refiere a cualquier limitación o incapacidad (debida a una anormalidad) para realizar una determinada actividad.
- Minusvalía: Se refiere a la existencia de barreras presentes en un individuo que, por deficiencias o discapacidades, limitan o impiden el desarrollo de los roles esperados del individuo en función de su edad, género y condición cultural.

El modelo describe no sólo la existencia de restricciones, sino también el impacto de esas restricciones en el desempeño de una actividad de adecuación física, social y culturalmente determinada(8).

1.3. CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD ORAL (CVRSO)

La CVRSO se describe desde la salud general con el fin de hacer trascender una relación particular con la cavidad bucal. Este concepto pretende romper con la vertiente biologicista según la cual la salud bucodental se basa únicamente en la aparición de enfermedades dentales, fragmentando así al individuo y su división general como organismo biológico, objeto funcional y como entidad social(7).

La OMS define específicamente para la salud oral como "Libre de dolencias de muelas, problemas cancerígenos bucal, úlceras orales, labio leporino/paladar hendido,

enfermedad periodontal" (13). Como puede verse, el concepto de salud en odontología sigue siendo el mismo mapa conceptual en sentido negativo.

En 2021 en la 7.^a Asamblea Mundial de la Salud estableció resoluciones sobre salud oral, recomendando un cambio de los enfoques curativos tradicionales a aquellos que promueven el higiene bucal en el hogar, instituciones educativas y en ambientes laborales, incluyendo intervenciones oportunas, integrales e inclusivas en la atención en el sistema de atención primaria(14,15).

Por otro lado, Atchison A. tiene una definición de la CV como un "concepto multidisciplinar que incluye la supervivencia o la esperanza de vida, la ausencia de discapacidad, enfermedades y la ausencia de dolor o malestar, el funcionamiento emocional, el funcionamiento social relacionado con el desempeño normal de los roles, la conciencia adecuada de la salud oral, la satisfacción con la salud oral y la ausencia de desventajas culturales o sociales asociadas a la salud oral"(16).

Las manifestaciones de la enfermedad dental suelen adoptar tres formas: disfunción, falta de salud y discapacidad, que afectan a síntomas y actividades como el dolor, la dificultad para comer y el aislamiento, así como a aspectos sociales, culturales y económicos. La salud bucodental hace referencia no solamente a la ausencia de caries y malestar periodontal, sino también a la salud mental y social del individuo. Así, las manifestaciones orales son coherentes con el modelo de la OMS, que establece que el deterioro funcional inducido por la enfermedad se produce en tres etapas progresivas que comienzan con el deterioro físico, seguido de la discapacidad social (17).

Por otra parte, se ha establecido que la percepción de el bienestar bucodental predice la CV, por el enfoque se refleja en el bienestar, que a su vez se refleja el que se sientan con gran satisfacción y felicidad, determinando la CV (18). Es difícil relacionar la salud bucodental con la salud general cuando no se demuestra un proceso de enfermedad por medio de un deterioro o discapacidad, cuando no se han establecido previamente los contornos de la pérdida, o se representa por medio de una expresión como el dolor.

En este sentido, se elaboraron varias herramientas para tomar medida de la CV en relación con la salud bucodental. Algunos investigadores, principalmente Locker y Slade (19,20), tomaron el concepto de CV como central para la salud bucodental, vinculándolo con anatomía estomatológica y determinando que la diferencia entre salud y enfermedad pertenece a diferentes aspectos de la experiencia humana.

El problema de la salud bucodental se manifiesta no sólo en la CV se asocia a la felicidad, sino también en los costes socioeconómicos. Por ejemplo, en Estados Unidos se ha informado de que "los problemas de salud bucodental pueden provocar dolor y sufrimiento innecesarios, lo que conlleva complicaciones devastadoras para el bienestar de las personas, con costes financieros y sociales que suponen una reducción de la CV"(21).

2. EXPERIENCIAS DE LA CALIDAD DE VIDA EN AZUAY

Los resultados epidemiológicos ecuatorianos en salud oral más recientes coinciden con los alcanzados en distintos países y evidencian el grupo de patologías más comunes presentadas en la cavidad oral. En líneas generales, estos pocos estudios epidemiológicos evidencian que en Ecuador hay mucho trabajo por llevar a cabo; no obstante, las particularidades del sistema de salud impiden plantear respuestas inmediatas y así poder responder a los problemas evidenciados (22).

En el caso de la provincia del Azuay, son varias las investigaciones realizadas en torno a la CVRSO. A continuación, se describen los resultados de estudios efectuados en distintas parroquias urbanas y del sector rural de la provincia (Totoracocha, Chiquintad, Sayausí, Monay, Huayna-Cápac, Sagrario, Sucre, El Batán, El Vecino, San Sebastián, Machángara, Yanuncay y Cumbe), así como en los cantones Cuenca y Ponce Enríquez.

En primer lugar, es importante referir al meta-análisis del año 2015 en torno a 51 investigaciones sobre CV identificadas en el área de biblioteca de Odontología de la UCACUE. Este trabajo estableció que el 56% de los estudiantes azuayos siente una dolencia en la zona denominada “diente sensible”, donde un 49% presentaba dolor de muela, otro 49% en “diente cariado”. A su vez, respecto a los desempeños orales, el 73% encuentra afecciones en el desempeño denominado “comer alimentos”, y un 67% en “limpiarse la boca” y el 64% en “mostrar los dientes, reír y sonreír” (23). Esta investigación permite constatar una constante de la literatura científica en torno a la CVRSO en el Azuay: un alto interés por trabajar con poblaciones escolares.

El estudio efectuado con estudiantes de 12 años de la parroquia Monay (24), aplicó un método descriptivo, retrospectivo, observacional y correlacional, a partir de la revisión de 253 fichas epidemiológicas de dicha parroquia, constató la inexistencia de correlación

significativa entre las variables. Tampoco se identificó correlación entre sexo y el índice de CPOD. Por su parte, el estudio que relacionó el estado anímico y la caries dental en estudiantes de la parroquia Huayna-Cápac (25) observó 152 fichas odontológicas provenientes de entidades educativas del área urbana analizada; para lo cual se empleó el Coeficiente de Concordancia Tau-b de Kendall. Se obtuvo que el grado de CPO-D preponderante fue el riesgo medio en el 26%, mientras que el sexo femenino tuvo predominancia. A su vez, tan solo el 21% de estudiantes señaló haber percibido el impacto en su estado de ánimo; mientras que solo el 5% presentó significancia ($p=0.851$) entre el estado anímico y el grado de CPO-D. Este estudio concluyó que resulta indispensable seguir ofreciendo a los estudiantes una formación preventiva en salud bucal, con el fin de fortalecer o mejorar los hábitos orales de la población escolar estudiada.

Otra investigación determinó la asociación entre el grado de instrucción con el procedimientos odontológicos en individuos de 45 a 65 años pertenecientes a la parroquia Totoracocha (26); ello a través de un trabajo con enfoque cuantitativo y relacional, sustentado en la aplicación de la encuesta EQ-SDAI. Se pudo establecer que las mujeres manifiestan mayores niveles de ansiedad dental que sus contrapartes masculinas, con una asociación significativa ($p=0.008$). Así mismo, aquellas personas con bajo grado de formación presentan un mayor nivel de ansiedad dental (60%) que aquellos con una instrucción más alta (26).

La investigación efectuada en la Unidad Educativa Dolores J. Torres, de la ciudad de Cuenca (27) estableció la necesidad que tienen de recibir un procedimiento ortodóntico, en estudiantes 11 a 12 años. Se aplicó una metodología que valoró a 86 estudiantes a través del CE del IONT. Por su parte, la información cualitativa se analizó a través de la prueba de chi cuadrado, lo que permitió constatar que el 45.35% de los escolares reflejan la necesidad de procedimiento ortodóntico. En la misma institución (25)

se evaluó cómo impactan tanto la caries dental como las condiciones bucales sobre el desempeño cotidiano y la CV en 115 estudiantes, utilizando la herramienta OIDP. Se obtuvieron los siguientes hallazgos: los problemas orales más recurrentes el mal aliento, dientes sensibles y dientes cariados. A su vez, el 73% presenta de 1 a 4 obturaciones y el 37% está libre de caries dental.

Otra investigación en el contexto educativo azuayo (28) determinó de qué manera impactó la condición oral en la CVRSO de 284 estudiantes, con edades comprendidas entre los 11 años de edad y 12 años, pertenecientes a las de las escuelas Ezequiel Crespo Ambrosi y Ulises Chacón. A estos estudiantes se les aplicó el Child-OIDP Índice (versión en español), a partir de lo cual se evidenció un nivel de impacto global alto (79%); mientras que la dimensión “sonreír” resultó la mayormente afectada, aunque en un rango moderado. En la misma institución educativa, una investigación posterior con 208 estudiantes, a quienes se aplicó el Child OIDP Index, evidenció condiciones orales auto-percibidas problemáticas como: dientes en mala posición (54%) y dientes cariados (52%). A su vez, se observó el impacto en desempeños diarios como sonreír (38%) y comer (36%).

Por su parte, la aplicación del Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS) en 177 estudiantes de seis años, provenientes de escuelas de la Parroquia Sucre, del cantón Cuenca (29), obtuvo una media de IHOS de 0,84. En este refleja que el índice de placa blanda y de placa calcificada fue mayor entre los varones (promedios de 0,74 y 0,01, respectivamente). A su vez, las piezas dentales mayormente afectadas por la placa blanda, a las que se examinó clínicamente fueron la 65 y la 55. Respecto a la gestión educativa, los promedios de IHOS para las entidades fiscales fueron de 0,95 y de 0,91 en los particulares.

En la parroquia Batán del cantón Cuenca se determinó, a través de la revisión de 154 fichas correspondientes a 104 niñas y 50 niños (30), que el índice CPO-D, en general, fue muy bajo, con el 33%. Por su parte, la dimensión “limitaciones para hablar claro” afectó al 36% de niñas y 46% de niños; observándose una relación significativa ($p = 0.00$) entre este impacto y el CPO-D. Con relación al sexo, se mostró significancia, mientras que su asociación fue media en el caso de escolares varones (0,41) y baja en las niñas (0,26) (30).

En la parroquia “El Vecino” en el 2016 se levantó una investigación de carácter correlacional, con puntos transversales y retrospectivo, a través de la revisión de 279 fichas ingresadas en el sistema del departamento investigativo de la carrera de Odontología de la UCACUE, y que pertenecen al Mapa Epidemiológico de Salud Bucal. Se constató que la totalidad de las fichas registraba algún tipo de caries, mientras que el 78% no tuvo limitaciones al sonreír. Por tanto, se evidenció una moderada relación de dependencia entre las limitaciones percibidas al sonreír y los índices de dientes cariados, perdidos y obturados (31).

En la parroquia Chiquintad también se evaluó el impacto de caries dental en el ocupaciones y actividades diarias de 100 estudiantes de doce años (32); para ello se desarrolló un estudio de carácter cuantitativo, descriptivo y retrospectivo, que permitió establecer una prevalencia de caries mayor al 50%, con un leve aumento del 2% entre el sexo masculino frente al femenino. El 68% de escolares entrevistados señalaron haber percibido un impacto de la caries dental en su desempeño diario. Dicho impacto prevaleció entre el sexo masculino, principalmente en actividades como limpieza de dientes e ingerir alimentos.

Así mismo, se determinó el puntaje ECOHIS obtenido por 263 niños de 5 años, que pertenecen a la parroquia “San Sebastián”. Donde la ejecución del estudio descriptivo

y prospectivo estableció impactos positivos, obteniéndose una media de 6.87; por su parte, el ECOHIS se constató un mayor impacto de manera negativa en dimensiones como dolores en boca, dientes o mandíbula. A su vez, no se hallaron diferencias estadísticas de significancia entre el impacto de la CVRSB y variables como el sexo y el tipo de nivel educativo.

Medición similar se llevó a cabo con 308 preescolares, que pertenecían a la parroquia Sayausí del cantón Cuenca (33), a quienes se les aplicó la puntuación ECOHIS. Esta permitió identificar un impacto moderado en la CV en indicadores como: dolor en dientes boca o mandíbula (27%), dificultad para beber (24%), comer (9%) y preocupaciones de la familia (20%). Respecto al impacto en los desempeños diarios de los niños, se percibió en la limitación funcional una media de 2,48, mientras que la intranquilidad de los progenitores alcanzó una media de 1,21. Por su parte, no hubo significancia estadística entre calidad de vida y sexo; en tanto que la variable gestión educativa sí influyó en calidad de vida.

También en Sayausí, un estudio transversal y analítico evaluó a 359 escolares de 11 y 12 años, por medio de la herramienta CHILD- ODP(34); obteniéndose que el 99% presentó cierto grado de impacto en la CV. A su vez, las características orales auto percibidas problemáticas más recurrentes fueron la caries dental y los dientes con sensibilidad y con dolor (35).

En la parroquia Machángara, se asociaron las caries dentales con el grado de impacto de las características orales en la CVRS de 118 alumnos, a quienes se aplicó el índice CPOD y el Child-OIDP. Al final del estudio, se observó que no existía correlación significativa entre la puntuación de experiencia de caries y el impacto en el desempeño diario de los niños ($Rho = -0.061$). No obstante, sí hubo asociación entre el grado elevado

de CPOD y el grado reducido de impacto en la CVRSO; así como el grado mínimo de CPOD con el grado de alto impacto en la CVRSO (36).

En la investigación en la parroquia Yanuncay, “Relación, CPOD- limitación para lavarse los dientes en escolares, Cuenca-Ecuador”, se evaluó la relación que hubo entre el índice CPOD de 177 estudiantes de 12 años y las limitaciones en el lavado de dientes, determinándose una correlación entre ambas variables de 0.027 (según el coeficiente de Tau-B Kendall) y una significancia de 0.7; por tanto, no se constató correlación alguna (37).

En el caso de una realizada con 400 adultos de la parroquia de “Cumbe”, donde se identificó el impacto que hay entre CV y la salud oral de los participantes. Se constató que el 92% manifestó un impacto negativo en su CV, mientras que la mayoría de participantes presentan ingresos per-cápita menores a 400 dólares, así como una formación que llegó solamente al nivel secundario (38).

En el caso de la percepción que 408 adultos del cantón Camilo Ponce tienen respecto a su CV y cómo esta se correlaciona a su salud bucal (39), se obtuvo una prevalencia del 90%. A partir de dicho porcentaje, se determinó que el impacto fue del 92% entre los hombres y del 89% en las mujeres. En el caso de la parroquia Sayausí, un estudio descriptivo, cuantitativo y transversal con 368 individuos de 18 – 99 años (40), evidenció que el 19% alcanzó un impacto medio; mientras que el 1,3% obtuvo un impacto alto. A su vez, el grado de educación tiene un impacto medio (8,9%) y alto (0,8%). Finalmente, una investigación en Checa relacionó la caries y el desempeño diario de niños de 6 años; para ello se analizaron 48 fichas epidemiológicas de los niños participantes, concluyéndose que la presencia de caries genera impedimento en los desempeños diarios de los escolares.

Finalmente, un estudio en torno al edentulismo total y parcial en adultos y su asociación con otros factores en una clínica universitaria, permitió determinar, a través del IMC y el cuestionario OHIP, que los 378 pacientes adultos presentan como el tipo de pérdida dental más recurrente al edentulismo parcial (75%), siendo la clase III de Kennedy la preponderante en los maxilares: 40% mandíbula y 42% maxilar superior. Así mismo, se constató que están asociados el edentulismo y la calidad de vida, pero no dicha afectación con el estado de nutrición y el género de los participantes. A su vez, tener una edad mayor a los 40 se estableció como un factor de riesgo para la presencia de edentulismo total (41).

Las experiencias descritas en el presente capítulo permiten identificar los instrumentos de evaluación mayormente empleados para evaluar la CVRSO. Estos son el CPO-D, el EQ-SDAI, el CE de IONT, el Child-OIDP, el IHOS, el ECOHIS y el OHIP.

3. CVRSB: INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN.

La CV tiene relación con una salud bucal sana, por lo tanto, los padecimientos bucales influyen en la CV: apariencia, interacciones sociales e incluso oportunidades de empleo (42). La CV ha estado estrechamente ligada a la salud oral a partir de la Segunda Guerra Mundial, cuando 6 dientes en oclusión se consideraban un indicador de proporcionalidad saludable entre la función y el bienestar bucal (42). En el campo dental, ha habido esfuerzos recientes para desarrollar herramientas específicas para medir la CVRSB. Mediante el uso de estas herramientas, se puede evaluar el impacto del malestar oral de un paciente en su estado social y funcional. Esto incluye comparar los resultados con mediciones clínicas reales y medir la efectividad de los procedimientos bucodentales.

Cuando se habla de salud pública, las personas frecuentemente consideran la CV de una población. La cultura, el tamaño de la población y los ciclos de vida individuales deben tenerse en cuenta cuando se habla de salud pública (43).

La salud oral es esencial para la salud general; un régimen deficiente de salud oral puede afectar significativamente la vida diaria de una persona. En consecuencia, el cuidado adecuado de los dientes se considera esencial para la salud en general, un concepto concerniente con la CV es su aspecto de salud integral (44).

Debido a que la CV en salud de los pacientes con enfermedad crónica varía según el estado de su condición, el tema se aborda desde una perspectiva multidimensional(1), este enfoque permitiría que los esfuerzos de campañas y de prevención de la salud sean más efectivos de acuerdo con la percepción de la realidad por parte de los pacientes. También ayudaría a brindar servicios de manera eficiente y mejorar los resultados positivos del tratamiento tanto para los servicios de salud pública como para las prácticas privadas (2).

3.1. Evaluaciones de la CVRSB

La incorporación de mediciones de la CVRS bucodental en el proceso de evaluación se aleja de los criterios médico-odontológicos convencionales (4), que hasta ahora han dado prioridad al bienestar psicológico y fisiológico del paciente. Los instrumentos pueden utilizarse de forma amplia o restringida, dependiendo de la naturaleza de la dolencia bucodental que se evalúe o del tipo de paciente que se examine (5).

Esta definición revisada de bienestar aconseja ampliar el enfoque de la profesión dental más allá de los síntomas físicos, para incluir igualmente el bienestar psicosocial del usuario (6). En este contexto, sirven para evaluar e investigar mejor los requisitos clínicos de una población de pacientes determinada.

Además, la percepción del paciente es fundamental a la hora de determinar la necesidad del tratamiento, hacer planes y esperar un resultado clínico en la consulta del dentista (7). Es importante porque permite cambiar el juicio odontológico para definir los objetivos y resultados del procedimiento en función de la experiencia psicoemocional del usuario y de su funcionalidad (9).

Otras recomendaciones y reconocimientos de la FDI son - Las mediciones del CVRSB (45), junto con los marcadores clínicos y conductuales, deben incluirse en las valoraciones de para dar un enfoque integral y holístico a los servicios de salud bucal.

3.1.1. Elementos de un cuestionario.

Si no existen instrumentos bien validados para medir la CV en un idioma determinado, los clínicos e investigadores tendrán que crear un nuevo instrumento o someterse al proceso de adaptación transcultural, en el que se modifica un instrumento para utilizarlo en una nueva cultura (11).

Existe un acuerdo generalizado de que son necesarios dos pasos para que este proceso tenga éxito, la adaptación cultural en la que deben considerar su contexto cotidiano, modismos y las visiones que tienen en salud y enfermedades (10); la importancia de valorar en el dialecto local, en la que se evalúa el grado psicométrico, que permite investigar tanto la adecuación de la escala al fenómeno evaluado como la precisión de la propia evaluación (8). Las tres características clave o rasgos psicométricos que debe tener cualquier instrumento de medición o recogida de datos son la fiabilidad, la validez y la objetividad.

Gran parte de los instrumentos de medición de la QOLRSB adoptan la forma de cuestionarios autoadministrados (13), con secciones dedicadas a preguntas sobre temas como la condición funcional, psicosocial, sintomatología orales, el entorno del aula, los trastornos del sueño y la autopercepción y autoestima generales.

La evaluación y el seguimiento de los trastornos psicológicos en el cuidado de un paciente individual son dos ejemplos de áreas de investigación en las que se han utilizado instrumentos para medir la CVRS (15).

2. Caracterización de los problemas de salud a nivel poblacional.
3. Una auditoría de la atención sanitaria.
4. Analizar la calidad de la atención clínica.
5. Ensayos clínicos.
6. Analizar el costo.

Uno de los usos más conocidos es el de la investigación clínica, que estudia las mejoras o disminuciones de la CV provocadas por diferentes mediaciones, el perfil terapéutico de

la intervención y perfil de efectos adversos (16). Los instrumentos genéricos y los específicos para cada problema son las dos categorías principales de mediciones de la CVRS. Los genéricos son útiles para una gran variedad de afecciones. El MOS SF-36 HEALTH SURVEY se considera una de las herramientas con mayor uso por su alta validez y fiabilidad (46), este cuestionario de 36 ítems permite evaluar el funcionamiento físico y los juicios sobre la salud general de los pacientes. Dado que no es específico para la edad, la enfermedad o el tratamiento, facilita las comparaciones entre condiciones y terapias (20). El SF-36 mide ocho áreas diferentes:

Tabla 1: SF-36

1. Limitaciones en el Funcionamiento Físico:	Entendido como la forma en que la salud limita actividades físicas como caminar o subir escaleras.
2. Funcionamiento social:	Entendido como la forma en que la salud física o problemas emocionales interfieren con la actividad social normal.
3. Funcionamiento físico con relación al rol:	Entendido como la forma en que la salud física interfiere con el trabajo u otras actividades diarias.
4. Funcionamiento emocional con relación al rol:	Entendido como la forma en que los problemas emocionales interfieren con el trabajo u otras actividades diarias.
5. Salud mental general:	Incluyendo depresión, ansiedad, control de las emociones y la conducta.
6. Vitalidad:	Sentirse lleno de energía, sin la sensación de estar cansado o agotado.
7. Dolor corporal:	Intensidad del dolor y efectos de este sobre el trabajo normal, dentro y fuera de la casa.
8. Percepciones de salud general:	Evaluación personal de la salud actual o resistencia a la enfermedad.

Fuente: SF-36 (47).

Jokovic en 2002 (48) y sus colegas instrumentaron el CPQ (*Child Perceptions Questionnaire*), éste se convertiría en el primer instrumento para medir la CVRSO para la niñez comprendida entre las edades de 8-10 años, también del rango comprendido entre

las edades de 11-14 años (49); las dos evaluaciones tienen y comprenden de la sintomatología oral, condición funcional, situación psicosocial.

El instrumento que se aplica a niños de ocho hasta diez años, se compone de 29 preguntas, en el marco de recuerdos de 4 semanas (50). El instrumento que se aplica a edades comprendidas desde los 11 años de edad hasta los 14, la misma comprende 37 preguntas y con una recordación de 90 días.

Se anotan en el escalafón de Likert, con los siguientes criterios (51):

0 = nunca

1 = una o dos veces

2 = a veces

3 = a menudo

4 = todos los días o casi todos los días.

La puntuación máxima es 100 y la mínima es cero en el instrumento CPQ para 8-10 años de edad (52); Las respuestas para el CPQ de 11 a 14 años de edad se registra en el escalafón de Likert con un rango donde se suma las contestaciones que comprenden valoraciones de 0 a 103 (53); Entonces, para esta valoración cuanto más alta sea la cuantía, se interpreta como una mala CV. En ambos cuestionarios se registran en el escalafón de Likert con puntuaciones de 0 a 4. El CPQ para las edades de 11 a 14 años de se ha modificado a adaptaciones con 8 y 16 preguntas (49).

3.2. CVRSO, Ciclo de vida: Lactante

Según Rotemberg et al. (54) el sistema inmunitario de los bebés es inmaduro al nacer y puede infectarse con muchas enfermedades. Los sistemas maduran lentamente ya que

están protegidos por la leche materna. Todos los bebés que están en el rango entre 0 y 2 años se encuentran en esta etapa (55). Las madres o cuidadores que no están limpios cuando amamantan, besan en la boca y dan alimentos azucarados u otros artículos inapropiados para la edad del bebé pueden causar una infección primaria en los bebés. Debido a que los bebés aún no han desarrollado un lenguaje o una expresión adecuados, sus padres deben averiguar cómo perciben la calidad de sus dientes y boca. La principal enfermedad en los bebés es la caries dental, porque *Streptococcus mutans* y otras bacterias colonizan sus bocas en las primeras etapas de la vida. Otras condiciones relacionadas con problemas psicosociales en la infancia se relacionan con trauma alveolar y dolor de muelas.

Existen algunas herramientas para medir la CV para la salud pediátrica, principalmente relacionadas con la caries dental. Los más comunes son la escala ECOHIS (56), la Escala de Impacto Familiar (FIS) (57), la CVRSB Pediátrica (POQL) (58). Estas herramientas miden la influencia en la CV en diferentes áreas, como el área médica general y las restricciones de sueño/dieta, debido a infecciones potencialmente peligrosas.

La herramienta "Early Childhood Oral Health Impact Scale"(59) (ECOHIS) creada por Pahel en el 2007 (60). Este instrumento fue validado en EEUU y está destinado a los niños o cuidadores que respondan, cuenta con 13 preguntas que se dividen en dos secciones, la primera sección está compuesta por 9 preguntas relativas a los síntomas relacionados con los problemas dentales, la imagen de sí mismo, la interacción funcional, psicológica y social. La segunda sección trata del impacto que se produce en el hogar a través de 4 preguntas sobre el estrés, el papel de los padres y cuidadores y las interacciones familiares. Una escala de Liker registra las respuestas de 0 a 5, siendo 5 el mayor conocimiento. La eficacia de la escala se mide de 0-52, y las notas más altas refieren una peor CV para los niños. Está dividida en 2 secciones principales:

- 1) Sección de impacto infantil
- 2) Sección de impacto familiar.

Impacto infantil (SII), que está compuesta de por sub-escalas:

- 1) Psicología infantil
- 2) Función infantil
- 3) Síntoma infantil
- 4) Autoimagen/Interacciones sociales.

La sección de impacto familiar (SIF) tiene 2 sub-escalas:

- 1) Angustia parental
- 2) Función familiar.

Se utiliza la escala Likert, que son 5 respuestas, las mismas que van desde "nunca" hasta "muy a menudo", para medir esta sección se utilizarán las siguientes sub escalas SIF y SII.

Tabla 2: Sub-escalas y puntos ECOHIS

SECCIÓN DE IMPACTO INFANTIL (SII)	Subescalas	Puntaje mín. - máx.	Puntaje SII
1. ¿Con qué frecuencia su hijo ha tenido dolor en los dientes, boca o mandíbula?	Síntoma infantil	0 - 4	0 - 36
¿Con que frecuencia su hijo ha.....debido a problemas dentales o tratamientos odontológicos?	Función infantil	0 -16	
2. tenido dificultades para beber bebidas calientes o frías			
3. tenido dificultades para comer algunos alimentos			
4. tenido dificultades para pronunciar algunas palabras			
5. perdido días de asistencia a su actividad preescolar, de guardería o escuela			
6. tenido problemas para dormir	Psicología infantil	0 - 8	
7. estado enojado o frustrado	Autoimagen del niño/ interacción social	0 - 8	
8. evitado sonreír			
9. evitado hablar			
SECCIÓN DE IMPACTO FAMILIAR (SIF)	Subescalas	Puntaje mín. - máx.	Puntaje SIF
¿Con que frecuencia usted u otro miembro de su familia a causa de los problemas dentales o tratamientos odontológicos de su hijo?	Angustia de los padres	0 - 8	0 - 16
10. se ha sentido alterado /preocupado			
11. se ha sentido culpable			
12. ha ocupado tiempo de su trabajo/actividad	Función familiar	0 - 8	
13. ¿Con que frecuencia los problemas dentales o tratamientos odontológicos de su hijo han afectado a la economía en su familia/hogar?			
PUNTAJE TOTAL ECOHIS			0 - 52

3.3. CVRSO: Niños Preescolares

Aproximadamente 40 años es el rango para el cual hay muchos problemas de salud bucal diferentes, según Raymond et al. 2011 (61). La caries dental y los traumatismos mandibulares son los mayores problemas en este grupo etario, provocando una afectación significativa a la calidad de vida.

Además de provocar afectaciones en la alimentación, horario de sueño y el habla, los inconvenientes de salud bucal pueden afectar de manera negativa la CV de los infantes. Las medidas más comunes de CV en niños son la ESCOHIS (56), la Escala de Resultados en Salud Bucal Infantil (SOHO-5) (62), y la salud de la cavidad bucal.

Lopez, et al. (63) realizaron un estudio en 2009 (64). Nai Duo realizó un estudio en 2013 (65). En 2011, Raymundo y su equipo realizaron un estudio (61) en el 2016 vio la adición

de 46 estudios más a la lista. Varios estudios (66) (67) coinciden en que la mala alineación de la mandíbula no es común a una edad temprana y no suele afectar la calidad de vida, eventualmente se corrige solo.

En 1944, Allen Gruebel desarrolló el ceo-d(68) un nuevo método integrado al CPO, éste último es un instrumento para registrar las caries, las extracciones y los empastes de los dientes, se basa en una serie de letras que rastrean los dientes de leche de los niños, el índice CPO calcula el número de dientes cariados, extraídos y obturados en la población adulta. Cuando Gruebel (68) se dio cuenta de que CPO podía causar confusión con las letras, se le ocurrió una simbología alternativa para rastrear los dientes de leche de los niños. Esto se hace a través de un proceso ordenado que clasifica los como una categoría. Luego, la severidad de la condición es cuantificada por intervalos como ceo-d (0-1.2), (1.3-2.6), (2.7-4.4), (4.5-6.5) y (>6.5). Luego, esto se compara con una escala de niveles de caries bajos a muy altos llamada ceo-d (0-1.2) siendo muy bajo, 1.3-2.6 siendo bajo, 2.7-4.4 moderado y 4.5-6.5 alto y (>6.5) siendo niveles de caries muy altos o extremos (6.7).

Los niños con problemas dentales pueden experimentar ansiedad, aislamiento, depresión, insomnio y cambios en su comportamiento como resultado de su dolor. Esto se debe a una de las causas reportadas de dolor en adultos: estrés, frustración, ansiedad, bajo rendimiento laboral e incluso abuso de analgésicos. Además, los niños pueden experimentar un trauma psicológico significativo debido a los cambios en la concentración y el rendimiento escolar.

Los cambios en la CV de un niño pueden tener lugar en varios niveles. Estos incluyen cambios estéticos, dolor dental y pérdida de autoestima. También hay efectos psicológicos, incluidos cambios en la autoestima del niño, que pueden afectar el nivel de estrés de la familia y su capacidad para asistir a la escuela. Estos cambios afectan la salud general del niño, que puede medirse por su salud oral.

3.4. CVRSO, Ciclo de vida: Escolar.

Aproximadamente 50-51 estudios en todo el mundo coinciden en que los dientes de los niños desde los 6 hasta los 9 años generalmente no están en mal estado, aunque puede haber algunos casos de caries. Se considera que la enfermedad de las encías y la sensibilidad dental tienen un gran impacto en la CV en este rango de edad.

Investigaciones previas han demostrado que a nivel oral existe una compensación entre tener ulceración y desarrollar una maloclusión de los dientes. Mutayaet et al., 2007 (66) señalaron que, a diferencia de estudios anteriores, también existe una compensación en esta etapa con respecto a la presencia de queratosis.

El Child-OIDP es una de las herramientas de evaluación utilizadas para hacer mediciones en el impacto de la CVRSB. fue validado para distintos idiomas, como español, francés y portugués. La herramienta es altamente adaptable.

Hay una serie de cuestionarios y encuestas que han sido probados y han demostrado ser válidos para la autoevaluación, incluso con niños más pequeños. El Cuestionario Cognitivo Pediátrico (CPQ) se usa con la niñez de ocho a diez años (CPQ8-10), y el Cuestionario de CVRSO se usa con niños prepúberes (CPQ11-14).

Child-OIDP logra determinar cómo la boca de un niño afecta sus actividades diarias, y la Escala de Salud Oral PedsQL se usa para determinar la CVRSB de un niño. Los cambios efectuados de la sonrisa, el aseo y la higiene, así como la inestabilidad emocional y las dificultades para comer son las áreas de mayor preocupación en el momento de hacer evaluaciones de la CV para un paciente con CPQ 11-14 (62). Estos resultados han demostrado ser consistentes una y otra vez.

La mala salud oral en los niños se considera de gran importancia para la salud pública. Hay estudios que demuestran que los infantes que tienen mala salud dental generalmente tienen menos buenos hábitos de cepillado, lo que puede generar problemas mayores en la edad adulta.

3.5. CVRSO, Ciclo de vida: Adolescente.

Existen algunas herramientas que se utilizan para evaluar la CVRSB en esta etapa de crecimiento. Esto es lo que perciben de los padres sobre la CVRSB, el cuestionario de percepciones infantiles (62) para escuelas y el OHIP-14S (58) para pacientes de 14 años o más.

La mala calidad de vida relacionada a nivel emocional y social es causada por la maloclusión (57). La mala estética dental en los adolescentes puede hacer que se vuelvan tímidos, introvertidos e incluso deprimidos. Esto puede afectar su desarrollo social, sexual y cultural, así como su rendimiento académico. Los artículos (69) (64) muestran que la mala estética dental también puede causar ansiedad y hacer que el adolescente parezca poco asertivo.

3.6. CVRSO, Ciclo de vida: Adulthood.

Las personas entre 20 y 44 años se consideran adultos jóvenes, y las personas entre 45 y 59 años se consideran adultos. La etapa se da entre estas edades (a partir de los 74 años).

Los cambios en el entorno social, los cambios en la articulación temporomandibular, el mal aliento y la enfermedad periodontal son los problemas más significativos en esta etapa relacionados con la salud oral. Se ha demostrado que estos problemas afectan la CV de manera significativa (55).

El perfil de impacto en la salud bucal (OHIP-14) (62) y el índice de evaluación de la salud bucal geriátrica (GOHA) son las herramientas más utilizadas para evaluar estos problemas.

La calidad de vida tiene afecciones por algunos trastornos orales, como caries, dolor y trauma en el área alveolar. Esto ocurre cuando los dientes se están desarrollando (durante la edad adulta joven y madura) cuando tiene lugar la reproducción y la formación de los hijos. La percepción los progenitores sobre las enfermedades orales infantiles se ha observado en la literatura (58), cuando los niños tienen estos trastornos bucales, pueden experimentar cambios psicológicos como ansiedad y culpa.

Slade (70) sugirió dividir el OHIP-14 en 14 partes más pequeñas en lugar de 49 partes más grandes. Hacerlo haría que el cuestionario fuera más manejable y reduciría los efectos negativos que tiene sobre la CV de un individuo. Cada división serían dos preguntas, que es la misma cantidad que las dimensiones de OHIP-14.

OHIP-14 evalúa la salud oral de un paciente a través de un cuestionario. Esta escala de 14 puntos analiza el dolor físico, la discapacidad, la discapacidad con respecto a la interacción social, el malestar psicológico, las limitaciones funcionales y otros aspectos de su CV de los pacientes.

Tabla 3: Estudios aplicando OHIP-14

Instrumento	Estudios
OHIP-14: escala tipo Likert, mide en siete dimensiones los efectos adversos o negativos en el desarrollo de actividades diarias durante los últimos doce meses. Dimensiones: limitación funcional, dolor físico, malestar psicológico, incapacidad física, incapacidad psicológica, incapacidad social, desventajas.	Meusel y col. 2015 (22), Brauchle y col. 2013 (53), Jansson y col. 2014 (49), Ohm y col. 2012 (58), Al Habashneh y col. 2012 (51), Wong y col. 2012 (52), Bernabé y col. 2010 (50), Araujo y col. 2010 (1).

3.7. CVRSO, Ciclo de vida: Adulto Mayor.

En lo referente al ámbito de salud de la boca y los dientes tiene un impacto en varios escenarios de la vida de una persona, tanto psicológicos como físicos. Algunas personas tienen más riesgo de cambios sociales y sistémicos, como la dieta, porque pueden afectar su salud en general (71). Las herramientas utilizadas para medir la salud bucal son las mismas que se utilizan para adultos y adolescentes. Existe una preocupación para el público con respecto a la periodontitis, la caries dental y otras condiciones que afectan la salud de la boca.

En 2016, Porto explicó que algunos pacientes habían considerado entrar a un procedimiento de ortodoncia para mejorar el aspecto de sus dientes, pero tenían una enfermedad periodontal tan importante que limitaría ese tratamiento (10), esta enfermedad puede causar dolor, cambios en el estado psicosocial y enfermedades sistémicas aún más graves la CV de las personas mayores se puede llegar a afectar cuando no quieren reír o hablar, según relatan los pacientes (72). Esto demuestra que el aspecto de los dientes es de gran importancia en la CV de las personas mayores (73).

4. BIBLIOGRAFÍA

1. España S. Salud bucal y calidad de vida [Internet]. 2017 [citado 2022 jun 26]. Available from: <https://www.ucc.edu.co/prensa/2016/Paginas/salud-bucal-y-calidad-de-vida.aspx>
2. Rivero CI. CALIDAD DE VIDA: EL ENFOQUE DE AMARTYA SEN Y SUS EXCLUSIONES.
3. Calidad de vida y salud bucal en preescolares ecuatorianos relacionadas con el nivel educativo de sus padres | Pérez Rosero | Rev Cubana Estomatol [Internet]. [citado 2022 jun 26]. Available from: <http://www.revestomatologia.sld.cu/index.php/est/article/view/1815/463>
4. Moya P, Chappuzeau E, Carlos Caro J, José Monsalves M, Patricia Moya Rivera D. Situación de salud oral y calidad de vida de los adultos mayores Artículo Original Correspondencia. Rev Estomatol Herediana. 2012;22(4):197–202.
5. Bastidas XAC. Calidad de vida y su relación con la salud oral en personas de la tercera edad. Revista Nacional de Odontología [Internet]. 2014 dic 30 [citado 2022 jun 27];10(19):83–90. Available from: <https://revistas.ucc.edu.co/index.php/od/article/view/853>
6. Cerón-Bastidas XA, Cerón-Bastidas XA. Relación de calidad de vida y salud oral en la población adolescente. CES Odontol [Internet]. 2018 jun [citado 2022 jun 27];31(1):38–46. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-971X2018000100038&lng=pt&nrm=iso&tlng=es

7. Botero De Mejía BE, Eugenia M, Merchán P. CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD (CVRS) EN ADULTOS MAYORES DE 60 AÑOS: UNA APROXIMACIÓN TEÓRICA. 2007;12:11–24.
8. Velarde-Jurado E, Avila-Figueroa C. Evaluación de la calidad de vida. Salud Publica Mex [Internet]. 2002 [citado 2022 jun 28];44(4):349–61. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342002000400009&lng=es&nrm=iso&tlng=es
9. C Gloria Alejandra Moreno Altamirano ME. EPIDEMIOLOGÍA P R E S E N T A: CLARA BELLAMY ORTIZ COMITÉ TUTORAL: UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.
10. BARBOZA SC, ARAYA JM, STRADI GS. Determinantes de la calidad de vida relacionada con la salud oral en adultos mayores de un centro diurno costarricense: Resultados de un estudio piloto. ODOVTOS [Internet]. 2020 [citado 2022 jun 27]; Available from: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/Odontos/article/download/41983/42289>
11. Degrandi V, Bentancourt M, Fabruccini A, Fuentes F. Evaluación del impacto en la calidad de vida de pacientes adultos rehabilitados con nuevas prótesis removibles totales. Odontoestomatología. 2017 may 31;19(29):64–75.
12. La teoría de las capacidades en Amartya Sen - Dialnet [Internet]. [citado 2022 jun 26]. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5010857>
13. Peres MA, Macpherson LMD, Weyant RJ, Daly B, Venturelli R, Mathur MR, et al. Oral diseases: a global public health challenge. The Lancet. 2019 jul 20;394(10194):249–60.

14. Salud bucodental [Internet]. [citado 2022 jun 28]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>
15. Bernabé E, Masood M, Vujicic M. The impact of out-of-pocket payments for dental care on household finances in low and middle income countries. *BMC Public Health*. 2017 ene 23;17(1):1–8.
16. Urzúa A. Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto Quality of life: A theoretical review. *TERAPIA PSICOLÓGICA*. 2012;30:61–71.
17. Constitución [Internet]. [citado 2022 jun 28]. Available from: <https://www.who.int/es/about/governance/constitution>
18. Salud bucal y calidad de vida [Internet]. [citado 2022 jun 27]. Available from: <https://www.ucc.edu.co/prensa/2016/Paginas/salud-bucal-y-calidad-de-vida.aspx>
19. Locker D, Allen F. What do measures of “oral health-related quality of life” measure? *Community Dent Oral Epidemiol* [Internet]. 2007 dic [citado 2022 jun 28];35(6):401–11. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18039281/>
20. Slade GD. Assessing change in quality of life using the Oral Health Impact Profile. *Community Dent Oral Epidemiol* [Internet]. 1998 [citado 2022 jun 28];26(1):52–61. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9511843/>
21. Locker D, Jokovic A, Clarke M. Assessing the responsiveness of measures of oral health-related quality of life. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2004 feb;32(1):10–8.
22. Cabezas-Berharntd G. Estado De Salud Oral En El Ecuador. *Odontología Activa Revista Científica*. 2018;1(3):65–70.

23. Godoy E. Calidad de Vida y Salud Bucal en escolares de Cuenca, 2015 - Metaanálisis. Universidad Católica de Cuenca; 2015.
24. Alvear M. Relación entre CPOD y el estado de ánimo en escolares de 12 años de la parroquia Monay, Cuenca-Ecuador 2016. Universidad Católica de Cuenca; 2016.
25. Ordoñez Karla Z, Urgiles C. Impacto de la caries dental en la calidad de vida en niños de 11 a 12 años de la Unidad Educativa Dolores J Torres, Parroquia Sagrario, Cuenca. Kiru. 2020;17(2):69–74.
26. Quichimbo TJ, Serrano SD. Factores asociados en ansiedad dental al tratamiento odontológico en adultos de 45 a 65 años en la parroquia Totoracocha, Cuenca-Ecuador 2017. Salud & Vida Sipanense. 2018;5(2):44–52.
27. Aria R. Impacto de la Autopercepción de la Necesidad de Tratamiento Ortodóntico en la Calidad de Vida relacionada a la salud bucal en escolares de 11 a 12 años de la escuela Dolores J. Torres Cuenca, 2015. Universidad Católica de Cuenca; 2016.
28. Gome SCUello N. Impacto de las condiciones orales sobre la calidad de vida en escolares de 11 y 12 años de dos escuelas públicas del área urbana de la Ciudad Cuenca-Ecuador 2015. Universidad de Cuenca; 2016.
29. Tapia C, Prado M, Cabrera G, Verdugo L. Índice de higiene oral simplificado en los escolares de 6 años de la parroquia Sucre, Cuenca, Azuay-Ecuador en el 2016. Salud & Vida Sipanense. 2018;5(1):37–46.
30. Toledo-Silva JS, Lima-Illescas MV, Saquisili-Suquitana SP, Cuenca-León KDLÁCL. Índice CPOD y limitación para hablar con claridad en escolares de 12 años, Cuenca-Ecuador. Revista Científica Odontológica. 2020;8(3):e030.

31. Matute S, González L. Relación entre índice CPO-D y limitación al sonreír en escolares de la Parroquia «El vecino», en Cuenca, Ecuador. *Medicentro Electrónica*. 2022;26(1):15–28.
32. Morocho C, Encalada L, Vallejo F. Impacto de caries dental en los desempeños diarios en escolares de 12 años de edad en la parroquia Chiquintad, Cuenca-Ecuador 2016. *J Chem Inf Model*. 2017;4(1):55–63.
33. Bayas S. Calidad de vida relacionada a la salud bucal en preescolares de 5 años, pertenecientes a la parroquia Sayausí, de la ciudad de Cuenca - Ecuador año 2019. Universidad Católica de Cuenca; 2019.
34. Patilla Delgado RI. Calidad de vida en relación a la salud bucal en escolares de 12-14 años entre una Institución Educativa Pública y Privada, Abancay – 2019. Universidad Andina del Cusco [Internet]. 2019 oct 22 [citado 2022 nov 25]; Available from: <http://repositorio.uandina.edu.pe/handle/20.500.12557/3165>
35. Reinoso-Vintimilla N, Del Castillo-López C. Calidad de vida relacionada a la salud bucal en escolares de Sayausí, Cuenca Ecuador. *Revista Estomatológica Herediana*. 2017 dic 19;27(4):227.
36. Vélez-Vásquez VA, Villavicencio-Caparó E, Cevallos-Romero S, Del Castillo-López C. Impacto de la experiencia de caries en la calidad de vida relacionada a la salud bucal; Machángara, Ecuador. *Revista Estomatológica Herediana*. 2019 oct 26;29(3):203–12.
37. Moreno S, Villavicencio E, Vásquez A, Sarmiento P. RELACIÓN, CPOD-LIMITACIÓN PARA LAVARSE LOS DIENTES EN ESCOLARES, CUENCA-ECUADOR 2016. *Rev Evid Odontol Clínic*. 2020;6(1):1–12.

38. Torres J. Calidad de vida relacionado a la salud oral, estudio realizado en personas adultas de la parroquia rural de Cumbe (Cuenca Ecuador año 2021). Universidad Católica de Cuenca; 2021.
39. Delgado K. Calidad de vida relacionada a la salud bucal en Ponce Enríquez. Universidad Católica de Cuenca; 2021.
40. García J. Calidad de vida relacionada con salud oral en la población adulta de la parroquia Sayausí Cuenca, 2021. Universidad Católica de Cuenca; 2021.
41. Vanegas-Avecillas E, Villavicencio -Caparó E, Alvarado Jiménez O, Ordóñez Plaza P. Frecuencia del edentulismo parcial y total en adultos y su relación con factores asociados en la Clínica universitaria Cuenca Ecuador 2016. Revista Estomatológica Herediana. 2017;26(4):215.
42. Finbarr Allen P. Health and Quality of Life Outcomes Assessment of oral health related quality of life [Internet]. 2003. Available from: <http://www.hqlo.com/content/1/1/40>
43. del Mar García-Calvente M, Mateo-Rodríguez I, Maroto-Navarro G. El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres. Gac Sanit. 2004;18(2):83–92.
44. Lugones Botell M. Algunas consideraciones sobre la calidad de vida. Revista Cubana de Medicina General Integral [Internet]. 2002 [citado 2022 ago 8];18(4):287–9. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252002000400013&lng=es&nrm=iso&tlng=
45. Diaz-Reissner CV, Casas-García I, Roldán-Merino J. Calidad de Vida Relacionada con Salud Oral: Impacto de Diversas Situaciones Clínicas Odontológicas y

- Factores Socio-Demográficos. Revisión de la Literatura. *International journal of odontostomatology* [Internet]. 2017 abr [citado 2022 jun 27];11(1):31–9. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-381X2017000100005&lng=en&nrm=iso&tlng=en
46. Segura Cardona Á, La D, Rp H. Instrumentos para medir la calidad de vida relacionada con la salud oral: una revisión sistemática Instruments to measure the quality of life related to oral health: a systematic review. *Barranquilla (Col)*. 2017;33(3):504–16.
 47. Vilagut G, Ferrer M, Rajmil L, Rebollo P, Permanyer-Miralda G, Quintana JM, et al. El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gac Sanit* [Internet]. 2005 [citado 2022 sep 20];19(2):135–50. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112005000200007&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 48. Harter S, Pike R. The Pictorial Scale of Perceived Competence and Social Acceptance for Young Children. *Child Dev*. 1984 dic;55(6):1969.
 49. Jokovic A, Locker D, Guyatt G. Short forms of the Child Perceptions Questionnaire for 11–14-year-old children (CPQ11–14): Development and initial evaluation. *Health Qual Life Outcomes* [Internet]. 2006 ene 19 [citado 2022 sep 20];4:4. Available from: </pmc/articles/PMC1368964/>
 50. Segura Cardona Á, La D, Rp H. Instrumentos para medir la calidad de vida relacionada con la salud oral: una revisión sistemática Instruments to measure the quality of life related to oral health: a systematic review. *Barranquilla (Col)*. 2017;33(3):504–16.

51. Segura Cardona A, de La Hoz R. Instrumentos para medir la calidad de vida relacionada con la salud oral: una revisión sistemática. *Salud Uninorte*. 2017 dic 1;33:504–16.
52. Broder HL, Wilson-Genderson M. Reliability and convergent and discriminant validity of the Child Oral Health Impact Profile (COHIP Child's version). *Community Dent Oral Epidemiol*. 2007 ago;35(SUPPL. 1):20–31.
53. Locker D, Jokovic A, Tompson B, Prakash P. Is the Child Perceptions Questionnaire for 11-14 year olds sensitive to clinical and self-perceived variations in orthodontic status? *Community Dent Oral Epidemiol* [Internet]. 2007 jun [citado 2022 sep 20];35(3):179–85. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17518964/>
54. Rotemberg Wilf E, Smaisik Frydman K. Inmunidad bucal en la primera infancia. *Odontoestomatología* [Internet]. 2010 [citado 2022 ago 8];12(14):4–14. Available from: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-93392010000100002&lng=es&nrm=iso&tlng=es
55. González Benítez I. Reflexiones acerca de la salud familiar. *Revista Cubana de Medicina General Integral* [Internet]. 2000 [citado 2022 ago 8];16(5):508–12. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252000000500015&lng=es&nrm=iso&tlng=
56. Li S, Malkinson S, Veronneau J, Allison PJ. Testing responsiveness to change for the early childhood oral health impact scale (ECOHIS). *Community Dent Oral Epidemiol* [Internet]. 2008 dic [citado 2022 ago 8];36(6):542–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18422706/>

57. Pahel BT, Rozier RG, Slade GD. Parental perceptions of children's oral health: the Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS). Health Qual Life Outcomes [Internet]. 2007 [citado 2022 ago 8];5. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17263880/>
58. Huntington NL, Spetter D, Jones JA, Rich SE, Garcia RI, Spiro A. Development and validation of a measure of pediatric oral health-related quality of life: the POQL. J Public Health Dent. 2011;71(3):185–93.
59. Daniela A, Peña G, Luis J, Arroyo P, Andrea J, Rojas D, et al. Validez y confiabilidad del cuestionario CPQ 11-14. 2017;
60. Pahel BT, Rozier RG, Slade GD. Parental perceptions of children's oral health: the Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS). Health Qual Life Outcomes [Internet]. 2007 [citado 2022 oct 27];5. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17263880/>
61. Helena Raymundo de Andrade Especialista Maestra en Odontopediatría por la L, Karla Buczynski Especialista A, Doctoranda en Odontopediatría por la Facultad de M. THE IMPACT OF DE ORAL HEALTH ON QUALITY OF LIFE OF PRESCHOOL CHILDREN: CAREGIVERS PERCEPTION. Acta Odontol Venez [Internet]. 2011;49. Available from: www.actaodontologica.comFUENTE:www.actaodontologica.com/ediciones/2011/4/art7.asp
62. Tsakos G, Blair YI, Yusuf H, Wright W, Watt RG, Macpherson LMD. Developing a new self-reported scale of oral health outcomes for 5-year-old children (SOHO-5). Health Qual Life Outcomes [Internet]. 2012 jun 7 [citado 2022 ago 8];10(1):1–

8. Available from: <https://hqlo.biomedcentral.com/articles/10.1186/1477-7525-10-62>
63. López-Ramos RP, García-Rupaya CR. Calidad de vida y problemas bucales en preescolares de la provincia de Huaura, Lima. *Revista Estomatológica Herediana*. 2014 abr 2;23(3):139.
64. Alvarez JHA. Impacto das doenças e desordens bucais na qualidade de vida relacionada à saúde bucal de crianças pré-escolares e de seus pais. 2009 nov 19 [citado 2022 ago 8]; Available from: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/23/23132/tde-11122009-095205/>
65. Naidu R, Nunn J, Donnelly-Swift E. Oral health-related quality of life and early childhood caries among preschool children in Trinidad. *BMC Oral Health* [Internet]. 2016 dic 7 [citado 2022 ago 8];16(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27923355/>
66. Malden PE, Thomson WM, Jokovic A, Locker D. Changes in parent-assessed oral health-related quality of life among young children following dental treatment under general anaesthetic. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2008 abr;36(2):108–17.
67. Gherunpong S, Tsakos G, Sheiham A. The prevalence and severity of oral impacts on daily. *Health Qual Life Outcomes*. 2004;2(1):57.
68. Rocha Lertzundi JM, Gómez Gonzales WE, Bernardo Santiago G. Índice ceo-d y su relación con la calidad de vida en la salud oral de preescolares de la I.E. Cesar Vallejo de Chorrillos, junio 2018. *Horizonte Médico (Lima)* [Internet]. 2019 mar 15 [citado 2022 oct 27];19(1):37–45. Available from:

<http://www.horizontemedico.usmp.edu.pe/index.php/horizontemed/article/view/830>

69. Seehra J, Fleming PS, Newton T, DiBiase AT. Bullying in orthodontic patients and its relationship to malocclusion, self-esteem and oral health-related quality of life. *J Orthod*. 2011 dic;38(4):247–56; quiz 294.
70. de Revisión A, José P, Daniela B C, Catalina N. ODOUS CIENTIFICA Oral health in the first year of life. Revision of literature and protocol of dental attention to the baby. *60 Odous Científica*. 2018;19(1):1315.
71. Alvarez J. IMPACTO DAS DOENÇAS E DESORDENS BUCAIS NA QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE BUCAL DE CRIANÇAS PRÉ-ESCOLARES E DE SEUS PAIS. 2009;
72. Márquez-González M, Izal M, Montorio I, Losada A. Experiencia y regulación emocional a lo largo de la etapa adulta del ciclo vital: Análisis comparativo en tres grupos de edad. *Psicothema*, ISSN 0214-9915, Vol 20, N° 4, 2008, pags 616-622. 2008 ene 1;20.
73. Urzúa A, Caqueo A. Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia Psicológica* [Internet]. 2017 mar 26;30(1):61–71. Available from: <https://taps.cl/index.php/taps/article/view/133>

AUTORIZACION DEL REPOSITORIO.

Anghela Valeria Brito Vásquez portador(a) de la cédula de ciudadanía N° **0107370546**. En calidad de autor/a y titular de los derechos patrimoniales del trabajo de titulación “**CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD BUCODENTAL**” de conformidad a lo establecido en el artículo 114 Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, reconozco a favor de la Universidad Católica de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos y no comerciales. Autorizo además a la Universidad Católica de Cuenca, para que realice la publicación de éste trabajo de titulación en el Repositorio Institucional de conformidad a lo dispuesto en el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 9 de diciembre del 2022



F.....

Anghela Valeria Brito Vásquez

C.I. 0107370546

