



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE ODONTOLOGÍA

RELACIÓN ENTRE EL ÍNDICE CPOD Y EL IMPACTO DE LA
CARIES DENTAL EN LA CALIDAD DE VIDA EN NIÑOS DE 11 A
12 AÑOS EN LA UNIDAD EDUCATIVA PANAMÁ, DE LA
PARROQUIA SUCRE, DE LA CIUDAD DE CUENCA EN EL
PERIÓDO 2015.

TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE ODONTÓLOGO.

AUTORA: Abad Gavilanes, Maritza Alexandra.

DIRECTOR: Villavicencio Caparó, Ebingen.

Od. Esp. Mg. PhD.

CUENCA

2017

DECLARACIÓN

Yo, Maritza Alexandra Abad Gavilanes, declaro bajo juramento que el trabajo aquí descrito es de mi autoría; que no ha sido previamente presentada para ningún grado o calificación profesional; y, que he consultado las referencias bibliográficas que se incluyen en este documento; y eximo expresamente a la UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales.

La UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA puede hacer uso de los derechos correspondientes a este trabajo, según lo establecido por la Ley de Propiedad Intelectual, por su Reglamento y la normatividad institucional vigente.

.....

Abad Gavilanes Maritza Alexandra

C.I: 0105056097

CERTIFICACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN

De mi consideración:

El presente trabajo denominado **“RELACIÓN ENTRE EL ÍNDICE CPOD Y EL IMPACTO DE LA CARIES DENTAL EN LA CALIDAD DE VIDA EN NIÑOS DE 11 A 12 AÑOS EN LA UNIDAD EDUCATIVA PANAMÁ, DE LA PARROQUIA SUCRE, DE LA CIUDAD DE CUENCA EN EL PERÍODO 2015”** realizado por **Abad Gavilanes, Maritza Alexandra**, ha sido inscrito y es pertinente con las líneas de investigación de la Carrera de Odontología, de la Unidad Académica de Salud y Bienestar, de la Universidad Católica de Cuenca, por lo que está expedito en la para su presentación.

Cuenca, Julio 2017.

.....

Dr. Ebingen Villavicencio Caparó.

COORDINADOR DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN.

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR

COORDINACION DE LA UNIDAD DE TITULACIÓN DE ODONTOLOGÍA

De mi consideración:

Od. Liliana Encalada Verdugo

El presente trabajo de titulación denominado **“RELACIÓN ENTRE EL ÍNDICE CPOD Y EL IMPACTO DE LA CARIES DENTAL EN LA CALIDAD DE VIDA EN NIÑOS DE 11 A 12 AÑOS EN LA UNIDAD EDUCATIVA PANAMÁ, DE LA PARROQUIA SUCRE, DE LA CIUDAD DE CUENCA EN EL PERÍODO 2015”** realizado por **Abad Gavilanes, Maritza Alexandra**, ha sido revisado y orientado durante su ejecución por lo que certifico que el presente documento, fue desarrollado siguiendo los parámetros del método científico, se sujeta a las normas éticas de investigación, por lo que está expedito para su sustentación.

Cuenca, Julio 2017.

.....
Tutor: Villavicencio Caparó, Ebingen, Dr.

DEDICATORIA

A mis amados hijos Juan Sebastián y Cisne Valentina por ser mi fuente de motivación e inspiración, para poder superarme cada día más y así poder luchar para que la vida nos depara un futuro mejor.

A mi amado esposo Juan por su sacrificio y esfuerzo, por darme la oportunidad de culminar mis propósitos y por creer en mi capacidad, aunque hemos pasado momentos difíciles siempre ha estado brindándome su comprensión, cariño y amor.

A mis padres por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos y valores, por la constante motivación que me ha permitido ser una persona de bien, por sus ejemplos de perseverancia y constancia que me han infundado siempre, por el valor para seguir adelante en las buenas y en las malas, más que nada por el grande amor que se tienen.

Gracias a todos.

EPIGRÁFE

"Sueña cuando acaba el día,
Sueña y tus sueños podrían hacerse realidad,
Las cosas nunca son tan malas como parecen,
Así que sueña, sueña, sueña."

Philip Roth.

AGRADECIMIENTO

Muy agradecida a ti mi Dios por bendecirme, porque hiciste realidad este sueño tan anhelado, gracias por ser mi guía, mi inspiración y por ser el ejemplo más grande de amor en este mundo.

Agradezco a la Universidad Católica Cuenca, a todas las autoridades y maestros profesores por su apoyo y comprensión hacia nosotros los estudiantes, a la Od. Liliana Encalada, Dr. Ebingen Villavicencio, Dra. María del Carmen Pariona y a la Dra. Jéssica

Jaramillo por toda su colaboración y orientación para que esta investigación sea posible, y así como también a la Unidad Educativa Panamá por haberme brindado su colaboración y orientación para realizar mi investigación.

Gracias.

LISTA DE ABREVIATURAS

CVRSB: Calidad de vida relacionada a la salud bucal.

CPOD: Cariados, Perdidos, Obturados, Dientes.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

CHILD ODP: Child Oral Impacts on Daily Performance (Impacto Oral de las Actividades Diarias en Niños).

ÍNDICE GENERAL

DECLARACIÓN	II
CERTIFICACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN.....	III
CERTIFICACIÓN DEL TUTOR	IV
DEDICATORIA.....	V
EPIGRÁFE.....	VI
AGRADECIMIENTO.....	VII
LISTA DE ABREVIATURAS.....	VIII
ÍNDICE GENERAL.....	IX
ÍNDICE DE TABLAS	XII
ÍNDICE DE FIGURAS	XII
RESUMEN	15
ABSTRACT	16

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO TEÓRICO

INTRODUCCIÓN	18
1. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN	20
2. JUSTIFICACIÓN	20
3. OBJETIVOS	22
3.1. Objetivo general	22
3.2. Objetivos específicos	22
4. MARCO TEÓRICO.....	23
4.1. Calidad de vida	23
4.1.1. Conceptos de calidad de la vida	24
4.1.2. Calidad de vida relacionada con la salud bucal.....	24
4.1.3. Percepción de los padres de familia y niños de la calidad de vida.	25
4.1.4. Enfermedades bucales relacionadas con la salud bucal de niños.....	26

4.1.5. Instrumentos válidos para medir la salud bucal en niños.	26
4.1.6. Child Oral Impact Daily Performance	27
4.2. Caries dental	27
4.2.1. Etiología de la Caries dental	28
4.2.2. Proceso Evolutivo Clínico de la caries dental.....	31
4.2.3. Clasificación de la caries dental.	32
4.2.4. Factores de riesgo de la caries dental	34
4.3. Índice CPOD	36
4.3.1. Descripción del Índice CPOD.....	37
4.3.2. Cuantificación del Índice CPOD	38
4.4. Antecedentes de la investigación	38
5. HIPÓTESIS.....	48

CAPÍTULO II

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. MARCO METODOLÓGICO	50
2. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	50
2.1. Criterios de selección	50
2.1.1. Criterios de inclusión.....	50
2.1.2. Criterios de exclusión.....	50
2.1.3. Tamaño de la muestra	51
3. OPERALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	52
4. INSTRUMENTOS, MATERIALES Y RECURSOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS.....	53
4.1. Instrumentos documentales	53
4.2. Instrumentos mecánicos.....	53
4.3. Materiales	53
4.4. Recursos.....	53
5. PROCEDIMIENTO PARA LA TOMA DE DATOS	54
5.1. Ubicación Espacial.....	54

5.2. Ubicación Temporal	54
5.3. Procedimiento de la toma de datos	54
5.3.1. Método del examen	55
6. PROCEDIMIENTO DEL ANÁLISIS DE DATOS	57
6.1. Análisis del Índice CHILD OIDP	57
6.2. Análisis del Índice CPOD	58
7. ASPECTO BIOÉTICOS.....	58

CAPÍTULO III

RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

1. RESULTADOS.....	60
2. DISCUSIÓN.....	89
3. CONCLUSIONES.....	94
BIBLIOGRAFÍA	95

ANEXOS

CÁLCULO DE LA MUESTRA DE LA POBLACIÓN	103
CHILD OIDP Index	104
PUNTAJES INDIVIDUALES PARA LA SEVERIDAD DEL IMPACTO PARA CADA ACTIVIDAD DE LA VIDA DIARIA.	107
CLASIFICACIÓN DE LA INTENSIDAD DEL IMPACTO DE LAS CONDICIONES ORALES SOBRE LA CALIDAD DE VIDA.....	108
ENCUESTA DEL ÍNDICE CPOD	109
CUANTIFICACION DEL ÍNDICE CPOD	110
CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EN EL ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN (PADRES)	111
ASENTAMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN LA INVESTIGACIÓN (NIÑOS).....	114
FOTOGRAFÍAS DE LA INVESTIGACIÓN	116

ÍNDICE DE TABLAS

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN POR SEXO DE LOS ENCUESTADOS DE 11 A 12 AÑOS DE LA UNIDAD EDUCATIVA PANAMÁ.....	60
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN POR EDAD, EN ENCUESTADOS DE 11 A 12 AÑOS DE LA UNIDAD EDUCATIVA PANAMÁ.....	61
NIVEL DE IMPACTO DE LA CARIES DENTAL SOBRE LA CALIDAD DE VIDA EN RELACIÓN CON LA SALUD BUCAL EN ESTUDIANTES DE 11 A 12 AÑOS DE LA UNIDAD EDUCATIVA PANAMÁ.	62
NIVEL DE IMPACTO DE LA CARIES DENTAL SOBRE LA CALIDAD DE VIDA EN RELACIÓN CON LA SALUD BUCAL POR SEXO EN ESTUDIANTES DE 11 A 12 AÑOS DE LA UNIDAD EDUCATIVA PANAMÁ.....	63
PREVALENCIA DE LAS CONDICIONES BUCALES AUTO PERCIBIDAS EN ENCUESTADOS DE 11 A 12 AÑOS DE LA UNIDAD EDUCATIVA PANAMÁ.....	64
PREVALENCIA DE LAS CONDICIONES BUCALES EN ENCUESTADOS DE 11 A 12 AÑOS DE LA UNIDAD EDUCATIVA PANAMÁ.....	65
IMPACTO DE LOS DESEMPEÑOS BUCALES EN RELACIÓN A LA CALIDAD DE VIDA EN ESTUDIANTES DE 11 A 12 AÑOS DE LA UNIDAD EDUCATIVA PANAMÁ.	66
NIVEL DE INTENSIDAD DEL DESEMPEÑO BUCAL "COMER ALIMENTOS" EN ESTUDIANTES DE 11 A 12 AÑOS DE LA UNIDAD EDUCATIVA PANAMÁ.	67
NIVEL DE INTENSIDAD DEL DESEMPEÑO BUCAL "COMER ALIMENTOS" POR SEXO EN ESTUDIANTES DE 11 A 12 AÑOS DE LA UNIDAD EDUCATIVA PANAMÁ.	68
NIVEL DE INTENSIDAD DEL DESEMPEÑO BUCAL "HABLAR CLARAMENTE" EN ESTUDIANTES DE 11 A 12 AÑOS DE LA UNIDAD EDUCATIVA PANAMÁ.	69
NIVEL DE INTENSIDAD DEL DESEMPEÑO BUCAL "HABLAR CLARAMENTE" POR SEXO EN ESTUDIANTES DE 11 A 12 AÑOS DE LA UNIDAD EDUCATIVA PANAMÁ.	70
NIVEL DE INTENSIDAD DEL DESEMPEÑO BUCAL "LIMPIARSE LA BOCA" EN ESTUDIANTES DE 11 A 12 AÑOS DE LA UNIDAD EDUCATIVA PANAMÁ.	71
NIVEL DE INTENSIDAD DEL DESEMPEÑO BUCAL "LIMPIARSE LA BOCA" POR SEXO EN ESTUDIANTES DE 11 A 12 AÑOS DE LA UNIDAD EDUCATIVA PANAMÁ.	72
NIVEL DE INTENSIDAD DEL DESEMPEÑO BUCAL "DESCANSAR" EN ESTUDIANTES DE 11 A 12 AÑOS DE LA UNIDAD EDUCATIVA PANAMÁ.	73
NIVEL DE INTENSIDAD DEL DESEMPEÑO BUCAL "DESCANSAR" POR SEXO EN ESTUDIANTES DE LA UNIDAD EDUCATIVA PANAMÁ.	74
NIVEL DE INTENSIDAD DEL DESEMPEÑO BUCAL "MANTENER UN BUEN ESTADO DE ÁNIMO" EN ESTUDIANTES DE 11 A 12 AÑOS DE LA UNIDAD EDUCATIVA PANAMÁ	75

NIVEL DE INTENSIDAD DEL DESEMPEÑO BUCAL "MANTENER UN BUEN ESTADO DE ÁNIMO" POR SEXO EN ESTUDIANTES DE 11 A 12 AÑOS DE LA UNIDAD EDUCATIVA PANAMÁ.....	76
NIVEL DE INTENSIDAD DEL DESEMPEÑO BUCAL "SONREÍR" EN ESTUDIANTES DE 11 A 12 AÑOS DE LA UNIDAD EDUCATIVA PANAMÁ.	77
NIVEL DE INTENSIDAD DEL DESEMPEÑO BUCAL "SONREÍR" EN ESTUDIANTES DE 11 A 12 AÑOS DE LA UNIDAD EDUCATIVA PANAMÁ.	78
NIVEL DE INTENSIDAD DEL DESEMPEÑO BUCAL "REALIZAR LABORES ESCOLARES" EN ESTUDIANTES DE 11 A 12 AÑOS DE LA UNIDAD EDUCATIVA PANAMÁ.	79
NIVEL DE INTENSIDAD DEL DESEMPEÑO "REALIZAR LABORES ESCOLARES" POR SEXO EN ESTUDIANTES DE 11 A 12 AÑOS DE LA UNIDAD EDUCATIVA PANAMÁ.....	80
NIVEL DE INTENSIDAD DEL DESEMPEÑO BUCAL "RELACIONARSE O CONTACTARSE CON OTRAS PERSONAS" EN ESTUDIANTES DE 11 A 12 AÑOS DE LA UNIDAD EDUCATIVA PANAMÁ....	81
NIVEL DE INTENSIDAD DEL DESEMPEÑO BUCAL "RELACIONARSE O CONTACTARSE CON OTRAS PERSONAS" POR SEXO EN ESTUDIANTES DE 11 A 12 AÑOS DE LA UNIDAD EDUCATIVA PANAMÁ.....	82
PRESENCIA DE CARIES DENTAL APLICANDO EL ÍNDICE CPOD EN ESTUDIANTES DE 11 A 12 AÑOS DE LA UNIDAD EDUCATIVA PANAMÁ.	83
PRESENCIA DE CARIES DENTAL APLICANDO EL ÍNDICE CPOD EN ESTUDIANTES DE 11 A 12 AÑOS DE LA UNIDAD EDUCATIVA PANAMÁ.	84
PREVALENCIA DE CARIES DENTAL APLICANDO EL ÍNDICE CPOD EN ESTUDIANTES DE 11 A 12 AÑOS DE LA UNIDAD EDUCATIVA PANAMÁ.	85
NIVEL DE PREVALENCIA DEL ÍNDICE CPOD EN ESTUDIANTES DE 11 A 12 AÑOS DE LA UNIDAD EDUCATIVA PANAMÁ.	86
NIVEL DE PREVALENCIA DEL ÍNDICE CPOD EN MUJERES DE 11 A 12 AÑOS DE LA UNIDAD EDUCATIVA PANAMÁ.	87
NIVELES DE PREVALENCIA DEL ÍNDICE CPOD EN HOMBRES DE 11 A 12 AÑOS DE LA UNIDAD EDUCATIVA PANAMÁ.	88

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1 MAPA DE CALIDAD DE VIDA INTERNACIONAL LIVING, 2011.	- 23 -
FIGURA 2 TRIADA DE KEYES, 1960.	- 28 -
FIGURA 3 CUANTIFICACIÓN DE LA OMS PARA EL ÍNDICE CPOD, 2012.	- 38 -

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar la relación entre el índice CPOD y el impacto de la caries dental en la calidad de vida en niños de 11 a 12 años en la Unidad Educativa “Panamá”, de la parroquia Sucre, de la ciudad de Cuenca en el período 2015.

MATERIALES Y MÉTODOS: La presente investigación fue descriptiva, documental y retrospectiva en la que se evaluaron a 94 escolares (48 mujeres y 46 hombres) de 11 a 12 años de edad de la Unidad Educativa Panamá de la parroquia Sucre, de la ciudad de Cuenca en el período 2015. Los datos fueron de tipo cuantitativo y cualitativo. Se aplicó el índice CPOD para describir la presencia de caries dental y el CHILD OIDP Index para medir la calidad de vida en los estudiantes.

RESULTADOS: En base a estos datos los resultados alcanzados fueron: la presencia de caries en un 91,5% relacionado al impacto de la calidad de vida en los entrevistados, en donde el nivel de prevalencia general del índice CPOD se encuentra en nivel “alto” con 28,72% siendo este para mujeres del 25% que equivale a un nivel “moderado” y para hombres 34,8% en el nivel “alto”. Según el impacto en la calidad de vida relacionada con la salud bucal el 52,13% presenta un nivel “regular” siendo así en mujeres 43,75% y en hombres 60,78%. La prevalencia de las condiciones bucales que afectan más a los estudiantes son: caída de un diente de leche 76,6%, dientes sensibles 64,9% y posición de los dientes con 58,5% siendo estas las de mayor promedio en el estudio. Dentro de los desempeños bucales que se relacionan a la calidad de vida obtuvimos que existe una mayor severidad en: el desempeño “comer alimentos” con 95,7% por lo contrario el desempeño “descansar” con el menor promedio de la investigación 22,3%.

CONCLUSIÓN: La investigación concluye con la premisa que, se encontró relación entre el Índice CPOD y el impacto de la caries dental en la calidad de vida en niños de 11 a 12 años en la Unidad Educativa Panamá, de la Parroquia Sucre, de la ciudad de Cuenca en el período 2015.

PALABRAS CLAVES: Caries, CHILD OIDP, CPOD, Impacto, Condiciones, Desempeños.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To determine the relationship between the DMFT index and the impact of dental caries on quality of life in children aged 11 to 12 years in the "Panama" Educational Unit of the Sucre parish of the city of Cuenca in the period 2015.

MATERIALS AND METHODS: The present study was descriptive, documental and retrospective, in which 94 students (48 women and 46 men) aged 11 to 12 years of age from the Panama Educational Unit of the Sucre parish of the city of Cuenca were evaluated. Period 2015. The data were of quantitative and qualitative type. The CPOD index was applied to describe the presence of dental caries and the CHILD OIDP Index to measure quality of life in students.

RESULTS: Based on these data, the results were: the presence of caries in 91.5% related to the impact of the quality of life in the interviewees, where the general prevalence level of the DMFT index is high "With 28.72% being this for women of 25% that is equivalent to a" moderate "level and for men 34.8% in the" high "level. According to the impact on quality of life related to oral health, 52.13% have a "regular" level, being 43.75% for women and 60.78% for men. The prevalence of oral conditions that most affect the students are: drop of a milk tooth 76.6%, sensitive teeth 64.9% and position of the teeth with 58.5% being these the highest average in the study. Among the oral performances that are related to the quality of life we found that there is a greater severity in: performance "eating food" with 95.7% otherwise the performance "rest" with the lowest average of the research 22.3 %.

CONCLUSION: The research concludes with the premise that a relationship was found between the DMFT index and the impact of dental caries on the quality of life in children aged 11 to 12 years in the Educational Unit of Panama, Sucre Parish, in the city Of Cuenca in the period 2015.

KEYWORDS: Caries, CHILD OIDP, CPOD, Impact, Conditions, Performance.

CAPÍTULO I
PLANTEAMIENTO TEÓRICO

INTRODUCCIÓN

La relación entre el Índice CPOD y el impacto de la caries dental en la calidad de vida no ha sido estudiada a fondo anteriormente, es por eso que no se ha establecido una asociación entre ambos. Cabe destacar que la mayoría de menores de edad tuvieron dificultad para masticar, problemas de orden muscular como articular, es así como se relacionan dichas alteraciones con la calidad de vida de los estudiantes debido a que afectan en su satisfacción escolar y social. La importancia de esta investigación radicó en determinar esta asociación que se tuvo como resultado al existir mayor evidencia de impacto de la salud e higiene bucal en la calidad de vida y el bienestar de los niños, en los que encontramos una dominante prevalencia de caries dental, por lo que es un dilema susceptible para realizar una profilaxis.

La globalización, la economía y las diversas formas de vida, combinadas con los desórdenes alimenticios y los hábitos de higiene mal llevados, exponen a las familias de hoy en día a enfrentan grandes retos al seleccionar los métodos necesarios para alcanzar una calidad de vida óptima, por este motivo debemos preocuparnos por las futuras familias para que tomen conciencia por alcanzar normas personales adecuadas de nutrición e higiene, de manera que se brinde mayores oportunidades para lograr una mejor calidad de vida tanto general como bucal.

La expresión “calidad de vida” es una percepción relativa de una persona en cuanto a su conveniencia, ya que pueden presentarse temporalmente como una patología la misma que se ve reflejada debido a la forma de vida, a la relación con el entorno familiar y al contacto con la comunidad.

El dentista en sí, está implicado en el diagnóstico y supervisión de la dinámica de la oclusión y sus elementos, desde los periodos iniciales con la erupción de los dientes temporales, pasando por la dentición permanente hasta los numerosos incidentes que conlleva su erupción, tomando en cuenta que son importantes para el desarrollo de una adecuada oclusión fisiológica. Todos los elementos anatómicos que conforman el sistema estomatognático son esenciales, convirtiéndose en el pilar fundamental de la cavidad bucal, siendo así el instrumento principal para la función masticatoria.

La caries dental es un trastorno multifactorial que se caracteriza por un proceso de reacciones microbiológicas y químicas, las mismas que tiene como efecto la destrucción general o parcial de la pieza dental, siendo el motivo primordial de la

pérdida de las piezas dentarias, así como de varias afectaciones del sistema estomatognático y del organismo.

La pre-pubertad se ve afectada mayormente por diversas patologías bucales siendo la de mayor prevalencia la caries dental la que cada vez se hace más emergentes debido a la molesta sintomatología, la asistencia oral, que hace poco en nuestra sociedad era escasa y estaba basada en el alivio del dolor mediante paliativos o simplemente con la extracción dentaria.

“Los índices de CPOD (promedio de piezas definitivas cariadas, perdidas u obturadas) en Ecuador Caries 11 a la edad de entre 6 y 7 años muestran un CPOD de 0,22, y pasa a 2,95 a la edad de 12 años y a 4,64 (CPOD) a la edad de 15 años. Esto define un nivel severo de acuerdo con lo establecido por la OPS/OMS” (1).

En el presente estudio investigativo determinamos la relación del índice CPOD y el impacto de la caries dental en la calidad de vida en niños de 11 a 12 años en la Unidad Educativa Panamá, de la parroquia Sucre, de la ciudad de Cuenca en el período 2015; con el fin brindar un óptimo diagnóstico y prevención de la presencia de caries dental, mediante la ayuda de charlas dirigidas a los estudiantes para proporcionar información acerca de esta patología, y la posterior aplicación de las encuestas para poder determinar el porcentaje de la incidencia que dicha enfermedad se presenta en los estudiantes.

1. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

“Las enfermedades bucales, como la caries dental, cuentan con alta prevalencia en el mundo entero (afectan del 95% al 99% de la población), lo que las sitúa como la principal causa de pérdida de dientes, ya que de cada 10 personas nueve presentan la enfermedad o las secuelas de esta, con manifestaciones visibles desde el principio de la vida y progresando con la edad” (1).

Las múltiples formas de vida y la salud bucal han sido examinadas de manera amplia, por lo que es claro observar que a partir de la investigación epidemiológica existe un aumento del riesgo y la gravedad de la prevalencia de caries dental en las diversos hábitos y modos de vida que hoy en día existen en la sociedad.

Los factores emocionales, físicos y genéticos nos llevan a evaluar y realizar una comparación con los patrones de la normalidad de los investigados de diversos recursos económicos, aplicando las encuestas CHILD OIDP y CPOD, con el fin de reunir información que nos llevara a conocer las múltiples condiciones de vida que identifican a esta comunidad escolar para así poder minimizar los riesgos de enfermedades bucales, y promover la prevención de los diferentes niveles e instituir acciones positivas que mejoren y prolonguen la calidad de vida en relación con la salud bucal de los niños.

Es por eso que el estudio está guiado en base a la línea de investigación de frecuencia de las enfermedades bucales como también de las condiciones de vida, la relación de la caries dental, en base a datos estadísticos, bibliografía, etc.

En base a lo expuesto se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Existe relación del índice CPOD y el impacto de la caries dental en la calidad de vida en niños de 11 a 12 años de la Unidad Educativa “Panamá”, de la parroquia Sucre, de la ciudad de Cuenca en el período 2015?

2. JUSTIFICACIÓN

En el estudio investigativo se determinó la relación del índice CPOD y el impacto de la caries dental en la calidad de vida en niños de 11 a 12 años en la Unidad Educativa “Panamá”, de la parroquia Sucre, de la ciudad de Cuenca en el período 2015.

“Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno” (2).

El estudio se justifica en la necesidad social ya que al poseer datos concisos y reales estos podrán ser utilizados por el Ministerio de Salud Pública, para desarrollar medidas de prevención, así como dar la ayuda con los respectivos tratamientos que sean necesarios para la población.

La expresión “calidad de vida” se refiere a las necesidades básicas compensadas con un mínimo de recursos utilizados, es por eso que los niveles de vida en sí tienen una fácil traducción tanto cualitativa como cuantitativa con diferentes patrones que se ven reflejados ya sea por el nivel educativo, las condiciones de vivienda, patrones monetarios como remuneración mensual, etc., que serán aspectos considerados para las “condiciones de vida” que se manifiestan en la salud, seguridad social, derechos humanos, consumo de alimentos, vestimenta y tiempo libre.

Es por eso que la expresión “calidad de vida” no es un sinónimo de mejor camaradería, tecnología de menor costo y de mayor cantidad de procesos realizados o rapidez en la solución de patologías bucales ya sea de sus síntomas o signos, más bien es el resultado de todos estos fundamentos.

Desde el enfoque científico del campo odontológico la expresión “calidad de vida bucal”, requiere una subvención inteligente entre el paciente y nosotros como futuros profesionales, al tratarlos como un todo y mantener un vínculo profesional con él, además de la utilización de recursos y conceptos científicos modernos los que serán necesarios para un óptimo tratamiento.

La investigación está destinada a describir la relación del índice CPOD y el impacto de la caries dental en la calidad de vida, resultados que presentaron altos índices de caries que provocan odontalgias, necrosis pulpar hasta lastimosamente llegar a una exodoncia de la pieza, viéndose así también incluidas alteraciones de la oclusión, cambios faciales y alteración de la articulación temporó-mandibular.

Es así, que no solo hay que poseer vastos conocimientos actualizados en ciencia odontológica, para obtener el éxito profesional, debemos ser competentes en una extensa área de habilidades como: la investigación, análisis, planificación, tener valores morales, expectativas económicas, educativas y sociales para así llegar al propósito de este estudio que es mejorar la atención odontológica oportuna, para

lograr conducir a una asistencia sanitaria de alta eficiencia y contribuir a mejorar la calidad de vida de los pacientes.

En la ciudad de Cuenca los obstáculos que se presentan en la actualidad y que entorpecen más este problema es el poco entendimiento de los padres o representantes, además de la deficiente información que se da respecto al tiempo de recambio de las piezas temporales por las piezas permanentes y su prevención, con este estudio logramos incentivar e informar a los investigados y a los padres de familia sobre la prevención y la importancia de la pérdida de las piezas dentales.

Es por eso que se justificó el estudio desde un punto de vista humano en la exigencia de asentar datos epidemiológicos en la población especialmente enfocados en niños de 11 a 12 años de edad de la Unidad Educativa "Panamá", de la parroquia Sucre, de la ciudad de Cuenca, los que se encuentran en una situación altamente susceptible de sufrir enfermedades bucodentales, además la viabilidad de este estudio se llevó a cabo con estándares de alto nivel de investigación para que datos reunidos sean fiables, provenientes de un origen primario, dando veracidad a los resultados obtenidos para ser beneficiados en nuevas líneas de investigación y proyectos de salud bucal.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo general

Determinar la relación entre el índice CPOD y el impacto de la caries dental en la calidad de vida en niños de 11 a 12 años de edad en la Unidad Educativa "Panamá", de la parroquia Sucre, de la ciudad de Cuenca en el período 2015.

3.2. Objetivos específicos

- Precisar las condiciones bucales auto percibidas como problemas por los escolares según sexo y la caries dental.
- Determinar la prevalencia de las condiciones bucales auto percibidas según sexo y la caries dental.
- Especificar la severidad del impacto de las condiciones bucales auto percibidas con relación a la calidad de vida según el sexo y caries dental en los escolares.

- Fijar la intensidad del impacto de los desempeños diarios bucales en los escolares según el sexo y la caries dental.
- Determinar el auto percepción de la caries dental en los escolares según el sexo y gestión académica.
- Determinar la prevalencia de la caries dental según el sexo en los escolares.

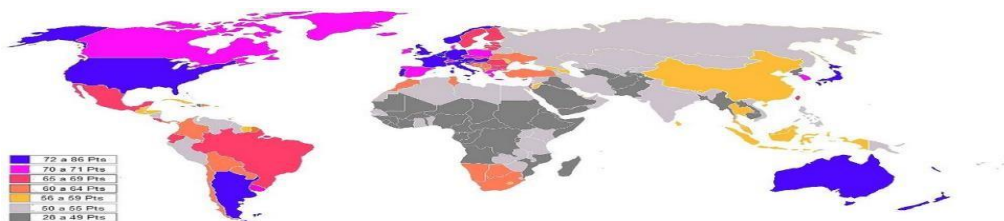
4. MARCO TEÓRICO

4.1. Calidad de vida

La significación de la calidad de vida se ha utilizado cada vez más para realizar una mayor apreciación en el campo de la salud o como norma de bienestar. Aun así no existe explicación única del concepto ni una diferenciación con otras concepciones similares, siendo así mal utilizado debido a la existencia de los distintos modelos de definiciones.

“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)”. (3)

Figura 1 Mapa Calidad de Vida Internacional Living, 2011.



Fuente: Ranking de Calidad de Vida por países. 2011

Calidad de vida se refiere al confort, a la alegría y agrado del ser, que le facilite la amplitud de acción en su vida.

“En las décadas siguientes el término «calidad de vida» se usó indistintamente para nombrar innúmeros aspectos diferentes de la vida como estado de salud, función

física, bienestar físico (síntomas), adaptación psicosocial, bienestar general, satisfacción con la vida y felicidad” (3).

Por lo enunciado la calidad de vida se presenta como una concepción extensa y compleja en el que no solo se estima la condición de la salud del individuo fisiológicamente o anatómicamente si no por la totalidad del ser humano como un todo, jugando un rol importante tanto en lo psíquico y psicológico, en donde se busca un equilibrio que permite al individuo desarrollar y mantener una salud óptima que le posibilite realizar sus funciones fisiológicas.

4.1.1. Conceptos de calidad de la vida

- **Desde el punto subjetivo:** La calidad de vida es un concepto propio creado por cada ser humano.
- **Desde el punto universal:** Las condiciones de la calidad de vida se ven reflejadas según los valores colectivos en las diferentes civilizaciones.
- **Desde el punto de vista holístico:** Todos los aspectos de la vida giran en torno al ser humano, es considerado como un todo.
- **Desde el punto de vista dinámico:** *“Dentro de cada persona, la calidad de vida cambia en periodos cortos de tiempo: unas veces somos más felices y otras menos” (2).*
- **Desde el punto de vista de interdependencia:** *“Los aspectos o dimensiones de la vida están interrelacionados, de tal manera que cuando una persona se encuentra mal físicamente o está enferma, repercute en los aspectos afectivos o psicológicos y sociales” (2).*

4.1.2. Calidad de vida relacionada con la salud bucal

La calidad de vida relacionada a la salud bucal (CVRSB) tiene como objetivo relacionar las patologías bucales con las labores cotidianas de los individuos para su bienestar. Es por este motivo que se han creado instrumentos de medición de CVRSB para poder determinar los impactos orales en el ámbito físico, mental y social de los individuos.

“Los niños también fueron considerados en estos estudios, visto que éstos son afectados por numerosos desórdenes bucales y orofaciales tales como, caries dental, traumatismos dentales, maloclusiones y anomalías craneofaciales” (4).

La población investigada tiene su reflejo también a nivel odontológico, ya que al estar en una etapa de cambio tanto de las piezas bucales como también en el aspecto psicológico y físico, respecto a las patologías orales encontramos una mayor prevalencia de caries como principal patología oral no tratada.

Además la ideología asistencial que se daba hasta hace poco a nuestra colectividad era tan solo el alivio del dolor ya sea mediante un paliativo o mediante medios mucho más penosos como la extracción dentaria. Es por este motivo que los estudios de calidad de vida actuales están direccionados a evaluar como el impacto de la caries dental, como patología, está produciendo alteraciones en la vida diaria de los niños.

El desarrollo científico y el afán de la Salud Pública en la prevención, diagnóstico y tratamiento de las patologías bucales, han modificado los modelos epidemiológicos dando así lugar a la aparición de formas clínicas progresistas y menos severas tanto para tratar la caries dental como para las diversas patologías bucales.

4.1.3. Percepción de los padres de familia y niños de la calidad de vida

Los niños desde su nacimiento tienen comportamientos preprogramados, como el llanto que sirve para llamar la atención no solo de los padres sino de las personas que están a su alrededor, para poder lograr que lo alimenten y mantener el contacto que es necesario para sobrevivir, de la misma manera los adultos tenemos la capacidad de decodificar y responder a esas señales, esta conducta trascurre a través de los años y a los 11 años de edad en adelante se puede tener en cuenta que el pensamiento de los niños cambia, pasa del pensamiento operatorio concreto a un pensamiento hipotético deductivo en el que muestran interés por temas actuales, relacionados con la realidad diaria, son capaces de reflexionar por lo que esta es la diferencia más notable en esta etapa.

“Las teorías y estudios en Psicología indican que existe un proceso continuo del desarrollo cognitivo, emocional, social y lingüístico durante la infancia, lo cual depende

de la edad. De acuerdo con la Psicología del desarrollo infantil, la edad de seis años marca el inicio del pensamiento abstracto y del auto concepto” (5).

4.1.4. Enfermedades bucales relacionadas con la salud bucal de niños

En las comunidades desamparadas los padecimientos bucodentales son más frecuentes.

“El 60%-90% de los escolares y casi el 100% de los adultos tienen caries dental en todo el mundo” (6).

- **Impacto de la caries dental**

La sensación negativa de esta patología bucal da como resultado: la concientización temprana de la sensación del dolor, la molestia al masticar y comer, como resultado de estos síntomas una baja de peso debido a la pérdida de apetito, falta de sueño y baja autoestima, por ende menor capacidad de sociabilización.

- **Traumatismos bucodentales**

“A nivel mundial, entre el 16% y el 40% de los niños entre 6 y 12 años padecen traumatismos bucodentales debidos a la falta de seguridad en los parques infantiles y escuelas, los accidentes de tránsito y los actos de violencia” (6).

4.1.5. Instrumentos válidos para medir la salud bucal en niños

La calidad de vida relacionada con la salud bucal (CVRSB) se entiende por el impacto de las principales patologías bucales que se presentan diariamente en la vida de los individuos, así como también a los obstáculos en la fisiología normal del aparato estomatognático.

Durante el paso del tiempo se ha trabajado e investigado de manera ardua para la elaboración de indicadores para niños de esta interacción, los mismos que comprenden diferentes puntos entre los que están dolor, incapacidad, trastornos de sueño, bienestar emocional, social y realización de tareas escolares. Las principales patologías evaluadas en dicho indicadores son la 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” (7).

4.1.6. Child Oral Impact Daily Performance

El cuestionario Child Oral Impact Daily Performance (Child-OIDP) fue adaptado para niños por Gherunpong en 2004, en donde se realizaron cambios tanto en su lenguaje, sucesión de preguntas, adaptación del tiempo, anexión de gráficos y la utilización de la escala Likert de 0-3 para así hacerlo más agradable y amigable para la utilización de los niños.

“El Child-OIDP mide principalmente ocho áreas: comer, hablar, higiene bucal, dormir, estado emocional, sonreír, estudiar, contacto social. Family Impact Scale” (7).

El desarrollo de este cuestionario en sí, se basa en los impactos orales de la vida diaria de los niños aplicable a las edades de 11 y 12 años de edad, para así poder obtener como resultado la prevalencia y severidad de los impactos bucales y causas relacionadas con estos. El sistema de puntuación utilizado permite a los epidemiólogos bucales dar preferencia de atención bucal a las patologías que presenten mayor gravedad. Se valora de una forma simplificada con valores del 1 al 3, mediante gráfico que expresa el nivel de molestia sentido por el encuestado, además de 8 preguntas de áreas como: el comer, hablar claramente, higiene bucal, descansar, estado emocional, sonreír, labores escolares, y el contacto con la sociedad. El CHILD OIDP presta una observación a las exigencias de la colectividad, teniendo en cuenta la relación del impacto de las condiciones bucales en la vida diaria de los encuestados, creando un vínculo con los profesionales de la salud para así tener una mejor visión y comprender cada uno de los signos y síntomas de las patologías bucales.

4.2. Caries dental

“La caries dental, por definición de la OMS, es un proceso localizado de origen multifactorial que se inicia después de la erupción dentaria, determinando el

reblandecimiento del tejido duro del diente y evoluciona hasta la formación de una cavidad, y es el principal culpable de la caries la bacteria Streptococcus mutans” (1).

Es una patología bucal de orden infeccioso y multifactorial, en la cual se ven involucrados varios agentes como lo son las bacterias (*Streptococcus mutans*), que al encontrar un sustrato favorable como los hidratos de carbono se acumulan en áreas retentivas de las piezas dentales (huésped), formando así ácidos desmineralizando las superficies y progresivamente socavándolos pudiendo llegar a la pulpa dental y causando graves daños.

4.2.1. Etiología de la Caries dental

“La dieta, es obviamente una parte esencial de la vida, por lo que no podemos suprimirla, sin embargo, si podemos seleccionarla, aunque, no es la única fuente de nutrientes de los microorganismos de la biopelícula, ya que pueden crecer a partir de los nutrientes de la saliva” (8).

En el huésped las bacterias no son invasoras sino son comensales de la flora bucal normal que pueden ser erradicados efectivamente mediante una correcta higiene bucal. La morfología dentaria es genéticamente determinada, pero la saliva define la calidad de las superficies dentarias.

Según Keyes *“Este conjunto esta dividió principalmente en 3 grandes grupos que al estar interactuando entre ellos crean los procesos cariosos”* esta triada es utilizada para entender el principio de la patología cariosa.

Figura 2 Triada de Keyes, 1960.



Fuente: Cuadrado D, Gómez J, Cariología: El manejo contemporáneo de la caries dental. 2006.

- **Microorganismos:** Dentro de la cavidad bucal podemos encontrar una variada aglutinación de microorganismos, se promedia que existen más de mil especies, que en un 1mm^3 de biofilm dental, de 1mg de peso pueden existir un promedio de 10^8 de microorganismos.

Las bacterias que encontramos en la cavidad bucal son: Streptococcus presente con sus tres subespecies: Mutans, Sobrinus y Sanguis. Lactobacillus con sus subespecies: Casei, Fermentum, Plantarum y Oris y Actinomyces con sus subespecies: Israelis, Naeslundii. Además encontrando una infinidad de microorganismos como:

- Streptococcus mitis
 - Streptococcus salivarius
 - Actinomyces viscosus
 - Streptococcus oralis
 - Haemophilus
 - Lactobacillus acidophilus
 - Neisseria flava, Bifidobacterium, Rothias, Clostridium, Propionibacterium y Eubacterium
-
- **Dieta o Sustrato:** Son de gran importancia en la producción de caries ya que conjuntamente con los microorganismos se puede ver que existe una fermentación de los azúcares (carbohidratos fermentables) los mismos que son la fuente de nutrientes necesarios para el metabolismo de los microorganismos, estudios realizados comprueban que cuando el biofilm dental entra en contacto con los azúcares se produce un baja en el PH causando desmineralización del esmalte por ende la formación de caries dental. La permanencia de un PH por debajo de 7 a nivel de la interfase de la placa bacteriana da paso a la desmineralización del esmalte, además la ingesta de más de cuatro momentos de azúcar.
-
- **Huésped:** La saliva, las piezas dentarias e inmunización se encuentran vinculadas al huésped en la formación de la caries dental.
 - **Saliva:** Su participación es muy importante en los procesos cariosos ya que ha sido descrita su función, en algunos estudios, en donde el flujo salival será un factor predisponente para la existencia de caries dental, a menor fluido salival se contempló un aumento de los niveles de

lesiones cariosas, mientras que en fluido normal la saliva arrastra los remanentes alimenticios que permanecen en la cavidad bucal, contrarrestan los ácidos obtenidos por el biofilm o placa bacteriana y contribuyen con calcio y fósforo función que se la conoce como remineralización debido a que actúa como almacenamiento del flúor de la pasta dental o de aguas fluoradas.

- **Piezas dentarias:** La morfología, oclusión, y disposición de las piezas dentarias también juegan un papel primordial en la formación de caries dental debido a que en estudios realizados se ha podido apreciar que en las diferentes áreas de la pieza dental existen microorganismos específicos tales como:
 - **Fosas y fisuras:** Su morfología presenta alberges mecánicos que brindan óptimas condiciones para los microorganismos, tales como el *Streptococcus sanguis* y otras especies de estreptococos, convirtiéndose en zonas con un potencial cariogénico elevado.
 - **Superficies lisas y de esmalte:** Existen varios determinantes biológicos para la formación de caries dental en estas zonas en donde se va a tomar en cuenta: la topografía de la superficie, las papilas gingivales tanto en su forma y tamaño, así como la higiene bucal del paciente.
 - **Superficies radiculares:** La afección en esta zona dentaria se ve reflejada mayoritariamente en pacientes adultos por la disponibilidad de nichos, senectud, menor flujo de saliva y pobre higiene bucal. La caries en superficies radiculares es de avance rápido, asintomática, está más cercana al paquete pulpar y su restauración suele ser más compleja.

- **Inmunización:** *“Existen indicios de que el sistema inmunitario es capaz de actuar contra la micro flora cariogénica, produciendo respuesta humoral mediante anticuerpos del tipo Inmunoglobulina A salival, Inmunoglobulina G sérica, y respuesta celular, mediante linfocitos T” (9).*

4.2.2. Proceso Evolutivo Clínico de la caries dental

La caries dental es una patología infecciosa y contagiosa la misma que produce en sus inicios la desmineralización del esmalte dental y es causada por microorganismos bacterianos que se adhieren a la superficie dentaria mediante la placa bacteriana.

En sus fases iniciales se manifiesta clínicamente:

- **Lesión no cariosa:** lesión que se presenta como un “mancha blanca” mate, sin presentar una cavidad en su superficie siendo casi nulo el umbral del dolor en esta etapa, es el resultado de la interacción del biofilm con el diente.
- **Lesión de caries cavitada:** si en su progreso no existe tratamiento se puede apreciar que el esmalte empieza a perder estructura produciéndose la aparición de una “mancha marrón” brillante, la cavitación en la superficie dentaria, y la odontalgia.
- **Lesión de caries arrestada o detenida:** si no existiera la pérdida de mineral del esmalte dentario, el proceso carioso no está avanzando se ha detenido.
- **Lesión de caries oculta o hipócrita:** *“lesión de caries que aparece como una sombra de dentina oscurecida, que se aprecia a través de un aparente esmalte intacto que puede o no presentar una cavidad en esmalte” (1).*
- **Lesión de caries dental en dentina:** esta cavidad se va extendiendo y avanza hasta la profundidad de la pieza dental no solo afectando al esmalte sino también a la dentina.
- **Lesión de caries pulpa dental:** así progresivamente llegará hasta afectar al paquete vasculonervioso (pulpa dentaria) de la pieza afectada produciendo así la inflamación de la pulpa “pulpitis” y posteriormente dando paso a la muerte pulpar “necrosis pulpar”. Si el diente no es aun tratado se puede dar la inflamación del ápice radicular produciéndose una “periodontitis apical” pudiendo llegar a convertirse en un “absceso apical”, una “celulitis facial” o hasta una “angina de Ludwig”.

4.2.3. Clasificación de la caries dental

La caries dental puede clasificarse según su localización en la pieza dentaria, por el tipo de lesión, el número de superficies que abarca, por su profundidad y también se ha considerado una clasificación sistematizada como es la clasificación según Black, la misma que es muy utilizada.

4.2.3.1. Caries dental por su localización

Esta clasificación es de orden anatómico y se presenta en las siguientes superficies.

Por tipos de superficie:

- Fosas y fisuras
- Superficies

Por superficie anatómica:

- Incisal
- Oclusales
- Inteproximales
- Cervical
- Caras libres
- Radiculares

4.2.3.2. Caries dental por el tipo de lesión

- **Primaria:** Esmalte-Dentina-Cemento
- **Secundaria o recidivante:** Aparece en la interfase esmalte restauración.
- **Residual:** Se podría ver como una iatrogenia, debido a que anterior a su aparición se realizó ya remoción de tejido afectado por caries dental, pero dicha remoción fue incompleta y por encima de la misma fue colocado un material de restauración.
- **Oculto:** Esta lesión se encuentra por debajo de esmalte intacto afectando únicamente a la dentina.

- **De la niñez temprana:** Lesión que inicia en la superficie vestibular de los incisivos superiores temporales, está particularmente se da debido al uso del biberón, es por este motivo que también es conocida como “caries de biberón”.
- **Rampante:** Se presenta en los dos primeros años de vida, por lo general afecta a todas las piezas dentarias temporales.

4.2.3.3. Caries dental según el número de superficies que afecta

- **Simple:** Lesión abarca una sola superficie.
- **Compuesta:** Esta determinada porque abarca dos caras de la pieza dentaria.
- **Compleja:** Se encuentra en tres o más caras de la superficie de la pieza dentaria.

4.2.3.4. Caries dental según la profundidad afectada

- **Superficial:** Se encuentra solo afectando el esmalte dentario.
- **Moderada:** Afecta mínimamente a la dentina.
- **Profunda:** Compromete a la dentina extensamente.
- **Muy profunda sin compromiso pulpar:** Alcanza a la zona de dentina adyacente al tejido pulpar.
- **Muy profunda con compromiso pulpar:** Existe una mínima exposición pulpar.

4.2.3.5. Clasificación de la caries dental según “Black”

Clasificó las lesiones cariosas basadas en el tratamiento de estas, además de las propiedades de los materiales empleados para las restauraciones. Esta clasificación se concibió cuando aún no se contaba con materiales restauradores poliméricos. Abarca las superficies afectadas por caries dental de acuerdo a los arcos dentarios y la extensión dentaria en la que se ubica:

- **Clase I:** Cavidades en fosas y fisuras por oclusal de molares y premolares, los dos tercios de las superficies vestibulares y palatinas de molares y palatinas de los incisivos
- **Clase II:** Cavidades proximales de molares y premolares.
- **Clase III:** Cavidades proximales en dientes anteriores sin comprometer el ángulo incisal.
- **Clase IV:** Cavidades en superficies proximales de los dientes anteriores comprometiendo el ángulo incisal.
- **Clase V:** Cavidades en el tercio cervical de vestibular y palatino de todas la piezas.
- **Clase VI:** *“Incluyendo las lesiones en: bordes incisales de dientes anteriores, cúspides de premolares y molares y aéreas de fácil limpieza”* (10).

4.2.4. Factores de riesgo de la caries dental

“Riesgo es el correspondiente epidemiológico del concepto matemático de probabilidad; por lo tanto, el concepto epidemiológico de riesgo implica la probabilidad que tiene un individuo (riesgo individual) de desarrollar una enfermedad determinada, un accidente o un cambio en su estado de salud en un período específico y en una comunidad dada, con la condición de que no enferme o muera de otra causa en ese período” (11).

Entre algunos factores de riesgo en patología bucal tenemos:

- **Higiene bucal deficiente**

Se dice que la cavidad bucal es el umbral por el cual ingresan una gran variedad de bacterias, al poseer una higiene bucal deficiente somos más propensos de ser blanco de una infinidad de enfermedades ya sea generales o bucales principalmente la caries dental.

El hábito del cepillado con una técnica apropiada tres veces al día, al igual que el uso del hilo dental y una buena crema dental que contenga entre sus componentes flúor es uno de los mejores hábitos para mantener una salud dental óptima, de tal manera que no se formará placa dentobacteriana.

Entre otras medidas profilácticas para evitar la caries dental y mejorar la salud en general tenemos: dejar de fumar, la no ingesta de bebidas alcohólicas y principalmente visitar al odontólogo periódicamente.

- **Alimentación**

La característica de los alimentos es muy importante no solo en su bioquímica sino en su forma física, especialmente cuando tenemos alimentos de consistencia pegajosa los que se adhieren en los dientes y aumentan el riesgo de caries dental, como ejemplos tenemos: los caramelos, golosinas que contiene azúcares, cuanto mayor es la permanencia de estos alimentos alrededor de las piezas dentarias existe un mayor posibilidad que produzcan una cantidad considerable de ácido para la desmineralización.

Es por este motivo que se recomiendan alimentos protectores que favorecen a la autoclisis dental como por ejemplo: frutas y verduras ricas en fibras como manzanas, zanahorias, apio, etc.

“La boca tiene mecanismos para realizar en gran medida la 'autoclisis', es decir, la auto limpieza, si favorecemos que la propia boca funcione con todo su potencial. Y es que el primer 'estropajo' es la propia lengua, y el primer 'detergente' la saliva” (12).

- **Disminución del flujo salival**

Un flujo salival reducido es otro de los factores predisponente para el desarrollo de la caries dental, esto puede deberse al uso de medicamentos que producen esta fisiopatología así como la mala función de las glándulas salivales que son las formadoras de flujo salival, se le amerita la disminución de flujo salival a la radioterapia o quimioterapia, cabe destacar que el fluido salival ayuda a la eliminación y saneamiento de los microorganismos patógenos en la cavidad bucal debido a que la saliva está formada por glicoproteínas y ácido siálico que ayudan a la formación de la placa bacteriana cuando esta se encuentra en un estado muy viscoso.

- **Mal posicionamiento dentario**

Otro factor que incide en la formación de la placa bacteriana y por ende en caries dental es la mala posición dentaria, dientes apiñados son más propensos para la incidencia de caries dental debido a que no existe una adecuada higiene bucal y la remoción de alimentos.

- **Flúor**

El flúor es un factor muy importante para la remineralización de los dientes, es por este motivo que es esencial el uso de dentífricos con este mineral, de la misma manera también es primordial la fluoración del agua potable que permite tener un valor preventivo para evitar la incidencia de caries. La ingesta de flúor ayuda a brindar resistencia a las caries debido su función fisiología esencial.

El agua se puede fluorar artificialmente (también conocida como fluoración comunitaria del agua) al agregar de manera controlada un compuesto de flúor a un abastecimiento público de agua.

“Se indicó que la ingesta total a 1, 2 y 3 años de edad, si es posible, estar limitada a 0,5, 1,0 y 1,5 mg / día, respectivamente,” siendo que no más del 75% venga en forma de fluoruros solubles del agua de consumo” (13).

“Para la prevención de la caries dental, el Servicio de Salud Pública (PHS) ha recomendado, desde 1962, que los suministros públicos de agua contengan fluoruro en concentraciones entre 0,7 y 1,2 mg / L” (13).

- **Estado socioeconómico**

Son escasos los estudios realizados sobre este factor de riesgo, donde se ve envuelta la relación del estrato socioeconómico, el nivel de educación y el entorno comunitario.

Abanto y cols (4) *“describió que el alto salario familiar se comporta como un factor de protección para una mejor CV independiente de la presencia de enfermedades bucales tales como la caries, traumatismos dentales y maloclusiones”.*

4.3. Índice CPOD

En 1935 en las escuelas de Maryland EUA, fue implementado el estudio del Índice CPOD por Klein, Palmer y Knutson en escolares.

“Dicho índice se obtiene de la sumatoria de los dientes permanentes cariados, perdidos y obturados, incluidas las extracciones indicadas, entre el total de individuos examinados, en un promedio se consideran sólo 28 dientes” (14).

La caries dental es un obstáculo en la salud pública ya que los índices de CPOD son altos, en Latinoamérica se podría llegar a la conclusión que existe una prevalencia de

esta patológica dental que en comparación con otros continentes, es por eso que se debe realizar campañas de prevención, para así elaborar, ejecutar planes de prevención de salud bucal, especialmente en espacios en donde se encuentran grupos sociales con alta vulnerabilidad.

En Ecuador según la Dra. Adriana Rocío Amado Schneider (15): *“Existe información relacionada a la prevalencia de caries dental en Ecuador correspondiente a junio del 2014, donde se encontró que en niños de 3 a 11 años de edad existe una prevalencia de 62,39% y en individuos de 12 a 19 años de edad una prevalencia de 31,28%”*.

“Se ha convertido en el índice fundamental de los estudios odontológicos que se realizan para cuantificar la prevalencia de la caries dental. Señala la experiencia de caries tanto presente como pasada, pues toma en cuenta los dientes con lesiones de caries y con tratamientos previamente realizados” (16).

4.3.1. Descripción del Índice CPOD

“Índice se define como proporciones o coeficientes que sirven para expresar la frecuencia con que ocurren ciertos hechos en la Comunidad y que pueden incluir o no determinaciones del grado de severidad” (17).

Este índice se utiliza para valorar y evaluar la prevalencia de caries dental, tomando en cuenta que se incluye a las piezas que están afectadas por estas patologías, las que han sido tratadas u obturadas y aquellas piezas que fueron extraídas o perdidas por alguna patología bucal. El CPOD se ha transformado en un indicador esencial para los estudios odontológicos, ayudando a simplificar la cuantificación de la prevalencia de caries dental así como también a la comparación epidemiológica entre las diferentes poblaciones, regiones, países, de hecho también permite la comparación de la presencia de caries dental tanto en el presente como en el pasado, además de la evaluación de la práctica de las diversas medidas y métodos de prevención y tratamientos previamente realizados.

La sigla C refiere a dientes cariados.

La sigla P refiere a dientes perdidos.

La sigla O refiere a dientes obturados o restaurados.

“El símbolo *D* es usado para indicar que la unidad establecida es el diente, o sea, el número de dientes permanentes afectados, en vez de superficies afectadas o número de lesiones de caries existentes en la boca” (18).

“El índice *CPO*, que representa la incidencia total (pasada y presente) de la caries en cada individuo, tiene un carácter progresivo. Parte del valor cero, al nacer el primer diente permanente y aumenta de un modo progresivo con el transcurso de los años” (19).

4.3.2. Cuantificación del Índice CPOD

La OMS indica que los niveles de severidad en prevalencia de caries son:

Figura 3 Cuantificación de la OMS para el Índice CPOD, 2012.

Cuantificación de la OMS para el índice CPOD			
0,0 a	1,1	:	muy bajo
1,2 a	2,6	:	bajo
2,7 a	4,4	:	moderado
4,5 a	6,5	:	alto

Fuente: Amigo, A: Normas y procedimientos de atención en módulos dentales JUNAEB.

4.4. Antecedentes de la investigación

- Obra: Trabajo de Investigación:** “Impacto de la salud bucal en la calidad de vida de escolares de 11 a 14 años, Licantén, 2013”. Chile.

Autor: Moreno Ruiza X, Vera Abara C, Cartes-Velásquez R.

Resultado: Se utilizó la encuesta Child-OIDP en la totalidad de 203 escolares de 11 a 14 años del sector urbano de la comuna. Se realizó un análisis exploratorio de los datos determinando medidas de distribución por frecuencia, porcentaje, y promedios con su desviación estándar. Las diferencias en los valores del Child-OIDP se determinaron con test no paramétricos: chi cuadrado, Kruskal-Wallis y Mann-Whitney-Wilcoxon, todas con un nivel de

significación de $p < 0,05$. Los problemas bucales que afectaron a los niños con mayor frecuencia fueron: color de los dientes (42,36%) y posición de los dientes (41,87%). El Child-OIDP promedio para la muestra fue de $6,92\% \pm 10,32\%$. Las actividades más afectadas en los niños debido a problemas bucales fueron: comer (39,9%), sonreír (34,5%) y cepillarse (32,2%). (20)

- **Obra: Artículo de Revista:** “Prevalencia de caries dental en escolares de 6-12 años de edad de León, Nicaragua”.

Autor: Herrera M, Medina E, Maupomé G.

Resultados: Los datos dentales de una muestra representativa de 1.400 niños escolares fueron recogidos y analizados en un estudio transversal (año 2002). Todos los sujetos fueron examinados visual y clínicamente por uno de los 2 examinadores capacitados y estandarizados. El 28,6% de los niños estaba libre de caries en ambas denticiones. La prevalencia de caries en la dentición temporal a los 6 años de edad fue del 72,6% y la de la dentición permanente a los 12 años fue del 45,0%. El SiC fue 4,12 en los niños de 12 años de edad. La media de los índices de caries (ceod y CPOD) para la muestra fue $2,98 \pm 2,93$ ($n = 1.125$) y $0,65 \pm 1,43$ ($n = 1.379$). Los niños con antecedentes de caries en la dentición temporal tuvieron mayor probabilidad de presentar caries en la dentición permanente (odds ratio = 2,48; intervalo de confianza del 95%, 1,663,79). (21)

- **Obra: Artículo de Revista:** “Impacto de la condiciones bucales sobre la calidad de vida en escolares de ámbito rural, Piura, Perú”.

Autor: Del Castillo López C, Evangelista Alva A, Sánchez Borjas P.

Resultados: 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. 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 $7,05 \pm 7,23$. (22)

- **Obra: Artículo de Revista:** "Impacto de las condiciones bucales sobre la calidad de vida en escolares del Distrito de San Juan de Miraflores. Lima, Perú".

Autor: Paredes Martínez E, Díaz Pizán M.

Resultados: 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. 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%). (23)

- **Obra: Trabajo de Investigación:** "Determinantes de salud oral en población de 12 años". Región de Maule, Chile.

Autor: Fernández González C, Núñez Franz L, Díaz Sanzana N.

Resultados: Estudio transversal en una muestra por conveniencia de 285 escolares de cuatro comunas de la región. El examen clínico fue realizado por un examinador calibrado. Se midieron variables demográficas, índice COPD, Índice de higiene oral, autopercepción del estado de salud oral y última visita al dentista. La prevalencia de caries fue 63.9%, sin diferencias significativa por sexo y área residencia. Los niños tienen 3.17 (95% IC 1.62-6.20) veces más riesgo de tener un COPD=0 en relación a las niñas; la higiene oral también se asoció a un COPD=0 (OR=0.24 95% IC 0.10-0.57). La higiene oral se asoció al área de residencia y nivel socioeconómico (NSE); los jóvenes urbanos tienen 5.6 veces más riesgo de tener una higiene óptima (95% IC 2.68-11.95) que los rurales y los jóvenes de NSE medio y bajo están protegidos de tener una higiene óptima (OR= 0.17 95% IC 0.040.66). La autopercepción de salud oral no se asoció a las variables estudiadas. Conclusiones: Los niños de establecimientos rurales presentaron los peores indicadores de salud oral. Los resultados evidencian inequidades de salud de los adolescentes de 12 años de los establecimientos educacionales municipalizados estudiados que ameritan el diseño de estrategias promocionales y preventivas acorde a sus necesidades. (24)

- **Obra: Artículo de Revista:** “Prevalencia de caries dental en la población infantil que acuden al Ambulatorio urbano "La Haciendita" en el Municipio Mariara, Estado Carabobo”. Venezuela.
Autor: Castillo Guerra D, García Noguera M.
Resultados: El tipo de investigación fue cuantitativa de diseño descriptiva no experimental transeccional. La población y muestra estuvo conformada por 30 niños (100%) entre 6 a 12 años que asistieron a la consulta odontológica del ambulatorio, en un lapso de 3 meses. El instrumento fue una historia clínica elaborada en base a las dimensiones de las variables del estudio, validada por juicio de expertos. Los resultados según sexo y edad fueron 63,66% niñas y 36,66% niños. El 76,6% tenían edades comprendidas entre 6 y 10 años y sólo el 23,3% tenían edades entre 11 a 12 años. La prevalencia de caries en dentición permanente de todos los niños fue 13,22% y en dentición temporal fue de 20,94%. Se obtuvo un índice del promedio de dientes cariados, perdidos, obturados (CPOD) de 2,46 y un promedio de dientes temporarios cariados (c), con extracción indicada (e) y obturados en una población (ceo) de 1,96. De igual manera se identificó el componenteariado como el más elevado en ambas denticiones. Se concluye que la alta incidencia de caries dental puede reducirse si modificamos o intervenimos a través de su prevención desde la concepción del niño. (25)
- **Obra: Artículo de Revista:** “Calidad de vida relacionada a la salud bucal en escolares de ámbito urbano-marginal”. Pachacútec-Ventanilla, Callao, Lima.
Autor: Ingunza J, Del Castillo López C, Evangelista Alva A, Sánchez Borjas P.
Resultados: Estudio transversal, en 132 escolares de la escuela “Mártir José Olaya”. Se utilizó la versión en español (Perú) del Índice Child-OIDP para evaluar impactos de 17 Condiciones orales sobre 8 Desempeños diarios. El 100% de los escolares entrevistados informaron al menos un desempeño diario afectado. El promedio de condiciones bucales auto-percibidas como problema fue de $4,52 \pm 1,96$ condiciones. La principal causa de impacto fue Dolor de muela (72,7%). Comer tuvo la mayor prevalencia de impactos (81,1%). La mayoría de impactos fue de “muy poca” o “poca” Intensidad. El mayor promedio de Severidad del impacto fue en el desempeño Comer: $1,34 \pm 0,94$.

La Extensión del impacto alcanzó el promedio de $3,92 \pm 1,75$ Desempeños impactados. El Índice Child-OIDP global fue $9,71 \pm 7,63$. (26)

- **Obra: Artículo de Revista:** “Estudio epidemiológico sobre caries dental y necesidades de tratamiento en escolares de 6 a 12 años de edad de San Luis Potosí”. México.

Autor: Martínez Pérez K, Monjarás Ávila A, Patiño Marín N, Loyola Rodríguez J, Mandeville P, Medina Solís C, Islas Márquez A.

Resultados: Un estudio transversal fue realizado en 3864 escolares de la ciudad de San Luis Potosí. Los sujetos fueron evaluados clínicamente por tres examinadores estandarizados ($Kappa > 0.85$). Para la detección de caries se empleó el criterio establecido por la OMS para la dentición primaria (ceod) y permanente (CPOD). En el análisis estadístico se emplearon pruebas no paramétricas y regresión logística. La edad promedio fue 8.69 ± 1.79 y 51.3% fueron mujeres. En la dentición primaria: el índice ceod fue 1.88 ± 2.34 y la prevalencia de caries (ceod > 0) de 56.8%. En cuanto a la severidad 22.0% y 5.6% tuvieron ceod > 3 y ceod > 6 , respectivamente. A los seis años la prevalencia de caries fue de 56.0% y el SiC de 5.45. En la dentición permanente: el índice CP OD fue 1.11 ± 2.03 y la prevalencia de caries (CP OD > 0) de 36.8%. En cuanto a la severidad 11.8% y 2.8% tuvieron CP OD > 3 y CP OD > 6 , respectivamente. A los 12 años el índice CP OD fue 4.14 ± 4.15 y el SiC de 9.15. El índice de NT fue de 88.5% para la dentición primaria y de 93.6% para la permanente. En regresión logística observamos asociada a la prevalencia de caries en la dentición permanente; la presencia de caries en dentición primaria (RM = 6.37; $p < 0.001$), el sexo femenino (RM = 1.33; $p < 0.001$) y mayor edad (RM = 1.69; $p < 0.001$). (28)

- **Obra: Tesis de Titulación:** “Prevalencia de caries en niños de 10 a 12 años de la Escuela primaria general Ignacio Zaragoza de Tihuatlan, Veracruz”. México.

Autor: Cruz Aguilar Y.

Resultados: Este estudio fue de tipo observacional, descriptivo, prospectivo y transversal; llevándose a cabo mediante una muestra de 41 niños de los cuales 21(51%) fueron del sexo masculino y 20 (49%) del sexo femenino. Para determinar la prevalencia de caries se utilizó el índice de CPOD y ceo, en base

a estos los resultados obtenidos fueron los siguientes: Se demostró que existe una moderada prevalencia de caries dental en alumnos de 10 a 12 años de la Escuela Primaria General “Ignacio Zaragoza” mediante el índice global de CPOD es de 2.780 tomada de una muestra de toda la población con una frecuencia de 114 (78%) Y el índice global de ceo es de 0.802 tomada de una muestra alumnos del total de la población, la frecuencia del ceo es de 33 (22%). Y finalmente la suma del promedio de las dos denticiones, da como resultado 3.580, Por lo tanto la hipótesis que se comprueba es la alternativa donde existe una moderada prevalencia de caries respecto a la OMS. De acuerdo con las preguntas de investigación de la prevalencia de caries en relación al género CPOD y ceo existe mayor prevalencia de caries en el género masculino 1.98 (55%) en comparación al género femenino con 1.61 (45%). Y en relación a la edad CPOD Y ceo existe mayor prevalencia de caries a la edad de 11 años 1.76 (50%) del total de la población muestreada. (29)

- **Obra: Artículo de Revista:** “Prevalencia y correlatos de auto-reporte de estado de los dientes de los escolares en Kerala, India”.

Autor: Jamil D, Ane N Astro, Nina Wang J.

Resultados: Estudio descriptivo transversal se utilizó datos. La muestra estuvo constituida por 838 12 años de edad escolares. Los datos fueron recolectados a través de examen clínico y el cuestionario. La clínica del estado de salud oral fue grabado usando cariado, Desaparecidos y dientes obturados (CPO-D) y el índice de higiene oral - simplificado (OHI-S). El cuestionario incluía preguntas sobre sociodemographics, libre informes de comportamiento, el conocimiento oral y problemas y un solo tema de la medición de auto-reporte de estado y la satisfacción con la apariencia de los dientes. Los valores de Kappa test-retest del cuestionario varió de 0,55 a 0,97. Veintitrés por ciento de los niños en edad escolar informó el estado de los dientes tan malo. Multivariante de regresión logística mostró asociaciones significativas entre los escolares que informó de que los dientes mal y bajo rendimiento escolar (Odds Ratio (OR) = 2,5), tras el mal aliento (OR = 2,4), impactación de alimentos (OR = 1,7) visitas dentales (OR = 1,6), Siendo satisfecho con la apariencia de los dientes (OR = 4,2) y la experiencia de caries (OR = 1,7). La varianza explicada fue más alta cuando las variables visitas dentales, encías sangrantes, mal aliento, impactación

alimentaria y la satisfacción con la apariencia se introdujeron en el modelo (19%). (30)

- **Obra: Tesis de Titulación:** “Impacto de la caries dental en la calidad de vida en niños de 11 a 12 años de la escuela fiscal Dolores J Torres”. Cuenca, Ecuador.

Autor: Zhunio Karla.

Resultados: Este estudio es de tipo descriptivo, observacional de corte transversal. El universo fue de 115 estudiantes de los cuales se tomó una muestra de 90 participantes con una media de edad de $11,24 \pm 0,42$ (DT), el 100% fueron de sexo femenino. El 100% de las escolares tuvieron una o más desempeños afectados, dentro de los cuales el problema oral más afectado fue el mal aliento (70%), seguido de los dientes sensibles (68,9%) y los dientes cariados (61,1%), afectando estos en el momento de comer o limpiarse la boca. El (73,3%) de las estudiantes presentaron 1 a 4 obturaciones. El (36,7%) de las participantes no tuvieron caries dental. Solo una de las 90 participantes ha perdido una pieza dental definitiva. Hubo diferencia estadística entre las niñas que presentaron caries y la que no tuvieron caries en el desempeño de estudiar con un $p 0,007$. (31)

- **Obra: Tesis de Titulación:** “Impacto de la caries dental en la calidad de vida en las niñas de 11 a 12 años de la Unidad Educativa Santa Mariana de Jesús”. Cuenca, Ecuador.

Autor: Matute Tania.

Resultados: Desempeño afectado estado de ánimo 89,30% la condición bucal que afecto con mayor intensidad fue el color de los dientes con un 57,1% realizar labores escolares afecto con mayor severidad 41,1%. (32)

- **Obra: Tesis de Titulación:** “Impacto de la caries dental sobre la calidad de vida de los niños entre 11 a 12 años de la escuela Andrés Galindo” Cuenca, Ecuador.

Autor: Rengel María.

Resultados: La prevalencia del impacto de las condiciones bucales sobre la calidad de vida de los escolares de 11 – 12 años de la escuela “Andrés

Galindo” fue del 90% presentando al menos dos desempeños diarios impactados siendo los más afectados limpiarse la boca, sonreír y mantener un buen estado de ánimo afectando así sus actividades cotidianas. (33)

- **Obra: Tesis de Titulación:** “Impacto de la caries dental en la calidad de vida en escolares entre 11 y 12 años de la unidad educativa Francisca Dávila”. Cuenca, Ecuador.

Autor: Cárdenas Claudia.

Resultados: La prevalencia de los desempeños fue baja, el problema oral que más afecta es los dientes sensibles, seguido por el dolor de muela, mientras que los menos afectados fueron la pérdida y la erupción dental permanente. De las 66 niñas que presentaron caries, solo el 17% atribuyen a esta condición el impacto en sus desempeños, el segundo y tercer desempeño mencionados corresponden a sonreír y al aseo con un 12% y un 11% respectivamente. (34)

Obra: Tesis de Titulación: “Impacto de la caries dental en la calidad de vida en niños de 11 a 12 años de la escuela Manuel Guerrero”. Cuenca, Ecuador.

Autor: Segarra Linda.

Resultados: Es una investigación de campo de campo de diseño observacional de tipo descriptivo transversal que evaluó 160 escolares que cumplieron con los criterios de selección. Los datos fueron recolectados a través de una entrevista, empleando el instrumento ODP, así como también se realizó una evaluación clínica de los problemas bucales en los niños. Resultados: La caries dental impacto en los siguientes desempeños: socializar (37 niños), estudiar (30 niños), sonreír (51 niños), estado de ánimo (45 niños), dormir (12 niños), aseo (54 niños), hablar (7 niños), comer (60 niños). (35)

- **Obra: Tesis de Titulación:** “Impacto de la caries dental en la calidad de vida en niños escolares de 11 a 12 años de edad de la escuela Julio María Matovelle”. Cuenca, Ecuador.

Autor: Vera Silvia.

Resultados: La prevalencia de las condiciones orales sobre la calidad de vida fue, comer alimentos y limpiarse la boca con un 89,1% en sexo femenino y comer alimentos con un 95,5% en masculino. La severidad de las condiciones orales sobre la calidad de vida fue comer alientos con una media de $3,54 \pm$

3,038 en sexo femenino y comer alimentos con una media de $3,10 \pm 2,669$ en masculino. La frecuencia de las condiciones orales sobre la calidad de vida fue, diente sensible con un 76,1%, en sexo femenino y diente sensible con un 64,2% en masculino. La intensidad de las condiciones orales sobre la calidad de vida fue, comer alimentos con un 15,2% muy severo en sexo femenino y comer alimentos con un 10,4% muy severo en masculino. (36)

- **Obra: Tesis de Titulación:** “Impacto de la caries dental en la calidad de vida en niños de 11 a 12 años de las escuelas Hermano Miguel y Benjamín Ramírez A”. Cuenca, Ecuador.

Autor: Tene Mayra.

Resultados: Se encontró una prevalencia de caries de 27,2% para el sexo femenino y 26,1% para el masculino. Niveles de severidad altos para los desempeños de: comer y emoción (12), sonreír (12), hablar (8), limpiarse la boca (6) y dormir (5). (37)

Obra: Tesis de Titulación: “Impacto de la caries dental en la calidad de vida en niños de 11 a 12 años de la escuela Isabel Moscoso Dávila”.

Autor: Tocto Karina. Cuenca, Ecuador.

Resultados: Las condiciones bucales con mayor impacto fueron diente cariado (81,5%), dolor de muela (76,1%) y dientes sensibles (59,8%). Además se encontró un mayor grado de afectación en relación con el sexo femenino. (38)

- **Obra: Tesis de Titulación:** “Impacto de la caries dental en la calidad de vida en niños de 11 a 12 años de la unidad educativa Gabriel Cevallos García”. Cuenca, Ecuador.

Autor: Solís Hortencia.

Resultados: Entre los principales hallazgos se determinó que los principales impactos en las condiciones orales sobre los desempeños diarios fueron incapacidad de sonreír (16,7%), limpiarse la boca (5,2%), seguido por la dificultad para comer (4,2%) y por último mantener un buen estado de ánimo (3,1%). Siendo la caries la patología más prevalente. (39)

- **Obra: Tesis de Titulación:** “Impacto de la caries dental en la calidad de vida de los niños de 11 a 12 años de las escuelas Eduardo Crespo Malo y General Antonio Farfán”. Cuenca, Ecuador.

Autor: Sacaquirín Pablo.

Resultados: La prevalencia de los desempeños fue alta 100%, el problema oral que más les afecta es el dolor de Muela 92,2%, diente sensible 70,0%, diente cariado 91,1%. De acuerdo CPOD se presentó muy bajo en un 29 niños, bajo en 56 y moderado en 5 niños. (40)

- **Obra: Tesis de Titulación:** “Impacto de la caries dental en la calidad de vida de escolares de 11 a 12 años de edad en la unidad educativa Turi”. Cuenca, Ecuador.

Autor: Barros Jhony.

Resultados: El promedio de condiciones bucales auto-percibidas como problema fue más frecuente para dolor de muela con el 96% de los escolares. Se encontraron impactos en los desempeños diarios con el siguiente promedio: Comer alimentos 60,6%, hablar claramente 71,1% limpiarte la boca con 75,7%, descansar 39,6%, estado de ánimo 95,4%, sonreír 94,4%, realizar labores escolares 94,4%, contactarse con otras personas 96,8% encontrados más afectado los estudiantes de 12 años y en varones. (41)

Obra: Tesis de Titulación: “Impacto de la caries dental en la calidad de vida en niños de 11 a 12 años de edad en la escuela Eugenio Espejo”. Cuenca, Ecuador.

Autor: Abad Marco.

Resultados: La conclusión de este estudio indica que la caries afecta a la calidad de vida de los niños ya que cada uno de ellos ha seleccionado por lo menos un factor patológico que causa un efecto negativo sobre sus desempeños diarios, representado 78% de los 91 escolares de la muestra que presentan caries dental en el sexo femenino con un mayor porcentaje de caries de un 42% y el sexo masculino con un porcentaje de 35%. (42)

- **Obra: Tesis de Titulación:** “Impacto de la caries dental y su influencia en la calidad de vida en niños de 11 a 12 años de la escuela Leoncio Cordero Jaramillo”. Cuenca, Ecuador.

Autor: Torres María Gabriela.

Resultados: El mayor porcentaje de niños y niñas perciben que la caries impacta en el desempeño relacionado con comer, el 87,50% y 100%, seguido del relacionado con aseo o limpieza de la boca con un 37,50% en los niños y un 42,86% en niñas. (43)

5. HIPÓTESIS

Existe relación entre el índice CPOD y el impacto de la caries dental en la calidad de vida en niños de 11 a 12 años en la Unidad Educativa Panamá, de la parroquia Sucre, de la ciudad de Cuenca en el período 2015.

CAPÍTULO II

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. MARCO METODOLÓGICO

- **Enfoque:** El enfoque de la presente investigación fue cuantitativo.
- **Diseño de la investigación:** Descriptivo.
- **Nivel de la investigación:** Descriptivo.
- **Tipo de investigación:**
 - Por técnica: Observacional.
 - Por temporalidad: Retrospectivo
 - Por ámbito: De campo.

2. POBLACIÓN Y MUESTRA

La población en la que se realizó la investigación son los estudiantes de 11 a 12 años de la Unidad Educativa Panamá de la parroquia Sucre de la ciudad de Cuenca en el periodo 2015 que se encontraron matriculados 161 estudiantes en total.

2.1. Criterios de selección

Para la formación de la población se tuvo en cuenta el siguiente criterio de selección.

2.1.1. Criterios de inclusión

En este estudio se incluyó a los escolares de 11 a 12 años cumplidos, de ambos sexos, matriculados en la Unidad Educativa “Panamá” de la parroquia Sucre de la ciudad de Cuenca, que tengan consentimiento informado de los padres, asentimiento informado de los escolares y autorización de la unidad educativa mencionada.

2.1.2. Criterios de exclusión

Se debió excluir del presente estudio las fichas que presentaban inconsistencias en su escritura, en los datos clínicos obtenidos, a los estudiantes que estén ausentes el día del examen bucal, así como los estudiantes que estén siendo tratados con ortodoncia. Así como también a estudiantes que padezcan enfermedades crónicas, congénitas o adquiridas, discapacidad física o mental y trastornos psicomotores.

2.1.3. Tamaño de la muestra

- **Muestra:** El mínimo del tamaño de la muestra requerido es de 90 estudiantes, la misma que se ha calculado mediante la fórmula para la estimación del muestreo aleatorio simple. (Anexo 1). Sin embargo, se trabajó con el total de escolares que cumplieron los criterios de selección. La población fue seleccionada mediante muestreo aleatorio simple a partir de la mínima de escolares de 11 a 12 años proporcionada por la Unidad Educativa “Panamá”. En donde se calculó mediante la siguiente fórmula:

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

Dónde:

- N = Total de la población=161 investigados
- $Z_{\alpha}^2 = 1.96^2$ (si la seguridad es del 95%)
- p = proporción esperada (en este caso 5% = 0.05)
- q = 1 – p (en este caso 1-0.05 = 0.95)
- d = precisión (en este caso deseamos un 3%)

$$n = \frac{(161) * (1,96^2) * (0,05) * 0,95}{0,0009 * (161 - 1) + (1,96^2) * (0,05) * 0,95}$$

$$n = \frac{29,374}{0,3264}$$

$$\underline{n = 90}$$

Al reemplazar los datos en esta fórmula se determinó que el mínimo tamaño de la muestra requerida para estimar la media poblacional de la severidad del impacto de las condiciones orales (CHILD OIDP) sobre la Calidad de Vida relacionada con la Salud, con un potencial de 80% y una probabilidad de cometer error tipo I del 5%, es de 90 niños. (44).

3. OPERALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

<u>VARIABLE</u>	<u>DEFINICIÓN</u> <u>CONCEPTUAL</u>	<u>DEFINICIÓN</u> <u>OPERATIVA</u>	<u>INDICADOR</u>	<u>DIMENSIÓN</u>	<u>TIPO</u> <u>ESTADÍSTICO</u>	<u>ESCALA</u>
Calidad de vida en relación con la salud bucal	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.	Porcentaje de los impactos sobre cualquiera de los ocho desempeños.	Child OIDP Index validado en Perú	Prevalencia	Cuantitativo	Razón
		La intensidad para cada desempeño, la intensidad total.		Intensidad (Severidad por frecuencia)	Cualitativo Dicotómica	Ordinal
		Número de desempeños afectados por los niños.		Extensión	Cuantitativo	Razón
CPOD	Se realizan para cuantificar la prevalencia de la caries dental. Señala la experiencia de caries tanto presentes como pasadas, pues toma en cuenta los dientes con lesiones de caries y con tratamientos previamente realizados.	Se obtiene de la sumatoria de los dientes permanentes cariados, perdidos y obturados, incluidas las extracciones indicadas, entre el total de individuos examinados, por lo que es un promedio.	Cariado Perdido Obturado Extracciones indicadas		Cuantitativo Discreto	Intervalo

<u>COVARIABLE</u>	<u>DEFINICIÓN CONCEPTUAL</u>	<u>DEFINICIÓN OPERATIVA</u>	<u>INDICADOR</u>	<u>DIMENSIÓN</u>	<u>TIPO ESTADÍSTICO</u>	<u>ESCALA</u>
Sexo	Características genotípicas y físicas de la persona	Condición de sexo femenino o masculino.	Cédula de Identidad	Fenotipo que distingue el sexo del individuo.	Cualitativa	Nominal

4. INSTRUMENTOS, MATERIALES Y RECURSOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS.

4.1. Instrumentos documentales

Dentro de los instrumentos documentales utilizados en tenemos la entre estos el Índice CHILD ODP Index (Anexo 2), CPOD (Anexo 5), consentimiento informado para los padres de familia (Anexo 7) y el asentimiento informado para los estudiantes entrevistados (Anexo 8).

4.2. Instrumentos mecánicos

Para la realización del registro de datos se utilizó una computadora personal, con un procesador Core i3.

4.3. Materiales

Dentro de los materiales utilizados están, materiales de escritorio.

4.4. Recursos

Para la realización del estudio se utilizaron:

- Recursos humanos: Examinadores, estudiantes encuestados y tutor.
- Recursos institucionales: UCACUE, Unidad Educativa Panamá, Zonal 6 de Educación.

- Recursos financieros: autofinanciando

5. PROCEDIMIENTO PARA LA TOMA DE DATOS

5.1. Ubicación Espacial

La Unidad Educativa Panamá, se encuentra ubicada la provincia del Azuay, cantón Cuenca, parroquia Sucre su dirección es Av. Remigio Crespo entre Lorenzo Piedra y Manuela Dávila. Su atención es de 07h30 a 14h00.

5.2. Ubicación Temporal

Este estudio se ejecutó desde el mes de junio del 2015 hasta mayo del 2016, recogiendo datos de las fichas epidemiológicas, desde el mes de junio del mismo año se ha venido dando el desarrollo del estudio con la tabulación de datos y procedimientos institucionales.

5.3. Procedimiento de la toma de datos

Anteriormente al proceso de la toma de datos, se obtuvieron los permisos institucionales de la Comisión de Investigación de la Universidad Católica de Cuenca, del Distrito Zonal 6 de Educación, de la Unidad Educativa Panamá mediante el director y profesores, con los que tuvimos una reunión informativa.

Se procedió a la entrega del consentimiento informado a los padres de familia, un asentamiento informado a los estudiantes, es así que se elaboró una lista certificada por la Unidad Educativa y con aquellos estudiantes cuyos padres de familia o representantes autorizaron la participación de su representado(a) en el estudio mediante el consentimiento informado. Los escolares seleccionados que accedieron tuvieron entrevistas para responder la versión peruana del CHILD OIDP, así como del CPOD, se buscó describir cualitativamente el problema en escolares de 11 a 12 años de edad, utilizando los parámetros de la OMS, para diagnosticar presencia de caries dental por ello relacionarlo con la calidad de vida, que se detalla a continuación.

5.3.1. Método del examen

Se tomó en cuenta todas las normas de bioseguridad tanto para el entrevistado como para el investigador, el examen se realizó por etapas, la primera fue el registro del nombre, sexo, fecha de nacimiento (edad), nombre del centro educativo y el nivel de educación que cursan.

La siguiente etapa consistió en la realización de la encuesta del índice CHILD OIDP Index, el mismo que fue desarrollado para niños siendo este validado y adaptado para recoger información de las Condiciones Orales sobre los desempeños de la vida diaria.

Se fue marcando las condiciones o alteraciones presentadas por el escolar, de la lista de las 17 condiciones promotoras de molestias o problemas en los desempeños diarios las mismas que son:

1. Dolor de muela
2. Dientes sensibles
3. Diente cariado
4. Caída de un diente de leche
5. Dientes separados
6. Fractura de un diente permanente
7. Color de los dientes
8. Forma o tamaño de los dientes
9. Posición de los dientes
10. Sangrado de las encías
11. Inflamación de las encías
12. Sarro o calculo dental
13. Llagas o heridas en la boca
14. Mal aliento
15. Deformación de la boca
16. Pérdida de diente permanente
17. Otro

Dentro de los desempeños bucales que se consideran como actividades diarias que determinan el bienestar y calidad de vida relacionada con la salud bucal de los niños, se consideró 8 funciones diarias relacionadas con la salud bucal y son:

1. Comer
2. Hablar
3. Limpiarse la boca
4. Dormir
5. Mantener un buen estado de ánimo
6. Sonreír
7. Realizar labores escolares
8. Relacionarse o mantener contacto con otras personas

Se procedió a consultar al entrevistado la severidad del impacto en donde se expresó que:

- Poco = 1 “efecto pequeño o leve”
- Regular = 2 “efecto moderado”
- Mucha = 3 “efecto severo”

Dentro de la frecuencia se realizó la pregunta mediante la siguiente referencia:

- 1 o 2 veces al mes = 1
- 3 a más veces al mes = 2
- Más de 3 veces en los últimos 3 meses = 3

En la etapa final se realizó la entrevista correspondiente al Índice CPOD el investigador realizó el examen clínico bucal al entrevistado comenzado por el segundo molar superior derecho (1.7.) revisando pieza por pieza de la hemiarcada superior derecha continuando con la hemiarcada superior izquierda terminando así en el segundo molar superior izquierdo (2.7), luego se comenzó a examinar el segundo molar inferior izquierdo (3.7) examinado cada uno de los dientes de la hemiarcada inferior izquierda siguiendo con la hemiarcada derecha inferior examinando pieza por pieza hasta terminar en el segundo molar inferior izquierdo (4.7), anotándose así cada una de las piezas cariadas, pérdidas y obturadas.

Para la correcta examinación y recolección de datos se tomó en cuenta las siguientes recomendaciones:

- La examinación realizaremos de forma visual cada pieza, evitando palpar con los dedos la boca del examinado, observamos áreas descalcificadas, bordes marginales con opacidades y en fosas y fisuras esmalte socavado.
- Prevenir el dolor innecesario en caries evidentes para ello se utilizará sonda periodontal.

- Para evitar equivocaciones en la toma del índice se debe dictar de forma clara.
- Averiguar el motivo de las extracciones, si no existe respuesta concisa se seguirá el criterio clínico.

Cada una de las entrevistas se realizaron en un ambiente tranquilo en el interior de la Unidad Educativa Panamá en un horario de 10h00 a 12h00 debido a la petición de las autoridades de la unidad educativa, cada una de las entrevistas tuvieron una duración entre 6 a 10 minutos.

6. PROCEDIMIENTO DEL ANÁLISIS DE DATOS

Para el procesamiento de la información se diseñó una base de datos con apoyo de Excel.

El análisis bi-variado se lo ejecuto mediante la prueba Chi-Cuadrado para poder calcular la mutualidad entre la calidad de vida relacionada con la salud y el sexo.

El análisis de las condiciones oral auto percibido y los desempeños como problemas se realizó en frecuencias absolutas y relativas.

La extensión del impacto según las covariables se realizó con la prueba T de Student.

6.1. Análisis del Índice CHILD OIDP

Índice que se utilizó como instrumento de este estudio fue desarrollado por Sheihman en 2003, ha sido validado en varios países e idiomas, en su versión español fue validado y utilizado en Perú, cuyo puntaje total se obtiene de las respuestas que ofrece cada entrevistado, multiplicando los puntajes de la severidad de impacto por su frecuencia (0, 1, 2,3) para cada uno de los ocho desempeños de la vida escolar diaria. Es así que el puntaje individual del índice por desempeño diario (rango de 0 a 9) y para el total de desempeños diarios (rango de 0 a 72) (Anexo 3) en el total de escolares manifestada durante los últimos tres meses y que es asignada a cualquiera de las 17 condiciones orales auto-percibidas por el escolar entrevistado mediante la versión peruana del CHILD OIDP Index. Se empleó la clasificación sugerida por Gherunpong y col. (Anexo 4). Las condiciones son 17, como molestias o problemas en los desempeños diarios de los escolares, se expresa como promedio en porcentaje, así como también la severidad del impacto y la intensidad del impacto.

6.2. Análisis del Índice CPOD

El CPOD describe numéricamente los resultados del ataque de caries en las piezas dentarias permanentes de una persona, una población.

El Índice CPOD se obtiene para cada entrevistado y toma en cuenta como base la dentición permanente, es decir 28 piezas dentarias sin contar los terceros molares. Se anota para cada persona el número de dientes cariados, obturados y perdidos, incluyéndose las extracciones indicadas debido a caries dental. En cuanto al nivel de prevalencia del CPOD la investigación se basó en el cuadro de cuantificación de la OMS para el índice CPOD. (Anexo 6).

7. ASPECTO BIOÉTICOS

Dentro de este estudio no se comprometió conflictos bioéticos ya que fue realizado con los datos ya tomados, en donde todos los padres de los pacientes fueron comunicados por escrito de los objetivos y del método de estudio. Además se les señaló que existe un compromiso de confidencialidad de los datos por parte del investigador principal y se les solicitó su firma en el consentimiento informado, de la misma manera los escolares procedieron a dar su asentimiento informado.

CAPÍTULO III
RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

1. RESULTADOS

Tabla 1 Distribución de la población por sexo de los encuestados de 11 a 12 años de la Unidad Educativa Panamá.

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN POR SEXO DE LOS ENCUESTADOS.

SEXO:	n°:	%:
Mujeres	48	51%
Hombres	46	49%
TOTAL	94	100%

Interpretación de la tabla: Se puede evidenciar que la mayoría son mujeres 51% (n°=48) y 49% hombres (n°=46).

Tabla 2 Distribución de la población por edad, en encuestados de 11 a 12 años de la Unidad Educativa Panamá.

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN POR EDAD DE LOS ENCUESTADOS.

EDAD:	n°:
11 años	47
12 años	47
TOTAL	94

Interpretación de la tabla: Los alumnos encuestados fueron en total de 94, 47 niños tenían 11 años de edad y 47 tenían 12 años de edad.

Tabla 3 Nivel de impacto de la caries dental sobre la calidad de vida en relación con la salud bucal en estudiantes de 11 a 12 años de la Unidad Educativa Panamá.

**NIVEL DE IMPACTO DE LA CARIES DENTAL SOBRE LA CALIDAD DE VIDA
RELACIONADA CON LA SALUD BUCAL**

NIVELES:	n°:	%:
Muy poco	1	1,06%
Poco	8	8,51%
Regular	49	52,13%
Severo	34	36,17%
Muy severo	2	2,13%
TOTAL:	94	100,00%

Interpretación de la tabla: En esta tabla se puede evidenciar que el nivel de impacto de la caries dental sobre la calidad de vida fue un 52,13% (n°=49) siendo regular en relación con la salud bucal.

Tabla 4 Nivel de impacto de la caries dental sobre la calidad de vida en relación con la salud bucal por sexo en estudiantes de 11 a 12 años de la Unidad Educativa Panamá.

NIVEL DE IMPACTO DE LA CARIES DENTAL SOBRE LA CALIDAD DE VIDA EN RELACIÓN CON LA SALUD BUCAL POR SEXO DEL ENCUESTADO.

NIVEL:	MUJERES		HOMBRES		TOTAL	
	n°:	%:	n°:	%:	n°:	%:
Muy poco	1	2,08%	0	0,00%	1	1,06%
Poco	4	8,33%	4	8,70%	8	8,51%
Regular	21	43,75%	28	60,90%	49	52,13%
Severo	21	43,75%	13	28,30%	34	36,17%
Muy severo	1	2,08%	1	2,20%	2	2,13%
TOTAL:	48	100,00%	46	100,00%	94	100,00%

Interpretación de tabla: En esta tabla se revela que la calidad de vida tanto en la población de mujeres como hombres tienen un nivel de calidad de vida regular, en un 43,75% (n°=21) y 60,90% (n°=28) respectivamente.

Tabla 5 Prevalencia de las condiciones bucales auto percibidas en encuestados de 11 a 12 años de la Unidad Educativa Panamá.

PREVALENCIA DE CONDICIONES BUCALES AUTO PERCIBIDAS.

CONDICIONES:	PERCIBE		NO PERCIBEN	
	n°:	%:	n°:	%:
Dolor de muela	36	38,30%	58	61,70%
Dientes sensibles	61	64,89%	33	35,11%
Diente cariado o picado	32	34,04%	62	65,96%
Caída de un diente de leche	72	76,60%	22	23,40%
Diente separados o espacio entre dientes	43	45,74%	51	54,26%
Fractura de un diente permanente	5	5,32%	89	94,68%
Color de los dientes	41	43,62%	53	56,38%
Forma o tamaño de los dientes	33	35,11%	61	64,89%
Posición de los dientes	55	58,51%	39	41,49%
Sangrado de las encías	51	54,26%	43	45,74%
Inflamación de las encías	15	15,96%	79	84,04%
Sarro o cálculo dental	23	24,47%	71	75,53%
Llagas o heridas en la boca	24	25,53%	70	74,47%
Mal aliento	22	23,40%	72	76,60%
Deformación de la boca o cara	3	3,19%	91	96,81%
Erupción de dientes permanentes	2	2,13%	92	97,87%
Pérdida de dientes permanentes	4	4,26%	90	95,74%

Interpretación de la tabla: Las condiciones bucales auto percibidas de mayor prevalencia en los encuestados fueron: caída de un diente de leche 76,60% (n°=72), dientes sensibles 64,89% (n°=61) y posición de los dientes con 58,51% (n°55).

Tabla 6 Prevalencia de las condiciones bucales en encuestados de 11 a 12 años de la Unidad Educativa Panamá.

PREVALENCIA DE CONDICIONES BUCALES AUTO PERCIBIDAS POR SEXO DE LOS ENCUESTADOS.

CONDICIONES BUCALES:	MUJERES		HOMBRES		TOTAL	
	n°:	%:	n°:	%:	n°:	%:
Dolor de muela	17	18,09%	19	20,21%	36	38,30%
Dientes Sensibles	32	34,04%	29	30,85%	61	64,90%
Diente cariado	16	17,02%	16	17,06%	32	34%
Caída de un diente de leche	41	43,62%	31	32,98%	72	76,60%
Dientes separados	22	23,40%	21	22,34%	43	45,70%
Fractura permanente	3	3,19%	2	2,13%	5	5,30%
Color de diente	18	19,15%	23	24,47%	41	43,60%
Forma o tamaño de dientes	17	18,09%	16	17,02%	33	35,10%
Posición de dientes	32	34,04%	23	24,47%	55	58,50%
Sangrado de encías	31	32,98%	20	21,28%	51	54,30%
Inflamación de las encías	7	7,45%	8	8,51%	15	16,0%
Sarro o cálculo	15	15,96%	8	8,51%	23	24,50%
Llagas o heridas en la boca	14	14,89%	10	10,64%	24	25,50%
Mal aliento	9	9,57%	13	13,83%	22	23,40%
Deformación de la cara o boca	2	2,13%	1	1,06%	3	3,20%
Erupción diente permanente	1	1,06%	1	1,06%	2	2,1%
Pérdida diente permanente	1	1,06%	3	3,19%	4	4,30%

Interpretación de la tabla: Tanto las mujeres como los varones tienen como condición bucal auto percibida de mayor prevalencia la caída de un diente de leche con 43,62% (n°=41) en mujeres y hombres 32,98% (n°=31), mientras que la de menor prevalencia es erupción de un diente permanente con 1,06% (n°=1) tanto para mujeres como para hombres.

Tabla 7 Impacto de los desempeños bucales en relación a la calidad de vida en estudiantes de 11 a 12 años de la Unidad Educativa Panamá.

IMPACTO DE LOS DESEMPEÑOS BUCALES CON RELACIÓN A LA CALIDAD DE VIDA.

DESEMPEÑOS BUCALES :	n°:	%:
Comer alimentos	90	95,7%
Hablar claramente	70	74,5%
Limpiarse la boca	87	92,6%
Descansar	21	22,3%
Mantener un buen estado de ánimo	56	59,6%
Sonreír	89	94,7%
Realizar labores escolares	64	68,1%
Relacionarse con otras personas	81	86,2%

Interpretación de la tabla: Podemos apreciar en la tabla que el desempeño bucal “comer alimentos” es el de mayor impacto con 95,7% (n°=90), seguido de “sonreír” 94,7% (n°=89), por lo contrario al desempeño “descansar” 22,3% (n°=21) es el de menor porcentaje presentado en los estudiantes.

Tabla 8 Nivel de intensidad del desempeño bucal "comer alimentos" en estudiantes de 11 a 12 años de la Unidad Educativa Panamá.

NIVEL DE INTENSIDAD DEL DESEMPEÑO BUCAL "COMER ALIMENTOS".

NIVEL:	n°:	%:
Sin impacto	5	5,32%
Muy poco	1	1,06%
Poco	9	9,57%
Regular	13	13,83%
Severo	23	24,47%
Muy severo	43	45,74%
TOTAL	94	100,00%

Interpretación de la tabla: Encontramos que el nivel de intensidad del desempeño bucal "comer alimentos" es muy severo 45,74% (n°=43).

Tabla 9 Nivel de intensidad del desempeño bucal "comer alimentos" por sexo en estudiantes de 11 a 12 años de la Unidad Educativa Panamá.

NIVEL DE INTENSIDAD DEL DESEMPEÑO BUCAL "COMER ALIMENTOS" POR SEXO DEL ENCUESTADO.

NIVEL:	MUJERES		HOMBRES		TOTAL	
	n°:	%:	n°:	%:	n°:	%:
Sin impacto	4	8,33%	1	2,17%	5	5,32%
Muy poco	1	2,08%	0	0,00%	1	1,06%
Poco	4	8,33%	5	10,87%	9	9,57%
Regular	5	10,42%	8	17,39%	13	13,83%
Severo	14	29,17%	9	19,57%	23	24,47%
Muy severo	20	41,67%	23	50,00%	43	45,74%
TOTAL	48	100,00%	46	100,00%	94	100,00%

Interpretación de la tabla: En las mujeres como en los hombres el nivel de intensidad del desempeño bucal "comer alimentos" es muy severo, presentándose así 41,67% (n°=20) para mujeres y 50,0% (n°=23) en hombres.

Tabla 10 Nivel de intensidad del desempeño bucal "hablar claramente" en estudiantes de 11 a 12 años de la Unidad Educativa Panamá.

NIVELES DE INTENSIDAD DEL DESEMPEÑO BUCAL "HABLAR CLARAMENTE".

NIVEL:	n°:	%:
Sin impacto	26	27,7%
Muy poco	15	16,0%
Poco	20	21,3%
Regular	18	19,1%
Severo	11	11,7%
Muy severo	4	4,3%
TOTAL	94	100,0%

Interpretación de la tabla: Observamos que el desempeño bucal "hablar claramente" no tiene impacto en el 27,7% (n°=26) de la población.

Tabla 11 Nivel de intensidad del desempeño bucal "hablar claramente" por sexo en estudiantes de 11 a 12 años de la Unidad Educativa Panamá.

**NIVEL DE INTENSIDAD DEL DESEMPEÑO BUCAL "HABLAR CLARAMANTE"
POR SEXO DEL ENCUESTADO.**

NIVEL:	MUJERES		HOMBRES		TOTAL	
	n°:	%:	n°:	%:	n°:	%:
Sin impacto	12	25,0%	14	30,4%	26	27,7%
Muy poco	10	20,8%	5	10,9%	15	16,0%
Poco	9	18,8%	11	23,9%	20	21,3%
Regular	9	18,8%	9	19,6%	18	19,1%
Severo	8	16,7%	3	6,5%	11	11,7%
Muy severo	0	0%	4	8,7%	4	4,3%
TOTAL	48	100,0%	46	100,0%	94	100,0%

Interpretación de la tabla: El desempeño bucal "hablar claramente" no tiene impacto en un 25% (n°=12) de la población de mujeres y en un 30,4% (n°=14) de la población de hombres.

Tabla 12 Nivel de intensidad del desempeño bucal "limpiarse la boca" en estudiantes de 11 a 12 años de la Unidad Educativa Panamá.

NIVEL DE INTENSIDAD DEL DESEMPEÑO BUCAL "LIMPIARSE LA BOCA".

NIVEL:	n°:	%:
Sin impacto	7	7,4%
Muy poco	2	2,1%
Poco	4	4,3%
Regular	14	14,9%
Severo	29	30,9%
Muy severo	38	40,4%
TOTAL	94	100,0%

Interpretación de la tabla: En la misma podemos observar que el nivel de intensidad del desempeño bucal "limpiarse la boca" es muy severo con 40,4% (n°=38).

Tabla 13 Nivel de intensidad del desempeño bucal "limpiarse la boca" por sexo en estudiantes de 11 a 12 años de la Unidad Educativa Panamá.

NIVEL DE INTENSIDAD DEL DESEMPEÑO BUCAL "LIMPIARSE LA BOCA" POR SEXO DEL ENCUESTADO.

NIVEL:	MUJERES		HOMBRES		TOTAL	
	n°:	%:	n°:	%:	n°:	%:
Sin impacto	1	2,1%	6	13,0%	7	7,4%
Muy poco	2	4,2%	0	0,0%	2	2,1%
Poco	3	6,3%	1	2,2%	4	4,3%
Regular	5	10,4%	9	19,6%	14	14,9%
Severo	20	41,7%	9	19,6%	29	30,9%
Muy severo	17	35,4%	21	45,7%	38	40,4%
TOTAL	48	100,0%	46	100,0%	94	100,0%

Interpretación de la tabla: La población de mujeres presenta un nivel severo de intensidad en el desempeño bucal "limpiarse la boca" de 41,7% (n°=20) y la población de hombres un nivel muy severo con el 45,7% (n°=21).

Tabla 14 Nivel de intensidad del desempeño bucal "descansar" en estudiantes de 11 a 12 años de la Unidad Educativa Panamá.

NIVEL DE INTENSIDAD DEL DESEMPEÑO BUCAL "DESCANSAR".

NIVEL:	n°:	%:
Sin impacto	73	77,7%
Muy poco	2	2,1%
Poco	2	2,1%
Regular	5	5,3%
Severo	6	6,4%
Muy severo	6	6,4%
TOTAL	94	100,0%

Interpretación de la tabla: El desempeño bucal "descansar" no tiene impacto en un 77,7% (n°=73) de la población total.

Tabla 15 Nivel de intensidad del desempeño bucal "descansar" por sexo en estudiantes de la Unidad Educativa Panamá.

NIVEL DE INTENSIDAD DEL DESEMPEÑO BUCAL "DESCANSAR" POR SEXO DEL ENCUESTADO.

NIVELES:	MUJERES		HOMBRES		TOTAL	
	n°:	%:	n°:	%:	n°:	%:
Sin impacto	37	77,1%	36	78,3%	73	77,7%
Muy poco	1	2,1%	1	2,2%	2	2,1%
Poco	1	2,1%	1	2,2%	2	2,1%
Regular	2	4,2%	3	6,5%	5	5,3%
Severo	4	8,3%	2	4,3%	6	6,4%
Muy severo	3	6,3%	3	6,5%	6	6,4%
TOTAL	48	100,0%	46	100,0%	94	100,0%

Interpretación de la tabla: El nivel de intensidad del desempeño bucal "descansar" en relación al sexo no tiene impacto en un 77,1% (n°=37) para mujeres y 78,3% (n°=36) para hombres.

Tabla 16 Nivel de intensidad del desempeño bucal "mantener un buen estado de ánimo" en estudiantes de 11 a 12 años de la Unidad Educativa Panamá

NIVEL DE INTENSIDAD DEL DESEMPEÑO BUCAL "MANTENER UN BUEN ESTADOS DE ÁNIMO".

NIVELES:	n°:	%:
Sin impacto	38	40,4%
Muy poco	8	8,5%
Poco	16	17,0%
Regular	15	16,0%
Severo	12	12,8%
Muy severo	5	5,3%
TOTAL	94	100,0%

Interpretación de la tabla: El desempeño bucal "mantener un buen estado de ánimo" no tiene impacto en un 40,4% (n°=38) de la población.

Tabla 17 Nivel de intensidad del desempeño bucal "mantener un buen estado de ánimo" por sexo en estudiantes de 11 a 12 años de la Unidad Educativa Panamá.

NIVEL DE INTENSIDAD DEL DESEMPEÑO BUCAL “MANTENER UN BUEN ESTADO DE ÁNIMO” POR SEXO DEL ENCUESTADO.

NIVEL:	MUJERES		HOMBRES		TOTAL	
	n°:	%:	n°:	%:	n°:	%:
Sin impacto	16	33,3%	22	47,8%	38	40,4%
Muy poco	6	12,5%	2	4,3%	8	8,5%
Poco	8	16,7%	8	17,4%	16	17,0%
Regular	9	18,8%	6	13,0%	15	16,0%
Severo	6	12,5%	6	13,0%	12	12,8%
Muy severo	3	6,3%	2	4,3%	5	5,3%
TOTAL	48	100,0%	46	100,0%	94	100,0%

Interpretación de la tabla: Apreciamos que en el desempeño bucal “mantener un buen estado de ánimo” no tiene impacto tanto en mujeres como hombres, de 33,3% (n°=16) para mujeres y 47,8% (n°=22) para hombres.

Tabla 18 Nivel de intensidad del desempeño bucal "sonreír" en estudiantes de 11 a 12 años de la Unidad Educativa Panamá.

NIVEL DE INTENSIDAD DEL DESEMPEÑO BUCAL "SONREÍR".

NIVEL:	n°:	%:
Sin impacto	5	5,3%
Muy poco	2	2,1%
Poco	5	5,3%
Regular	22	23,4%
Severo	22	23,4%
Muy severo	38	40,4%
TOTAL	94	100,0%

Interpretación de la tabla: Se presenta un nivel de intensidad muy severo del desempeño bucal "sonreír" con 40,4% (n°=38).

Tabla 19 Nivel de intensidad del desempeño bucal "sonreír" en estudiantes de 11 a 12 años de la Unidad Educativa Panamá.

NIVEL DE INTENSIDAD DEL DESEMPEÑO BUCAL "SONREÍR" POR SEXO DEL ENCUESTADO.

NIVEL:	MUJERES		HOMBRES		TOTAL	
	n°:	%:	n°:	%:	n°:	%:
Sin impacto	2	4,2%	3	6,5%	5	5,3%
Muy poco	1	2,1%	1	2,2%	2	2,1%
Poco	2	4,2%	3	6,5%	5	5,3%
Regular	15	31,3%	7	15,2%	22	23,4%
Severo	13	27,1%	9	19,6%	22	23,4%
Muy severo	15	31,3%	23	50,0%	38	40,4%
TOTAL	48	100,0%	46	100%	94	100,0%

Interpretación de la tabla: Mujeres y hombres presentan un nivel de intensidad muy severo del desempeño bucal "sonreír" con 31,3% (n°=15) en mujeres y 50,0% (n°=23) en hombres.

Tabla 20 Nivel de intensidad del desempeño bucal "realizar labores escolares" en estudiantes de 11 a 12 años de la Unidad Educativa Panamá.

NIVEL DE INTENSIDAD DEL DESEMPEÑO BUCAL "REALIZAR LABORES ESCOLARES".

NIVEL:	n°:	%:
Sin impacto	30	31,9%
Muy poco	13	13,8%
Poco	20	21,3%
Regular	18	19,1%
Severo	9	9,6%
Muy severo	4	4,3%
TOTAL	94	100,0%

Interpretación de la tabla: Se presenta que en el desempeño bucal "realizar labores escolares" no tiene impacto con 31,9% (n°=30) en la población.

Tabla 21 Nivel de intensidad del desempeño "realizar labores escolares" por sexo en estudiantes de 11 a 12 años de la Unidad Educativa Panamá.

NIVEL DE INTENSIDAD DEL DESEMPEÑO BUCAL "REALIZAR LABORES ESCOLARES" POR SEXO DEL ENCUESTADO.

NIVEL:	MUJERES		HOMBRES		TOTAL	
	n°:	%:	n°:	%:	n°:	%:
Sin impacto	15	31,3%	15	32,6%	30	31,9%
Muy poco	5	10,4%	8	17,4%	13	13,8%
Poco	8	16,7%	12	26,1%	20	21,3%
Regular	11	22,9%	7	15,2%	18	19,1%
Severo	7	14,6%	2	4,3%	9	9,6%
Muy severo	2	4,2%	2	4,3%	4	4,3%
TOTAL	48	100,0%	46	100,0%	94	100,0%

Interpretación de la tabla: El nivel de intensidad sin impacto del desempeño bucal "realizar labores escolares" se presenta con 31,3% (n°=15) para mujeres y 32,6% (n°=15) para hombres.

Tabla 22 Nivel de intensidad del desempeño bucal "relacionarse o contactarse con otras personas" en estudiantes de 11 a 12 años de la Unidad Educativa Panamá.

NIVEL DE INTENSIDAD DEL DESEMPEÑO BUCAL "RELACIONARSE O CONTACTARSE CON OTRAS PERSONAS".

NIVEL:	n°:	%:
Sin impacto	13	13,8%
Muy poco	3	3,2%
Poco	5	5,3%
Regular	7	7,4%
Severo	18	19,1%
Muy severo	48	51,1%
TOTAL	94	100,0%

Interpretación de la tabla: Observamos que el nivel de intensidad del desempeño "relacionarse o contactarse con otras personas" es muy severo 51,1% (n°=48).

Tabla 23 Nivel de intensidad del desempeño bucal "relacionarse o contactarse con otras personas" por sexo en estudiantes de 11 a 12 años de la Unidad Educativa Panamá.

NIVEL DE INTENSIDAD DEL DESEMPEÑO BUCAL "RELACIONARSE O CONTACTARSE CON OTRAS PERSONAS" POR SEXO DEL ENCUESTADO.

NIVEL:	MUJERES		HOMBRES		TOTAL	
	n°:	%:	n°:	%:	n°:	%:
Sin impacto	7	14,6%	6	13,0%	13	13,8%
Muy poco	1	2,1%	2	4,3%	3	3,2%
Poco	1	2,1%	4	8,7%	5	5,3%
Regular	4	8,3%	3	6,5%	7	7,4%
Severo	9	18,8%	9	19,6%	18	19,1%
Muy severo	26	54,2%	22	47,8%	48	51,1%
TOTAL	48	100,0%	46	100,0%	94	100,0%

Interpretación de la tabla: Tanto mujeres como hombres presentan un nivel de intensidad muy severo en el desempeño "relacionarse o contactarse con otras personas" con un 54,2% (n°=26) para mujeres y 47,8% (n°=22) en hombres.

Tabla 24 Presencia de caries dental aplicando el índice CPOD en estudiantes de 11 a 12 años de la Unidad Educativa Panamá.

PRESENCIA DE CARIES DENTAL EN ENCUESTADOS.

	n°:	%:
Con caries	86	91,5%
Sano	8	8,5%
TOTAL:	94	100,0%

Interpretación de la tabla: Se presentan un 91,5% (n°=86) encuestados con lesiones de caries dental y un 8,5% (n°=8) sin lesiones de caries dental.

Tabla 25 Presencia de caries dental aplicando el índice CPOD en estudiantes de 11 a 12 años de la Unidad Educativa Panamá.

PRESENCIA DE CARIES DENTAL EN ENCUESTADOS.

	MUJERES		HOMBRES	
	n°:	%:	n°:	%:
Con caries	43	89,6%	43	93,5%
Sano	5	10,4%	3	6,5%
TOTAL	48	100,0%	46	100,0%

Interpretación de la tabla: Tenemos una mayor presencia de lesiones de caries dental en hombres con 93,5% (n°=43) y en mujeres la presencia de lesiones de caries es de 89,6% (n°=43).

Tabla 26 Prevalencia de caries dental aplicando el índice CPOD en estudiantes de 11 a 12 años de la Unidad Educativa Panamá.

PREVALENCIA DE CARIES DENTAL EN RELACION DE ENCUESTADOS.

SEXO:	CARIADO		PERDIDO		OBTURADO	
	n°:	%:	n°:	%:	n°:	%:
Mujer	93	42,3%	25	36,8%	102	57,6%
Hombre	127	57,7%	43	63,2%	75	42,4%
TOTAL:	220	100,0%	68	100,0%	177	100,0%

Interpretación de la tabla: Respecto a las piezas cariadas existe un mayor porcentaje en hombres con 57,7% (n°=127), en piezas perdidas mayor porcentaje en hombres 63,2% (n°=43) y en piezas obturadas el mayor porcentaje se presentó en mujeres con 57,6% (n°=102).

Tabla 27 Nivel de prevalencia del índice CPOD en estudiantes de 11 a 12 años de la Unidad Educativa Panamá.

PREVALENCIA CPOD

NIVEL:	n°:	%:
Muy bajo	11	11,70%
Bajo	11	11,70%
Moderado	24	25,53%
Alto	27	28,72%
Muy alto	21	22,34%
TOTAL:	94	100,00%

Interpretación de la tabla: El nivel de prevalencia del índice CPOD es alto en la población encuestada con un porcentaje del 28,72% (n°=27).

Tabla 28 Nivel de prevalencia del índice CPOD en mujeres de 11 a 12 años de la Unidad Educativa Panamá.

PREVALENCIA CPOD EN MUJERES

NIVEL:	n°:	%:
Muy bajo	6	12,5%
Bajo	8	16,7%
Moderado	12	25,0%
Alto	11	22,9%
Muy alto	11	22,9%
TOTAL:	48	100,0%

Interpretación de la tabla: El nivel de prevalencia del índice CPOD es moderado en mujeres con 25,0% (n°=12).

Tabla 29 Niveles de prevalencia del índice CPOD en hombres de 11 a 12 años de la Unidad Educativa Panamá.

PREVALENCIA CPOD EN HOMBRES.

NIVEL:	n°:	%:
Muy bajo	5	10,9%
Bajo	3	6,5%
Moderado	12	26,1%
Alto	16	34,8%
Muy alto	10	21,7%
TOTAL:	46	100,0%

Interpretación de la tabla: El nivel de prevalencia del índice CPOD es moderado en hombres con 26,1% (n°=12).

2. DISCUSIÓN

La presente investigación se realizó en estudiantes de sexo femenino un número de 48 y de sexo masculino en número de 46 estudiantes haciendo así un total de 94 escolares examinados de entre 11 y 12 años de edad.

Hoy en día se ha dado una gran relevancia al ámbito psicosocial del ser humano, el cual está relacionado directamente con el acrecentamiento de la salud, interacción física y social. *“Los problemas dentales son frecuentes en niños y adultos y pueden interferir de modo significativo en la ejecución de tareas diarias del hogar, en el trabajo, en la escuela y en momentos de ocio. Hay estudios que indican que anualmente 160 millones de horas de trabajo y 1,57 millones de días de pérdida de clases se deben a desórdenes orales”* (20).

Argumento que sirvió para que este trabajo de investigación determinara la relación entre el índice CPOD y el impacto de la caries dental en la calidad de vida en niños de 11 a 12 años en la Unidad Educativa Panamá, de la parroquia Sucre, de la ciudad de Cuenca en el período 2015.

Se realizó el estudio en estas edades ya que los investigados pueden percatarse de modo objetivo de la realidad y gozar de la capacidad de discernir las condiciones orales que poseen logrando así una mayor viabilidad de manifestarlos, se aplicó el cuestionario CHILD OIDP versión en español- Perú, el mismo que fue elaborado y aprobado para estas edades ya que son recomendadas por la OMS.

Es importante mencionar que en relación con los resultados de este estudio, el promedio de las 17 condiciones auto-percibidas incluidas en el cuestionario CHILD OIDP utilizado podemos observar que existe un alto nivel de prevalencia en los problemas bucales que afectaron a los niños y en orden de mayor frecuencia fueron: caída de un diente de leche 76,6%, dientes sensibles 64,9%, posición de los dientes 58,5%.

Respecto a las 17 condiciones orales auto-percibidas antes mencionadas se han realizado estudios similares en los que se ha utilizado de la misma forma el índice CHILD OIDP, dentro de estos estudios tenemos:

Moreno X y cols (20) realizaron el estudio “Impacto de la salud bucal en la calidad de vida de escolares de 11 a 14 años, Licantén, 2013”, el que fue realizado con 203 escolares de 11 a 14 años del sector urbano de la Comuna en donde las condiciones más afectadas debido a problemas bucales fueron: color de los dientes (42,36%) y

posición de los dientes (41,87%), Del Castillo C y cols (25) con el estudio “Impacto de las condiciones bucales sobre la calidad de vida en escolares de ámbito rural, Piura, Perú” con 150 estudiantes en donde el 88,7% de escolares informaron uno o más de un desempeño impactado, la más frecuente fue: dolor de muela (58,0% de escolares), Ingunza J y cols (26) con el estudio denominado “Calidad de vida relacionada a la salud bucal en escolares de ámbito urbano-marginal” se realizó con 132 escolares, el 100% de los entrevistados informaron al menos un desempeño diario afectado, la principal causa de impacto fue dolor de muela (72,7%), Zhunio K (31) su estudio “Impacto de la caries dental en la calidad de vida en niños de 11 a 12 años de la escuela fiscal Dolores J Torres” con 115 estudiantes, el 100% de los escolares entrevistados informaron al menos un desempeño diario afectado la principal causa fue Dolor de muela (72,7%), Matute T (32) con “Impacto de la caries dental en la calidad de vida en las niñas de 11 a 12 años de la Unidad Educativa Santa Mariana de Jesús” estudio que se realizó con 84 estudiantes la condición bucal que afectó con mayor intensidad fue el color de los dientes con un 57,1%, Cárdenas C (34) “Impacto de la caries dental en la calidad de vida en escolares entre 11 y 12 años de la unidad educativa Francisca Dávila” realizado con 120 estudiantes la prevalencia de los desempeños fue baja, el problema oral que más afecta es los dientes sensibles, seguido por el dolor de muela, mientras que los menos afectados fueron la pérdida y la erupción dental permanente, Vera S (36) “Impacto de la caries dental en la calidad de vida en niños escolares de 11 a 12 años de edad de la escuela Julio María Matovelle” realizada con 113 escolares la frecuencia de las condiciones orales sobre la calidad de vida fue, diente sensible con un 76,1%, en sexo femenino y diente sensible con un 64,2% en el masculino, Tene M (37) “Impacto de la caries dental en la calidad de vida en niños de 11 a 12 años de las escuelas Hermano Miguel y Benjamín Ramírez A” con 113 estudiantes condiciones que van desde la de mayor frecuencia dientes sensibles 71%, diente cariado 54,8%, dolor de muela 37,6%, Tocto K (38) “Impacto de la caries dental en la calidad de vida en niños de 11 a 12 años de la escuela Isabel Moscoso Dávila” con 92 escolares las condiciones bucales con mayor impacto fueron diente cariado (81,5%), dolor de muela (76,1%) y dientes sensibles (59,8%) y además se encontró un mayor grado de afectación en relación con el sexo femenino, Sacaquirín P (40) en el estudio “Impacto de la caries dental en la calidad de vida de los niños de 11 a 12 años de las escuelas Eduardo Crespo Malo y General Antonio Farfán” realizado con 90 estudiantes la prevalencia de los desempeños fue alta 100%, el problema oral que más les afecta es el dolor de muela 92,2%, diente sensible 70,0%, diente cariado 91,1%, Jhony B (41) “Impacto de la caries dental en la

calidad de vida de escolares de 11 a 12 años de edad en la unidad educativa Turi” efectuado con 92 entrevistados el promedio de condiciones bucales auto-percibidas como problema fue más frecuente para dolor de muela con el 96% de los escolares, Abad M (42) con “Impacto de la caries dental en la calidad de vida en niños de 11 a 12 años de edad en la escuela Eugenio Espejo” realizado con 91 escolares en donde las condiciones auto-percibidas de mayor frecuencia son dolor de muela 67%, dientes sensibles 58,2%, caída de un diente de leche 42,9%, y Torres M (43) “Impacto de la caries dental y su influencia en la calidad de vida en niños de 11 a 12 años de la escuela Leoncio Cordero Jaramillo” con las condiciones de mayor relevancia sangrado de encías 56,84%, dientes sensibles 54,74% y dolor de muela 29,47%.

Por lo tanto y en relación con el presente estudio se hace énfasis muy fuerte de la confirmación del alto índice de prevalencia de las condiciones orales auto-percibidas siendo similares a la de los estudios realizados manteniéndose así acorde con ellos la condición dientes sensibles con 64,9%.

En cuanto a los 8 desempeños del CHILD OIDP es necesario tener en cuenta estudios similares realizados en donde podemos nombrar a Moreno X y cols (20) las actividades más afectadas en los niños debido a problemas bucales fueron: comer (39,9%), sonreír (34,5%) y cepillarse (32,2%). Del Castillo y cols (22) en donde el desempeño con mayor severidad de impacto fue comer ($1,07 \pm 0,96$). Paredes E y cols (23) con su estudio “Impacto de las condiciones bucales sobre la calidad de vida en escolares del Distrito de San Juan de Miraflores. Lima, Perú” que evaluó a 169 estudiantes encontraron impactos en los desempeños: comer (55%), hablar (24.9%), limpiarse la boca (41.4%), dormir (22.5%), estado emocional (16%), sonreír (47.3%), estudiar (18.3%) y socializar (20.7%). Ingunza J y cols (26) el mayor promedio de Severidad del impacto fue en el desempeño Comer: $1,34 \pm 0,94$. Zhunio K (31) presento en su estudio que los desempeños afectados están en el momento de comer o limpiarse la boca. Matute T (32) refirió realizar labores escolares afecto con mayor severidad 41,1%. Rengel M (33) con su estudio: “Impacto de la caries dental sobre la calidad de vida de los niños entre 11 a 12 años de la escuela Andrés Galindo” que se realizó con 90 estudiantes presentando al menos dos desempeños diarios impactados siendo los más afectados limpiarse la boca, sonreír y mantener un buen estado de ánimo afectando así sus actividades cotidianas. Segarra L (35) con el estudio “Impacto de la caries dental en la calidad de vida en niños de 11 a 12 años de la escuela Manuel Guerrero” con 160 escolares, la caries dental impacto en los

siguientes desempeños: socializar (37 niños), estudiar (30 niños), sonreír (51 niños), estado de ánimo (45 niños), dormir (12 niños), aseo (54 niños), hablar (7 niños), comer (60 niños). Vera S (36) la prevalencia de las condiciones orales sobre la calidad de vida fue, comer alimentos y limpiarse la boca con un 89,1% en sexo femenino y comer alimentos con un 95,5% en masculino. Tene M (37) su estudio "Impacto de la caries dental en la calidad de vida en niños de 11 a 12 años de las escuelas Hermano Miguel y Benjamín Ramírez A" realizado en 113 estudiantes, niveles de severidad altos para los desempeños de: comer y estado emocional (12), sonreír (12), hablar (8), limpiarse la boca (6) y dormir (5). Solís H (39) "Impacto de la caries dental en la calidad de vida en niños de 11 a 12 años de la unidad educativa Gabriel Cevallos García" con 96 entrevistados entre los principales hallazgos se determinó que los principales impactos en las condiciones orales sobre los desempeños diarios fueron incapacidad de sonreír (16,7%), limpiarse la boca (5,2%), seguido por la dificultad para comer (4,2%) y por último mantener un buen estado de ánimo (3,1%). Jhony B (41) encontró impactos en los desempeños diarios con el siguiente promedio: Comer alimentos 60,6%, hablar claramente 71,1% limpiarte la boca con 75,7%, descansar 39,6%, estado de ánimo 95,4%, sonreír 94,4%, realizar labores escolares 94,4%, contactarse con otras personas 96,8% encontrados más afectado los estudiantes de 12 años y en hombres. Torres M (43) el mayor porcentaje de niños y niñas perciben que la caries impacta en el desempeño relacionado con comer, el 87,50% y 100%, seguido del relacionado con aseo o limpieza de la boca con un 37,50% en los niños y un 42,86% en niñas.

En la presente investigación por lo contrario se vieron mayormente afectados los desempeños bucales: en primer lugar comer 95,7%, en segundo lugar el desempeño sonreír 94,7% y por último limpiarse la boca 92,6% presentándose estos tres primeros desempeños en el nivel de intensidad muy severo tanto en mujeres como hombres, por lo tanto encontrando una semejanza con los estudios antes mencionados.

La mayoría de estudios que la caries dental con la calidad de vida muestra en su resultados que existe una incidencia alta entre estos dos términos es así que tenemos estudios como: Fernández y cols (24) en su estudio "Determinantes de salud oral en población de 12 años" realizada a 285 escolares determino que la prevalencia de caries fue 63.9%, sin diferencias significativa por sexo y área residencia. Castillo D y cols (25) con su estudio "Prevalencia de caries dental en la población infantil que acuden al Ambulatorio urbano "La Haciendita" en el Municipio Mariara, Estado Carabobo" realizada con 30 niños la prevalencia de caries en dentición permanente de

todos los niños fue 13,22% y en dentición temporal fue de 20,94%. Cruz Y (29) con “Prevalencia de caries en niños de 10 a 12 años de la Escuela primaria general Ignacio Zaragoza de Tihuatlan, Veracruz” estudio realizado en 41 escolares donde mediante el índice de CPOD es de 78%. Zhunio K (31) estudio en el que (73,3%) de las estudiantes presentaron 1 a 4 obturaciones, el (36,7%) de las participantes no tuvieron caries dental. Solo una de las 90 participantes ha perdido una pieza dental definitiva. Cárdenas C (34) de las 66 niñas que presentaron caries. Sacaquirín P (40) de acuerdo CPOD se presentó muy bajo en un 29 niños, bajo en 56 y moderado en 5 niños. Abad M (42) representado 78% de los 91 escolares de la muestra que presentan caries dental en el sexo femenino con un mayor porcentaje de caries de un 42% y el sexo masculino con un porcentaje de 35%.

Este estudio encontró un alto porcentaje de caries dental en sus entrevistados obteniendo así el 91,5% de pacientes con caries dental y el 8,5% de pacientes sanos, de los cuales el 89,6% corresponde a mujeres y el 93,5% a hombres.

El estudio revela que los problemas bucales que afectan a la vida cotidiana de los entrevistados tiene relación directa con la calidad de vida, los resultados presentados en esta discusión evalúan que la población de la Unidad Educativa Panamá y sus padres de familia tienen todavía una misión esencial para restaurar el cuidado de la salud bucal de sus hijos ya que a esta edad los niños pueden interpretar e incorporar la información para cuidar sus piezas dentales adecuadamente por sí mismo.

“La importancia de utilizar instrumentos de medición que relacionan calidad de vida y salud bucal como el Child-OIDP es poder realizar la planificación, desarrollo y evaluación de políticas públicas de acuerdo a las verdaderas necesidades percibidas por la población y no necesariamente respecto a las necesidades normativas, haciéndonos cargo de lo que la población realmente valora y necesita” (20).

3. CONCLUSIONES

1. El presente estudio tiene una perspectiva positiva entre la relación de la caries dental y su impacto en la calidad de vida de los niños investigados.
2. Las condiciones bucales auto percibidas de mayor prevalencia en los escolares son: caída de un diente de leche, dientes sensibles y posición de los dientes, siendo estas tres las más frecuentes en el estudio.
3. La condición bucal auto percibida de mayor prevalencia según sexo de los investigados es “caída de un diente de leche”, siendo de mayor prevalencia en mujeres que en hombres.
4. La severidad del impacto de los desempeños bucales con relación a la calidad de vida de los entrevistados, reporta que poseen un mayor impacto en el desempeño “comer alimentos”, luego el desempeño “sonreír”, por lo contrario el desempeño “descansar” es el menor prevalencia en la investigación.
5. En relación a la intensidad del impacto de los desempeños diarios bucales sobre la calidad de vida de los escolares en general tenemos que es regular en relación con la salud bucal, encontrando que existe mayor impacto en hombres que en mujeres.
6. La presencia de caries dental aplicando el índice CPOD en los estudiantes es de 91,5%, en donde se encuentra afectado por caries dental el 89,6% en el sexo femenino, mientras que se encuentran afectado el 93,5% del sexo masculino.
7. Los niveles de prevalencia del índice CPOD en los estudiantes encuestados es alto, encontrando que en mujeres es moderado, y en hombres es alto.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Salud Pública. Caries. Primera ed. Quito; 2015. Available from: HYPERLINK "http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/CARIES.pdf"
<http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/CARIES.pdf>
2. Stallman R. Enciclopedia Libre Universal. Commons C, editor. Madrid.; 2011. HYPERLINK "http://enciclopedia.us.es/index.php/Calidad_de_vida"
http://enciclopedia.us.es/index.php/Calidad_de_vida
3. Fernández M, Cieza A, Fernández J. Los conceptos de calidad de vida, salud y bienestar analizados desde la perspectiva de la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF). Rev. Esp. Salud Pública [Internet]. 2010.
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272010000200005
4. Abanto J, Bönecker M, Prócida D. Impacto de los problemas bucales sobre la calidad de vida de niños. Revista Estomatológica Herediana. 2010 Septiembre; 20(1): p.38-43.
<http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/REH/article/view/1782/1796>
5. Rebok G, Riley A, Forrest C, Starfield B, Green B, Robertson J. Elementary schoolaged children's reports of their health. [Online].; 2001 [cited 2014 Diciembre 04]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11508476>
6. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre el problema mundial de las enfermedades bucodentales. Ginebra.; Departamento de Prensa OMS; 2004. Report No.: 318. HYPERLINK <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/>
7. Muñoz P, Aguilar F, Fuente J, Shimada H, Acosta L. Instrumentos validados para medir la salud bucal en los niños. Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC). 2014 Octubre; 20(8): p. 846-851. HYPERLINK https://www.researchgate.net/publication/267567419_Instrumentos_validados_para_medir_la_salud_bucal_en_niños
8. Cuadrado D, Gómez J. Cariología: el manejo contemporáneo de la caries. México; 2006. HYPERLINK

<https://www.researchgate.net/file.PostFileLoader.html?id=563aaf316225ffbac18b4567&assetKey=AS%3A292238572703748%401446686513597>

9. Iguarán I. Factores biológicos asociados a la caries dental. Trabajo de Graduación previo a la obtención del Título de Odontólogo. Guayaquil: Universidad de Guayaquil, FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGÍA; 2012. <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/2766/1/FACTORES%20BIOLOGICOS%20ASOCIADOS%20A%20LA%20CARIES%20DENTAL.pdf>
10. Gil M, Gonzáles G. Nomenclatura e Instrumental utilizado en Odontología. GUÍA DE DEMOSTRACIÓN PRÁCTICA. Caracas: UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA UCV., FACULTAD DE ODONTOLOGÍA; 2013. http://www.ucv.ve/fileadmin/user_upload/facultad_odontologia/Imagenes/Portal/Odont_Operatoria/Nomenclatura_e_Instrumental..pdf
11. Duque J, Rodríguez A, Coutin M, Riveron F. Revista Cubana de Estomatología. [Online].; 2003 [cited 2015 Marzo 19. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003475072003000200001&lng=es.
12. Vargas I. [quiainfantil.com](http://www.quiainfantil.com). [Online]. Madrid: Polegar Medios; 2009. Available from: <https://www.quiainfantil.com/articulos/salud/dientes/alimentos-que-limpian-losdientes-de-los-ninos/>
13. Bois chio A. Criterios de Salud Ambiental. Nota técnica. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud; 2002 Enero 21. http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=8193%3A2013-fluor-agua-consumo&catid=4716%3Ageneral&Itemid=39798&lang=es
14. Aguilar N, Navarrete K, Robles D, Aguilar S, Rojas A. Dientes sanos, cariados, perdidos y obturados en los estudiantes de la Unidad Académica de Odontología dela Universidad Autónoma de Nayarit. Revista Odontológica Latinoamericana. 2009; 1(2): p. 27-32. <http://www.odontologia.uady.mx/revistas/rol/pdf/V01N2p27.pdf>

15. Martins S, Alvarez E, Abanto J, Cabrera A, López A, Masoli C, et al. Epidemiología de la caries dental en america latina. Revista de Odontopediatría Latinoamericana. 2014; 4(2). <http://www.revistaodontopediatria.org/ediciones/2014/2/art-4/#>
16. Frías A. Salud pública y educación para la salud. Primera ed. Barcelona: MASSON S.A; 2000.
17. PratTs F, González B, Bernal C, Jiménez V, Flores L, Gutierrez C. Indices Epidemiologicos para medir caries dental. [Online]. [cited 2015 Febrero 21. Available from:<http://estsocial.sld.cu/docs/Publicaciones/Indices%20epidemiologicos%20para%20medir%20la%20caries%20dental.doc>
18. Protocolo Índice CPOD. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación, 2013 Aug. www.msal.gob.ar/images/stories/bes/.../0000000236cnt-protocolo-indice-cpod.pdf
19. Frankel J, Magalhães M. UTILIZACION DE UN METODO SENCILLO DE ENCUESTAS PARA LA EVALUACION DE LA FRECUENCIA DE LA CARIES DENTAL EN 3.009 NIÑOS BRASILEÑOS. BOLETÍN DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA.;p.383-399. <http://hist.library.paho.org/Spanish/BOL/v40n5p383.pdf>
20. Moreno X, Vera C, Cártes R. Impacto de la salud bucal en la calidad de vida de escolares de 11 a 14 años, Licantén, 2013. Revista Clínica de Periodoncia, Implantología y Rehabilitación Oral. 2014 Diciembre; 7(3): p. 142 - 148. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0718539114000287>
21. Herrera M, Medina C, Maupomé G. Prevalencia de caries dental en escolares de 6-12 años de edad de León, Nicaragua. Gaceta Sanitaria. 2005 Agosto; 19(4): p. 302-306. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112005000400006
22. Del Castillo C, Evangelista A, Sánchez P. Impacto de la condiciones bucales sobre la calidad de vida en escolares de ámbito rural, Piura, Perú. Revista Estomatología Herediana. 2014 Octubre; 24(4): p. 220-228. <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/REH/article/view/2164>

23. 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. Revista Estomatológica Herediana. 2014; 24(3): p.194-204.
<http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/REH/article/download/2092/2082>
24. Fernández C, Núñez L, Díaz N. Determinantes de salud oral en población de 12 años. Revista Clínica de Periodoncia, Implantología y Rehabilitación Oral. 2011; 4(3): p. 117-121. <http://www.scielo.cl/pdf/piro/v4n3/art07.pdf>
25. Castillo D, García M. Prevalencia de caries dental en la población infantil que acuden al Ambulatorio urbano "La Haciendita" en el Municipio Mariara, Estado Carabobo. Acta Odontológica Venezolana. 2011; 49(4).
<http://www.actaodontologica.com/ediciones/2011/4/art11.asp>
26. Ingunza J, Del Castillo C, Evangelista A, Sánchez P. Calidad de vida relacionada a la salud bucal en escolares de ámbito urbano-marginal. Revista Estomatológica Herediana. 2015 Julio; 25(3): p.194-204.
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S101943552015000300004&script=sci_arttext
27. Pumalema F. Prevalencia de caries en los escolares de 6 a 12 años de edad de la Escuela fiscal mixta "Abdón Michelena" de la ciudad de Quito en el período lectivo 2010 – 2011. Tesis de Titulación. Quito: Universidad Central del Ecuador, Unidad de Investigación, Titulación y Graduación; 2011
<http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/560/3/T-UCE-0015-2.pdf>
28. Martínez K, Monjarás A, Patiño N, Loyola J, Mandeville P, Medina C, et al. Estudio epidemiológico sobre caries dental y necesidades de tratamiento en escolares de 6 a 12 años de edad de San Luis Potosí. Revista de Investigación Clínica. 2010; 62(3):p.206-213.
<http://new.medigraphic.com/cgibin/resumen.cgi?IDARTICULO=40913>
29. Cruz Y. Prevalencia de caries en niños de 10 a 12 años de la Escuela primaria general Ignacio Zaragoza de Tihuatlan, Veracruz. Tesis de Titulación. Veracruz:

Universidad Veracruzana, Región Poza Rica-Tuxpan., Facultad de Odontología; 2012. <http://cdigital.uv.mx/handle/123456789/30951>

30. Jamil D, Astro A, Wang N. "Prevalencia y correlatos de auto-reporte de estado de los dientes de los escolares en Kerala, India. BMC Oral Health. 2006; 6(10). http://viaclinica.com/article.php?pmc_id=155968
31. Zhunio K. Impacto de la caries dental en la calidad de vida en niños de 11 a 12 años de la escuela fiscal Dolores J Torres. Tesis de Titulación previo a la obtención del título de Odontólogo. Cuenca: Universidad Católica de Cuenca, Facultad de Odontología; 2015.
32. Matute T. Impacto de la caries dental en la calidad de vida en las niñas de 11 a 12 años de la Unidad Educativa Santa Mariana de Jesús. Tesis de Titulación. Cuenca: Universidad Católica de Cuenca, Facultad de Odontología; 2015.
33. Rengel M. Impacto de la caries dental sobre la calidad de vida de los niños entre 11 a 12 años de la escuela Andres Galindo. Tesis de Titulación. Cuenca: Universidad Católica de Cuenca, Facultad de Odontología; 2015.
34. Cárdenas C. Impacto de la caries dental en la calidad de vida en escolares entre 11 y 12 años de la unidad educativa Francisca Dávila. Tesis de Titulación. Cuenca: Universidad Católica de Cuenca, Facultad de Odontología; 2015.
35. Segarra L. Impacto de la caries dental en la calidad de vida en niños de 11 a 12 años de la escuela Manuel Guerrero. Tesis de Titulación. Cuenca: Universidad Católica de Cuenca, Facultad de Odontología; 2015.
36. Vera S. Impacto de la caries dental en la calidad de vida en niños escolares de 11 a 12 años de edad de la escuela Julio María Matovelle. Tesis de Titulación. Cuenca: Universidad Católica de Cuenca, Facultad de Odontología; 2015.
37. Tene M. Impacto de la caries dental en la calidad de vida en niños de 11 a 12 años de las escuelas Hermano Miguel y Benjamín Ramírez A. Tesis de Titulación. Cuenca: Universidad de Cuenca, Facultad de Odontología; 2015.

38. Tocto K. Impacto de la caries dental en la calidad de vida en niños de 11 a 12 años de la escuela Isabel Moscoso Dávila. Tesis de Titulación. Cuenca: Universidad Católica de Cuenca, Facultad de Odontología; 2015.
39. Solís H. Impacto de la caries dental en la calidad de vida en niños de 11 a 12 años de la unidad educativa Gabriel Cevallos García. Tesis de Titulación. Cuenca: Universidad Católica de Cuenca, Facultad de Odontología; 2015.
40. Sacaquirín P. Impacto de la caries dental en la calidad de vida de los niños de 1 a 12 años de las escuelas Eduardo Crespo Malo y General Antonio Farfán. Tesis de Titulación. Cuenca: Universidad Católica de Cuenca, Facultad de Odontología; 2015.
41. Barros J. Impacto de la caries dental en la calidad de vida de escolares de 11 a 12 años de edad en la unidad educativa Turi. Tesis de Titulación. Cuenca: Universidad Católica de Cuenca, Facultad de Odontología; 2015.
42. Abad M. Impacto de la caries dental en la calidad de vida en niños de 11 a 12 años de edad en la escuela Eugenio Espejo. Tesis de Titulación. Cuenca: Universidad Católica de Cuenca, Facultad de Odontología; 2015.
43. Torres MG. Impacto de la caries dental y su influencia en la calidad de vida en niños de 11 a 12 años de la escuela Leoncio Cordero Jaramillo. Tesis de Titulación. Cuenca: Universidad Católica de Cuenca, Facultad de Odontología; 2015.
44. Sánchez P. Impacto de las condiciones orales sobre la calidad de vida en escolares de 11 y 12 años de edad de Zapallal-Puente Piedra. Lima. Tesis de Maestría. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia., Facultad de Estomatología Perú; 2007.
45. Pita Fernández S. Fistera.com. [Online].; 2010 [cited 2017 Marzo 31. Available from: <http://www.fistera.com/mbe/investiga/9muestras/9muestras2.asp>.
46. Guillen X. Fundamentos de Operatoria Dental. Segunda ed. Portoviejo: Equipo Editorial Dreams Magnet, L.L.C; 2015.

47. Bustos A. Impacto de la caries dental en la calidad de vida de escolares de 11 a 12 años de edad de la escuela San Francisco. Tesis de Titulación. Cuenca: Universidad Católica de Cuenca, Facultad de Odontología; 2015.

48. Bohórque V. Impacto de la caries dental sobre la calidad de vida en escolares de 11 a 12 años de edad en la unidad educativa La Inmaculada. Tesis de Titulación. Cuenca: Universidad Católica de Cuenca, Facultad de Odontología; 2015

ANEXOS

ANEXO N°1**CÁLCULO DE LA MUESTRA DE LA POBLACIÓN**

La población fue seleccionada mediante muestreo aleatorio simple a partir de la nómina de escolares de 11 y 12 años proporcionada por la Unidad Educativa Panamá.

Se calculó mediante la siguiente fórmula:

Muestra.-

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

Dónde:

- N = Total de la población
- $Z_a^2 = 1.96^2$ (si la seguridad es del 95%)
- p = proporción esperada (en este caso 5% = 0.05)
- q = 1 – p (en este caso 1-0.05 = 0.95)
- d = precisión (en este caso deseamos un 3%).

Estudio Obtenido de Fistera (45)

ANEXO N°2
CHILD OIDP Index
Versión Peruana del Child-OIDP

PASO I: Detección de los problemas orales percibidos por el niño.

Para ahorrar tiempo, esta parte puede estar auto-administrada en grupo o en el salón de clases, con el maestro leyendo el cuestionario.

Edad:..... Año y sección:.....

Sexo:.....

En los últimos 3 meses ¿Has tenido algún problema en tu boca o en tus dientes?

Por favor, marca con un aspa en el recuadro que indique el (los) problema (s) que hayas tenido, incluyendo aquellos que están presentes y aquellos que ya no están presentes en la actualidad.

<input type="checkbox"/>	Dolor de muela	1
<input type="checkbox"/>	Diente sensible (Ej. Al frío, calor o dulce)	2
<input type="checkbox"/>	Diente cariado, con cavidad o picado	3
<input type="checkbox"/>	Caída de un diente de leche	4
<input type="checkbox"/>	Dientes separados o espacio entre dientes	5
<input type="checkbox"/>	Fractura de diente permanente	6
<input type="checkbox"/>	Color de los dientes	7
<input type="checkbox"/>	Forma o tamaño de los dientes	8
<input type="checkbox"/>	Posición de los dientes (Ej. Chuecos, sobresalidos, amontonados)	9
<input type="checkbox"/>	Sangrado de encías	10
<input type="checkbox"/>	Inflamación de las encías	11
<input type="checkbox"/>	Sarro o cálculo dental	12
<input type="checkbox"/>	Llagas o heridas en la boca	13
<input type="checkbox"/>	Mal aliento	14
<input type="checkbox"/>	Deformación de la boca o cara	15
<input type="checkbox"/>	Erupción de dientes permanentes	16
<input type="checkbox"/>	Perdida de dientes permanentes	17
<input type="checkbox"/>	Otros especificar)	99

Paso II: Evaluación de los impactos de calidad de vida en los niños.

La entrevista individual es asistida por una lista completa de problemas orales (del paso I) y dibujos de desempeños negativos y/o positivos. Las respuestas anotadas en el formulario del registro del Child-OIDP.

Comience la entrevista

Esta no es una prueba o examen. No hay respuestas correctas e incorrectas. No lo tomes muy en serio, siéntete libre y disfrútalo respondiéndolo. Sin embargo tus respuestas son muy importantes por que ayudarán a las dentistas a comprenderte y brindarte una mejor atención dental. Por eso piensa cuidadosamente antes de responder lo que te sucedió.

De tu hoja de respuesta sobre los problemas de de la boca o de los dientes que has tenido en los últimos 3 meses, me gustaría saber como estos han afectado tu vida diaria.

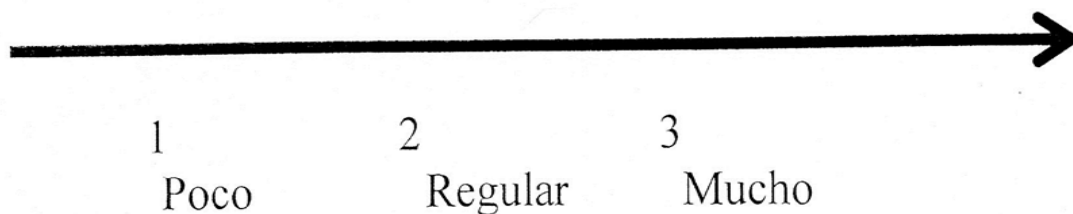
1) En los últimos tres meses, ¿alguno de estos problemas con tu boca o con tus dientes te ha causado dificultades para (desempeño)?

(Por favor haga la pregunta para cada desempeño en el formulario de registro. Si para algún desempeño la respuesta es NO, asigne a este desempeño el valor de 0. Tanto en la columna de severidad como en la de frecuencia y continúe con el siguientes para cada desempeño).

Nº	Desempeño	Severidad	Frecuencia	Condición
1	Comer alimentos (comida, helados)			
2	. Hablar claramente			
3	Limpiarte la boca (Ej. Enjuagarte la boca, cepillarte los dientes)			
4	Descansar (incluyendo dormir)			
5	Mantener un buen estado de ánimo(Sin molestarte, enfadarte yo irritarte)			
6	Sonreír, reír y mostrar tus dientes (Sin sentir vergüenza)			
7	Realizar tus labores escolares (Ej. Ir a la escuela, participar en la clase, hacer la tarea)			
8	Contactarte con otras personas (Ej. Salir con amigo/a, ir a la casa de un amigo)			

2) Severidad

Te voy a preguntar sobre la severidad de este problema cuando ocurrió. Mira la escala que va de 1 a 3 en la parte inferior. La severidad de la dificultad aumenta Del lado izquierdo al lado derecho de la escala. El numero 1 corresponde a un efecto pequeño, el 2 a un efecto moderado y el 3 a un efecto severo. ¿Cuánto ha afectado tu vida diaria la dificultad para (desempeño)?



3) Frecuencia

En los últimos 3 meses, la dificultad para (desempeño) se te ha presentado:

- 1 o 2 veces al mes = 1
- 3 o más veces al mes = 2
- Más de 3 veces en los últimos 3 meses = 3

4) Condición(es) percibida(s)

De acuerdo al problemas Det. Boca o dientes (Del paso 1), ¿Puedes especificar cuál(es) de ellos es (son) la(s) causa(s) de la dificultad en (desempeño)? (Selecciona la(s) respuesta(s) de la lista de problemas orales que completaste en el paso 1)

ANEXO N°3

**PUNTAJES INDIVIDUALES PARA LA SEVERIDAD DEL IMPACTO PARA CADA
ACTIVIDAD DE LA VIDA DIARIA.**

Puntaje	Puntaje para la frecuencia	Individual
Mucho (3) *	más de 3 v en los últimos 3m (3)	= 9
Mucho (3) *	3 a más v/mes (2)	= 6
Mucho (3) *	1-2 v/mes (1)	= 3
Regular (2) *	más de 3 v en los últimos 3m (3)	= 6
Regular (2) *	3 a más v/mes (2)	= 4
Regular (2) *	1-2 v/mes (1)	= 2
Poco (1) *	más de 3 v en los últimos 3 m (3)	= 3
Poco (1) *	3 a más v/mes (2)	= 2
Poco (1) *	1-2 v/mes (1)	= 1
Ninguno (0) *	Ninguno (0)	= 0

ANEXO N°4

**CLASIFICACIÓN DE LA INTENSIDAD DEL IMPACTO DE LAS CONDICIONES
ORALES SOBRE LA CALIDAD DE VIDA**

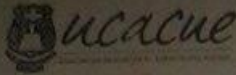
**Clasificación de la Intensidad del impacto de las
Condiciones orales sobre la calidad de vida**

Intensidad del Impacto	Puntaje para la severidad		Puntaje para la frecuencia	Puntaje Individual	Puntaje Total (%)
Muy severo	3	X	3	9	66.8 – 100.0
Severo	3	X	2	6	44.5 – 66.7
	2	X	3		
Regular	2	X	2	4	33.3 – 44.4
	3	X	1	3	22.3 – 33.3
	1	X	3		
Poco	2	X	1	2	11.2 – 22.2
	1	X	2		
Muy Poco	1	X	1	1	0.1 – 11.1
Sin impacto	0	X	0	0	0

Gherunpong¹⁶

ANEXO N°5

ENCUESTA DEL ÍNDICE CPOD



INDICE DE CPOD

NOMBRE: _____

EDAD: _____

Odontograma

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
			55	54	53	52	51	61	62	63	64	65			
			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75			
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

CPOD	Cariados:	Perdidos:	Obturados:	Extraídos:
------	-----------	-----------	------------	------------

TOTAL DIENTES CARIADOS, PERDIDOS Y OBTURADOS

FORMULA : _____

TOTAL DE DIENTES EXAMINADOS

RESULTADO: _____

ANEXO N° 6

CUANTIFICACION DEL ÍNDICE CPOD

Cuantificación de la OMS para el índice COPD			
0,0 a	1,1	:	muy bajo
1,2 a	2,6	:	bajo
2,7 a	4,4	:	moderado
4,5 a	6,5	:	alto

ANEXO N° 7**CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EN EL ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN -
(PADRES) -**

Institución: UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
Investigador: Abad Gavilanes, Maritza Alexandra.
Título: Relación entre el índice CPOD y el impacto de la caries dental en la calidad de vida en niños de 11 a 12 años en la Unidad Educativa Panamá, de la parroquia Sucre, de la ciudad de Cuenca en el período 2015.

Propósito del Estudio:

Estamos invitando a su hijo(a) a participar en un estudio llamado RELACIÓN ENTRE EL ÍNDICE Y EL IMPACTO DE LA CARIES DENTAL EN LA CALIDAD DE VIDA EN NIÑOS DE 11 A 12 AÑOS EN LA UNIDAD EDUCATIVA PANAMA, DE LA PARROQUIA SUCRE, DE LA CIUDAD DE CUENCA EN EL PERIODO 2015 Este es un estudio desarrollado por investigadores de la Universidad Católica de Cuenca. Estamos realizando este estudio para evaluar la relación de las condiciones de salud de la boca del escolar con su percepción sobre su calidad de vida.

La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) o salud percibida, integra aquellos aspectos de la vida directamente relacionados con el funcionamiento físico y mental y con el estado de bienestar del paciente. Existen diferentes enfermedades en la cavidad oral como caries dental, enfermedad periodontal o apiñamiento dentario que pueden afectar la calidad de vida de los escolares, siendo nuestra intención conocer cuánto impacto tienen estas enfermedades en el bienestar de los escolares.

Procedimientos:

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

1. Se le realizará una entrevista de aproximadamente 8 a 10 minutos.

Riesgos:

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

La entrevista que se le realizará a su hijo será sobre cómo siente la salud y el bienestar de su boca en su desempeño como escolar y en su relación con sus compañeros y demás personas.

Beneficios:

Su hijo se beneficiará de una charla en salud oral que se realizará en el centro educativo

Costos e incentivos

Usted no deberá pagar nada por participar en el estudio. Igualmente, no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole, únicamente la satisfacción de colaborar a un mejor entendimiento del impacto de las condiciones orales sobre la Calidad de vida relacionada a la salud en escolares de 11 y 12 años.

Confidencialidad:

Nosotros guardaremos la información de su hijo(a) con códigos y no con nombres. Si los resultados de este seguimiento son publicados, no se mostrará ninguna información que permita la identificación de las personas que participan en este estudio. Los archivos de su hijo(a) no serán mostrados a ninguna persona ajena al estudio sin su consentimiento.

Uso de la información obtenida:

La información de los resultados de su hijo(a) será guardada y usada posteriormente para estudios de investigación beneficiando al mejor conocimiento del impacto de las condiciones orales sobre la calidad de vida relacionada a la salud, se contará con el permiso la Unidad de Investigación de la Universidad Católica de Cuenca, cada vez que se requiera el uso de la información.

Derechos del paciente:

Si usted decide que su hijo(a) participe en el estudio, podrá retirarse de éste en cualquier momento, o no participar en una parte del estudio sin perjuicio alguno. Si tiene alguna duda adicional, por favor pregunte al personal del estudio, o llamar a Maritza Alexandra Abad G. al teléfono 2832288.

CONSENTIMIENTO

Acepto voluntariamente que mi hijo(a) participe en este estudio, comprendo que cosas le pueden pasar si participa en el proyecto, también entiendo el que puede decidir no

participar aunque yo haya aceptado y que puede retirarse del estudio en cualquier momento. Recibiré una copia firmada de este consentimiento.

Padre o apoderado

Nombre:

CI:

Fecha

Investigador

Nombre: Maritza Alexandra Abad G.

C.I: 0105056097

Fecha

Anexo N° 8

ASENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN LA INVESTIGACIÓN - (NIÑOS) -

Institución: UNIVERSIDAD CATOLICA DE CUENCA
Investigador: Abad Gavilanes, Maritza Alexandra.
Título: Relación entre el índice CPOD y el impacto de la caries dental en la calidad de vida en niños de 11 a 12 años en la Unidad Educativa Panamá, de la parroquia Sucre, de la ciudad de Cuenca en el período 2015.

Propósito del Estudio:

Hola _____ mi nombre es Maritza Abad, estamos haciendo un estudio para evaluar la relación de las condiciones de salud de la boca de los escolares con su percepción sobre su calidad de vida.

La calidad de vida puede verse afectada por algunas enfermedades que se presentan en la boca como caries dental o problemas de las encías.

Si decides participar en este estudio, en una fecha coordinada con tu profesor de aula, yo te haré unas preguntas sobre cómo sientes la salud de tu boca y cómo percibes que facilita o afecta tus estudios y tu desempeño frente a tus maestros compañeros de estudio y familiares.

No deberás pagar nada por participar en el estudio .Igualmente, no recibirás dinero, únicamente la satisfacción de colaborar a un mejor entendimiento de cómo afectan las condiciones orales a tu calidad de vida.

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

Si deseas hablar con alguien acerca de este estudio puedes llamar a: Maritza Alexandra Abad al teléfono; 2832288, investigador principal.

¿Tienes alguna pregunta?

¿Deseas Colaborar con nosotros?

Si ()

No ()

Testigo (Si el participante es analfabeto)

Nombre:

CI:

Fecha:

Investigador

Nombre: Maritza Alexandra Abad G.

C.I: 0105056097

Fecha:

ANEXO N°9

FOTOGRAFÍAS DE LA INVESTIGACIÓN





