

UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN

ESCUELA DE POSGRADO



T E S I S

**Impacto de caries dental en la calidad de vida de escolares de
11 y 12 años de la I.E.I. N°34047 César Vallejo, Cerro de Pasco**

2016

Para optar el grado académico de Maestro en:

Odontología

Autora:

Bach. Anamelva Violeta SOLIS NIEVES

Asesor:

Mg. Alejandro Alfredo NAVARRO MIRAVAL

Cerro de Pasco – Perú - 2025

UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN

ESCUELA DE POSGRADO



T E S I S

**Impacto de Caries Dental en la Calidad de Vida de escolares de
11 y 12 años de la I.E.I. N°34047 César Vallejo, Cerro de Pasco**

2016

Sustentada y aprobada ante los miembros del jurado:

Mg. Dolly Luz PAREDES INOCENTE
PRESIDENTE

Mg. Franco Alfonso MEJIA VERASTEGUI
MIEMBRO

Mg. Jackie Marcelina ANDAMAYO FLORES
MIEMBRO



Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión
Escuela de Posgrado
Unidad de Investigación

INFORME DE ORIGINALIDAD N° 0231-2024- DI-EPG-UNDAC

La Unidad de Investigación de la Escuela de Posgrado de la Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión, ha realizado el análisis con exclusiones en el Software Turnitin Similarity, que a continuación se detalla:

Presentado por:
Anamelva Violeta SOLIS NIEVES

Escuela de Posgrado:
MAESTRÍA EN ODONTOLOGÍA

Tipo de trabajo:
TESIS

TÍTULO DEL TRABAJO:
**IMPACTO DE CARIES DENTAL EN LA CALIDAD DE VIDA DE ESCOLARES
DE 11 Y 12 AÑOS DE LA I.E.I. N°34047 CÉSAR VALLEJO, CERRO DE
PASCO 2016**

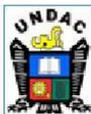
ASESOR (A): Mg. Alejandro Alfredo NAVARRO MIRAVAL

Índice de Similitud:
05%

Calificativo
APROBADO

Se adjunta al presente el informe y el reporte de evaluación del software similitud.

Cerro de Pasco, 11 de diciembre del 2024



Firmado digitalmente por:
BALDEON DIEGO Jheysen
Luis FAU 20154605046 soft
Motivo: Soy el autor del
documento
Fecha: 15/12/2024 23:03:32-0600

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE
Dr. Jheysen Luis BALDEON DIEGO
DIRECTOR

DEDICATORIA

A Dios por su dirección,
amor, bondad y nuevas fuerzas
en el proceso.

A mi familia por el afecto,
comprensión y su ejemplo de
esfuerzo y valentía.

AGRADECIMIENTO

A los docentes del Posgrado de la UNDAC, de la Maestría en Odontología, Dr. Gerardo AYALA DE LA VEGA, Mg. Cecilia RODRIGUEZ, Mg. Johnny CANALES HUARHUA, Dr. Luis MUCHA, Dr. Eliberto RUIZ RAMIREZ; por inculcarnos y alentarnos en la labor investigativa con su sabiduría, conocimientos y didáctica en la enseñanza. A los docentes de la facultad de Odontología de la UNDAC, a quienes me enseñaron con su ejemplo la ética, valores, responsabilidad, dedicación y diligencia para formarme profesionalmente.

A Director Lic Fernando LUQUILLAS RODRIGUEZ de I.E.I. N° 34047 César Vallejo, por brindarme la oportunidad de realizar la ejecución del proyecto de investigación en su digna institución y facilitarme las aulas e informaciones pertinentes.

Al Dr. Alejandro NAVARRO MIRAVAL, Docente – Asesor por sus apreciaciones, experiencia, exigencia investigativa y guía para la presente tesis.

A mis padres, hermanos y esposo por inculcarme en el crecimiento de mi formación académica de la profesión.

A la Organización Eclesiástica Evangélica del Ministerio y Misiones (OEEMM) por formarme en valores y principios cristianos.

A todos ellos, muchas gracias.

Anamelva V. SOLIS NIEVES

RESUMEN

Objetivo: Identificar el impacto de la caries dental en la calidad de vida de escolares de 11 y 12 años de la I.E.I. N° 34047 César Vallejo, Cerro de Pasco 2016.

Metodología: En el presente estudio de tipo descriptivo, transversal, de campo y correlacional, la población fue de 153 escolares; y se midió el nivel de caries dental pasado y presente en el índice CPOD y se utilizó el cuestionario Child-OIDP versión peruana para calcular en las personas la percepción subjetiva de cuanto se afectan los diversos desempeños que comprende la calidad de vida relacionada a la salud bucal. Los alumnos que presentaron el consentimiento informado de sus padres han sido incluidos en la investigación. La recolección de datos se realizó en dos tiempos, primero se utilizó el Child-OIDP validado con los escolares y luego se realizó el examen clínico odontológico para obtener los datos del CPOD individual. Se aplicó Rho de Spearman del puntaje CPOD y del Child-OIDP con el fin de correlacionar las variables. **Resultados:** Se obtuvo una correlación estadísticamente significativa baja entre caries dental y el impacto en las tareas cotidianas ($Rho=0.200$) y un $p= 0.034$. Los problemas autopercebidos que más generaron impacto fueron sensibilidad dental (83%), malposición del diente (70,5%), sangrado de encía (68,8%), diente cariado (64.3%), mal aliento (61.6%), color de diente (58.9%), diente separado (54.5%), dolor de diente (46%). **Conclusiones:** Existe impacto de la caries dental en la calidad de vida de escolares de 11 y 12 años de la I.E.I. N° 34047 César Vallejo, Cerro de Pasco 2016 con una correlación significativa baja.

PALABRAS CLAVE: Caries dental, calidad de vida, adolescentes.

ABSTRACT

Objective: Identify the impact of dental caries on the quality of life of 11 and 12 year old schoolchildren from the I.E.I. N° 34047 César Vallejo, Cerro de Pasco 2016.

Methodology: In this descriptive, transversal, field and correlational study, the population was 153 schoolchildren; and the level of past and present dental caries was measured in the index CPOD and the Peruvian version of the Child-OIDP questionnaire was used to calculate people's subjective perception of how much the various performances that comprise the quality of life related to oral health are affected. Students who presented informed consent from their parents have been included in the research. Data collection was carried out in two stages, first the Child-OIDP validated with schoolchildren was used and then the clinical dental examination was performed to obtain individual DMFT data. Spearman's Rho was applied to the DMFT and Child-OIDP scores in order to correlate the variables. **Results:** A low statistically significant correlation was obtained between dental caries and the impact on daily tasks ($Rho=0.200$) and $p= 0.034$. The self-perceived problems that had the most impact were tooth sensitivity (83%), tooth malposition (70.5%), bleeding gums (68.8%), decayed teeth (64.3%), bad breath (61.6%), color of tooth (58.9%), separated tooth (54.5%), tooth pain (46%). **Conclusions:** There is an impact of dental caries on the quality of life of 11 and 12 year old schoolchildren from the I.E.I. N° 34047 César Vallejo, Cerro de Pasco 2016 with a low significant correlation.

KEYWORDS: Dental caries, quality of life, adolescents.

INTRODUCCIÓN

La salud oral es un componente de la salud general, puede ser definida como un estado de confort a nivel corporal, mental y social asociados con la dentición humana, considerando también los tejidos circundantes duros y blandos de la boca (1). Los niños peruanos presentan entre las lesiones más habituales la caries dental, los indicadores clínicos sirven para analizarlos (2). El proceso de caries por lo general es lento y daña el esmalte, dentina, cemento y puede avanzar hasta la destrucción de la pieza dentaria cuando no hay alguna intervención recuperativa (3).

En el 2005 el MINSA (Ministerio de Salud) reportó que el 90% de los niños en edad escolar presentan caries dentales, teniendo las áreas urbanas una mayor frecuencia que las rurales. La fluorización de la sal y el fomento de acciones preventivas fueron dos intervenciones de salud pública, empero no hubo programas de seguimiento, control y monitoreo (4)

Debido a la ausencia de estudios locales relacionados a caries dental y su repercusión en actividades cotidianas que involucran la calidad de vida, es menester efectuar un estudio diligente y así entender la realidad en su contexto. Evaluando los efectos que se perciben en las 8 dimensiones de las tareas diarias en la población de estudio (alumnos de edades 11 y 12 años), para ello se empleó como instrumento de evaluación el Child-OIDP lo cual está validado en lengua español y culturalmente adaptado a nuestro país (5), realizando posteriormente un procesamiento, análisis de datos y tratamiento estadístico.

La autora

INDICE

Página

DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTO	
RESUMEN	
ABSTRACT	
INTRODUCCIÓN	
ÍNDICE	
ÍNDICE DE TABLAS	
ÍNDICE DE GRÁFICOS	

CAPITULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1.	Identificación y Determinación del Problema.....	1
1.2.	Delimitación de la investigación	4
1.3.	Formulación del Problema	6
	1.3.1. Problema General:.....	6
	1.3.2. Problemas Específicos:	6
1.4.	Formulación de Objetivos.....	7
	1.4.1. Objetivo General.	7
	1.4.2. Objetivos Específicos	7
1.5.	Justificación de la investigación	8
1.6.	Limitaciones de la investigación.....	9

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1.	Antecedentes del estudio	11
2.2.	Bases teóricas- científicas.....	15
2.3.	Definición de términos básicos.....	25
2.4.	Formulación de hipótesis.....	27

2.4.1. Hipótesis General	27
2.4.2. Hipótesis Específicas.....	27
2.5. Identificación de variables.	28
2.6. Definición operacional de variables e indicadores.....	28

CAPITULO III

METODOLOGIA Y TECNICAS DE INVESTIGACION

3.1. Tipo de investigación:.....	29
3.2. Nivel de Investigación:.....	29
3.3. Método de investigación:.....	29
3.4. Diseño de investigación:.....	29
3.5. Población y muestra	30
3.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	31
3.7. Selección, Validación y Confiabilidad de los instrumentos.....	33
3.8. Técnicas de procesamiento y análisis de datos	34
3.9. Tratamiento estadístico	34
3.10. Orientación ética, filosófica y epistémica	34

CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSION

4.1. Descripción del trabajo de campo	36
4.2. Presentación, análisis e interpretación de resultados.	37
4.3. Prueba de Hipótesis	49
4.4. Discusión de resultados	51

CONCLUSIONES

RECOMENDACIONES

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANEXOS

INDICE DE TABLAS

	Página
Tabla 1 Indicador Global Básico de Salud bucal, OMS	21
Tabla 2. Etapas y característica poblacional del CPOD.....	21
Tabla 3 Correlación del impacto de la caries dental en la calidad de vida de escolares de 11 y 12 años de la I.E.I. N° 34047 César Vallejo, Cerro de Pasco 2016.	37
Tabla 4 Distribución de frecuencias según dolor de muela.	37
Tabla 5 Distribución de frecuencias según diente sensible.	38
Tabla 6. Distribución de frecuencias según diente cariado.....	38
Tabla 7. Distribución de frecuencias según caída de diente de leche.....	38
Tabla 8. Distribución de frecuencias según diente separado	38
Tabla 9. Distribución de frecuencias según fractura de diente.	38
Tabla 10. Distribución de frecuencias según color de diente.....	39
Tabla 11. Distribución de frecuencias según forma de diente.	39
Tabla 12. Distribución de frecuencias según posición de diente.	39
Tabla 13. Distribución de frecuencias según sangrado de encía.	39
Tabla 14. Distribución de frecuencias según inflamación de encía.	39
Tabla 15. Distribución de frecuencias según sarro.	40
Tabla 16. Distribución de frecuencias según herida en boca.	40
Tabla 17. Distribución de frecuencias según mal aliento.	40
Tabla 18. Distribución de frecuencias según deformación de boca.	40
Tabla 19. Distribución de frecuencias según erupción de diente permanente.	40
Tabla 20. Distribución de frecuencias según pérdida de diente permanente.....	41
Tabla 21. Distribución de frecuencias según la Dimensión Comer de escolares de 11 y 12 años de la I.E.I. N° 34047 César Vallejo, Cerro de Pasco 2016.	41

Tabla 22. Distribución de frecuencias según la Dimensión Hablar de escolares de 11 y 12 años de la I.E.I. N° 34047 César Vallejo, Cerro de Pasco 2016	42
Tabla 23. Distribución de frecuencias según la Dimensión Limpiar de escolares de 11 y 12 años de la I.E.I. N° 34047 César Vallejo, Cerro de Pasco 2016.	43
Tabla 24. Distribución de frecuencias según la Dimensión Dormir de escolares de 11 y 12 años de la I.E.I. N° 34047 César Vallejo, Cerro de Pasco 2016	44
Tabla 25. Distribución de frecuencias según la Dimensión Emoción de escolares de 11 y 12 años de la I.E.I. N° 34047 César Vallejo, Cerro de Pasco 2016.	45
Tabla 26. Distribución de frecuencias según la Dimensión Sonreír de escolares de 11 y 12 años de la I.E.I. N° 34047 César Vallejo, Cerro de Pasco 2016.	46
Tabla 27. Distribución de frecuencias según la Dimensión Estudiar de escolares de 11 y 12 años de la I.E.I. N° 34047 César Vallejo, Cerro de Pasco 2016.	47
Tabla 28. Distribución de frecuencias según la Dimensión Socializar de escolares de 11 y 12 años de la I.E.I. N° 34047 César Vallejo, Cerro de Pasco 2016.	48
Tabla 29. Prueba de Normalidad	49

INDICE DE GRÁFICOS

	Página
Gráfico 1. Índice ceo-d y CPO-D del Seguro Social del Perú	22
Gráfico 2. Distribución de frecuencias según la Dimensión Comer de escolares de 11 y 12 años de la I.E.I. N° 34047 César Vallejo, Cerro de Pasco 2016.....	41
Gráfico 3. Distribución de frecuencias según la Dimensión Hablar de escolares de 11 y 12 años de la I.E.I. N° 34047 César Vallejo, Cerro de Pasco 2016.....	42
Gráfico 4. Distribución de frecuencias según la Dimensión Limpiar de escolares de 11 y 12 años de la I.E.I. N° 34047 César Vallejo, Cerro de Pasco 2016.....	43
Gráfico 5. Distribución de frecuencias según la Dimensión Dormir de escolares de 11 y 12 años de la I.E.I. N° 34047 César Vallejo, Cerro de Pasco 2016.....	44
Gráfico 6. Distribución de frecuencias según la Dimensión Emoción de escolares de 11 y 12 años de la I.E.I. N° 34047 César Vallejo, Cerro de Pasco 2016.....	45
Gráfico 7. Distribución de frecuencias según la Dimensión Sonreír de escolares de 11 y 12 años de la I.E.I. N° 34047 César Vallejo, Cerro de Pasco 2016.....	46
Gráfico 8. Distribución de frecuencias según la Dimensión Estudiar de escolares de 11 y 12 años de la I.E.I. N° 34047 César Vallejo, Cerro de Pasco 2016.....	47
Gráfico 9. Distribución de frecuencias según la Dimensión Socializar de escolares de 11 y 12 años de la I.E.I. N° 34047 César Vallejo, Cerro de Pasco 2016.....	48

CAPITULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1. Identificación y Determinación del Problema

La caries es el producto de la disolución química en el órgano dentario, es crónico y el proceso por lo general es lento y daña el esmalte, dentina, cemento y puede avanzar hasta la destrucción de la pieza dentaria cuando no hay alguna intervención recuperativa (3).

Según la OMS menciona sobre la CVRSB (calidad de vida relacionado a la salud bucal), una apreciación de un individuo respecto a su estado de confort de las piezas dentarias, estructuras vecinas duras y blandas, en su desenvolvimiento cotidiano considerando situaciones, experiencias, modelos, patrones, posibilidades entorno a su contexto (6).

Mundialmente la tendencia de caries es distinto desde hace dos décadas: se ha podido observar que en países con más desarrollo económico se ha reducido por iniciativas de salud pública, mientras que ha aumentado en países subdesarrollados por el aumento de la ingesta de azúcar y la incorrecta fluorización (7). La caries sin tratar se encuentra entre las afecciones de salud oral más prevalentes en todo el mundo, que afectan al 100% de individuos de 12 años de edad que viven en países de ingresos bajos y al 80% de quienes viven en los países de ingresos medios bajos. Por lo general estas lesiones

continúan a mayor edad con el incremento de más dientes, así como la carga de morbilidad(8).

A nivel de Latino América y el Caribe en diferentes estudios realizados a poblaciones de de 5 a 6 años de edad y de 11 a 13 años, más de la mitad tenían caries además que la mayor tasa de caries sin tratar del mundo entero está en la región tropical de América Latina (8).

En el 2005 en nuestro país, el MINSA (Ministerio de Salud) publicó que la caries afecta al 90% de personas en edad escolar, siendo las áreas urbanas con mayor porcentaje que las áreas rurales (90.6% y 88.7% respectivamente). La media de ceod/CPOD (cantidad de piezas dentarias con caries, piezas perdidas y obturadas en dentición temporal y permanente) resultó con 5.84 y la media de CPOD para 12 años en nuestro país resultó 3.67 (4). Según el II Estudio Nacional de Salud Bucal realizado desde el año 2012 hasta el 2014, la Caries dental afectó al 85.6% de personas en edad escolar de 3 a 15 años, siendo el porcentaje de caries dental en nuestra región Pasco 98.9%, el más alto comparado a las otras regiones del país; otro estudio del 2013 realizado en el Seguro Social de Salud (incluyendo sus 28 redes asistenciales), el CPOD-12 resultó 4.98, con una mediana 5, la prevalencia fue 90.4% (9). Además, para el año 2015 el índice de CPOD de niños (0 a 11 años de edad) fue de 8.5 en nuestra región (según el Coordinador de la Estrategia de Salud Bucal de la DIRESA Pasco), como vemos el problema es álgido a nivel local, siendo necesario una pronta y urgente intervención.

El lugar elegido para el estudio, es una institución educativa pública, se ha visto que los escolares presentan caries dental, y éste lugar se encuentra ubicado en una zona urbana que pertenece al distrito de Yanacancha, de nuestra provincia y región Pasco. Altitud cerca de 4380 m.s.n.m., según la clasificación de los pisos ecológicos correspondiente a puna o jalca (10).

Tanto las condiciones sociales y económicas repercuten en la enfermedad de caries dental y a su vez está influenciada por una serie de variables del comportamiento, de nivel social y demográfico (8). Además, ésta enfermedad multifactorial se da por la interacción de tres factores primordiales: los cuales son el huésped (concerniente a la frecuencia de limpieza oral, la cantidad de saliva, su ph y composición, y las particularidades de las piezas dentarias), los microorganismos y también el sustrato (dieta), que conlleva a la pérdida de minerales de las estructuras duras de las piezas dentarias. Las bacterias van a proliferar en un sustrato constituido por carbohidratos originando ácidos que desmineralizan el esmalte, y así ocasionan un desequilibrio microbiano donde aumentan colonias de bacterias que dependen del azúcar (11).

Si los dientes con caries dental no reciben atención oportuna en sus estadios iniciales, la pulpitis reversible (que es una inflamación de la pulpa) se puede tornar en una pulpitis irreversible y termina con la vida de la pieza dentaria conllevando a una necrosis de la pulpa, ocasionando su destrucción y pérdida (12). Considerando la óptica de la persona afectada por caries, éstas pueden influir en su vida cotidiana por la presencia de dolor, dificultad para masticar y otras actividades comunes, esto puede conllevar a perder el apetito y por consiguiente bajar de peso; además de otras consecuencias como no poder dormir, dificultades psicológicas y emocionales (mostrándose más enojadizo, con poca autoestima, percepción negativa de cómo lo ven las personas de su edad), así entendemos que la caries dental no sólo afecta a la salud de la boca pues también repercute en la calidad de vida de la persona y a los de su entorno (3).

Conocemos que se realizan revisiones clínicas odontológicas objetivas para obtener los indicadores epidemiológicos, empero su dificultad consiste en no poder registrar el estado de confort de las personas ni su repercusión en las

actividades cotidianas, pero la calidad de vida asociada a la salud bucal trata esas áreas de la vida (13). Por lo tanto, ésta investigación busca generar conocimientos acerca de la caries dental y su repercusión sobre la calidad de vida de una población tan vulnerable como son los escolares de edades de 11 y 12 años.

1.2. Delimitación de la investigación

El propósito de la investigación fue determinar si existe impacto de la presencia de caries dental en la calidad de vida relacionada a la salud bucal de los escolares, y de ser así, determinar cuál es el grado de intensidad; la forma en que se perciben los síntomas de caries dental en cada una de las 8 dimensiones que involucra la segunda variable, calidad de vida, en el contexto de vida familiar, vida social actividades (en el colegio y ocio), salud mental y física (3). Así también fue importante y necesario conocer respecto a la primera variable, impacto de caries dental, su historia a través del promedio del índice de CPOD (+ceod), y su prevalencia en la muestra.

La presente investigación corresponde al área de Salud Humana, la línea de investigación Estudio de la Salud, la enfermedad y la Salud Pública y a la sub línea de investigación Salud Bucodental y Enfermedades sistémicas.

Delimitación espacial: El lugar donde se desenvuelve la problemática y donde se llevó a cabo el estudio, está en las instalaciones de la Institución Educativa Integrada N°34047 “César Vallejo”, lo cual está ubicado en la avenida La Cultura 2, en la unión con la avenida El Minero, en el Centro Poblado Columna Pasco, distrito de Yanacancha, ciudad de Cerro de Pasco.

Específicamente el estudio se aplicó a los alumnos que están considerados en los cuatro salones del sexto grado “A”, “B”, “C” y “D” del nivel primaria y tres salones del primer grado “A”, “B” y “C” del nivel secundaria, que tienen un máximo de 26 alumnos. Realizando en sus aulas correspondientes donde realizan sus actividades educativas.

Delimitación temporal: En la presente investigación se recogieron los datos desde la primera semana del mes de noviembre del Año Académico 2016 (cuarto bimestre), iniciando el jueves 3 de noviembre y terminando el miércoles 9 de noviembre, considerando las horas pedagógicas de los docentes que accedieron para el estudio y la existencia de dos turnos por día (para las edades del estudio), mañana y tarde.

En cada salón de clases, la primera parte fue la administración de la encuesta que demoró un tiempo de 30 minutos aproximadamente y luego la revisión clínica que duró cerca de 10 minutos por cada escolar.

Delimitación del Universo: La investigación estuvo dirigida a los escolares de 11 y 12 años matriculados en el 6to grado del nivel primaria y 1er grado del nivel secundaria según la nómina de matrícula 2016, siendo similar la cantidad de escolares varones y mujeres, resultando en su totalidad de nacionalidad peruana, son escolares con un entorno familiar académico según escolaridad de la madre: más del 50% con nivel secundario, 19% con nivel primario, 14% con nivel superior y aproximadamente 17 % sin escolaridad. Cerca del 88% de los escolares tienen a sus padres (madre y padre) vivos, en el restante sólo uno de los padres vive. De la población de la investigación no se encontró casos de alumnos que trabajen y el 3% presentaron discapacidad intelectual. Estos datos se obtuvieron de la nómina mencionada líneas arriba.

Delimitación conceptual: Existe bibliografía actualizada respecto al impacto de la caries dental en la calidad de vida en diversos grupos de edad, teniendo en cuenta los instrumentos de las encuestas, que miden el impacto de las afecciones orales en la calidad de vida relacionada a la salud bucal.

Ya para el año 2013 un Artículo de Revisión tuvo el objetivo de determinar la existencia de estudios enfocados en la asociación de historia de caries y calidad de vida de vida relacionada a salud bucal, usando instrumentos validados; teniendo como resultado de un total de 311 artículos, 6 de ellos

asociaban directamente la historia de caries dental y la calidad de vida. El instrumento utilizado fue el cuestionario Child-OIDP, (creado por Gherunpong S, Tsakos G, Sheiman A, en el 2003) y consta de 8 dimensiones a evaluar (Comer, Hablar, Limpiar, Dormir, Emoción, Sonreír, Estudiar y Socializar). Éstos 6 estudios difieren en sus conclusiones, mostrando 2 sin asociación significativa, otros con asociación significativa y hasta con alto impacto (3). Por consiguiente, en el estudio abordamos los temas de historia de caries dental (índice CPOD) como lo establece la OMS considerando su grado de severidad y la calidad de vida relacionada a la salud bucal considerando éstas 8 dimensiones mencionadas, siendo óptimo su aplicación para las edades de 11 y 12 años.

1.3. Formulación del Problema

La caries dental puede afectar desfavorablemente la calidad de vida de un niño o adolescente, éstas pueden llegar a doler, complicaciones en el comer, hablar, alterar el aspecto de los dientes y hacer que las personas se sientan avergonzadas o con baja autoestima. Asimismo por la incomodidad e inadvertencias que produce puede perjudicar la concentración y el rendimiento académico (13).

1.3.1. Problema General:

¿Existe impacto de la caries dental en la calidad de vida de escolares de 11 y 12 años de la I.E.I N° 34047 César Vallejo, Cerro de Pasco 2016?

1.3.2. Problemas Específicos:

- ¿Cómo es el impacto de los síntomas de caries dental en el desempeño Comer de los escolares de 11 y 12 años de la I.E.I. N° 34047 César Vallejo, Cerro de Pasco 2016?
- ¿Cómo es el impacto de los síntomas de caries dental en el desempeño Hablar de los escolares de 11 y 12 años de la I.E.I. N° 34047 César Vallejo, Cerro de Pasco 2016?

- ¿Cómo es el impacto de los síntomas de caries dental en el desempeño Limpiar de los escolares de 11 y 12 años de la I.E.I. N° 34047 César Vallejo, Cerro de Pasco 2016?
- ¿Cómo es el impacto de los síntomas de caries dental en el desempeño Dormir de los escolares de 11 y 12 años de la I.E.I. N° 34047 César Vallejo, Cerro de Pasco 2016?
- ¿Cómo es el impacto de los síntomas de caries dental en el desempeño Emoción de los escolares de 11 y 12 años de la I.E.I. N° 34047 César Vallejo, Cerro de Pasco 2016?
- ¿Cómo es el impacto de los síntomas de caries dental en el desempeño Sonreír de los escolares de 11 y 12 años de la I.E.I. N° 34047 César Vallejo, Cerro de Pasco 2016?
- ¿Cómo es el impacto de los síntomas de caries dental en el desempeño Estudiar de los escolares de 11 y 12 años de la I.E.I. N° 34047 César Vallejo, Cerro de Pasco 2016?
- ¿Cómo es el impacto de los síntomas de caries dental en el desempeño Socializar de los escolares de 11 y 12 años de la I.E.I. N° 34047 César Vallejo, Cerro de Pasco 2016?

1.4. Formulación de Objetivos

1.4.1. Objetivo General.

Determinar el impacto de la caries dental en la calidad de vida de escolares de 11 y 12 años de la I.E.I. N° 34047 César Vallejo, Cerro de Pasco 2016.

1.4.2. Objetivos Específicos

- Determinar el impacto de los síntomas de caries dental en el desempeño Comer de los escolares de 11 y 12 años de la I.E.I. N° 34047 César Vallejo, Cerro de Pasco 2016.

- Determinar el impacto de los síntomas de caries dental en el desempeño Hablar de los escolares de 11 y 12 años de la I.E.I. N° 34047 César Vallejo, Cerro de Pasco 2016.
- Determinar el impacto de los síntomas de caries dental en el desempeño Limpiar de los escolares de 11 y 12 años de la I.E.I. N° 34047 César Vallejo, Cerro de Pasco 2016.
- Determinar el impacto de los síntomas de caries dental en el desempeño Dormir de los escolares de 11 y 12 años de la I.E.I. N° 34047 César Vallejo, Cerro de Pasco 2016.
- Determinar el impacto de los síntomas de caries dental en el desempeño Emoción de los escolares de 11 y 12 años de la I.E.I. N° 34047 César Vallejo, Cerro de Pasco 2016.
- Determinar el impacto de los síntomas de caries dental en el desempeño Sonreír de los escolares de 11 y 12 años de la I.E.I. N° 34047 César Vallejo, Cerro de Pasco 2016.
- Determinar el impacto de los síntomas de caries dental en el desempeño Estudiar de los escolares de 11 y 12 años de la I.E.I. N° 34047 César Vallejo, Cerro de Pasco 2016.
- Determinar el impacto de los síntomas de caries dental en el desempeño Socializar de los escolares de 11 y 12 años de la I.E.I. N° 34047 César Vallejo, Cerro de Pasco 2016.

1.5. Justificación de la investigación

Teórica: Con los resultados se obtuvo una visión general subjetiva y objetiva del individuo, generando saberes acerca de la repercusión que produce la existencia de caries dental de una determinada población en su calidad de vida, los resultados obtenidos serán como base para otros estudios a nivel regional, nacional o internacional. Es así que la investigación adquiere

una especial relevancia teórica puesto que se basó en antecedentes de estudios realizados y esto le darán sustento para poder interpretar los resultados de nuestra investigación.

Práctica: Las conclusiones del estudio tienen el potencial de concientizar a los diferentes actores involucrados con los determinantes sociales de la salud, en la importancia de enfatizar en la población respecto a promover la salud bucal y prevenir enfermedades, así como en los tratamientos recuperativos odontológicos. Se busca proponer la implementación de políticas públicas efectivas y mejorar los programas de salud bucal, vigilando y controlando su efectividad en grupos de vulnerabilidad.

Metodológica: Así mismo tendrá una especial importancia metodológica, puesto que además del instrumento que se usa para la medida de caries dental en una comunidad (índice de CPOD) se utilizó también un instrumento que tiene validez en el español y está adaptado culturalmente al Perú por Bernabé (2008), el cuestionario Child-OIDP, para evaluar cuánto y de qué manera ha sido afectado la calidad de vida de los escolares, con pruebas de confiabilidad del instrumento y calibración necesaria. Y para saber cómo se correlacionan las variables de los puntajes de CPOD y de Child-OIDP se empleó el Rho de Spearman. Por lo tanto de manera complementaria se pueden utilizar estos instrumentos para las futuras investigaciones, lo cual es un aporte para la ciencia.

1.6. Limitaciones de la investigación

Como limitaciones internas podemos mencionar que los resultados obtenidos son sólo válidos para nuestra población de estudio. Asimismo fue la limitación de los recursos económicos, de tiempo, de materiales (instrumentales) caso contrario se hubiera realizado un estudio aplicativo más amplio considerando más grupos de edad,

En las limitaciones externas se puede considerar, el caso si los escolares mienten en su respuesta al cuestionario, lo cual no depende de mi persona como investigador, además de los fenómenos atmosféricos de lluvias intensas por esa época del año que muchas veces interfieren que los alumnos asistan a clases por enfermedades respiratorias.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1. Antecedentes del estudio

En el 2004 Gherunpong, Tsakos y Sheiham, efectuaron una investigación acerca de la Prevalencia y gravedad de los impactos orales en el desempeño diario de los niños de escuelas de primaria tailandesas, cuyo **objetivo** fue evaluar la prevalencia, características y gravedad de los impactos bucales en niños de las escuelas de primaria. Este estudio fué transversal de 1126 niños con edades de 11 y 12 años en una zona de la provincia de Suphanburi en Tailandia. Se usó como instrumento de la calidad de vida relacionada a la salud bucal el Child-OIDP, que es un índice de los impactos bucales infantiles en las diferentes desempeños que incluyen las tareas cotidianas, así también se revisó la cavidad oral de ellos. Obteniéndose como **resultados**, que el porcentaje de caries respecto al total de examinados fue bajo (43.1% estaban libres de caries), los puntajes de CPOD variaron de 0 a 12, con una media de 1.5 y mediana de 1.0. La prevalencia de impactos orales fue alta, el 89.8% habían experimentado algún tipo de impacto bucal. No hubo diferencias entre impactos en niñas y niños, los impactos en el desempeño Comer fue más prevalente (72.9%), Emoción (58.1%), Limpiar (48.5%), Sonreír (40.1%). Respecto a la intensidad de impacto, el 18.7% fue severo, el 2.6%

muy severo, 15.9% tuvo muy poco, el 31.1% poco y el 31.7% tuvo intensidad de impactos moderada. Los problemas que provocaron impactos fueron sensibilidad dental (27,9%), úlceras o heridas en boca (25,8%), dolor dental (25,1%) y diente temporal exfoliante (23,4%). **Conclusiones:** La salud oral repercute en la calidad de vida de los niños de escuelas de primaria de Tailandia, los impactos bucales tuvieron frecuencia pero poca severidad. Los impactos se asociaron fundamentalmente con la dificultad para comer y sonreír. La sensibilidad, dolor de muelas, las úlceras bucales y los procesos naturales fueron causas en gran medida a la incidencia de impactos bucales. (14).

El 2013 en Chile, Moreno, Vera y Cartes, Investigaron el “Impacto de la salud bucal en la calidad de vida de escolares de 11 a 14 años, Licantén, 2013” con el **objetivo** de evaluar la calidad de vida relacionada con la salud bucal a través del índice Child-OIDP en escolares de 11 a 14 años del sitio mencionado. Fueron 203 estudiantes, el cuestionario mencionado comprende 8 dimensiones o desempeños donde se mide el impacto de las condiciones bucale en las tareas cotidianas. Los **resultados** fueron los siguientes: Las afecciones orales que afectaron con más frecuencia fueron Color de dientes (42.4%) y posición de dientes (41.9%). La prevalencia de impactos fue de 68%, (tuvieron de uno a más impactos), concerniente a la intensidad de los impactos, el 71% fue muy leve, el 17.4 leve, moderado el 10.1, el 1.5 severo; las actividades cotidianas más perjudicadas fueron Comer 39.9%, sonreír 34.5% y limpieza 32.2%. **Conclusiones:** Los problemas bucales son de manera frecuentes en los niños de Licantén y éstos interfieren de forma significativa en la realización de actividades cotidianas (15).

El 2014 Paredes y Díaz desarrollaron una investigación del Impacto de las condiciones bucales sobre la calidad de vida en escolares del Distrito de San Juan de Miraflores, Lima, Perú. Siendo el **objetivo** Determinar el impacto

de las condiciones bucales sobre la calidad de vida relacionada a la salud bucal (CVRSB) en escolares de 11 y 12 años de edad de la institución educativa César Vallejo del mencionado lugar, a través del Cuestionario Child- ODP en el año 2013. Donde se evaluaron a 169 estudiantes, usando el instrumento Child-ODP (validado en el Perú), teniéndose como **Resultados:** Impacto en las Dimensiones Comer 55%, hablar 24.9%, Limpiar 41.4%, dormir 22.5%, emoción 16%. Sonreír 47.3%, estudiar 18.3%, socializar 20.7%. Las condiciones o causales de impacto más frecuentes fueron dolor de muela (60.9%), diente sensible (51.5%), diente cariado (26%). La intensidad de los impactos fue muy poca 38.5%, poca 33.7%, moderada 22.5% y como **Conclusiones** El puntaje del impacto respecto de las situaciones bucales sobre la calidad de vida fue de 100% de escolares tuvieron impacto, se evidenció al menos un desempeño diario con impacto, y siendo las de mayor impacto en Comer y Sonreír (2).

El 2014 Castillo, Evangelista y Sánchez efectuaron un estudio del Impacto de las condiciones bucales sobre la calidad de vida en escolares del ámbito rural, Piura, Perú. Con el **objetivo** de Evaluar el impacto de las condiciones bucales en la CVRSB de niños de 11-12 años de edad del mencionado lugar. Se empleó el Child ODP en español en 150 estudiantes, donde se considera 17 condiciones bucales y su repercusión en 8 tareas o desempeños diarios. Se obtuvieron como **Resultados:** El 88,7% presentaron al menos un Desempeño afectado, siendo la media del número de desempeños afectados $3,01 \pm 2,20$; la media de los impactos orales o Índice Child-ODP fue de $7,05 \pm 7,23$. La prevalencia en los desempeños fueron: Comer 62.7%, hablar 38.7%, limpiar 60%, dormir 24.7%, emoción 40.7%, sonreír 32.7%, estudiar 20% y socializar 22%. Los problemas más frecuentes de impacto fueron dolor de dientes 58% y sensibilidad dentaria 32.7%, las de menos frecuencia fueron fractura de dientes y sangrado de encías. La intensidad de

los impactos fue 67.7% muy poca, 21.8% poca, 9.8% moderada.

Conclusiones: La media global de los impactos orales fue bajo en escolares del área rural de Piura. No presentaron desigualdades significativas según sexo o nivel educativo (13).

El 2017 Sánchez y Herrera, efectuaron una investigación del Impacto de las condiciones orales sobre la calidad de vida en escolares de 11 y 12 años de edad de Zapallal-Puente Piedra. Con el **objetivo** de evaluar el impacto de las condiciones orales sobre la calidad de vida de éstos escolares de 11 y 12 años del sitio mencionado. Fueron seleccionados 4 de 7 instituciones públicas educativas, 805 de 903 escolares confirmaron participar en el estudio, el modo para recolectar datos fueron entrevistas estructuradas cara a cara, se usó el cuestionario Child- ODP en la versión peruana. Obteniéndose como **Resultados:** La prevalencia de impacto fue de 82%, siendo generalmente de poca o muy poca intensidad de los que presentaron impacto, las tareas cotidianas más impactadas fueron Comer, Limpiar y Sonreír, el número promedio de tareas cotidianas afectadas fue 2.23 +1.70. **Conclusiones:** El problema bucal que más impacto ocasionó en casi todas las tareas cotidianas o desempeños fue el dolor de diente, con la exclusión de sonreír que fue causado generalmente por la malposición dentaria. Los hallazgos del estudio demuestran el valor de evaluar las necesidades autopercebidas para complementar los indicadores clínicos que a menudo se emplean para conocer la necesidad de terapia bucal así como para organizar los servicios de atención de salud bucal en la comunidad (17).

El 2019 Vélez, Villavicencio y Cevallos realizaron un estudio del Impacto de la experiencia de caries en la calidad de vida relacionada a la salud bucal, Machángara, Ecuador. Con el **objetivo** de Asociar los niveles de la experiencia de caries dental con los niveles de impacto de las condiciones orales en la calidad de vida relacionada a la salud bucal. las condiciones bucales sobre la

CVRSB, además de considerar la experiencia de caries pasada y presente. Fue una investigación descriptiva, transversal, relacional; realizado a 118 estudiantes de 12 años, aplicándose el indicador CPOD y el Child OIDP en su versión peruana. Además se empleó la Rho de Spearman para la correlación de variables. Teniéndose como **Resultados:** No se evidenció correlación estadísticamente significativa entre la puntuación de CPOD y el impacto en las tareas cotidianas o desempeños ($Rho = -0.061$), pero hubo relación entre los puntajes muy altos del CPOD y los puntajes muy bajos de impacto y viceversa. **Conclusiones:** La relación entre experiencia de caries dental y calidad de vida es inversa en personas con altos índices de CPOD (5).

2.2. Bases teóricas- científicas

Caries Dental:

Es una disbiosis que se manifiesta fundamentalmente por una ingesta elevada de azúcares fermentables. Una variación en la proporción y el equilibrio entre los distintos tipos de bacterias de la flora bucal se conoce como disbiosis (18)

Se refiere a la desintegración gradual, rápida, extensa de las estructuras duras del diente, acarreado diversas incomodidades y complicaciones conllevando a perder los dientes. Esto se produce a causa de sustancias ácidas que son fabricadas por organismos bacterianos que son parte de la microbiota oral. Cualquier pieza dentaria es susceptible de padecerla y pueden presentarse desde poca edad (19).

La caries dental es descrita por la OMS como un proceso multifactorial localizado que comienza después de la erupción de los dientes y resulta en el ablandamiento del tejido duro de la pieza dentaria, que eventualmente puede desarrollar la creación de una cavidad. Esta condición afecta la salud general y la calidad de vida de la población si no se aborda de manera oportuna. Es una enfermedad que puede aquejar a personas de cualquier edad, género o raza y

las personas de una situación socioeconómica baja son los más afectados. Éste factor está estrechamente asociado con un bajo nivel educativo, la ingesta de más alimentos con exceso de sacarosa entre comidas y el mayor tiempo en que este tipo de alimentos persisten en la boca (1).

Etiología:

La caries dental es una afección compleja que se puede evitar y en sus primeras etapas es reversible. Se compone de un daño dental provocado por la pérdida de minerales de la capa externa de los dientes. Comienza con el deterioro en el esmalte y avanza a través de la dentina y finalmente llega a la pulpa, lo que puede ocasionar la remoción de los dientes; es uno de los trastornos bucales más prevalentes y afectan entre el 60% y el 90% de escolares y casi todos los adultos a nivel mundial. Respecto a su etiología es multifactorial y conlleva interacciones de factores propios de la cavidad bucal (piezas dentarias, saliva, bacterias bucales), conductuales (hábitos alimenticios, prácticas de higiene bucal), comunitarios (referente a sistema de atención de salud bucal). Para que pueda surgir la caries, la placa dental se debe disponer sobre el diente que se coloniza por bacterias (como el *Streptococcus mutans*) que son capaces de elaborar ácidos usando los carbohidratos de los alimentos, así cuando el pH cae por debajo de 5.5 se desencadena la desmineralización del esmalte del diente (20).

Por lo tanto como factores etiológicos denominamos como la Triada de Keyes a la interacción del huésped (diente), el agente (bacterias) y factores ambientales (dieta-sustrato) a lo cual se añaden otros factores moduladores o secundarios como el factor tiempo, la edad, la salud general, administración de fluoruros, grado de instrucción, experiencias pasadas de caries, grupo epidemiológico, y aspectos del comportamiento humano, la manifestación de estos factores puede ser decisivos para el instauración de la enfermedad según cada organismo (1).

Evolución de la Caries Dental

Lesión en Esmalte

El tejido del esmalte se constituye como el tejido más mineralizado del cuerpo humano, que está constituido por un 3% de agua, 1% de sustancia orgánica y 96% de sustancia inorgánica (cristales de hidroxiapatita). Cuando hay una lesión de caries los espacios entre los cristales se dilatan, así se incrementa la porosidad disminuyendo su translucidez y el índice de refracción debido al aumento de agua y la proporción orgánica. El pH salival normalmente oscila entre 6.2 y 6.8 pero en las lesiones de caries el pH cae a 5.5 debido a la actividad de los ácidos, lo que hace que los cristales se rompan y se propaguen al exterior, lo que provoca la desmineralización, en este punto participa la acción buffer de la saliva, tornando estable el pH y generando la remineralización donde se integran nuevos cristales en la superficie dental. No habrá disminución ni incremento de minerales mientras la dinámica de caries dental que se define como un proceso de pérdida y absorción de minerales se mantenga en equilibrio, sin embargo se produce una pérdida si éste equilibrio se altera favoreciendo la desmineralización, lo cual se expresa de forma clínica como una zona blanquecina sin cavidad que se denomina mancha blanca o lesión de caries incipiente, esto es reversible y no amerita terapias intrusivas (1).

Lesión en Dentina

La dentina y la pulpa conforman una unidad biológica y pueden responder de forma paralelamente. La dentina está compuesta por diez por ciento de agua, setenta por ciento de sustancia inorgánica (cristales de hidroxiapatita) y veinte por ciento de sustancia orgánica (fibras colágenas tipo I, glicosaminoglicanos, proteoglicanos y factores de crecimiento); contiene internamente la prolongación de células odontoblásticas lo cual se denomina proceso odontoblástico, lo que le confiere la permeabilidad y sensibilidad.

Dependiendo de la medida de infiltración, cuando el proceso de caries llega al límite amelodentinario, los ácidos que se forman se difunden a los túbulos dentinarios y finalmente afectan a la pulpa ocasionando modificaciones tales como la esclerosis tubular, el desarrollo de dentina reactiva o la aparición de células inflamatorias a nivel de la pulpa. La invasión bacteriana de los túbulos se realiza en la dentina superficial de forma delimitada en lesiones de dentina no cavitadas, y la medida de desmineralización se da por el creciente metabolismo de las bacterias que también conduce al deterioro de la matriz orgánica. En las lesiones de dentina cavitadas se realiza una incursión generalizada de bacterias con un apresurado crecimiento a través de los túbulos, así en áreas libres y en zonas como las fosas y fisuras de los dientes, la morfología de ésta lesión se asemeja a un cono truncado donde su base mayor está orientado al límite amelodentinario (1).

Lesión en cemento

Los cristales de hidroxiapatita constituyen la porción inorgánica y conforma el 45% de la estructura del cemento, las fibras de colágeno de tipo I que son la porción orgánica constituyen el 22%, el restante 33% lo constituye el agua. Para que se produzca esta forma de lesión existe una retracción gingival o se pueden perder tejidos del periodonto y así el cemento queda expuesto al entorno bucal. Las fibras de Sharpey están incrustadas en el espacio del cemento, la presencia de placa bacteriana en éste tejido facilita la entrada de bacterias al mismo, ocasionando que los cristales de hidroxiapatita se desmineralicen y el elemento orgánico se desorganice, y como resultado la lesión se extiende más profunda y lateralmente afectando la dentina (1).

Conductas de riesgo en Salud Bucal:

El país ha experimentado un crecimiento poblacional significativo, particularmente en áreas marginales donde las enfermedades orales son altamente prevalentes y graves, cuando se combinan con comportamientos

poco saludables, éstas condiciones conducen a una mala salud bucal y a la pérdida de varias piezas dentales, por ello es frecuente que la gente de otros países se refiere al Perú como una población sin dientes. Las conductas de riesgo relacionadas con la salud oral son las siguientes:

- a. **Falta de cultura sobre salud bucal:** La alta frecuencia de enfermedades bucales en la población está ligada a una falta de cultura en este tema que fomentan el desempeño de actividades poco saludables. Las personas se dejan llevar por ciertas creencias que ponen en peligro su integridad porque carecen los conocimientos necesarios para preservar una buena salud oral.
- b. **Técnica de Cepillado,** muchas personas de nuestra nación viven en condiciones vulnerables y no tienen los servicios básicos como el agua, lo que les dificulta obtener un cepillo y pasta de dientes, como consecuencia estas poblaciones no pueden formar ni mantener un hábito de cepillado.
- c. **Hábitos alimentarios** que implica la ingesta de alimentos con elevada proporción de azúcar que corresponde a una dieta poco saludable, fundamentalmente a los niños pequeños los predispondrán a lesiones cariosas y no cariosas como la denominada erosión dental que resulta en la destrucción rápida y catastrófica de los tejidos dentales.
- d. **Hábitos orales deformantes:** Un hábito se refiere a la realización incesante de una acción que inicialmente es voluntaria y consciente para luego volverse involuntaria e inconsciente, ciertos hábitos son Respirador bucal, interposición de labios, morderse uñas y objetos, hábito de succión.
- e. **Concurrencia a consultas odontológicas:** En nuestra nación, quienes viven en áreas urbanas tienen accesibilidad a clínicas o centros especializados, en tanto que quienes viven en áreas rurales pueden acceder al Seguro Integral de Salud (SIS) que incluyen programas para el tratamiento y prevención de la caries dental en niños, adolescentes y mujeres embarazadas de preferencia, siendo sus componentes gratuito y semisubsidiado (21).

Respecto a esto último podemos discrepar que, los establecimientos de salud de nivel I-1 y I-2 del MINSA no incluyen dentro del Equipo Básico de Salud al profesional odontólogo (22). Debido a ello se tiene la gran dificultad que en las zonas rurales y marginales no se prestan servicios odontológicos adecuados tanto en prevención y promoción de la salud bucal para la población, sólo el personal odontólogo de los establecimientos de nivel 1-3 programan esporádicamente salidas extramurales a los puestos de salud, empero ello no es suficiente para prestar servicios odontológicos eficientes y oportunas a personas vulnerables o de riesgo y a la población en general.

Índice Epidemiológico para medir la Caries Dental

Índice CPO-D:

El indicador más popular y ampliamente usado para evaluar la prevalencia y experiencia de caries dental es el índice CPOD (piezas dentarias con caries, piezas dentarias perdidas y piezas dentarias obturadas), que fue desarrollado por Klein en 1935, lo cual muestra la presencia de piezas dentarias permanentes con caries, obturaciones y perdidas, y como contraparte Gruebbel adaptó en la dentición temporal. El Índice CPOD muestra cuanto ha afectado la caries dental a la dentición permanente en el pasado y en el presente, es decir que tiene en cuenta todo el historial de caries de un individuo incluyendo los dientes que están indicados para extracción como producto de caries; para el registro considera los 28 dientes permanentes excluyendo las terceras molares, se obtiene de la suma de piezas dentarias cariadas, perdidas y obturadas. Para poder conseguir el índice CPOD Comunitario, se suma el resultado de la sumatoria del CPOD individual de todas las personas evaluadas y se debe dividir entre el número total de personas evaluadas. El índice más usado a nivel del mundo entero es el CPOD-12, donde se evalúa a personas de 12 años de edad (1).

La investigación clínico-operativa del CPO-D es un estudio epidemiológico, que facilita medir y contrastar la prevalencia de caries dental en la población en general, puesto que es el índice más usado y accesible en casi todos los países, se pueden efectuar comparaciones entre países con validez y confiabilidad, estandarizando y calibrando las cifras con la clasificación internacional sugerida por la OMS, ver tabla 1 y 2 (9).

Tabla 1 *Indicador Global Básico de Salud bucal, OMS*

Escala de CPO-D	Rango CPO-D
Muy leve	0,0 – 1,1
Leve	1,2 – 2,6
Moderado	2,7 – 4,4
Severo	4,5 -6,5
Muy severo	> De 6,6

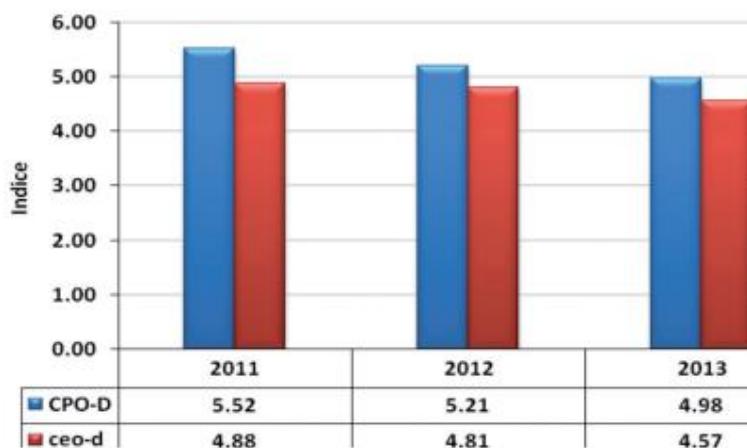
Tabla 2. *Etapas y característica poblacional del CPOD*

Etapas	Característica
Emergente	CPO-D mayor de 5
En crecimiento	CPO-D de 3 a 5
En consolidación	CPO-D ceod menor de 3

Se cuenta con estudios del seguro social de salud del 2011 al 2013 (gráfico 1), donde se viene utilizando el mencionado promedio del índice CPOD, en línea con los desafíos globales planteados por los organismos internacionales, esto ha posibilitado cuantificar la magnitud del perjuicio ocasionado por la caries dental en los dientes temporales y permanentes de las personas atendidas, y así es posible calcular el impacto de las actividades de promoción de la salud, previsión de daños y recuperación de enfermedades en el ámbito institucional, gracias a la mejora de los servicios de atención estomatológicas que se están fomentando desde el 2011, esto indica una caída

sostenible en el índice, empero la valoración se realiza de forma global con resultados sólo disponibles en el ámbito nacional (9).

Gráfico 1. Índice ceo-d y CPO-D del Seguro Social del Perú



Medidas generales y preventivas de la caries

Esta enfermedad se puede controlar si se mantiene un equilibrio continuo en la cavidad oral. Las medidas para evitar o parar el progreso deben centrarse en la recuperación de la homeostasis y no en la restauración. Hoy en día las estrategias sobre el control de ésta enfermedad en la infancia, se basa primordialmente en prevenir su desarrollo, en lugar de controlar su severidad. Estas medidas son aquellas que en primera instancia se deben fomentar a los padres o cuidadores de niños, y otras que se aplican de manera profesional, como se muestra en los siguientes cuadros: (18)

Manejo de la caries: consejos para casa	
-	Retrasar al máximo la introducción de azúcares en la dieta del niño
-	Reducir al máximo la cantidad y frecuencia de azúcares (<10% de la energía total diaria consumida)
-	Evitar el consumo de carbohidratos fermentables (incluida leche azucarada) a la hora de dormir (y especialmente durante el sueño)
-	Cepillado dental desde la erupción del primer diente, mínimo 2 veces al día, con una pasta dental ≥ 1000 ppm de flúor*. Escupir exceso, no enjuagar.
-	Uso de hilo dental cuando no exista contacto entre dientes, cada noche antes del cepillado nocturno
-	Enjuagues de fluoruro de sodio al 0,05% en niños y niñas mayores de 6 años con alto riesgo de caries

Manejo de la caries: procedimientos profesionales

- Visita odontológica antes del primer año de vida
- Aplicación de barniz de flúor desde la erupción dental; cada 3 meses en niños y niñas con lesiones de caries activas y cada 6 meses en niños y niñas sin lesiones de caries o con lesiones inactivas
- Colocación de sellantes de fosas y fisuras en los molares, lo más pronto posible tras su erupción. En caso de tener un buen control de humedad se optará por sellantes resinosos. En caso contrario, se podrán usar sellantes de ionómero.
- Para el manejo de lesiones no cavitadas oclusales en esmalte, sea en dentición primaria o permanente, se recomienda la colocación de sellantes. En lesiones no cavitadas en superficies lisas, se recomienda colocar barniz de flúor.
- Para el manejo de lesiones cavitadas de caries en dientes primarios, se recomienda el uso de técnicas mínimamente invasivas (resina, técnica atraumática con resina o ionómero). Si la destrucción es severa, se pueden considerar coronas preformadas.
- Para el manejo de lesiones cavitadas de caries en dientes permanentes, se recomienda realizar una restauración conservadora de resina si el control de la humedad es correcto. *La cantidad varía de acuerdo a la edad. (Ver Figura N°13 y N°14)

Calidad De Vida

La importancia que le brindamos a cada uno de éstos elementos (familiar, amical, económica, salud y entorno) determina la calidad de vida de las personas. Es conocida como el valor que se le confiere a la esperanza de vida con las dificultades ocasionadas y las oportunidades perdidas por la enfermedad. Según Cárdenas, la aptitud para realizar tareas críticas para el paciente puede verse impactada por su perspectiva subjetiva, la cual está influenciada por su condición de salud actual (20).

Determinantes de la calidad de vida

Según Locker, menciona que hay un concepto de calidad de vida que es más importante que estar bien; su modelo original implica que las condiciones clínicas y los problemas de salud tienen efectos en la calidad de vida que no siempre se materializan. Por el contrario, hay personas con situaciones clínicas deterioradas o enfermedades en curso pueden manifestar una calidad de vida similar a la de quienes gozan de una excelente salud, lo que demuestra una asociación entre salud, enfermedad y calidad de vida; éste modelo sirvió de base para los indicadores sociodentales subjetivos. La salud

de una población está directamente condicionada por determinantes, que incluyen factores social, económico, ambiental y personal. Muchas investigaciones han elaborado modelos para describir el principio, mantenimiento o pérdida de la salud, uno significativo y reconocido mundialmente es el modelo de Lafranbroise (1973) extendido por el ministro de salud canadiense, Marc Lalonde (1974) dentro de la publicación Nuevas Perspectivas de Salud de los canadienses. Hay 4 dimensiones en las que se clasifican los determinantes de la salud de éste enfoque: a) La Biología Humana, que tiene en cuenta la composición biológica de un individuo desde el nacimiento, determina una orientación única al ámbito genético (carga genética, desarrollo y envejecimiento). b) Medio Ambiente, se consideran los elementos que están directamente vinculados con los contaminantes físicos, biológicos, atmosféricos, químicos, del suelo, aire y agua, así como los aspectos socioculturales y psicosociales de la vida cotidiana, las cuales tienen un impacto en la vida misma y en consecuencia sobre el individuo. c. Estilos de Vida: Se tienen en cuenta aspectos como la nutrición, el ejercicio, rutina, el estrés, vicios, conductas de riesgo, violencia, sexualidad, sedentarismo, y el acceso o falta de los servicios de salud. d. Sistemas de Atención médica: Se refiere a la disponibilidad y asequibilidad a los servicios de salud de calidad y buen trato que beneficien a las personas (1).

Calidad de vida relacionada a la salud bucal

El concepto de calidad de vida y su conexión con la salud oral se refiere particularmente a cómo las personas ven los aspectos de su salud oral, que incluye las facetas funcionales, psicológicas y sociales que se ven perjudicados por los trastornos dentales. Se cree que existen muchos aspectos que alteran la asociación entre salud bucal y calidad de vida, incluidos factores ambientales, problemas de salud bucal, rutinas y comportamientos, así como

factores personales particulares, demográficos y sociales vinculados con el sistema de salud y condiciones sanitarias de una colectividad (23).

Medición de la calidad de vida: Instrumentos para poblaciones infantiles

CHILD-OIDP

El OIDP (Impactos orales en el Rendimiento Cotidiano) fue creado para establecer las consecuencias finales en las tareas cotidianas humanas con respecto a la discapacidad y el deterioro resultantes de la salud de la boca, para luego efectuarse un desarrollo de traducción y validación al español (16).

El Child-OIDP en español validado en el Perú posibilita examinar cómo una determinada condición bucal afecta las tareas cotidianas desde la perspectiva de la persona evaluada. Es propicio utilizarlo en programas que conciernen a los servicios de salud para complementar la perspectiva clínica (2).

Las ocho dimensiones que evalúa el Child-OIDP incluyen hablar, comer, sonreír, socializar, limpiar, emoción y dormir. El estudiante califica cada dimensión en una escala del 1 al 3 según su frecuencia y severidad. Todas las dimensiones tendrán un puntaje asignada por éste índice, resultante de multiplicar la frecuencia con la severidad (3 por 3, 9 como máximo). Con la sumatoria de cada dimensión se puede determinar el puntaje total, para luego multiplicarlo por 100 y finalmente dividirlo por el puntaje más alto posible (8 por 9 igual 72). El puntaje total varía de 0 a 100 (23).

2.3. Definición de términos básicos

Caries Dental: Se refiere a la desintegración química a nivel de la capa externa del diente, lo cual es indicativo de una afección crónica, que a menudo progresa de forma lenta con el tiempo. Sin terapia adecuada la afección puede empeorar, dañando el esmalte, dentina y cemento y eventualmente ocasionando la caída del diente (3).

Calidad de Vida: En 1991 la OMS lo precisó como una valoración subjetiva de una persona acerca de sus circunstancias de vida en el marco sociocultural y valorativo de donde vive, en asociación a las metas, posibilidades, virtudes y predilecciones; estos aspectos se vinculan uno con otro e incluyen el bienestar físico y mental, la medida de autosuficiencia, las interacciones con la gente y religiones que profesan (6).

CVRSB: El término Calidad de vida relacionada con la salud bucal (CVRSB) incluyen cuatro aspectos fundamentales relacionados a variables fisiológicos, mentales, interacción con las personas y la existencia de dolor o malestares (15).

Índice CPOD: Es un indicador que valora la caries en dientes permanentes. Las letras se refieren a piezas dentarias que presentan caries, piezas que se perdieron por caries y piezas dentarias que recibieron obturación. La adición de éstas 3 circunstancias establece el índice CPOD de una persona. Cuando se emplea éste índice a una población o multitud específica, el denominador corresponderá al número total de personas que fueron examinados. A la suma de C+P+O se le divide la cantidad de individuos revisados y se obtiene el promedio poblacional del índice CPO-D (24).

Índice ceod: Se utiliza la modificación (del CPOD) para los dientes primarios o temporales ceo-d, no se incluyen los dientes faltantes porque es difícil saber si es ausente por caries o por exfoliación natural de piezas dentarias temporales, (c) se refiere a diente deciduo con caries, (e) diente deciduo con extracción sugerida, (o) diente deciduo obturado, de la suma de ellos se obtiene el índice (24).

Child-OIDP: El 2003 Gherunpong y col. desarrollaron una herramienta de salud referente a la calidad de vida con ocho desempeños a el fin de planificar mediante la valoración de necesidades de la población infantil. Las dimensiones examinadas en este cuestionario son lo relacionado a la vida en

familia, interacción con las personas de su entorno, acciones en el colegio y durante el ocio, salud física y mental. Se muestran también 18 ítems para describir las circunstancias bucales (3).

2.4. Formulación de hipótesis

2.4.1. Hipótesis General

Existe impacto de la caries dental en la calidad de vida de relación significativa en escolares de 11 y 12 años de la I.E.I. N° 34047 César Vallejo, Cerro de Pasco 2016.

2.4.2. Hipótesis Específicas

- El impacto de los síntomas de caries dental en el desempeño Comer es moderado en los escolares de 11 y 12 años de la I.E.I. N° 34047 César Vallejo, Cerro de Pasco 2016.
- El impacto de los síntomas de caries dental en el desempeño Hablar es moderado en los escolares de 11 y 12 años de la I.E.I. N° 34047 César Vallejo, Cerro de Pasco 2016.
- El impacto de los síntomas de caries dental en el desempeño Limpiar es moderado en los escolares de 11 y 12 años de la I.E.I. N° 34047 César Vallejo, Cerro de Pasco 2016.
- El impacto de los síntomas de caries dental en el desempeño Dormir es muy moderado en los escolares de 11 y 12 años de la I.E.I. N° 34047 César Vallejo, Cerro de Pasco 2016.
- El impacto de los síntomas de caries dental en el desempeño Emoción es moderado en los escolares de 11 y 12 años de la I.E.I. N° 34047 César Vallejo, Cerro de Pasco 2016.
- El impacto de los síntomas de caries dental en el desempeño Sonreír es moderado en los escolares de 11 y 12 años de la I.E.I. N° 34047 César Vallejo, Cerro de Pasco 2016.

- El impacto de los síntomas de caries dental en el desempeño Estudiar es moderado en los escolares de 11 y 12 años de la I.E.I. N° 34047 César Vallejo, Cerro de Pasco 2016.
- El impacto de los síntomas de caries dental en el desempeño Socializar es moderado en los escolares de 11 y 12 años de la I.E.I. N° 34047 César Vallejo, Cerro de Pasco 2016.

2.5. Identificación de variables.

VARIABLE 1: Impacto de la Caries Dental

VARIABLE 2: Calidad de Vida

VARIABLE Interviniente: Sexo

2.6. Definición operacional de variables e indicadores

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
IMPACTO DE LA CARIES DENTAL	Según Simon-Soro (2015) La caries dental es una disbiosis que se manifiesta fundamentalmente por una ingesta elevada de azúcares fermentables y se define como una variación en la proporción y el equilibrio entre los distintos tipos de bacterias de la flora bucal(18)	Según Aguilar y col. (2009) La OMS manifestó usar instrumentos clínicos para medir de forma adecuada la caries dental, creado por Klein, Palmer y Knutson en 1935 donde se registra la experiencia de caries presente y pasada (25).	Para fines del estudio se medirá Dimensión Clínica	CPOD 0 A 1.1 Muy bajo 1.2 a 2.6 Bajo 2.7 a 4.4 Moderado 4.5 a 6.5 Alto Mayor a 6.6 Muy alto	ORDINAL
CALIDAD DE VIDA	Según Montero (2006) La calidad de vida relacionada a la salud bucal (CVRSB), se puede definir como la autopercepción del grado de disfrute de individuo respecto a su dentición en función a sus actividades cotidianas que realiza (26)	Según Marró y col. (2013) hay un instrumento que incluye 8 dimensiones que valora el impacto de la salud oral en la realización de tareas cotidianas de los niños, fue creado por Gherunpong, T sakos y Sheihan el 2003. (3)	Par fines del estudio se verificará intensidad de impacto y prevalencia de: <ul style="list-style-type: none"> • Comer • Hablar • Limpiar • Dormir • Emoción • Sonreír • Estudiar • Socializar 	Cuestionario Child-OIDP: 1-20% Muy leve o muy poca. 20-40% leve o poca 40-60% Moderado 60-80% Severo 80 a 100 muy severo	ORDINAL
SEXO	Según la RAE, es una condición orgánica masculina o femenina de los animales y las plantas.	Según OMS (2008) las categorías de sexo son hombre y mujer.	Dimensión Biológica	Información en ficha: Masculino Femenino	Nominal

CAPITULO III

METODOLOGIA Y TECNICAS DE INVESTIGACION

3.1. Tipo de investigación:

Según la clasificación de Salinas (2012) El presente estudio es básica, puesto que en nuestro estudio se amplía el conocimiento, y no es el caso que se resuelva ningún problema de la sociedad.

Es Descriptivo, según el estado de la ciencia, basado en la tipología de Jimenez (1998).

Es transversal, según el tiempo de aplicación de la variable, basado en la tipología de Mejía (2008).

Es investigación de Campo, según el ambiente en que se realizan, basado en la tipología de Mejía (2008).

3.2. Nivel de Investigación:

El estudio presenta el nivel o alcance de investigación Correlacional.

3.3. Método de investigación:

Es Cuantitativo porque los datos de las variables son numéricos.

3.4. Diseño de investigación

Es no experimental, puesto que en el estudio no se manipulan las variables, y se recolecta datos tal cual se encuentra en el ambiente natural.

El nivel, método y diseño de estudio se estableció considerando la clasificación de Hernández Sampieri (2014).

3.5. Población y muestra

La población estuvo constituida por aquellos escolares de 11 y 12 años de la I.E.I. N°34047 César Vallejo, del 6to grado de primaria y del 1er grado de secundaria, de la ciudad de Cerro de Pasco, matriculados en el año lectivo 2016, según nómina 153 escolares.

Muestra: Se consideró por el método de muestreo no probabilístico, por conveniencia, a todos los escolares de 11 y 12 años de edad que cumplieron con los criterios de selección (112 alumnos). El resto de alumnos que no fueron considerados fue porque no presentaron su consentimiento informado y no asistieron a la institución los días de ejecución del estudio.

Prueba Piloto: Lo conformaron 50 alumnos de la misma edad que no fueron parte de la población.

CRITERIOS DE SELECCIÓN:

Criterios de inclusión

Los criterios de inclusión para el presente estudio:

- Escolares de 11 y 12 años de edad.
- Escolares aparentemente sanos.
- Escolares que estén de forma legal matriculados en la institución educativa durante el año lectivo 2016.

Criterios de Exclusión

- Escolares que no presenten el consentimiento informado.
- Escolares que se encuentren limitados físicamente o no desean participar en el estudio.
- Escolares que presenten retardo mental o enfermedad referida.

3.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.

Observación estructurada:

Se aplicó ésta técnica para realizar el examen clínico a los escolares, específicamente la dentición y rellenar el odontograma respectivo para obtener los datos del CPOD individual, previamente observando la relación de escolares según nómina que presenten consentimiento informado debidamente firmado por los padres de familia y acorde a los criterios de selección registrando en la Ficha de recolección de datos.

Encuesta:

Paralelamente se empleó la técnica de la Encuesta mediante el uso del Cuestionario Child OIDP, para la obtención de datos respecto a la percepción de la CVRSB, la cual incluye una entrevista de forma personal con los escolares.

Capacitación:

Se procedió a un estudio de los criterios del diagnóstico de la caries dental según la OMS y la Guía de Práctica clínica para la Prevención Diagnóstico y Tratamiento de la Caries Dental según el MINSA, con la dirección y el V°B° del especialista.

Calibración:

El procedimiento de calibración intraexaminador consistió en la medición del CPOD de 10 personas, en dos tiempos separados por 24 horas y la calibración interexaminador fue realizado frente a un especialista. Se usó el Coeficiente de Correlación Intraclase (por tratarse de datos cuantitativos) para la calibración intraexaminador, lo cual fue de 0.976 y para la calibración interexaminador fue 0.969, lo cual nos indica una muy buena concordancia.

Procedimientos:

Antes de la ejecución del estudio, se realizó una capacitación y la calibración intraexaminador e interexaminador con un especialista en un

ambiente de la Facultad de Odontología de la UNDAC, con el V°B° y la aprobación se procedió a la ejecución del estudio.

Con los permisos necesarios, del Director de la institución educativa y de los padres de familia mediante la firma del Consentimiento Informado, se procedió a ejecutar la investigación. Se contó con la colaboración de un asistente para mantener el orden, control respectivo y la labor eficiente; Y para evaluar la fiabilidad del instrumento de calidad de vida se procedió a aplicarlo primeramente en un grupo piloto. Terminando ello se procedió a realizar en la población de estudio.

- Con la nómina del grado y sección, se preguntó a los docentes si hay algún alumno con limitación física u otra condición sistémica.
- En cada salón de clases se les indicó a los escolares rellenar la ficha de recolección de datos y acorde a las pautas de selección se les consideró a los escolares de 11 y 12 años.
- Se procedió a explicar a los escolares los procedimientos a realizarles, el contenido del Cuestionario (por cada dimensión) y sobre el examen clínico oral.
- Se aplicó el Cuestionario en dos partes: En la primera parte los escolares tenían que identificar que problemas bucales de la lista habían percibido en los últimos 3 meses. En la segunda parte fue una entrevista personal con cada escolar para registrar el impacto en las tareas cotidianas.
- En cada cuestionario, para obtener la frecuencia del impacto: se interrogó a cada escolar la regularidad con que la molestia o el problema que había percibido le había afectado en cada actividad diaria o dimensión, las posibilidades fueron: a) "1", si el problema se presentaba una o dos veces por mes, b) "2", si se presentaba 3 veces por mes, c) "3", si se presentaba 4 o más veces por mes. Respecto a la severidad, se le interrogó al escolar, de cómo había afectado el problema bucal en su vida normal o tareas

cotidianas, las posibilidades fueron: a) “1”, cuando la molestia le afectaba poco, b) “2”, cuando la molestia le afectaba de manera regular, c) “3”, cuando la molestia le afectaba mucho. Para la intensidad de los impactos, en cada dimensión se multiplicó la frecuencia por la severidad. Para los puntajes del impacto total se obtuvo sumando los puntajes de la intensidad en las ocho dimensiones (teniendo un máximo de 72), luego lo multiplicamos por 100 para después dividirlo entre 72 y así se obtiene un resultado porcentual (13).

Se realizó el examen clínico odontológico a cada escolar en un tiempo aproximado de 8 a 10 minutos por cada uno.

Luego todos los datos del CPOD y del Cuestionario se llevaron a una base de datos en el programa Excel para luego trabajar con el programa SPSS versión 21 y hacer el análisis correspondiente.

Luego se hizo la presentación de los resultados y la discusión respectiva.

Por lo tanto, los instrumentos a utilizar fueron: Ficha de recolección de datos y Cuestionario Child- ODP.

3.7. Selección, Validación y Confiabilidad de los instrumentos

Para nuestro estudio se utilizaron dos instrumentos, el primero el índice de CPOD, reconocido y recomendado por la OMS, es usado internacionalmente para evaluar la carga de enfermedad y útil para hacer comparaciones entre países. El segundo instrumento el Child ODP, fue usado porque ya está validado y adaptado culturalmente al Perú, y fue usado en estudios importantes como el de Gherunpong (2003)(14) y en la Sexta Encuesta Nacional de Salud Bucal en Tailandia por Krisdapong (2013).

Para el análisis de confiabilidad o consistencia interna y considerando que nuestro instrumento de politómico se aplicó el estadígrafo del Alfa de Cronbach a un grupo piloto de 50 escolares (ver anexo), y se obtuvo el valor

0.634, esto según los criterios de interpretación de Ruíz Bolívar (2002) tiene confiabilidad alta, lo que indica que el instrumento sea confiable y aceptable.

3.8. Técnicas de procesamiento y análisis de datos

El análisis de datos se desarrolló mediante un software y el programa estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) en la versión 21, para estadística descriptiva e inferencial, a través de proporciones o frecuencias (absolutas, absoluta acumulada, relativa, porcentual) y para los resultados se realizó la prueba de normalidad.

3.9. Tratamiento estadístico

El análisis estadístico permitió elaborar las medidas de centralización (media, mediana, moda), de dispersión (rango, varianza y desviación) tendencias, partiendo de la frecuencia simple de manera que nos permitió organizarlos, tabularlos, presentarlos y analizarlos y así faciliten nuestro trabajo de investigación.

Para la estadística inferencial se tuvo que realizar la prueba de normalidad de los datos de la muestra que son 112, siendo esta cantidad mayor a 50 se utilizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov, y se observa que el nivel de significancia de ambas variables es menor a 0.05 por lo tanto éstas variables no presentan una distribución normal, esto nos indica que para la prueba de hipótesis se utiliza la prueba no paramétrica, en éste caso el Coeficiente de Correlación de Spearman.

3.10. Orientación ética, filosófica y epistémica

Ésta investigación ha seguido los lineamientos del Reglamento General de Grados Académicos y Títulos Profesionales 2022 que han sido proporcionados por la Escuela de Posgrado de la UNDAC.

El proyecto de investigación fue presentada a las autoridades pertinentes, al Director de la institución educativa César Vallejo, el Consentimiento Informado a los padres de familia y debidamente firmados y

obteniendo las autorizaciones respectivas se realizó la ejecución de la investigación. Asimismo, podemos manifestar que se ha respetado el anonimato de cada uno de los escolares de la mencionada institución y la participación voluntaria en el estudio.

Respecto a la elaboración del marco teórico y otros, fue sustentada por diversos autores respetando su autoría consignadas en las citas respectivas y sus referencias bibliográficas con el fin de aportar conocimientos y así enriquecer la investigación. Así para dar el crédito respectivo se utilizó el generador de citas Vancouver y el gestor bibliográfico Zotero. La información de los datos para la obtención de resultados fue verídica.

CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSION

4.1. Descripción del trabajo de campo

Hemos aplicado los métodos de observación y de la encuesta, la cual fue clara y fácil de entender con la ayuda del profesional, donde los escolares respondieron a una serie de preguntas concernientes al tema de estudio.

Los escolares se mostraron en su mayoría receptivos y con la disposición de colaborar en el estudio, y con el interés de conocer el estado de su salud bucal. Pocos alumnos demostraron apatía, desinterés o poca comprensión de las actividades, por lo cual fue necesario hacer una retroalimentación de forma práctica y personal. Y de manera general referente al cuidado de la salud bucal aparentemente no era óptima.

4.2. Presentación, análisis e interpretación de resultados.

Tabla 3 Correlación del impacto de la caries dental en la calidad de vida de escolares de 11 y 12 años de la I.E.I. N° 34047 César Vallejo, Cerro de Pasco 2016.

Correlaciones			CPOD	IMPACTO_CAR IES_CALIDAD_ DE VIDA
Rho de Spearman	CPOD	Coefficiente de correlación	1.000	0.200*
		Sig. (bilateral)	.	0.034
		N	112	112
	IMPACTO_CARIES_CALIDA D_DE_VIDA	Coefficiente de correlación	.200*	1.000
		Sig. (bilateral)	.034	.
		N	112	112

Como se puede observar en la Tabla 1 el coeficiente de correlación de Rho de Spearman con significancia al $p < 0.05$, nos indica que existe una correlación baja y significativa entre CPOD y el IMPACTO_CARIES_CALIDAD_DE_VIDA ($r = 0,200$, $p = 0,034$). Además el valor promedio de CPOD=6.42, mediana 6, moda 8. El 92.8% presentaron impacto de caries en la calidad de vida en al menos una dimensión. El impacto promedio en las dimensiones fue de 18.1%.

FRECUENCIAS DE PROBLEMAS BUCALES (causales de impacto).

Tabla 4 Distribución de frecuencias según dolor de muela.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos SI	52	46.4	46.4	46.4
NO	60	53.6	53.6	100.0
Total	112	100.0	100.0	

Tabla 5 Distribución de frecuencias según diente sensible.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	93	83.0	83.0	83.0
	NO	19	17.0	17.0	100.0
	Total	112	100.0	100.0	

Tabla 6. Distribución de frecuencias según diente cariado.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	72	64.3	64.3	64.3
	NO	40	35.7	35.7	100.0
	Total	112	100.0	100.0	

Tabla 7. Distribución de frecuencias según caída de diente de leche.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	51	45.5	45.5	45.5
	NO	61	54.5	54.5	100.0
	Total	112	100.0	100.0	

Tabla 8. Distribución de frecuencias según diente separado

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	61	54.5	54.5	54.5
	NO	51	45.5	45.5	100.0
	Total	112	100.0	100.0	

Tabla 9. Distribución de frecuencias según fractura de diente.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	35	31.3	31.3	31.3
	NO	77	68.8	68.8	100.0
	Total	112	100.0	100.0	

Tabla 10. Distribución de frecuencias según color de diente.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	66	58.9	58.9	58.9
	NO	46	41.1	41.1	100.0
	Total	112	100.0	100.0	

Tabla 11. Distribución de frecuencias según forma de diente.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	62	55.4	55.4	55.4
	NO	50	44.6	44.6	100.0
	Total	112	100.0	100.0	

Tabla 12. Distribución de frecuencias según posición de diente.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	79	70.5	70.5	70.5
	NO	33	29.5	29.5	100.0
	Total	112	100.0	100.0	

Tabla 13. Distribución de frecuencias según sangrado de encía.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	77	68.8	68.8	68.8
	NO	35	31.3	31.3	100.0
	Total	112	100.0	100.0	

Tabla 14. Distribución de frecuencias según inflamación de encía.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	38	33.9	33.9	33.9
	NO	74	66.1	66.1	100.0
	Total	112	100.0	100.0	

Tabla 15. Distribución de frecuencias según sarro.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	36	32.1	32.1	32.1
	NO	76	67.9	67.9	100.0
	Total	112	100.0	100.0	

Tabla 16. Distribución de frecuencias según herida en boca.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	57	50.9	50.9	50.9
	NO	55	49.1	49.1	100.0
	Total	112	100.0	100.0	

Tabla 17. Distribución de frecuencias según mal aliento.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	69	61.6	61.6	61.6
	NO	43	38.4	38.4	100.0
	Total	112	100.0	100.0	

Tabla 18. Distribución de frecuencias según deformación de boca.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	18	16.1	16.1	16.1
	NO	94	83.9	83.9	100.0
	Total	112	100.0	100.0	

Tabla 19. Distribución de frecuencias según erupción de diente permanente.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	51	45.5	45.5	45.5
	NO	61	54.5	54.5	100.0
	Total	112	100.0	100.0	

Tabla 20. Distribución de frecuencias según pérdida de diente permanente.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	7	6.3	6.3
	NO	105	93.8	100.0
	Total	112	100.0	100.0

DIMENSIONES DEL IMPACTO DE CALIDAD DE VIDA

Tabla 21. Distribución de frecuencias según la Dimensión Comer de escolares de 11 y 12 años de la I.E.I. N° 34047 César Vallejo, Cerro de Pasco 2016.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	NINGUNA INTENSIDAD	22	19.6	19.6
	MUY POCA INTENSIDAD	24	21.4	41.1
	POCA INTENSIDAD	20	17.9	58.9
	MODERADA INTENSIDAD	30	26.8	85.7
	SEVERA INTENSIDAD	9	8.0	93.8
	MUY SEVERA INTENSIDAD	7	6.3	100.0
	Total	112	100.0	100.0

Obteniéndose como prevalencia de impacto en Dimensión Comer 80.4%, siendo de mayor porcentaje en la intensidad moderada, el promedio de intensidad de impacto de caries en la dimensión Comer es: Leve intensidad.

Gráfico 2. Distribución de frecuencias según la Dimensión Comer de escolares de 11 y 12 años de la I.E.I. N° 34047 César Vallejo, Cerro de Pasco 2016.

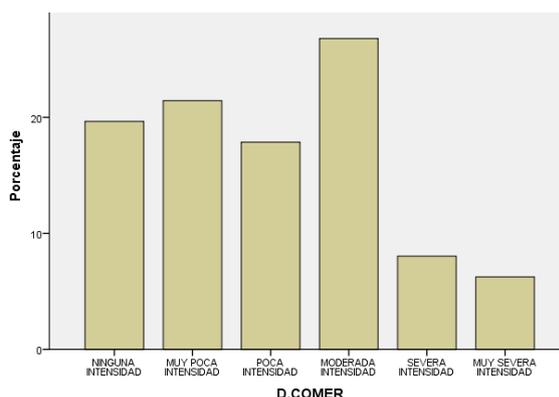


Tabla 22. . Distribución de frecuencias según la Dimensión Hablar de escolares de 11 y 12 años de la I.E.I. N° 34047 César Vallejo, Cerro de Pasco 2016

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos				
NINGUNA INTENSIDAD	73	65.2	65.2	65.2
MUY POCA INTENSIDAD	14	12.5	12.5	77.7
POCA INTENSIDAD	10	8.9	8.9	86.6
MODERADA INTENSIDAD	10	8.9	8.9	95.5
SEVERA INTENSIDAD	3	2.7	2.7	98.2
MUY SEVERA INTENSIDAD	2	1.8	1.8	100.0
Total	112	100.0	100.0	

Obteniéndose como prevalencia de impacto en Dimensión Hablar es 34.8%, el promedio de intensidad de impacto de caries en la dimensión Hablar es: Muy leve intensidad.

Gráfico 3. Distribución de frecuencias según la Dimensión Hablar de escolares de 11 y 12 años de la I.E.I. N° 34047 César Vallejo, Cerro de Pasco 2016.

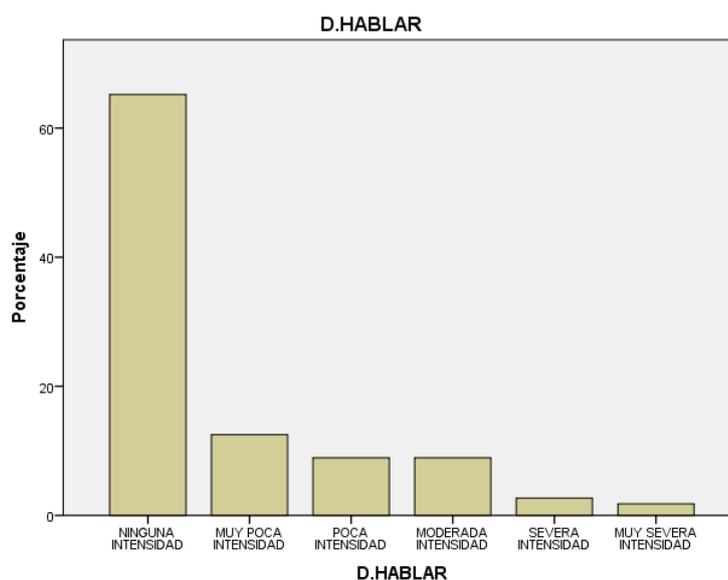


Tabla 23. Distribución de frecuencias según la Dimensión Limpiar de escolares de 11 y 12 años de la I.E.I. N° 34047 César Vallejo, Cerro de Pasco 2016.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NINGUNA INTENSIDAD	37	33.0	33.0	33.0
MUY POCA INTENSIDAD	25	22.3	22.3	55.4
POCA INTENSIDAD	13	11.6	11.6	67.0
Válidos MODERADA INTENSIDAD	21	18.8	18.8	85.7
SEVERA INTENSIDAD	11	9.8	9.8	95.5
MUY SEVERA INTENSIDAD	5	4.5	4.5	100.0
Total	112	100.0	100.0	

Obteniéndose como prevalencia de impacto en Dimensión Limpiar es 67%, siendo mayor sumando muy poca, poca y moderada intensidad, el promedio de intensidad de impacto de caries en la dimensión Limpiar es: Leve intensidad.

Gráfico 4. Distribución de frecuencias según la Dimensión Limpiar de escolares de 11 y 12 años de la I.E.I. N° 34047 César Vallejo, Cerro de Pasco 2016.

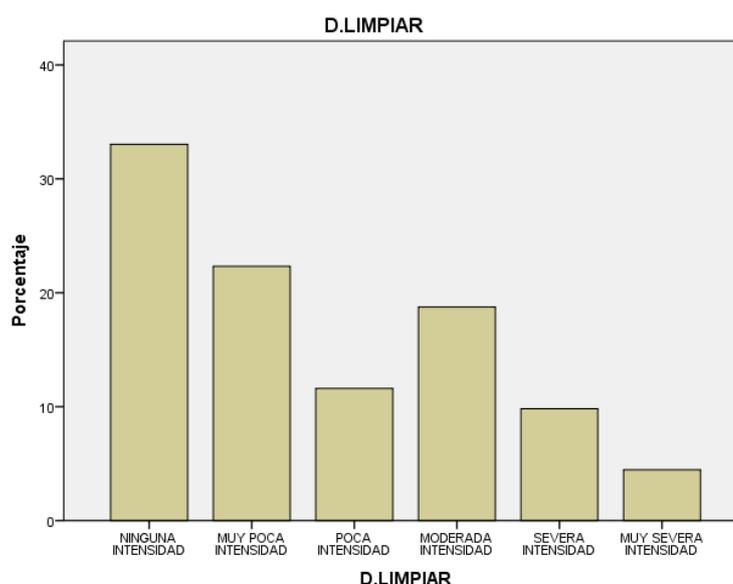


Tabla 24. . Distribución de frecuencias según la Dimensión Dormir de escolares de 11 y 12 años de la I.E.I. N° 34047 César Vallejo, Cerro de Pasco 2016

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos NINGUNA INTENSIDAD	45	40.2	40.2	40.2
MUY POCA INTENSIDAD	20	17.9	17.9	58.0
POCA INTENSIDAD	15	13.4	13.4	71.4
MODERADA INTENSIDAD	13	11.6	11.6	83.0
SEVERA INTENSIDAD	10	8.9	8.9	92.0
MUY SEVERA INTENSIDAD	9	8.0	8.0	100.0
Total	112	100.0	100.0	

Obteniéndose como prevalencia de impacto en Dimensión Dormir es 59.8%, siendo mayor sumando muy poca, poca y moderada intensidad, el promedio de intensidad de impacto de caries en la dimensión Dormir es: Leve intensidad.

Gráfico 5. Distribución de frecuencias según la Dimensión Dormir de escolares de 11 y 12 años de la I.E.I. N° 34047 César Vallejo, Cerro de Pasco 2016

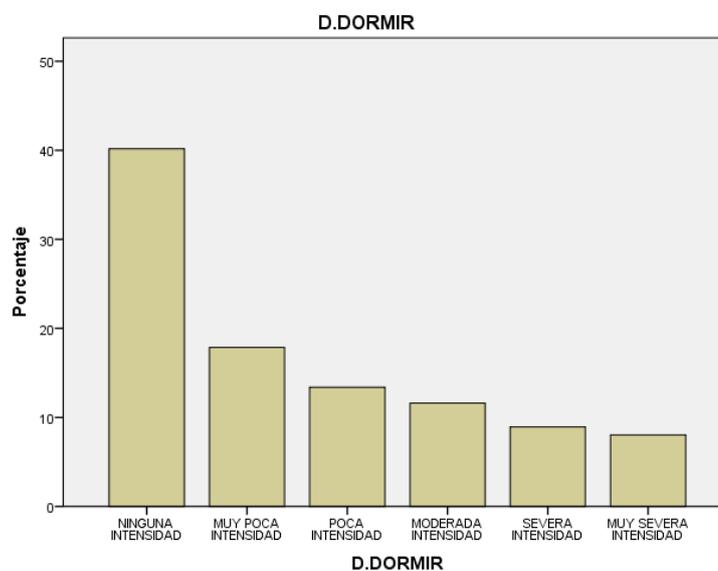


Tabla 25. Distribución de frecuencias según la Dimensión Emoción de escolares de 11 y 12 años de la I.E.I. N° 34047 César Vallejo, Cerro de Pasco 2016.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos				
NINGUNA INTENSIDAD	62	55.4	55.4	55.4
MUY POCA INTENSIDAD	14	12.5	12.5	67.9
POCA INTENSIDAD	14	12.5	12.5	80.4
MODERADA INTENSIDAD	10	8.9	8.9	89.3
SEVERA INTENSIDAD	5	4.5	4.5	93.8
MUY SEVERA INTENSIDAD	7	6.3	6.3	100.0
Total	112	100.0	100.0	

Obteniéndose como prevalencia de impacto en Dimensión Emoción es 44.6%, siendo la cuarta parte de la población afectados en muy poca y poca intensidad, el promedio de intensidad de impacto de caries en la dimensión Emoción es: Muy Leve intensidad.

Gráfico 6. Distribución de frecuencias según la Dimensión Emoción de escolares de 11 y 12 años de la I.E.I. N° 34047 César Vallejo, Cerro de Pasco 2016.

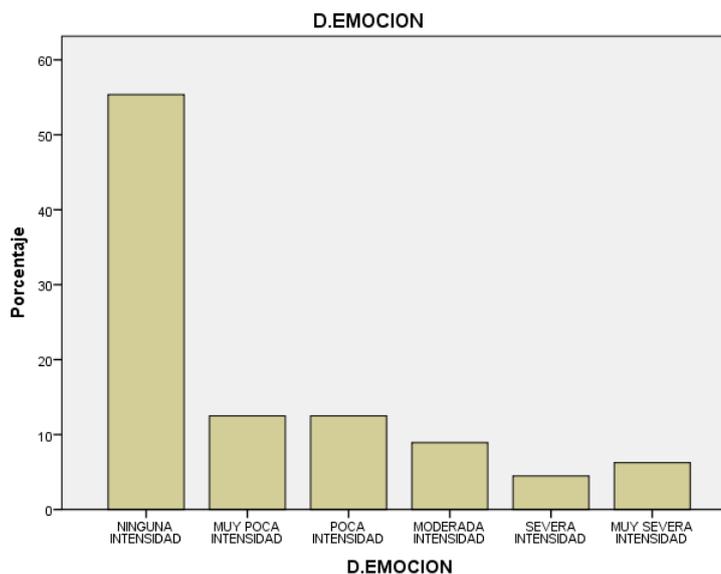


Tabla 26. Distribución de frecuencias según la Dimensión Sonreír de escolares de 11 y 12 años de la I.E.I. N° 34047 César Vallejo, Cerro de Pasco 2016.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos NINGUNA INTENSIDAD	88	78.6	78.6	78.6
MUY POCA INTENSIDAD	6	5.4	5.4	83.9
POCA INTENSIDAD	4	3.6	3.6	87.5
MODERADA INTENSIDAD	7	6.3	6.3	93.8
SEVERA INTENSIDAD	4	3.6	3.6	97.3
MUY SEVERA INTENSIDAD	3	2.7	2.7	100.0
Total	112	100.0	100.0	

Obteniéndose como prevalencia de impacto en Dimensión Sonreír 21.4%, el promedio de intensidad de impacto de caries en la dimensión Sonreír es: Muy Leve intensidad.

Gráfico 7. Distribución de frecuencias según la Dimensión Sonreír de escolares de 11 y 12 años de la I.E.I. N° 34047 César Vallejo, Cerro de Pasco 2016.

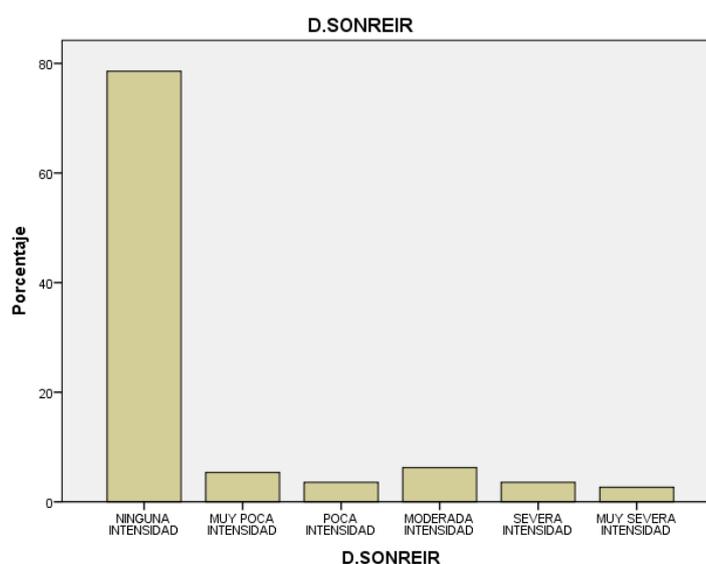


Tabla 27. Distribución de frecuencias según la Dimensión Estudiar de escolares de 11 y 12 años de la I.E.I. N° 34047 César Vallejo, Cerro de Pasco 2016.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos NINGUNA INTENSIDAD	58	51.8	51.8	51.8
MUY POCA INTENSIDAD	19	17.0	17.0	68.8
POCA INTENSIDAD	6	5.4	5.4	74.1
MODERADA INTENSIDAD	13	11.6	11.6	85.7
SEVERA INTENSIDAD	9	8.0	8.0	93.8
MUY SEVERA INTENSIDAD	7	6.3	6.3	100.0
Total	112	100.0	100.0	

Obteniéndose como prevalencia de impacto en Dimensión Estudiar 48.2%, siendo la tercera parte del total con intensidad muy leve, leve y moderada intensidad, el promedio de intensidad de impacto de caries en la dimensión Estudiar es: Leve intensidad.

Gráfico 8. Distribución de frecuencias según la Dimensión Estudiar de escolares de 11 y 12 años de la I.E.I. N° 34047 César Vallejo, Cerro de Pasco 2016.

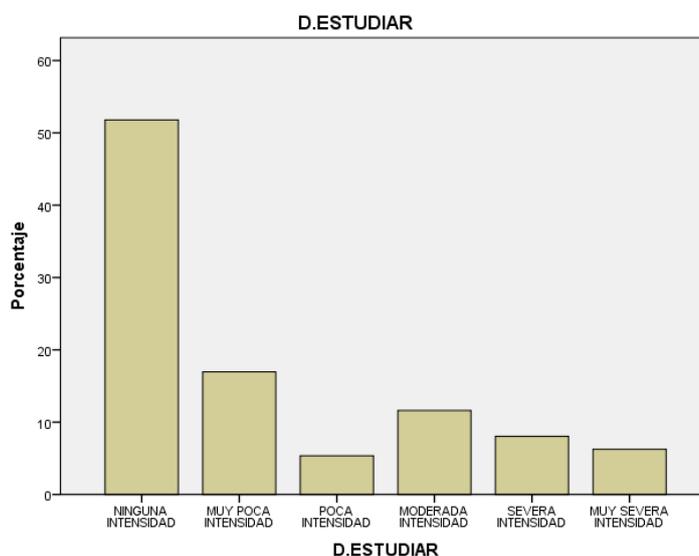
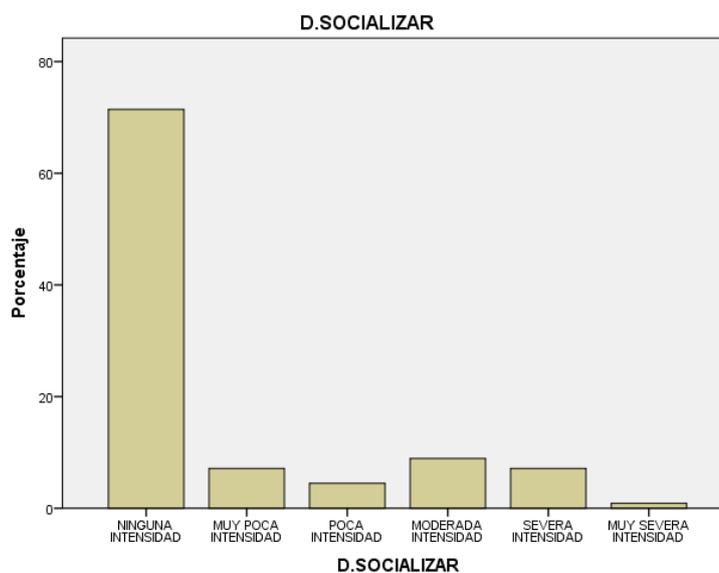


Tabla 28. Distribución de frecuencias según la Dimensión Socializar de escolares de 11 y 12 años de la I.E.I. N° 34047 César Vallejo, Cerro de Pasco 2016.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos NINGUNA INTENSIDAD	80	71.4	71.4	71.4
MUY POCA INTENSIDAD	8	7.1	7.1	78.6
POCA INTENSIDAD	5	4.5	4.5	83.0
MODERADA INTENSIDAD	10	8.9	8.9	92.0
SEVERA INTENSIDAD	8	7.1	7.1	99.1
MUY SEVERA INTENSIDAD	1	.9	.9	100.0
Total	112	100.0	100.0	

Obteniéndose como prevalencia de impacto en Dimensión Socializar 28.6%, el promedio de intensidad de impacto de caries en la dimensión Socializar es: Muy Leve intensidad

Gráfico 9. Distribución de frecuencias según la Dimensión Socializar de escolares de 11 y 12 años de la I.E.I. N° 34047 César Vallejo, Cerro de Pasco 2016.



4.3. Prueba de Hipótesis

Tabla 29. Prueba de Normalidad

	Kolmogorov-Smirnov ^a		
	Estadístico	gl	Sig.
CPOD	,101	112	,007
IMPACTO_CARIES_CALIDAD DE VIDA	,142	112	,000

a. Corrección de significación de Lilliefors

Se observa de la tabla el valor de significancia de 0.007 para CPOD y 0.000 para Impacto de Calidad de Vida. En tal sentido, se aplica la prueba no paramétrica de correlación de Spearman.

Prueba de Hipótesis General

Hipótesis Alternativa= $H_1=H_A$

Existe impacto de caries dental en la calidad de vida de relación significativa en escolares de 11 y 12 años de la I.E.I. N° 34047 César Vallejo, Cerro de Pasco 2016

Hipótesis Nula= H_0

No existe impacto de caries dental en la calidad de vida de relación significativa en escolares de 11 y 12 años de la I.E.I. N° 34047 César Vallejo, Cerro de Pasco 2016.

(De la tabla 3) Prueba de Correlación

Correlaciones		CPOD	IMPACTO_CARIES_CALIDAD DE VIDA
Rho de Spearman	Coefficiente de correlación	1.000	0.200*
	Sig. (bilateral)	.	0.034
	N	112	112
	Coefficiente de correlación	.200*	1.000
	Sig. (bilateral)	.034	.
	N	112	112

1. Significancia: Alfa 5% = 0.05
2. P= Valor, Correlación de Spearman (Rho calculado = 0,200; p=0,034)
3. Decisión estadística: Como p es menor que el alfa 0.05 entonces aceptamos la H₁, existe diferencia estadística significativa.
4. Conclusión: Existe una correlación positiva baja y significativa (según Lincoln L. Chao, 2000) de las variables impacto de caries dental y la calidad de vida, lo que implica aceptar la hipótesis de investigación y rechazar la hipótesis nula.

Cuadro Valor de Rho de Spearman

1	De 0,00 a 0,19	Muy baja correlación
2	De 0,20 a 0,39	Baja correlación
3	De 0,40 a 0,59	Moderada correlación
4	De 0,60 a 0,79	Buena correlación
5	De 0,80 a 1,00	Muy buena correlación

FUENTE: Libro estadística Lincoln

PRUEBA DE HIPÓTESIS ESPECÍFICAS	Decisión Estadística e Interpretación
<p>H_A: El impacto de los síntomas de caries dental en el desempeño Comer es moderado en los escolares de 11 y 12 años de la I.E.I. N° 34047 César Vallejo, Cerro de Pasco 2016.</p> <p>H₀: El impacto de los síntomas de caries dental en el desempeño Comer NO es moderado en los escolares de 11 y 12 años de la I.E.I. N° 34047 César Vallejo, Cerro de Pasco 2016.</p>	1. Según los resultados, el impacto de los síntomas de caries dental en la Dimensión Comer es de intensidad leve, por lo tanto, se muestra evidencia a favor de la hipótesis nula.
<p>H_A: El impacto de los síntomas de caries dental en el desempeño Hablar es moderado en los escolares de 11 y 12 años de la I.E.I. N° 34047 César Vallejo, Cerro de Pasco 2016.</p> <p>H₀: El impacto de los síntomas de caries dental en el desempeño Hablar NO es moderado en los escolares de 11 y 12 años de la I.E.I. N° 34047 César Vallejo, Cerro de Pasco 2016.</p>	2. Según los resultados, el impacto de los síntomas de caries dental en la Dimensión Hablar es de intensidad muy leve, por lo tanto, se rechaza la hipótesis alterna y se acepta la hipótesis nula.
<p>H_A: El impacto de los síntomas de caries dental en el desempeño Limpiar es moderado en los escolares de 11 y 12 años de la I.E.I. N° 34047 César Vallejo, Cerro de Pasco 2016.</p> <p>H₀: El impacto de los síntomas de caries dental en el desempeño Limpiar NO es moderado en los escolares de 11 y 12 años de la I.E.I. N° 34047 César Vallejo, Cerro de Pasco 2016.</p>	3. Según los resultados, el impacto de los síntomas de caries dental en la Dimensión Limpiar es de intensidad leve, por lo tanto, se rechaza la hipótesis alterna y se acepta la hipótesis nula.
<p>H_A: El impacto de los síntomas de caries dental en el desempeño Dormir es muy moderado en los escolares de 11 y 12 años de la I.E.I. N° 34047 César Vallejo, Cerro de Pasco 2016.</p> <p>H₀: El impacto de los síntomas de caries dental en el desempeño Dormir NO es muy moderado en los escolares de 11 y 12 años de la I.E.I. N° 34047 César Vallejo, Cerro de Pasco 2016.</p>	4. Según los resultados, el impacto de los síntomas de caries dental en la Dimensión Dormir es de intensidad leve, por lo tanto, se rechaza la hipótesis alterna y se acepta la hipótesis nula.

<p>H_A: El impacto de los síntomas de caries dental en el desempeño Emoción es moderado en los escolares de 11 y 12 años de la I.E.I. N° 34047 César Vallejo, Cerro de Pasco 2016.</p> <p>H₀: El impacto de los síntomas de caries dental en el desempeño Emoción NO es moderado en los escolares de 11 y 12 años de la I.E.I. N° 34047 César Vallejo, Cerro de Pasco 2016.</p>	<p>5. Según los resultados, el impacto de los síntomas de caries dental en la Dimensión Emoción es de intensidad muy leve, por lo tanto, se rechaza la hipótesis alterna y se acepta la hipótesis nula.</p>
<p>H_A: El impacto de los síntomas de caries dental en el desempeño Sonreír es moderado en los escolares de 11 y 12 años de la I.E.I. N° 34047 César Vallejo, Cerro de Pasco 2016.</p> <p>H₀: El impacto de los síntomas de caries dental en el desempeño Sonreír NO es moderado en los escolares de 11 y 12 años de la I.E.I. N° 34047 César Vallejo, Cerro de Pasco 2016.</p>	<p>6. Según los resultados, el impacto de los síntomas de caries dental en la Dimensión Sonreír es de intensidad muy leve, por lo tanto, se rechaza la hipótesis alterna y se acepta la hipótesis nula.</p>
<p>H_A: El impacto de los síntomas de caries dental en el desempeño Estudiar es moderado en los escolares de 11 y 12 años de la I.E.I. N° 34047 César Vallejo, Cerro de Pasco 2016.</p> <p>H₀: El impacto de los síntomas de caries dental en el desempeño Estudiar NO es moderado en los escolares de 11 y 12 años de la I.E.I. N° 34047 César Vallejo, Cerro de Pasco 2016.</p>	<p>7. Según los resultados, el impacto de los síntomas de caries dental en la Dimensión Estudiar es de intensidad leve, por lo tanto, se rechaza la hipótesis alterna y se acepta la hipótesis nula.</p>
<p>H_A: El impacto de los síntomas de caries dental en el desempeño Socializar es moderado en los escolares de 11 y 12 años de la I.E.I. N° 34047 César Vallejo, Cerro de Pasco 2016.</p> <p>H₀: El impacto de los síntomas de caries dental en el desempeño Socializar NO es moderado en los escolares de 11 y 12 años de la I.E.I. N° 34047 César Vallejo, Cerro de Pasco 2016.</p>	<p>8. Según los resultados, el impacto de los síntomas de caries dental en la Dimensión Socializar es de intensidad muy leve, por lo tanto, se rechaza la hipótesis alterna y se acepta la hipótesis nula.</p>

4.4. Discusión de resultados

Se concuerda con la conclusión de Gherunpong en que la salud bucal afecta la calidad de vida de los niños, así también en su severidad que es poca y con más frecuencia, lo que conlleva a poca intensidad; esto aún a pesar de la alta prevalencia parecida que nos salió 92.8%. Además de coincidir del impacto asociado con la dificultad para comer, en nuestro estudio se adicionó también mayores prevalencias en las dificultades para limpiar y dormir tanto en intensidad y prevalencia, en la dificultad para sonreír obtuvimos sólo 9.1% de intensidad y 21.4% de prevalencia, podemos inferir que el impacto debido específicamente a síntomas de caries dental es percibido más en actividades esenciales que en estéticas. Nuestro estudio consideró sólo las causas asociadas con síntomas de caries (dolor dental, sensibilidad y diente cariado) para los resultados finales. Como un dato adicional para comparación, tenemos las afecciones bucales más prevalentes percibidos, que además de los

anteriores son malposición dentaria y sangrado de encías. Además, en el estudio de Tailandia, el 43.1% de escolares estaban libre de caries dental (media del CPOD 1.5), intensidad de impacto es mayor en leve y moderado; mientras que en nuestro estudio, todos los escolares resultaron con caries (media del CPOD 6.42), con intensidad de impacto mayor en muy leve y leve. Esto puede implicar que en nuestro estudio los niños terminan adaptándose a los problemas de caries pese a su alto índice de CPOD.

De manera similar con el estudio de Moreno, se coincide en que los resultados fueron significativos y la intensidad de impactos muy leve (empero superamos la prevalencia de impacto en 24% más), las actividades o desempeños más afectados Comer y Limpiar (en nuestro estudio se añadió Dormir y no Sonreír como el otro estudio) (15). Se difiere relativamente en la prevalencia de impactos y causas de impacto.

Paredes tiene resultados parecidos a esta investigación en, prevalencia de impacto alta, intensidad (muy leve y leve) y causas de impacto (síntomas de caries dental). Siendo un poco variado en Desempeños afectados, donde obtuvimos Comer, Limpiar, Dormir frente a Comer y Sonreír (2).

Comparando al estudio de Castillo, las prevalencias de impactos relativamente altas, intensidad de impactos muy similar (muy leve y leve). Los desempeños más afectados también fueron comer y limpiar. Referente a las condiciones orales que causan impacto, fueron casi las mismas, pero en diferente puntaje de prevalencia: dolor de dientes 58% y sensibilidad dentaria 32.7%, (13) frente al nuestro con sensibilidad dentaria 83% y dolor de dientes 46%. Ello implicaría que los escolares sí detectan y perciben los problemas orales pero no lo consideran severos.

Con el estudio de Sánchez y Herrera es parecido en, prevalencia de desempeños afectados (comer, limpiar y emoción) aunque con puntajes muy distantes, se difiere en sonreír por su alto porcentaje. En la prevalencia general

de impactos superamos en 10 puntos, la intensidad de impacto muy similar en muy leve y leve; los desempeños más impactados también fueron comer y limpiar, en su caso también fue sonreír. Los problemas causales de impacto fueron igualmente el dolor de muela y sensibilidad dental, a lo que se agregó en ellos el sangrado de encías. Podemos mencionar que si bien los escolares perciben los problemas orales se debería enfatizar en sensibilizar y concientizar en ésta etapa de vida para que también perciban su severidad y busquen una pronta intervención preventiva y recuperativa, y como profesional de salud brindarles una atención oportuna y de calidad, para ello la creación de plazas laborales sería idóneo, considerando al personal odontólogo parte del equipo básico de salud (17).

Se difiere con Vélez porque no obtuvo correlación estadísticamente significativa entre los puntajes de caries y su impacto en los desempeños diarios ($Rho = -0.061$), donde se encontró relación inversa, entre el nivel muy alto del CPOD y el nivel muy bajo del impacto en la calidad de vida relacionada a la salud bucal, esto es parecido a nuestro estudio porque por lo general presenta altos valores de CPOD (media 6.42) pero presentan intensidad de impacto leve o muy leve en su mayoría (5). A pesar de sus altas prevalencias, de impacto general y de algunos desempeños, su correlación de impacto sale negativo, lo que puede explicarse debido a su intensidad de impacto en general, lo cual es mayor leve impacto y sin impacto. Su estudio sugiere que los escolares son resistentes al dolor y malestares orales o lograron adaptarse, a lo que consideramos que posiblemente ese sea nuestro caso, además de percibir que hay una falta de cultura sobre hábitos de higiene y dieta saludable (ejemplo de padres a hijos) y fomentar entornos saludables en el ámbito escolar y la comunidad.

CONCLUSIONES

Existe impacto de caries dental en la calidad de vida relacionada a la salud bucal con correlación baja y significativa, en escolares de 11 y 12 años de la I.E.I. N° 34047 César Vallejo de Cerro de Pasco en el año 2016.

Todos los escolares presentaron caries dental, el promedio del CPOD fue alto (6,42), mediana 6 y moda 8.

La prevalencia de impactos total fue 92.8%, donde tuvieron al menos un impacto afectado por los síntomas de caries, la intensidad de los impactos en general fue muy leve (18.1%). Los desempeños afectados fueron: Comer 80.4%, Hablar 34.8%, Limpiar 67% Dormir 59.8 %, Emoción 44.6%, Sonreír 21.4%, Estudiar 48.2%, Socializar 28.6%; siendo la mayoría de ellos percibidos con regular severidad y poca frecuencia. El promedio de las intensidades de impacto en cada desempeño fue mayormente leve y muy leve; sólo en el desempeño Comer se evidenció que es mayor en la intensidad moderada.

RECOMENDACIONES

Realizar más estudios de experiencia de caries a nivel local, en los escolares del mismo grupo de edad y otros y evaluar la eficacia de los programas de salud bucal del estado. También más estudios de caries dental e impacto en la calidad de vida considerando el nivel socioeconómico de los padres, aspecto sociodemográfico, nivel de instrucción, condición médica, etc.

Realizar investigación aplicada considerando talleres educativos, demostrativos y preventivos.

Se recomienda considerar implementar en los servicios de salud bucal como complemento, los cuestionarios que consideren la calidad de vida relacionado a la salud bucal de las personas para la toma de decisiones sobre el tratamiento de pacientes.

Se insta a las entidades competentes (colegio odontológico regional, nacional, autoridades gubernamentales, facultades odontológicas locales, etc) brindar alternativas de solución frente a la problemática de caries dental en el medio; viendo que en el estudio se demostró que la prevalencia de caries y CPOD son altos, y su impacto en calidad de vida es bajo; se debe promover programas eficientes en prevención y promoción de la salud oral, fortalecer la salud pública e incursionar en gestiones de políticas públicas en la región.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. León Rodríguez VEL. IMPACTO DE LA CARIES DENTAL EN LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD BUCAL EN ESTUDIANTES DE DOS COLEGIOS URBANOS DE SECCIÓN NOCTURNA EN AZOGUES, ECUADOR 2017. 2017.
2. Paredes-Martínez ER, Díaz-Pizán ME. Impacto de las condiciones bucales sobre la calidad de vida en escolares del Distrito de San Juan de Miraflores. Lima, Perú. 2014.
3. Marró Freitte ML, Candiales De Castillo YM, Cabello Ibacache R, Urzúa Araya I, Rodríguez Martínez G. Aspectos sobre la medición del impacto de la caries dental en la calidad de vida de las personas: Artículo de revisión. Rev Clínica Periodoncia Implantol Rehabil Oral. abril de 2013;6(1):42-6.
4. Paiva SM, Vidigal EÁ, Abanto J, Matta AC, Robles RAL, Masoli C, et al. Epidemiología de la caries dental en américa latina. Rev Odontopediatría Latinoam [Internet]. 2014 [citado 26 de septiembre de 2024];4(2). Disponible en: <https://www.revistaodontopediatria.org/index.php/alop/article/view/21>.
5. Vélez-Vásquez VA, Villavicencio-Caparó E, Cevallos-Romero S, Castillo-López CD. Impacto de la experiencia de caries en la calidad de vida relacionada a la salud bucal; Machángara, Ecuador. Rev Estomatológica Hered. 4 de noviembre de 2019;29(3):203-12.
6. Díaz Cárdenas S, Arrieta Vergara K, Ramos Martínez K. Impacto de la Salud Oral en la Calidad de Vida de Adultos Mayores. Rev Clínica Med Fam. febrero de 2012;5(1):9-16.
7. Petersen PE, Bourgeois D, Ogawa H, Estupinan-Day S, Ndiaye C. The global burden of oral diseases and risks to oral health. Bull World Health Organ. septiembre de 2005;83:661-9.

8. Sampaio FC, Malheiros Z, Benítez C, Stewart B, Bönecker M. Dental Caries in Latin American and Caribbean countries: urgent need for a regional consensus. *Braz Oral Res.* 2021;35(suppl 1):e057.
9. León FAO. Perfil epidemiológico de salud bucal en niños atendidos en el Seguro Social del Perú. *Rev Odontol PEDIÁTRICA.* 2014;13(2):94-103.
10. Sifuentes de la Cruz L. LAS REGIONES GEOGRÁFICAS DEL PERÚ.
11. Santos AC, Cano IL, Huéscar AG, Ferrer M^a Á. Prevalencia de caries dental en escolares de educación infantil de una zona de salud con nivel socioeconómico bajo. 2019.
12. Morales Miranda L, Gómez Gonzáles W. Caries dental y sus consecuencias clínicas relacionadas al impacto en la calidad de vida de preescolares de una escuela estatal. *Rev Estomatológica Hered.* enero de 2019;29(1):17-29.
13. Salluca WRC, Serrano PGC, Soto YQ, Laura YPY, Salluca LEC. Calidad de Vida y Epidemiología de la Caries Dental en Adolescentes de una Provincia Altoandina Del Perú. *Cienc Lat Rev Científica Multidiscip.* 2 de octubre de 2023;7(5):538-49.
14. Gherunpong S, Tsakos G, Sheiham A. The prevalence and severity of oral impacts on daily performances in Thai primary school children. *Health Qual Life Outcomes.* 12 de octubre de 2004;2:57.
15. Moreno Ruiz X, Vera Abara C, Cartes-Velásquez R. Impacto de la salud bucal en la calidad de vida de escolares de 11 a 14 años, Licantén, 2013. *Rev Clínica Periodoncia Implantol Rehabil Oral.* diciembre de 2014;7(3):142-8.
16. Castillo et al. (2014). Impacto de las condiciones bucales sobre la calidad de vida en escolares de ámbito rural, Piura, Perú [Internet]. [citado 27 de septiembre de 2024]. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/reh/v24n4/a03v24n4.pdf>.
17. Borjas P. IMPACTO DE LAS CONDICIONES ORALES SOBRE LA CALIDAD DE VIDA EN ESCOLARES DE 11 Y 12 AÑOS DE EDAD DE ZAPALLAL–PUENTE PIEDRA. *Odontol Act Rev Científica.* 7 de marzo de 2018;2:7.

18. Guía_de_práctica_clínica_para_la_prevenición__diagnóstico_y_tratamiento_de_la_caries_dental_en_niñas_y_niños__Guía_técnica20190621-17253-1sj2h61.pdf [Internet]. [citado 10 de octubre de 2024]. Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/322902/Gu%C3%ADa_de_pr%C3%A1ctica_cl%C3%ADnica_para_la_prevenici%C3%B3n__diagn%C3%B3stico_y_tratamiento_de_la_caries_dental_en_ni%C3%B1as_y_ni%C3%B1os__Gu%C3%ADa_t%C3%A9cnica20190621-17253-1sj2h61.pdf?v=1561140245.
19. Mooney JB, Barrancos PJ. Operatoria Dental. Ed. Médica Panamericana; 2006. 1348 p.
20. Orellana IC, Romero MJ, Illescas ML, Barahona MM. EDUNICA. 2021 [citado 29 de septiembre de 2024]. Memorias VII Congreso Internacional de Especialidades Odontológicas e Investigación: Vinculación con la Sociedad. Disponible en: <https://publicaciones.edunica.com.ec/index.php/edunica/catalog/view/63/5/199>.
21. Lazo Meneses GA. PROBLEMÁTICA ACTUAL EN SALUD BUCAL EN EL PERÚ. SCIENTIARVM. 4 de julio de 2015;1(1):55-8.
22. Resolucion-ministerial [Internet]. [citado 5 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/403954/resolucion-ministerial-n-1001-2019-minsa.PDF>.
23. Ovalle MAC. Salud bucal y su atención en las personas mayores institucionalizadas de Barcelona y el impacto en su calidad de vida. 2013.
24. Orellana Aguilar W, Herbas Gonzales MJ, Calizaya Cartagena TC, Mamani Rosas AM. Escuelas saludables, Índice de CPOD y ceo-d. Rev Científica Salud UNITEPC. 30 de diciembre de 2022;9(2):38-45.

ANEXOS

Consentimiento Informado

Título: Impacto de la Caries Dental en la Calidad de Vida de escolares de 11 y 12 años de la I.E.I. N°34047 César Vallejo, Cerro de Pasco 2016

¿Para qué se firma este documento?

Lo firma para poder participar en el estudio.

¿Por qué se está haciendo este estudio de investigación?

Queremos saber más sobre La Calidad de Vida relacionado a Caries Dental en escolares de 11 a 12 años. Les estamos pidiendo a personas como usted que nos ayuden.

¿Qué pasa si digo "sí, quiero participar en el estudio"?

Si dice que sí le realizaremos un examen clínico bucal (índice de CPOD) y llenado de un Cuestionario. Este estudio no tiene respuestas correctas o incorrectas.

¿Cuánto tiempo tomará el estudio?

El estudio tomará alrededor de 25 minutos de su tiempo.

¿Qué pasa si digo "no quiero participar en el estudio"?

Nadie le tratará en manera diferente. A usted no se le penalizará.

¿Qué pasa si digo que sí, pero cambio de opinión más tarde?

Usted puede dejar de participar en el estudio en cualquier momento. A usted no se le penalizará.

¿Quién verá mis respuestas?

Las únicas personas autorizadas para ver sus respuestas son las que trabajan en el estudio y las que se aseguran de que éste se realice de manera correcta. Cuando compartamos los resultados del estudio no incluiremos su nombre.

¿Me costará algo participar en el estudio?

No.

¿Qué debo hacer si tengo preguntas?

Si bien no debería haber preguntas durante el estudio, Ud. puede llamar al investigador principal del estudio en cualquier momento.

¿Tengo que firmar este documento?

No. Firmelo solamente si desea participar en el estudio.

Al firmar este documento está diciendo que:

- Está de acuerdo con participar en el estudio.

Le hemos explicado la información que contiene este documento y hemos contestado todas sus preguntas.

Usted sabe que:

No tiene que contestar preguntas que no quiera contestar.

En cualquier momento, puede dejar de contestar nuestras preguntas y no le pasará nada a usted.

Puede llamar a la oficina encargada de investigaciones alsi tiene alguna pregunta sobre el estudio o sobre sus derechos.

HE LEÍDO Y COMPRENDIDO. HE QUEDADO SATISFECHO(A). MIS PREGUNTAS HAN SIDO RESPONDIDAS.

YO, VOLUNTARIAMENTE ACEPTO MI PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO.

Cerro de Pasco,..... de noviembre del 2016.

Firma del Participante

Apellidos y nombres

DNI:

Firma del testigo

Apellidos y nombres del apoderado

DNI:

Firma del Responsable del estudio



INSTRUMENTOS

Ficha de Recolección de Datos

Nombre: Fecha:

Edad:

Género:

Año y Sección:

¿Presenta alguna enfermedad?

.....

INDICE CPOD

DIAGNOSTICO:

.....

ODONTOGRAMA

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28						
55 54 53 52 51					81 82 83 84 85																
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						

Especificaciones: _____

Observaciones: _____

 Cirujano Dentista

CUESTIONARIO- VERSION PERUANA DEL CHILD OIDP

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

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 o los problemas que hayas tenido, incluyendo aquellos que están presentes y aquellos que ya no están presentes en la actualidad.

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

PASO II: Evaluación de los impactos de calidad de vida en los niños

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 siguiente para cada desempeño)

o	Desempeño	Severidad	Frecuencia	Condición
	Comer alimentos (comida, helados)			
	Hablar claramente			
	Limpiarte la boca (Ejemplo enjuagarte la boca, cepillarte los dientes)			
	Descansar (incluyendo dormir)			
	Mantener un buen estado de ánimo (sin molestarte, enfadarte o imitarte)			
	Sonreír, reír y mostrar tus dientes (sin sentir vergüenza)			
	Realizar tus labores escolares (Ejemplo Ir a la escuela, participar en la clase, hacer la tarea)			
	Contactarte con otras personas (Ejemplo Salir con amigos, ir a la casa de un amigo)			

Severidad

¿Cuánto ha afectado tu vida diaria la dificultad para (desempeño)?



Frecuencia

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

- 1 o 2 veces al mes..... 1
- 3 a más veces al mes..... 2
- + de 3 veces en los últimos 3 meses..... 3

Condición Percibida

De acuerdo al problema de tu boca o dientes (del paso 1) ¿Puedes especificar cuál o cuáles de ellos son la causa de la dificultad en Desempeño? (selecciona de la lista de problemas orales que completaste en el paso 1).

FICHA DE VALIDACION DE INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

I. DATOS GENERALES

Apellidos y Nombres del evaluador	ESTRELLA CHACCHA SERGIO MICHEL,
Grado Académico	DOCTOR EN CIENCIAS DE LA EDUCACION
Institución donde labora	UNDAC / ESP. EN ENDODONCIA Y CARIOLOGIA.
Cargo que desempeña	Docente
Instrumento motivo de evaluación	Cuestionario Child-OIDP
Autor del instrumento	Gherunpong, Tsakos y Sheihan (Tailandia-2004).
Título de la investigación	Impacto de Caries Dental en la Calidad de Vida de escolares de 11 y 12 años de la I.E.I. N°34047 César Vallejo, Cerro de Pasco 2016

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

Excelente (5) Muy Bueno (4) Bueno (3) Regular (2) Deficiente (1)

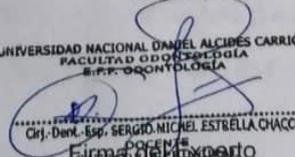
INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 0-20%	Regular 21-40%	Bueno 41-60%	Muy Bueno 61-80%	Excelente 81-100%
1. CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje apropiado.					85
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables.					85
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y tecnología.					85
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.					85
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos en cantidad y calidad.					85
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos de la investigación.					85
7. CONSISTENCIA	Basado en aspectos teórico-científicos.					85
8. COHERENCIA	Entre las dimensiones, indicadores e índices.					85
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la investigación.					85
10. OPORTUNIDAD	El instrumento será aplicado en el momento oportuno o más adecuado según sus procedimientos.					85
PROMEDIO DE VALIDACIÓN %						85

Referencia: Validado y adaptado al Perú por Bernabé et. al (2008)(2)

III. Promedio de Valoración: 85%

IV. Opinión de Aplicabilidad: SI (X) NO () El instrumento puede ser aplicado tal como está elaborado.

Lugar y fecha: Cerro de Pasco, octubre del 2016


 UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIBES CARRIÓN
 FACULTAD ODONTOLOGÍA
 E.F.F. ODONTOLOGÍA
 Crj. Dent. Esp. SERGIO MICHEL ESTRELLA CHACCHA
 OFICINA DE EXPORTO

FICHA DE VALIDACION DE INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

I. DATOS GENERALES

Apellidos y Nombres del evaluador	ALEJANDRO ALFREDO NAVARRO MIRAVAL
Grado Académico	ESP. REHABILITACION ORAL
Institución donde labora	UNDAC
Cargo que desempeña	Docente
Instrumento motivo de evaluación	Cuestionario Child-OIDP
Autor del instrumento	Gherunpong, Tsakos y Sheihan(Tailandia-2004).
Título de la investigación	Impacto de Caries Dental en la Calidad de Vida de escolares de 11 y 12 años de la I.E.I. N°34047 César Vallejo, Cerro de Pasco 2016

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

Excelente (5) Muy Bueno (4) Bueno (3) Regular (2) Deficiente (1)

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 0-20%	Regular 21-40%	Bueno 41-60%	Muy Bueno 61-80%	Excelente 81-100%
1. CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje apropiado.					X
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables.					X
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y tecnología.				X	
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.					X
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos en cantidad y calidad.					X
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos de la investigación.					X
7. CONSISTENCIA	Basado en aspectos teórico-científicos.					X
8. COHERENCIA	Entre las dimensiones, indicadores e Indices.					X
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la investigación.					X
10. OPORTUNIDAD	El instrumento será aplicado en el momento oportuno o más adecuado según sus procedimientos.				X	
PROMEDIO DE VALIDACIÓN		88 %				

Referencia: Validado y adaptado al Perú por Bernabé et. al (2008)(2)

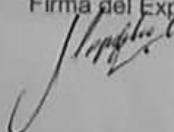
III. Promedio de Valoración: 88 %

IV. Opinión de Aplicabilidad: SI (X) NO () El instrumento puede ser aplicado tal como está elaborado.

Lugar y fecha: Cerro de Pasco, octubre del 2016

Universidad Nco. Daniel Alcides Carrón
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
Dr. Alejandro Navarro Miraval
DOCENTE AREA DE
REHABILITACION ORAL

Firma del Experto



FICHA DE VALIDACION DE INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

I. DATOS GENERALES

Apellidos y Nombres del evaluador	SOLIS CONDOR, GILMER NEKER
Grado Académico	MAESTRO / ESP. REHABILITACIÓN ORAL
Institución donde labora	UNDAC
Cargo que desempeña	Docente
Instrumento motivo de evaluación	Cuestionario Child-OIDP
Autor del instrumento	Gherunpong, Tsakos y Sheihan(Tailandia-2004).
Título de la investigación	Impacto de Caries Dental en la Calidad de Vida de escolares de 11 y 12 años de la I.E.I. N°34047 César Vallejo, Cerro de Pasco 2016

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

Excelente (5) Muy Bueno (4) Bueno (3) Regular (2) Deficiente (1)

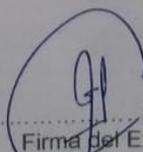
INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 0-20%	Regular 21-40%	Bueno 41-60%	Muy Bueno 61-80%	Excelente 81-100%
1. CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje apropiado.				X	
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables.					X
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y tecnología.				X	
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.					X
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos en cantidad y calidad.					X
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos de la investigación.				X	
7. CONSISTENCIA	Basado en aspectos teórico-científicos.					X
8. COHERENCIA	Entre las dimensiones, indicadores e índices.				X	
9. METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación.					X
10. OPORTUNIDAD	El instrumento será aplicado en el momento oportuno o más adecuado según sus procedimientos.					X
PROMEDIO DE VALIDACIÓN		83 %				

Referencia: Validado y adaptado al Perú por Bernabé et. al (2008)(2)

III. Promedio de Valoración: 83 %

IV. Opinión de Aplicabilidad: SI (X) NO () El instrumento puede ser aplicado tal como está elaborado.

Lugar y fecha: Cerro de Pasco, octubre del 2016



 Firma del Experto

Dr. Gilmer Solis Condor
 CIRUJANO DENTISTA
 ESP. REHABILITACIÓN ORAL
 COP: 15066

ANALISIS DE CONFIABILIDAD

Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	50	100,0
	Excluido ^a	0	,0
	Total	50	100,0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,634	8

SI LOS VALORES DEL ALFA DE CRONBACH DETERMINAN LOS SIGUIENTES RESULTADOS DE CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO:

Rango	Confiabilidad/Dimensión
De 0.0 a 0.20	Muy baja (rehacer instrumento)
De 0.21 a 0.40	Baja (revisión de reactivos)
De 0.41 a 0.60	Media (instrumento poco confiable)
De 0.61 a 0.80	Alta (instrumento confiable y aceptable)
De 0.81 a 1	Muy alta (instrumento altamente confiable)

(Cuadro de Valor según Ruiz Bolívar, 2002)

Entonces se puede decir que en nuestro instrumento se presenta un valor de 0.634, lo que significa Confiabilidad Alta, siendo un instrumento confiable y aceptable.

<p>¿Cómo es el impacto de los síntomas de caries dental en el desempeño Emoción de los escolares de 11 y 12 años de la I.E.I. N° 34047 César Vallejo, Cerro de Pasco 2016?</p> <p>¿Cómo es el impacto de los síntomas de caries dental en el desempeño Sonreír de los escolares de 11 y 12 años de la I.E.I. N° 34047 César Vallejo, Cerro de Pasco 2016?</p> <p>¿Cómo es el impacto de los síntomas de caries dental en el desempeño Estudiar de los escolares de 11 y 12 años de la I.E.I. N° 34047 César Vallejo, Cerro de Pasco 2016?</p> <p>¿Cómo es el impacto de los síntomas de caries dental en el desempeño Socializar de los escolares de 11 y 12 años de la I.E.I. N° 34047 César Vallejo, Cerro de Pasco 2016?</p>	<p>Determinar el impacto de los síntomas de caries dental en el desempeño Emoción de los escolares de 11 y 12 años de la I.E.I. N° 34047 César Vallejo, Cerro de Pasco 2016</p> <p>Determinar el impacto de los síntomas de caries dental en el desempeño Sonreír de los escolares de 11 y 12 años de la I.E.I. N° 34047 César Vallejo, Cerro de Pasco 2016</p> <p>Determinar el impacto de los síntomas de caries dental en el desempeño Estudiar de los escolares de 11 y 12 años de la I.E.I. N° 34047 César Vallejo, Cerro de Pasco 2016</p> <p>Determinar el impacto de los síntomas de caries dental en el desempeño Socializar de los escolares de 11 y 12 años de la I.E.I. N° 34047 César Vallejo, Cerro de Pasco 2016</p>	<p>El impacto de los síntomas de caries dental en el desempeño Emoción es moderado en los escolares de 11 y 12 años de la I.E.I. N° 34047 César Vallejo, Cerro de Pasco 2016</p> <p>El impacto de los síntomas de caries dental en el desempeño Sonreír es moderado en los escolares de 11 y 12 años de la I.E.I. N° 34047 César Vallejo, Cerro de Pasco 2016</p> <p>El impacto de los síntomas de caries dental en el desempeño Estudiar es moderado en los escolares de 11 y 12 años de la I.E.I. N° 34047 César Vallejo, Cerro de Pasco 2016</p> <p>El impacto de los síntomas de caries dental en el desempeño Socializar es moderado en los escolares de 11 y 12 años de la I.E.I. N° 34047 César Vallejo, Cerro de Pasco 2016</p>	<p>Variable Interviniente Sexo</p>	<p>Diferencia entre macho y hembra de la especie humana</p>	<p>Según sexo biológico, información en encuesta</p> <p>Masculino Femenino</p>	<p>Nominal</p>	<p>Muestra</p> <p>Escolares que cumplen con los criterios de selección (112)</p> <p>Piloto 50 escolares:</p> <p>Análisis Estadístico: Descriptiva, distribución por frecuencias (absoluta, relativa)</p> <p>Estadística inferencial, Prueba de Hipótesis, Coeficiente de Correlación de Spearman</p>
---	---	---	------------------------------------	---	--	----------------	--

FOTOGRAFÍAS DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN







