

IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA AL HISTORIAL DE CARIES SEGÚN PERCEPCIÓN SUBJETIVA DE ESCOLARES DE 11 A 14 AÑOS DE COLEGIOS ESTATALES EN PERÚ, 2019

Impact on quality of life related to caries history according to the subjective perception of 11 to 14 year-old schoolchildren from state schools in Peru, 2019.

Condori Fuentes Sindya Clareth ^{*1}, Tapia Condo Rildo Paúl ¹, Coa Serrano Peggy Griselda ¹

¹ Universidad Andina “Néstor Cáceres Velásquez”-Juliaca, Perú.

* sindya.condorifuentes@hotmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8343-1241>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6195-2932>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6904-0807>

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la calidad de vida relacionada a la salud bucal de los escolares de 11 a 14 años de colegios nacionales de la ciudad de Juliaca, Perú. **Materiales y métodos:** estudio cualitativo-correlacional de corte transversal, se evaluaron a 274 escolares entre 12 a 14 años de edad, que fue toda la muestra que cumplió con los criterios de inclusión y exclusión, se evaluó la calidad de vida relacionada a la salud bucal, mediante la encuesta CPQ11-14 versión validada en Perú. Los estudiantes evaluados firmaron un asentimiento informado y sus padres un consentimiento informado. **Resultados:** En el promedio de calidad de vida relacionado al historial de caries, en la dimensión la puntuación obtuvo una variación. Se obtuvo una media de 77,1 (\pm 19,68). La dimensión con mayor media fue bienestar social con 25,7 (\pm 9,2) y el menor promedio fue del dominio de síntomas orales con 13,9 (\pm 3,6), también se observó que el componente de piezas cariadas obtuvo mayor puntaje, lo que indica que es una población que tiene 4 lesiones de caries por persona y una pieza dental pérdida por escolar.

Palabras clave: Calidad de vida, Salud Bucal, OHRQoL

ABSTRACT

Objectives: The objective of this study was to evaluate the quality of life related to oral health of schoolchildren aged 11 to 14 years from national schools in the city of Juliaca, Perú. **Material and methods:** was a qualitative-correlational cross-sectional study, 274 schoolchildren between 12 and 14 years of age were evaluated, which was the entire sample that met the inclusion and exclusion criteria, the quality of life related to oral health was evaluated by means of the CPQ11-14 survey validated in Peru. The students evaluated signed an informed consent form and their parents signed an informed consent form. Results: In the average quality of life related to caries history, in the dimension the score obtained a variation. Obtained a mean of 77.1 (\pm 19.68). The dimension with the highest mean was social well-being with 25.7 (\pm 9.2) and the lowest mean was the oral symptoms domain with 13.9 (\pm 3.6), it was also observed that the decayed teeth component obtained the highest score, which indicates that this is a population that has 4 caries lesions per person and one lost tooth per schoolchild.

Key words: Quality of Life, Oral Health, OHRQoL

INTRODUCCIÓN

La salud bucal puede afectar a las personas físicas y psicológicamente, ya que influye en muchos aspectos de como disfrutan de la vida, hablan, mastican, prueban la comida, socializan, sonríen y viven libres de incomodidad y relacionarse con otras personas sin apremio.^{1,2}

Actualmente incrementó el interés de reconocer a la salud bucodental como un componente integral de salud y calidad de vida, ya que las enfermedades orales se encuentran entre las más prevalentes y consecuentes como la caries dental, enfermedad periodontal, pérdida de dientes y el cáncer de los labios; lo que reduce en gran medida la calidad de vida.³

La calidad de vida, definida por la OMS como la “percepción personal del individuo de su situación de vida, dentro del contexto sociocultural y de valores en que vive, en relación con sus objetivos, expectativas e interés” que a su vez se interrelacionan con diversos factores. Por ende, abarca un amplio concepto, pues considera que la salud bucodental se ve afectada por la interacción de la condición de salud bucal, social, factores ambientales y salud en general, reflejando la satisfacción del individuo con su salud bucal. Con lo expuesto, se puede considerar que la percepción de salud es una variable multidimensional dependiente de factores internos como externo del individuo.⁴

La autoestima y el bienestar, se pueden ver disminuidos por trastornos en la cavidad oral, esta afirmación dio lugar al concepto de calidad de vida relacionada con salud bucodental, lo que podría convertirse en una herramienta que nos permita entender al paciente desde una perspectiva más amplia dentro de la práctica clínica, investigación y prevención de salud oral, así como también en la comunidad, dado que ello debería ser la base para el desarrollo de programas de salud. Debido a que la percepción del paciente resulta muy importante en la evaluación de necesidades de tratamientos, planificación y la espera de un resultado clínico satisfactorio y en la actualidad existe un creciente reconocimiento de la salud bucodental ya que tiene un impacto en la vida social psicológica del individuo. Por tanto, es importante determinar las causas por las cuales los pacientes tienden a buscar tratamientos y en qué medida afecta esto a su calidad de vida.¹

Los indicadores de la calidad de vida con relación al historial de caries se emplean para evaluar el impacto que esto causa en la calidad de vida de los escolares de 11 a 14 años de colegios estatales; razón por la cual, se realiza el presente estudio, con el fin de relacionar el historial de caries según el índice de caries CPOD y las limitaciones funcionales, emocionales y psicosociales en escolares de 12 a 14

años de edad de colegios estatales Juliaca- Perú 2019.

MATERIALES Y MÉTODOS

Fue un estudio tipo cualitativo-correlacional y transversal. La recolección de datos fue mediante la técnica de observación y el instrumento fue un cuestionario de percepción infantil 11-14 (CPQ11-14) a escolares de los colegios INA 91 y Colibrí de la ciudad de Juliaca. Se tuvo una población de 469 estudiantes, finalmente obteniendo una muestra conformada por 274 escolares, con un tipo de muestreo al azar fueron (130 mujeres y 144 varones) (10 escolares de 11 años, 46 escolares de 12 años, 117 escolares de 13 años y 101 escolares de 14 años) de colegios nacionales de la ciudad de Juliaca.

Se obtuvieron los permisos de dichos colegios, consentimiento informado firmado por los padres y asentimiento informado firmado por los escolares. El proceso de recolección de datos se realizó en tres etapas: primero llenaron sus datos, luego se le realizó la aplicación de instrumentos para medir las variables, el cuestionario CPQ11-14 (calidad de vida), examen de índice CPO-D. Mismos instrumentos validados. Previo a la recolección de datos los escolares recibieron breves indicaciones en su salón sobre el procedimiento.

Para la aplicación del cuestionario CPQ11-145, estuvo constituida por 41 preguntas organizadas en los 4 dominios de la calidad de vida:

1. Síntomas orales (Preguntas 5;6;7;8;9;10)
2. Limitación funcional (Preguntas 11;12;13;14;15;16;17;18;19)
3. Bienestar emocional (Preguntas 20;21;22;23;24;25;26;27;28)
4. Bienestar social (Preguntas 9;30;31;32;33;34;35;36;37;38;39;40;41)

Para las respuestas se utilizó la escala de Likert de 4 puntos con las siguientes opciones:

Las respuestas se valoraron con una puntuación donde 0 = Nunca; 1 = Una o dos veces; 2 = A veces; 3 = Con frecuencia y 4 = Casi todos o todos los días.

Las puntuaciones del CPQ11-14 fueron calculadas como una simple de las puntuaciones de respuestas de todo el cuestionario y por dominio.

La aplicación del índice individual CPO-D se realizó mediante el examen oral a cada adolescente, para diagnosticar de forma visual con un espejo bucal respectivamente. Para su mejor análisis e interpretación se descompuso en

cada una de sus partes y expresó en porcentaje o promedio las mismas.

El índice CPO-D se considera toda la historia de la patología del individuo, ya que su registro se incluyen datos acerca de las piezas dentales con: lesión activa y clínicamente evidente (cariada); extraídos – perdidos por caries y aquellas que están indicadas para su extracción (perdidas); dientes que ya recibieron un tratamiento para la caries (obturadas) y si un diente presenta caries y a la vez tiene una restauración, se tomará como cariado.

El índice CPO-D en adolescentes es el que se utiliza para comparar el estado de salud bucal. Este índice establece la siguiente escala, para gravedad de caries.

- 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.

Donde el grado de severidad se determina mediante la sumatoria de los dientes cariados, perdidos y obturados por caries entre la cantidad total de piezas dentarias según la edad.

RESULTADOS

Del total alumnos estudiados (274) , según la edad estuvo distribuido en 3,6% (n=10) por escolares de 11 años, 16,8% (n=46) por escolares de 12 años, 42,7% (n=117) por escolares de 13 años y 42,1% (n=101) por escolares de 14 años de edad. La distribución según el sexo, estuvo distribuido en un 47,4% (n=130) por escolares del sexo femenino y 52,6% (n=140) por escolares de sexo masculino.

El Índice de CPOD en la muestra seleccionada mostró que la mayoría de escolares presentó riesgo moderado (56,9%) y bajo y alto (19,7%) respectivamente, como indican los resultados en la tabla 1.

Tabla 1. Índice CPOD de los escolares de 11 a 14 años que asisten a colegios nacionales.

CPOD	n	%
Bajo	54	19,7
Moderado	156	56,9
Alto	54	19,7
Muy alto	10	3,6

Tabla 2. Descripción de los grupos experimentales

SEXO		CARIADAS	PERDIDAS	OBTURADAS
Femenino	N	130	130	130
	Perdidos	0	0	0
	Media	10,38	1,58	0,62
	Desviación estándar	4,481	2,022	1,740
	Mínimo	4	0	0
	Máximo	20	8	7
Masculino	N	144	144	144
	Perdidos	0	0	0
	Media	12,11	0,49	0,06
	Desviación estándar	5,236	0,757	0,243
	Mínimo	2	0	0
	Máximo	27	2	1
Total	N	274	274	274
	Perdidos	0	0	0
	Media	11,29	1,01	0,32
	Desviación estándar	4,959	1,591	1,240
	Mínimo	2	0	0
	Máximo	27	8	7

En la tabla 2 se observó que el componente de piezas cariadas es el que obtiene el mayor puntaje, lo que indica que es una población que en promedio tiene cuatro lesiones presentes de caries por persona, el segundo componente más frecuente es el de piezas perdidas por caries que indica que en promedio esta población tiene por lo menos una pieza perdida.

En la tabla 3 se observa en cuanto a las dimensiones de la variable CPQ la más afectada en la muestra total fue el bienestar social seguido por la limitación funcional y bienestar emocional, la dimensión de síntomas orales fue la dimensión menos afectada. Sin embargo, en las mujeres la limitación funcional obtuvo en promedio dos puntos más que el bienestar emocional, aunque esta diferencia no es importante al momento de promediarse con el sexo opuesto.

Tabla 3. Componentes del Índice CPQ11-14 por sexo.

Sexo		Síntomas orales	Limitación funcional	Bienestar emocional	Bienestar social
Femenino	N	130	130	130	130
	Válidos				
	Perdidos	0	0	0	0
	Media	14	20	18	23
	Desviación estándar	4	5	6	8
	Mínimo	7	9	9	13
Masculino	N	144	144	144	144
	Válidos				
	Perdidos	0	0	0	0
	Media	14	18	19	26
	Desviación estándar	3	5	5	9
	Mínimo	7	9	11	13
Total	N	274	274	274	274
	Válidos				
	Perdidos	0	0	0	0
	Media	14	19	19	25
	Desviación estándar	4	5	6	9
	Mínimo	7	9	9	13
	Máximo	22	31	29	57

Tabla 4. Dimensiones de la calidad de vida relacionadas al Historial de Caries.

DIMENSIONES (CPQ 11-14)		Nunca		Una o dos veces		A veces		Con frecuencia		Casi todos los días	
		n	%	N	%	n	%	n	%	n	%
Síntomas orales	1	55	20,1%	94	34,3%	82	29,9%	24	8,8%	19	6,9%
	2	79	28,8%	58	21,2%	103	37,6%	15	5,5%	19	6,9%
	3	117	42,7%	64	23,4%	78	28,5%	10	3,6%	5	1,8%
	4	70	25,5%	74	27,0%	116	42,3%	14	5,1%	0	0,0%
	5	31	11,3%	80	29,2%	124	45,3%	10	3,6%	29	10,6%
	6	120	43,8%	38	13,9%	96	35,0%	5	1,8%	15	5,5%
Limitación funcional	1	58	21,2%	48	17,5%	125	17,5%	28	10,2%	15	5,5%
	2	78	28,5%	58	21,2%	108	39,4%	20	7,3%	10	3,6%
	3	96	35,0%	53	19,3%	86	31,4%	30	10,9%	9	3,3%
	4	131	47,8%	55	20,1%	79	28,8%	4	1,5%	5	1,8%
	5	132	48,2%	49	17,9%	83	30,3%	5	1,8%	5	1,8%
	6	99	36,1%	83	30,3%	68	24,8%	10	3,6%	14	5,1%
	7	128	46,7%	66	24,1%	60	21,9%	10	3,6%	10	3,6%
	8	200	73,0%	35	12,8%	39	14,2%	0	0,0%	0	0,0%
	9	86	31,4%	83	30,3%	81	29,6%	19	6,9%	5	1,8%
Bienestar emocional	1	117	42,7%	59	21,5%	77	28,1%	10	3,6%	11	4,0%
	2	78	28,5%	10	3,6%	87	31,8%	0	0,0%	4	1,5%
	3	84	30,7%	80	29,2%	101	36,9%	9	3,3%	0	0,0%
	4	101	36,9%	81	29,6%	72	26,3%	15	5,5%	5	1,8%
	5	168	61,3%	39	14,2%	48	17,5%	5	1,8%	14	5,1%
	6	81	29,6%	71	25,9%	107	39,1%	5	1,8%	10	3,6%
	7	75	27,4%	10	3,6%	74	27,0%	9	3,3%	14	5,1%
	8	85	31,0%	69	25,2%	92	33,6%	19	6,9%	9	3,3%
	9	152	55,5%	55	20,1%	52	19,0%	0	0,0%	10	3,6%
Bienestar social	1	169	61,7%	33	12,0%	57	20,8%	5	1,8%	10	3,6%
	2	83	30,3%	65	23,7%	74	27,0%	24	8,8%	24	8,8%
	3	102	37,2%	89	32,5%	73	26,6%	5	1,8%	5	1,8%
	4	145	52,9%	50	18,2%	69	25,2%	5	1,8%	5	1,8%
	5	120	43,8%	45	16,4%	80	29,2%	14	5,1%	15	5,5%
	6	129	47,1%	45	16,4%	71	25,9%	9	3,3%	20	7,3%
	7	123	44,9%	68	24,8%	58	21,2%	15	5,5%	10	3,6%
	8	163	59,5%	33	12,0%	58	21,2%	5	1,8%	15	5,5%
	9	126	46,0%	65	23,7%	73	26,6%	5	1,8%	5	1,8%
	10	107	39,1%	94	34,3%	63	23,0%	5	1,8%	5	1,8%
	11	122	44,5%	44	16,1%	74	27,0%	24	8,8%	10	3,6%
	12	148	54,0%	55	20,1%	61	22,3%	0	0,0%	10	3,6%
	13	133	48,5%	89	32,5%	42	15,3%	5	1,8%	5	1,8%

En la tabla 4 las puntuaciones en el CPQ11-14 variaron, los puntajes de cada dominio tenían una gran variación. En la dimensión síntomas orales la respuesta a la pregunta ¿La comida se queda dentro o entre tus dientes? (dimensión S.O. 5) A veces obtuvo el mayor porcentaje con el 45,3% (n=124), seguido de ¿Mal aliento? (dimensión S.O. 4) a veces obtuvo el 42% (n=116). En la dimensión de limitaciones funcionales la respuesta con mayor porcentaje fue en respuesta a la pregunta ¿Problemas para beber con sorbete o caña? (dimensión L.F. 8) nunca obtuvo el 73% (n=200), seguido de ¿problemas para abrir la boca grande?

(dimensión L.F. 5) nunca obtuvo el 48,2% (n=132) y en respuesta a ¿has tardado más tiempo en comer que otras personas? (dimensión L.F. 5) a veces obtuvo el 39,4% (n=108). En la dimensión de bienestar emocional la respuesta a la pregunta ¿Has estado preocupado por que no eres tan simpático como otros? (dimensión B.E. 5) Nunca obtuvo el 61,3% (n=168), seguido por ¿Has estado preocupado porque eres diferente a los demás? (dimensión B.E. 9) Nunca obtuvo el 55,5% (n=152) y ¿te has sentido tímido o avergonzado? (dimensión B.E. 3) A veces obtuvo el 36,9% (n=101). En la dimensión de Bienestar social las repuestas con mayor puntaje a ¿has faltado a clases por causa de algún dolor, citas médicas o alguna cirugía? (dimensión B.S. 1) Nunca obtuvo el 61,7% (n=169) y A veces el 20,8% (n=57), seguido por ¿ha sido difícil tocar instrumentos musicales de viento? Nunca obtuvo el 59,5% (n=163) y ¿Algunos niños se han burlado de ti o te han puesto apodosos? (dimensión B.E. 11) Nunca el 44,5% (n=122) y A veces 27% (n=74).

Se relacionó el historial de caries con calidad de vida y al promediar ello se obtuvo una variación. Obteniéndose una media de $77,1 \pm 19,68$. La dimensión con mayor media fue bienestar social con $25,7 \pm 9,2$ y el menor promedio fue del dominio de síntomas orales con $13,9 \pm 3,6$ como se muestra en la tabla 5.

Tabla 5. Promedios de calidad de vida e historial de caries.

(CPQ11-14)	X	D.E.	Mín.	Máx.
Síntomas orales	13,9	3,6	6	24
Limitaciones funcionales	18,7	5,1	9	36
Bienestar emocional	18,7	5,8	9	36
Bienestar social	25,7	9,2	13	52
Calidad de vida (CPQ11-14)	77,1	19,68	37	148

Prueba de Kruskal-Wallis; $p < 0,050$

El impacto del CPO-D en la percepción de los síntomas orales relacionado a la calidad de vida nos da como resultado mayor puntaje que fue; alto de $14,46 \pm 4,2$. Existe una asociación entre el CPO-D y la dimensión síntomas orales de la CPQ11-14 ($p < 0,05$); El impacto del CPO-D en la percepción de limitaciones funcionales en la calidad de vida se presentó un índice CPO-D con mayor puntaje que fue bajo de $20,59 \pm 5,4$. Existe una asociación entre el CPO-D y la dimensión limitaciones funcionales de la CPQ11-14 ($p < 0,05$); El impacto del CPO-D en relación al bienestar emocional con mayor puntaje fue bajo de $20,59 \pm 5,4$, Existe una asociación entre el CPO-D y la dimensión bienestar social de la CPQ11-14 ($p < 0,05$) y el impacto del CPO-D en relación al bienestar social con mayor puntaje fue bajo de $29,76 \pm 12,18$. Existe una asociación entre el CPO-D y la dimensión bienestar social de la CPQ11-14 ($p < 0,05$), como indican los resultados en la tabla 6.

Tabla 6. Índice CPOD y su impacto en la percepción de síntomas orales, limitaciones funcionales, bienestar emocional y bienestar social en la calidad de vida.

(CPQ11-14)		Síntomas orales		
		X	D.E.	P
CPOD	Muy bajo	-	-	
	Bajo	14,30	2,85	
	Moderado	13,90	3,66	0,016
	Alto	14,46	4,20	
	Muy alto	11,00	,00	
(CPQ11-14)		Limitaciones funcionales		
		X	D.E.	P
CPOD	Muy bajo	.	.	
	Bajo	20,59	5,40	
	Moderado	17,98	5,30	0,034
	Alto	19,30	3,92	
	Muy alto	16,50	3,69	
(CPQ11-14)		Bienestar emocional		
		X	D.E.	P
CPOD	Muy bajo	.	.	
	Bajo	20,74	5,30	
	Moderado	19,21	5,87	,000
	Alto	16,02	5,33	
	Muy alto	14,00	3,16	
(CPQ11-14)		Bienestar social		
		X	D.E.	P
CPOD	Muy bajo	.	.	
	Bajo	29,76	12,18	
	Moderado	26,22	8,35	,000
	Alto	21,07	6,09	
	Muy alto	21,40	3,75	

Prueba de Kruskal-Wallis; $p < 0.050$

DISCUSIÓN

Los hallazgos de este estudio demuestran un índice de CPOD moderado de 56,9% ($n=54$) y como índice Comunitario con presencia de caries muy alto con 12,62%; en el grupo de escolares de 11 a 14 años de colegios nacionales de la ciudad de Juliaca, dado que al analizar los resultados cada uno de la población evaluada tiene por lo menos 4 lesiones de caries dental por persona y en cuanto a las dimensiones del índice CPQ11-14 la más afectada en la muestra total fue bienestar social, seguido de limitación funcional; sin embargo, síntomas orales fue la menos afectada. Este estudio se asemeja según el estudio realizado por Chaffee BW⁶, donde asoció el historial de caries con experiencias infantiles y familiares negativas, donde

resaltan que las medidas subjetivas de la calidad de vida pueden diferir en diferentes contextos sociales y por ello indicamos que en base al entorno social va a depender del grado de afectación en la calidad de vida.⁶ Según Sun L.⁷, determinó que las condiciones periodontales poco saludables afectaron al bienestar emocional, mientras que la experiencia de caries elevada afectó al bienestar social. Alwattban RR.⁸, afirma que también la gravedad de la caries dental, el nivel educativo y la ocupación de los cuidadores tuvieron un impacto significativo en la OHRQoL de la subpoblación evaluada.

En este estudio al analizar la correlación entre CPOD-CPOQ se observó una tendencia negativa que implica a mayor CPOD, menor índice CPOQ. Este estudio tiene relación al estudio realizado por Feldens CA.⁹, que realizó una investigación en estudiantes de la misma edad, matriculados en escuelas públicas del municipio de Osorio (sur de Brasil) se obtuvo como resultado que todos los dominios de (Oral Health-Related Quality of Life- OHRQoL) se vieron afectadas por caries dental no tratadas donde el 33% fue el valor más alto entre los adolescentes con caries no tratadas y un 24% entre aquellos con dientes perdidos, llegando a la conclusión, que la caries dental y la caries dental no tratada y la falta de piezas dentales ejerció un impacto negativo en la calidad de vida de los niños (OHRQoL) entre adolescentes.⁸ Así mismo, tiene relación con el estudio de Pulanche J.¹⁰, en niños de la misma tuvieron impacto negativo en todos los dominios de las puntuaciones totales del CPQ11-14 y el aumento del índice CPOD mostró un impacto negativo en el dominio OHRQoL de síntomas orales.

El estudio se determinó que los valores promedios de la calidad de vida relacionada a la salud oral (CPQ11-14), teniendo como resultado en el dominio Síntomas Orales 13,9%, Limitaciones Funcionales 18,7%, Bienestar Emocional 18,7%, Bienestar Social 25,7%; y las puntuaciones en el CPQ11-14 variaron, se obtuvo una media de $77,1 \pm 19,68$. La dimensión con mayor media fue bienestar social con $25,7 \pm 9,2$ y el menor promedio fue del dominio de síntomas orales con $13,9 \pm 3,6$. Este estudio tiene relación con el estudio realizado por Feldens CA.⁹, determinó la prevalencia de caries se asoció a un empeoramiento de la calidad de vida, dado que este estudio asoció la caries dental con experiencias infantiles y familiares negativas lo que contribuyó a una menor calidad de vida; sin embargo, las familias que enfrentan mayores desventajas pueden reportar un menor impacto en la calidad de vida al mismo nivel de experiencia de la enfermedad. Por lo tanto, las medidas subjetivas de la calidad de vida pueden diferir en diferentes contextos sociales, con posibles implicaciones para la utilización de los servicios, la evaluación de las intervenciones de salud bucal o la cuantificación de la morbilidad de la enfermedad en los grupos de bajo nivel socioeconómico.

Omara M.¹¹, determinó que un número considerable de investigadores internacionales ha aplicado el OHRQoL para adultos, a niños y adolescentes. Además, el uso del OHIP en pacientes pediátricos y en la población infantil en general y la asignación de la información a las cuatro dimensiones de la OHRQoL: Función oral, Dolor orofacial, Apariencia orofacial e Impacto psicosocial, proporcionan resultados significativos sobre la magnitud y la variación del deterioro de la OHRQoL. Aunque es necesario investigar más las propiedades psicométricas de la OHIP en niños, un instrumento y un conjunto estandarizado de cuatro dimensiones de la OHRQoL a lo largo de toda la vida parece ser un enfoque de medición prometedor en medicina dental y oral.

Al analizar la correlación entre CPO-D Y CPQ11-14 se ve una tendencia negativa donde la salud bucal es capaz de causar impacto físico y emocional en la calidad de vida de los escolares de 11 a 14 años. Sugerimos que se realice estudios longitudinales, segmentar lugares y niveles socioeconómicos. Sin embargo; el índice de CPOD es muy alta, el mismo que debe de ser atendida.

CONCLUSIÓN

Los resultados obtenidos del estudio, evidencian un índice de CPOD comunitario muy alto en los escolares de Colegios Nacionales de 11 a 14 años de edad. Sin embargo; esto nos obliga idear mecanismos de prevención para reducir estos niveles de riesgo en coordinación con el Ministerio de Salud.

En cuanto a las dimensiones de la variable CPQ11-14 la más afectada fue el bienestar social, seguido por limitación funcional, bienestar emocional, y por último síntomas orales. Entonces se observó que la salud oral es capaz de causar impacto emocional y físico en la calidad de vida de los adolescentes de 11 a 14 años de edad, pero este nivel de impacto de calidad de vida va a depender del entorno con el que convive, las creencias de su cultura, sistema de valores en los cuales vive, y en relación a sus objetivos, expectativas y preocupaciones.

Referencias Bibliográficas

1. Abanto J, Bönecker M, Daniela Prócida Raggio. Impacto de los problemas bucales sobre la calidad de vida de niños. *Revista Estomatológica Herediana* 20 (1), 38. <https://doi.org/10.20453/reh.v20i1.1782>.
2. Peres MA, Macpherson LMD, Weyant RJ, Daly B, Venturelli R, Mathur MR, Listl S, et al. Enfermedades orales: un desafío de salud pública mundial. *Lanceta*.

- 2019; 394 (10194): 249-260. doi: 10.1016/S0140-6736(19)31146-8.
3. Diaz-Reissner CV, Casas-García I, Roldán-Merino J. Calidad de Vida Relacionada con Salud Oral: Impacto de Diversas Situaciones Clínicas Odontológicas y Factores Socio-Demográficos. *Revisión de la Literatura. Int. J. Odontostomat*, 2017;11(1):31-9. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-381X2017000100005>
4. Karasneh J, Al-Omiri MK, Al-Hamad KQ, Al Quran FA. Relationship between patients' oral health-related quality of life, satisfaction with dentition, and personality profiles. *J Contemp Dent Pract*. 2009 Nov 1;10(6):049-56.
5. Mercado S, Mamani L, Mercado J, Tapia R. Maloclusiones y calidad de vida en adolescentes malocclusion and quality of life in adolescents. *KIRU*. 2018 abr-jun; 15(2): 94 - 98 <https://doi.org/10.24265/kiru.2018.-v15n2.06>
6. Chaffee BW, Rodrigues PH, Kramer PF, Vítolo MR, Feldens CA. Oral health-related quality-of-life scores differ by socioeconomic status and caries experience. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2017(3):216-224. doi: 10.1111/cdoe.12279.
7. Sun L, Wong HM, McGrath CPJ. The factors that influence the oral health-related quality of life in 12-year-old children: baseline study of a longitudinal research. *Health Qual Life Outcomes*. 2017 Aug 7;15(1):155. doi: 10.1186/s12955-017-0729-2.
8. Alwattban RR, Alkhudhayr LS, Al-Haj Ali SN, Farah RI. Oral Health-Related Quality-of-Life According to Dental Caries Severity, Body Mass Index and Sociodemographic Indicators in Children with Special Health Care Needs. *J Clin Med*. 2021 Oct 20;10(21):4811. doi: 10.3390/jcm10214811. <https://doi.org/10.3390/jcm10214811>
9. Feldens CA, Ardenghi TM, Dos Santos Dullius AI, Vargas-Ferreira F, Hernandez PA, Kramer PF. Clarifying the Impact of Untreated and Treated Dental Caries on Oral Health-Related Quality of Life among Adolescents. *Caries Res*. 2016;50(4):414-21. doi: 10.1159/000447095. Epub 2016 Jul 27. PMID: 27458722.
10. Pulache J, Abanto J, Oliveira LB, Bönecker M, Porras JC. Exploring the association between oral health problems and oral health-related quality of life in Peruvian 11- to 14-year-old children. *Int J Paediatr Dent*. 2016 Mar;26(2):81-90. doi: 10.1111/ipd.12160.
11. Omara M, Stamm T, Bekes K. Four-dimensional oral health-related quality of life impact in children: A systematic review. *J Oral Rehabil*. 2021;48(3):293-304. doi:10.1111/joor.13066

Recibido: 29 noviembre 2021

Aceptado: 15 agosto 2022