

CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD BUCAL DEL PREESCOLAR Y CONOCIMIENTOS DEL PADRE CUIDADOR

Oral health-related quality of life in preschool children and knowledge of the caregiver parent

Vargas Castañeda Katherine ¹, Evaristo Chiyong Teresa ^{*1}, Medina Calderón Katia ¹; Castro Rodríguez Antonia ¹

¹ Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Odontología, Lima, Perú

* tevaristoc@unmsm.edu.pe

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4233-6704>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7129-5617>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0062-6241>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2715-3125>

RESUMEN

La perspectiva de la salud bucal implica un bienestar físico, además de la autopercepción que se tiene acerca de ella, es decir, sobre la calidad de vida. **Objetivo:** Identificar la calidad de vida relacionada a la salud bucal del preescolar, características sociales y el nivel de conocimiento en salud oral del padre cuidador. **Materiales y métodos:** Estudio descriptivo transversal en 189 padres seleccionados aleatoriamente de un colegio estatal de Lima, Perú, quienes respondieron al cuestionario Escala de Impacto de la Salud Bucal en la Primera Infancia (ECOHIS) para la medición de la calidad de vida relacionada a la salud bucal del niño, al cuestionario de conocimientos de salud bucal y al formulario de características sociales. Se aplicó la prueba U de Mann Whitney y Correlación de Spearman. **Resultados:** La puntuación de la calidad de vida del niño fue 7,52±8,25. El componente impacto en el niño tuvo un puntaje de 3,68±5,3, siendo la dimensión más afectada la limitación funcional (1,58±2,55). El componente impacto familiar fue 3,84±4,05, siendo el estrés parental (2,35±2,58) la dimensión más afectada. 58,2% de los padres presentaron un conocimiento bueno (15 a 17 puntos). No hubo relación entre la calidad de vida, el nivel de conocimiento y las características sociales ($p>0,05$). **Conclusiones:** Se encontró una puntuación baja indicativa de ausencia de impacto negativo de la salud oral en la calidad de vida del preescolar.

Palabras clave: Calidad de vida; Salud bucal; Conocimientos, Actitudes y Práctica en Salud; Determinantes Sociales de la Salud; Cuidadores; Preescolar.

ABSTRACT

The oral health perspective implies physical well-being, in addition to the self-perception that one has about it, that is, about the quality of life. **Objective:** To identify the oral health-related quality of life of the preschool, social characteristics and the level of knowledge in oral health of the caregiver parent. **Materials and methods:** Descriptive Cross-sectional study of 189 randomly selected parents from a state school in Lima, Peru, who responded to the Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS) questionnaire to measure oral health-related quality of life of the child, the oral health knowledge questionnaire and the social characteristics form. The Mann Whitney U test and Spearman's correlation were applied. **Results:** The child's quality of life score was 7,52±8,25. The impact component on the child had a score of 3,68±5,3, with functional limitation being the most affected dimension (1,58±2,55). The family impact component was 3,84±4,05, with parental stress (2,35±2,58) being the most affected dimension. 58,2% of the parents presented good knowledge (15 to 17 points). There was no relationship between quality of life, level of knowledge and social characteristics ($p>0,05$). **Conclusions:** A low score was found indicating the absence of negative impact of oral health on the quality of life of the preschool.

Key words: Quality of life; Oral health; Knowledge, Attitudes and Practice in Health; Social Determinants of Health; Caregivers; Preschool.

INTRODUCCIÓN

Conservar una óptima salud bucal es de gran importancia en el desenvolvimiento del ser humano. Las enfermedades bucales repercuten en las funciones fisiológicas, tales como, el triturar los alimentos, tomar líquidos, sonreír, conversar, el descanso nocturno, e inclusive, el mantener un adecuado estado anímico y emocional.¹

El enfoque de la salud bucal va más allá de un bienestar físico, pues también compromete aspectos funcionales, psicológicos y sociales, cobrando importancia la autopercepción del individuo sobre su salud, es decir, sobre su calidad de vida²; de ese modo, es necesario enfatizar esta perspectiva de la salud bucal desde temprana edad, garantizando un desenvolvimiento beneficioso a largo plazo.

Existen investigaciones³⁻⁶ que estudian las patologías orales y su impacto en la calidad de vida del individuo en edad preescolar aportando con un enfoque clínico-biológico de la enfermedad. La calidad de vida relacionada a la salud bucal es una variable multifactorial determinada no sólo por características clínicas biológicas, sino también por condicionantes sociales, demográficos, familiares, ambientales, entre otros.²⁻⁶

El *Early Childhood Oral Health Impact Scale* (ECOHIS) es una herramienta que mide el impacto de las condiciones orales en la calidad de vida en niños en edad preescolar, siendo administrada a los padres cuidadores del niño y cuyo uso ha sido validado en distintos países incluido el Perú.⁵⁻⁶

La dependencia total de papá o mamá que tienen los preescolares, los insta a seguir el modelo observado en sus padres, por ello es de gran importancia los conocimientos, comportamientos, actitudes y la percepción que los padres demuestran frente a la salud bucal. La caries dental al ser la patología bucal más frecuente en la infancia, conforma un problema de salud pública que afecta el bienestar general del niño.⁷ Es imprescindible desarrollar una perspectiva integral de la salud, ahondando en los componentes sociales y evaluando no solo las limitaciones físicas de las enfermedades, sino su trascendencia en el área funcional, social y psicológica del niño; de ese modo se brindará un abordaje basado en la real necesidad del preescolar y del contexto en el que se sitúa. En base a ello, el presente estudio plantea como objetivo identificar la calidad de vida relacionada a la salud bucal del preescolar, los factores sociales y nivel de conocimiento en salud bucal del padre responsable del cuidado del preescolar.

MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo de estudio y participantes

Se efectuó un diseño descriptivo y transversal. La población estuvo constituida por los padres de niños entre 3 a 5 años, asistentes a una institución educativa del distrito de Carabayllo en Lima, en el año 2019. Este distrito se ubica en la zona norte de Lima Metropolitana, departamento de Lima, capital del Perú. La muestra fue determinada de manera probabilística de una población total (N=371) con un nivel de confianza del 95 %, precisión 1,5, desviación estándar de 14,15⁷ requiriéndose un tamaño muestral mínimo de 178. Se realizó un ajuste por pérdida de 10 % con lo cual se seleccionaron aleatoriamente 198 participantes. Los criterios de selección considerados fueron: papá o mamá directamente responsable del cuidado del niño; que se encuentre lúcido, orientado en tiempo, espacio y persona (LOTEP) al momento de la realización de la encuesta y que haya firmado el consentimiento informado.

Variables y procedimiento de recolección de datos

Para identificar las características sociales, se aplicó un cuestionario, el cual fue respondido por la madre o padre a cargo del cuidado del preescolar. Se registró el sexo, edad, estado civil, grado de instrucción, ocupación (con empleo/sin empleo considerando a las amas de casa en esta categoría), ingreso económico familiar según estratificación del Instituto Nacional de Estadística e Informática⁸ y la afiliación a algún seguro de salud.

Para medir el nivel de conocimiento en salud bucal se empleó un cuestionario validado en Lima por Cupé *et al.*⁹, que constó de 20 preguntas cerradas con un máximo puntaje de 20 puntos, siendo considerado muy bueno de 18 a 20, bueno de 15 a 17, regular de 11 a 14 y deficiente de 0 a 10.

A través del *Early Childhood Oral Health Impact Scale* (ECOHIS) se midió la calidad de vida relacionada a la salud bucal del preescolar, siendo validada en una población peruana en el idioma español por López *et al.*¹⁰ El instrumento tuvo trece interrogantes con alternativas de respuestas tipo likert y divididas en dos dimensiones: impacto en el niño y en la familia. El impacto en el niño (9 preguntas) evaluó los síntomas orales, limitaciones funcionales, aspectos psicológicos y la autoimagen e interacción social percibidas por los padres. La dimensión impacto en la familia (4 preguntas) evaluó el estrés parental y la función familiar. Los puntajes del ECOHIS, total y por dimensión, se obtuvieron a partir de la suma de los valores de cada respuesta. Las respuestas "no sabe" no fueron consideradas en la sumatoria para el cálculo del puntaje total y por dimensiones del ECOHIS. Puntuaciones altas indicaron un impacto negativo o muchos problemas en la calidad de vida relacionada con la salud bucal mientras que puntuaciones bajas fueron indicativas de ausencia de un impacto negativo o pocos problemas en la calidad de vida relacionado con la salud bucal.¹⁰⁻¹¹ La consistencia interna alcanzada en el cuestionario de conocimiento fue de 0,640 (Kuder- Richardson) y en el ECOHIS fue 0,848 (Alfa de Cronbach).

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Los datos se procesaron con el software IBM® SPSS® 25.0 (Statistical Package for Social Sciences, IBM). Para el análisis descriptivo se utilizaron frecuencias y medidas resumen. Se evaluó la normalidad de la variable cuantitativa puntuación total del ECOHIS y de sus dimensiones, no encontrándose una distribución normal. Se aplicó la prueba U de Mann Whitney y Correlación de Spearman estableciéndose un nivel de significancia del 5%.

Consideraciones éticas

Se aprobó el estudio por el Comité de Ética Institucional “Daniel Alcides Carrión” de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, siendo el número de registro 2019-005. El protocolo de estudio estuvo conforme a las normas éticas de la Declaración de Helsinki; todos aceptaron participar voluntariamente previa firma del consentimiento informado.

RESULTADOS

La tasa de respuesta fue de 95,5%, por lo cual la muestra final la conformaron 189 padres de familias. La mayor parte de los padres cuidadores fueron del sexo femenino el 93%. La edad promedio fue de 34,06±9,24. y el estado civil predominante fue conviviente/casado: 84%. La región de procedencia y grado de instrucción más frecuentes fueron: costa (66%) y secundario (67%) respectivamente. El 65% no tuvo empleo y perteneció a un estrato económico bajo (53%). El 92% registró pertenecer estar afiliado a un tipo de seguro de salud (Tabla 1).

En el componente impacto en el niño la presencia de dolor de dientes, boca o mandíbula catalogada como de vez en cuando a muy a menudo fue la que presentó con mayor frecuencia 51(27%), seguido por la dificultad de consumo de bebidas frías o calientes 32(16,9%). Haber evitado hablar y dejar de asistir a la escuela por problemas dentales fueron las que se presentaron con menos frecuencia 12(6,3%) y 13(6,8%) respectivamente. En el componente impacto familiar la preocupación en la familia catalogada de vez en cuando a muy a menudo fue la que se presentó con mayor frecuencia 76(40,1%) (Tabla 2).

El puntaje de la calidad de vida relacionada a la salud oral resultó ser 7,52±8,25. En el sector impacto en el niño la puntuación promedio fue 3,68±5,3 siendo la dimensión más alterada la de limitaciones funcionales (1,58±2,55). En el sector impacto familiar el promedio fue 3,84±4,05, siendo el estrés parental (2,35±2,58) la dimensión más alterada (Tabla 3).

El puntaje total del ECOHIS según las características sociales en la muestra tuvo los valores más altos cuando el padre cuidador fue de sexo masculino (10,46), el estado civil fue sin pareja (9,13), procedió de la región costa (7,54), tuvo grado de instrucción primaria (8,84), no tuvo empleo (7,67), tuvo un bajo ingreso económico (8,07) y sin algún seguro de salud (8,07). El sexo de los padres estuvo asociado con la dimensión síntomas orales ($p=0,03$) y la autoimagen e interacción social ($p=0,04$) (Tabla 4).

Los conocimientos del padre cuidador se distribuyeron en los siguientes niveles: deficiente 5(2,6%), regular 60 (31,7%), bueno 110 (58,2%) y muy bueno 14 (7,4%).

No se encontró relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento y la calidad de vida relacionada a la salud oral ($p>0,05$) (Tabla 5).

Tabla 1. Características sociales del padre responsable del cuidado del preescolar(n=189)

| Características sociales del padre cuidador | N° | % |
|---|-------------------|------|
| Sexo | | |
| Femenino | 176 | 93 |
| Masculino | 13 | 7 |
| Estado civil | | |
| Conviviente/casado | 158 | 84 |
| Otros | 31 | 16 |
| Procedencia | | |
| Costa | 125 | 66 |
| Sierra/Selva | 64 | 34 |
| Grado de instrucción | | |
| Primaria | 25 | 13 |
| Secundaria | 127 | 67 |
| Superior | 37 | 20 |
| Ocupación | | |
| Con empleo | 66 | 35 |
| Sin empleo | 123 | 65 |
| Ingreso económico | | |
| Estrato Alto | 35 | 18 |
| Estrato Medio | 54 | 29 |
| Estrato Bajo | 100 | 53 |
| Seguro de salud | | |
| Si | 174 | 92,1 |
| No | 15 | 7,9 |
| Edad* | 34,06±9,24 | |

*Medias± Desviación estándar

Tabla 2. Percepción del cuidador en cada uno de los componentes del ECOHIS.

| Componentes del ECOHIS | Nunca / Casi nunca n (%) | De vez en cuando/ a menudo / muy a menudo n (%) |
|---|--------------------------|---|
| Impacto en el niño | | |
| 1. Dolor de los dientes, boca o mandíbula | 138 (73,1) | 51 (27) |
| 2. Dificultad del consumo bebidas frías o calientes | 157 (83,1) | 32 (16,9) |
| 3. Dificultad para consumir ciertos alimentos | 159 (84,1) | 30 (15,9) |
| 4. Dificultad de pronunciar algunas palabras | 173 (91,5) | 16 (8,4) |
| 5. Dejó de asistir a escuela por problemas dentales | 176 (93,1) | 13 (6,8) |
| 6. Tuvo problemas para dormir | 167 (88,4) | 22 (11,7) |
| 7. Ha estado enojado o frustrado | 167 (88,4) | 22 (11,7) |
| 8. Ha evitado sonreír | 171 (90,4) | 18 (9,5) |
| 9. Ha evitado hablar. | 177 (93,7) | 12 (6,3) |
| Impacto en la familia | | |
| 10. Preocupación en la familia | 113 (59,8) | 76 (40,1) |
| 11. Sentimiento de culpa por problemas dentales de hijo. | 127 (67,2) | 62 (32,9) |
| 12. Ha ocupado tiempo de su trabajo por problemas dentales de niño. | 126 (66,7) | 63 (33,4) |
| 13. Ha afectado la economía familiar. | 162 (85,7) | 27 (14,3) |

Tabla 3. Puntaje de la calidad de vida relacionada a la salud bucal del preescolar según ECOHIS.

| Dimensiones del ECOHIS | N. de ítems | Media | Desviación estándar | Valor mínimo/ Valor máximo |
|---------------------------------------|-------------|-------|---------------------|----------------------------|
| Puntaje total (0-52) | 13 | 7,52 | 8,25 | 0-37 |
| Impacto en el niño (0-36) | 9 | 3,68 | 5,3 | 0-24 |
| Síntomas Orales (0-4) | 1 | 0,83 | 1,09 | 0-4 |
| Limitaciones Funcionales (0-16) | 4 | 1,58 | 2,55 | 0-13 |
| Aspectos Psicológicos (0-8) | 2 | 0,70 | 1,34 | 0-6 |
| Autoimagen e Interacción Social (0-8) | 2 | 0,58 | 1,35 | 0-6 |
| Impacto en la familia (0-16) | 4 | 3,84 | 4,05 | 0-16 |
| Estrés parental (0-8) | 2 | 2,35 | 2,58 | 0-8 |
| Función familiar (0-8) | 2 | 1,48 | 1,74 | 0-8 |

Tabla 4. Características sociales y la calidad de vida relacionada a la salud bucal.

| Características sociales del padre cuidador. | CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD BUCAL (ECOHS) | | | | | | |
|--|--|--------------------------|-----------------------|---------------------------------|-----------------|------------------|------------------|
| | Síntomas orales | Limitaciones funcionales | Aspectos psicológicos | Autoimagen e interacción social | Estrés parental | Función familiar | Puntuación total |
| | Media (DE) | Media (DE) | Media (DE) | Media (DE) | Media (DE) | Media (DE) | Media (DE) |
| Sexo+ | | | | | | | |
| Femenino | 0,79(1,1) * | 1,55(2,59) | 0,65(1,27) | 0,51(1,25) * | 2,36(2,59) | 1,44(1,69) | 7,3(8,10) |
| Masculino | 1,31(0,95) | 2,00(1,87) | 1,38(2,10) | 1,54(2,18) | 2,23(2,66) | 2,00(2,35) | 10,46(9,94) |
| Estado + | | | | | | | |
| Conviviente/casado | 0,84(1,09) | 1,51(2,40) | 0,64(1,25) | 0,52(1,28) | 2,25(2,52) | 1,45(1,67) | 7,20(7,55) |
| Sin pareja | 0,77(1,12) | 1,94(3,21) | 1,03(1,74) | 0,87(1,69) | 2,87(2,90) | 1,65(2,10) | 9,13(11,2) |
| Procedencia+ | | | | | | | |
| Costa | 0,86(1,11) | 1,57(2,52) | 0,70 (1,33) | 0,60(1,33) | 2,37(2,58) | 1,46(1,90) | 7,54(8,17) |
| Sierra/selva | 0,77(1,08) | 1,59(2,62) | 0,72(1,39) | 0,55(1,40) | 2,33(2,62) | 1,53(1,65) | 7,48(8,48) |
| Nivel de instrucción‡ | | | | | | | |
| Primaria | 0,92(1,22) | 2,28(3,55) | 1,16(1,57) | 1,00(1,83) | 2,00(2,58) | 1,48(1,78) | 8,84(10,29) |
| Secundaria | 0,83(1,08) | 1,44(2,40) | 0,69(1,38) | 0,56(1,36) | 2,37(2,63) | 1,45(1,79) | 7,33(8,30) |
| Superior | 0,76(1,07) | 1,57(2,20) | 0,46(0,93) | 0,35(0,82) | 2,54(2,50) | 1,59(1,61) | 7,30(6,60) |
| Ocupación+ | | | | | | | |
| Con empleo | 0,73(0,10) | 1,41(2,12) | 0,73(1,46) | 0,85(1,67) | 2,21(2,59) | 1,30(1,67) | 7,23(8,4) |
| Sin empleo | 0,88(1,13) | 1,67(2,76) | 0,69(1,28) | 0,43(1,31) | 2,43(2,60) | 1,58(1,78) | 7,67(8,12) |
| Ingreso ‡ | | | | | | | |
| Estrato alto | 0,71(1,17) | 1,71(2,33) | 0,80(1,43) | 0,66(1,41) | 2,03(2,61) | 1,57(2,13) | 7,49(9,11) |
| Estrato medio | 0,80(1,14) | 1,30(2,52) | 0,46(1,18) | 0,28(0,90) | 2,28(2,54) | 1,41(1,77) | 6,52(7,46) |
| Estrato bajo | 0,88(1,10) | 1,68(2,65) | 0,80(1,39) | 0,71(0,51) | 2,51(2,62) | 1,49(1,59) | 8,07(8,37) |
| Sistema de Salud | | | | | | | |
| Con seguro | 0,79(1,08) | 1,53(2,52) | 0,72(1,37) | 1,57(1,35) | 2,37(2,60) | 1,49(1,73) | 7,47(8,22) |
| Sin seguro | 1,27(1,22) | 2,13(2,88) | 0,53(0,99) | 0,67(1,45) | 2,13(2,59) | 1,33(1,95) | 8,07(8,86) |

(*) significancia estadística p<0,05 (+) U de Mann Whitney (‡)Correlación de Spearman

Tabla 5. Relación entre la calidad de vida relacionada a la salud bucal y nivel de conocimiento del padre cuidador.

| Nivel de conocimientos de salud bucal | CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD BUCAL (ECOHS) | | | | | | |
|---------------------------------------|--|--------------------------|-----------------------|---------------------------------|-----------------|------------------|------------------|
| | Síntomas orales | Limitaciones Funcionales | Aspectos Psicológicos | Autoimagen e interacción social | Estrés parental | Función familiar | Puntuación total |
| | Media (DE) | Media (DE) | Media (DE) | Media (DE) | Media (DE) | Media (DE) | Media (DE) |
| Deficiente | 1,20(1,1) | 3,20(5,63) | 1,20(1,64) | 1,60(2,30) | 3,40(3,29) | 2,80(2,68) | 13,4(14,9) |
| Regular | 0,96(1,17) | 1,67(2,52) | 0,68(1,43) | 0,67(1,50) | 2,05(2,51) | 1,23(1,52) | 7,25(7,13) |
| Bueno | 0,69(1,01) | 1,36(2,46) | 0,66(1,27) | 0,49(1,23) | 2,37(2,56) | 1,52(1,73) | 7,10(8,20) |
| Muy bueno | 1,21(1,31) | 2,29(2,89) | 0,93(1,49) | 0,50(1,16) | 3,14(2,90) | 1,79(2,22) | 9,86(10,0) |
| p* | 0,485 | 0,597 | 0,610 | 0,488 | 0,304 | 0,524 | 0,824 |

*Correlación de Spearman

DISCUSIÓN

Se identificó la calidad de vida relacionada a la salud bucal del menor entre las edades de tres a cinco años, los factores sociales y nivel de conocimiento del padre cuidador por la necesidad de estudios en el contexto peruano.

Se halló como responsable del cuidado del niño principalmente a la madre, similar a otros hallazgos^{3-4, 12-14}; inclusive, Torres *et al.*⁵, Chaffee *et al.*¹⁵, y Nemati *et al.*¹⁶, tomaron en cuenta únicamente a las mamás en sus hallazgos.

En relación al grado de instrucción, el mayor porcentaje de los padres, reportó haber cursado el nivel secundario similar a los estudios hechos en Perú³⁻¹², y en otros países como Arabia Saudita¹⁶ y Brasil¹; sin embargo, en Colombia¹³ y Estados Unidos de Norteamérica¹⁷ predominaron mayores niveles de escolaridad.

El ingreso económico familiar mensual bajo se presentó en poco más de la mitad de esta población, similar a los hallazgos de diversas investigaciones.^{1,4-5} La mayoría de los cuidadores no tuvieron un empleo, atribuyéndose a que la mayoría fueron madres amas de casa. El ser casado o conviviente fue la categoría en el estado civil que presentó la mayoría de padres, similar a los hallazgos por De Oliveira *et al.*¹; no obstante, gran parte de las investigaciones revisadas no consideraron esta variable.

En esta población, el nivel de conocimientos en salud bucal fue bueno, igualmente ocurrió con los resultados de Cupé *et al.*⁹, en Perú y Born *et al.*¹⁷ en Estados Unidos de Norteamérica; otras investigaciones¹⁸⁻¹⁹ hallaron como regular e insuficiente el nivel de conocimiento. En los estudios de Cupé *et al.*⁹, y Born *et al.*¹⁷, las poblaciones presentaron un mayor nivel de instrucción, por ello, el nivel de conocimiento en salud bucal pudo haber sido bueno.

La calidad de vida relacionada a la salud oral, para esta

población, tuvo una puntuación baja en contraste con otras investigaciones realizadas en Perú como la de Torres *et al.*⁵, 20±5, Rocha *et al.*⁷, 21,72±14,15, López *et al.*¹², 15,50±10,24 y Quispe *et al.*³, 11,67±10,15. Otros autores^{6,11,13,15-17} encontraron valores similares o incluso más bajos a los nuestros.

En el preescolar, la dimensión de la calidad de vida más afectada fue la limitación funcional porque los padres percibieron mayor dificultad en las actividades físicas usuales de sus niños relacionados al dolor dental, boca o mandíbula, complicaciones en la ingesta de líquidos fríos o calientes y el consumo de algunos alimentos. Esta limitación funcional es importante considerar ya que repercute en una alimentación inadecuada por dificultades en la masticación con la consecuente disminución de peso, desnutrición y haciéndolo vulnerable a patologías como la anemia, encontrada con mayor prevalencia en este sector socioeconómico.^{3,8,12-13,15} Torres *et al.*⁵, hallaron que la dimensión de mayor impacto fue la de autoimagen e interacción social, probablemente, esta diferencia sea por las muestras seleccionadas, pues ellos evaluaron niños tratados en un centro de salud estatal, el Instituto Nacional de Salud del Niño, quienes suelen presentar mayor severidad en las enfermedades bucales, como la caries dental, con compromiso del sector estético y que repercutirán en el aspecto social y psicológico del niño.

Al verse más afectada la limitación funcional del niño contribuiría a generar preocupación y culpabilidad en los padres, conduciéndolos a estrés parental, dimensión que tuvo mayor puntuación en el componente impacto familiar; sin embargo, otros autores^{1,16}, encontraron mayor afectación en la función familiar, pues los padres manifestaron haber dejado en segundo plano sus quehaceres diarios para atender la salud oral de sus niños, repercutiendo en su economía familiar. En nuestra investigación las madres responsables del cuidado fueron principalmente amas de casa que no laboraban y la mayoría de preescolares conta-

ron con un seguro de salud lo cual podría explicar porque la funcionalidad familiar no fue afectada.

No se realizó la evaluación clínica del niño; sin embargo, al presentar puntuaciones bajas se puede considerar que en esta población no hubo alteraciones bucales sintomáticas de alta complejidad que sea percibida fácilmente por los padres y que hubiesen impactado en su calidad de vida.

La salud bucal según algunos autores^{5,13,15}, es determinada en la población preescolar por características sociodemográficas y por conocimientos de sus padres referentes al cuidado bucal^{17,20-21}, los que repercutirían en la calidad de vida. En este estudio se encontró relación del sexo de los padres con las dimensiones síntomas orales, autoimagen e interacción social, pero no con el puntaje total del ECOHIS ni con el nivel de conocimiento, similar a estudios realizados en Perú.^{3,12} De lo contrario, otros estudios reportaron relaciones significativas con el nivel educativo^{13,15-17}, nivel socioeconómico^{5,15}, tiempo de trabajo laboral y con determinados factores familiares como el orden de nacimiento^{6,15} y la estructura del hogar.^{13,15} Esto sugiere que el impacto de los determinantes sociales de la salud en la calidad de vida del preescolar estaría relacionado al contexto social en el que se evalúe y no como un efecto absoluto. En este estudio el nivel de conocimiento de salud bucal en el padre fue principalmente bueno, asimismo la mayoría de niños estuvieron afiliados a un sistema de salud con mayor oportunidad de acceso a las estrategias de promoción y prevención lo cual permitiría entender el haber obtenido una puntuación baja con ausencia de impacto negativo en la salud oral. Sin embargo, debido al diseño descriptivo del presente estudio los resultados de estas asociaciones entre variables deben interpretarse con cautela.

Un nivel de conocimiento óptimo del padre repercute en la actitud hacia la salud bucal y se refleja en la calidad de vida del niño²¹, por lo cual un abordaje preventivo promocional exitoso debe considerar trabajar sobre el cambio de actitudes y conductas en los padres que conlleven a una valoración adecuada de la dentición decidua.

CONCLUSIÓN

Se encontró una puntuación baja indicativa de ausencia de impacto negativo de la salud oral en la calidad de vida del preescolar.

Conflicto de interés: Los autores declaramos no presentar conflicto de interés alguno.

Contribución de autoría:

Conceptualización y diseño: K.Vargas-Castañeda, T.

Evaristo-Chiyong, K. Medina-Calderón, A. Castro-Rodríguez.

Revisión bibliográfica: K.Vargas-Castañeda

Metodología y validación: K. Vargas-Castañeda, T.Evaristo-Chiyong, K. Medina-Calderón, A. Castro-Rodríguez.

Análisis: K. Vargas-Castañeda, T. Evaristo-Chiyong.

Recolección de datos de la investigación: K. Vargas-Castañeda, T. Evaristo-Chiyong

Recursos: K. Vargas-Castañeda.

Análisis de datos e interpretación: K.Vargas-Castañeda, T. Evaristo-Chiyong.

Redacción, preparación del borrador original: K. Vargas-Castañeda, T. Evaristo-Chiyong, K. Medina-Calderón, A. Castro-Rodríguez.

Escritura, revisión y edición: K. Vargas-Castañeda, T. Evaristo-Chiyong, K. Medina-Calderón, A. Castro-Rodríguez.

Supervisión: T. Evaristo-Chiyong.

Administración del proyecto: K. Vargas-Castañeda.

Aprobación final del manuscrito: K. Vargas-Castañeda, T. Evaristo-Chiyong, K. Medina-Calderón, A. Castro-Rodríguez.

Adquisición de fondos: No aplica.

Referencias Bibliográficas

1. De Oliveira S, Nogueira R, Alves F. Influência da saúde bucal sobre a qualidade de vida de crianças pré-escolares. Rev. Baiana Saúde Pública. 2014; 38 (1): 125-139. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/control-cancer/resource/pt/lil-757797?src=similardocs>
2. Apaza-Ramos S, Torres-Ramos G, Blanco-Victorio DJ, Antezana-Vargas V, Montoya-Funegra J. Influencia de los factores sociodemográficos, familiares y el estado de la salud bucal en la calidad de vida de adolescentes peruanos. Rev Estomatol Herediana. 2015;25(2):87-99. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1019-43552015000200002&lng=es.

3. Quispe M, Quintana C. Impacto de la salud oral sobre la calidad de vida en niños preescolares de la institución educativa "José Antonio Encinas" N.º 1137 en el distrito de Santa Anita, Lima. *Rev. Inv. UNW*. 2017; (6): 61-71. Disponible en: <https://revistadeinvestigacion.uwiener.edu.pe/index.php/revistauwiener/article/view/19>
4. Tello G, Abanto J, Oliveira LB, Sato CM, Bonini G, Böncker M. Impacto de los principales problemas de salud bucal en la calidad de vida de preescolares. *RO [Internet]*. 2018; 18(2):42-52. Disponible en: <http://revistadigital.uce.edu.ec/index.php/odontologia/article/view/1336>
5. Torres-Ramos G, Blanco-Victorio DJ, Chávez-Sevillano MG, Apaza-Ramos S, Antezana-Vargas V. Impacto de la caries de la infancia temprana en la calidad de vida relacionada a la salud bucal en niños peruanos menores de 71 meses de edad. *Odontol. Sanmarquina*. 2015; 18(2): 87-94. Disponible en: <https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/odont/article/view/11520>
6. Gomes MC, Pinto-Sarmento TC de A, Costa EMM de B, Martins CC, Granville-Garcia AF, Paiva SM. Impact of oral health conditions on the quality of life of preschool children and their families: a cross-sectional study. *Health Qual Life Outcomes [Internet]*. 2014 [citado 2019 Set 02];12(1):55. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4002905/>
7. Rocha J, Gómez W, Bernardo G. Índice ceo-d y su relación con la calidad de vida en la salud oral de preescolares de la I.E. César Vallejo de Chorrillos, junio 2018. *Horiz. Med. [Internet]*. 2019 [citado 2019 Jul 25]; 19(1): 37-45. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X2019000100007
8. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perfil sociodemográfico del Perú. Informe Nacional. 2018. 644p.
9. Cupé-Araujo A, García-Rupaya C. Conocimientos de los padres sobre la salud bucal de niños preescolares: desarrollo y validación de un instrumento. *Rev. Estomatol. Herediana*. 2015; 25(2): 112-121. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1019-43552015000200004&lng=es.
10. López R, García C, Villena-Sarmiento R, Bordoni N. Cross Cultural Adaptation and Validation of the Early Childhood Health Impact Scale (ECOHIS) in Peruvian Preschoolers. *Acta Odontol. Latinoam. [Internet]*. 2013 [citado 2018 nov 20]; 26(2): 60-67. Disponible en: <http://odontobebep Peru.org.pe/images/pdf/ecohis-acta-latinom.pdf>
11. González E, Ugalde C, Valenzuela L, Guajado G. Aplicación de la escala de impacto en la salud oral en preescolares chilenos *Rev clínica periodoncia, Implantol y Rehabil oral [Internet]*. 2018 [citado 2019 Jul 17]; 11(1): 9-12. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0719-01072018000100009&lng=e.
12. López-Ramos R, García-Huapaya C. Calidad de vida y problemas bucales en preescolares de la provincia de Huaura, Lima. *Rev Estomatol Herediana*. 2013; 23(3):139-47. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-706382>
13. Díaz S, Mondol M, Peñate A, Puerta G, Boneckër M, Martins-Paiva S, Abanto J. Parental perceptions of impact of oral disorders on Colombian preschoolers' oral health-related quality of life. *Acta Odontol. Latinoam*. 2018; 31(1). 23-31. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30056463/>
14. Lai SHF, Wong MLW, Wong HM, McGrath CPJ, Yiu CKY. Factors Influencing the Oral Health-Related Quality of Life among Children with Severe Early Childhood Caries in Hong Kong. *Int J Dent Hyg*. 2019; 17(4): 350-358. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31278830/>
15. Chaffee BW, Rodrigues PH, Kramer PF, Vítolo MR, Feldens CA. Oral health-related quality of life measures: variation by socioeconomic status and caries experience. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2017; 45(3): 216–224. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5506781/>
16. Nemati S, Ghasempour M, Khafri S. Impact of oral and dental health on quality of life in Iranian preschool children and their families. *Electronic Phys [Internet]*. 2016 [citado 2019 Set 12]; 8(11): 3296-3301. Disponible en: <http://www.ephysician.ir/index.php/browse-issues/2016/11/524-3296>.
17. Born CD, Divaris K, Zeldin LP, Rozier RG. Influences on preschool children's oral health-related quality of life as reported by English and Spanish-speaking parents and caregivers. *J Public Health Dent*. 2016; 76(4): 276-286. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26990804/>
18. Cayo-Tintaya NV, Cosme-Raymundo TA, Morales-Vadillo R. Caries dental y su relación con el nivel de conocimiento sobre salud bucal de los padres de familia en preescolares. *KIRU*. 2019; 16(3):102-107. Disponible en: <https://www.aulavirtualusmp.pe/ojs/index.php/Rev-Kiru0/article/view/1597>
19. Narváez A, Tello G. Asociación entre el conocimiento de los padres sobre salud bucal y uso de técnicas educativas con relación a la presencia de biofilm y caries en infantes. *Odontología. [Internet]* 2017 [citado 2018 Dic 21]; 19(1): 5-21. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6128572>
20. James JM, Puranick MP, Sowmya KR. Mothers' Sense of Coherence as a Predictor of Oral Health Related Quality of Life Among Preschool Children: A Cross-Sectional Study. *J Indian Assoc Public Health Dent* 2017; 15(1): 11-16. Disponible en: <https://www.>

jiaphd.org/article.asp?issn=2319-5932;year=2017;-
volume=15;issue=1;spage=11;epage=16;aulast=James

21. Alsumait A, ElSalhy M, Almunezaa E, Ariga J, Al-Mutawa S, Amin M. Relationship Between Oral Health Knowledge, Attitude and Practices of Primary School Teachers and Their Oral Health-related Quality of Life: A Cross-sectional Study. *Oral Health Prev Dent.* 2016; 14(6):519-528. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27957562/>

Recibido: 25 marzo 2022

Aceptado: 14 abril 2022