



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

**“CALIDAD DE VIDA EN RELACIÓN A
LA SALUD BUCAL Y RENDIMIENTO
ACADÉMICO EN ESCOLARES DE 11 A
12 AÑOS DE EDAD DEL CANTÓN
AZOGUES – ECUADOR 2015”**

**TESIS PARA OPTAR GRADO DE
MAESTRO EN ESTOMATOLOGÍA**

Rodrigo Fernando Vallejo Aguirre

LIMA – PERÚ

2016

ASESORES

**Asesora de Especialidad
Mg. Esp. Carmen Rosa García Rupaya**

**Co Asesor
Mg. César del Castillo López**

JURADO EXAMINADOR DE LA TESIS

Mg. Flor de María Pachas Barrionuevo : PRESIDENTA

Mg. Jacqueline Webb Linares : VOCAL

Mg. Katty Ríos Villasis : SECRETARIA

RESUMEN

Objetivos: Determinar la calidad de vida en relación a la salud bucal (CVRSB) y rendimiento académico en escolares del cantón Azogues – Ecuador 2015.

Materiales y Métodos. Estudio transversal, observacional que evaluó a 192 escolares de la escuela “La Providencia” y la escuela “16 de Abril”. Se utilizó la versión en español (Perú) del índice Child OIDP para evaluar impactos de 17 condiciones orales sobre 8 desempeños/ diarios.

Resultados: Las condiciones orales auto percibidas como problemas más frecuentemente encontrados fueron: Posición de los Dientes (39,1%), Caída de un Diente de Leche (37,5%), Diente Sensible (34,9%), Mal Aliento (31, •%), Dientes Separados (28,6%), Diente Cariado (26,6%), Dolor de Muela y Sangrado de las Encías fueron de (26,0%); según la prevalencia de impacto de las condiciones orales: Comer los alimentos (45,3%), Sonreír, reír (26,0%), y Limpiarse la Boca (25,5%). El 78,1% de los niños participantes del estudio tienen alguna actividad que afecta la Calidad de Vida; en referencia a la severidad de impacto, las condiciones orales sobre la Calidad de Vida obtuvo su promedio más alto en Comer; con respecto a la Intensidad de impacto fue comer alimentos fue el que mayor impacto presentó y la extensión del impacto para DAR fue de $1,52 \pm 1,575$ Desempeños afectados por niño/a y para AAR fue $1,13 \pm 0,929$, según sexo, el Femenino fue de $1,57 \pm 1,611$ Desempeños afectados y para el sexo Masculino fue de $1,27 \pm 1,218$; Según Institución Educativa, La Providencia fue mayor los Desempeños afectados que la escuela 16 de Abril.

Conclusiones: La prevalencia de impacto de las Condiciones orales auto percibidas por los niños fue el 78,1%, lo cual determina que tienen algún Desempeño que afecta la Calidad de Vida. Según rendimiento académico se observó que: los niños del grupo DAR (Dominan Aprendizajes Requeridos) tuvieron mayor promedio de Condiciones orales percibidas como problema que los niños del grupo AAR (Alcanzan Aprendizajes Requeridos).

PALABRAS CLAVE: Calidad de vida, salud bucal, CVRSB, rendimiento académico, Child-OIDP

ABSTRACT

Objective: To determine the quality of life in relation to oral health (CVRSB) and academic performance in school the canton Azogues - Ecuador 2015. **Materials and Methods.** Transversal, observational study evaluated 194 school children from school "Providence" and school "April 16". Spanish version (Peru) of the Child OIDP index to assess impact of oral conditions on 8 17 performances / day was used. **Results:** The self-perceived oral conditions most frequently encountered problems were: tooth position (39.1%), Fall of a tooth (37.5%), Tooth Sensitive (34.9%), Bad Breath (31 •%), Teeth Separated (28.6%), decayed tooth (26.6%), toothaches and gum bleeding were (26.0%); depending on the prevalence of impact of oral conditions: Eating food (45.3%), Smiling, laughing (26.0%), and wipe his mouth (25.5%). 78.1% of children in the study participants have some activity that affects the quality of life; in reference to the severity of impact, oral conditions on quality of life scored its highest average in Comer; Impact strength was, and extent of impact was $1.52 \pm \text{DAR } 1,575$ Performances affected by child / ay to AAR was 1.13 ± 0.929 , according to sex, the female was 1.57 ± 1.611 Performances affected and the male was 1.27 ± 1.218 ; According Educational Institution, Providence was more affected than the school Performances 16 April. **Conclusions:** The prevalence of self-impact of oral conditions perceived by the children was 78.1%, which determines who have some performance affecting Vida. According to quality, academic performance was observed that: DAR group children (dominate Apprenticeships required) had higher average oral conditions perceived as problem children AAR group (Reach Apprenticeships Required).

KEYWORDS: Quality of life, oral health, CVRSB, academic achievement, Child-OIDP

DEDICATORIA

A mi esposa e hijos, quienes me alentaron y me apoyaron incondicionalmente.

AGRADECIMIENTO

A mis maestros de la Universidad Cayetano Heredia quienes me enseñaron desinteresadamente el bagaje de conocimientos.

Anexo N° 11 - Formato para la Declaración de Autor

FORMATO PARA LA DECLARACIÓN DE AUTOR			
FECHA	28	septiembre	2016
APELLIDOS Y NOMBRES DEL EGRESADO	VALLEJO AGUIRRE RODRIGO FERNANDO		
PROGRAMA DE POSGRADO	MAESTRÍA EN ESTOMATOLOGÍA		
AÑO DE INICIO DE LOS ESTUDIOS	09	abril	2014
TITULO DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN DE GRADO	CALIDAD DE VIDA EN RELACIÓN A LA SALUD BUCAL Y RENDIMIENTO ACADÉMICO EN ESCOLARES DE 11 A 12 AÑOS DE EDAD DEL CANTÓN AZOGUES – ECUADOR 2015		
MODALIDAD (marcar)	Tesis	X	Sustentación temática
Declaración del Autor			
La presente Tesis es un Trabajo de Investigación de Grado original y no es el resultado de un trabajo en colaboración con otros, excepto cuando así está citado explícitamente en el texto. No ha sido ni enviado ni sometido a evaluación para la obtención de otro grado o diploma que no sea el presente.			
Teléfono de contacto (fijo / móvil)	+593 2174542 - 99258455		
E-mail	ferchovall1@hotmail.com		

Rodrigo Fernando Vallejo Aguirre

1801891084

ÍNDICE DE CONTENIDOS

	Pág.
I. INTRODUCCIÓN	1
II. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN	3
II.1. Planteamiento del Problema	3
II.2. Justificación	4
III. MARCO TEÓRICO	5
IV. OBJETIVOS	14
IV.1. Objetivo General	14
IV.2. Objetivos Específicos	14
V. MATERIALES Y MÉTODOS	16
V.1. Diseño de Estudio	16
V.2. Población	16
V.3. Muestra	16
VI.3.1. Criterios de selección	17
V.4. Variables	17
V.5. Técnica y/o Procedimientos	21
V.6. Plan de Análisis	23
V.7. Consideraciones Éticas	23
VI. RESULTADOS	25
VII. DISCUSIÓN	56
VIII. CONCLUSIONES	71
IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	73
ANEXOS	77

LISTA DE ABREVIATURAS

EPCA: Escuela pública del cantón Azogues

EPRCA: Escuela privada del cantón Azogues

RA: Rendimiento académico

CHILD- OIDP

INDEX: Índice que se emplea en los niños de 11 a 12 años para medir los impactos orales sobre las actividades diarias o cotidianas.

CVRSB: Calidad de vida en relación a la salud bucal.

DAR 9 –10 (Domina los Aprendizajes Requeridos)

AAR 7 – 8 (Alcanza los Aprendizajes Requeridos)

PAAR 5 – 7 (Parcialmente Alcanza los Aprendizajes Requeridos)

NAAR 0 – 4 (No Alcanza los Aprendizajes Requeridos)

I. INTRODUCCIÓN

Las alteraciones bucodentales como caries, problemas periodontales y maloclusiones son patologías más prevalentes según la Organización Mundial de la Salud (OMS). en el Ecuador a la edad de entre 6 y 7 años muestran un CPOD de 0,22, y pasa a 2,95 a la edad de 12 años y a 4,64 (CPOD) a la edad de 15 años. Esto define un nivel severo de acuerdo con lo establecido por la OPS/OMS.¹

Según la (OMS), la calidad de vida es: "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio" como lo señala este organismo; por lo que al ser multidimensional esta relación entre calidad de vida y salud oral, tenemos que determinar el impacto que genera las percepciones o auto percepciones de salud sobre los desempeños diarios.²

La prevalencia de enfermedades crónicas, en la mayoría de los países, para las cuales no existe una curación total y donde el objetivo del tratamiento es atenuar o eliminar síntomas, evitar complicaciones y mejorar el bienestar de los pacientes, lleva a que las medidas clásicas de resultados en medicina (mortalidad, morbilidad, expectativa de vida) no sean suficientes para evaluar la calidad de los servicios de salud.³

En este contexto, la incorporación de la medida de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) como una medida necesaria ha sido una de las mayores innovaciones en las evaluaciones.⁴

Bajo esta premisa es necesario indicar que no es lo mismo calidad de vida y estilo de vida, definiéndose a esta última como el conjunto de patrones de conducta que caracterizan la manera general de vivir de un individuo o grupo como lo señala Mendoza en su obra “Conductas de los españoles escolares relacionados con la salud”.⁵

En esta investigación se determinó el impacto que generan las patologías bucodentales y el rendimiento académico sobre la calidad de vida de los niños de 11 a 12 años de edad del Cantón Azogues provincia del Cañar en el año 2015.

Existen instrumentos validados para medir la Calidad de vida en Salud y específicamente para odontología, los mismos que nos permitieron complementar nueva información para los servicios asistenciales en la práctica odontológica, como también son instrumentos que nos permiten ejecutar proyectos de investigación.⁶

II. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

II.1.- Planteamiento del Problema

Al hablar de Salud como “un estado de completo bienestar físico, psíquico y social, y no únicamente la ausencia de enfermedad” como lo define la Organización Mundial de la Salud, surge el concepto calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). La misma que se nutre de las definiciones del estado de salud, capacidad funcional y calidad de vida.⁷

La Salud y la CVRS son entidades multidimensionales y complejas, para el diagnóstico y cuidado de la salud, por lo que no solo debemos enfocarnos en utilizar indicadores clínicos, sino también evaluar la calidad de vida, las percepciones emocionales y sociales que existen cuando hay complicaciones dentales.

Por lo tanto, las patologías bucodentales como caries, enfermedad periodontal y maloclusiones, son factores determinantes en el impacto de la calidad de vida de los pacientes; constituyendo factores de riesgo que impactan física y psicológicamente el bienestar individual de los escolares. Por lo que este estudio está diseñado para establecer el impacto de las condiciones orales sobre la calidad de vida relacionada a la salud y sobre el rendimiento académico en escolares de Escuelas Públicas y Privadas del Cantón Azogues en el año 2015, con la siguiente interrogación:

¿Cuál es Calidad de Vida en relación a la Salud Bucal y rendimiento académico en escolares de Escuelas Públicas y Privadas del Cantón Azogues?

II.2.- Justificación.

Desde el punto de vista teórico aportó conocimientos acerca de la calidad de vida en relación a la salud bucal en los niños del Cantón Azogues, tanto en escuelas privadas como en públicas.

En el ámbito metodológico contribuyó a demostrar el manejo de un indicador de calidad de vida en relación a la salud bucal con el objetivo de iniciar una línea de investigación, en el Ecuador.

Como justificación social podemos señalar que la caries, maloclusiones y enfermedad periodontal, siendo las patologías más prevalentes en odontología, constituyen factores de riesgo para la salud en general, y con la obtención de información sobre la afectación en la calidad de vida relacionada a salud oral, se aporta elementos que enriquezcan las políticas de educación y salud bucal para que con los resultados, las entidades locales y nacionales optimicen la atención odontológica en adolescentes de los centros y sub-centros de salud y mejorar así la calidad de vida de todos los pacientes.

III. MARCO TEÓRICO

La Constitución Ecuatoriana incorpora los principios del buen vivir o Sumak Kawsay en sus artículos 275° a 278° (Título VI: Régimen de Desarrollo), donde especifica que: "El Buen Vivir requerirá que las personas, comunidades, pueblos y nacionalidades gocen efectivamente de sus derechos, y ejerzan responsabilidades en el marco de la interculturalidad, del respeto a sus diversidades, y de la convivencia armónica con la naturaleza".⁸

De acuerdo con el Plan Nacional del Buen Vivir para la República del Ecuador (2009-2013), los elementos que lo constituyen son:

1. La satisfacción de las necesidades.
2. Calidad de vida.
3. Muerte digna.
4. Amar y ser amado.
5. Florecimiento saludable de todos en armonía con la naturaleza.
6. Prolongación indefinida de las culturas.
7. Tiempo libre para la contemplación.
8. La emancipación y ampliación de las libertades, capacidades y potencialidades.

Como se señala en el párrafo anterior el Plan Nacional del Buen Vivir de la República del Ecuador incorpora elementos, como la Satisfacción de las necesidades (Salud) y La Calidad de Vida dentro del Sumak Kawsay.⁸

La OMS define a la salud como: el estado completo de bienestar físico y social que tiene una persona. Esta definición es el resultado de una evolución conceptual, ya que surgió en reemplazo de una noción que se tuvo durante mucho tiempo, que presumía que la salud era simplemente la ausencia de enfermedades biológicas. A partir de la década de los cincuenta, la OMS revisó esa definición y finalmente la reemplazó por esta nueva, en la que la noción de bienestar humano trasciende lo meramente físico. La Organización Panamericana de la Salud aportó luego un dato más: la salud también tiene que ver con el medio ambiente que rodea a la persona.⁹

Por lo expuesto se deduce que la salud tiene una íntima relación con la calidad de vida, por lo que es necesario relacionar estos dos conceptos.

Ardila (2003) define la calidad de vida, como un estado de satisfacción, derivado de la puesta en marcha de las potencialidades de cada persona; es la sensación interna de bienestar físico, psicológico y social, puesto que aborda de manera integral el concepto y el mecanismo para que sea satisfactoria. Plantea que el ser humano debe tener una postura abierta, propositiva y de afrontamiento para que a nivel personal, psicológico, físico y, por lo tanto, social sea una persona con altos niveles de calidad de vida, pues esta no depende de los azares del medio, sino de los esfuerzos y estrategias que el ser humano ponga en marcha para estar, sentirse bien y satisfecho con los logros alcanzados. Esta teoría no solo evalúa si la calidad de vida es buena o mala, sino que compromete y hace responsable al sujeto en la consecución de su óptimo nivel.¹⁰

Asimismo, diremos que Rendimiento Académico (R.A), aptitud escolar, o desempeño académico es la evaluación del conocimiento adquirido en el ámbito escolar.

Martínez y Pérez (2001) lo define como “el producto que da el alumnado en los centros de enseñanza y que habitualmente se expresa a través de las calificaciones escolares”.¹¹

Hecho que corrobora con las afirmaciones de Portela (2010) de la Universidad Nacional de Colombia en donde manifiesta que existe una relación directamente proporcional entre el rendimiento académico y la calidad de vida, El promedio general de los 140 participantes está en 68.15 lo cual significa que los niños están en un nivel medio alto de rendimiento académico.¹²

Hazem, Sharon, Roseann.(2012) en su artículo Impacto de la Salud Oral en el rendimiento académico de los niños desfavorecidos, midieron el impacto de las enfermedades dentales en el rendimiento académico, tomando en consideración características socio-demográficas y acceso de atención odontológica. Los estudiantes con dolor de dientes tenían casi 4 veces más probabilidades de tener un promedio de calificaciones bajas. Alrededor del 11% de los estudiantes que no tenían acceso al cuidado dental en la escuela, en comparación con el 4% de los que tenían acceso del 100 %, el 58% pertenecían a una escuela primaria y 80% a una secundaria.¹³

Evaristo (2012) en su trabajo de titulación “Calidad de vida y su relación con el rendimiento académico según características sociodemográficas de estudiantes de Odontología” observó que a medida que mejora la calidad de vida, el rendimiento académico de los estudiantes es mayor: $p=0,032$. Los que presentan una calidad de vida menor tienden a tener menor rendimiento académico.¹⁴

Un estudio realizado por Del Castillo (2014) “Impacto de las condiciones bucales sobre la calidad de vida en escolares de ámbito rural, Piura – Perú” determinó que por nivel educativo y sexo, el promedio de condiciones bucales autopercebidas como causante de impactos fue $1,14 \pm 0,66$ condiciones por escolar, sin existir diferencias estadísticamente significativas¹⁵, mientras tanto Ingunza (2015) indica que de acuerdo al nivel educativo y sexo es predominante las diferencias tanto por el nivel educativo como por sexo siendo el femenino el dominante¹⁶, coincidiendo con el estudio de Paredes (2014) el mismo que señala que en relación a sexo no existe significancia y concuerda en cuanto a la covariable nivel educativo si existe diferencia estadística ($p=0.045$)¹⁷, estudio que difiere con el trabajo de investigación de Moreno (2014) en donde si hubo diferencias estadísticamente significativas en relación a sexo¹⁸. De acuerdo al nivel educativo las condiciones bucales autopercebidas como causante de impactos fue mayor en el nivel primario que el secundario como señala Ingunza.¹⁶

La salud oral deteriorada afecta la salud sistémica con consecuencias que pueden comprometer seriamente la calidad de vida y la esperanza de vida. Las enfermedades orales pueden dar origen a enfermedades sistémicas, visitas a

hospitales, e inclusive la muerte. Por otra parte, estas patologías pueden aumentar los problemas personales, sociales y financieros y contribuir al aumento de los costos de atención de la salud en general.¹⁹

Mourodian, Huebner, Ramos-Gómez, Slavkin. (2007) realizaron un estudio para determinar las necesidades más frecuentes de los niños tomando en cuenta la compleja interacción de los factores determinantes biológicos como variables socio-cultural, familiares y comunitarias, niños y las prioridades de la sociedad, factores determinantes de la salud infantil, cambios demográficos de los Estados Unidos, Importancia de las comunidades que apoyan a los niños y las familias.²⁰

Otros estudios evaluaron las consecuencias sociales, mantenimiento de la salud oral y el tratamiento de enfermedades orales, utilizando indicadores estándar y demostraron que las patologías bucodentales producen incapacidad o pérdida de horas laborables en las instituciones a las cuales pertenecen, además señalan que afectan a tres aspectos de la vida diaria: 1) la salud sistémica, 2) la calidad de vida, y 3) la productividad económica.^{21 - 22}

Para Evaristo (2012) el rendimiento académico de los estudiantes está relacionado al ciclo de estudio. Los estudiantes del menor ciclo tienen menor rendimiento que los de los últimos ciclos ($p = 0.000$), además señala que el rendimiento académico de las estudiantes del género femenino en promedio es

mayor que el de los estudiantes de género masculino, siendo esta diferencia estadísticamente significativa.¹⁴

El rendimiento académico por lo tanto es el resultante del complejo mundo que rodea al estudiante, determinado por una serie de aspectos cotidianos como: esfuerzo, capacidad de trabajo, intensidad de estudio, competencias, aptitud, personalidad, atención, motivación, memoria, medio relacional, que afectan directamente el desempeño académico de los individuos. Otros factores adicionales que influyen pueden ser psicológicos o emocionales como ansiedad o depresión manifestados como nerviosismo, falta o exceso de sueño incapacidad para concentrarse, apatía y en casos extremos, depresión profunda. Existen otros elementos como lo económico, social, la cultura o la práctica de deporte que pueden influir sobre la aptitud escolar.²³

Pizarro (1985) y Novaez (1986) coinciden en definir el rendimiento académico como el conjunto de ratios efectivos obtenidos por el individuo en determinadas actividades académicas, como respuesta a un proceso de instrucción o formación interpretable de acuerdo con objetivos o propósitos educativos antes fijados. En tal sentido, son indicadores de competencias actitudinales, ligadas además a factores volitivos, afectivos y emotivos. Tales competencias reflejan el grado de logro de los objetivos establecidos en los programas oficiales de estudio.^{24 - 25}

La salud estudiantil ha sido considerada como una variable muy importante durante el periodo de clases.²⁶

La medida de la salud requiere, además de las consideraciones clínicas y métodos tradicionales; un proceso de recolección de datos de la percepción de los propios pacientes. La calidad de vida depende en gran medida de la escala de valores por la que cada individuo ha optado libremente y de los recursos emocionales y personales de cada uno. Además está sometida a determinantes económicos, sociales y culturales y se modifica con el paso de los años para un mismo individuo.

Específicamente la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) o salud percibida, integra aquellos aspectos de la vida directamente relacionados con el funcionamiento físico y mental y con el estado de bienestar del paciente.²⁷ En la década de 1980, la OMS estableció la clasificación internacional de los deterioros, impedimentos y discapacidades provocados por los problemas de salud de las personas; posteriormente Locker aplicó a odontología como Modelo de Salud Oral (Gráfico N° 1) en tres niveles:

1. Estado de salud oral, incluyendo el deterioro dental
2. Impactos intermedios.- Son los primeros impactos negativos causados por las condiciones orales; dolor, incomodidad, limitación funcional e insatisfacción con la apariencia.

3. Impactos finales.- Impactos sobre las personas para desarrollar actividades diarias, para las que se requiere adecuado rendimiento físico, psicológico y social.²⁸⁻¹⁵ Ver gráfico N°1 (anexos)

El método tradicional para determinar y evaluar de una forma válida el impacto de la enfermedad en la vida diaria del individuo y la sensación de bienestar es la administración de encuestas y/o cuestionarios.⁶

Existen varios índices para valorar la calidad de vida en relación a Salud, nosotros utilizaremos Child OIDP (Oral Impacts on Daily Performance), que permite medir la Calidad de Vida en Relación a la Salud Bucal en adolescentes de 11 a 12 años de edad.²⁹⁻³⁰

El índice Child OIDP en español validado en el Perú, es un instrumento que puede ser utilizado por el entrevistador; encuesta estructurada, confiable y validada que permite medir el impacto de las condiciones orales sobre las percepciones de salud, según la experiencia de muchos autores.³¹⁻³⁴

Además, valora los desempeños diarios auto percibidos como es el comer, hablar, limpiarse la boca, dormir, emocionarse, sonreír, estudiar y socializar.³⁵⁻³⁸

El presente trabajo de investigación se realizó en el Cantón de Azogues, ciudad ubicada en la región interandina a 2518 metros de altura sobre el nivel del

mar al sur del país; aproximadamente tiene una población total de 70 mil habitantes según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC- 2010).³⁹

IV. OBJETIVOS

IV.1 Objetivo General

Evaluar la Calidad de Vida en Relación a la Salud Bucal (CVRSB) y el Rendimiento Académico en escolares de 11 a 12 años de edad del Cantón de Azogues según sexo y nivel educativo

IV.2 Objetivos Específicos

1. Determinar el Rendimiento Académico (RA) en escolares de 11 a 12 años de edad del cantón de Azogues según sexo y nivel educativo.
2. Determinar la prevalencia de las Condiciones orales autopercebidas como problemas en escolares de 11 a 12 años de edad del cantón de Azogues según rendimiento académico, sexo y nivel educativo.
3. Determinar la prevalencia del impacto de las Condiciones orales sobre los Desempeños diarios de los escolares de 11 a 12 años de edad del cantón de Azogues según rendimiento académico, sexo y nivel educativo.
4. Determinar la severidad del impacto de las Condiciones orales sobre los Desempeños diarios de los escolares de 11 a 12 años de edad del cantón de Azogues según rendimiento académico, sexo y nivel educativo.

5. Determinar la intensidad del impacto de las Condiciones orales sobre los Desempeños diarios de los escolares de 11 a 12 años de edad del cantón de Azogues según rendimiento académico, sexo y nivel educativo.

6. Determinar la extensión del impacto de las Condiciones orales sobre los Desempeños diarios de los escolares de 11 a 12 años de edad del cantón de Azogues según rendimiento académico, sexo y nivel educativo.

IV. MATERIALES Y MÉTODOS

V.1 Diseño de Estudio

Estudio observacional, descriptivo, transversal.

V.2 Población

La población estuvo conformada por 300 escolares de 11 y 12 años de edad tanto de la escuela pública (16 de Abril) como de la privada (La Providencia) de la ciudad de Azogues.

V.3 Muestra

Se obtuvo mediante la fórmula para determinar el tamaño muestral, a un nivel de confianza de 95% y con un margen de error de 5% aplicando los resultados de la prueba piloto.

$$n = \frac{Z^2 * p * (1-p)}{e^2}$$

Donde:

n = Tamaño de la Muestra = 133

N = Tamaño de la Población = 300

Z = Coeficiente de confiabilidad para un ALFA de 0.05 = 1.96

p = Proporción de niños afectada su calidad de vida = 0.5

e = Error estándar por lo general. 0.20

Se decidió trabajar con todos los escolares que cumplieron con los criterios de selección, que fueron 192 niños.

V.3.1 Criterios de Selección.

Criterios de Inclusión

- Escolares de 11 y 12 años cumplidos.
- Escolares de ambos sexos.
- Escolares con Consentimiento Informado de los padres.
- Escolares con Asentimiento Informado
- Escolares con autorización del director/a de la institución educativa

Criterios de Exclusión

- Escolares sin patologías psicológicas y mentales

V.4 Variables

Rendimiento académico, variable cualitativa nominal. Se obtendrá de los registros de cada uno de las instituciones públicas o privadas del cantón Azogues.

Rangos:

DAR 9 – 10 (Domina los Aprendizajes Requeridos)

AAR 7 – 8 (Alcanza los Aprendizajes Requeridos)

PAAR 5 – 7 (Parcialmente Alcanza los Aprendizajes Requeridos)

NAAR 0 – 4 (No Alcanza los Aprendizajes Requeridos)

Índice de Impacto de las Condiciones orales sobre los Desempeños diarios de los niños (CVRS).- Variable cuantitativa, continua, medida en escala de razón, definida como la dificultad para realizar alguno de ocho Desempeños (actividades cotidianas) -que se obtiene mediante la multiplicación de Severidad (1,2,3) por Frecuencia (1,2,3) del impacto en cada Desempeño en cada escolar y obtención del puntaje promedio para cada Desempeño (rango 0 a 9) y para el total de Desempeños (rango 0 a 72) en el total de escolares- manifestada durante los últimos tres meses y que es atribuida a cualquiera de 17 Condiciones orales auto-percibidas por el menor. Es registrado mediante la versión peruana del Child-OIDP Index^{23,30} (Anexo N° 2). Se empleó la clasificación sugerida por Gherunpong¹⁸ y col. (Anexo N°3).

CONDICIONES ORALES (auto-percibidas como causantes de problema sobre los Desempeños de la vida diaria)

Condiciones o alteraciones orales señaladas por el escolar, de la lista de 17, como causante de molestia o problema en algún Desempeño diario. Variable cuantitativa, se expresa como promedio y porcentaje

- 1.- Dolor de muela.
- 2.- Diente sensible.
- 3.- Diente cariado.
- 4.- Caída de un diente de leche.
- 5.- Dientes separados.
- 6.- Fractura de un diente permanente.
- 7.- Color de los dientes.

- 8.- Forma o tamaño de los dientes.
- 9.- Posición de los dientes.
- 10.- Sangrado de encías.
- 11.- Inflamación de las encías.
- 12.- Sarro o cálculo dental
- 14.- Llagas o heridas en la boca.
- 15.- Mal aliento.
- 16.- Deformación de la boca.
- 17.- Pérdida de diente permanente.
- Otros.

DESEMPEÑOS

Actividades diarias o cotidianas que caracterizan el bienestar y calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de los niños. Variable cualitativa. Se presenta como porcentaje de Desempeños impactados.

El Child-OIDP Index considera ocho actividades diarias relacionadas con funciones de la boca y con dimensiones físicas, sociales y mentales del bienestar del niño.

Comer.- Bienestar para la alimentación, para masticar distintos alimentos.

Hablar.- Capacidad para hablar claramente.

Limpiarse la boca.- Cepillarse los dientes, enjuagarse la boca, sin molestias.

Dormir.- Descanso habitual y nocturno apacible.

Emoción.- Tener buen estado de ánimo, sin enfado ni irritación.

Sonreír.- Sonreír, reír y mostrar los dientes naturalmente, sin vergüenza.

Estudiar.- Realizar tareas escolares y participar en clases sin incomodidad.

Socializar.- Contactarse exitosamente con otras personas, amigos.

SEVERIDAD DEL IMPACTO

Grado de dificultad auto-percibida por el escolar para los Desempeños que afectan la vida diaria. Variable cuantitativa. Medida con valores de 0 a 3. Se expresa en promedio de severidad por Desempeño y por total de Desempeños.

- 0.- Ninguna (sin efecto)
- 1.- Poca (efecto leve)
- 2.- Regular (efecto moderado)
- 3.- Mucha (efecto severo)

INTENSIDAD DEL IMPACTO

Puntajes de intensidad de impacto sobre cada Desempeño en una escala de 1-5, señalados por el escolar. Variable cualitativa, ordinal, con 05 categorías. Se expresa como porcentaje de cada categoría por Desempeño.

- 1.- Muy poca intensidad.
- 2.- Poca intensidad.
- 3.- Moderada intensidad.
- 4.- Severa intensidad.
- 5.- Muy severa intensidad.

Se empleó la clasificación sugerida por Gherunpong y col.¹⁸ (Anexo N°4).

EXTENSION DEL IMPACTO

Cantidad de Desempeños diarios que son impactados y que afectan la vida diaria del niño. Variable cuantitativa medida con valores 1-8. Se expresa en promedio de Desempeños diarios impactados por escolar y en todos los escolares.

COVARIABLES

Tipo de institución educativa: Variable cualitativa dicotómica nominal, que se define como el sitio donde el escolar estudia pública o privada.

Sexo: Variable cualitativa dicotómica nominal, según registros hombre o mujer.

V.5 Técnicas y/o procedimientos

La entrevista estructurada, fue realizada por el investigador, cara a cara. El cuestionario consta de dos etapas:

La primera para registrar el nombre, sexo, fecha de nacimiento (edad), ámbito (lugar), escuela.

Los datos de Rendimiento Académico se obtuvieron del registro de notas de cada una de las escuelas investigadas

La segunda etapa, mediante la versión validada en español del Child-OIDP Index, instrumento desarrollado para los niños, el cual ha sido adaptado y validado para recoger información sobre el impacto de las Condiciones orales sobre los Desempeños de la vida diaria.³⁰

Todas las entrevistas a los escolares se realizaron en un ambiente aislado en el interior de la escuela correspondiente, entre las 14 horas y 18 horas. Cada entrevista duró de 8 a 10 minutos aproximadamente.

Instrumentos

Se utilizó el indicador Child OIDP validada en español como versión peruana por Bernabé.⁴⁰ (Ver anexo)

Procedimientos

El Comité de Ética de Investigación de la Universidad Peruana Cayetano Heredia dio su autorización igualmente al Director y profesores de las instituciones educativas públicas y privadas. También se realizó la prueba piloto en la escuela Rayitos de Luz de Lince – Perú.

Se realizó una reunión informativa con el Director/a de cada institución educativa, profesores y padres de familia, así como también se elaboró un listado de aquellos niños cuyos padres autorizan la participación en el proyecto de investigación con el consentimiento informado y el asentimiento respectivo de cada uno de los niños colaboradores.

El rendimiento académico de cada uno de los niños se obtuvo de los registros que reposan en las secretarías de las unidades educativas, tanto de la escuela la Providencia como de la escuela 16 de Abril del periodo académico 2014 - 2015,

información que se recopiló después de haber realizado la entrevista a cada uno de los escolares.

V.6 Plan de Análisis

Se utilizó el programa SPSS actual versión 22.0, se presenta la información con valores absolutos y relativos.

Se realizó el análisis bivariado mediante la prueba de Chi- Cuadrado (asociación) para evaluar la calidad de vida en relación a la salud bucal con el sexo, rendimiento académico y con nivel educativo público y privado, comparación del número de condiciones orales autopercebidas, severidad, intensidad, prevalencia y extensión del impacto.

Adicionalmente se determinó el grado de significancia mediante la prueba de U de Mann-Whitney, de acuerdo al cumplimiento de los supuestos de normalidad.

V.7 Consideraciones éticas

Este proyecto de investigación fue revisado por el Comité de Ética Institucional de la Universidad Peruana Cayetano Heredia para su aprobación y se obtuvo la autorización con Constancia N°354 – 17-15 y Código SIDISI N°64160.

Se obtuvo el Consentimiento Informado a los padres de familia y el asentimiento informado a los escolares. Se solicitó autorización de las autoridades educativas.

VI. RESULTADOS

En el presente estudio de investigación participaron escolares que cumplían con los criterios de selección, que corresponden a 192 niños entre 11 y 12 años de edad, en el Cantón Azogues provincia del Cañar. Según establecimiento educativo, se tuvieron 98 niños (51,0%) de la escuela privada La providencia y 94 (49,00%) de la escuela pública 16 de Abril. Según sexo se tuvo 76 niños (39,6%) y 116 niñas (60,4%). Según promedio de rendimiento académico, 124 (64,6%) niños pertenecen al grupo Dominar aprendizajes requeridos (DAR) y 68 (35,4 %) niños pertenecen al grupo de Alcanzar los aprendizajes requeridos (AAR). Ver Tabla 1.

El promedio del número de condiciones orales auto percibidas como problema por los niños entre 11 y 12 años de una escuela pública y otra privada según Rendimiento Académico, DAR $3,38 \pm 2,330$ y AAR $2,069 \pm 2,024$ teniendo un valor mínimo de 0 y un valor máximo de 9. Si se encontró diferencias estadísticamente significativas al comparar el número de condiciones orales auto percibidas como problema según promedio ($p=0,043$)

Según sexo el número de condiciones oral auto percibido como problema fue en el femenino de $3,13 \pm 2,410$; y en el masculino de $3,14 \pm 2,142$; teniendo un mínimo de ninguna condición oral auto-percibida y un máximo de 9 tanto en niñas como en niños. No se encontró diferencias estadísticamente significativas al

comparar el número de condiciones orales auto percibidas como problema según sexo ($p=0,727$)

Según la institución educativa privada y pública en referencia a la covariable Rendimiento Académico, el número de condiciones auto percibidas como problema fue en la escuela privada (La Providencia) fue de $3,98\pm 2,372$, y en la escuela pública (16 de Abril) fue de $2,26\pm 1,719$. El valor mínimo de condiciones orales fue de cero, y el valor máximo, en la escuela privada fue de 9 y en la pública de 7 condiciones orales auto-percibidas.

El valor del número total de condiciones orales auto-percibidas como problema de los escolares fue $3,14\pm 2,246$. Si se encontró diferencias estadísticamente significativas al comparar el número de condiciones orales auto percibidas como problema según institución educativa ($p= <0,001$). Ver Tabla 2.

La prevalencia de las condiciones orales auto percibidas como problemas más frecuentemente encontrados fueron: Posición de los dientes (39,1%), Caída de un diente de leche (37,5%), Diente sensible (34,9%), Mal aliento (31,·%), Dientes separados (28,6%), Diente cariado (26,6%), Dolor de muela y sangrado de las encías fueron de (26,0%); y las menos frecuentes fueron: Deformación de la Boca (1%), Erupción de diente permanente (1,6%). Ver Tabla 3.

Comparación de las condiciones orales auto percibidas como problemas más frecuentemente encontrados según sexo fueron: en el sexo Femenino,

Posición de los dientes (46,6%), Caída de los Dientes de Leche(37,9%), Diente sensible (34,5%) y Sangrado de las encías y mal aliento (28,4%); y en el sexo Masculino, Caída de un Diente de Leche (36,8%), Diente Sensible y Mal Aliento (35,5%) y Dientes Separados (31,6%) y Dolor de Muela y Posición de los Dientes (27,6%); y las menos frecuentes en el sexo Femenino fueron, Deformación de la Boca, Erupción de Diente Permanente y Pérdida de Diente Permanente (0,9%); y en el sexo Masculino . Deformación de la Boca (1,3%), Erupción de Diente Permanente (2,6%) y Fractura del Diente Permanente, Inflamación de la Encías, Sarro o cálculo Dental y Pérdida del Diente Permanente fue de (5,3%). Hubo significancia estadística solamente en la condición oral auto percibida Posición de los dientes ($p=0,008$). Ver Tabla 4

Comparación de la frecuencia de condiciones auto-percibidas como problemas Orales más frecuentes para los escolares de 11 a 12 años de edad, de una escuela pública y otra privada según rendimiento académico fue: para Dominar Aprendizajes Requeridos (DAR) Posición de los Dientes (44,4%), Caída de un Diente de Leche (42,7%), Diente Sensible (34,7%), Dientes Separados (29,8%), Sangrado de Encías y Mal Aliento (29,0%) y para Alcanzar Aprendizajes Requeridos (AAR) las más frecuentes fue: Diente Sensible y Mal Aliento compartieron el (35,3%), Posición de los Dientes (29,4%), Dolor de Muela y Caída de un Diente de Leche (27,9%) y Diente Cariado y Dientes Separados (26,5%) y las menos frecuentes para DAR fue: Deformación de la Boca y otros (1,6%), Fractura de Diente Permanente y Erupción de Diente Permanente (2,4%) y Perdida de Diente Permanente (3,2%) y para AAR

Deformación de la Boca y Erupción de Diente Permanente fue cero, Pérdida de Diente Permanente (1,5%) y Sarro o Cálculo Dental y Otros (2,9%). Existió significancia estadística en las condiciones orales auto percibidas según rendimiento, como: Caída de un Diente de Leche ($p=0,043$); Forma o Tamaño de dientes ($p=0,012$) y Posición de Dientes ($p=0,042$). Ver tabla 4.1

Comparación de la frecuencia de condiciones auto-percibidas como problemas Orales más frecuentes para los escolares de 11 a 12 años de edad, de una escuela pública y otra privada institución educativa fue: La Providencia, Posición de los dientes (51,0%), Caída de un diente de leche (49,0%), Dientes separados (40,8%), Diente sensible (39,8%) y Sangrado de encías (34,7%); 16 de Abril, Diente sensible (29,8%), Mal aliento (28,7%), Posición de los dientes (26,6%), Caída de un diente de leche (25,5%) y Dolor de muela (23,4%) y las menos frecuentes para La Providencia fue: Deformación de la boca y Erupción de diente permanente (1%), Otros (3,1%) y Pérdida de diente permanente (4,1%); 16 de Abril Deformación de la boca, Pérdida de diente permanente y otros (1,1%), Fractura de diente permanente y Erupción de diente permanente (2,1%). Existió significancia estadística en las condiciones orales auto percibidas como: Caída de un diente de leche, Dientes separados, Forma o tamaño de los dientes y posición de los dientes con un valor $p= 0,001$; y Color de los dientes ($p=0,002$), así como también sangrado de las encías con una significancia de ($p=0,005$). Ver tabla 4.2

Al evaluar las actividades diarias que más frecuentemente afectan la Calidad de Vida de los niños de 11 y 12 años de edad, de una escuela Pública y

otra Privada del cantón Azogues son: Comer los Alimentos (45,3%), Sonreír, reír (26,0%), y Limpiarse la Boca (25,5%). El 78,1% de los niños participantes del estudio tienen alguna actividad que afecta la Calidad de Vida Relacionada a la Salud. Ver Tabla 5.

Comparación de la prevalencia de impacto de las actividades diarias que más frecuentemente afectan la Calidad de Vida de los niños de 11 y 12 años de edad, de la escuela pública 16 de Abril y una privada La providencia según sexo, son: para el sexo Femenino Comer Alimentos (45,7%), Limpiarse la Boca y Sonreír (25,0%); y las menos frecuentemente afectadas son: Realizar Labores Escolares (0,9%) y Descansar (2,6%); y para el sexo Masculino Comer (44,7%), Sonreír (27,6%) y Limpiarse la Boca (26,3%); y las menos frecuentemente afectadas son: Buen Estado de Ánimo y Realizar Labores Escolares (6,6%). El 80,2% de las niñas y el 75,0% de los niños tienen alguna actividad que afecta la Calidad de Vida Relacionada a la Salud. Existió significancia estadística en las condiciones orales auto percibidas según sexo como: Descansar ($p=0,044$) y Realizar Labores Escolares ($p=0,027$). Ver Tabla 6

Comparación de la prevalencia de impacto de las actividades diarias que más frecuentemente afectan la Calidad de Vida de los niños de 11 y 12 años de edad, de la escuela pública 16 de Abril y una privada La providencia según Rendimiento Académico, son: para los niños que dominan los aprendizajes requeridos (DAR) son: Comer Alimentos (46,0%), Sonreír (33,9%), Limpiarse la Boca (25,8%); y las menos frecuentemente afectadas son: Realizar Labores Escolares (4,0%) y Descansar (6,5%); y para los niños que alcanzan los

aprendizajes requeridos (AAR) Comer Alimentos (44,1%), Limpiarse la Boca (25,0%) y Hablar Claramente (16,2%); y las menos frecuentemente afectadas son: Realizar Labores Escolares (1,5%) y Descansar (2,9%) . El 78,2% de los niños que DAR y el 77,9% de los niños que AAR tienen alguna actividad que afecta la Calidad de Vida Relacionada a la Salud. Existiendo significancia estadística según rendimiento académico en Sonreír ($p=0,001$). Ver Tabla 6.1

Comparación del impacto de las actividades diarias que más frecuentemente afectan la Calidad de Vida de los niños de 11 y 12 años de edad, de la escuela pública 16 de Abril y una privada La providencia según institución educativa, son: para los niños de La Providencia son: Comer Alimentos (53,1%), Sonreír (37,8%), Limpiarse la Boca (36,7%); y las menos frecuentemente afectadas son: Realizar Labores Escolares (6,1%) y Descansar (9,2%); y para los niños de la 16 de Abril son: Comer Alimentos (37,2%), Hablar Claramente (17,0%) y Limpiarse la Boca y Sonreír (13,8%); y las menos frecuentemente afectadas son: Realizar Labores Escolares y Contactarse con Otras Personas (0%)y Descansar (1,1%) . El 80,6% de los niños de La Providencia y el 75,5% de los niños de la 16 de Abril tienen alguna actividad que afecta la Calidad de Vida Relacionada a la Salud. Existiendo significancia estadística, según educación educativa en: Comer Alimentos ($p=0,027$), Limpiarse la Boca y Sonreír ($p=<0,001$), Descansar ($p=0,012$) y Buen Estado de Ánimo ($p=0,033$). Ver Tabla 6.2.

La severidad del impacto de las condiciones orales sobre la Calidad de Vida obtuvo su promedio más alto en Comer $1,20\pm 1,855$, seguido de Limpiarse la

boca $0,68 \pm 1,538$ y el valor más bajo el realizar labores escolares $0,10 \pm 0,749$

Ver Tabla 7.

Comparación de la severidad del impacto de las condiciones orales sobre la Calidad de Vida en escolares de 11 a 12 años de una escuela pública y otra privada según sexo obtuvo su promedio más alto en Comer Alimentos $1,18 \pm 1,991$, y el valor más bajo Realizar Labores Escolares $0,20 \pm 1,096$, para el sexo Femenino; y para el sexo Masculino, el promedio más alto estuvo en Comer los Alimentos $1,22 \pm 1,768$ y el valor más bajo Realizar Labores Escolares $0,03 \pm 0,371$. Existió significancia estadística en las condiciones orales Descansar según sexo ($p=0,045$) y también en la condición Realizar Labores Escolares ($p=0,027$). Ver Tabla 8.

Comparación de la severidad del impacto de las condiciones orales sobre la Calidad de Vida en escolares de 11 a 12 años de edad, de una escuela pública y otra privada según Rendimiento Académico. Los niños que dominan los aprendizajes requeridos (DAR) obtuvieron su promedio más alto en Comer Alimentos $1,09 \pm 1,618$ y el valor más bajo Realizar Labores Escolares $0,15 \pm 0,926$; y para los niños que alcanzan los aprendizajes requeridos (AAR), el promedio más alto estuvo en Comer los Alimentos $1,41 \pm 2,221$ y el valor más bajo Realizar Labores Escolares $0,01 \pm 0,121$. Existe significancia estadística en la condición oral Sonreír ($p=0,001$). Ver Tabla 8.1

Comparación de la severidad del impacto de las condiciones orales sobre la Calidad de Vida en escolares de 11 a 12 años de una escuela pública y otra privada según institución educativa. La providencia obtuvo su promedio más alto en Comer Alimentos $1,45 \pm 2,001$, y el valor más bajo Realizar Labores Escolares $0,19 \pm 1,042$; y para la escuela 16 de Abril, el promedio más alto estuvo en Comer los Alimentos $0,95 \pm 1,661$ y el valor más bajo Realizar Labores Escolares y Contactarse que fue cero. En todas las condiciones oral auto percibidas en severidad de impacto según institución educativa existió significancia estadística a excepción de Hablar Claramente. Ver Tabla 8.2

Con respecto a la intensidad del impacto de las condiciones orales sobre la calidad de vida en escolares de 11 a 12 años de una escuela pública y otra privada en el cantón Azogues, los desempeños la intensidad con mayor porcentaje reportada fue en la actividad Comer 17,71% de Muy Poca Intensidad; Hablar Claramente Muy Poca Intensidad, Limpiarse la Boca Poca Intensidad, y Sonreír Muy Poca fue de 9,90%; Contactarse con Otras Personas fue de 3,65% de Muy Poca Intensidad; Buen Estado de Ánimo 3,13% de Muy Poca Intensidad; Descansar 2,08% de Muy Poca Intensidad y Realizar Labores Escolares 1,56% Muy Poca Intensidad.

En resumen el 63,54% de los niños presentaron una Intensidad de Impacto de nivel “Muy Poco”, 11,98% Poco, 2,08% Regular, 0,52 % Severa y no se presentó intensidad en el nivel Muy Severo. Ver Tabla 9.

Los porcentajes más altos de intensidad del impacto de las condiciones orales sobre la calidad de vida en el sexo Femenino, según la actividad diaria, en la actividad Comer 14,66% Muy Poca y Regular, Hablar 7,76% Muy Poca, Limpiarse la Boca 9,48% Poca, Descansar 1,72% Regular, Buen Estado Ánimo 3,45% Muy Poca, Sonreír 11,21% Muy Poca, Realizar Labores Escolares 0,86% Regular y Contactarse con Otras Personas 2,59% Muy Poca. En resumen el 68,97% de los niñas presentaron una intensidad de Impacto de nivel “Muy Poca”, 9,48% Poca y 1,72% Regular, no se presentó intensidad en los niveles Severa y Muy Severa.

Los porcentajes más altos de intensidad del impacto de las condiciones orales sobre la calidad de vida en el sexo Masculino, según la actividad diaria, en la actividad Comer 22,37% Muy Poca, Hablar 13,16 % Muy Poca, Limpiarse la Boca 10,53% Poca, Descansar 5,26% Muy Poca, Buen Estado de Ánimo 2,63% Muy Poca, Sonreír 10,53% Poca, Realizar Labores Escolares 3,95% Muy Poca y Contactarse con Otras Personas 6,58% Regular. En resumen el 55,30% de los niños presentaron una intensidad de Impacto de nivel “Muy Poca”, 15,80% Poca, 2,60% Regular, 1,30% Severa y no se encontró impacto en Muy Severa. Ver Tabla 10

Los porcentajes más altos de intensidad del impacto de las condiciones orales sobre la calidad de vida según rendimiento académico, de acuerdo a la actividad diaria, en niños DAR fue: Comer 17,74% Muy Poca, Hablar 12,10% Muy Poca, Limpiarse la Boca 10,48% Poca, Descansar 2,42% Muy poca, Buen

Estado Animo 3,23% Muy Poca, Sonreír 12,90% Muy Poca, Realizar Labores Escolares 1,61% Muy poca, Regular y Contactarse con Otras personas 4,84% Muy Poca. En resumen el 62,90% de los niños que DAR presentaron una intensidad de Impacto de nivel “Muy Poca”, 12,10% Poca, 2,42% Regular, 0,81% Severa, no se presentó intensidad de impacto en el nivel Muy Severa. Existiendo significancia estadística únicamente en el desempeño Comer Alimentos.

Los porcentajes más altos de intensidad del impacto de las condiciones orales sobre la calidad de vida según rendimiento académico, de acuerdo a la actividad diaria, en niños AAR fue: Comer 17,65% Muy Poca, Hablar 5,88 % Muy Poca, Limpiarse la Boca 10,29% Muy Poca, Descansar 1,47% Muy Poca y Regular, Buen Estado de Ánimo 2,94% Muy Poca, Sonreír 5,88% Poca, Realizar Labores Escolares 1,47% Muy Poca y Contactarse con Otras Personas 4,41% Regular. En resumen el 64,71% de los niños presentaron una intensidad de Impacto de nivel “Muy Poca”, 11,76% Poca, 1,47% Regular, Severa y Muy severa no se encontró impacto. Ver Tabla 10.1.

Los porcentajes más altos de intensidad del impacto de las condiciones orales sobre la calidad de vida según institución educativa, de acuerdo a la actividad diaria, en niños de la escuela La Providencia fue: Comer 19,39% Muy Poca, Hablar 8,16% Muy Poca, Limpiarse la Boca 15,31% Poca, Descansar 3,06% Muy Poca y Regular, Buen Estado Ánimo 3,06% Muy Poca, Poca y Regular, Sonreír 14,29% Poca, Realizar labores escolares 3,06% Muy Poca, Regular y Contactarse con Otras Personas 7,14% Muy Poca. En resumen el

55,10% de los niños de la escuela La Providencia presentaron una intensidad de Impacto de nivel “Muy Poca”, 20,41% Poca, 4,08% Regular, 1,02% Severa, no se presentó intensidad de impacto en el nivel Muy Severa. Además no existió significancia estadística.

Los porcentajes más altos de intensidad del impacto de las condiciones orales sobre la calidad de vida según institución educativa, de acuerdo a la actividad diaria, en niños de la escuela 16 de Abril fue: Comer 15,96% Muy Poca, Hablar 11,70 % Muy Poca, Limpiarse la Boca 7,45% Muy Poca, Descansar 1,06% Muy poca, Buen Estado de Ánimo 3,19% Muy Poca, Sonreír 9,57% Muy Poca, Realizar Labores Escolares cero en todos los niveles y Contactarse con otras personas cero en todos los niveles. En resumen el 72,34% de los niños de la escuela 16 de Abril presentaron una intensidad de Impacto de nivel “Muy Poca”, 3,19% Poca, y no presentaron intensidad de impacto en los niveles Regular, Severa y Muy severa. No existiendo significancia estadística. Ver Tabla 10.2

El promedio de la extensión del impacto de las condiciones orales sobre la calidad de vida de los escolares de 11 y 12 años de edad de una escuela pública y otra privada en el cantón Azogues para DAR fue de $1,52 \pm 1,575$ y para AAR fue $1,13 \pm 0,929$ no existe diferencias estadísticamente significativas ($p=0,270$); según sexo, para el Femenino fue de $1,57 \pm 1,611$ y para el sexo Masculino fue de $1,27 \pm 1,218$; no existe diferencias estadísticamente significativas ($p=0,296$). Según Institución Educativa, para la escuela La Providencia fue de $1,89 \pm 1,722$ y para la escuela 16 de Abril fue de $0,86 \pm 0,579$; si existe diferencias estadísticamente

significativas ($<0,001$). El valor de la extensión del Impacto de las condiciones orales para toda la muestra fue de $1,39 \pm 1,391$ Desempeños afectados en cada niño o niña. Ver tabla 11

TABLA 1

Distribución de los escolares de 11 y 12 años de edad, de una escuela pública y otra privada, según covariables, Azogues – Ecuador, 2015.

COVARIABLES	Frecuencia	
	N	%
PROMEDIO		
DAR	124	64,6
AAR	68	35,4
SEXO		
Masculino	76	39,6
Femenino	116	60,4
INSTITUCIÓN EDUCATIVA		
LA Providencia	98	51,0
16 de Abril	94	49,0
TOTAL	192	100,0

DAR Domina Aprendizajes Requeridos
AAR Alcanza Aprendizajes Requeridos

TABLA 2

Promedio del número de condiciones orales auto-percibidas como problema por los escolares de 11 y 12 años de edad, de una escuela pública y otra privada según covariables. Azogues – Ecuador 2015.

Covariable	n	Media	D.E.	Valor Mín.	Valor Máx.	Valor p
PROMEDIO						
DAR	124	3,38	2,330	0	9	0,043*
AAR	68	2,69	2,024	0	9	
SEXO						
Femenino	76	3,13	2,410	0	9	0,727
Masculino	116	3,14	2,142	0	9	
INSTITUCION EDUCATIVA						
Privada	98	3,98	2,372	0	9	<0.001*
Pública	94	2,26	1,719	0	7	
Total	192	3,14	2,246	0	9	

Prueba U de Mann Whitney

*Significancia estadística

DAR Dominar Aprendizajes Requeridos

AAR Alcanzar Aprendizajes Requeridos

TABLA 3

Prevalencia de las condiciones orales auto-percibidas como problema por los niños de 11 y 12 años de edad. Azogues – Ecuador 2015.

Problemas Orales	Presente		Ausente	
	n	%	n	%
Dolor de muela	50	26,0	142	74,0
Diente sensible	67	34,9	125	65,1
Diente cariado	51	26,6	141	73,4
Caída de un diente de leche	72	37,5	120	62,5
Dientes separados	55	28,6	137	71,4
Fractura de diente permanente	7	3,6	185	96,4
Color de los dientes	28	14,6	164	85,4
Forma o tamaño de los dientes	24	12,5	168	87,5
Posición de los dientes	75	39,1	117	60,9
Sangrado de encías	50	26,0	142	74,0
Inflamación de las encías	16	8,3	176	91,7
Sarro o calculo dental	9	4,7	183	95,3
Llagas o heridas en la boca	22	11,5	170	88,5
Mal aliento	60	31,3	132	68,8
Deformación de la boca	2	1,0	190	99,0
Erupción de diente permanente	3	1,6	189	98,4
Perdida de diente permanente	5	2,6	187	97,4
Otros	4	2,1	188	97,9

TABLA 4

Comparación de la frecuencia de condiciones orales auto-percibidas como problema por los escolares de 11 y 12 años de edad, según sexo.

Azogues – Ecuador 2015.

Problemas Orales	Femenino		Masculino		Valor p
	(n=116)		(n=76)		
	n	%	n	%	
Dolor de muela	29	25,0	21	27,6	0,688
Diente sensible	40	34,5	27	35,5	0,887
Diente cariado	30	25,9	21	27,6	0,794
Caída de un diente de leche	44	37,9	28	36,8	0,878
Dientes separados	31	26,7	24	31,6	0,463
Fractura de diente permanente	3	2,6	4	5,3	0,330
Color de los dientes	16	13,8	12	15,8	0,701
Forma o tamaño de los dientes	13	11,2	11	14,5	0,499
Posición de los dientes	54	46,6	21	27,6	0,008*
Sangrado de encías	33	28,4	17	22,4	0,354
Inflamación de las encías	12	10,3	4	5,3	0,220
Sarro o calculo dental	5	4,3	4	5,3	0,749
Llagas o heridas en la boca	13	11,2	9	11,8	0,898
Mal aliento	33	28,4	27	35,5	0,299
Deformación de la boca	1	0,9	1	1,3	0,791
Erupción de diente permanente	1	0,9	2	2,6	0,355
Perdida de diente permanente	1	0,9	4	5,3	0,063
Otros	4	3,4	0	0,0	0,104

Prueba de Comparación de Proporciones

*Significancia estadística

TABLA 4.1

Comparación de la frecuencia de condiciones orales auto-percibidas como problema por los escolares de 11 y 12 años de edad, según rendimiento académico. Azogues – Ecuador 2015.

Problemas Orales	DAR		AAR		Valor p
	(n=124)		(n=68)		
	n	%	n	%	
Dolor de muela	31	25,0	19	27,9	0,661
Diente sensible	43	34,7	24	35,3	0,934
Diente cariado	33	26,6	18	26,5	0,988
Caída de un diente de leche	53	42,7	19	27,9	0,043*
Dientes separados	37	29,8	18	26,5	0,629
Fractura de diente permanente	3	2,4	4	5,9	0,216
Color de los dientes	21	16,9	7	10,3	0,215
Forma o tamaño de los dientes	21	16,9	3	4,4	0,012*
Posición de los dientes	55	44,4	20	29,4	0,042*
Sangrado de encías	36	29,0	14	20,6	0,205
Inflamación de las encías	12	9,7	4	5,9	0,363
Sarro o calculo dental	7	5,6	2	2,9	0,395
Llagas o heridas en la boca	18	14,5	4	5,9	0,074
Mal aliento	36	29,0	24	35,3	0,368
Deformación de la boca	2	1,6	0	0,0	0,294
Erupción de diente permanente	3	2,4	0	0,0	0,198
Perdida de diente permanente	4	3,2	1	1,5	0,479
Otros	2	1,6	2	2,9	0,544

Prueba de Comparación de Proporciones
DAR Domina Aprendizajes Requeridos
AAR Alcanza Aprendizajes Requeridos
*Significancia estadística

TABLA 4.2

Comparación de la frecuencia de condiciones orales auto-percibidas como problema por los escolares de 11 y 12 años de edad, según institución educativa. Azogues – Ecuador 2015.

Problemas Orales	LA PROVIDENCIA		16 DE ABRIL		Valor p
	(n=98)		(n=94)		
	n	%	n	%	
Dolor de muela	28	28,6	22	23,4	0,412
Diente sensible	39	39,8	28	29,8	0,146
Diente cariado	32	32,7	19	20,2	0,050
Caída de un diente de leche	48	49,0	24	25,5	0,001*
Dientes separados	40	40,8	15	16,0	0,001*
Fractura de diente permanente	5	5,1	2	2,1	0,267
Color de los dientes	22	22,4	6	6,4	0,002*
Forma o tamaño de los dientes	20	20,4	4	4,3	0,001*
Posición de los dientes	50	51,0	25	26,6	0,001*
Sangrado de encías	34	34,7	16	17,0	0,005*
Inflamación de las encías	9	9,2	7	7,4	0,652
Sarro o calculo dental	6	6,1	3	3,2	0,342
Llagas o heridas en la boca	15	15,3	7	7,4	0,086
Mal aliento	33	33,7	27	28,7	0,455
Deformación de la boca	1	1,0	1	1,1	0,946
Erupción de diente permanente	1	1,0	2	2,1	0,536
Perdida de diente permanente	4	4,1	1	1,1	0,194
Otros	3	3,1	1	1,1	0,336

Prueba de Comparación de Proporciones

*Significancia estadística

TABLA 5

Prevalencia del impacto de las condiciones orales sobre los desempeños en la calidad de vida en los niños de 11 y 12 años de edad. Azogues – Ecuador 2015.

Desempeños	Con Impacto (Child-IDP>0)		Sin Impacto (Child-IDP=0)	
	n	%	n	%
Comer Alimentos	87	45,3	105	54,7
Hablar Claramente	33	17,2	159	82,8
Limpiarse la Boca	49	25,5	143	74,5
Descansar	10	5,2	182	94,8
Buen Estado de Animo	14	7,3	178	92,7
Sonreír, reír	50	26,0	142	74,0
Realizar labores escolares	6	3,1	186	96,9
Contactarse con otras personas	17	8,9	175	91,1
Total	150	78,1	42	21,9

TABLA 6

Comparación de la prevalencia del impacto de las condiciones orales sobre los desempeños en la calidad de vida de escolares de 11 y 12 años de edad, según sexo. Azogues – Ecuador 2015.

Desempeños	Femenino		Masculino		Valor p
	(n=116)		(n=76)		
	n	%	n	%	
Comer Alimentos	53	45,7	34	44,7	0,892
Hablar Claramente	16	13,8	17	22,4	0,123
Limpiarse la Boca	29	25,0	20	26,3	0,840
Descansar	3	2,6	7	9,2	0,044*
Buen Estado de Animo	9	7,8	5	6,6	0,755
Sonreír, reír	29	25,0	21	27,6	0,688
Realizar labores escolares	1	0,9	5	6,6	0,027*
Contactarse con otras personas	7	6,0	10	13,2	0,086
Total	93	80,2	57	75,0	0,394

Prueba de Comparación de Proporciones

*Significancia estadística

TABLA 6.1

Prevalencia del impacto de las condiciones orales sobre los desempeños en la calidad de vida de escolares de 11 y 12 años de edad, según rendimiento académico. Azogues – Ecuador 2015.

Desempeños	DAR (n=124)		AAR (n=68)		Valor p
	n	%	n	%	
Comer Alimentos	57	46,0	30	44,1	0,800
Hablar Claramente	22	17,7	11	16,2	0,792
Limpiarse la Boca	32	25,8	17	25,0	0,903
Descansar	8	6,5	2	2,9	0,284
Buen Estado de Animo	11	8,9	3	4,4	0,252
Sonreír, reír	42	33,9	8	11,8	0,001*
Realizar labores escolares	5	4,0	1	1,5	0,340
Contactarse con otras personas	12	9,7	5	7,4	0,592
Total	97	78,2	53	77,9	0,962

Prueba de Comparación de Proporciones
DAR Domina Aprendizajes Requeridos
AAR Alcanza Aprendizajes Requeridos
*Significancia estadística

TABLA 6.2

Comparación de la prevalencia del impacto de las condiciones orales sobre los desempeños en la calidad de vida de escolares de 11 y 12 años de edad, según institución educativa. Azogues – Ecuador 2015.

Desempeños	PRIVADA		PÚBLICA		Valor p
	(n=98)		(n=94)		
	n	%	n	%	
Comer Alimentos	52	53,1	35	37,2	0,027*
Hablar Claramente	17	17,3	16	17,0	0,956
Limpiarse la Boca	36	36,7	13	13,8	0.001*
Descansar	9	9,2	1	1,1	0,012*
Buen Estado de Animo	11	11,2	3	3,2	0,033*
Sonreír, reír	37	37,8	13	13,8	<0.001*
Realizar labores escolares	6	6,1	0	0,0	n.a.
Contactarse con otras personas	17	17,3	0	0,0	n.a.
Total	79	80,6	71	75,5	0,393

Prueba de Comparación de Proporciones

*Significancia estadística

n.a. No aplicable.

TABLA 7

Severidad del impacto de las condiciones orales sobre los desempeños en la calidad de vida de niños de 11 y 12 años de edad. Azogues – Ecuador 2015.

Desempeños	Media	D.E.	Valor Min.	Valor Max.
Comer Alimentos	1,20	1,855	0	9
Hablar Claramente	0,35	0,991	0	6
Limpiarse la Boca	0,68	1,538	0	9
Descansar	0,15	0,759	0	6
Buen Estado de Animo	0,20	0,957	0	9
Sonreír, reír	0,66	1,489	0	9
Realizar labores escolares	0,10	0,749	0	9
Contactarse con otras personas	0,24	0,984	0	9
Total	3,58	5,267	0	39

TABLA 8

Comparación de la severidad del impacto de las condiciones orales sobre los desempeños en la calidad de vida de escolares de 11 y 12 años de edad, según sexo. Azogues – Ecuador 2015.

Desempeños	Femenino (n=116)		Masculino (n=76)		Valor p
	Media	D.E.	Media	D.E.	
Comer Alimentos	1,18	1,991	1,22	1,768	0,696
Hablar Claramente	0,50	1,260	0,25	0,756	0,120
Limpiarse la Boca	0,83	1,886	0,59	1,258	0,721
Descansar	0,26	1,075	0,07	0,432	0,045*
Buen Estado de Animo	0,28	1,312	0,16	0,627	0,793
Sonreír, reír	0,70	1,395	0,63	1,552	0,594
Realizar labores escolares	0,20	1,096	0,03	0,371	0,027*
Contactarse con otras personas	0,34	1,027	0,17	0,953	0,088
Total	4,29	6,301	3,11	4,431	0,434

Prueba U de Mann Whitney

*Significancia estadística

TABLA 8.1

Comparación de la severidad del impacto de las condiciones orales sobre los desempeños en la calidad de vida de escolares de 11 y 12 años de edad, según rendimiento académico. Azogues – Ecuador 2015.

Desempeños	DAR (n=124)		AAR (n=68)		Valor p
	Media	D.E.	Media	D.E.	
Comer Alimentos	1,09	1,618	1,41	2,221	0,857
Hablar Claramente	0,28	0,750	0,47	1,321	0,942
Limpiarse la Boca	0,72	1,554	0,62	1,516	0,774
Descansar	0,19	0,899	0,06	0,382	0,290
Buen Estado de Animo	0,27	1,127	0,09	0,511	0,246
Sonreír, reír	0,90	1,738	0,22	0,688	0,001*
Realizar labores escolares	0,15	0,926	0,01	0,121	0,324
Contactarse con otras personas	0,25	1,049	0,22	0,861	0,622
Total	3,84	5,785	3,10	4,158	0,595

Prueba U de Mann Whitney

DAR Domina Aprendizajes Requeridos

AAR Alcanza Aprendizajes Requeridos

*Significancia estadística

TABLA 8.2

Comparación de la severidad del impacto de las condiciones orales sobre los desempeños en la calidad de vida en escolares de 11 y 12 años de edad, según institución educativa. Azogues – Ecuador 2015

Desempeños	PRIVADA		PÚBLICA		Valor p
	(n=98)		(n=94)		
	Media	D.E.	Media	D.E.	
Comer Alimentos	1,45	2,001	0,95	1,661	0,026*
Hablar Claramente	0,41	1,147	0,29	0,798	0,854
Limpiarse la Boca	1,10	1,945	0,24	0,729	<0.001*
Descansar	0,28	1,043	0,01	0,103	0,011*
Buen Estado de Animo	0,37	1,311	0,03	0,177	0,028*
Sonreír, reír	1,02	1,729	0,28	1,072	<0.001*
Realizar labores escolares	0,19	1,042	0,00	0,000	0,015*
Contactarse con otras personas	0,47	1,341	0,00	0,000	<0.001*
Total	5,29	6,681	1,80	2,035	<0.001*

Prueba U de Mann Whitney

*Significancia estadística

TABLA 9

Intensidad del impacto de las condiciones orales sobre los desempeños en la calidad de vida de escolares de 11 y 12 años de edad Azogues - Ecuador. 2015.

Intensidad	DESEMPEÑOS								TOTAL
	Comer Alimentos	Hablar Claramente	Limpiarse la Boca	Descansar	Buen Estado de Animo	Sonreír, reír	Realizar labores escolares	Contactarse con otras personas	
Muy Poca	17,71	9,90	7,81	2,08	3,13	9,90	1,56	3,65	63,54
Poca	9,90	3,13	9,90	0,52	1,56	8,33	0,00	1,56	11,98
Regular	13,54	3,13	4,69	1,56	1,56	5,21	1,04	3,13	2,08
Severa	2,60	1,04	2,08	1,04	0,52	1,56	0,00	0,00	0,52
Muy Severa	1,56	0,00	1,04	0,00	0,52	1,04	0,52	0,52	0,00
(n)	87	33	49	10	14	50	6	17	150

TABLA 10

Intensidad del impacto de las condiciones orales sobre los desempeños en la calidad de vida de escolares de 11 y 12 años de edad según sexo. Azogues Ecuador. 2015.

Intensidad	Desempeños								TOTAL	
	Comer Alimentos	Hablar Claramente	Limpiarse la Boca	Descansar	Buen Estado de Animo	Sonreír, reír	Realizar labores escolares	Contactarse con otras personas		
FEMENINO										
Muy Poca	14,66	7,76	8,62	0,00	3,45	11,21	0,00	2,59	68,97	
Poca	12,93	3,45	9,48	0,86	2,59	6,90	0,00	1,72	9,48	
Regular	14,66	2,59	5,17	1,72	1,72	4,31	0,86	0,86	1,72	
Severa	2,59	0,00	1,72	0,00	0,00	0,86	0,00	0,00	0,00	
Muy Severa	0,86	0,00	0,00	0,00	0,00	1,72	0,00	0,86	0,00	
(n)										
MASCULINO										
Muy Poca	22,37	13,16	6,58	5,26	2,63	7,89	3,95	5,26	55,30	
Poca	5,26	2,63	10,53	0,00	0,00	10,53	0,00	1,32	15,80	
Regular	11,84	3,95	3,95	1,32	1,32	6,58	1,32	6,58	2,60	
Severa	2,63	2,63	2,63	2,63	1,32	2,63	0,00	0,00	1,30	
Muy Severa	2,63	0,00	2,63	0,00	1,32	0,00	1,32	0,00	0,00	
(n)										
Valor p	0,897	0,688*	0,580	1,000*	0,266*	0,662	1,000*	0,622*	0,369*	

Prueba Chi Cuadrado

* Prueba Exacta de Fisher.

TABLA 10.1

Intensidad del impacto de las condiciones orales sobre los desempeños en la calidad de vida de escolares de 11 y 12 años de edad, según rendimiento académico. Azogues Ecuador. 2015.

Intensidad	Desempeños								TOTAL
	Comer Alimentos	Hablar Claramente	Limpiarse la Boca	Descansar	Buen Estado de Animo	Sonreír, reír	Realizar labores escolares	Contactarse con otras personas	
	DAR								
Muy Poca	17,74	12,10	6,45	2,42	3,23	12,90	1,61	4,84	62,90
Poca	13,71	3,23	10,48	0,81	2,42	9,68	0,00	1,61	12,10
Regular	12,10	2,42	5,65	1,61	1,61	7,26	1,61	2,42	2,42
Severa	1,61	0,00	2,42	1,61	0,81	2,42	0,00	0,00	0,81
Muy Severa	0,81		0,81	0,00	0,81	1,61	0,81	0,81	
(n)		0,00							0,00
	AAR								
Muy Poca	17,65	5,88	10,29	1,47	2,94	4,41	1,47	1,47	64,71
Poca	2,94	2,94	8,82	0,00	0,00	5,88	0,00	1,47	11,76
Regular	16,18	4,41	2,94	1,47	1,47	1,47	0,00	4,41	1,47
Severa	4,41	2,94	1,47	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Muy Severa	2,94	0,00	1,47	0,00		0,00	0,00	0,00	
(n)					0,00				0,00
Valor p	0,048	0.082*	0.526*	1.000*	1.000*	0.407*	1.000*	0.170*	0.657*

Prueba Chi Cuadrado

*Prueba exacta de Fisher

DAR Domina Aprendizajes Requeridos

AAR Alcanza Aprendizajes Requeridos

TABLA 10.2

Intensidad del impacto de las condiciones orales sobre los desempeños en la calidad de vida de escolares de 11 y 12 años de edad, según institución educativa. Azogues Ecuador. 2015.

Intensidad	Desempeños								TOTAL	
	Comer Alimentos	Hablar Claramente	Limpiarse la Boca	Descansar	Buen Estado de Animo	Sonreír, reír	Realizar labores escolares	Contactarse con otras personas		
LA PROVIDENCIA										
Muy Poca	19,39	8,16	8,16	3,06	3,06	10,20	3,06	7,14	55,10	
Poca	13,27	4,08	15,31	1,02	3,06	14,29	0,00	3,06	20,41	
Regular	14,29	3,06	7,14	3,06	3,06	9,18	2,04	6,12	4,08	
Severa	4,08	2,04	4,08	2,04	1,02	3,06	0,00	0,00	1,02	
Muy Severa	2,04		2,04	0,00	1,02	1,02	1,02	1,02	0,00	
(n)		0,00								
16 DE ABRIL										
Muy Poca	15,96	11,70	7,45	1,06	3,19	9,57	0,00	0,00	72,34	
Poca	6,38	2,13	4,26	0,00	0,00	2,13	0,00	0,00	3,19	
Regular	12,77	3,19	2,13	0,00	0,00	1,06	0,00	0,00	0,00	
Severa	1,06	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
Muy Severa	1,06	0,00	0,00	0,00	0,00	1,06	0,00	0,00	0,00	
(n)										
Valor p	0,885	0.688*	0.293*	1.000*	0.258*	0.294*	n.a.	n.a.	0.060*	

Prueba Chi Cuadrado

*Prueba exacta de Fisher

n.a. No aplicable

TABLA 11

El promedio de la extensión del impacto de las condiciones orales sobre la calidad de vida en escolares de 11 y 12 años de edad, de una escuela pública y otra privada. Azogues – Ecuador 2015.

Covariable	n	Media	D.E.	Valor Mínimo	Valor Máximo	Valor p
PROMEDIO						
DAR	124	1,52	1,575	0	8	0,270
AAR	68	1,13	0,929	0	4	
SEXO						
Femenino	76	1,57	1,611	0	8	0,296
Masculino	116	1,27	1,218	0	7	
INSTITUCION EDUCATIVA						
Privada	98	1,89	1,722	0	8	<0.001*
Pública	94	0,86	0,579	0	2	
Total	192	1,39	1,391	0	8	

Prueba U de Mann Whitney
 DAR Domina Aprendizajes Requeridos
 AAR Alcanza Aprendizajes Requeridos
 *Significancia estadística

VII. DISCUSIÓN

En la actualidad, en Ecuador no hay estudios relacionados con la calidad de vida relacionado a salud oral, siendo este trabajo uno de los pioneros en esta línea de investigación, por lo que esta información no solo servirá para reforzar y mejorar el sistema de salud oral en la provincia y el país, sino también para realizar futuros estudios bajo este parámetro que es la calidad de vida.

El presente estudio evaluó el impacto de las condiciones orales sobre la calidad de vida en escolares de 11 y 12 años de edad, de una escuela pública (16 de abril) y otra particular (La Providencia), en la ciudad de Azogues provincia del Cañar - Ecuador en el año 2015, se utilizó el instrumento Child OIDP, el cual fue aplicado a 192 niños.

En referencia al rendimiento académico se evaluaron, Dominan Aprendizajes Requeridos (DAR) 124 niños (64,6%), y Alcanzan los Aprendizajes Requeridos (AAR) 68 niños (35,4%).

Además, se evaluaron según sexo, 116 niñas (64,4%) y 76 niños (39,6%); y según su procedencia o institución educativa, 98 niños (51%) de la escuela La Providencia y 94 niños (49 %) de la escuela 16 de Abril.

Los problemas dentales son frecuentes en niños y adultos y pueden interferir de modo significativo en la ejecución de tareas diarias del hogar, en el trabajo, en la escuela y en momentos de ocio.¹⁸

El número de condiciones orales auto percibidas como problemas por los escolares de 11 a 12 años de edad, de una escuela pública y otra privada según la covariable rendimiento académico, observamos que los niños del grupo DAR tuvieron mayor promedio de Condiciones orales percibidas como problema que los niños del grupo AAR, si hay significancia estadística ($p=0,043$), hecho que corrobora con las afirmaciones de Portela¹² Universidad Nacional de Colombia, en donde señala que existe una relación directamente proporcional entre el rendimiento académico y la calidad de vida, el promedio general de los 140 participantes está en 68.15% lo cual significa que los niños están en un nivel medio alto de rendimiento académico.

Hazem, Sharom, Roseann¹³. Señalan también que los estudiantes con dolor de dientes tenían casi 4 veces más probabilidades de tener un promedio de calificaciones bajas. Alrededor del 11% de los estudiantes que no tenían acceso al cuidado dental en la escuela, en comparación con el 4% de los que tenían acceso y Evaristo¹⁴ en su trabajo de titulación “Calidad de vida y su relación con el rendimiento académico según características sociodemográficas de estudiantes de Odontología” observó que a medida que mejora la calidad de vida, el rendimiento académico de los estudiantes es mayor: $\rho = 0,176$, $p=0,032$, los que presentan una calidad de vida menor tienden a tener menor rendimiento académico.

Este resultado puede obedecer, a que los niños que están dentro del nivel Dominan Aprendizajes Requeridos, tienen mayor autopercepción de las condiciones orales, que los niños que se encuentran dentro del nivel Alcanzan Aprendizajes Requeridos, así como también hay que considerar el tipo de establecimiento educativo, ya que el uno es público y el otro es privado; razones por las que pueden afectar el rendimiento académico.

En cuanto a la covariable sexo no existió diferencia estadísticamente significativa ($p=0,727$), similar al trabajo de investigación de Del Castillo¹⁵ en Piura – Perú, cuyo promedio de condiciones bucales autopercibidas como causante de impactos fue $1,14 \pm 0,66$ condiciones por escolar, sin diferencias significativas por sexo o por nivel educativo, que coincide con el estudio de Paredes¹⁷ la misma que señala que en relación a sexo no existe significancia y concuerda; referente a la covariable nivel educativo, manifiesta que si existe diferencia estadística ($p=0,045$), Ingunza¹⁶ contrasta señalando que, de acuerdo al nivel educativo las condiciones bucales autopercibidas como causante de impactos fue mayor en el nivel primario que el secundario y por sexo existió diferencias mayores en el femenino que en el masculino. Por lo que en nuestro trabajo se evidenció que existe significancia estadística en referencia a la covariable Institución Educativa que fue de ($p=<0,001$)

En lo que respecta a la covariable Institución Educativa es importante señalar que una probable explicación se deba a que los niños de la escuela privada tienen mayor acceso a los servicios de salud odontológica especializada, así como

también diferencias socio-económicas, que influyen directamente en el rendimiento académico.

Las condiciones orales auto percibidas como problemas más frecuentemente encontrados fueron: Posición de los Dientes (39,1%), Caída de un Diente de Leche (37,5%), Diente Sensible (34,9%), Mal Aliento (31,·%), Dientes Separados (28,6%), Diente Cariado (26,6%), Dolor de Muela y Sangrado de las Encías fueron de (26,0%); y las menos frecuentes fueron: Deformación de la Boca (1%), Erupción de Diente permanente (1,6%). Contrasta con la investigación de Paredes¹⁷ donde el Dolor de Muela fue el más alto (60,9%) seguido de Diente Sensible (51,5%), Caída de un Diente de Leche (32,5%); Ingunza¹⁶ en cambio demuestra que la condición oral más frecuente fue Dolor de Muela (72,7%) y Erupción de Diente Permanente (54,6%) y Fractura de Diente Permanente fue de (7,0%); Moreno¹⁸ indica que los problemas bucales que afectaron a los niños con mayor frecuencia fueron, el Color de los Dientes (42,36%), posición de los dientes (41,87%), Sensibilidad (35,47%); por otro lado Del Castillo¹⁵ señala que las condiciones más frecuentes fueron: Dolor de Muela (58,0%) y Diente Sensible(32,7%)

En este resultado obtenido de prevalencia de las condiciones orales, existe similitud con Moreno¹⁸, se puede explicar, ya que las dos investigaciones fueron realizadas en el ámbito urbano en donde considero hay mayor autopercepción de las condiciones orales de los niños encuestados.

Las condiciones orales auto percibidas como problemas más frecuentemente encontrados según sexo fueron: Femenino, Posición de los Dientes (46,6%), Caída de los Dientes (37,9%), Diente Sensible (34,5%) y Sangrado de las Encías y Mal aliento (28,4%); y en el sexo Masculino, Caída de un Diente de Leche (36,8%), Diente Sensible y Mal Aliento (35,5%) y Dientes Separados (31,6%) y Dolor de Muela y Posición de los Dientes (27,6%); y las menos frecuentes en el sexo Femenino fueron, Deformación de la Boca, Erupción de Diente Permanente y Pérdida de Diente Permanente (0,9%); y en el sexo Masculino . Deformación de la Boca (1,3%), Erupción de Diente Permanente (2,6%) y Fractura del Diente Permanente, Inflamación de la Encías, Sarro o cálculo Dental y Pérdida del Diente Permanente fue de (5,3%). Hubo significancia estadística solamente en la condición oral auto percibida Posición de los dientes ($p=0,008$). Ingunza¹⁶ indica que las condiciones orales auto percibidas como problemas más frecuentemente encontrados según sexo fue: Dolor de Muela mayor en varones (74,1%) y mujeres (71,6%); Erupción de Diente Permanente fue mayor en mujeres (64,9%) y varones (41,4%) y Caída de un Diente de Leche fue similar en ambos sexos. Según Moreno¹⁸ Posición Dental fue en mujeres el problema más encontrado (50,0%), varones (31%); Color de Dientes en mujeres (48,0%), varones el (37%). Según Del Castillo¹⁵ el Diente Sensible fue más frecuente en mujeres que en varones ($p=0,04$).

Las condiciones orales auto percibidas como problemas más frecuentemente encontrados según sexo, fue en femenino con Posición de los Dientes, por lo que se puede determinar que las mujeres tienen mayor afectación a

esta edad, ya que están atravesando la etapa de la pre adolescencia más temprano que en el sexo masculino, condiciones que impactan negativamente su calidad de vida.

La frecuencia de condiciones auto-percibidas como problemas Orales más frecuentes para los escolares de 11 a 12 años de edad según rendimiento académico fue: para Dominar Aprendizajes Requeridos (DAR) Posición de los Dientes (44,4%), Caída de un Diente de Leche (42,7%), Diente Sensible (34,7%), Dientes Separados (29,8%), Sangrado de Encías y Mal Aliento (29.0%) y para Alcanzar Aprendizajes Requeridos (AAR) las más frecuentes fue: Diente Sensible y Mal Aliento compartieron el (35,3%), Posición de los Dientes (29,4%), Dolor de Muela y Caída de un Diente de Leche (27,9%) y Diente Cariado y Dientes Separados (26,5%).

En comparación a la frecuencia de condiciones orales auto percibidas según rendimiento académico se concluye, que los niños de DAR (Dominan Aprendizajes Requeridos) tiene una mayor afectación a la condición oral Posición de Los Dientes, siendo un hallazgo interesante por lo que este estudio no tiene una explicación, pero posteriores investigaciones podrán confirmar o descartar, señalando nuevamente que los estudios clínicos no reflejan adecuadamente el estado de salud oral, olvidándose de la parte psicológica del paciente.

Según Hazem, Sharom, Roseann¹³ los estudiantes con dolor de muela en los últimos 6 meses tenían casi 4 veces más probabilidades de tener un promedio

inferior a la mediana de 2,8 en comparación con los estudiantes sin dolor de muela reciente ($P < 0,001$).

Por otro lado Martínez¹¹ señala que se sabe que durante la adolescencia acontecen notables transformaciones físicas y psicológicas que pueden afectar al rendimiento escolar. Los profesores han de estar preparados para canalizar positivamente estos cambios que, de otro modo, pueden adoptar un rumbo mórbido. De igual manera, hay que apostar por interacciones y metodologías didácticas flexibles, susceptibles de adaptación a alumnos con personalidades muy distintas.

Para Evaristo¹⁴ el rendimiento académico de los estudiantes está relacionado al ciclo de estudio. Los estudiantes del menor ciclo tienen menor rendimiento que los de los últimos ciclos ($p = 0,000$), además señala que el rendimiento académico de las estudiantes del género femenino en promedio es mayor que el de los estudiantes de género masculino, siendo esta diferencia estadísticamente significativa. ($p=0,00$)

La frecuencia de condiciones auto-percibidas como problemas Orales más frecuentes para los escolares de 11 a 12 años de edad, según institución educativa fue: La Providencia (Privada), Posición de los Dientes (51,0%), Caída de un Diente de Leche (49,0%), Dientes Separados (40,8%), Diente Sensible (39,8%) y Sangrado de Encías (34,7%); 16 de Abril (Pública), Diente sensible (29,8%), Mal Aliento (28,7%), Posición de los Dientes (26,6%), Caída de un Diente de Leche

(25,5%) y Dolor de Muela (23,4%) y las menos frecuentes para La Providencia fue: Deformación de la Boca y Erupción de Diente Permanente (1%); 16 de Abril Deformación de la Boca, Pérdida de Diente Permanente y otros (1,1%). Existió significancia estadística en las condiciones orales auto percibidas como: Caída de un Diente de Leche, Dientes Separados, Forma o Tamaño de los Dientes y Posición de los Dientes con un valor $p=0,001$; y Color de los Dientes ($p=0,002$), así como también sangrado de las encías con una significancia de ($p=0,005$). Comparando con Ingunza¹⁶ y Del castillo¹⁵, según nivel educativo (secundario y primario) difiere la prevalencia de las condiciones autopercebidas, siendo el de mayor impacto Dolor de Muela.

Este porcentaje de 51, 0% en Posición de los Dientes que perciben los niños de la escuela privada, en comparación al 26,6% de la escuela pública considero importante debido a que los niños de la escuela privada tienen mayor acceso a la Odontología especializada, por lo tanto tienen mayor interés en su autopercepción.

Al evaluar la prevalencia de impacto de las condiciones orales sobre la calidad de vida en los niños de 11 a 12 años de edad: Comer los alimentos (45,3%), Sonreír, reír (26,0%), y Limpiarse la Boca (25,5%). El 78,1% de los niños participantes del estudio tienen alguna actividad que afecta la Calidad de Vida. Según Del Castillo¹⁵ el 88,7%, Paredes¹⁷ e Ingunza¹⁶ el 100%, Moreno¹⁸ 68%.

Según sexo existieron diferencias estadísticamente al Descansar y Realizar Labores Escolares, según rendimiento académico existió diferencias estadísticamente significativas al Sonreír y según institución educativa hubo diferencias estadísticas en las condiciones Comer Alimentos, Limpiarse la Boca, Descansar, Buen Estado de Animo y Sonreír.

Por lo que se deduce que Comer Alimentos es la actividad más prevalente que presenta este estudio, ya sea según sexo, rendimiento académico, y según Institución Educativa; existiendo diferencias porcentuales con los estudios comparados con en este trabajo de investigación.

En referencia a la severidad de impacto, las condiciones orales sobre la Calidad de Vida obtuvo su promedio más alto en Comer $1,20 \pm 1,855$, seguido de Limpiarse la Boca $0,68 \pm 1,538$ y el valor más bajo el Realizar Labores Escolares $0,10 \pm 0,749$, comparable con Ingunza¹⁶ al Comer fue (1,34), seguido de Limpiarse la Boca (1,03); Paredes¹⁷ en cambio encontró que Comer y Limpiarse la Boca (1,45; 1,07) respectivamente, fueron las condiciones de impactos más prevalentes; Del Castillo¹⁵ coincide en las mismas condiciones anteriormente citadas.

La severidad del impacto de las condiciones orales sobre la Calidad de Vida en escolares de 11 a 12 años de edad, según sexo obtuvo su promedio más alto en Comer Alimentos $1,18 \pm 1,991$, y el valor más bajo Realizar Labores Escolares $0,20 \pm 1,096$, para el sexo Femenino; y para el sexo Masculino, el promedio más alto estuvo en Comer los Alimentos $1,22 \pm 1,768$ y el valor más bajo

Realizar Labores Escolares $0,03\pm 0,371$. Existió significancia estadística en las condiciones orales Descansar según sexo ($p=0,045$) y también en la condición Realizar Labores Escolares ($p=0,027$), Ingunza¹⁶ encontró el valor más alto para mujeres en Comer (1,32), varones (1,36); Limpiarse la Boca (0,97) para mujeres y 1,10 varones. Similar situación encontró Del Castillo¹⁵, el valor más alto para mujeres en Comer (1,03), varones (1,09); Limpiarse la Boca (0,70) para mujeres y (0,93) varones.

La severidad del impacto de las condiciones orales sobre la Calidad de Vida en escolares de 11 a 12 años de edad, según rendimiento académico, es decir los niños que dominan los aprendizajes requeridos (DAR) obtuvieron su promedio más alto en Comer Alimentos $1,09\pm 1,618$ y el valor más bajo Realizar Labores Escolares $0,15\pm 0,926$; y para los niños que alcanzan los aprendizajes requeridos (AAR), el promedio más alto estuvo en Comer los Alimentos $1,41\pm 2,221$ y el valor más bajo Realizar Labores Escolares $0,01\pm 0,121$. Existe significancia estadística en la condición oral Sonreír ($p=0,001$); según Del Castillo¹⁵ en nivel educativo primario Comer (0,96) y secundario (1,18); primario Limpiarse la Boca (0,80) y secundario (0,89); Ingunza¹⁶ encontró las mismas condiciones de severidad de impacto afectadas.

La severidad del impacto de las condiciones orales sobre la Calidad de Vida en escolares de 11 a 12 años de edad, según institución educativa. La Providencia obtuvo su promedio más alto en Comer Alimentos $1,45\pm 2,001$, y el valor más bajo Realizar Labores Escolares $0,19\pm 1,042$; y para la escuela 16 de

Abril, el promedio más alto estuvo en Comer los Alimentos $0,95 \pm 1,661$ y el valor más bajo Realizar Labores Escolares y Contactarse con Otras Personas que fue cero. En todas las condiciones orales autopercibidas en severidad de impacto según institución educativa existió significancia estadística. No se encontró valores en los artículos revisados.

Por lo que se considera, que los escolares tienen varias condiciones bucales auto percibidas como problemas, similar a los estudios realizados por otros autores que se enuncian en este trabajo de investigación.

Con respecto a la intensidad del impacto de las condiciones orales sobre la calidad de vida en escolares de 11 a 12 años de una escuela pública y otra privada en el cantón Azogues, los desempeños la intensidad con mayor porcentaje reportada fue en la actividad Comer 17,71% de Muy Poca Intensidad; Hablar Claramente Muy Poca Intensidad, Limpiarse la Boca Poca intensidad, y Sonreír Muy Poca fue de 9,90%; Contactarse con otras personas fue de 3,65% de Muy Poca intensidad; Buen Estado de Ánimo 3,13% de Muy Poca Intensidad; Descansar 2,08% de Muy Poca Intensidad y Realizar Labores Escolares 1,56% Muy Poca Intensidad.

En resumen el 63,54% de los niños presentaron una intensidad de Impacto de nivel “Muy Poco”, 11,98% Poco, 2,08% Regular, 0,52 % Severa y no se presentó intensidad en el nivel Muy Severo. Paredes¹⁷ afirma en cambio que los

niños presentaron intensidad de impacto de nivel Muy Poco el 38,5%, Poco el 33,7%, Moderado el 22,5%, Severo el 5,3% y 0% en Muy Severo.

Del Castillo¹⁵ afirma que la severidad de los impactos fue Poca o Muy Poca en la mayoría de escolares, pero más de uno de cada diez escolares con impactos en los desempeños: Comer, Dormir y Emoción manifestaron intensidades Severa o Muy Severa en dichos desempeños y más de uno de cada 25 escolares con impactos en sonreír manifestó intensidad de impacto Muy Severa en dicho desempeño. Los escolares de Piura tuvieron mayor proporción de intensidades de impacto Poco y Muy Poco en sus desempeños, y menor proporción de intensidades Severa y Muy Severa; Ingunza¹⁶ sostiene que la Intensidad del impacto de las Condiciones orales sobre la calidad de vida relacionada a la salud bucal (CVRSB), tuvo mayor prevalencia para las categorías “Muy Poca” Intensidad y “Poca” Intensidad, por separado y en conjunto para ambas categorías, para todos los Desempeños y para cada desempeño; según sexo, estableció que fue mayor en el femenino 14,66 Muy Poca para Comer y en total Muy Poca Intensidad 68,97%, Poca 9,48% y Regular Intensidad 1,72%, mientras que en el masculino Muy Poca 22,37%, Poca 5,26% y Regular 11,84, total 55,30; según rendimiento académico el 62,90% de los niños que DAR presentaron una intensidad de Impacto de nivel “Muy Poca”, 12,10% Poca, 2,42% Regular, 0,81% Severa, no se presentó intensidad de impacto en el nivel Muy Severa, En AAR el 64,71% de los niños presentaron una intensidad de Impacto de nivel “Muy Poca”, 11,76% Poca, 1,47% Regular, Severa y Muy Severa no se encontró impacto; Según institución educativa el 55,10% de los niños de la escuela La Providencia

presentaron una intensidad de Impacto de nivel “Muy Poca”, 20,41% Poca, 4,08% Regular, 1,02% Severa, no se presentó intensidad de impacto en el nivel Muy Severa; 16 de Abril el 72,34% de los niños presentaron una intensidad de Impacto de nivel “Muy Poca”, 3,19% Poca, y no presentaron intensidad de impacto en los niveles Regular, Severa y Muy severa.

En referencia a la intensidad de impacto realizado en este estudio, podemos manifestar y concluir, que existe una semejanza en las condiciones orales que afectan las actividades diarias, siendo la más representativa Comer Alimentos con Muy Poca Intensidad, sea según sexo, rendimiento académico e institución educativa; además se puede considerar que dicha semejanza también se deba a que los escolares tienen similitud de culturas en el sector urbano lugar de la investigación. Por lo que la intensidad de impacto según otros estudios difiere del estudio realizado en este trabajo de investigación.

La Extensión del impacto de las condiciones orales sobre la calidad de vida de los escolares de 11 y 12 años de edad de una escuela pública y otra privada en el cantón Azogues para DAR fue de $1,52 \pm 1,575$ Desempeños afectados por niño/a y para AAR fue $1,13 \pm 0,929$, no existiendo diferencias estadísticamente significativas ($p=0,270$); según sexo, para el Femenino fue de $1,57 \pm 1,611$ Desempeños afectados y para el sexo Masculino fue de $1,27 \pm 1,218$; no existió diferencias estadísticamente significativas ($p=0,296$). Según Institución Educativa, para la escuela La Providencia fue de $1,89 \pm 1,722$ Desempeños afectados por niño/a y para la escuela 16 de Abril fue de $0,86 \pm 0,579$; si existió

diferencias estadísticamente significativa ($<0,001$). El valor de la extensión del Impacto de las condiciones orales para toda la muestra fue de $1,39 \pm 1,39$ Desempeños afectados por niño/a. Ingunza¹⁶ indica que la extensión de los impactos auto-percibidos, es decir, el máximo número de Desempeños impactados por las condiciones orales en los Desempeños de los escolares, tuvo un promedio de 3,92 Desempeños impactados por escolar, en coherencia con que el número de Desempeños impactados en los escolares varió de 1 a 8, es decir, ningún escolar tuvo 0 Desempeños impactados y por tanto la prevalencia de impactos fue de 100% de escolares con impactos; Del Castillo¹⁵ señala que tuvo un promedio de 3,01 desempeños impactados por escolar. Ningún escolar manifestó impacto sobre todos los desempeños. La mayoría de ellos informó impactos en uno a cuatro desempeños, siendo los más frecuentemente impactados: comer, limpiarse la boca y emoción. En Zapallal la extensión del impacto tuvo un promedio de 2,72 desempeños impactados. Paredes¹⁷ Afirma que el promedio de extensión del impacto de las condiciones bucales autopercebidas como problemas por los escolares entrevistados, fue de $1,95 \pm 0,90$ desempeños impactados por escolar, de un rango de 1 a 4 desempeños.

La extensión de impactos, es decir el máximo número de desempeños impactados; en esta investigación ningún escolar manifestó impacto sobre todos los desempeños, siendo inferior a estudios realizados con el índice Child OIDP en otros países, se puede inferir que esto se debe a que los niños en la actualidad tienen mayor acceso a los servicios de salud oral de la provincia y del país.

La utilización del instrumento Child-OIDP que determina el impacto de las Condiciones orales sobre la calidad de vida, evidencia la percepción de bienestar que tiene el niño, por lo que para el tratamiento odontológico, no solo debemos basarnos en el estado de morbilidad que puede presentar el paciente. Este estudio investigativo revela que la salud bucal influye en la calidad de vida de los niños de las escuelas tanto pública, como privada

Por todas estas razones, este estudio viene a reforzar la necesidad de mejorar el sistema de salud en la provincia y en el Austro del país, ya que no existe un estudio de este tipo en la región.

Además creo, que se debe realizar más investigaciones sobre este tema, considerando a las distintas poblaciones que conforman nuestra sociedad; planificando, desarrollando y evaluando mejor las políticas públicas y principalmente la de la salud bucal en relación a la calidad de vida

Es importante señalar que este trabajo de investigación debe contribuir para que se haga realidad los principios del Plan Nacional del Buen Vivir o Sumak Kawsay, como establece la Constitución Ecuatoriana, permitiendo una atención odontológica holística para la comunidad ecuatoriana.

VIII. CONCLUSIONES

1. El número de condiciones orales auto percibidas como problemas por los escolares de 11 a 12 años según covariables los niños del grupo DAR (Dominan Aprendizajes Requeridos) tuvieron mayor promedio de Condiciones orales percibidas como problema que los niños del grupo AAR (Alcanzan Aprendizajes Requeridos), al igual que la escuela Privada tuvo el promedio mayor que la escuela Pública.
2. La prevalencia de impacto de las Condiciones orales autopercibidas por los niños de las escuelas: pública y privada representa el 78,1%, lo cual determina que tienen algún Desempeño que afecta la Calidad de Vida.
3. Con respecto a la severidad del impacto de las condiciones orales sobre la Calidad de Vida obtuvo su promedio más alto fue en el desempeño Comer Alimentos, seguido de Limpiarse la boca, existiendo diferencias significativas entre sexo, rendimiento académico e institución educativa.
4. En la frecuencia de Condiciones oral auto percibido como problemas orales, Posición de los Dientes fue el que más se presentó en este estudio. Por lo que se considera que acuden a la consulta odontológica no por problemas de insatisfacción funcional, sino por tema estético.
5. Las actividades diarias o Desempeños, afectadas debido a problemas bucales fueron prevalentes. Sin embargo no fueron Severos, manifestando Intensidad Leve y Muy leve.

6. La Intensidad de los impactos sobre los Desempeños diarios fueron de Muy Poca Intensidad” y Poca Intensidad, tanto para Sexo, Rendimiento Académico e Institución Educativa

7. La Extensión del impacto en los Desempeños fue baja según sexo, Rendimiento Académico e Institución Educativa

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Raza X, Alvear A, Andrade R, Ayala E, Chilliquinga M, Luque I, et al. Estudio. Epidemiológico Nacional de Salud Bucal en Escolares Menores de 15 años del Ecuador. Quito: MSP/OPS; 2010.
2. Who. Constitution of the World Health Organization. En: Ten years of the World Health Organization (Annexe I). Geneva, 1958
3. Schwartzmann L. Health-Related Quality of Life: Conceptual Aspects.2003. Ciencia y Enfermería IX (2): 9-21
4. Guyatt G, Feeny D, Patrick D. Measuring Health-Related Quality of Life. Annals of Internal Medicine. 1993; 118 (8): 622-9.
5. Mendoza R. Ságrera M, Batista J. Conductas de los españoles escolares relacionados con salud. Colección Politeya estudios de economía y sociedad. Madrid.1994.
6. Paredes E. Impacto de las condiciones bucales sobre la calidad de vida en escolares del Distrito de San Juan de Miraflores. Lima, Perú. [Tesis de Magister UPCH] 2014; 24(3), 171.
7. Badía X. La medida de la calidad de vida relacionada con la salud en los ensayos clínicos. Fármaco-economía. Madrid. Editores Médicos SA. 1995; 49-74.
8. Asamblea Constituyente. Plan Nacional del Buen Vivir 2009-2013, Construyendo un estado plurinacional e intercultural. Senplades. Ecuador.
9. Organización Mundial de la Salud. Promoción de la Salud. Glosario Ginebra.1998; (1):10.
10. Ardila R. Calidad de vida una función integradora. Revista Latinoamericana de Psicología. Redalib. 2003; 35 (2): 161- 4.
11. Martínez V, Pérez O. Claves del rendimiento escolar. Universidad Complutense de Madrid y del Centro Universitario “Don Bosco” 2002.
12. Portela A, Asociación de la Calidad de Vida con el Rendimiento Académico de los Estudiantes de séptimo, octavo y noveno de un Colegio Público de Bogotá. 2010, (6): 2

13. Hazem S, Sharon F, Roseann M. The Impact of Oral Health on the Academic Performance of Disadvantaged Children. American PublicHealthAssociation. 2012; (9): 1729–1734.
14. Evaristo T. Calidad de vida y su relación con rendimiento académico según características sociodemográficas de estudiantes de odontología. [Tesis Magister en Odontología de Salud Pública] 2012.
15. Del Castillo C. Impacto de las condiciones bucales sobre la calidad de vida en escolares de ámbito rural, Piura, Perú. 2014;24(4):220-8.
16. Ingunza J. Calidad de vida relacionada a la salud bucal de escolares de ámbito urbano-marginal. 2015; 194 – 204.
17. Paredes E. Impacto de las condiciones bucales sobre la calidad de vida en escolares del Distrito de San Juan de Miraflores. Lima, Perú. 2014;24(3):171-7.
18. Moreno X. Impacto de la Salud Bucal en la calidad de vida de escolares de 11 a 14 años, Licantén, 2013. 2014;7(3):142-148
19. Texas Dental Association Building better oral health. A dental home for all Texans. Tex Dent J. 2008;1–56.
20. Mouradian W, Huebner C, Ramos-Gomez F, Slavkin H. The role of family and community in childrens oral health. J Dent Educ. 2007; 71(5):619-631.
21. Gift H, Reisine S, Larach D. The social impact of dental problems and visits. Am J Public Health. 1992; 82(12):1663–8.
22. Reisine S, Fertig J, Weber J, Leder S. Impact of dental conditions on patients' quality of life. Community Dent Oral Epidemiology. 1989;17(1):7–10.
23. Hollister M, Weintraub J. The association of oral status with systemic health, quality of life, and economic productivity. J Dent Educ. 1993; 57(12):901–12.
24. Pizarro R. Rasgos y actitudes del profesor efectivo. Tesis para optar el Grado de Magíster en Ciencias de la Educación. Pontificia Universidad Católica, Santiago de Chile. 1985.
25. Novaez M. Psicología de la actividad escolar. 1986 México: Iberoamericana.

26. Di Gresia L, Porto A, Ripani L. Rendimiento de los Estudiantes de las Universidades Públicas Argentinas. [Documento de Trabajo Preliminar] 2002.
27. Esteve M, Roca J. Calidad de vida relacionada con la salud un nuevo parámetro a tener en cuenta. *MedClin* 1997; 108:458-9.
28. Locker D. Measuring oral health: a conceptual framework. *Community t Health* 1988; 5: 3-18.
29. Gherunpong S, Tsakos G, Sheiman A. A sociodental approach to assessing dental needs of children concept and models. *Int J Paediatr Dent*. 2006; (16):81-8.
30. Gherunpong S, Tsakos G, Sheiman A. Developing and evaluating an oral health-related quality of life index for children; the Child-OIDP. *Community Dent Health*. 2004; 21:161-9.
31. Sisco L, Broder H. Oral Health-related Quality of life: What, Why, How, and Future Implications. *J Dent Res*. 2011; 90(11):1264-70.
32. Esteve M, Roca J. Calidad de vida relacionada con la salud: un nuevo parámetro a tener en cuenta. *MedClin* 1997; 108:458-9.
33. Paula J, Leite I, Almeida A, Ambrosano G, Pereira A, Mialhe F. The influence of oral health conditions, socioeconomic status and home environment factors on schoolchildrens self-perception of quality of life. *Health Qual Life Outcomes*. 2012.10:6.
34. Castro R, Portela M, Leao A, Vasconcellos M. Oral Health-related quality of life of 11-12 year old public school children in Rio de Janeiro. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2011; 39:336-44.
35. Gerritsen A, Finbarr P, Witter D, Bronkhorst E, Creugers N. Tooth loss and oral health-related quality of life:a systematic review and meta-analysis. *Health Qual Life Outcomes*.2010; 4:4.
36. Bernabé E, Tsakos G, Sheiman A. Intensity and extent of Oral Impacts on Daily Performances by type of self-perceived oral problems. *Eur J Oral Sci*. 2007; 115:111-16.
37. Filstrup SL, Briskie D, Da Fonseca M, Lawrence L, Wandera A, Inglehart, M. Early childhood caries and quality of life: child and parent perspectives. *Pediatric Dent*. 2003; 25:431-40.
38. Tineo P. Impacto de las condiciones orales sobre la calidad de vida relacionada a la salud (CVRS) de escolares de 11 y 12 años del ámbito

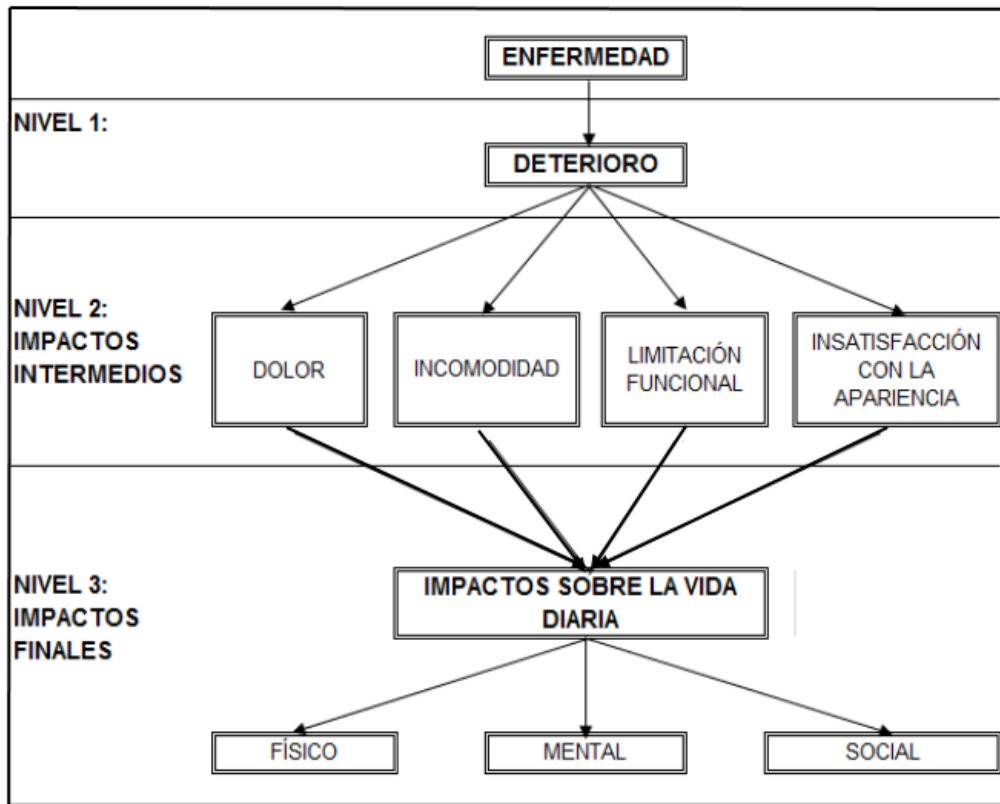
urbano del distrito de Abancay-Apurímac en el año 2011. [Tesis Mg. Estomatología]. Lima, Perú. Univ. P. Cayetano Heredia. s.n; 2012.

39. Instituto nacional de estadísticas y censos (INEC) Quito, Ecuador. www.ecuadorencifras.gob.ec/.

40. Bernabé E, Flores C, Sheiham A. Prevalence, intensity and extent of Oral Impacts on Daily Performances associated with self-perceived malocclusion in 11-12-year-old children. 2007. BMC. Oral 7:6

ANEXOS

Anexo N° 1 – Modelo de Salud Oral - Locker



Fuente: Modelo de Salud Oral -Locker

CUESTIONARIO VALIDADO ENCUESTA CHILD-OIDP.

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

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

Edad:..... Sexo: Año y sección:
.....

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

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

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

<input type="checkbox"/>	Erupción de dientes permanentes	16
<input type="checkbox"/>	Perdida de diente permanente	17
<input type="checkbox"/>	Otros especificar	99

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

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

Comience la entrevista

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

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

1) En los últimos tres meses, ¿algunos 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)

3) 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

4) Condición(es) percibida(s)

De acuerdo a la Detección de los problemas en la Boca o dientes (Del paso I),
¿Puedes especificar cuál(es) de ellos es (son) la(s) de las dificultad en
(desempeños)?

(Selecciona la(s) respuesta(s) de la lista de problemas orales que completaste en el
paso 1)

Anexo N° 2

Obtención de los puntajes individuales para Severidad del Impacto para cada actividad de la vida diaria

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

Anexo N° 3

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

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

Gherunpong¹⁶

Anexo N° 4

Consentimiento para participar en un estudio de investigación - (PADRES) -

Instituciones :	Universidad Cayetano Heredia-UPCH
Investigadores:	Fernando Vallejo Aguirre
Título:	Calidad de Vida en relación a la Salud Bucal y Rendimiento Académico en escolares de Escuelas Públicas y Privadas del Cantón Azogues – Ecuador 2015

Propósito del Estudio:

Estamos invitando a su hijo(a) a participar en un estudio llamado: “Calidad de Vida en relación a la Salud Bucal y Rendimiento Académico en escolares de Escuelas Públicas y Privadas del Cantón Azogues – Ecuador 2015”. Este es un estudio desarrollado por investigadores de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Estamos realizando este estudio para evaluar la relación de las condiciones de salud de la boca del escolar con su percepción sobre su calidad de vida.

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

Procedimientos:

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

1. Se le realizará una entrevista de aproximadamente 8 a 10 minutos.
2. Se pedirán los registros académicos de cada uno de los escolares para identificar su rendimiento

Riesgos:

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

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

Beneficios:

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

Costos e incentivos

Usted no deberá pagar nada por participar en el estudio. Igualmente, no recibirá

ningún incentivo económico ni de otra índole, únicamente la satisfacción de colaborar a un mejor entendimiento del impacto de las condiciones orales sobre la Calidad de vida relacionada a la salud en escolares de 11 y 12 años.

Confidencialidad:

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

Uso de la información obtenida:

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

Derechos del paciente:

Si usted decide que su hijo(a) participe en el estudio, podrá retirarse de éste en cualquier momento, o no participar en una parte del estudio sin perjuicio alguno.

Si tiene alguna duda adicional, por favor pregunte al personal del estudio, o llamar a la Dr. Fernando Vallejo Aguirre. 0999258455

Si usted tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, o cree que ha sido tratado injustamente puede contactar al Comité Institucional de Ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia al Telf.: 01-3190000 anexo 2271.Dr. Fredy Canchihuamán Rivera Presidente del Comité Institucional de Ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia

CONSENTIMIENTO

Acepto voluntariamente que mi hijo(a) participe en este estudio, comprendo que cosas le pueden pasar si participa en el proyecto, también entiendo el que puede decidir no participar aunque yo haya aceptado y que puede retirarse del estudio en cualquier momento. Recibiré una copia firmada de este consentimiento.

Padre o apoderado

Nombre:

CI:

Fecha

Investigador

Nombre: Dr. Fernando Vallejo Aguirre

Cédula: 1801891084

Fecha

Anexo N° 5

Asentimiento Informado

Instituciones : Universidad Cayetano Heredia – UPCH.

Investigadores: Dr. Fernando Vallejo Aguirre

Título: Calidad de Vida en relación a la Salud Bucal y rendimiento académico en escolares de Escuelas Públicas y Privadas del Cantón Azogues – Ecuador 2015

Propósito del Estudio:

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

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

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

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

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

Si deseas hablar con alguien acerca de este estudio puedes llamar a: Dr. Fernando Vallejo Aguirre al teléfono: 0999258455), investigador principal.

¿Tienes alguna pregunta?

¿Deseas Colaborar con nosotros?

Si ()

No ()

Testigo (Si el participante es analfabeto)

Nombre:

CI:

Fecha:

Investigador

Nombre: Dr. Fernando Vallejo Aguirre

Cedula: 1801819084

Fecha:

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIÓN	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	TIPO	ESCALA	VALOR
CALIDAD DE VIDA EN RELACIÓN A SALUD BUCAL	Deterioro de las percepciones emocionales y sociales relacionadas a salud oral	SEVERIDAD	Grado de dificultad autopercebida	Child OIDP Validado en español - Perú	Cualitativa	Ordinal politómica	0=NS 1=PS 2=RS 3=MS
		PREVALENCIA	Porcentaje de impactos sobre cualquiera de las 8 actividades diarias		Cuantitativa continua	Ordinal politómica	0=Min 1=Max
		INTENSIDAD	Intensidad de impacto sobre cada actividad		Cualitativa politómica	Ordinal	1=MI 2=PI 3=RI 4=SI 5=MPI
		EXTENSIÓN	Número de actividades afectadas				
					Cuantitativa continua		0=Min 8=Max

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	TIPO	ESCALA	VALOR
NIVEL DE RENDIMIENTO ACADÉMICO	Evaluación del conocimiento adquirido en el ámbito escolar	Método utilizado para evaluar y categorizar el rendimiento escolar de los alumnos	Registro de notas	Cualitativa	Nominal	DAR=9-10 AAR=7-8 PARA=5-6 NAR=0-4

COVARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	TIPO	ESCALA	VALOR
SEXO	Características físicas que diferencian al individuo genéticamente y hormonalmente	Identificación del rubro sexo en la ficha de matrícula	Cédula	Cualitativa dicotómica	Nominal	Femenino Masculino
INSTITUCIÓN EDUCATIVA	Lugar de instrucción formal del alumno	Denominación del tipo de institución por parte del		Cualitativa dicotómica	Ordinal	1.Pública 2.Privada

CONSTANCIA 354 - 17 - 15

El Presidente del Comité Institucional de Ética (CIE) de la Universidad Peruana Cayetano Heredia hace constar que el proyecto de investigación señalado a continuación fue **APROBADO** por el Comité de Ética, bajo la categoría de revisión **EXPEDITA**. La aprobación será ratificada en la sesión del comité más próxima a la fecha de emisión de este documento.

Título del Proyecto : "Calidad de vida en relación a la salud bucal y rendimiento académico en escolares de escuelas públicas y privadas del Cantón Azogues – Ecuador 2015"

Código de inscripción : 64160

Investigador principal : Rodrigo Fernando Vallejo Aguirre

La aprobación incluyó los documentos finales descritos a continuación:

1. **Protocolo de investigación**, versión recibida en fecha 26 junio 2015.
2. **Consentimiento informado para padres**, versión recibida en fecha 26 junio 2015.
3. **Asentimiento informado**, versión recibida en fecha 26 junio 2015.

La **APROBACIÓN** considera el cumplimiento de los estándares de la Universidad, los lineamientos Científicos y éticos, el balance riesgo/beneficio, la calificación del equipo investigador y la Confidencialidad de los datos, entre otros.

Cualquier enmienda, desviaciones, eventualidad deberá ser reportada de acuerdo a los plazos y normas establecidas. El investigador reportará cada **seis meses** el progreso del estudio y alcanzará un informe al término de éste. La aprobación tiene vigencia desde la emisión del presente documento hasta el **22 de julio del 2016**. Los trámites para su renovación deberán iniciarse por lo menos 30 días previos a su vencimiento.

Lima, 23 de julio del 2015.


Dra. Frine Samalvides Cuba
Presidenta (I)
Comité Institucional de Ética en Investigación



//p

Código: SIDISEL 0000064160

Título Completo del Proyecto: CALIDAD DE VIDA EN RELACION A LA SALUD BUCAL Y RENDIMIENTO ACADÉMICO EN ESCOLARES DE ESCUELAS PÚBLICAS Y PRIVADAS DEL CANTÓN AZOGUES - ECUADOR 2015

Nombre del Investigador Principal: RODRIGO FERNANDO VALLEJO



Declaración de la Unidad de Gestión:

Certifico que mi Unidad de Gestión ha revisado y aprobado este proyecto según nuestros procedimientos internos, y nos comprometemos a apoyar y supervisar su realización dentro de las normas vigentes, dentro de la ley y de las normas nacionales e internacionales para la realización de proyectos de investigación.

Certifico además, que el investigador principal y sus colaboradores tienen la competencia necesaria para el desarrollo del proyecto y asumen la responsabilidad por los actos y consecuencias de la ejecución del proyecto en mi unidad de gestión.

UNIDAD DE GESTIÓN:

Facultad de Ciencias y Filosofía	<input type="checkbox"/>	Inst. de Gerontología	<input type="checkbox"/>
Facultad de Educación	<input type="checkbox"/>	Inst. de Investigación de la Altura	<input type="checkbox"/>
Facultad de Enfermería	<input type="checkbox"/>	Inst. de Medicina Tropical	<input type="checkbox"/>
Facultad de Estomatología	X	Centro para la Sostenibilidad Ambiental	<input type="checkbox"/>
Facultad de Medicina	<input type="checkbox"/>	Centro de Salud Global	<input type="checkbox"/>
Facultad de Psicología	<input type="checkbox"/>	Fundación Cayetano Heredia	<input type="checkbox"/>
Facultad de Salud Pública	<input type="checkbox"/>	Otros:	<input type="checkbox"/>
Facultad de Veterinaria y Zootecnia	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

Director o Coordinador de Investigación de la Unidad de Gestión	Decano o Director de la Unidad de Gestión
Nombre: Dra. María Elena Díaz Pizán	Nombre: Dr. Fernando Salazar Silva
Firma:	Firma:

Indique si el proyecto de investigación está registrado en la secretaría académica de alguna facultad para generar un grado académico,

¿El proyecto de investigación generará algún grado académico o título profesional? (Ej. tesis, trabajo de investigación)	NO	SI	No Aplica
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Título	<input type="checkbox"/>
		<input checked="" type="checkbox"/> Maestría	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Doctorado	<input type="checkbox"/>

Si su respuesta es SI, indicar:

Título de la Tesis			
CALIDAD DE VIDA EN RELACION A LA SALUD BUCAL Y RENDIMIENTO ACADÉMICO EN ESCOLARES DE ESCUELAS PÚBLICAS Y PRIVADAS DEL CANTÓN AZOGUES - ECUADOR 2015			
Datos del Tesista	Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
CODPER	VALLEJO	AGUIRRE	RODRIGO FERNANDO
Unidad de Gestión donde se desarrolla la tesis	Facultad de Estomatología		

Si su respuesta es NO y en algún momento cambia esta condición deberá informarlo a la DUIICT.

F-1

