



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

**PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN
CIENCIAS MÉDICAS, ODONTOLÓGICAS Y DE LA
SALUD**

TÍTULO

**CALIDAD DE VIDA EN NIÑOS CON DIFERENTES
PROBLEMAS DE SALUD BUCAL**

**TESIS QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE MAESTRA
EN CIENCIAS ODONTOLÓGICAS
(CIENCIAS CLÍNICAS ODONTOLÓGICAS)**

PRESENTA

C.D.E.OP MARINA ALEJANDRA CABRERA ARIAS

TUTORA

DRA. SOCORRO AÍDA BORGES YÁÑEZ
Coordinación de Salud Pública
División de Estudios de Posgrado e Investigación
Facultad de Odontología

MÉXICO, DF.NOVIEMBRE 2014



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DEDICATORIA

Con todo mi cariño y mi amor a mi papá , mamá y hermanos, que hicieron todo en la vida para que yo pudiera lograr mis sueños, por motivarme y darme la mano cuando sentía que el camino se terminaba, a ustedes por siempre mi corazón y mi agradecimiento.

A tu paciencia, comprensión, bondad, apoyo y amor, puedo decir que esta tesis lleva mucho de ti, gracias por estar siempre a mi lado, Andrés.

A mis compañeros de la maestría, quienes me ayudaron y fueron un apoyo incondicional en un lugar muy lejano del mío, ahora me toca regresar un poquito todo lo inmenso que me han otorgado. Con todo mi cariño esta tesis se las dedico a ustedes

A mis maestros que en este andar por la vida, influyeron con sus lecciones y experiencias en esta nueva formación.

A la Doctora Aida Borges Yáñez que, como directora de esta tesis, me ha orientado, apoyado y corregido en mi labor científica con un interés y una entrega que han sobrepasado, con mucho, todas la expectativas que, como estudiante, deposité en su persona

CONTENIDO

| | |
|---|-----------|
| RESUMEN | 1 |
| ABSTRACT | 2 |
| RESUMEN EJECUTIVO | 3 |
| Antecedentes | 3 |
| Objetivo | 4 |
| Hipótesis | 4 |
| Método | 4 |
| Análisis Estadístico..... | 5 |
| Resultados | 5 |
| Conclusiones..... | 8 |
| INTRODUCCIÓN | 11 |
| MARCO TEÓRICO | 13 |
| DEFINICIÓN DEL PROBLEMA | 26 |
| JUSTIFICACIÓN | 27 |
| OBJETIVOS | 28 |
| Objetivo general..... | 28 |
| Objetivos específicos | 28 |
| HIPÓTESIS | 29 |
| MATERIAL Y MÉTODOS | 30 |
| Tipo de estudio | 30 |
| Población en estudio..... | 30 |
| Selección de la muestra | 30 |
| Tamaño de la muestra | 31 |
| Criterios de inclusión..... | 31 |
| Criterios de exclusión..... | 33 |
| Variables | 32 |
| Operacionalización y escalas de medición de las variables..... | 32 |
| Variables Independientes..... | 32 |
| Variables de Control..... | 34 |
| Variable Dependiente..... | 36 |
| Métodos de recolección de información | 36 |
| Métodos para la recolección de la información | 37 |
| Prueba piloto | 37 |
| Consideraciones Éticas | 38 |
| Métodos de registro y procesamiento | 38 |
| Plan de análisis de los datos | 38 |
| ORGANIZACIÓN | 40 |
| Recursos humanos..... | 40 |
| Recursos materiales | 40 |
| RESULTADOS | 41 |
| Descripción sociodemográfica de padres/madres o tutores y niños..... | 41 |
| Condiciones médicas..... | 42 |
| Condiciones clínicas dentales | 42 |
| Distribución de las calificaciones obtenidas del CPQ ₈₋₁₀ y CPQ ₁₁₋₁₄ según las variables sociodemográficas..... | 43 |

| | |
|---|------------|
| Distribución de las calificaciones obtenidas del CPQ ₈₋₁₀ y CPQ ₁₁₋₁₄ . según de las condiciones bucales..... | 44 |
| Distribución de las calificaciones obtenidas del Instrumento de Alfabetismo funcional en odontología según las variables sociodemográficas | 47 |
| Distribución de las calificaciones obtenidas del Instrumento de Alfabetismo funcional en odontología según las condiciones bucales | 48 |
| Modelo de regresión logística binaria | 49 |
| DISCUSIÓN..... | 50 |
| CONCLUSIONES..... | 56 |
| TABLAS..... | 76 |
| GRAFICAS | 75 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 78 |
| ANEXOS..... | 86 |
| Anexo1. Expediente clínico de Odontopediatría DEPeI UNAM..... | 87 |
| Anexo2. Dientes cariados, perdidos, obturados (CPOD- ceod) | 95 |
| Anexo3. Severidad de caries dental | 98 |
| Anexo4. Escalas de medición para las maloclusiones (Angle)..... | 100 |
| Anexo5. Clasificación de Ackerman- Profitt..... | 101 |
| Anexo6. Defectos del esmalte | 104 |
| Anexo7. Cuestionario de Percepción Infantil CPQ ₈₋₁₀ | 105 |
| Anexo8. Cuestionario de Percepción Infantil CPQ ₁₁₋₁₄ | 113 |
| Anexo9. Instrumento de Alfabetismo funcional en odontología | 123 |
| Anexo10. Consentimiento Informado..... | 129 |
| Anexo11. Cuestionario para el CPQ ₈₋₁₀ | 130 |
| Anexo12. Cuestionario para el CPQ ₁₁₋₁₄ | 136 |
| Anexo13. Cuestionario para el Instrumento de Alfabetismo funcional en odontología..... | 143 |

RESUMEN

Diversos problemas de salud bucal se asocian con el impacto negativo en la calidad de vida de los niños. **Objetivo:** Evaluar el impacto de la salud bucal en la calidad de vida de niños de 8 a 14 años con diferentes problemas de salud bucal usando el instrumento "Child Perceptions Questionnaire" validado en México (CPQ₈₋₁₀ y CPQ₁₁₋₁₄), y su asociación con el nivel de alfabetismo funcional de los padres o tutores. **Metodología:** Estudio transversal. Muestra 89 niños de 8-14 años y sus padres/tutores que solicitaron atención por primera vez en la Clínica de Odontopediatría, DEPEI, Facultad de Odontología - 2013. **Variables:** sexo, edad, caries dental, maloclusión, escolaridad de padres/tutores, Alfabetismo Funcional en Odontología, impacto de la salud bucal en la calidad de vida (ISBCV). **Resultados:** Edad media niños fue 10.0±1.9 años, 55.1% mujeres, media CPOD=6.65, el 86.5% mal posición dentaria, 47.2% clase I, 27% defectos del esmalte, media de edad en adultos fue 38.11±7.4 años, 83% mujeres, 31.5% secundaria. Mediana CPQ₈₋₁₀=14.5 (rango 0-52), Mediana CPQ₁₁₋₁₄=23 (rango 4-79). La mediana de alfabetismo funcional fue 25 (rango 12-29). El modelo final de regresión logística mostró que los niños de 8 a 10 años con caries que afecta el tejido pulpar incrementan 3 veces (RM=3.1; I.C.95%1.1-10.7) el riesgo de tener impacto negativo en su calidad de vida. En los niños de 11 a 14 años, ser del sexo femenino (RM=7.3; IC95% 1.3-40.1) y tener mordida cruzada posterior (RM= 10.4; I.C.95%1.49- 72.17), incrementan 7 y 10 veces respectivamente el riesgo de tener mala calidad de vida. El alfabetismo funcional no mostró asociación con el ISBCV. **Conclusiones:** Las variables bucodentales mostraron estar asociadas con la calidad de vida en los niños de 8 a 14 años, sin embargo, no se observó asociación con el nivel de alfabetismo funcional de los padres.

ABSTRACT

Several oral health problems are associated with negative impact on the quality life of children. **Objective:** To evaluate the impact of oral health problems on the Oral health Related Quality of Life of children between 8-14 years old with different oral health problems and its association with the level of oral health literacy of parents or caregivers using the Child Perceptions Questionnaire validated in Mexico (CPQ₈₋₁₀ CPQ₁₁₋₁₄). **Methods:** Cross-sectional study. Sample, 89 children between 8 -14 years old and their parents/caregivers, who demanded dental care for the first time at the pediatrics clinic of the Graduate Division, School of Dentistry, UNAM. Variables: sex, age, dental caries, malocclusion, level of schooling of parents/caregivers, Oral Health Literacy, oral health related quality of life. (OHRQoL). **Results:** children's mean age was 10.0 ± 1.9 years, 55.1% women, 86.5% tooth malposition; Occlusion: 47.2% class I, 27% with enamel defects. Mean DMFT = 6.65. Parents mean age = 38.1 ± 7.4 years, 83% women, 31.5% high school education. Median CPQ₈₋₁₀ = 15, range 0-52, median CPQ₁₁₋₁₄ = 23, range 4-79. The median value for functional literacy was 25 (range 12-29). The final logistic regression model showed that children 8 to 10 years old with caries affecting the pulp tissue, have increased risk of negative impact on their life quality (OR = 3.1, 95%CI 1.1 -10.7). In children 11 to 14 years old, being female (OR = 7.3; 95%CI 1.3 – 40.1) and having posterior cross bite (OR = 10.4 95%CI 1.5 – 72.2) increased seven and 10 times respectively, the risk of having a negative impact on their quality life. The level of oral health literacy did not show any association with OHRQoL **Conclusions:** the oral health variables showed association with quality life in children between 8 and 14 years old, however, no association was observed with oral health literacy of parents.

RESUMEN EJECUTIVO

ANTECEDENTES. El concepto de calidad de vida relacionado a la salud bucal se refiere al impacto que la salud o enfermedad bucal tiene en las actividades diarias de los individuos en su bienestar o calidad de vida. Todos los individuos deben disponer de una buena salud bucal que les permita hablar, masticar, reconocer el sabor de los alimentos, sonreír, vivir libre de dolor e incomodidad y relacionarse con otras personas sin vergüenza.

Existen una serie de indicadores dentro del expediente clínico que detallan signos y síntomas como dolor, incomodidad, alteraciones estéticas, pero aún no es una práctica común para el diagnóstico y plan de tratamiento analizar el impacto que estos indicadores tienen en la vida de las personas principalmente en los niños.

Es por ese motivo que en las dos últimas décadas se han desarrollado varios instrumentos capaces de medir el impacto funcional y psicosocial de las enfermedades bucales sobre la calidad de vida tanto en niños como en adultos, estos instrumentos en forma de cuestionarios pretenden determinar el impacto de las condiciones de salud bucal en diferentes aspectos de la vida de las personas (síntomas orales, limitaciones funcionales, bienestar emocional, social, actividades diarias, condiciones psicológicas).

A pesar de los grandes logros asociados en la salud bucodental en las últimas décadas muchas personas aún se encuentran afectadas por problemas dentales, entre ellos la población infantil, que van desde enfermedades comunes tales como la caries dental, maloclusiones, lesiones traumáticas, fluorosis dental, hasta condiciones poco frecuentes como el labio y/o paladar hendido y las anomalías craneofaciales.

Estas condiciones bucodentales han reportado un impacto negativo sobre la calidad de vida de los niños, afectando su crecimiento, socialización e interacción con el medio que lo rodea, el autoestima, la capacidad de aprendizaje, el ausentismo escolar. El bienestar de la familia puede estar en peligro, hay sentimientos de culpabilidad, ausencias laborales y se incurren en gastos para el tratamiento, sin embargo esto se debe interpretar con cautela, ya que estos impactos podrían estar mediados por otras variables como: el nivel de escolaridad de las madres, cuidadores o tutores. Existen investigaciones que sugieren que el bajo nivel de alfabetismo en salud de los padres o responsables de los niños dificulta la adherencia a

un tratamiento y el seguimiento de las recomendaciones, asociándolo con un mal estado de salud de los niños.

OBJETIVO. Evaluar el impacto de la salud bucal en la calidad de vida de niños de 8 a 14 años con diferentes problemas de salud bucal que solicitaron atención de primera vez en la Clínica de Odontopediatría de la División de Estudios de Posgrado e Investigación, de la Facultad de Odontología, UNAM durante 2013 (abril-octubre), utilizando el instrumento Cuestionario de Percepción Infantil (CPQ), e identificar si el nivel de alfabetismo funcional de los padres o cuidadores se asoció con el impacto de la salud bucal en la calidad de vida de los niños.

HIPÓTESIS. A mayor severidad de los problemas bucales mayor será el puntaje en las calificaciones del instrumento que evalúa el impacto de la salud bucal en la calidad de vida de niños de 8 a 14 años de edad, que acuden por primera vez a la Clínica de Odontopediatría de la DEPEl en 2013 (abril-octubre).

MÉTODO. Se realizó un estudio transversal, donde se invitó a todos los niños y niñas (8 a 14 años de edad) y sus padres o tutores que acudieron por primera vez a la Clínica de Odontopediatría de la División de Estudios de Posgrado e Investigación de la Facultad de Odontología de la UNAM en el periodo de abril a octubre del 2013. El tamaño de la muestra fue de 89 niños.

Las variables independientes fueron: edad, sexo (hombre/mujer), caries dental (número, severidad), maloclusiones (Sí/No, Angle, Ackerman), defectos del esmalte (hipoplasia, hipomineralización incisivo – molar), Alfabetismo funcional en odontología (Instrumento validado en México, escala continua), escolaridad de los padres/tutores (años). Las variables de control fueron: presencia de otras enfermedades sistémicas (si/no), defectos del esmalte (si/no), edad del padre/tutor (años), sexo del padre/tutor (hombre/mujer), estado civil del padre/tutor (soltero, casado, viudo, divorciado, unión libre, separado), ingreso económico mensual (pesos mexicanos).

Se llevó a cabo la prueba piloto, para identificar el tiempo y la confiabilidad de los Instrumentos (CPQ₈₋₁₀, CPQ₁₁₋₁₄ e Instrumento de alfabetismo funcional en odontología).

La variable dependiente fue: El impacto de la salud bucal en la calidad de vida (CPQ₈₋₁₀ y CPQ₁₁₋₁₄, continua, instrumentos validados en México).

La información sobre los problemas de salud bucal (motivos de consulta, caries dental, maloclusiones, defectos del esmalte) y la presencia de enfermedades sistémicas se obtuvieron del expediente clínico, ya que las mediciones clínicas fueron realizadas de acuerdo con los criterios establecidos en la Clínica de Odontopediatría DEPEI y la información del alfabetismo funcional y de calidad de vida se obtuvo por entrevista directa, donde se les leyó a los niños y padres/tutores las instrucciones, cada niño y padre respondió de forma individual y se les solicitó que no hablaran con nadie mientras ellos respondían el cuestionario.

La información se registró en una base de datos (EPIDATA). Posteriormente los datos fueron analizados con el paquete estadístico SPSS.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO. Se obtuvieron las medidas de resumen para los datos sociodemográficos, salud bucal, calidad de vida, alfabetismo funcional en odontología, y variables de control. Posteriormente, se identificó si existían variaciones en las calificaciones de los instrumentos en presencia y ausencia de las variables bucales utilizando pruebas no paramétricas, como las pruebas de U de Mann Whitney y Kruskal- Wallis. Finalmente, se construyeron dos modelos de regresión logística para CPQ₈₋₁₀ y CPQ₁₁₋₁₄ como variables dependientes y como independientes las variables significativas en el análisis bivariable, las que no fueron significativas pero que fueron de interés para el estudio, para así establecer fuerza de asociación de la variable de interés controlando por las demás variables de control.

RESULTADOS. De los 89 niños que se entrevistaron y se obtuvieron datos clínicos dentales y médicos el 55.1% fueron niñas y 44.9% fueron niños. El promedio de edad fue de 10±1.9 años. De los 89 padres/ tutores que se entrevistaron, 92.1% fueron padres o madres que acompañaron a sus respectivos hijos a la consulta dental y 7.9% fueron tutores, el promedio de edad fue de 38.11±7.4 años, 16.9% fueron hombres y 83.1% fueron mujeres, el 79.2% de las mujeres reportaron estar casadas, mientras que el 20.9% de los hombres estuvieron casados; el 31.5% reportaron haber terminado la secundaria, seguido del 23.6% que reportaron haber terminado la preparatoria o bachillerato, el promedio del ingreso económico mensual de los padres/tutores fue de 5434.8±3238.5 pesos mexicanos.

La prevalencia de dientes cariados en niños fue 93.3%, seguido del 50.6% que tienen dientes obturados, el promedio del (CPO-D) fue de 7.7 ±3.83 para los niños de 8 a 10 años y de 5.2 ± 3.9 para niños de 11 a 14 años de edad. El promedio de dientes con caries que

afectaron al tejido pulpar fue 0.52 ± 0.16 para los de 8 a 10 años y 0.21 ± 0.48 para los 11 a 14 años.

La prevalencia de maloclusión clase I fue 46.2%, clase II 25%, clase III 28.8% para los de 8 a 10 años y para los de 11 a 14 años fue 48.6%, 29.7% y 21.6% respectivamente. En cuanto a la clasificación de Ackerman, la prevalencia de desviación de la línea media en los niños de 8 a 14 años fue 55%, mordida cruzada posterior 30.3%, malposición dentaria 71.9%, sobremordida 47.2%. En relación con la presencia de defectos del esmalte fue 26.9%. La prevalencia de niños que reportaron como motivo de consulta caries fue 16.9%, dolor 4.5%, malposición 32.6%, malposición y caries 15.7%, malposición y otros 7.9%, otros 12.4 y por revisión 10%.

En cuanto al puntaje obtenido en los instrumentos de calidad de vida, la mediana fue 14.5 para el CPQ₈₋₁₀ y 23 para el CPQ₁₁₋₁₄ y para el instrumento de alfabetismo funcional en odontología la mediana fue de 25.

El promedio de las calificaciones del CPQ₈₋₁₀ en niños que tuvieron dientes cariados fue 17.6 ± 12.96 , muy similar en aquellos que no presentaron caries 13.85 ± 8.66 . De igual manera para el CPQ₁₁₋₁₄, el promedio fue 37.75 ± 24.08 en presencia de dientes cariados y 26.36 ± 19.78 en ausencia de dientes cariados, sin encontrarse diferencias significativas en las medianas de los puntajes de los instrumentos de calidad de vida ($p=0.76$ y $p=0.78$) respectivamente así mismo los niños que tuvieron caries con daño o lesión en el tejido pulpar tuvieron un promedio 21 ± 12.93 y en aquellos que no tuvieron caries que afectaran tejido pulpar el promedio fue 15.02 ± 12.05 en las calificaciones del CPQ₈₋₁₀. El promedio del puntaje CPQ₈₋₁₀ fue 17.7 ± 19.71 para maloclusión clase I de Angle, para clase II de Angle fue 17.07 ± 16.5 y en clase III fue 14.53 ± 17.97 sin encontrar diferencias estadísticamente significativas ($p=0.37$). Al comparar las calificaciones del CPQ₁₁₋₁₄ ante la presencia y ausencia de los 3 tipos de maloclusiones (clase I,II,III de Angle) no se encontraron diferencias significativas.

El promedio de las calificaciones del CPQ₈₋₁₀ para los niños que tuvieron mordida cruzada posterior fue 14.50 ± 9.12 , para mal posición dentaria fue 16.20 ± 11.97 , sobremordida 19.46 ± 14.30 , mordida abierta 12.75 ± 6.04 y para quienes no presentaban estas maloclusiones tuvieron como promedio 17.58 ± 13.65 , 18.66 ± 15.18 , 13.80 ± 9.76 y 17.34 ± 13.22 respectivamente, por otro lado, no se encontraron diferencias significativas en la mediana de las calificaciones del cuestionario en presencia y ausencia de las maloclusiones. Sin embargo en las calificaciones obtenidas del CPQ₁₁₋₁₄ los valores variaron, para aquellos

niños que tuvieron malposición dentaria el promedio fue de 36.85 ± 23.62 , mordida abierta 39.0 ± 18.11 , y para aquellos que no tuvieron este tipo de maloclusiones el promedio fue 17.31 ± 7.92 , 24.48 ± 20.64 , estas diferencias fueron significativas ($p < 0.05$).

El promedio de las calificaciones según los diferentes motivos por los cuales los niños acudieron a la consulta odontológica se observó que aquellos que acuden por alguna razón como “caries” el promedio fue 23.5 ± 14.66 , dolor 22.0 ± 17.49 , “malposición” 15.4 ± 11.47 que entre “revisión general” el promedio fue 5.16 ± 6.01 , siendo estas diferencias estadísticamente significativas ($p = 0.05$). Sin embargo, no sucede lo mismo al comparar las calificaciones del CPQ₁₁₋₁₄ con los diferentes motivos de consulta ($p = 0.93$).

El promedio del puntaje obtenido del Instrumento de alfabetismo funcional en Odontología ante la presencia y ausencia de las condiciones clínicas dentales (caries, maloclusiones, defectos del esmalte, motivo de consulta) de los niños no tuvo diferencias estadísticamente significativas ($p > 0.05$). Asimismo, no se observaron diferencias significativas entre las calificaciones de los cuestionarios de Calidad de vida (CPQ₈₋₁₀ y CPQ₁₁₋₁₄) y el Instrumento de alfabetismo funcional en odontología ($p > 0.05$).

Las variables incluidas en el modelo de regresión logística binaria para el CPQ₈₋₁₀ fueron: alfabetismo funcional, sexo de los niños, caries en dentina, caries con daño o lesión en el tejido pulpar, sobremordida. Este modelo mostró que los niños que tienen caries que afecta el tejido pulpar tienen 3.46 veces mayor riesgo de tener un mayor impacto negativo en su calidad de vida que los niños que no tienen caries que afecten el tejido pulpar (RM 3.46 IC95% 1.12-10.68), el alfabetismo funcional de los padres, la presencia de caries en tejido dentinario, sexo, la presencia de sobremordida no mostraron asociación significativa. En el modelo de regresión logística para el CPQ₁₁₋₁₄ las variables que ingresaron en el modelo inicial fueron: alfabetismo funcional, sexo de los niños, sexo del tutor y mordida cruzada. Este modelo mostró que las niñas tienen 7.3 veces mayor riesgo que los niños de tener un mayor impacto negativo sobre su calidad de vida (RM 7.3 IC 95% 1.34-40.13), los niños con mordida cruzada tienen 10.4 veces más riesgo de tener mayor impacto negativo sobre su calidad de vida que aquellos niños que no tienen mordida cruzada (RM 10.4 IC95% 1.49-72.17). El alfabetismo funcional no se encontró asociado estadísticamente con el CPQ₁₁₋₁₄.

CONCLUSIONES. La presencia de caries que afecta el tejido pulpar en niños de 8 a 10 años se asoció con mayor impacto negativo en la calidad de vida, mientras que en los niños de 11 a 14 años, el sexo (femenino) y la mordida cruzada posterior están asociados con mayor probabilidad de impacto negativo de la salud bucal en la calidad de vida. El alfabetismo funcional del padre/madre o tutor no incrementa la probabilidad de tener un impacto negativo de la salud bucal en la calidad de vida.

INTRODUCCIÓN

El término calidad de vida relacionada con la salud bucal (CVrSB) se refiere al impacto que la salud y la enfermedad bucal tiene en las actividades diarias, bienestar general y calidad de vida de los individuos.

A pesar de las grandes mejoras en los temas de salud oral, los problemas bucodentales aún persisten(1). Esto es particularmente cierto en los grupos desfavorecidos de países tanto en vías de desarrollo como en los países desarrollados(2). Enfermedades y trastornos bucales y orofaciales como la caries dental, defectos en las estructuras del diente, maloclusiones, traumatismos dentales y anomalías craneofaciales, presentan una serie de signos y síntomas como dolor, abscesos, inflamaciones, dientes con discromías, problemas para comer, problemas para sonreír, pérdida de apetito, los mismos que pueden tener un efecto profundo en la salud, en el bienestar cotidiano de los individuos ,de su familia y la comunidad en general(3-5).

Una de las principales metas en las ciencias de la salud es la de preservar la calidad de vida a través de la prevención y el óptimo tratamiento de las enfermedades (6),y para poder medirla, es necesaria la aplicación de instrumentos validados y confiables. En la actualidad estos existen y permiten medir la calidad de vida relacionada con la salud bucal tanto para población adulta como infantil. Consisten en cuestionarios estandarizados, los mismos que contienen distintas dimensiones, cada una de estas dimensiones contienen preguntas cuyos niveles de respuestas están categorizados en escalas y la asociación entre los diversos problemas bucales y, la salud física, mental y social de los individuos, se obtiene de los análisis de las respuestas (7-9). Estos instrumentos varían según la capacidad cognitiva que cambia con la edad, en función de las diferentes etapas tanto emocional, social, del lenguaje, de su cultura y situación socio-económica. Algunos de ellos tienen una estructura basada en el autoconcepto y estos son: Impacto Oral en el Rendimiento Diario (Child-IODP) - (Child Oral Impacts on Daily Performance)(10), Escala de Impacto en la Primera Infancia de Salud bucodental. (ECHOIS)- (The Early Childhood Oral Health Impact Scale)(11), Cuestionarios de Percepción en Niños (Child Perception Questionnaire) (CPQ₆₋₈, CPQ₈₋₁₀ y CPQ₁₁₋₁₄). De estos, el CPQ₈₋₁₀ y CPQ₁₁₋₁₄ fueron validados en población mexicana,

presentado una equivalencia semántica y cultural adecuada con respecto a la versión original y una buena consistencia interna y validez(12).

Sin embargo un niño no puede ser tratado como un ente con total independencia, es necesario considerar que su forma de vida es producto de su ambiente y parte integral de una familia, su conducta y su estado de salud, dependen en gran medida del círculo familiar(13). En casa, los niños pequeños necesitan de sus padres/madres o de una persona responsable del cuidado del niño para realizar actividades relacionadas con la prevención en salud, como el cepillado dental, administración de medicamentos, acceso a la atención sanitaria y, los niños mayores aunque pueden realizar alguna tareas por su cuenta, aún necesitan la supervisión y estímulo de un adulto. Por estas razones se decidió incluir información sobre alfabetismo funcional en odontología para los padres/madres o cuidadores, tomando en cuenta que esta variable es reconocida como un determinante importante de la salud(14).

Investigaciones recientes ponen en relieve la importancia de la alfabetización en salud, ya que se ha reportado que aquellos individuos que presentan mayor comprensión de la información proporcionada en el ámbito de salud son más propensos a cumplir con las instrucciones para el cuidado de los miembros de la familia, horarios y visitas de seguimiento(15). Aunque es mucho lo que se sabe sobre alfabetismo en salud dentro del contexto médico, es poco lo que se sabe sobre alfabetismo funcional en odontología y su relación con las condiciones clínicas y evaluaciones subjetivas tanto de los pacientes como de los miembros que requieren de cuidados especiales y que dependen de un adulto para el cuidado de la salud bucal.

El propósito de este estudio fue evaluar el impacto que tienen diferentes problemas bucales sobre la calidad de vida en niños de 8 a 14 años de edad que solicitan atención dental por primera vez en la Clínica de Odontopediatría de la División de Estudios de Posgrado e Investigación de la Facultad de Odontología (abril- octubre 2013), e identificar si el nivel de alfabetismo funcional de los padres/madres o cuidadores está asociado con el impacto de la salud bucal en la calidad de vida de los niños.

MARCO TEÓRICO

La "Salud es un estado completo de bienestar físico, psíquico y social y no sólo la ausencia de enfermedad". Esta definición de la salud fue enunciada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1946, y en 1993 la OMS define a la Calidad de Vida (CV) como: "*La percepción del individuo de su posición en la vida, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus estándares e inquietudes*"(16), se trata de un concepto muy amplio, dinámico, multidimensional, de reciente desarrollo, que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno(17), incluida su salud bucal(18).

El término *calidad de vida relacionada con la salud* tiene su anclaje en la definición de salud de la OMS, siendo este un término subjetivo ya que se basa en la percepción que tiene el individuo sobre su estado de salud(19). Y es por esta razón que se debe considerar a la salud bucal como parte integral del bienestar general(18, 20), es así que la presencia de algunos signos y síntomas como: sentir dolor, presentar problemas para comer, masticar, sonreír, dificultad para comunicarse; por falta de diente y/o dientes, decoloración u otros daños, tienen un gran impacto negativo sobre las actividades diarias, bienestar general, el autoestima y la calidad de vida de los individuos (9, 21-25).

En este contexto Montero define(26) a la calidad de vida relacionada con la Salud Bucal (Oral Health Related Quality of Life-OHRQoL) como: "*La percepción del grado de disfrute que una persona tiene con respecto a su boca en función del servicio que en su vida diaria reporta, teniendo en cuenta sus circunstancias pasadas y presentes, su implicación en el cuidado, sus expectativas, sus paradigmas y, por supuesto, el sistema de valores que su contexto sociocultural le inspira*". Concepto que engloba la función masticatoria, la función fono-articular, la apariencia e incluso las oportunidades de trabajo.

Generalmente los instrumentos que evalúan el impacto de los problemas bucales en la calidad de vida son contruidos bajo la forma de cuestionarios integrados por preguntas que miden por medio de respuestas organizadas y con escalas numéricas, cuánto de los aspectos de la vida de las personas, en los dominios de síntomas bucales, limitaciones funcionales, bienestar emocional, social, actividades diarias y condiciones psicológicas,

entre otras, se verán afectados por las condiciones de salud bucal (27, 28). Así mismo, estos instrumentos fueron probados en estudios con poblaciones diferentes, de esa manera se construye de manera más concreta una relación entre las medidas objetivas (cuantificación de datos clínicos que corroboran el diagnóstico clínico de la enfermedad) y, subjetivas de la salud bucal (apreciación indefinida que "refleja comodidad de las personas al comer, dormir, participar en la interacción social, su autoestima y su satisfacción con respecto a su salud bucal"), debido a esta variable que tiene una alta carga de subjetividad, estos deben ser válidos, reproducibles y consistentes(29).

La información que proporcionan estos instrumentos identifican las fortalezas y debilidades de los individuos con respecto a su calidad de vida, lo que permitirá desarrollar programas de salud multidisciplinarios, estimar las necesidades de la población, el impacto social, emocional, funcional de las diversas patologías bucales y de las intervenciones, ayudar a la toma de decisiones para mejorar la salud. También será útil para medir el impacto de las desigualdades de la salud bucal en la salud general y calidad de vida, para analizar costos, para evaluar la utilidad de los tratamientos odontológicos y a través de la autopercepción sobre el estado de salud bucodental se puede impulsar a los individuos a adoptar un comportamiento saludable (18, 30-34).

La mayoría de estos indicadores han sido desarrollados para adultos y adultos mayores, y por lo tanto no pueden ser generalizables para toda la población, considerando que la salud es fuertemente dependiente de la edad(35).

Actualmente, existen pocos instrumentos específicos para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud bucal en niños (8), ya que son una población con una visión y percepción diferente con respecto al impacto de la salud bucal sobre la calidad de vida, debido a que existe un continuo desarrollo cognitivo, físico, emocional, social y lingüístico durante la infancia (8, 27, 35). Tomando en cuenta estas diferencias por las que atraviesan los niños, se han desarrollado instrumentos específicos para cada grupo de edad (7, 24).

Investigaciones recientes han demostrado que con técnicas adecuadas es posible obtener información válida y fiable de los niños en edad escolar sobre su salud relacionada con la calidad de vida (7, 36-38). Se pretende que los instrumentos auto aplicables o auto-administrados le den el derecho de expresar sus opiniones y, por lo tanto, que sean respetadas(39) que sean aplicables a una amplia variedad de enfermedades bucales y orofaciales para ajustarse a los conceptos contemporáneos de la salud infantil para dar

cabida a las diferencias de desarrollo entre los niños de diferentes edades(39, 40). Actualmente este tipo de cuestionarios son más prácticos y rentables que una entrevista cara a cara, facilitan aún más la aplicabilidad del cuestionario en la práctica clínica y son de gran utilidad en estudios epidemiológicos(39-41). Sin embargo, para los niños en edad preescolar, que aún presentan dificultad para dar información certera sobre su calidad de vida(42), requieren de cuestionarios que deberán ser respondidos por sus cuidadores(40, 43), los mismos que pueden dar información válida y confiable (40).

A pesar de las grandes mejoras en los temas de salud bucal, los problemas bucodentales aún persisten(44). Enfermedades o trastornos como la caries dental, abscesos, maloclusiones, enfermedad periodontal, pérdida de dientes, lesiones traumáticas, fluorosis dental, defectos de la estructura del tejido dental, cáncer orofaríngeo, hasta condiciones relativamente raras como la presencia de labio y/o paladar hendido y anomalías craneofaciales, son los principales problemas de salud pública en todo el mundo (1, 45, 46). La preocupación es aún mayor en los niños, ya que son considerados un grupo prioritario en la atención comunitaria(47) por su alta prevalencia en enfermedades bucales(48-51) e incluso por la etapa de crecimiento, desarrollo y cambios en el ambiente bucal.

Estas condiciones bucales, originan a menudo dolor, abscesos, alteraciones dento-esqueléticas que imposibilitan realizar acciones habituales como masticar y comer (52, 53). limitaciones en la elección de alimentos, pérdida de apetito, menor disfrute de la comida (52). Son algunas de las razones por las cuales estos problemas pueden estar asociados al bajo peso, alteraciones en el desarrollo y crecimiento (54, 55), dificultad al dormir, problemas psicológicos y emocionales (irritabilidad, baja autoestima, apreciación negativa), ausentismo escolar (56). Por lo tanto, estos trastornos no sólo afectan la salud bucal, también pueden llegar a afectar la calidad de vida de los niños y de quienes lo rodean(57, 58). El bienestar de la familia puede estar en peligro, sus padres o cuidadores se sienten culpables, faltan al trabajo e incurren en gastos para el tratamiento de los niños (59, 60).

Sin embargo esto se debe interpretar con cautela, ya que estos impactos podrían estar matizados por otras variables como: el nivel de escolaridad de los cuidadores, los ingresos económicos (61) del hogar, la persona responsable de la vida del niño (padres o cuidadores)(62, 63) y el nivel de alfabetismo funcional en salud; variable reconocida como un determinante importante de la salud (14).

Actualmente existen pruebas sustanciales en la investigación médica que indican una asociación significativa entre los niveles de alfabetización de la salud del cuidador con una

serie de condiciones del estado de la salud general del niño (15), es decir, el bajo nivel de alfabetismo funcional en salud dificulta el seguimiento de un tratamiento, recomendaciones, etc., correlacionándolos con un mal estado de salud de los niños (15, 37, 64-67). Sin embargo, existe poca información sobre la relación entre el alfabetismo funcional en odontología del cuidador y el estado de salud oral de los niños (65, 68). Cabe mencionar el papel fundamental que cumple el cuidador o padre en los temas de prevención y manejo de la condición de la salud bucal infantil, ya que existen estudios que revelan, la poca consideración que tiene el cuidador sobre los efectos de la salud bucal en la población infantil (64, 67).

La literatura relata la existencia de instrumentos disponibles, capaces de medir los impactos funcionales y psicosociales de la vida de los niños en presencia de enfermedades o trastornos bucales y orofaciales y estos son; Perfil de Impacto en la Salud Bucal del niño (C-OHIP)(10), Escala de Impacto en la Primera Infancia de Salud bucal (ECOHis)(11), Impactos Orales en el Rendimiento Diario del Niño (Child-OIDP)(69), Escala de resultados de salud oral (SOHO)(70), Cuestionario de Salud Bucal Relacionada con Calidad de Vida en Niños (OHRQoL), Cuestionario de Percepción de Niños (CPQ₆₋₈, CPQ₁₁₋₁₄, CPQ₈₋₁₀) (7, 71, 72).

La mayoría de estos instrumentos que miden la percepción subjetiva de la salud bucal se han desarrollado en países de habla inglesa, con una alta confiabilidad y validez (7, 34, 71). Muchas de las respuestas pueden ser influenciadas por las diferencias culturales, socioeconómicas y conceptuales(9), por lo tanto, la aplicación de un instrumento para medir la salud en los diferentes ambientes sociales requiere un proceso previo de validación transcultural (12, 31).

Impacto Bucal en el Rendimiento Diario del Niño. (Child-OIDP) - (Child Oral Impacts on Daily Performance)

Desarrollado en el 2003 en Tailandia(69) para niños de 11-12 años, fue diseñado con el objetivo de evaluar la frecuencia y la severidad del impacto y los diferentes factores relacionados con el impacto en presencia de diversas condiciones bucales que se han presentado en los últimos tres meses. El Child –OIDP es un índice auto-administrado, consta de 8 preguntas (vida familiar, vida social, actividades en el colegio, ocio, salud mental y salud física) y utiliza figuras que representan estados emocionales y solo puede usarse para evaluar las necesidades de la salud bucal (73).

En este instrumento los niños deben identificar de una lista de problemas bucales, cuál de esos problemas que han experimentado causaron alguna dificultad para realizar actividades de la vida diaria e indicar la frecuencia y la gravedad con la que la dificultad ocurrió (24, 69). En la actualidad este instrumento tiene traducción al inglés (73) al francés (47) y al portugués (74) y cuentan con una buena confiabilidad y excelente validez.

Perfil de Impacto en la Salud bucal. (C-OHIP) - (Children Oral Health Impact Profile)

El C-OHIP desarrollado en el 2005 (75), está dirigido a padres e hijos y consta de 34 preguntas en 5 dominios (salud bucal, bienestar funcional, bienestar social/ emocional, ambiente escolar y la propia imagen) que evalúan tanto los aspectos positivos y negativos de la calidad de vida relacionada con la salud bucal en niños de 8 a 15 años. Las puntuaciones pueden variar en un rango de 0 a 136, los valores más altos reportan una mala calidad de vida. El C-OHIP además tiene versiones validadas en los idiomas español, francés, y coreano y han mostrado un buen desempeño(31, 75-77).

Escala de Impacto en la Primera Infancia de Salud bucodental. (ECHOIS)- (The Early Childhood Oral Health Impact Scale)

Es un instrumento desarrollado en los Estados Unidos en el 2004(11), incluye preguntas que se originaron en el cuestionario de salud bucal relacionada con calidad de vida en niños (COHQoL), diseñado para evaluar el impacto de los problemas de salud bucal en la vida diaria del niño, así como las experiencias del tratamiento en niños pre-escolares (3 a 5 años) y sus familias. Consta de 13 preguntas que deben ser contestadas por el padre o un familiar que esté al cuidado del niño (78). ECHOIS, ha sido adaptado y validado en varios idiomas incluyendo el Francés(79), Portugués(80), Chino(81) y Farsi(82).

Escala de Autoreporte de los Resultados de Salud Oral para Niños de 5 Años de Edad (SOHO-5)-(Scale of Oral Health Outcomes for 5-year-old children)

SOHO-5 es un instrumento desarrollado en el Reino Unido en el 2012 y cuenta con una validez y confiabilidad aceptable (70). Este instrumento, evalúa el impacto de la salud bucal en la calidad de vida en niños de 5 años a través del autoreporte; consta de 7 preguntas y sus respuestas están distribuidas en una escala de Likert. Las preguntas del cuestionario incluyen síntomas con respecto a problemas bucales como: dificultad para comer, beber, hablar, jugar, sonreír (por dolor en sus dientes), sonreír (por el aspecto de sus dientes) y dormir(70).

Cuestionario de Salud Bucal relacionada con Calidad de Vida en Niños (COHRQoL)- (Child Oral Health Related Quality of Life)

Para su desarrollo el COHRQoL (7), se basó en el modelo conceptual de Locker, quien unió conceptos de enfermedad, discapacidad, limitación funcional, incapacidad y desventaja social de tal manera que, al evaluar el impacto de la salud oral en la vida de los individuos se pueda ver el desarrollo progresivo de lo biológico, del comportamiento y los niveles sociales (23).

Así en el 2002, en Canadá se desarrolló el COHRQoL(7) que tiene como objetivo la medición del impacto de enfermedades y desórdenes dentales, orales y/o orofaciales en la calidad de vida en niños de 6 a 14 años de edad. Incluye 5 cuestionarios, dos de los cuales requieren ser llenados por los padres/madres o cuidadores. El (P-CPQ) Cuestionario de percepción para padres/ cuidadores, consta de 31 preguntas, que tratan de los efectos que las condiciones bucales de los niños pueden afectar a su propia vida y el (FIS) Escala de Impacto Familiar que consta de 14 preguntas y trata de los efectos que las condiciones bucales de los niños pueden tener en sus padres u otros miembros de la familia. Además 3 cuestionarios autoadministrados y específicos para niños según el rango de edad los cuales son CPQ₆₋₇, CPQ₈₋₁₀ y CPQ₁₁₋₁₄.

Cuestionario de Percepción de niños de 11 a 14 años de edad. (CPQ₁₁₋₁₄) - (Child Perception Questionnaire)

Desarrollado en Canadá en el 2002 (7). El objetivo del Cuestionario de Percepción de Niños (CPQ₁₁₋₁₄) es la medición del grado de impacto de las enfermedades bucales en la calidad de vida reportada por los niños de 11 a 14 años(36, 45, 72, 83).

EL cuestionario (CPQ₁₁₋₁₄) consta de 39 preguntas, la primera pide a los niños que califiquen su salud bucal como: excelente (0), muy buena (1), buena (2), regular (3) o mala (4). La segunda pregunta indaga acerca de la magnitud en que la condición de la boca afecta el bienestar general: nada (0), un poco (1), algo (2), mucho (3) y demasiado (4). Las próximas 35 preguntas se dividen en cuatro dominios: **síntomas bucales** (6 preguntas), se refiere al dolor o inconformidad de los individuos con respecto a su salud bucal; **limitación funcional** (9 preguntas), se refiere a las discapacidades, limitaciones de los individuos para cumplir con funciones vitales diarias como dificultad para comer, masticar, hablar, beber alimentos fríos o calientes etc. **Bienestar emocional** (9 preguntas), concernientes a la apreciación del individuo acerca de su propia salud oral como la frustración , irritabilidad, lo que otros pueden pensar sobre él , etc.; **bienestar social** (13 preguntas) está relacionada con las actividades escolares e interpersonales como hablar, sonreír, etc.(84). Estas preguntas se

relacionan con la frecuencia de los acontecimientos durante los últimos tres meses, las respuestas se organizan en una escala Likert de 5 puntos, con las siguientes opciones: nunca (0), una o dos veces (1), algunas veces (2), frecuentemente (3), y todos o casi todos los días (4). EL puntaje total se obtiene a través de la suma del valor de las respuestas, teniendo un rango posible de 0 a 148, los valores más altos corresponden a un mayor impacto negativo sobre la calidad de vida en los adolescentes(7, 36, 72). Existen varios estudios que han mostrado la validez y confiabilidad del instrumento. Ha sido traducido y validado en varios idiomas como : portugués(83), bosnio (85), danés (86), árabe(87), chino(88) y alemán (89).

Cuestionario de Percepción en niños de 8 a 10 años de edad. (CPQ₈₋₁₀)- (Child Perception Questionnaire)

El CPQ₈₋₁₀ es un cuestionario auto aplicable que fue desarrollado y validado en Canadá(71). Actualmente este índice se ha traducido al portugués (37, 90), al bosnio (91) , al danés (86) y al español (12), presentando una buena validez de constructo, consistencia interna y confiabilidad aceptable.

El objetivo del CPQ₈₋₁₀ es evaluar la percepción del impacto de las enfermedades bucales en niños de 8 a 10 años, consta de 27 preguntas, las dos primeras son indicadores globales, la primera pide a los niños que califiquen su salud bucal como: muy buena (0), buena (1), regular (2), mala (3), la segunda pregunta indaga acerca de la magnitud en que la condición de la boca afecta a su bienestar general: Para nada (0), un poco (1), algo (2), mucho (3), demasiado (4). Las siguientes 25 preguntas se dividen en cuatro dominios: **síntomas bucales** (5 preguntas), **limitación funcional** (5 preguntas), **bienestar emocional** (5 preguntas), **bienestar social**(10 preguntas), sus elementos de respuesta son: nunca (0), una o dos veces (1), algunas veces (2), frecuentemente(3), todos o casi todos los días (4), todas estas respuestas están distribuidas en una escala de Likert de 5 puntos, relativas a la frecuencia de los eventos en las últimas 4 semanas, el puntaje total se calcula mediante la suma de las puntuaciones de las 25 preguntas. Por lo tanto, los rangos de puntuaciones van de 0 (sin impacto de la condición bucal en la calidad de vida) a 108 (mayor impacto negativo en calidad de vida) (12, 71).

Alfabetismo funcional en Odontología

Un tema que ha tomado impulso en los últimos años y que cada vez es más reconocido a nivel internacional tanto para los temas de salud pública como de investigación, es el alfabetismo en salud.

En 1999, el Comité ad Hoc de la Asociación Médica Americana define a la Alfabetización en Salud como “la constelación de habilidades, incluyendo la capacidad de realizar lecturas básicas y tareas numéricas indispensables para funcionar en el entorno de la atención de salud”, incluyendo “ la capacidad de leer y comprender la prescripción de los frascos, hojas de citas y otros materiales esenciales relacionados a la salud” (92).

A partir de estas definiciones surge el tema de alfabetismo funcional en salud que además de centrarse en las habilidades de lectura y otras tareas, toma en cuenta el desempeño de los pacientes; así la Organización Mundial de la Salud (OMS) define al *Alfabetismo Funcional en Salud* como “las habilidades cognitivas y sociales que determinan la motivación y habilidad de los individuos para ganar acceso, entender, utilizar la información, poder promover y mantener una buena salud(93). Las definiciones usadas por *Healthy People* en el 2010. *Department of Health and Human Services U.S. Centers for Disease Control and Prevention* (94) y el Instituto de Medicina (IOM) (95), fueron similares: “El grado en que los individuos tienen la capacidad de obtener, procesar y entender información básica de salud y servicios necesarios para la toma de decisiones apropiadas a la salud”. Estas definiciones enmarcan un conjunto de capacidades individuales que permiten a las personas adquirir y utilizar información nueva, sin embargo éstas “capacidades” son relativamente estables en el tiempo, aunque podrían mejorar con programas educativos o disminuir con los procesos de envejecimiento o patologías que pueden alterar la función cognitiva (96).

Basándose en el alfabetismo funcional en salud para el área de la medicina, surge el término ***alfabetismo funcional en odontología***. *Healthy People* en el 2010 (44) lo define como “El grado en que los individuos tienen la capacidad de obtener, procesar y comprender la información de la salud bucal, craneofacial y los servicios necesarios para tomar decisiones adecuadas para la salud bucal” (97).

Como ya se ha mencionado anteriormente, investigaciones recientes han identificado que el nivel de alfabetismo funcional en salud guarda una relación con la salud sistémica. Las personas que tienen dificultad para comprender y utilizar la información en los materiales escritos que contienen nuevas ideas o terminología poco familiar, son personas con bajo

nivel de alfabetización en salud, lo cual se verá reflejado en el deterioro de la salud general. (98). En contraste, las personas que exhiben una buena comprensión de la información proporcionada en el ámbito de la salud siguen más fácilmente a las instrucciones para el auto-cuidado, las precauciones postoperatorias, medicamentos y seguimientos. En el área odontológica, son pocos los estudios que proporcionan información sobre alfabetismo funcional en odontología y más aún datos que reporten la asociación entre el estado de salud de los niños, la percepción subjetiva de los individuos y este campo(65, 68).

En los años recientes se han desarrollado instrumentos para evaluar el alfabetismo funcional en odontología como: Estimación Rápida del Alfabetismo en Odontología para Adultos (REALD-30)(99), REALD-90(100), Test de Alfabetismo Funcional en Odontología (TOFHLID)(101); Alfabetismo en Salud Oral (OHLI)(97); Alfabetismo en Salud Oral Evaluaciones de tareas para Odontopediatría de Hong Kong (HKOHLAT-P)(102) y el Instrumento de Alfabetismo Funcional en Odontología (103).

Estimación Rápida del Alfabetismo Funcional en Odontología para Adultos (Rapid Estimate of Adult Literacy in Dentistry)-(REALD-30)

Tomando como referencia el REALM (Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine) se desarrolló el REALD-30, un instrumento que permite reconocer 30 palabras comunes del área odontológica y que tienen cierto grado de dificultad, las mismas que fueron obtenidas de la Asociación Dental Americana, además de palabras de uso común o términos de folletos y materiales escritos proporcionados a los pacientes, todas estas palabras están organizadas en orden de dificultad creciente, basados en la longitud de la palabra, número de sílabas, y combinaciones de sonidos difíciles(99).

Se le solicita al paciente que lea en voz alta y se marcan aquellas palabras que se consideran como error. Sus características clinimétricas y la consistencia interna son aceptables al ser aplicados en padres de familia de habla inglesa. Este instrumento fue diseñado para sujetos de habla inglesa y actualmente existe una versión en cantonés, denominado Estimación Rápida de Alfabetización en Adultos para Odontología-30 de Hong Kong (HKREALD-30)(104).

Estimación Rápida del Alfabetismo Funcional en Odontología para Adultos (Rapid Estimate of Adult Literacy in Dentistry)-(REALD-99)

El REALD-99 (100) se desarrolló en Carolina del Norte, con el objetivo obtener una versión más larga y con mejor desempeño al del (REALD-30). Consta de las mismas 30 palabras

incluidas en el REALD-30 Y 69 palabras nuevas. La selección de las palabras adicionales se guio por un marco específico de la enfermedad, que incluye la etiología, la anatomía, la prevención, y las categorías de tratamiento de la misma forma que el REALD-30, las palabras están ordenadas en grado de dificultad. Este instrumento se diseñó para ser leído en voz alta por los sujetos entrevistados. El REALD-30 y el REALD-99 asignan un punto para la palabra correcta y cero para la palabra incorrecta, obteniendo un rango posible de 0 a 30 y de 0 a 99 respectivamente. El REALD-99 presenta una confiabilidad y validez de convergencia aceptables (100).

Prueba de Alfabetismo Funcional en Odontología en Adultos (Test of Functional Health Literacy in Dentistry)-(TOFHLID)

Consiste en una prueba de comprensión en lectura de 50 ítems y una prueba de habilidad numérica de 12 ítems. Consta de tres partes sobre seguimiento de las instrucciones para un paciente después de una aplicación tópica de flúor a un niño, el consentimiento para el tratamiento dental, así como una descripción de los derechos y responsabilidades de Medicaid. La sección de matemáticas consiste en las instrucciones del uso de pasta dental con fluoruro, una tarjeta de recordatorio de cita dental y la prescripción para la administración de fluoruro sistémico en gotas y tabletas. El puntaje total es de 0 a 100 y la puntuación más alta representa mejor alfabetización en odontología. Este instrumento muestra valores aceptables en la consistencia interna, validez de convergencia (101).

Alfabetismo en Salud Oral (Oral Health Literacy)-(OHLI)

El OHLI(97) fue desarrollado para adultos, consta de 3 secciones con 38 reactivos. La primera sección es de comprensión de lectura y escritura en temas de caries dental y enfermedad periodontal. El tema de caries contiene 13 frases con 264 palabras, mientras que el tema de enfermedad periodontal contiene 14 frases con 228 palabras, sus respuestas tienen cuatro posibles opciones y tan solo una de ellas es la correcta, las demás opciones incorrectas contienen palabras que suenan de manera similar, son parecidas gramaticalmente o son términos contextualmente incorrectos. La sección de matemáticas consta de 19 preguntas para evaluar la comprensión de las instrucciones en la toma de las prescripciones comunes asociados con el tratamiento dental, las instrucciones post-operatorias y recordatorio de citas clínicas. El puntaje total se obtiene de la sumatoria de las respuestas, se da el valor de uno para las respuestas correctas y cero para las respuestas incorrectas. Las puntuaciones de las secciones de comprensión de lectura, escritura y matemáticas se multiplican por 1.316 (50/38) y 2.632 (50/19), respectivamente para crear

una puntuación ponderada que va de 1 a 50 para cada sección. La puntuación total del OHLI va de 0 a 100, los valores más altos equivalen a una mayor alfabetización de la salud bucal. Este instrumento muestra una buena consistencia interna y confiabilidad(97).

Evaluación del Alfabetismo en Salud Oral para Odontopediatría de Hong Kong (Hong Kong Oral Health Literacy Assessment Task for Paediatric Dentistry) - (HKOHLAT-P)

Es un instrumento desarrollado en Hong Kong(104), se centra principalmente en el área de la Odontopediatría, basándose en una serie de lecturas y tareas aritméticas a través de 3 tipos de conocimientos (de hecho, de procedimiento y conceptual) y las dimensiones de procesos cognitivos (recordar, entender y analizar) . Su objetivo es evaluar el conocimiento de la salud oral de los cuidadores.

La primera parte corresponde a una prueba de conocimientos de salud bucal, se compone de 4 imágenes que muestran dentición primaria normal y dentición con caries. Los participantes deberán unir mediante una línea las palabras que se presentarán en el cuestionario con sus imágenes correspondientes. La segunda parte, es una prueba aritmética que consta de 4 preguntas que se relacionan con una tarjeta de presentación, la etiqueta de un medicamento, las instrucciones posoperatorias y la etiqueta de un tubo de pasta dental en la que los participantes están obligados a responder las preguntas con base en la información descrita. La tercera parte es una prueba de comprensión y legibilidad del texto, con preguntas de relleno en los espacios en blanco con respecto al cambio de dentición, extracción de dientes y tratamientos de ortodoncia y una sección de frases de ordenamiento con respecto a una guía de cepillado dental. La puntuación total tiene un rango de 0 a 52, tomando en cuenta que las puntuaciones más altas indican un mejor alfabetismo funcional en odontología. Este instrumento presenta valores de validez y confiabilidad aceptables(102, 104).

Instrumento de Alfabetismo Funcional en Odontología

Es un instrumento que no tiene base en ningún otro desarrollado anteriormente, ofrece la ventaja de ser elaborado para una población bien definida, con la facilidad de que sea adaptado a otros países de habla hispana(103).

Este instrumento fue desarrollado para evaluar la alfabetización funcional en Odontología en población mexicana (103), presenta características clinimétricas aceptables en cuanto a la confiabilidad y validez que permite su uso en población de habla hispana, son

autoaplicables, el tiempo de resolución es aceptable y consta de 29 reactivos divididos en 5 dominios :

Habilidades de localización, es la habilidad para buscar y encontrar información específica solicitada inmersa en materiales escritos o documentos, constan de 4 preguntas, donde la pregunta número 10 consiste en una tarjeta de presentación, la cual el individuo tendrá que leer y posteriormente encerrar en un círculo la dirección. La pregunta número 11 corresponde a un ejercicio de ubicación del título de un texto sobre cepillado dental; donde el sujeto tendrá que elegir la respuesta correcta, planteada como respuesta de opción múltiple. Las preguntas 13 y 16 corresponden a la lectura de un texto sobre recomendaciones después de la cirugía, las respuestas son planteadas a manera de opción.

Habilidades Cíclicas, es la capacidad para encontrar información con la finalidad de dar respuesta a ciertas preguntas o bien relacionar dos tipos de información diferente, consta de 9 (1 a 9) preguntas donde el individuo tiene que unir mediante una línea nueve palabras utilizadas en el ámbito clínico odontológico con sus imágenes correspondientes, cada una de las palabras será evaluada por separado.

Habilidades de Formulación, es la habilidad para aplicar una o más operaciones aritméticas donde se le presentará al sujeto un párrafo sobre algunas recomendaciones a seguir en una cirugía y la posterior presentación de dos preguntas 14 y 15 , que requieren la elaboración de cálculos aritméticos para su resolución.

Habilidades de Integración, corresponde a la localización y relación de información de un texto referente a la salud de acuerdo a ciertas tareas específicas como identificar relaciones de causa y efecto, consta de 11 preguntas. La pregunta 12 corresponde a la lectura de un texto sobre cepillado dental y la posterior elección de la segunda actividad de proceso entre una serie de cuatro posibles respuestas. Las preguntas 17 a 20 corresponden a la lectura de un texto sobre consentimiento informado, y a la posterior presentación de una serie de enunciados que podían ser aciertos o falsos, las preguntas 21 a 26 corresponden a un ejercicio de relación de enunciados, después de la lectura de un texto sobre el uso de enjuagues bucales.

Habilidades de Generación, se refiere al proceso de información en salud localizada en varias partes del texto y a la elaboración de un resumen sobre el mismo , corresponden a la preguntas 27, 28 y 29 que se relacionan a la lectura de un texto sobre la enfermedad periodontal y la posterior explicación a través de sus propias palabras de ideas generales

del texto, dichas respuestas serán analizadas, buscando las palabras precisas o sinónimos incluidos como parte del texto que den respuesta a las pregunta. La puntaje total se obtiene de la sumatoria de todas las respuestas, en caso de ser correctas , se contabilizarán como aciertos dando el valor de uno y en caso contrario equivaldrían a cero y no se tomarán en cuenta como parte de la sumatoria final del instrumento (103).

El REALD-30 y REALD-90 son instrumentos con una gran desventaja, que en realidad no miden la alfabetización en odontología, sino que sirven para medir aproximaciones de las habilidades de lectura, mas no su comprensión (105), y el TOFHLiD y el OHLI no contemplan habilidades de generación o inferencia (103), además de que están destinados a participantes de habla inglesa y no pueden ser aplicables a los participantes de habla hispana. Por lo tanto, el instrumento de alfabetismo funcional en odontología al integrar habilidades de localización, integración, cálculos, generación de conceptos a partir de lectura de textos y al estar desarrollado en español, lo hace un instrumento más completo y fácilmente aplicable para la población en estudio.

Problemas bucales asociados al Impacto en la calidad de vida de los niños

Caries Dental

La caries dental es la enfermedad crónica más común entre los niños y adolescentes (106), y la que afecta de manera más frecuente a la salud bucal y salud general (1, 52). Un estudio realizado al sur de Australia evaluó en niños de 8 a 14 años de edad el impacto que representa la presencia de caries dental en su calidad de vida utilizando el CPQ y reportó que aquellos que tuvieron una mayor experiencia de caries dental presentaron valores altos en los cuestionarios de calidad de vida, en comparación con los que tuvieron menor experiencia de caries dental(107). Estudios transversales realizados en Brasil usando del CPQ₁₁₋₁₄ en niños que tenían caries tratadas y no tratadas reportaron que los niños en presencia de caries que no tuvieron ningún tipo de tratamiento, mostraron un mayor impacto negativo en los dominios de síntomas orales, bienestar emocional y los indicadores globales de la salud bucal(108); con el CPQ₈₋₁₀ demostraron que los niños con caries tratadas y no tratadas de bajos recursos económicos, percibían como mala su salud bucal en general ($p<0.001$), (5) de la misma manera, otro estudio realizado en Brasil con el CPQ₈₋₁₀ , mostró que los niños que tuvieron alguna experiencia de caries reportaron un mayor impacto negativo en su calidad de vida ($p=0.002$) (109).

Defectos del Esmalte

Los defectos del esmalte se caracterizan clínicamente por manchas en el esmalte dentario, las mismas que pueden tener un impacto en el aspecto estético de los niños (110). Un estudio transversal en Santa María en Brasil usando el CPQ₁₁₋₁₄ demostró que aquellos niños con defectos en el esmalte reportaron un alto impacto en el dominio de limitación funcional (RP. 1.21; 95% IC 1.02; 1.48) impidiendo que pueden desarrollar diariamente ciertas actividades (111).

Maloclusión

Las funciones del aparato estomatognático, la apariencia, la auto estima del individuos también pueden estar afectadas por las maloclusiones, que son definidas como desvíos de la normalidad en la posición de las arcadas dentarias, en el esqueleto facial o en ambos (112).

Un estudio transversal realizado en Londres (113) con el CPQ₁₁₋₁₄, demostró que los niños que tienen incremento del overjet o espacios interdentarios tuvieron un impacto estadísticamente significativo en su calidad de vida ($p=0.002$ y $p<0.001$ respectivamente). Otros estudios en el Reino Unido, encontraron una mayor frecuencia del impacto negativo de las maloclusiones en los dominios de bienestar emocional y social del CPQ₁₁₋₁₄. (114, 115). Sucede igual en países de Latinoamérica, en Brasil un estudio transversal usando el CPQ₈₋₁₀ en el 2012 demostró que los niños con maloclusiones, reportaron un impacto negativo en la calidad de vida ($p<0.001$) (116). En el 2014, otro estudio reportó que los que tienen maloclusiones severas ($p=0.033$) tuvieron puntuaciones más altas en el CPQ₈₋₁₀ en comparación con aquellos que tuvieron maloclusiones leves(109).

Traumatismos dentarios

Los traumatismos dentarios tiene una alta prevalencia en los niños e influyen de manera importante en los aspectos sociales, psicológicos, emocionales y en el comportamiento de los individuos afectados, estos desórdenes están asociados a prácticas deportivas (117). Un estudio realizado en Ontario donde se usó el CPQ₁₁₋₁₄ reportó que los que presentaron lesiones resultantes de traumatismos dentales evitaron sonreír y sus relaciones sociales se vieron afectadas (118). Otro estudio transversal realizado en Brasil reportó que aquellos que presentaron lesiones como fracturas que comprometieron la corona del diente y que no habían sido tratados, presentaron mayor impacto negativo en cuanto a su bienestar emocional ($p=0.029$) en comparación con aquellos que sus lesiones fueron tratados odontológicamente(119).

Alfabetismo funcional de los cuidadores e impacto de los problemas bucales de los niños en su calidad de vida

Dado que los niños dependen de su cuidador para el acceso a la atención médica, la baja alfabetización de los adultos tiene implicaciones negativas para la población pediátrica(120). En el 2013 se publicó un estudio para conocer la relación entre la alfabetización en salud oral (HKOHLAT-P) de los cuidadores de los niños y el estado de salud bucal de éstos en población asiática, donde el 75.4% de los niños tuvieron caries dental y el promedio del ceod fue de 4.2 ± 4.5 , encontrándose una correlación significativa ($r=0.52$ $p<0.001$) entre las puntuaciones más bajas del instrumento y la experiencia de caries(121), concluyendo que el alfabetismo funcional en odontología de los cuidadores está asociado al estado de salud bucal de sus hijos.

Un estudio realizado en el 2012, reveló algunas prácticas que deterioran la salud bucal de los niños; un tercio de los padres reportaron el uso del biberón en la noche y más del 40% señalaron el consumo de jugos azucarados como más de una vez al día. Los mismos que se asociaron con altos puntajes de la calidad de vida de los niños (ECHOIS) y con bajas puntuaciones en el alfabetismo funcional en odontología de los niños (REALD-30), de igual manera se presentó una relación inversa entre el nivel educativo de los padres con las puntuaciones del ECHOIS (64).

DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

Actualmente existen pocos reportes del impacto de los diferentes problemas de salud bucal en niños que hayan sido evaluados simultáneamente con el mismo instrumento y que describan si el tipo y severidad de los padecimientos bucales se reflejan en el indicador de calidad de vida o si ciertas variables relacionadas con el alfabetismo funcional del padre o la madre o el cuidador del niño (tutor) modifican la percepción de un niño respecto a su calidad de vida, por lo que se hace necesario establecer los siguientes cuestionamientos.

¿Existen diferencias en las calificaciones del impacto de la salud bucal en la calidad de vida utilizando el CPQ₈₋₁₀ y CPQ₁₁₋₁₄ en niños con diferentes problemas de salud bucodental que solicitan atención de primera vez en la Clínica de Odontopediatría de la DEPEI en 2013 (abril-octubre)?

¿Está asociado el nivel de alfabetismo funcional del padre o la madre o el cuidador del niño (tutor) con el impacto de la salud bucal relacionada con la calidad de vida en los niños de 8 a 14 años que acuden por primera vez a la clínica de odontopediatría de la DEPEI?

JUSTIFICACIÓN

Durante los últimos años la concepción de lo que es el proceso de salud - enfermedad ha conseguido sensibilizar a algunos sectores de la odontología, que hasta hace poco tiempo, habían permanecido estrechamente ligados al juicio clínico y al empirismo profesional en su forma de prevenir, diagnosticar y tratar.

Las evaluaciones subjetivas que se obtendrán de los instrumentos utilizados para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud bucal permitirán discriminar entre diferentes tipos y severidad de padecimientos bucales.

De igual manera, la identificación de la posible relación del alfabetismo funcional del cuidador, o la escolaridad, con la percepción del niño en relación a su salud bucal y a su calidad de vida, pueden modificar la respuesta al tratamiento dental.

Todo esto nos permitirá elevar la importancia de la salud bucal relacionada con la calidad de vida como una variable de resultado que podría auxiliar en la toma de decisiones dentro de la práctica clínica.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Evaluar el impacto de la salud bucal en la calidad de vida de niños de 8 a 14 años con diferentes problemas de salud bucal que solicitan atención de primera vez en la Clínica de Odontopediatría de la División de Estudios de Posgrado e Investigación, de la Facultad de Odontología, UNAM durante 2013 (abril-octubre), utilizando el instrumento Cuestionario de Percepción Infantil (CPQ), e identificar si el nivel de alfabetismo funcional de los padres/madres o cuidadores está asociado con el impacto de la salud bucal en la calidad de vida de los niños.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar si las calificaciones del instrumento CPQ están asociadas con la presencia problemas bucales (dolor, agenesias, abscesos, dientes supernumerarios, tamaño de los dientes, frenillo lingual, dientes retenidos, fractura de dientes, caries dental, maloclusión, hipomineralización del esmalte incisivo-molar, hipoplasia del esmalte, revisión bucal general) de los niños que solicitan atención por primera vez en la clínica de odontopediatría de la DEPEl.
2. Identificar si las calificaciones del instrumento CPQ están asociados con la severidad de los problemas bucales (dolor, agenesias, abscesos, dientes supernumerarios, tamaño de los dientes, frenillo lingual, dientes retenidos, fractura de dientes, caries dental, maloclusión, hipoplasia del esmalte, hipomineralización incisivo-molar) de los niños que solicitan atención por primera vez en la clínica de odontopediatría de la DEPEl.
3. Identificar si el nivel de alfabetismo funcional de los padres /tutores de los niños están asociados con variaciones en las calificaciones del CPQ controlando por la presencia, severidad de los problemas bucales motivo de consulta de los niños que solicitan atención por primera vez en la clínica de odontopediatría de la DEPEl.

HIPÓTESIS

HA1. Existe asociación entre la presencia de problemas bucales y la calificación del instrumento que evalúa el impacto de la salud bucal en la calidad de vida de niños de 8 a 14 años de edad, que acuden por primera vez a la Clínica de Odontopediatría de la DEPel en 2013 (abril-octubre).

H01. No existe asociación entre la presencia de problemas bucales y la calificación del instrumento que evalúa el impacto de la salud bucal en la calidad de vida de niños de 8 a 14 años de edad, que acuden por primera vez a la Clínica de Odontopediatría de la DEPel en 2013 (abril-octubre).

HA2. A mayor severidad de los problemas bucales se obtendrá mayor puntaje en las calificaciones del instrumento que evalúa el impacto de la salud bucal en la calidad de vida de niños de 8 a 14 años de edad, que acuden por primera vez a la Clínica de Odontopediatría de la DEPel en 2013 (abril-octubre).

H02. A mayor severidad de los problemas bucales no se obtendrá mayor puntaje en las calificaciones del instrumento que evalúa el impacto de la salud bucal en la calidad de vida en niños de 8 a 14 años de edad que acuden por primera vez a la Clínica de Odontopediatría de la DEPel en 2013 (abril-octubre).

HA3. A menor alfabetismo funcional de los padres/madres o tutores de los niños habrá un mayor puntaje en las calificaciones del instrumento que evalúa el impacto en la calidad de vida de los niños, controlando por la presencia y severidad de los problemas bucales motivo de consulta en la Clínica de Odontopediatría.

H03. A menor alfabetismo funcional de los padres/madres o tutores de los niños no se observará mayor puntaje en las calificaciones del instrumento que evalúa el impacto de la salud bucal en la calidad de vida de los niños, controlando por la presencia y severidad de los problemas bucales motivo de consulta en la Clínica de Odontopediatría.

MATERIAL Y MÉTODOS

TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio transversal.

POBLACIÓN EN ESTUDIO

La población de estudio fue de 414 niños con edades de 8 a 14 años que asistieron por primera vez a solicitar atención dental a la Clínica de Posgrado de Odontopediatría de la División de Estudios de Posgrado e Investigación (DEPeI) de la Facultad de Odontología de la UNAM, campus CU, en el periodo de abril a octubre del 2012.

TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se estimó un tamaño de muestra de 89 para tener 80% de poder para detectar r^2 de 0.1 atribuible a 4 variables independientes con un nivel de significancia (α) 0.05, las variables se ajustan por 7 variables independientes con una r^2 de 0.2. El tamaño de la muestra se calculó utilizando el programa *Power Analysis and Sample Size* (PASS)(122).

La fórmula que se utilizó para el tamaño de muestra fue:

$$n_1 = (Z_{1-\alpha/2} + Z_{1-\beta})^2 / C(r)^2 + 3$$

SELECCIÓN DE LA MUESTRA

Se invitó a participar todos los niños y niñas de 8 a 14 años con sus respectivos padres/madres o tutores, que acudieron por primera vez a la Clínica de Posgrado de Odontopediatría de la DEPeI de la Facultad de Odontología de la UNAM, campus CU en el periodo agosto-diciembre 2013 hasta completar el tamaño de muestra requerido. El total de niños(as) que acudieron a la clínica en dicho periodo fueron 92; dos de ellos fueron excluidos ya que sus madres eran analfabetas y uno que no aceptó participar

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Niños y niñas de 8 a 14 años de edad que asistieron por primera vez a la Clínica de Posgrado de Odontopediatría de la DEPel campus CU, en el 2013 (agosto-diciembre).
- Niños que aceptaron colaborar con la entrevista y que eran capaces de responder de manera autónoma a cada una de las preguntas del cuestionario (CPQ₈₋₁₀, CPQ₁₁₋₁₄).
- Niños cuyos padres/madres o tutores autorizaron la participación de los niños y otorgaron el consentimiento informado por escrito.
- Padres/madres o tutores de los niños que acudieron a la clínica, que aceptaron participar en la entrevista y en el llenado de la encuesta (Instrumento de Alfabetismo funcional en odontología).

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Niños con alguna discapacidad neuropsicológica o sensorial aparente.
- Niños con problemas psicológicos.
- Padres/madres o tutores con problemas visuales o dislalia.
- Padres/madres o tutores que no sepan leer y escribir.

VARIABLES

| Variables Independientes | |
|------------------------------------|--|
| VARIABLES sociodemográficas | Edad cronológica del niño Sexo del niño Escolaridad del padre/madre o tutor |
| VARIABLES clínicas dentales | Caries Maloclusión Defectos del esmalte |
| VARIABLES de alfabetismo funcional | Alfabetismo funcional en odontología |
| VARIABLES de control | |
| | Enfermedades sistémicas en los niños Edad del padre/madre o tutor Sexo del padre/madre o tutor Estado civil del padre/madre o tutor Ingreso económico del padre/madre o tutor. |
| Variable Dependiente | |
| | Salud bucal relacionada con la calidad de vida de los niños |

Definición operacional de las variables en estudio**VARIABLES INDEPENDIENTES**

| VARIABLE | DEFINICIÓN OPERACIONAL | ESCALA DE MEDICIÓN DE LAS VARIABLES |
|------------------------------------|---|--|
| VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS | | |
| Edad cronológica del niño | Periodo de tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha de la entrevista y exploración clínica dental expresada en años. Dato obtenido del expediente clínico.(Anexo1) | Años |
| Sexo del niño | Característica fenotípica del sujeto, que diferencian a la mujer del hombre. Dato observado durante la entrevista. | Masculino Femenino |

| | | |
|--|---|--|
| Escolaridad del niño | Es el grado de estudios que reportan los participantes al momento de ser interrogados, corroborado por el padre o tutor | Analfabeto Primaria Incompleta Primaria completa Secundaria |
| Escolaridad del padre/madre o tutor | El grado máximo de estudios que reportan las personas que están al cuidado de los niños en el momento de ser interrogados. | Analfabeto Primaria incompleta Primaria completa Secundaria Estudios Técnicos Preparatoria o bachillerato Licenciatura o más (Anexo 13) |
| VARIABLES CLÍNICAS | | |
| Caries Dental | Es el registro del número y tipo de dientes con lesiones cariosas según su severidad y que se obtuvo del expediente clínico del niño. A partir de este dato se obtuvo el promedio de dientes con experiencia de caries, así como la severidad de cada lesión cariosa según los criterios del expediente clínico del posgrado de Odontopediatría del DEPeI (Anexo1). | Número.- Índice ceod/ CPOD (123) (Anexo2). Severidad: Caries en esmalte Caries en dentina Caries que afecta tejido pulpar, Diente indicado para extracción (Anexo 3). |
| Maloclusión | Registro del tipo de oclusión en el expediente clínico del niño según las clasificaciones de Angle y de Ackerman (124). | Presencia: Sí / No Clase de Angle: I, II, III (125)(Anexo 4) Ackerman: Desviación línea media Izq/Der. Mordida cruzada Izq/Der, Traslape Horizontal Izq/Der. Sobremordida. Mordida abierta Mal posición dentaria Diastema(124)(Anexo 5). |

| | | |
|---|---|---|
| Defectos del esmalte | Dato obtenido del expediente clínico que hace referencia a la presencia o ausencia de alteraciones en las estructuras del esmalte dentario (esmalte opaco, hipoplasia del esmalte, hipomineralización incisivo molar) (126) (Anexo 6). | Sí/No (123) (Anexo 6) |
| VARIABLE DE ALFABETISMO FUNCIONAL EN ODONTOLOGÍA | | |
| Alfabetismo funcional en Odontología de los padres/madres o tutores. | Se midió a través de un instrumento de 29 preguntas resuelto de manera directa por el entrevistado que incluyó diferentes actividades destinadas al desarrollo de 5 habilidades (cíclicas, localización, integración, formulación y generación) que evalúa la capacidad de un individuo adulto para obtener, y entender información básica sobre salud bucal, que le permita tomar las decisiones apropiadas. | El puntaje total se obtuvo de la suma del valor de las respuestas obtenidas en las preguntas, teniendo un rango posible de 0 a 29. Correspondiendo 0 a un nulo nivel de alfabetización funcional en odontología y 29 al máximo obtenido (103) (Anexo 9) |

VARIABLES DE CONTROL

| VARIABLE | DEFINICIÓN OPERACIONAL | ESCALA DE MEDICIÓN |
|--|--|--------------------|
| Presencia de enfermedades sistémicas. | Dato obtenido del expediente clínico del niño (a) que se refiere al reporte del padre/madres o tutor sobre el diagnóstico previo de las enfermedades sistémicas del niño como: Asma, Epilepsia, Cardiopatías, Hepatitis, Difteria, Tifoidea, Enfermedad Renal, Enfermedad Hepática, Sarampión, Tosferina, Varicela, Escarlatina, Paperas, Poliomiélitis, Fiebre Reumática, Tuberculosis, Fiebres Eruptivas y diagnosticadas previamente por el especialista (Anexo1) | Sí/No |

| | | |
|--|--|---|
| Edad del cuidador o padre del niño | La edad en años que tiene la persona que está al cuidado del niño, dato que se obtiene por entrevista. | Años |
| Sexo responsable del niño | Característica fenotípica del padre/madre o tutor del niño(a), dato obtenido durante la entrevista. | Masculino Femenino |
| Estado civil del responsable del niño | Situación de cada persona en relación con las leyes o costumbres relativas al matrimonio que existen en el país. Obtenida mediante interrogatorio directo. | Soltero Casado Viudo Divorciado Unión libre Separado Otro |
| Ingreso económico mensual aproximado del responsable del niño | Es el ingreso aproximado que el padre/madre o tutor del niño (a) percibe mensualmente y que reporta al momento de ser entrevistado. | Pesos mexicanos |

VARIABLE DEPENDIENTE

| VARIABLE | DEFINICIÓN OPERACIONAL | ESCALA DE MEDICIÓN |
|---|--|---|
| Salud bucal relacionada con la calidad de vida | Evaluada utilizando los instrumentos: <i>Cuestionario de percepción del niño</i> CPQ ₈₋₁₀ y CPQ ₁₁₋₁₄ , las mismas que constan de 27 y 39 preguntas las dos primeras preguntas son indicadores globales y las demás están divididas en 4 dominios que evalúan la calidad de vida asociada a la salud bucal en su versión en español. | La calificación obtenida es la suma de la calificación de cada una de las dimensiones que componen el CPQ ₈₋₁₀ (0 a 108) y el CPQ ₁₁₋₁₄ (0 a 148). Los valores más altos indican un impacto negativo en su calidad de vida (12) (anexo 7 y 8). |

MÉTODOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Previo a la aplicación de los cuestionarios el entrevistador fue estandarizado en el uso de los instrumentos (CPQ₈₋₁₀, CPQ₁₁₋₁₄ e Instrumento de Alfabetismo en Odontología).

Para obtener toda la información necesaria del estudio se diseñaron tres cuestionarios; en dos de ellos se incluyó información sociodemográfica de los niños, datos clínicos y los instrumentos CPQ₈₋₁₀ y CPQ₁₁₋₁₄ en su versión en español, y en un tercer cuestionario se incorporó información sociodemográfica de los padres/tutores y el Instrumento de Alfabetización Funcional en Odontología. (Anexo11, 12,13). Los mismos que fueron aplicados en la clínica de Odontopediatría de la División de Estudios de Posgrado e Investigación (DEPeI) de la Facultad de Odontología de la UNAM, campus CU, en el periodo agosto-diciembre del 2013, la información se obtuvo de forma directa e indirecta.

Primero se solicitó la autorización correspondiente al coordinador de la Clínica de Odontopediatría, DEPeI, UNAM, se invitó a participar simultáneamente a los niños(as) de 8 a 14 años de edad y a sus respectivos padres/madres o tutores, que acudieron por primera vez a la clínica solicitando atención dental.

Se les explicó de forma verbal el objetivo del estudio, que su participación era voluntaria y en caso que no deseen continuar podrían cancelar su colaboración, posteriormente se les entregó el consentimiento informado. Una vez que aceptaron su participación a través de la firma del consentimiento informado se procedió a la recolección de los datos sociodemográficos de los niños(as) y de sus respectivos padres/madres o tutores mientras esperaban su turno para el llenado del expediente clínico.

Los datos de alfabetismo funcional en odontología y del impacto de la salud bucal en la calidad de vida de niños se obtuvo a través de cuestionarios autoadministrados y que fueron entregados a los participantes en la sala de espera (Instrumento de Alfabetización funcional en Odontología, CPQ₈₋₁₀ y CPQ₁₁₋₁₄) (Anexo7, 8).

Después de la entrevista se obtuvo la información sobre los problemas de salud bucal (caries dental, maloclusiones, defectos del esmalte, motivos de consulta, presencia de otras enfermedades sistémicas) del expediente clínico de cada niño, las mediciones clínicas fueron realizadas por los estudiantes del posgrado de odontopediatría, de acuerdo con los criterios establecidos en la clínica de odontopediatría DEPeI, UNAM (Anexo 1).

Método para la recolección de información

A cada niño se le leyó y se explicó con detalle las instrucciones del cuestionario (CPQ₈₋₁₀ y CPQ₁₁₋₁₄), posteriormente se solicitó que respondiera de forma individual y que no hablara con nadie mientras respondía, en caso de tener alguna duda que lo hiciera saber a la investigadora.

El cuestionario fue respondido en la sala de espera, en 14 minutos para el CPQ₈₋₁₀ y 8 minutos aproximadamente para el CPQ₁₁₋₁₄, la responsable de la investigación estuvo presente durante todo el tiempo, para aclarar dudas de los niños o de sus padres.

A los padres /madres o tutores de los niños del estudio se les entregó y se les explicó de manera sucinta las instrucciones del Instrumento de Alfabetización funcional en Odontología, un instrumento que fue desarrollado y evaluado para medir la alfabetización funcional en odontología en población mexicana,(103) el tiempo que requirió este para su llenado fue de 25 minutos aproximadamente.

PRUEBA PILOTO

La prueba piloto se realizó en el Hospital Regional “La Perla” (ISEM), Cd. Nezahualcóyotl, previa autorización al Jefe del área de Odontopediatría, se aplicó el instrumento CPQ₈₋₁₀ a 17 niños (edad promedio 9 años), el CPQ₁₁₋₁₄ a 12 niños (edad media 11 años) y el Instrumento de Alfabetización Funcional en Odontología (edad media 38 años). Se obtuvieron las calificaciones para cada uno y se evaluó la repetibilidad 26 días después. El coeficiente de correlación intraclase fue de 0.780, 0.886 y 0.907 para cada uno de los instrumentos respectivamente. Asimismo, se estimó el tiempo promedio de aplicación de los cuestionarios y fue de 14 minutos para el CPQ₈₋₁₀, 8 minutos para el CPQ₁₁₋₁₄ y 25 minutos para el Instrumento de Alfabetización Funcional en Odontología. Se concluyó que los tres instrumentos mostraron buena confiabilidad y un tiempo de resolución adecuado.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

De acuerdo con el **Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud**. Esta investigación, es una investigación sin riesgo: Son estudios en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta (127). Se solicitó el la firma del consentimiento informado de los participantes y /o representantes legales (Anexo10).

MÉTODOS DE REGISTRO Y PROCESAMIENTO

Se diseñó una base de datos en el programa EPIDATA donde los datos fueron capturados. Posteriormente se exportaron a un programa estadístico (SPSS), donde se realizó el análisis de los datos.

PLAN DE ANÁLISIS DE LOS DATOS

La información obtenida se analizó mediante estadística descriptiva para reportar el promedio de edad de niños y padres/tutores, ingreso económico mensual, calificaciones del CPQ₈₋₁₀, CPQ₁₁₋₁₄ y del Instrumento de Alfabetismo Funcional en Odontología; se evaluó la distribución de frecuencias por sexo de los padres/tutores, según nivel de escolaridad, estado civil, la distribución por grupo de edad del número, tipo de caries, severidad de caries, maloclusiones, defectos del esmalte, motivos de consulta.

Análisis Bivariado para identificar la asociación entre la variable dependiente según la presencia de variables sociodemográficas, clínicas dentales y de alfabetismo funcional a través de:

Pruebas no paramétricas. Prueba de U de Mann Whitney para identificar las diferencias en la mediana de las calificaciones del CPQ₈₋₁₀ y CPQ₁₁₋₁₄ de acuerdo con las variables sociodemográficas, la presencia y ausencia de maloclusiones (Ackerman), caries (número, tipo y severidad), defectos del esmalte (hipoplasia / hipomineralización) y para la mediana del instrumento de alfabetismo funcional en odontología según las variables sociodemográficas y entre la presencia y ausencia de variables clínicas dentales de los niños.

Se realizaron pruebas de Kruskal-Wallis para identificar diferencias en la mediana de las calificaciones del CPQ₈₋₁₀ y CPQ₁₁₋₁₄ de acuerdo con las variables sociodemográficas de

nivel de escolaridad (donde se agrupó en tres categorías: La primera fue primaria/secundaria, donde se incluyó primaria incompleta, completa, la segunda categoría fue estudios técnicos y la tercera donde se incluyó preparatoria y licenciatura o más) y estado civil de los padres/madres o tutores (se agrupó en 3 categorías soltero para los solteros y viudos, casado para los casados y unión libre y para los divorciados se incluyó a los divorciados y separados), las maloclusiones (Angle), los diferentes motivos por los cuales los niños acuden a la consulta odontológica, de igual manera, se hizo con los valores obtenidos del Instrumento de Alfabetismo funcional en odontología de acuerdo con el nivel de escolaridad de los padres/tutores, estado civil, variables dentales de los niños (maloclusión de Angle, motivos de consulta).

Se ajustaron dos modelos de regresión logística, en la que la variable dependiente (CPQ₈₋₁₀ y CPQ₁₁₋₁₄) se dicotomizó de acuerdo con los valores de la mediana (14 y 23 respectivamente), las variables independientes se incluyeron en los modelos, así como las variables de control.

ORGANIZACIÓN

RECURSOS HUMANOS

- Tutor: Dra. Socorro Aída Borges Yáñez
- 1 estudiante del Programa de Maestría y Doctorado de Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud de la UNAM, estandarizada para llevar a cabo las entrevistas.

RECURSOS MATERIALES

Para las entrevistas se usaron:

- 100 Formatos de consentimiento informado
- 300 Cuestionarios : CPQ₈₋₁₀, CPQ₁₁₋₁₄ y el Instrumento de Alfabetismo Funcional en Odontología
- Una impresora de inyección a tinta
- Tablas para apoyar los cuestionarios
- Bolígrafos

Para los datos clínicos se usaron:

- Copias de los expedientes clínicos de los niños (as) obtenidos en la Clínica de Odontopediatría. DEPeI, UNAM, campus CU.
- Bolígrafos

Para el análisis estadístico se usaron:

- Una computadora personal
- 1 licencia de paquetes estadístico SPSS
- 1 licencia del programa EpiData

RESULTADOS

DESCRIPCIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DE PADRES/ MADRES O TUTORES Y NIÑOS

De los 89 niños que se entrevistaron, con datos clínicos dentales y médicos el 55.1% (n=49) fueron niñas y 44.9% (n=40) niños. Participaron niños de 8 a 14 años de edad, 58.4% (n=52) fueron de 8 a 10 años y 41 % (n=37) de 11 a 14 años de edad. El promedio de edad de los participantes fue de 10 ± 1.91 , la distribución por sexo y edad se presenta en la tabla 1.

De los 89 padres/madres o tutores que se entrevistaron, 7.9% (n=7) fueron padres o madres que acompañaron a sus respectivos hijos a la consulta dental, el 92.1% (n=82) fueron tutores.

La edad promedio de los padres / tutores fue de 38.11 ± 7.43 años de edad, el 16.9% (n=15) fueron hombres y el 83.1% (n=74) fueron mujeres (Tabla 2).

En relación al estado civil de los padres / madres o tutores, el 79.2% (n=42) de las mujeres reportaron estar casadas, mientras que el 20.9% (n=11) de los hombres reportaron estar casados; en relación con la edad, la media de años fue 39.58 ± 6.9 para los casados y 50 ± 18.3 para los viudos (Tabla 3).

En cuanto al nivel de escolaridad de los padres/madres o tutores, el 31.5% (n=28) reportaron haber terminado la secundaria, de los cuales 89.3% (n=25) eran mujeres y 10.7% (n=3) hombres, seguido de 23.6% (n=21) que reportaron haber terminado la preparatoria o bachillerato correspondiendo 81% (n=17) a las mujeres y 19% (n=4) a los hombres, la media de edad fue 36.32 ± 6.9 para los que terminaron la secundaria, para los que terminaron la preparatoria o bachillerato fue de 37.89 ± 7.0 (Tabla 4).

Con respecto al ingreso económico mensual de los padres / tutores el promedio mensual aproximados fue de 5434.83 ± 3238.5 pesos mexicanos, siendo los hombres los que más perciben mensualmente 7600 ± 3136.41 en comparación con las mujeres 4995 ± 3092.79 y los tutores también perciben un mayor ingreso en relación con los padres (6257 ± 2407.53 ; 5364.63 ± 3301.75 pesos mexicanos) respectivamente.

CONDICIONES MÉDICAS

En relación con la presencia de enfermedades sistémicas en los niños tan sólo el 2.2% de los niños presentaron problemas de asma y el 1.1% epilepsia, colitis, dermatitis atópica, rinitis alérgica, e hipertrofia de adenoides respectivamente.

CONDICIONES CLÍNICA DENTALES

A partir de los datos tomados del expediente clínico de Odontopediatría se reportó la prevalencia de dientes cariados en niños 83.1%, seguido del 50.6% con dientes obturados y la menor prevalencia está en la pérdida dental con el 4.5%, tanto en dientes temporales y definitivos. El grupo de niños de 8 a 10 años presentaron mayor porcentaje de dientes cariados con el 86.5%, obturados el 59.6% y perdidos por caries el 3.8% y se observa que en el grupo de niños de 11 a 14 años la prevalencia de dientes cariados disminuye a 78.4%, en dientes obturados a 37.8% y para dientes perdidos aumenta a 5.4% (Gráfica 1).

En la tabla 5 se presenta el promedio del índice CPO-D y de sus componentes por separado según el grupo de edad de los niños. Se observó que el promedio de dientes sanos fue 17.8 ± 4.73 , siendo mayor en los niños de 11 a 14 años 20.5 ± 4.4 , por otro lado, el promedio de dientes obturados fue 1.98 ± 2.67 . En cuanto a los dientes cariados, el promedio fue 4.1 ± 3.3 , y fue mayor entre los niños de 8 a 10 años 4.8 ± 3.6 . El promedio de dientes obturados con caries y perdidos fue muy bajo, 0.49 ± 1.3 y 0.04 ± 0.2 para cada grupo de edad. Por último, el promedio del CPO-D fue 7.71 ± 3.83 para los niños de 8 a 10 años y de 5.16 ± 3.87 para niños de 11 a 14 años de edad.

En la tabla 6, se presenta el promedio de los tipos de severidad de caries dental en los niños según el grupo de edad. Se observa que el promedio de dientes con caries a nivel del esmalte fue 2.69 ± 2.25 . En los niños de 8 a 10 años la caries a nivel del esmalte fue mayor con un promedio de 2.9 ± 2.20 , seguido de caries que afecta el tejido dentinario que fue 1.37 ± 1.83 , caries que afecta tejido pulpar 0.52 ± 1.36 y diente indicado para extracción fue 0.23 ± 0.89 . Para los niños de 11 a 14 años, la distribución es muy parecida, para caries en esmalte fue 2.40 ± 2.31 , caries en dentina 0.78 ± 1.25 , caries que afecta tejido pulpar 0.21 ± 0.48 y para diente indicado para extracción 0.03 ± 0.16 .

En relación a la presencia de maloclusiones (Clase de Angle), la prevalencia de maloclusión clase I en los niños de 8 a 10 años fue del 46.2%, para la clase II el 25% y para la clase III

del 28.8% y para los niños de 11 a 14 años la prevalencia de maloclusiones clase I fue del 48.6%, para la clase II 29.7% y para la clase III fue 21.6%. (Tabla 7).

Respecto a la presencia de maloclusiones de acuerdo a la clasificación de Ackerman, en la tabla 8 se presenta la prevalencia de los diferentes tipos de maloclusiones por separado según el grupo de edad. El 71.9% de los niños presentaron malposición dentaria, el 47.2% sobremordida, 31.5% traslape horizontal, el 30.3% mordida cruzada posterior, 21.3% diastema, siendo estas desviaciones mayores en los niños de 8 a 10 años, 82.7%, 50%, 51.9%, 30.8%, 26.9% respectivamente. Por otro lado, la presencia de desviación de la línea media fue 44.2% y mordida abierta 15.4%, fue más alta en los niños de 11 a 14 años, 70.3% y 27% respectivamente.

Con respecto a la presencia de dientes con algún tipo de defectos en la estructura del esmalte (hipo mineralización incisivo molar o hipoplasia del esmalte), la prevalencia fue del 25.8% (n=23), en el grupo de los niños de 8 a 10 años fue 56.5% (n=13) y en el grupo de los niños de 11 a 14 años fue 43.5% (n=10).

En la tabla 9 se presentan los diferentes motivos de consulta que refirieron los niños y que se registró en el expediente clínico según el grupo de edad. La mayoría de los niños acuden por “malposición dental” (32.6%) y otras causas relacionadas como son “malposición y caries” (15.7%) o “malposición y otros (7.9%)”, la presencia de caries fue mencionada por 16.9% y otras razones por 12.4%.

DISTRIBUCIÓN DE LAS CALIFICACIONES OBTENIDAS DEL CPQ₈₋₁₀ Y CPQ₁₁₋₁₄ SEGÚN LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

Con respecto a las calificaciones obtenidas del cuestionario de percepción de niños 8-10 (CPQ₈₋₁₀), la media fue 16.4±12.5, la mediana fue 14.50, el valor mínimo fue 0 y el máximo 52. Para el CPQ₁₁₋₁₄, la media fue 28.4±20.8, la mediana de 23, con un rango de 4 a 79 (Tabla 10).

En la tabla 11 se presentan los puntajes obtenidos del CPQ₈₋₁₀, según las variables sociodemográficas de los niños y padres/ tutores.

En relación con el género de los niños, se observó que las niñas tuvieron un promedio de 24.70±3.66 en el puntaje del CPQ₈₋₁₀ y los niños de 17.70 ±16.63, sin observarse diferencias significativas (p=0.69). Por otro lado, el promedio de las calificaciones del CPQ₈₋₁₀, de acuerdo al género de la persona responsable del cuidado del niño, los puntajes son similares entre hombres y mujeres 16.74±12.21 y 16.11±4.34 respectivamente. Con respecto a la persona responsable del cuidado del niño, los padres/madres tuvieron un

puntaje de 16.65 ± 12.66 y los tutores de 16.40 ± 11.54 , sin encontrarse diferencias significativas en los promedios del CPQ.

En cuanto al nivel de escolaridad el promedio más alto del CPQ₈₋₁₀ se reportó en aquellos padres/madres que cursaron la primaria y secundaria 25.52 ± 16.14 , seguido de quienes terminaron los estudios técnicos 18.87 ± 12.63 y el promedio más bajo está en quienes tuvieron estudios de bachillerato o más 12.96 ± 7.74 , sin diferencias significativas en los promedios ($p=0.13$).

El promedio del puntaje del CPQ₈₋₁₀, de acuerdo al estado civil, fue de 17.04 ± 13.51 para los casados y 14.90 ± 6.60 para los solteros, también, sin observarse diferencias estadísticamente significativas en los promedios ($p=0.91$).

Con respecto al promedio del puntaje obtenido del CPQ₁₁₋₁₄ según las variables sociodemográficas, se observó que el puntaje en las niñas fue 33.14 ± 20.73 y en los niños 25.52 ± 20.76 , sin diferencias significativas ($p=0.15$). De acuerdo con el género de los padres/madres o tutores, las mujeres presentaron un puntaje de 29.16 ± 19.79 ($p=0.64$) y de acuerdo si la persona era el padre/madre o el responsable del niño el puntaje del padre/madre fue 16.5 ± 2.1 y del tutor 29.08 ± 21.19 ($p=.52$). (Tabla 12)

En cuanto, al nivel de escolaridad de los padres, el promedio de los padres/madres o tutores que cursaron los estudios técnicos fue 39.85 ± 24.93 y el promedio de los que tuvieron estudios de bachillerato o más fue 17.66 ± 6.46 , sin encontrar diferencias significativas en los promedios ($p=0.19$). Así mismo, en relación con el estado civil, el promedio de los solteros fue 37.80 ± 33.28 y para los casados fue 25.23 ± 18.06 , sin diferencias estadísticamente significativas ($p=0.52$). (Tabla 12)

DISTRIBUCIÓN DE LAS CALIFICACIONES OBTENIDAS DEL CPQ₈₋₁₀ Y CPQ₁₁₋₁₄ SEGÚN LAS CONDICIONES CLÍNICAS BUCALES.

En cuanto a las calificaciones obtenidas del CPQ según cada uno de los componentes del CPO-D en conjunto y dicotomizados en presente o ausente, se observó que aquellos niños que presentaron dientes cariados tuvieron un promedio de 17.06 ± 12.96 en el puntaje del CPQ₈₋₁₀, similar a aquellos que no presentaron caries 13.85 ± 8.66 ($p=0.76$), así mismo, para quienes tuvieron dientes obturados y perdidos el promedio del CPQ₈₋₁₀ fue de 16.54 ± 13.59 y 18 ± 5.65 , similar para quienes no lo tuvieron 16.76 ± 10.88 ($p=0.64$) y 16.58 ± 12.67 ($p=0.56$) respectivamente. (Tabla 13)

Con respecto a la severidad de la caries dental, el promedio de las calificaciones fue más alto para quienes presentaron caries en esmalte 17.06 ± 12.96 , caries en dentina 18.54 ± 13.18 , caries que afecta tejido pulpar 21.00 ± 12.93 y dientes indicados para extracción 18.20 ± 8.70 , en comparación con quienes no lo presentaron 13.85 ± 8.66 ($p=0.20$), 13.80 ± 11.00 ($p=0.29$), 15.02 ± 12.05 ($p=0.11$) y 16.46 ± 12.85 ($p=0.48$) respectivamente. (Tabla 13)

En la tabla 14 se presentan los valores de las calificaciones del CPQ₁₁₋₁₄, de acuerdo al CPO-D y a la severidad de las caries. Se observó que el puntaje de las calificaciones en niños que presentaron dientes cariados fue 35.75 ± 24.08 , caries en dentina = 29.79 ± 21.87 y dientes indicados para extracción = 61.00 ± 8.70 , no se observaron diferencias con los que no los presentaron 26.38 ± 19.78 ($p=0.78$), 26.00 ± 19.26 ($p=0.51$), 27.50 ± 12.85 ($p=0.19$) respectivamente. El promedio entre los que tienen dientes obturados fue 27.86 ± 20.51 y dientes perdidos fue 24.0 ± 15.55 , sin diferencias con los que tienen ausencia de los mismos 29.28 ± 22.01 ($p=0.92$) y 28.65 ± 21.20 ($p=0.97$) respectivamente. Por otro lado, los promedios de las calificaciones son muy similares en ausencia y presencia de caries que afecta tejido pulpar y caries en esmalte, ($p=0.62$, $p=0.97$) respectivamente. (Tabla 14)

Cabe señalar, que también se identificó si las variables relacionadas con la caries dental (número de dientes cariados, dientes obturados, dientes perdidos, así como el número de dientes sanos estaban correlacionados con el puntaje del CPQ₈₋₁₀ y CPQ₁₁₋₁₄, se encontró que ninguna de ellas mostró asociación significativa con los valores del CPQ₈₋₁₀ y CPQ₁₁₋₁₄) estos resultados no se incluyeron.

En las correlaciones de las variables independientes relacionadas con la severidad de la caries se encontró que para el CPQ₈₋₁₀ la caries que afecta tejido pulpar explica el 13.4% (11.7% corregido) de la variabilidad en el puntaje del CPQ₈₋₁₀. (Tabla 15)

Con respecto a los niños que tuvieron maloclusión (clase de Angle), la media del puntaje obtenido en el CPQ₈₋₁₀ fue 17.7 ± 9.71 para la clase I y 17.07 ± 16.5 para la clase II, los mismos que fueron muy similares, seguido del 14.53 ± 17.91 para la clase III, sin observarse diferencias significativas ($p=0.370$) (Tabla 16). En cuanto, al promedio de las calificaciones del CPQ₁₁₋₁₄ con los 3 tipos de maloclusiones, los valores fueron similares para clase I

33.61±24.81, clase II 20.90 ±9.94 y clase III 27.00 ±20.69 y no se encontraron diferencias significativas en los promedios ($p=0.57$). (Tabla 17)

En relación, con la clasificación de maloclusión de Ackerman se observó que los promedios del CPQ₈₋₁₀ presencia de desviación de la línea media fueron 18.08±11.71, en sobremordida fue 19.46±14.30 y en los que no presentaban este tipo de maloclusiones fue 15.48±13.10 ($p=0.30$), 13.80±9.76 ($p=13.80$) respectivamente y no se observaron diferencias significativas entre los promedios. En cambio los promedios en aquellos niños que presentaron mordida cruzada posterior, traslape horizontal, malposición dentaria y mordida abierta fueron 14.50±9.12, 14.50 ±9.12, 16.20±11.97, 12.75±6.04 respectivamente, sin diferencias significativas con los niños que no presentaron este tipo de maloclusiones ($p=0.65$, $p=0.52$, $p=0.68$, $p=0.54$) respectivamente. (Tabla 18).

El promedio de las calificaciones del CPQ₁₁₋₁₄ en presencia de desviación de línea media fue 27.50 ±21.90 ($p=0.36$), traslape horizontal = 23.00±0.00 ($p=0.96$) y sobremordida = 23.18±20.17 ($p=0.12$), y fue similar a los que no presentaban estas maloclusiones. Se observaron valores mayores en los niños que presentaron malposición dentaria 36.85±23.62 y mordida abierta 39.0±18.11 que entre los que no presentaron (17.31±7.92, 24.48±20,64) respectivamente. Las diferencias en los promedios de los cuestionarios fueron estadísticamente significativas para ambos ($p=0.01$). (Tabla 19).

En cuanto a presencia o ausencia de defectos en la estructura del esmalte, el promedio del CPQ₈₋₁₀ fue similar para quienes tuvieron y no tuvieron este tipo de patología reportando 17.00±11.85, 16.51±12.79 respectivamente y las diferencias en los promedios no fueron significativas ($p=0.92$). Sin embargo los niños de mayor edad reportaron un mayor puntaje en las calificaciones del CPQ₁₁₋₁₄, en presencia de algún defecto en la estructura del esmalte 38.90±22.40 y los valores más bajos en ausencia de esta patología 24.51±19.16. Las diferencias en los promedios fueron estadísticamente significativas ($p=0.05$). (Tabla 20)

En la tabla 21, se presentan los promedios del CPQ con los diferentes motivos por los cuales los niños acuden a la consulta odontológica, se observaron valores altos en el CPQ₈₋₁₀ para aquellos que acuden por alguna razón como "caries" 23.5 ±14.66, para "dolor" 22.0±17.49, "malposición" 15.4±11.47 y los puntajes más bajos fueron para "revisión general" 5.16±6.01, siendo las diferencias de los promedios estadísticamente significativas ($p= 0.05$).

No sucede lo mismo con los promedios del CPQ₁₁₋₁₄, para “caries” fue 31.4 ± 21.27 , “malposición” 33.2 ± 27.94 , “malposición y otros” 27.0 ± 22.99 , “revisión” 16.00 ± 4.35 . Las diferencias en los promedios por motivos de la consulta no fueron significativos ($p=0.93$).

DISTRIBUCIÓN DE LAS CALIFICACIONES OBTENIDAS DEL INSTRUMENTO DE ALFABETISMO FUNCIONAL EN ODONTOLOGÍA SEGÚN LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

En cuanto a los puntajes de alfabetismo funcional en odontología, el promedio fue de 24.4 ± 3.7 , la mediana fue 25, y el rango de 12 a 29. (Tabla 10)

En la tabla 22 se presentan los puntajes obtenidos del Instrumento de alfabetismo funcional en odontología de acuerdo con los datos sociodemográficos obtenidos de los padres/tutores. El promedio del puntaje del instrumento fue 24.50 ± 3.40 para el grupo de 25 a 35 años de edad, 24.70 ± 3.66 para el grupo de 36 a 45 años y 23.23 ± 4.79 para el grupo de 46 años y más. Las diferencias en los promedios del instrumentos no fueron estadísticamente significativas ($p=0.52$). Por sexo, el promedio de las calificaciones para los hombres fue de 25.60 ± 4.03 y para las mujeres fue de 25.60 ± 4.03 . Las diferencias de los promedios fueron estadísticamente significativas.

Con respecto a si la persona es la responsable del cuidado del niño, el tutor tuvo un promedio en el puntaje del Instrumento de alfabetismo funcional en odontología de 25.57 ± 3.73 y para el padre o madre fue de 24.56 ± 3.71 , sin encontrar diferencias significativas en los promedios ($p=0.075$). (Tabla 22)

En cuanto, al nivel de escolaridad los padres que tuvieron mayor grado de estudios (preparatoria o más) tuvieron puntajes más altos en el Instrumento de Alfabetismo funcional 25.73 ± 2.50 y los que tan solo cursaron la primaria y la secundaria tuvieron un promedio más bajo 23.42 ± 4.27 . Las diferencias en los promedios fueron estadísticamente significativas ($p=0.04$). (Tabla 22)

Con respecto al estado civil el promedio de las calificaciones fue 24.60 ± 2.84 para los solteros, $24,57 \pm 3.74$ para los casados y 22.0 ± 5.17 para los divorciados, sin encontrarse diferencias significativas en los promedios de las calificaciones del Instrumento de alfabetismo funcional en odontología ($p=0.27$). (Tabla 22)

DISTRIBUCIÓN DE LAS CALIFICACIONES OBTENIDAS DEL INSTRUMENTO DE ALFABETISMO FUNCIONAL EN ODONTOLOGÍA SEGÚN LAS CONDICIONES BUCALES

El promedio de las calificaciones del Instrumento de Alfabetismo funcional en Odontología ante la presencia de dientes cariados fue 24.46 ± 24.39 , para dientes obturados 24.97 ± 2.97 , para caries en dentina 24.11 ± 3.81 , caries en tejido pulpar 25.00 ± 3.09 y para dientes indicados para extracción 21.83 ± 5.07 , estos valores son muy similares para aquellos niños que no presentaron estas patologías mencionadas. Las diferencias en los promedios del Instrumento no fueron significativas ($p=0.68$, $p=0.39$, $p=0.51$, $p=0.57$, $p=0.10$) respectivamente. (Tabla 23)

En cuanto al promedio del puntaje del instrumento de acuerdo con los defectos del esmalte en los niños, se observó que los niños que presentaron algún defecto tuvieron un promedio de 23.47 ± 3.47 , similar para aquellos que no tuvieron defectos en el esmalte. Las diferencias en los promedios del instrumento no fueron estadísticamente significativas ($p=0.22$). (Tabla 24)

En la tabla 25 se presenta el promedio del puntaje obtenido del Instrumento de alfabetismo funcional de acuerdo a las maloclusiones (Clase de Angle), los promedios son muy similares, para la clase I fue 23.95 ± 4.10 , clase II 24.95 ± 3.50 y para la clase III 24.82 ± 3.24 , sin observar diferencias significativas en los promedios ($p=0.396$).

En la tabla 26 se presenta el promedio de las calificaciones el Instrumentos de alfabetismo de acuerdo a las maloclusiones (Ackerman). Se observó que los promedios en presencia de malposición dentaria 24.31 ± 3.71 , sobremordida 24.12 ± 4.00 , desviación de la línea media 24.20 ± 4.17 , mordida abierta 23.94 ± 3.22 , traslape horizontal 23.80 ± 4.56 , diastema 24.73 ± 2.60 , mordida cruzada posterior 24.91 ± 3.75 , fueron similares a los promedios de los niños que no tuvieron este tipo de maloclusiones. Las diferencias en los promedios del Instrumento no fueron estadísticamente significativas ($p=0.47$, $p=0.58$, $p=0.97$, $p=0.27$, $p=0.76$, $p=0.79$, $p=0.28$) respectivamente.

Los promedios para los diferentes motivos de consulta también fueron muy parecidos, para "caries" 24.13 ± 2.92 , "malposición" 24.68 ± 4.42 , "malposición y otros" 25.71 ± 1.25 , "revisión general" 25.11 ± 5.10 . Las diferencias en los promedios del Instrumento no fueron significativas ($p=0.47$). (Tabla 27)

Para identificar si el alfabetismo funcional en odontología (Instrumento de Alfabetismo funcional en odontología) estaba asociado con las variaciones de las calificaciones de los cuestionarios de calidad de vida se hicieron regresiones lineales simples.

No se observó correlación entre los puntajes del instrumento de alfabetismo funcional en odontología y los puntajes de los instrumentos CPQ₈₋₁₀ y CPQ₁₁₋₁₄ ($p= 0.736$, $p=0.935$ respectivamente). (Tabla 28) (Gráficas 2 y 3)

MODELO DE REGRESIÓN LOGÍSTICA BINARIA

Se realizó dos modelos de regresión logística binaria donde se incluyeron como variables independientes aquellas que estuvieron asociadas estadísticamente ($p < 0.10$) y que eran de interés para el estudio, además de la variable de alfabetismo funcional. La variable dependiente fue la calidad de vida que se dicotomizó utilizando como punto de corte la mediana (CPQ₈₋₁₀ = 14.5; CPQ₁₁₋₁₄ = 23) de la distribución del CPQ, la calidad de vida relacionada con la salud bucal se consideró como buena cuando los valores estuvieron debajo de la mediana y, como mala cuando los valores estuvieron por arriba de ella.

En el primer modelo donde la variable dependiente fue el CPQ₈₋₁₀, se ingresaron variables independientes en el modelo inicial: alfabetismo funcional, género del niño, caries en dentina, caries en pulpa, sobremordida y motivos de consulta. Este modelo mostró que los niños que tienen caries que afecta tejido pulpar tienen 3.46 veces mayor riesgo de tener un mayor impacto negativo en su calidad de vida (IC 95% 1.12-10.68) que aquellos niños que no tienen caries que afectan al tejido pulpar. En cuanto al alfabetismo funcional de los padres, la presencia de caries en tejido dental, el género del niño y la presencia de sobremordida no mostraron asociación significativa en el modelo final. (Tabla 29)

En el segundo modelo de regresión logística se incluyó como variable dependiente el CPQ₁₁₋₁₄, las variables independientes que ingresaron en el modelo inicial fueron: alfabetismo funcional, género del tutor, género del niño, dientes cariados, mordida cruzada, mordida abierta, malposición dentaria y diastema. Este modelo mostró que las niñas tienen 7.3 veces mayor riesgo (RM 7.3 IC 95% 1.34-40.13), que los niños de tener un mayor impacto negativo sobre su calidad de vida y los niños con mordida cruzada posterior tienen 10.4 veces más riesgo de tener mayor impacto negativo sobre su calidad de vida (RM 10.4 IC95% 1.49-72.17), que aquellos niños que no tienen mordida cruzada posterior. El Alfabetismo funcional no se asoció estadísticamente (Tabla 30).

DISCUSIÓN

El propósito de este estudio fue identificar si las condiciones de salud bucal tienen un impacto en la calidad de vida de niños de 8 a 14 años que solicitan atención de primera vez en la Clínica de Odontopediatría de la División de Estudios de Posgrado e Investigación de la Facultad de Odontología, UNAM, campus CU, utilizando el instrumento Cuestionario de Percepción Infantil (CPQ) y si el nivel de alfabetismo funcional de los padres/ madres o tutores está asociado con el impacto de la salud bucal en la calidad de vida de los niños.

En este estudio encontramos diferencias en los puntajes del CPQ₈₋₁₀ y el número de dientes con caries pulpar, sin embargo, no se observaron diferencias al utilizar el índice CPO-D. Este hallazgo difiere de lo que otros estudios han reportado sobre mayor experiencia de caries dental (3- 4 superficies con experiencia de caries, usando el CPO-D) y los altos puntajes del CPQ en niños de 8 a 10 años de edad (5, 12, 37, 107, 128). Un estudio realizado en México(128), corrobora nuestro hallazgo en que el CPOD >1 en niños no estuvo asociado con la mala CVrSB.

Para el CPQ₁₁₋₁₄, tampoco encontramos diferencias en las puntuaciones según la presencia (CPO-D) (Anexo 2) y severidad de caries dental (caries en esmalte, caries en dentina, caries que afecta tejido pulpar, y diente indicado para extracción) (Anexo 3). Estos hallazgos son similares a lo que otros estudios han reportado(45, 87, 107, 128-130). Sin embargo otros estudios sí encontraron una asociación significativa entre la presencia de caries dental y el impacto negativo en la calidad de vida en niños pertenecientes a este grupo de edad (5, 36, 74, 131-134). Esto indica que las diferencias entre los instrumentos, así como las características socioculturales de cada grupo evaluado pueden modificar los resultados la evaluación del impacto de la caries dental en la calidad de vida.

Cabe mencionar que el presente trabajo no solo tomó en cuenta el CPO-D para evaluar la experiencia de caries en los niños de 8 a 14 años, sino que también consideró la severidad de caries de acuerdo al tejido dental que está afectado (caries en esmalte, dentina, tejido pulpar y destrucción total del tejido dentario) que fueron incluidos en un modelo de regresión logística bivariada ajustándola por variables sociodemográficas, clínicas y de alfabetismo funcional de los padres, la presencia de caries que afecta el tejido pulpar aumenta 3.46 veces el riesgo de tener un mayor impacto negativo en su calidad de vida en niños de 8 a 10

años de edad (IC 95% 1.12-10.68). De esta manera; mientras avanza el proceso carioso a tejidos más profundos del diente, el impacto será mayor en la calidad de vida probablemente relacionada con el dolor y las dificultades para masticar. Aunque el estudio de Do et al. (107) no usó esta clasificación, concluyó que la mayor experiencia de caries se asoció con el impacto negativo en la calidad de vida en niños.

El presente trabajo de investigación utilizó para evaluar el impacto de las maloclusiones en la calidad de vida de los niños, la clasificación de las maloclusiones clase de Angle I, II y III y la clasificación de Ackerman, encontrando que los niños de 8 a 10 años no reportaron diferencias en el puntaje de las calificaciones en presencia o ausencia de las maloclusiones. Cabe mencionar que la mayoría de los estudios han utilizado el DAI (Dental Aesthetic Index) para identificar la asociación entre la maloclusión y la calidad de vida. Este índice fue desarrollado en 1986 con el objetivo de evaluar la relativa aceptabilidad social de la apariencia dental basada en la percepción pública(135). Estudios como el de Do et al, reportaron que los niños con un alto puntaje del DAI elevaron 7.8 unidades el puntaje el CPQ₈₋₁₀, sugiriendo de esta manera un mayor impacto negativo en su calidad de vida comparado con aquellos niños que reportaron un bajo puntaje en el DAI(107). Aguilar- Díaz et al., (12) reportó que los niños con maloclusión severa tuvieron una asociación significativa con todos los dominios del CPQ₈₋₁₀. Otros estudios corroboran nuestros resultados en los que no se encontraron asociación entre la maloclusión y la CVrSB (37, 136). O'Brien et al, explica que el CPQ no fue desarrollado para medir los impactos de los problemas ortodónticos y que algunas preguntas de los dominios funcional y síntomas orales no son necesariamente relevantes para pacientes con maloclusión (114). Estos resultados contradictorios pueden ser explicados por que la CVrSB varía entre y dentro de los individuos (137), de acuerdo a la cultura y educación (138), contribuyendo a distintos impactos de la maloclusión y la CVrSB.

Por otra parte, en los niños de 11 a 14 años de edad, algunos tipos de maloclusiones de la clasificación de Ackerman como: la mordida cruzada tuvieron una asociación con la mala calidad de vida (CPQ₁₁₋₁₄). Salinas-Martínez et al. usando el índice de maloclusión de la OMS(139) (dientes inclinados, girovertidos, diastemas, resalte maxilar, mordida cruzada anterior) encontraron que estaban asociadas al impacto negativo en la calidad de vida (140).

En cuanto al género de los niños, el presente estudio ha encontrado puntajes más altos del CPQ₁₁₋₁₄ en los reportes de las niñas que en el de los niños; es decir, las mujeres tienen con

un 7.3 veces mayor riesgo de tener un mayor impacto negativo en su calidad de vida CPQ₁₁₋₁₄ ($p=0.018$). Estos hallazgos fueron consistentes con lo encontrado en otros estudios (36, 77, 133, 141-143). Esto sugiere que las mujeres tienden a ser más sensibles a la percepción estética de apariencia dental comparada con los hombres(144), Tung et al, afirma que las mujeres tienen un menor auto-concepto de sí mismas que los hombres y que estas se ven afectadas por como son percibidas (atractivas o no atractivas), por su estética facial y dental(145). De acuerdo con McGrath et al., el género influye en las variaciones de los efectos sociales y psicológicos frente a los problemas bucodentales, las mujeres perciben a la salud bucal con un mayor impacto en la calidad vida que los hombres(88). Sin embargo, en el estudio de Jongh et al. (146), se encontró que los varones de 12 años de edad tienden a reportar una peor calidad de vida que las niñas de la misma edad ($p<0.05$). Ukra et al. (147), encontraron que las mujeres reportaron una pobre calidad de vida, excepto en los síntomas orales, donde los puntajes más altos fueron de los hombres.

Otras variables clínicas que se ingresaron en el estudio fueron los defectos en el esmalte dentario (hipoplasia/ hipomineralización del esmalte), y al igual que en otro estudio no se encontraron diferencias. Otros estudios han reportado mayor impacto negativo en la CVrSB en niños de 11 a 14 años de edad en presencia de defectos en el esmalte dentario (111), esto fue importante ya que este tipos de defectos pueden causar sensibilidad dental o ser más susceptibles a cavitaciones dentales. Es importante considerar los estudios que han encontrado asociación entre la presencia de fluorosis y la calidad de vida relacionada con la salud bucal(12).

Existen estudios que han reportado una fuerte asociación con una mala calidad de vida de los niños, quienes estuvieron al cuidado de un tutor (familiar o vecino), los niños cuyos padres tenían un nivel de escolaridad más bajo y quienes venían de un hogar disfuncional (36, 75, 143). Oliveira et al., observó que ciertos comportamientos relacionados con la salud bucodental están asociados con el nivel de educación de los padres, por ejemplo, el número de visitas al dentista y los hábitos de higiene oral son menos frecuentes en adolescentes cuyos padres tienen menor nivel de educación(148). Sin embargo, estas asociaciones no fueron significativas para los participantes de este estudio. Estos hallazgos los corrobora un estudio de Makhija et al.(149), quienes no encontraron diferencias significativas al comparar según estos datos sociodemográficos. Otro estudio en Brasil coincide en señalar que los niños que provienen de madres y padres con un nivel de educación menor de 8 años no se asociaron a los impactos en la calidad de vida de sus hijos (3).

En el presente estudio la persona responsable del niño puede ser el padre o cualquier otra persona y estas diferencias entre ser el padre/madre u otra persona no estuvieron asociadas con las diferencias en las calificaciones de CVrSB de los niños. Estos resultados son diferentes a los encontrados en otro estudio(63) quienes informaron mejor calidad de vida aquellos niños que vivían con sus padres biológicos(63, 150).

En cuanto al estado civil de los padres/cuidadores de los niños, no se encontraron diferencias en los puntajes del CPQ₈₋₁₀ y CPQ₁₁₋₁₄, estos hallazgos coinciden con Abanto et al y Martins et al., donde ellos reportaron que el estado civil de los padres no se asoció con la calidad de vida de sus hijos(3, 151).

En el presente estudio la edad de los padres/ cuidadores no mostró asociación significativa con los puntajes del CPQ₈₋₁₀ y CPQ₁₁₋₁₄, lo cual coincide con Abanto et al.(3) y Baker et al. (152) quienes reportaron no haber encontrado asociación entre la edad de los padres y la CVrSB de los niños. Sin embargo Divaris et al., encontró asociación significativa entre la edad de los padres/ cuidadores, aquellos padres de 18 a 23 y de 30 a 57 años de edad, estuvieron asociados a una peor calidad de vida y aquellos padres que tuvieron entre 24 y 29 años estuvieron asociados a una mejor CVrSB. (64).

Nuestros resultados no indicaron diferencias en los puntajes del alfabetismo funcional de Odontología de los padres/cuidadores según diferentes problemas de salud bucodental de los niños. Estos resultados no son consistentes con los encontrados en otros estudios que sí han reportado diferencias en las puntuaciones de los Instrumentos de alfabetismo funcional y el estado de salud oral de los niños(64). Bridges et al. reportó que la presencia de dientes cariados, perdidos y obturados estuvieron asociados significativamente a un menor alfabetismo funcional de los padres (121). Miller et al., también reportó que un bajo alfabetismo funcional del cuidador estuvo asociado al mal estado de salud bucal del niño(68). La posible falta de asociación puede estar relacionado con dos factores, el primero las características socioculturales de la población estudiada y el segundo, el instrumento de medición de alfabetismo funcional que ha probado su confiabilidad, sin embargo ha sido poco utilizado y puede requerir de mayores ajustes para incrementar su validez.

En cuanto al papel que podía cumplir el alfabetismo funcional en odontología de los padres/cuidadores de modificar la percepción de la calidad de vida de los niños, en nuestro estudio no se encontró asociación. Actualmente no existe algún estudio que evalúe el

alfabetismo funcional de los padres y la calidad de vida de los niños en edades escolares. Sin embargo, Divaris et al, (64) encontró una asociación entre el alfabetismo en odontología de los padres y la calidad de vida en los preescolares (ECHOIS).

Es necesario considerar las limitaciones del presente estudio. La evaluación de las condiciones clínicas (caries, maloclusión, traumatismos, defectos del esmalte) fue obtenida del expediente clínico, lo que puede disminuir la validez de las mediciones, ya que a pesar de que los examinadores fueron los estudiantes de la especialización en odontopediatría no fueron estandarizados clínicamente, lo que disminuye la validez de las estimaciones clínicas. Cabe señalar que el entrevistador presencié la toma de los datos clínicos de los niños.

Otra limitación de este estudio puede haber sido el tamaño de la muestra, ya que no se estratificó por edad, por lo que el grupo de 11 a 14 años tuvo un tamaño pequeño, ya que en el modelo de regresión logística la variable de alfabetismo funcional tuvo una significancia de 0.09, y sería necesario incrementar el tamaño de la muestra para evaluar su significancia.

Por último, se debe tomar en cuenta de que la muestra estuvo conformada por niños que solicitaron atención dental, es decir que acudieron por múltiples problemas bucales, por ello la prevalencia tan alta de ciertos problemas como sobremordida y maloclusión .

No fue el objetivo de este estudio generalizar a otra población, sino identificar si estas asociaciones están presentes en pacientes que acudieron por primera vez, en busca de tratamiento dental. El acceso a esta población específica permitió que en este estudio se pudieran identificar diversos problemas de salud bucal, a diferencia de otros estudios donde se investigan problemas específicos, además se pudo obtener información sobre el alfabetismo funcional de los padres. Algunos estudios también han evaluado el impacto de las condiciones bucales en la calidad de vida de los niños con muestras de conveniencia en hospitales o instituciones de las Universidades (21, 114). Sin embargo, en este estudio se incluyó el alfabetismo funcional en odontología de los padres o responsables de los niños, lo que no se ha reportado previamente.

También es oportuno tomar en cuenta que muchas de las enfermedades progresan con el tiempo y las percepciones de los individuos cambian durante toda la vida, una enfermedad

en particular podría causar impactos en la calidad de vida en algún punto del tiempo pero no más tarde o viceversa. Por lo tanto, sería necesaria la planeación de estudios longitudinales los cuales podrían ayudar a entender como ciertas condiciones orales afectan la calidad de vida de las personas en diferentes ocasiones, es decir elaborar hipótesis de causalidad.

CONCLUSIONES

A partir de los resultados obtenidos se puede concluir que:

La presencia de caries pulpar se asoció con mayor impacto negativo en la calidad de vida en niños de 8 a 10 años.

El sexo y la mordida cruzada están asociados con mayor probabilidad de impacto negativo de la salud bucal en la calidad de vida de 11 a 14 años.

El alfabetismo funcional de los padres/tutores no se asoció a la calidad de vida de los niños.

Aquellas condiciones que afectan la estética de los adolescentes, pueden guiar al profesional a planificar mejor los tratamientos para cada individuo y proporcionar un cuidado óptimo al paciente, dependiendo de las necesidades específicas de los individuos y no solo tratar signos y síntomas clínicos.

TABLASY GRÁFICAS

TABLA 1. Distribución por edad, sexo, nivel de escolaridad y por grupos de edad de los niños que acudieron a la Clínica de Odontopediatría de la DEPel, 2013.

Fuente: Directa

| Niños (grupo de edad) | 8-10 | | 11-14 | | Total | |
|--------------------------|------------|-----------------------|------------|-----------------------|------------|-----------------------|
| | n | Media (D.E) (años) | n | Media (D.E) (años) | n | Media (D.E) (años) |
| | 52 | 8.63(0.72) | 37 | 12.14 (0.92) | 89 | 10.0 (1.91) |
| Sexo | Masculino | | Femenino | | Total | |
| | n | Media (D.E) (años) | n | Media (D.E) (años) | n | Media (D.E) (años) |
| | 52 | 10.88(1.97) | 37 | 9.45(1.61) | 89 | 10.09(1.91) |
| Edad | Masculino | | Femenino | | Total | |
| | n (%) | | n (%) | | n (%) | |
| 8-10 | 17 (42.5%) | | 35 (71.4%) | | 52 (58.4%) | |
| 11-14 | 23 (57.5%) | | 14 (28.6%) | | 37 (41.6%) | |
| Total | 40 (44.9%) | | 49 (55.1%) | | 89 (100%) | |

TABLA 2. Promedio de edad de la persona responsable del niño por género. Clínica de Odontopediatría de la DEPel- 2013.

| Responsable del niño (padre/madre o tutor) | Padre/ Madre | | Tutor | | Total | |
|---|--------------|-----------------------|-----------|-----------------------|----------|-----------------------|
| | n(%) | Media (D.E) (años) | n(%) | Media (D.E) (años) | n(%) | Media (D.E) (años) |
| | 82(92.1%) | 37.26 (±6.39) | 7(7.9%) | 47.71(±11.8) | 89(100%) | 38.11(±7.43) |
| Género | Masculino | | Femenino | | Total | |
| | n(%) | Media (D.E) (años) | n(%) | Media (D.E) (años) | n(%) | Media (D.E) (años) |
| | 15(16.9%) | 41.60 (±4.61) | 74(83.1%) | 37.4 (±7.7) | 89(100%) | 38.11(±7.43) |

Fuente: Directa

TABLA 3. Distribución de la características sociodemográficas (Estado Civil) del padre/madre o tutor de los niños que acudieron a la clínica de odontopediatría de la DEPEI- 2013.

| Padre/ madre o tutor | Edad (años) | | Sexo (%) | |
|----------------------|-------------|-----------------|------------------|-----------|
| | n (%) | Media (D.E) | Hombre | Mujer |
| Estado civil | | | n(%) n(%) | |
| Soltero | 15 (16.9%) | 34.60 (± 6.23) | 2(13.3%) | 13(86.7%) |
| Casado | 53 (59.6%) | 39.58 (± 6.90) | 11(20.9%) | 42(79.2%) |
| Divorciado | 15 (16.9%) | 38.75 (± 5.43) | 1(25.0%) | 3(75.0%) |
| Viudo | 4 (4.5%) | 50.00 (± 18.38) | 0(0.0%) | 2(100.0%) |
| Unión libre | 2 (2.2%) | 34,67 (± 6.76) | 1(6.7%) | 14(93.3%) |
| Total | | 38.11 (±7.43) | 15(16.9%) | 74(83.1%) |

Fuente: Directa

TABLA 4. Distribución de la características sociodemográficas (Nivel de escolaridad) del padre/madre o tutor de los niños que acudieron a la clínica de odontopediatría de la DEPEI- 2013.

| Padre/madre o tutor | Edad(años) | | Sexo (%) | |
|-----------------------------|------------|---------------|-------------|------------|
| | n (%) | Media(D.E) | Hombre n(%) | Mujer n(%) |
| Nivel de escolaridad | | | | |
| Primaria incompleta | 5 (5.6%) | 40.40 (±3.78) | 1(20.0%) | 4(80.0%) |
| Primaria completa | 7 (7.9%) | 37.14 (±7.03) | 1(14.3%) | 6(85.7%) |
| Secundaria | 28 (31.5%) | 36.32 (± 6.9) | 3(10.7%) | 25(89.3%) |
| Estudios técnicos | 15 (16.9%) | 38.93(±8.54) | 2(13.3%) | 13(86.7%) |
| Prepa o bachillerato | 21(23.6%) | 37.86 (±7.06) | 4(19.0%) | 17(81.0%) |
| Licenciatura o más | 13 (14.6%) | 41.08 (±8.76) | 4(30.8%) | 9(69.2%) |
| Total | 89(100%) | 38.11(±7.43) | 15(16.9%) | 74(83.1%) |

Fuente: Directa

TABLA 5. Promedio de dientes sanos, obturados, cariados y perdidos y el índice CPO-D por grupo de edad en los niños que acudieron a la clínica de odontopediatría del DEPel, 2013.

| | 8-10(años) | | 11-14(años) | | Total | |
|-----------------------------|--------------|---------|--------------|---------|--------------|---------|
| | Media (D.E) | Mediana | Media(D.E) | Mediana | Media(D.E) | Mediana |
| | # dientes) | | # dientes) | | # dientes) | |
| Sanos | 15.8 (±3.98) | 16.0 | 20.5 (4.39) | 21.0 | 17.8 (4.73) | 18.0 |
| Obturados Sin caries | 2.25 (±2.67) | 1.00 | 1.62(±2.67) | 0.00 | 1.98(±2.67) | 1.00 |
| Cariados | 4.80 (±3.56) | 5.00 | 3.16 (±2.71) | 3.00 | 4.12(±3.32) | 4.00 |
| Obturados Con caries | 0.62 (±1.37) | 0.00 | 0.32(±1.11) | 0.00 | 0.49 (±1.27) | 0.00 |
| Perdidos | 0.04 (±0.19) | 0.00 | 0.05(±0.23) | 0.00 | 0.04(±0.21) | 0.00 |
| CPO | 7.71(±3.83) | 8.00 | 5.16(±3.88) | 5.00 | 6.65(±4.03) | 7.00 |

Fuente: Directa

TABLA 6. Distribución de la severidad de la caries por grupo de edad en los niños que acudieron a la clínica de odontopediatría del DEPel ,2013.

| | 8-10(años) | | 11-14(años) | | Total | |
|---|--------------|---------|--------------|---------|--------------|---------|
| | Media (D.E) | Mediana | Media(D.E) | Mediana | Media (D.E) | Mediana |
| | #dientes) | | #dientes) | | #dientes) | |
| Severidad de caries | | | | | | |
| Ausencia de caries | 15.8(±3.98) | 16.0 | 20.5 (±4.39) | 21.0 | 17.8 (4.73) | 18.0 |
| Caries en esmalte | 2.9 (±2.20) | 3.00 | 2.40(±2.32) | 2.00 | 2.69(±2.25) | 2.00 |
| Caries en dentina | 1.78 (±2.06) | 1.00 | 0.78 (±1.25) | 0.00 | 1.37(±1.83) | 0.00 |
| Caries que afecta al tejido pulpar | 0.52 (±1.36) | 0.00 | 0.21(±0.48) | 0.00 | 0.39 (±1.09) | 0.00 |
| Diente indicado para extracción | 0.23 (±0.89) | 0.00 | 0.03(±0.16) | 0.00 | 0.15(±0.69) | 0.00 |

Fuente: Directa

TABLA 7. Distribución del tipo de oclusión (Clase de Angle) por grupo de edad de los niños que acudieron a la clínica de odontopediatría de la DEPel- 2013.

| | 8-10 (años) | | 11-14(años) | | Total | |
|-----------------------|-----------------|-------------------|-----------------|------------------|-----------------|------------------|
| Clase de Angle | | | | | | |
| | Ausente n(%) | Presente n (%) | Ausente n(%) | Presente n(%) | Ausente n(%) | Presente n(%) |
| Clase I | 28(58.8) | 24(46.2) | 19(51.4) | 18(48.6) | 47(52.8) | 42(47.2) |
| Clase II | 39(75) | 13(25) | 26(70.3) | 11(29.7) | 65(73.0) | 24(27.0) |
| Clase II | 37(71.2) | 15(28.8) | 29(78.4) | 8(21.6) | 66(74.2) | 23(25.8) |

Fuente:Directa

TABLA 8. Distribución de las maloclusiones (Ackerman) de acuerdo la presencia de por grupo de edad de los niños que acudieron a la clínica de odontopediatría de la DEPel- 2013.

| | 8-10(años) | | 11-14(años) | | Total | |
|----------------------------------|-----------------|------------------|-----------------|------------------|-----------------|------------------|
| Malclusion (Ackerman) | | | | | | |
| | Ausente n(%) | Presente n(%) | Ausente n(%) | Presente n(%) | Ausente n(%) | Presente n(%) |
| Desviación de línea media | 29(55.8) | 23(44.2) | 11(29.7) | 26(70.3) | 40 (45.0) | 49 (55.0) |
| Mordida cruzada posterior | 36(69.2) | 16(30.8) | 26(70.3) | 11(29.7) | 62(69.7) | 27(30.3) |
| Traslape horizontal | 25(48.1) | 27(51.9) | 36(97.3) | 1(2.7) | 61(68.5) | 28(31.5) |
| Mal posición dentaria | 9(17.3) | 43(82.7) | 16(43.2) | 21(56.8) | 25(28.1) | 64(71.9) |
| Sobremordida | 26(50) | 26(50) | 21(56.8) | 16(43.2) | 47(52.8) | 42(47.2) |
| Mordida abierta | 44(84.6) | 8(5.4) | 27(73) | 10(27) | 71(79.8) | 18(20.2) |
| Diastema | 38(73.1) | 14(26.9) | 32(86.5) | 5(13.5) | 70(78.7) | 19(21.3) |

Fuente:Directa

TABLA 9. Distribución de los motivo de consulta según grupo de edad de los niños que acudieron por primera vez a la clínica de odontopediatría de la DEPEI- 2013.

| Motivo de consulta | 8-10 (años) | | 11-14 (años) | | TOTAL | |
|----------------------|-------------|------------|--------------|------------|-----------|------------|
| | n | % | n | % | n | % |
| Caries | 10 | 19.2 | 5 | 13.5 | 15 | 16.9 |
| Dolor | 4 | 7.7 | 0 | 0.0 | 4 | 4.5 |
| Malposición | 19 | 36.5 | 10 | 27.0 | 29 | 32.6 |
| Malposición y caries | 3 | 5.8 | 11 | 29.7 | 14 | 15.7 |
| Malposición y otros | 3 | 5.8 | 4 | 10.8 | 7 | 7.9 |
| Revisión | 6 | 11.5 | 3 | 8.1 | 9 | 10.1 |
| Otros | 7 | 13.5 | 4 | 10.8 | 11 | 12.4 |
| Total | 26 | 100 | 37 | 100 | 89 | 100 |

Fuente: Directa

TABLA 10. Media y mediana de las calificaciones del CPQ₈₋₁₀, CPQ₁₁₋₁₄ y de Alfabetismo funcional en Odontología (niños y padres/tutores) que acudieron a la clínica de odontopediatría de la DEPEI- 2013.

| | n | Media (D.E) (puntaje obtenido) | Mediana | Mínimo | Máximo |
|---|----|-----------------------------------|---------|----------|----------|
| | | | | Paciente | Paciente |
| CPQ₈₋₁₀ | 52 | 16.36(±12.45) | 14.50 | 0 | 52 |
| CPQ₁₁₋₁₄ | 37 | 28.40(±20.80) | 23 | 4 | 79 |
| Alfabetismo funcional en odontología | 89 | 24.40(± 3.73) | 25 | 12 | 29 |

Fuente: Directa

TABLA 11. Media y mediana de las calificaciones obtenidas del CPQ₈₋₁₀ con la edad, género, estado civil y el nivel de escolaridad de los padres/ tutores de los niños que acudieron a la clínica de odontopediatría de la DEPeI- 2013.

| | | Género de los niños | | |
|---|--|------------------------------|---|--|
| | | Masculino | Femenino | |
| CPQ₈₋₁₀ (puntaje total) | n | 17 | 35 | |
| | Media (D.E) | 17.70(16.63) | 24.70(3.66) | |
| | Mediana (puntaje total) | 8 | 15 | |
| | M/W | 277.5 | | |
| | p | 0.69 | | |
| | Género de los padres/ tutores | | | |
| | | Masculino | Femenino | |
| | n | 9 | 43 | |
| | Media (D.E) | 16.11(4.34) | 16.74(12.21) | |
| | Mediana (puntaje total) | 8 | 15 | |
| M/W | 66.50 | | | |
| p | 0.28 | | | |
| Responsable del niño | | | | |
| | Padre o Madre | | Tutor | |
| n | 47 | | 5 | |
| Media (D.E) | 16.65(12.66) | | 16.40(11.54) | |
| Mediana (puntaje total) | 15 | | 12 | |
| M/W | 117.00 | | | |
| p | 0.99 | | | |
| Nivel de escolaridad de los padres/ tutores | | | | |
| | Primaria/ Secundaria | Estudios Técnicos | Preparatoria Bachillerato/Licenciatura o más | |
| n | 19 | 8 | 25 | |
| Media (D.E) | 20.52 (16.14) | 18.87 (12.63) | 12.96 (7.74) | |
| Mediana (puntaje total) | 21.00 | 18.50 | 13.00 | |
| K/W | 2.26 | | | |
| p | 0.13 | | | |
| Estado Civil | | | | |
| | Soltero | Casado | Divorciado | |
| n | 10 | 42 | 0 | |
| Media (D.E) | 14.90(6.60) | 17.04(13.51) | 0 | |
| Mediana (puntaje total) | 15.00 | 22.00 | 0 | |
| K/W | 0.01 | | | |
| p | 0.91 | | | |

Fuente: Directa

TABLA 12. Media y mediana de las calificaciones obtenidas del CPQ₁₁₋₁₄ con la edad, género, estado civil y el nivel de escolaridad de los padres/ tutores de los niños que acudieron a la clínica de odontopediatría de la DEPeI- 2013.

| | | Género de los niños | | | |
|--|--|--|--------------------------------------|---|--|
| | | Masculino | Femenino | | |
| CPQ₁₁₋₁₄ (puntaje total) | n | 23 | 14 | | |
| | Media (D.E) | 25.52(20.76) | 33.14(20.73) | | |
| | Mediana (puntaje total) | 18.00 | 29.50 | | |
| | M/W | 114.5 | | | |
| | p | 0.15 | | | |
| | | | Género de los padres/ tutores | | |
| | | | Masculino | Femenino | |
| | n | 6 | 31 | | |
| | Media (D.E) | 24.50(27.75) | 29.16(19.79) | | |
| | Mediana (puntaje total) | 13.50 | 24.00 | | |
| M/W | 174.00 | | | | |
| p | 0.64 | | | | |
| | | Responsable del niño | | | |
| | | Padre o Madre | Tutor | | |
| n | 35 | 2 | | | |
| Media (D.E) | 16.50(2.12) | 29.08(21.19) | | | |
| Mediana (puntaje total) | 16.50 | 24.00 | | | |
| M/W | 25.50 | | | | |
| p | 0.52 | | | | |
| | | Nivel de escolaridad de los padres/ tutores | | | |
| | | Primaria/ Secundaria | Estudios Técnicos | Preparatoria Bachillerato/Licenciatura o más | |
| n | 21 | 7 | 25 | | |
| Media (D.E) | 29.19 (21.84) | 39.85 (24.93) | 17.66 (6.46) | | |
| Mediana (puntaje total) | 26.00 | 37.50 | 14.00 | | |
| K/W | 3.36 | | | | |
| p | 0.19 | | | | |
| | | Estado Civil | | | |
| | | Soltero | Casado | Divorciado | |
| n | 5 | 26 | 6 | | |
| Media (D.E) | 37.80(33.28) | 25.23(18.06) | 34.33(20.37) | | |
| Mediana (puntaje total) | 26 | 22.00 | 28.00 | | |
| K/W | 1.32 | | | | |
| p | 0.52 | | | | |

Fuente: Directa

TABLA 13. Promedio de las calificaciones del CPQ₈₋₁₀ en presencia y ausencia del CPO-D y la severidad de caries de los niños que acudieron a la clínica de odontopediatría de la DEPel- 2013.

| | | Ausente | Presente |
|---|-----------------------------|--------------|--------------|
| CPQ₈₋₁₀ (puntaje total) | Dientes cariados | | |
| | n | 7 | 45 |
| | Media (D.E) (puntaje total) | 13.85(8.66) | 17.06(12.96) |
| | Mediana | 13 | 15 |
| | M/W | | 146.50 |
| | p | | 0.76 |
| | Dientes obturados | | |
| | n | 21 | 31 |
| | Media (D.E) (puntaje total) | 16.76(10.88) | 16.54(13.59) |
| | Mediana | 15 | 13 |
| | M/W | | 300.50 |
| | p | | 0.64 |
| | Dientes perdidos | | |
| | n | 50 | 2 |
| | Media (D.E) (puntaje total) | 16.58(12.67) | 18(5.65) |
| | Mediana | 14.5 | 14.5 |
| | M/W | | 38.00 |
| | p | | 0.56 |
| | Caries en esmalte | | |
| n | 7 | 45 | |
| Media (D.E) (puntaje total) | 13.85(8.66) | 17.06(12.96) | |
| Mediana | 14 | 15 | |
| M/W | | 101.00 | |
| p | | 0.20 | |
| Caries en dentina | | | |
| n | 21 | 31 | |
| Media (D.E) (puntaje total) | 13.80(11.00) | 18.54(13.18) | |
| Mediana | 13 | 15 | |
| M/W | | 261.00 | |
| p | | 0.29 | |
| Caries que afecta al tejido pulpar | | | |
| n | 38 | 14 | |
| Media (D.E) (puntaje total) | 15.02(12.05) | 21.00(12.93) | |
| Mediana | 12.5 | 20 | |
| M/W | | 188.00 | |
| p | | 0.11 | |
| Diente indicado para extracción | | | |
| n | 47 | 5 | |
| Media (D.E) (puntaje total) | 16.46(12.85) | 18.20(8.70) | |
| Mediana | 14 | 21 | |
| M/W | | 95.00 | |
| p | | 0.48 | |

TABLA 14. Promedio de las calificaciones del CPQ₁₁₋₁₄ en presencia y ausencia del CPOD y la severidad de caries en los niños que acudieron a la clínica de odontopediatría de la DEPel- 2013.

| | | Ausente | Presente |
|---|--|--------------|--------------|
| Dientes cariados | | | |
| n | | 29 | 8 |
| Media (D.E) (puntaje total) | | 26.38(19.78) | 35.75(24.08) |
| Mediana | | 23 | 27 |
| M/W | | | 162.00 |
| p | | | 0.78 |
| Dientes obturados | | | |
| n | | 14 | 23 |
| Media (D.E) (puntaje total) | | 29.28(22.01) | 27.86(20.51) |
| Mediana | | 23.5 | 23 |
| M/W | | | 154.50 |
| p | | | 0.84 |
| Dientes perdidos | | | |
| n | | 35 | 2 |
| Media (D.E) (puntaje total) | | 28.65(21.20) | 24(15.55) |
| Mediana | | 23 | 24 |
| M/W | | | 33.50 |
| p | | | 0.92 |
| Caries en esmalte | | | |
| n | | 10 | 27 |
| Media (D.E) (puntaje total) | | 28.50(23.45) | 28.37(20.21) |
| Mediana | | 21 | 23 |
| M/W | | | 134.00 |
| p | | | 0.97 |
| Caries en dentina | | | |
| n | | 13 | 24 |
| Media (D.E)(puntaje total) | | 26.00(19.26) | 29.79(21.87) |
| Mediana | | 23 | 25 |
| M/W | | | 140.50 |
| p | | | 0.62 |
| Caries que afecta al tejido pulpar | | | |
| n | | 30 | 7 |
| Media (D.E) (puntaje total) | | 28.10(21.08) | 29.71(17.22) |
| Mediana | | 22 | 27 |
| M/W | | | 88.00 |
| p | | | 0.51 |
| Diente indicado para extracción | | | |
| n | | 36 | 1 |
| Media (D.E) (puntaje total) | | 27.50(12.85) | 61.00(8.70) |
| Mediana | | 23 | 61 |
| M/W | | | 4.00 |
| p | | | 0.19 |

Fuente: Directa

TABLA 15. Regresión lineal simple entre el número de dientes con caries en tejido pulpar con las calificaciones del CPQ8-10 de los niños que acudieron por primera vez a la clínica de odontopediatría DEPel 2013.

| CPQ _{R.10} | R | R ² cuadrado | R cuadrado corregido | n |
|-------------------------|-------|-------------------------|----------------------|-------|
| Caries en tejido pulpar | 0.367 | 0.134 | 0.117 | 0.008 |

Variable Independiente: Caries dental en tejido pulpar
Variable Dependiente: CPQ₈₋₁₀

TABLA 16. Promedio de las calificaciones del CPQ₈₋₁₀ en presencia y ausencia de las maloclusiones (Clase de Angle) de los niños que acudieron a la clínica de odontopediatría de la DEPel- 2013.

| Maloclusión (Clase de Angle) | | | | |
|--|-------------|---------------|--------------|---------------|
| | | Clase I | Clase II | Clase III |
| CPQ ₈₋₁₀ (puntaje total) | Media (D.E) | 17.70 (19.71) | 17.07 (16.5) | 14.53 (17.97) |
| | n | 24 | 13 | 15 |
| | Mediana | 20.00 | 12.00 | 13.00 |
| | K/W | | 1.99 | |
| | p | | 0.37 | |

Fuente: Directa

TABLA 17. Promedio de las calificaciones del CPQ11-14 en presencia y ausencia de las maloclusiones (Clase de Angle) de los niños que acudieron a la clínica de odontopediatría de la DEPel- 2013.

| Maloclusión (Clase de Angle) | | | | |
|---|-------------|---------------|--------------|---------------|
| | | Clase I | Clase II | Clase III |
| CPQ ₁₁₋₁₄ (puntaje total) | Media (D.E) | 33.61 (24.81) | 20.90 (9.94) | 27.00 (20.69) |
| | n | 18 | 11 | 8 |
| | Mediana | 25.5 | 18.00 | 19.50 |
| | K/W | | 1.11 | |
| | p | | 0.58 | |

Fuente: Directa

TABLA 18. Promedio de las calificaciones del CPQ₈₋₁₀ en presencia y ausencia de las maloclusiones (ACKERMAN) de los niños que acudieron a la clínica de odontopediatría de la DEPel- 2013.

| | | Ausencia | Presencia |
|---|-------------------------------------|--------------|--------------|
| CPQ₈₋₁₀ (puntaje total) | Desviación de la línea media | | |
| | n | 29 | 23 |
| | Media (D.E) (puntaje total) | 15.48(13.10) | 18.08(11.71) |
| | Mediana | 13 | 15 |
| | M/W | | 227.00 |
| | p | | 0.30 |
| | Mordida cruzada posterior | | |
| | n | 36 | 16 |
| | Media (D.E) (puntaje total) | 17.58(13.68) | 14.50(9.12) |
| | Mediana | 15 | 13 |
| | M/W | | 265.00 |
| | p | | 0,65 |
| | Traslape horizontal | | |
| | n | 25 | 27 |
| | Media (D.E) (puntaje total) | 17.84(13.34) | 15.51(11.72) |
| | Mediana | 15 | 12 |
| | M/W | | 302.00 |
| p | | 0.52 | |
| Mal posición dentaria | | | |
| n | 9 | 43 | |
| Media (D.E) (puntaje total) | 18.66(15.18) | 16.20(11.97) | |
| Mediana | 15 | 14 | |
| M/W | | 175.50 | |
| p | | 0.68 | |
| Sobremordida | | | |
| n | 26 | 26 | |
| Media (D.E) (puntaje total) | 13.80(9.76) | 19.46(14.30) | |
| Mediana | 11.5 | 18 | |
| M/W | | 267.00 | |
| p | | 0.19 | |
| Mordida abierta | | | |
| n | 44 | 8 | |
| Media (D.E) (puntaje total) | 17.34(13.22) | 12.75(6.04) | |
| Mediana | 15 | 10 | |
| M/W | | 152.00 | |
| p | | 0.54 | |
| Diastema | | | |
| n | 38 | 14 | |
| Media (D.E) (puntaje total) | 16.65(12.45) | 16.57(12.92) | |
| Mediana | 14.5 | 14.5 | |
| M/W | | 265.00 | |
| p | | 0.99 | |

Fuente: Directa

TABLA 19. Promedio de las calificaciones del CPQ₁₁₋₁₄ en presencia y ausencia de las maloclusiones (ACKERMAN) de los niños que acudieron a la clínica de odontopediatría de la DEPel- 2013.

| | Ausencia | Presencia |
|-------------------------------------|--------------|--------------|
| Desviación de la línea media | | |
| n | 11 | 26 |
| Media (D.E) (puntaje total) | 30.54(18.73) | 27.50(21.90) |
| Mediana | 26 | 22 |
| M/W | 115.50 | |
| p | 0.36 | |
| Mordida cruzada posterior | | |
| n | 26 | 11 |
| Media (D.E) (puntaje total) | 26.00(19.98) | 34.09(22.54) |
| Mediana | 19.5 | 30 |
| M/W | 105.00 | |
| p | 0.21 | |
| Traslape horizontal | | |
| n | 36 | 1 |
| Media (D.E) (puntaje total) | 28.55(21.07) | 23.00(0.00) |
| Mediana | 23.5 | 23. |
| M/W | 17.50 | |
| p | 0.96 | |
| Malposición dentaria | | |
| n | 16 | 21 |
| Media (D.E) (puntaje total) | 17.31(7.92) | 36.85(23.62) |
| Mediana | 16.5 | 30 |
| M/W | 84.50 | |
| p | 0.01 | |
| Sobremordida | | |
| n | 21 | 16 |
| Media (D.E) (puntaje total) | 32.38(20.86) | 23.18(20.17) |
| Mediana | 26 | 16 |
| M/W | 118.00 | |
| p | 0.12 | |
| Mordida abierta | | |
| n | 27 | 10 |
| Media (D.E) (puntaje total) | 24.48(20.64) | 39.00(18.11) |
| Mediana | 18 | 33 |
| M/W | 64.50 | |
| p | 0.01 | |
| Diastema | | |
| n | 32 | 5 |
| Media (D.E) (puntaje total) | 26.37(18.91) | 41.40(29.63) |
| Mediana | 22 | 27 |
| M/W | 51.50 | |
| p | 0.20 | |

CPQ₁₁₋₁₄
(puntaje total)

TABLA 20. Promedio de las calificaciones obtenidas del CPQ₈₋₁₀ en presencia de Hipoplasia del esmalte/Hipomineralización incisivo-molar (Defectos del esmalte) de los niños que acudieron a la clínica de odontopediatría de la DEPel- 2013.

| | | Defectos del esmalte | |
|---|---|----------------------|--------------|
| | | Ausencia | Presencia |
| CPQ₈₋₁₀ (Puntaje total) | n | 39 | 13 |
| | Media(D.E) (Puntaje total) | 16.51(12.79) | 17.00(11.85) |
| | Mediana | 15 | 12 |
| | M/W | 249.00 | |
| | p | 0.92 | |

| | | Defectos del esmalte | |
|--|---|----------------------|--------------|
| | | Ausencia | Presencia |
| CPQ₁₁₋₁₄ (Puntaje total) | n | 24 | 10 |
| | Media(D.E) (Puntaje total) | 24.51(19.16) | 38.90(22.40) |
| | Mediana | 18 | 32 |
| | M/W | 78.50 | |
| | p | 0.05 | |

Fuente: Directa

TABLA 21. Promedio de las calificaciones obtenidas del CPQ₈₋₁₀ y CPQ₁₁₋₁₄ con los diferentes motivos de los niños que acudieron a la clínica de odontopediatría de la DEPel- 2013.

| Motivo de consulta | CPQ ₈₋₁₀ (puntaje total) | | | CPQ ₁₁₋₁₄ (puntaje total) | | |
|------------------------------|--|--------------|---------|---|--------------|---------|
| | n | Media(D.E) | Mediana | N | Media(D.E) | Mediana |
| Caries | 10 | 23.5(14.66) | 22 | 5 | 30.4(21.27) | 27 |
| Dolor | 4 | 22.0(17.49) | 17 | 0 | | |
| Mal posición | 19 | 15.4(11.47) | 13 | 10 | 33.2(27.94) | 23.5 |
| Mal posición y caries | 3 | 11.33(3.05) | 12 | 11 | 26.45(16.99) | 26 |
| Mal posición y otros | 3 | 24.66(13.50) | 25 | 4 | 27.0(22.99) | 20.5 |
| Revisión | 6 | 5.16(6.01) | 3 | 3 | 16.0(4.35) | 14 |
| Otros | 7 | 15.71(8.60) | 20 | 4 | 30.0(22.0) | 25 |
| K/W | | 12.15 | | | 1.28 | |
| p | | 0.05 | | | 0.93 | |

Fuente: Directa

TABLA 22. Promedio de las calificaciones obtenidas del Instrumento de Alfabetismo funcional en odontología con la edad, género, estado civil, el nivel de escolaridad y el ingreso económico mensual de los padres/ tutores de los niños que acudieron a la clínica de odontopediatría de la DEPEl- 2013.

| Instrumento de alfabetismo funcional en odontología (puntaje total) | Edad agrupada | | | |
|---|-----------------------------|--------------------------|---|---------------|
| | | 25-35 años | 36- 45 años | >46 |
| | n | 36 | 40 | 13 |
| | Media (D.E) | 24.50(3.40) | 24.70(3.66) | 23.23(4.79) |
| | Mediana (puntaje total) | 25 | 26 | 24 |
| | M/W | 1.32 | | |
| | p | 0.52 | | |
| | Género | | | |
| | | Masculino | Femenino | |
| | n | 15 | 74 | |
| | Media (D.E) | 25.60(4.03) | 24.16(3.65) | |
| | Mediana (puntaje total) | 27 | 25 | |
| | M/W | 376.00 | | |
| | p | 0.04 | | |
| | Responsable del niño | | | |
| | | Padre o Madre | Tutor | |
| | n | 82 | 7 | |
| | Media (D.E) | 24.56(3.71) | 22.57(3.73) | |
| | Mediana (puntaje total) | 25 | 23 | |
| | M/W | 171.00 | | |
| | p | 0.08 | | |
| | Nivel de escolaridad | | | |
| | Primaria/ Secundaria | Estudios Técnicos | Preparatoria Bachillerato/Licenciatura o más | |
| n | 40 | 15 | 34 | |
| Media (D.E) | 23.42 (4.27) | 24.00 (3.83) | 25.73 (2.50) | |
| Mediana (puntaje total) | 25.00 | 24.00 | 26.00 | |
| K/W | 6.23 | | | |
| p | 0.04 | | | |
| Estado Civil | | | | |
| | Soltero | Casado | Divorciado | |
| n | 15 | 68 | 6 | |
| Media (D.E) | 24.60(2.84) | 24.57(3.74) | 22.00(5.17) | |
| Mediana (puntaje total) | 25.00 | 26.00 | 23.50 | |
| K/W | 2.60 | | | |
| p | 0.27 | | | |

Fuente: Directa

TABLA 23. Promedio del puntaje obtenido del Instrumento de Alfabetismo funcional en Odontología de los padres/ tutores en presencia y ausencia de maloclusiones (Angle y Ackerman) de los niños que acudieron a la clínica de odontopediatría de la DEPeI- 2013.

| | Ausente | Presente | Total | |
|--|---|-------------|-------------|-------------|
| Instrumento de alfabetismo funcional en odontología (puntaje) | Dientes cariados | | | |
| | n | 15 | 74 | 89 |
| | Media (D.E) | 24.46(3.50) | 24.39(3.80) | 24.40(3.73) |
| | Mediana | 24 | 25 | 25 |
| | M/W | | 518.00 | |
| | p | | 0.683 | |
| | Dientes obturados | | | |
| | n | 44 | 45 | 89 |
| | Media (D.E) | 23.81(4.33) | 24.97(2.97) | 24.40(3.73) |
| | Mediana | 25 | 25 | 25 |
| | M/W | | 886.00 | |
| | p | | 0.390 | |
| | Caries en dentina | | | |
| | n | 45 | 44 | 89 |
| | Media (D.E) | 24.68(3.67) | 24.11(3.81) | 24.40(3.73) |
| | Mediana | 26 | 25 | 25 |
| | M/W | | 910.00 | |
| | p | | 0.508 | |
| | Caries que afecta al tejido pulpar | | | |
| | n | 68 | 21 | 89 |
| Media (D.E) | 24.22(3.91) | 25.00(3.09) | 24.40(3.73) | |
| Mediana | 25 | 25 | 25 | |
| M/W | | 655.00 | | |
| p | | 0.566 | | |
| Diente indicado para extracción | | | | |
| n | 83 | 6 | 89 | |
| Media (D.E) | 24.59(3.58) | 21.83(5.07) | 24.40(3.73) | |
| Mediana | 25 | 24 | 25 | |
| M/W | | 160.00 | | |
| p | | 0.100 | | |

Fuente: Directa

TABLA 24. Promedio del puntaje obtenido del Instrumento de Alfabetismo funcional en Odontología de los padres/ tutores en presencia y ausencia de defectos del esmalte de los niños que acudieron a la clínica de odontopediatría de la DEPeI- 2013.

| | Defectos del esmalte | | | |
|---|----------------------|-------------|-------------|-------------|
| | Ausente | Presente | Total | |
| Instrumento de alfabetismo funcional en odontología (puntaje total) | | 66 | 23 | 89 |
| | Media (D.E) | 24.57(3.83) | 23.47(3.47) | 24.40(3.73) |
| | Mediana | 25.5 | 25 | 25 |
| | M/W | | 630.00 | |
| | p | | 0.22 | |

Fuente: Directa

TABLA 25. Promedio del puntaje obtenido del Instrumento de Alfabetismo funcional en Odontología de los padres/ tutores en presencia y ausencia de maloclusiones (Angle) de los niños que acudieron a la clínica de odontopediatría de la DEPeI- 2013.

| | Maloclusión de Angle | | | |
|---|----------------------|--------------|--------------|--------------|
| | Clase I | Clase II | Clase III | |
| Instrumento de alfabetismo funcional en odontología (puntaje total) | Media (D.E) | 23.85 (4.10) | 24.95 (3.50) | 24.82 (3.24) |
| | n | 42 | 24 | 23 |
| | Mediana | 25.00 | 26.00 | 26.00 |
| | K/W | | 1.85 | |
| | p | | 0.39 | |

Fuente: Directa

TABLA 26. Promedio del puntaje obtenido del Instrumento de Alfabetismo funcional en Odontología de los padres/ tutores en presencia y ausencia de maloclusiones (Ackerman) de los niños que acudieron a la clínica de odontopediatría de la DEPEI.

| | | Ausente | Presente | Total |
|---|-------------------------------|-------------|-------------|-------------|
| Instrumento de alfabetismo funcional en odontología (puntaje) | Mal posición dentaria | | | |
| | n | 26 | 63 | 89 |
| | Media (D.E) | 24.61(3.83) | 24.31(3.71) | 24.40(3.73) |
| | Mediana | 26 | 25 | 25 |
| | M/W | 739.00 | | |
| | p | | 0.47 | |
| | Sobremordida | | | |
| | n | 48 | 41 | 89 |
| | Media (D.E) | 24.64(3.51) | 24.12(4.00) | 24.40(3.73) |
| | Mediana | 25 | 25 | 25 |
| | M/W | | 916.50 | |
| | p | | 0.58 | |
| | Desviación línea media | | | |
| | n | 40 | 49 | 89 |
| | Media (D.E) | 24.65(3,15) | 24.20(4.17) | 24.40(3.73) |
| | Mediana | 25 | 25 | 25 |
| | M/W | | 976.00 | |
| | p | | 0.97 | |
| | Mordida Abierta | | | |
| | n | 71 | 18 | 89 |
| Media(D.E) | 24.52(3.87) | 23.94(3.22) | 24.40(3.73) | |
| Mediana | 25 | 25 | 25 | |
| M/W | | 532.00 | | |
| p | | 0.27 | | |
| Traslape horizontal | | | | |
| n | 58 | 31 | 89 | |
| Media (D.E) | 24.72(3.20) | 23.80(4.56) | 24.40(3.73) | |
| Mediana | 25 | 25 | 25 | |
| M/W | | 864.00 | | |
| p | | 0.76 | | |
| Diastema | | | | |
| n | 70 | 19 | 89 | |
| Media (D.E) | 24.31(3.99) | 24.73(2.60) | 24.40(3.73) | |
| Mediana | 25.5 | 2 | 25 | |
| M/W | | 638.50 | | |
| p | | 0.79 | | |
| Mordida cruzada posterior | | | | |
| n | 66 | 23 | 89 | |
| Media (D.E) | 24.22(3.74) | 24.91(3.75) | 24.40(3.73) | |
| Mediana | 25 | 26 | 25 | |
| M/W | | 644.5 | | |
| p | | 0.28 | | |

TABLA 28. Promedio del puntaje obtenido del Instrumento de Alfabetismo funcional en Odontología de los padres/ tutores en presencia de diversos tipos de motivos de consulta, de los niños que acudieron a la clínica de odontopediatría de la DEPel- 2013.

| | Motivos de consulta | | | | | |
|---|-----------------------|----|-------------|---------|------|------|
| | | | Media (D.E) | Mediana | K/W | p |
| Instrumento de alfabetismo funcional en odontología (puntaje total) | Caries | 15 | 24.13(2.92) | 25.00 | 5.62 | 0.47 |
| | Mal posición | 29 | 24.68(4.42) | 26.00 | | |
| | Mal posición y caries | 14 | 23.28(4.42) | 25.00 | | |
| | Dolor | 4 | 24.50(5.68) | 27.00 | | |
| | Mal posición y otros | 7 | 25.71(1.25) | 26.00 | | |
| | Otros | 11 | 24.00(3.40) | 24.00 | | |
| | Revisión general | 9 | 25.11(5.10) | 25.00 | | |

Fuente: Directa

TABLA 29. Correlación entre las calificaciones del Instrumento de Alfabetismo funcional en Odontología (padres/ tutores), con las calificaciones del CPQ₈₋₁₀ y CPQ₁₁₋₁₄ de los niños que acudieron por primera vez a la clínica de odontopediatría DEPel 2013.

| CPQ ₈₋₁₀ | R | R ² cuadrado | R ² cuadrado corregido | p |
|---|-------|-------------------------|-----------------------------------|-------|
| Instrumento de Alfabetismo funcional en Odontología | 0.048 | 0.002 | -0.018 | 0.736 |
| CPQ ₁₁₋₁₄ | R | R ² cuadrado | R ² cuadrado corregido | p |
| Instrumento de Alfabetismo funcional en Odontología | 0.014 | 0.000 | -0.028 | 0.935 |

Variable Independiente: Alfabetismo funcional en odontología
Variable Dependiente: CPQ₈₋₁₀ y CPQ₁₁₋₁₄

TABLA 30. Modelo de regresión logística con la variable dependiente calidad de vida (Punto de corte CPQ₈₋₁₀ Mediana =14.50) y las variables independientes alfabetismo funcional, caries en dentina, en tejido pulpar, género del niño y sobremordida.

| Variable | RM | p | IC 95% para RM | |
|------------------------------------|------|-------|----------------|----------|
| | | | Inferior | Superior |
| Alfabetismo funcional | 0.93 | 0.477 | 0.77 | 1.13 |
| Caries en dentina | 0.87 | 0.388 | 0.63 | 1.19 |
| Caries que afecta al tejido pulpar | 3.46 | 0.031 | 1.12 | 10.68 |
| Género | 2.61 | 0.216 | 0.57 | 11.94 |
| Sobremordida | 3.13 | 0.128 | 0.72 | 13.59 |
| Constante | 1.39 | 0.900 | | |

*Regresión logística RM para CPQ₈₋₁₀ ajustada por alfabetismo funcional, caries en dentina, en tejido pulpa, género del niño y sobremordida. Referencia sexo=0 (femenino), caries en dentina =1 (presente), caries que afecta al tejido pulpar =1 (presente), sobremordida=1 (presente), alfabetismo funcional < 25 (bajo).

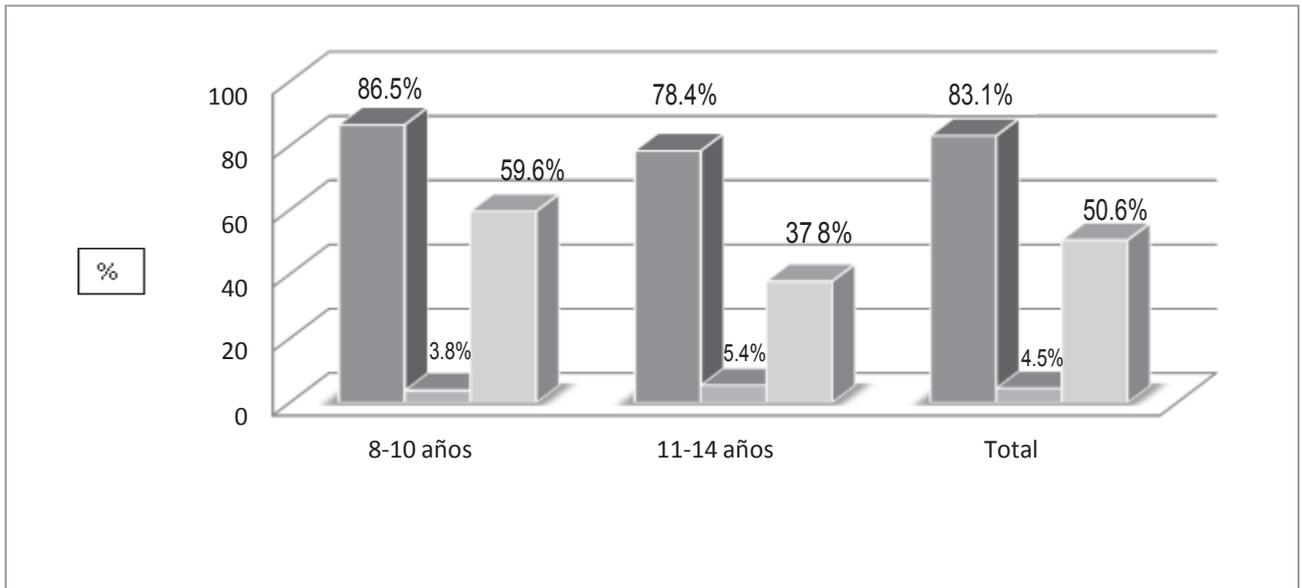
TABLA 31. Modelo de regresión logística con la variable dependiente calidad de vida (punto de corte CPQ₁₁₋₁₄, mediana=23) y las variables independientes alfabetismo funcional, género del niño y mordida cruzada.

| Variable | RM | p | IC 95% para RM | |
|---------------------------|-------|-------|----------------|----------|
| | | | Inferior | Superior |
| Alfabetismo funcional | 5.8 | 0.095 | 0.74 | 46.16 |
| Género | 7.3 | 0.022 | 1.34 | 40.13 |
| Mordida cruzada posterior | 10.4 | 0.018 | 1.49 | 72.17 |
| Constante | 0.058 | 0.015 | | |

*Regresión logística RM para CPQ₁₁₋₁₄ ajustada por alfabetismo funcional, dientes cariados, género del niño y del padre/tutor, mordida cruzada posterior, mal posición dentaria, mordida abierta, defectos del esmalte. Referencia género=0 (femenino), dientes cariados=1 (presente), mordida cruzada=1 (presente), malposición dentaria=1 (presente), mordida abierta=1 (presente), defectos del esmalte=1 (presente) alfabetismo funcional < 25 (bajo).

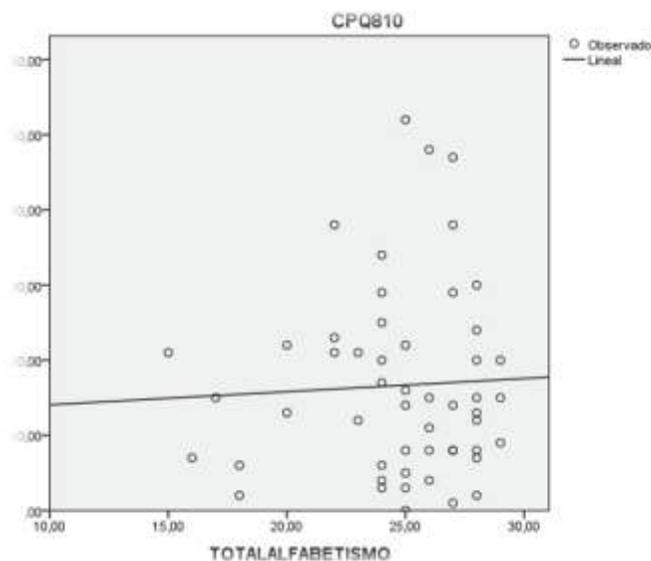
GRÁFICAS

GRÁFICA 1. Porcentaje de dientes cariados, perdidos, obturados (CPO-D) por grupo de edad de los niños de acudieron a la clínica de odontopediatría de la DEPeI-2013.



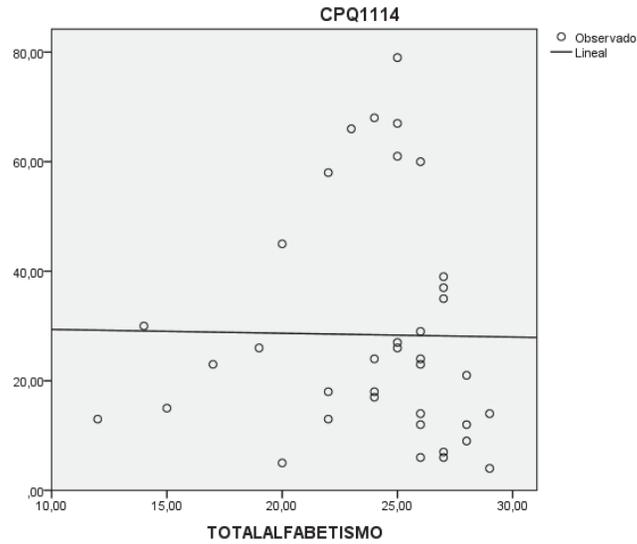
Fuente: Directa

GRÁFICA 2. Relación entre las calificaciones el Instrumento de Alfabetismo Funcional en Odontología y el CPQ8-10 de los niños de acudieron a la clínica de odontopediatría de la DEPeI-2013.



Fuente: Directa

GRÁFICA 3. Relación entre las calificaciones el Instrumento de Alfabetismo Funcional en Odontología y el CPQ11-14 de los niños de acudieron a la clínica de odontopediatría de la DEPel-2013.



Fuente: Directa

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Petersen P. The World Oral Health Report: continuous improvement of oral health in the 21st century—the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2003;3:24.
2. Burton L, Edelstein D, MPH; Courtney H, Chinn, DDS, MPH. Update on Disparities in Oral Health and Access to Dental Care for America's Children. *Academic Pediatrics.* 2009;9:415-9.
3. Abanto J, Carvalho T, Mendes F, Wanderley T, Bönecker M, Raggio D. Impact of oral diseases and disorders on oral health-related quality of life of preschool children. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2011;39:105-14.
4. Petersen P, Bourgeois D, Ogawa H, DEstupinan, Ndiaye C. The global burden of oral diseases and risks to oral health. *Bull World Health Organ.* 2005;83(9):661-9.
5. Martins-Junior P, M Oliveira, L S Marques, Ramos-Jorge M. Untreated dental caries: impact on quality of life of children of low socioeconomic status. *Pediatr Dent.* 2012 May-Jun;34(3):49-52.
6. Testa M, Somonson D. Assessment of quality-of-life outcomes. *New England Journal of Medicine.* 1996;334:835-40.
7. Jokovic A, Locker D, Stephens M, Kenny D, Tompson B, Guyatt G. Validity and reliability of a questionnaire for measuring child oral-health-related quality of life. *J Dent Res. [Research Support, Non-U.S. Gov't].* 2002 Jul;81(7):459-63.
8. Abanto J, Bonecker M, Raggio D. Impacto de los problemas bucales sobre la calidad de vida en niños. *Rev Estomatol Herediana.* 2010 43;20(10):5.
9. Carius F, Oliveira B, Leao A. Mensuracao do impacto dos problemas bucais sobre a qualidade de vida de crianças: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad Saúde Púbilca.* 2007;23(11):9.
10. Broder H, Cisneros G. Questionnaire development: face validity and item impact testing of the Child Oral Health Impact Profile. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2007;35 (Suppl.1):18-9.
11. Talehar PB DG, Slade GD. Parental perceptions of children's oral health: The early Childhood Oral Health Impact Scale (ECHOIS). *Health and Quality of Life Outcomes.* 2007;5:6.
12. Aguilar-Diaz F, Irigoyen-Camacho M. Validation of the CPQ8-10ESP in Mexican school children in urban areas. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2011;16(3):e430-5.
13. Boj J. et al. *Odontopediatría: La evolución del niño al joven adulto.* primera ed. Madrid-España: Ripiano; 2011.
14. Horowitz A, Kleinman D. Oral health literacy: the new imperative to better oral health. *Dent Clin North Am.* 2008;52:333-44.
15. DeWalt D, Hink A. Health literacy and child health outcomes: a systematic review of the literature. *Pediatrics.* [Review]. 2009 Nov;124 Suppl 3:S265-74.
16. Organización Mundial de la Salud. Glosario de Promoción de la Salud [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; De 1986. [Citado el 15 de octubre 2012]. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_HPR_HEP_98.1.pdf. [Links].
17. World Health Organization. Concepts and methods of community-based initiatives. *Community- Based initiatives Series.* Geneve: World Health Organization; 2003.
18. Sischo L, Broder H. Oral health-related quality of life: what, why, how, and future implications. *Journal Dental Reserch.* 2011;90(11):6.
19. Schwartzmman L. Calidad de vida relacionada con la salud: Aspectos conceptuales. . *Ciencia y Enfermería IX.* 2003;2:9-21.
20. Sheiham A. Dental caries affects body weight, growth and quality of life in pre-school children. *Br Dent J.* 2006 Nov 25;201(10):625-6.

21. Malden P, Jokovic A. Changes in parent-assessed oral health-related quality of life among young children following dental treatment under general anaesthetic. . *Community Dent Oral Epidemiol.* 2008;36:108-17.
22. Abanto J. Impacto das Doencas e Desorden Bucalis na qualidade de vida relacionada a saude bucal de crianas pre-escolares e de seus pais. [Tesis Maestría]. Sao Paulo: Universidad de Sao Paulo; 2009.
23. Locker D. Concepts of oral Health, Disease and the Quality of life. Chapter2. " Measuring Oral Health an Quality of life".
24. Gherunpong S, Tsakos G, Sheiham A. A sociodental approach to assessing dental needs of children: concept and models. *Int J Paediatr Dent.* 2006 Mar;16(2):81-8.
25. Chen H. Oral health and quality of life in New Zealand: a social perspective. . *Soc Sci Med.* 1996;43:1213-22.
26. Montero-Martín J. Calidad de vida oral en población general [Tesis Doctoral]. Granada-España: Universidad de Granada; 2006.
27. Pane S, Solans M, Gaite L, Serra-Sutton V, Estrada M, Rajmil. Instrumentos de calidad de vida relacionada con la edad pediátrica. Revisión Sistemática de la Literatura. *Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques.* 2006.
28. Wallander J, Schmitt M, Koot H. Quality of life measurement in children and adolescents: issues, instruments, and applications. *J Clin Psychol.* [Research Support, U.S. Gov't, P.H.S.]. 2001 Apr;57(4):571-85.
29. Velarde-Jurado E. Consideraciones metodológicas para evaluar la calidad de vida. *Salud Pública Méx.* 2002;55(5):448-63. *Salud Pública Méx.* 2002;55(5):448-63.
30. Misrachi C, Espinoza I. Utilidad de las mediciones de la calidad de vida realcionada con la salud. *Revista Dental de Chile.* 2005;96(2):8.
31. Piovesan C, Batista A, Vargas F, Machado T. Oral health-related quality of life in children: Conceptual issues. 2009.
32. Allen P. Assessment of oral health related quality of life. *Health Qual Life Outcomes.* [Review]. 2003;1:40.
33. Minayo M, Hartz Z, Buss P. Qualidade de vida e saude. Um debate necesario. *Cienc Saude Publica.* 2004;20:8.
34. Torres C, Paiva S, Vale M, Pordeus I, Ramos-Jorge M, Oliveira A, et al. Psychometric properties of the Brazilian version of the Child Perceptions Questionnaire (CPQ11-14) - short forms. *Health Qual Life Outcomes.* 2009;7:43.
35. John M, Hujoel P, Miglioretti D, LeResche L, Koepsell, Micheelis W. Dimensions of oral-health-related quality of life. *J Dent Res.* [Research Support, Non-U.S. Gov't]. 2004 Dec;83(12):956-60.
36. Foster-Page L, Thomson W, Jokovic A, Locker D. Validation of the Child Perceptions Questionnaire (CPQ 11-14). *J Dent Res.* 2005 Jul;84(7):649-52.
37. Barbosa TS, Tureli MC, Gaviao MB. Validity and reliability of the Child Perceptions Questionnaires applied in Brazilian children. *BMC Oral Health.* 2009;9:13.
38. Foster-Page L, Boyd D, MurrayThomson W. Do we need more than one Child Perceptions Questionnaire for children and adolescents? *BMC Oral Health.* 2013;13:26.
39. Pal D. Quality of life assessment in children: a review of conceptual and methodological issues in multidimensional health stas measures. . *J Epidemiol Community Health.* 1996;50(4):391-6.
40. Barbosa T, Gaviao M. Oral health-related quality of life in children: Part I. How well do children know themselves. A systematic review. *Int J Dent Hygiene.* 2008;6.
41. Ramos-Jorge M, Vieira-Andrade R, Martins-Júnior P, Cordeiro M, Ramos-Jorge J, Paiva S, et al. Level of agreement between self-administered and interviewer-administered CPQ 8-10 and CPQ 11-14. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2012;40(3).

42. Rebok G, Riley A, Forrest C, Starfield B, Grenn B, Robertson J. Elementary school-aged children's reports of their health: a cognitive interviewing study. *Qual Life Res.* 2001;10 (1):59-70.
43. Talekar B, Rozier R, Slade G, Ennett S. Parenteral perceptions of their preschool-aged children's oral health. *J Am Dent Assoc.* 2005;136(3):364-72.
44. Healthy. People 2010. Health Communication and Health IT. Available at: <http://www.healthypeople.gov/hp2020/Objectives/TopicArea.aspx?idZ25&TopicAreaZHealthpCommunication&HealthpIT> [accessed 12.07.2014].
45. Barbosa T, Gavião M. Oral health-related quality of life in children: Part II. Effects of clinical oral health status. A systematic review. *Int J Dent Hygiene.* 2008;6.
46. Allan P, Sami S, Khan S, Muneer G, Croucher R. Dental pain and care-seeking in 11–14-year-old adolescents in a low-income country. *European Journal of Oral Sciences.* 2008;116:451-57.
47. Tubert-Jeannin S, Pegon-Machat E, Gremeau-Richard C, Lecuyer M, Tsakos G. Validation of a French version of the CHILD-OIDP index. *Eur J Oral Sci.* 2005;113:355-62.
48. Zhang M, McGrath C, Hagg U. The impact of malocclusion and its treatment on quality of life: a literature review. *Int J Paediatr Dent.* [Review]. 2006 Nov;16(6):381-7.
49. Ramos-Jorge M, Bosco V, Peres M, Nunes A. The impact of treatment of dental trauma on quality of life of adolescents - a case-control study in Southern Brazil. *Dent Traumatol.* 2005;21:1-6.
50. Secretaría de salud en México. Boletín informativo SIVEPAB 1, SIVEPAB-DGAE [internet]. México DF:Secretaría de Salud. 2009; Available from: <http://www.epidemiologia.salud.gob.mx>.
51. Organization WH. WHO Oral Health Data Bank. Geneva: World Health Organization. 2002.
52. Eldestein B. Disparities in oral health and access to care: findings of national surveys *Ambul Pediatr.* 2002;2:141-7.
53. Leal S, Bronkhorst E, Fan M, Frencken J. Untreated cavitated dentine lesions: impact on children's quality of life. *Caries Res.* 2012;46:102-6.
54. Acs G, Shulman R, Ng M, Chussi S. The effect of dental rehabilitation on the body weight of children with early child-hood caries. *Pediatr Dent.* 1999;21:103-9.
55. Ayhan H, Suskan E, Yildirim S. The effect of nursing or rampant caries on height, body weight and head circumference. *Clin Pediatr Dent.* 1996;20:209-12.
56. Feitosa S, Colares V, Pinkham J. The psychosocial effects of severe caries in 4-year-old children in Recife, Pernambuco, Brazil. *Cad Saúde Pública, Rio de Janeiro,* 21(5):1550-1556, set-out, 2005. 2005;21(5).
57. Piovesan C, Antunes J, Mendes F, Guedes R, Ardenghi T. Influence of children's oral health-related quality of life on school performance and school absenteeism. *J Public Health Dent.* 2012 Spring;72(2):156-63.
58. Olsab M. Exploring the association of dental caries with social factors and nutritional status in Brazilian preschool children. *Eur J Oral Sci.* 2008;116(1):37-43.
59. Gift H, Reisine S, Larach D. The social impact of dental problems and visits. *Am J Public Health.* 1992;82(12):1663-8.
60. Blumenshine S, Vann WJ, Gizlice Z, Lee J. Children's school performance: impact of general and oral health. *J Public Health Dent.* 2008;68:82-7.
61. Santhosh K, Prabu D, Suhas K. Socio-behavioral variables effecting oral hygiene and periodontal status of 12 year-old schoolchildren of Udaipur district. *Odontostomatol.* 2013;36:27-33.
62. Moreno A, Carreon J, Alvear G, López S, Vega L. Riesgo de caries en escolares de escuelas oficiales de la ciudad de México. *Revista Mexicana de Pediatría.* 2001;68(6):7.
63. 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 schoolchildren's self-perception of quality of life. *Health Qual Life Outcomes.* 2012;10:6.
64. Divaris K, Lee J, Baker A, Vann WJ. Caregivers' oral health literacy and their young children's oral health-related quality-of-life. *Acta Odontol Scand.* 2012;70:390-7.

65. Garrett G, Citi A, Gansky S. Parental functional health literacy relates to skip pattern questionnaire error and to child oral health. *J Calif Dent Assoc.* 2012 May;40(5):423-30.
66. Divaris K, Lee J, Baker A, Vann WJ. The relationship of oral health literacy with oral health-related quality of life in a multi-racial sample of low-income female caregivers. *Health Qual Life Outcomes.* [Research Support, N.I.H., Extramural]. 2011;9:108.
67. Wann WJ, Lee J, Baker D, Divaris K. Oral Health Literacy among Female Caregivers : Impact on Oral Health Outcomes in Early Childhood. *J Dent Res.* 2010;89(12).
68. Miller E, Lee J, DeWalt D, Vann W. Impact of caregiver literacy on children's oral health outcomes. *Pediatrics.* 2010;126:107-14.
69. Gherunpong S TG, Sheiman A. Developing and evaluating an oral health. related quality of life index for children; the CHILD.OIDP. *Community Dent Health.* 2004;21(2):161-69.
70. Tsakos G. Developing a new self-reported scale of oral health outcomes for 5-year-old children (SOHO-5). *Health Qual Life Outcomes.* 2012;10:62.
71. Jokovic A, Locker D, Tompson B, Guyatt G. Questionnaire for measuring oral health-related quality of life in eight- to ten-year-old children. *Pediatr Dent.* 2004 Nov-Dec;26(6):512-8.
72. Jokovic A, Locker D, Guyatt G. Short forms of the Child Perceptions Questionnaire for 11-14-year-old children (CPQ11-14): development and initial evaluation. *Health Qual Life Outcomes.* 2006;4:4.
73. Yusuf H, Gherunpong S, Sheiham A, Tsakos G. Validation of an English version of the Child-OIDP index, an oral health-related quality of life measure for children. *Health Qual Life Outcomes.* [Validation Studies]. 2006;4:38.
74. Castro R, Cortes M, Leao A, Portela M, Souza I, Tsakos G. Child-OIDP index in Brazil: cross-cultural adaptation and validation. *Health Qual Life Outcomes.* 2008;15(6):68.
75. Broder H, Wilson-Genderson M. Reliability and convergent and discriminant validity of the Child Oral Health Impact Profile (COHIP Child's version). *Community Dent Oral Epidemiol.* 2007;35 (Suppl 1):20-31.
76. Dunlow N, Philipis C BH. Concurrent validity of the COHIP. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2007;35 (Suppl.1):41-9.
77. Yong-Soon A, Hae-Young K, Su-Min H, Lauren P, Ji-Hwan K, Hie-Jin N. Validation of a Korean version of the Child Oral Health Impact Profile (COHIP) among 8- to 15-year-old school children. *International Journal of Paediatric Dentistry.* 2012;22(4):292-301.
78. Pahel BT, Rozier RG, Slade GD. Parental perceptions of children's oral health: the Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS). *Health Qual Life Outcomes.* 2007;5:6.
79. Li S, Veronneau J, Allison P. Validation of a French language version of the Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS). *Health Quality Life Outcomes.* 2008;6:9.
80. Tesch F, Oliveira B, Leão A. [Semantic equivalence of the Brazilian version of the Early Childhood Oral Health Impact Scale]. *Cad Saude Publica.* 2008;24:1897-909.
81. Lee G, McGrath C, Yiu C, King N. Translation and validation of a Chinese language version of the Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS). *Int J Paediatr Dent.* 2009;19:399-405.
82. Jabarifar S, Golkari A, Ijadi M, Jafarzadeh M, Khadem P. Validation of a Farsi version of the early childhood oral health impact scale (F-ECOHIS). *BMC Oral Health.* 2010;10:4.
83. Goursand D, Paiva S, Zarzar P, Ramos-Jorge M, Cornacchia G, Pordeus I, et al. Cross-cultural adaptation of the Child Perceptions Questionnaire 11-14 (CPQ11-14) for the Brazilian Portuguese language. *Health Qual Life Outcomes.* 2008;6:2.
84. Metha A, Kaur G. Oral health - realted quality of life- the concept, its assessment and relevance in dental research and education. *Indian Journal of Dentistry.* 2011;2(2):26-9.
85. Hadžipašić-Nazdrajić A, Hadžimuratović E. The Bosnia-Herzegovina version of the Child Perceptions Questionnaire 11-14 (BH-CPQ 11-14). *Medical Journal.* 2012;18(1):37-41.

86. Wogelius P, Gjørup H, Haubek D, Lopez R, Poulsen S. Development of Danish version of child oral health-related quality of life questionnaires (CPQ8-10 and CPQ11-14) BMC Oral Health. 2009;BMC(9):11.
87. Brown A, Al-Khayal Z. Validity and reliability of the Arabic translation of the child oral-health-related quality of life questionnaire (CPQ11-14) in Saudi Arabia. Int J Paediatr Dent. 2006 Nov;16(6):405-11.
88. McGrath C, Pang H, Lo E, King N, Hagg U, Samman N. Translation and evaluation of a Chinese version of the Child Oral Health-related Quality of Life measure. International Journal of Paediatric Dentistry. 2004 Oct;18(4):267-74.
89. Bekes K, MTJohn, Zyriax R, Schaller H, Hirsch C. The German version of the Child Perceptions Questionnaire (CPQ-G11-14): translation process, reliability, and validity in the general population. Clin Oral Investig. 2012;16:165-71.
90. Martins M, Ferrerira F, Oliveira A, Paiva S, Vale M, Allison P, et al. Preliminar y validation of the Brazilian version of the Child Perceptions. Eur J Paediatr Den. 2009;10(3):135-40.
91. Hadžipašić-Nazdrajić A. Validation of the Child Perceptions Questionnaire 8-10 in Bosnia and Herzegovina. Mat Soc Med. 2012;24(3):157-61.
92. Ad. Hoc Committee on Health Literacy. Health literacy: report of the council on scientific affairs. JAMA. 1999;281:552-7.
93. Braslavsky B. ¿ Que se entiende por alfabetización? . 2010.
94. U.S. Department of Health and Human Services. Healthy People 2010: Understanding and Improving Health. Chapter 11. 2nd edn.Washington, DC: U.S. Government Printing Office; 2000.
95. Institute of Medicine. Health Literacy: A Prescription to End Confusion.Washington, DC: National Academies Press; 2004.
96. Baker D, Gazmararian J, Sudano J, Patterson M. The association between age and health literacy among elderly persons. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci. 2000;55:368-74.
97. Sabbadi D, Lawrence H, Limebac H, Rootman I. Development and evaluation of an oral health literacy instrument for adults. Community Dent Oral Epidemiol. 2009;37:451-62.
98. Baker D, Gazmararian J, Williams M, Tracy S, Parker R, Green D, et al. Functional Health Literacy and the Risk of Hospital Admission Among Medicare Managed Care Enrollees. American of Public Health. 2002;92(8):1278-83.
99. Lee J, Rozier R, Lee S. Development of a word recognition instrument to test health literacy in dentistry: the REALD-30-A brief communication. . J Public Health Dent. 2007;67:94-8.
100. Richman J, Lee J, Rozier R. Evaluation of a word recognition instrument to test health literacy in dentistry: the REALD-99. J Public Health Dent. 2007;67:99-104.
101. Gong D, Lee J, Rozier R. Development and testing of the test of functional health literacy in dentistry (TOFHLID). J Public Health Dent. 2007;67:105-12.
102. Bridges S, Parthasarathy D, Au T, MingWong H, Yiu C, McGrath C. Development of functional oral health literacy assessment instruments: Application of literacy and cognitive theories. Journal of Public Health Dentistry. 2014;74:110-19.
103. Villanueva-Vilchis M. Desarrollo y Evaluación de un Instrumento para medir Alfabetización Funcional en Odontología [Tesis de Maestría]. México, DF.: Universidad Autónoma de Mexico UNAM; 2010.
104. Wong H, Bridges S, Yiu C, McGrath C, Au T. Development and validation of Hong Kong rapid estimate of adult literacy in dentistry. J Inves Clin Dent. 2012;3:118-27.
105. Rudd R. Health literacy skills of U.S. adults. Am J Health Behav. 2007;31(S8-18).
106. Filstrup S, Briskie D, Fonseca Md, Lawrence L, Wandera A. Early childhood caries and quality of life: child and parent perspectives. Pediatric Dent. 2003;25:431-40.
107. Do LG, Spencer A. Oral health-related quality of life of children by dental caries and fluorosis experience. J Public Health Dent. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. 2007 Summer;67(3):132-9.

108. Alves L, Damé-Teixeira N, Susin C, Maltz M. Association among quality of life, dental caries treatment and intraoral distribution in 12-year-old South Brazilian schoolchildren. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2012.
109. Schuch HS, Costa FDS, Torriani DD, Demarco F, Goettens M. Oral health-related quality of life of schoolchildren: impact of clinical and psychosocial variables. *International Journal of Paediatric Dentistry.* 2014; Online Version of Record published before inclusion in an issue:1-8.
110. Mackay T, Thomson W. Enamel defects and dental caries among Southland children. *NZ Dent J.* 2005;101(2):35-43.
111. Vargas-Ferreira F, Ardenghi TM. Developmental enamel defect and their impact on child oral health-related quality of life. *Braz Oral Res.* 2011;25(6):531-7.
112. Locker D, Jokovic A, Stephens M, Kenny D, Tompson B, Guyatt G. Family impact of child oral and oro-facial conditions. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2002;30:438-48.
113. Johal A, Cheung MY, Marcene W. The impact of two different malocclusion traits on quality of life. *Br Dent J.* 2007 Jan 27;202(2):E2.
114. O'Brien C, Benson P, Marshman Z. Evaluation of a quality of life measure for children with malocclusion. *J Orthod.* 2007 Sep;34(3):185-93.
115. O'Brien C, Wright J, Conboy F, Macfarlane T, Mandall N. The Child Perception Questionnaire is valid for malocclusions in the United Kingdom. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2006:536-40.
116. Sardenberg F, Martins MT, Bendo CB, Pordeus IA, Paiva SM, Auad SM, et al. Malocclusion and oral health-related quality of life in Brazilian schoolchildren. *Angle Orthod.* 2012 May 21.
117. Cortes M, Marcenes W, Sheiham A. Impact of traumatic injuries to the permanent teeth on the oral health-related quality of life in 12-14-year-old children. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2002;30:193-8.
118. Fakhruddin K, Lawrence H, Kenny D, Locker D. Impact of treated and untreated dental injuries on the quality of life of Ontario school children. *Dent Traumatol.* 2008;24:309-13.
119. Bendo CB, Paiva SM, Torres CS, Oliveira AC, Goursand D, Pordeus IA, et al. Association between treated/untreated traumatic dental injuries and impact on quality of life of Brazilian schoolchildren. *Health Qual Life Outcomes.* [Research Support, Non-U.S. Gov't]. 2010;8:114.
120. Ferris T, Dougherty D, Blumenthal D, Perrin J. A report card on quality improvement for children's health care. *Pediatrics.* 2001;101(1):143-55.
121. Bridges S, Parthasarathy D, Wong H, Yiu C, Au T, Grath CM. The relationship between caregiver functional oral health literacy and child oral health status. *Patient Education and Counseling.* 2014;94:411-16.
122. Hintze J. PASS 11. NCSS, LLC. Kaysville, Utah, USA 2011. Available from: <http://www.ncss.com>.
123. OMS. Encuestas de Salud Bucodental. Métodos Básicos. Ginebra 1997.
124. Morales FJU. Clasificación de la maloclusión en los planos anteroposterior, vertical y transversal. *Medigraphic Artemisa.* 2007; LXIV(3).
125. Angle E. Classification of malocclusion of the teeth. *Dental Cosmos.* 1899;41(248-64).
126. Fédération Dentaire Internationale Working Group: A review of developmental defects of the enamel dental index (DDE Index) Commission on Oral Health Research & Epidemiology. *Int Dent J.* 1992;42(6):411.
127. <http://biblio.juridicas.unam.mx> DOdIFILGdSRdlIgeMdSelMdfDe.
128. García-Perez A. Impacto de la fluorosis y caries dental en la calidad de vida y su asociación con el estado nutricional en escolares de Morelos. México: Universidad Nacional Autónoma de México; 2014.
129. Kolawole K, Otuyemi O, Oluwadaisi A. Assessment of oral health-related quality of life in Nigerian children using the Child Perception Questionnaire (CPQ 11-14). *Eur J Paediatr Dent.* 2011;12:55-9.

130. Marshman Z, Rodd H, Stern M, Mitchell C, Locker D, Jokovic A, et al. An evaluation of the child perceptions questionnaire in the UK. *Community Dent Health*. 2005;22:151-55.
131. Piovesan C, Antunes J, Guedes R, Ardenghi T. Impact of socioeconomic and clinical factors on child oral health-related quality of life (COHRQoL). *Qual Life Res*. 2010 Nov;19(9):1359-66.
132. Robinson P, Nalweyiso N, Busingye J, J Whitworth 2005 -. Subjective impacts of dental caries and fluorosis in rural Ugandan children. *Community Dent Health*. 2005;22:231-6.
133. Barbosa T, Claudia M, Marinês A, Maria R, Gavião M. The relationship between oral conditions, masticatory performance and oral health-related quality of life in children. *Archives of Oral Biology*. 2013;58(9):1070-7.
134. Gherunpong S, Tsakos G, Sheiham A. The prevalence and severity of oral impacts on daily performances in Thai primary school children. *Health Qual Life Outcomes*. 2004;2:57.
135. Cons N, Jenny J, Kohout F. DAI: the Dental Aesthetic Index. Iowa City, IA: Iowa. College of Dentistry, University of Iowa. 1986.
136. Taylor K, Kiyak A, Huang G, Greenlee G, Jolley C, King G. Effects of malocclusion and its treatment on the quality of life of adolescents. *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics*:. Official Publication of the American Association of Orthodontists, its Constituent Societies, and the American Board of Orthodontics. 2009;136(3):382-92.
137. Brook P, Shaw W. Development of an index of orthodontic treatment priority. *Eur J Orthod*. 1989;11:309-20.
138. Krause N, Jay G. What do self-rated health items measure? *Med Care*. 1994;32:930-42.
139. Sosa-Rosales M. Epidemiologic indicators. In: Sosa Rosales M, editor. *Practice guidelines of stomatology*. La Havana: Medical Sciences Publishing House; 2003. p. 517-62 (In Spanish).
140. Salinas-Martínez A, Hernández-Elizondo R, Núñez-Rocha G, Peña ER-. Psychometric properties of the Spanish version of the short-form Child Perceptions Questionnaire for 11-14-year-olds for assessing oral health needs of children. *Journal of Public Health Dentistry*. 2014;74(2):168-74.
141. Calis E, Geels L, Prah-Andersen B, Zentner A. Oral health-related quality of life and dental esthetics in Amsterdam schoolchildren. *J Dent Child (Chic)*. 2009;76(2):130-5.
142. Bos A, Hoogstraten J, Zentner A. Perceptions of Dutch orthodontic patients and their parents on oral health related quality of life. *Angle Orthodontist*. 2010;80(2):367-72.
143. Cohen-Carneiro F, Souza-Santos R, Rebelo M. Quality of life related to oral health: contribution from social factors. *Cien Saude Colet*. 2011;16(Suppl 1):1007-15.
144. Bianco A, Fortunato L, Nobile C, Pavia M. Prevalence and determinants of oral impacts on daily performance: results from a survey among school children in Italy. *Eur J Public Health*. 2010;20(595-60).
145. Tung A, Kiyak H. Psychological intreatmentfluence on the timing of orthodontic AJOrthodontics Dentofacial Orthopedics. 1998;113:29-39.
146. Jongh Ad, Cheung S, Khoe L, Asmi N. Cosmetic dental treatment. Its impact on happiness and quality of life. [Cosmetische behandeling van het gebit.effect op geluksbeleving en levenskwaliteit] *Nederlands Tijdschrift Voor Tandheelkunde*, 118(3), 152-155. 2011.
147. Ukra A, Page LF, Thomson W, Farella M, Smith AT, Beck V. Impact of malocclusion on quality of life among New Zealand adolescents. *New Zealand Dental Journal*. 2013:18-23.
148. Oliveira L, Sheiham A, Bönecker M. Exploring the association of dental caries withsocial factors and nutritional status in Brazilian preschool children. *Eur J Oral Sci*. 2008;116(1):37-43.
149. Makhija S, Gilbert G, Boykin M, Litaker M, Allman R, . PB. The relationship between sociodemographic factors and oral health-related quality of life in dentate and edentulous community- dwelling older adults. *J Am Geriatr Soc*. 2006;54:1701-12.

150. Paula J, Almeida A, Ambrosano G, Mialhe F. The impact of socioenvironmental characteristics on domains of oral health-related quality of life in Brazilian schoolchildren. *BMC Oral Health*. 2013;28:10-3.
151. Martins-Júnior P, Vieira-Andrade R, Corrêa-Faria P, Oliveira-Ferreira F, Marques L, Ramos-Jorge M. Impact of early childhood caries on the oral health-related quality of life of preschool children and their parents. *Caries Res*. 2013;47:211-18.
152. Baker S, Mat A, Robinson P. What psychosocial factors influence adolescents' oral health? . *J Dent Res*. 2010;89:1230-35.
153. Seif T. *Cariología: prevención, diagnóstico y tratamiento contemporáneo de la caries dental*. 1era. ed. Venezuela: AMOLCA; 1997.
154. Canut BJA, editor. *Ortodoncia clínica y terapéutica*. 2da. ed. Barcelona-España: MASSON; 2000.
155. Angle EH. Classification of malocclusion. *Dental Cosmos*. 1899;41:248-64.
156. Singh G, editor. *Ortodoncia Diagnóstico y Tratamiento*. 2da. ed. New Delhi, India: AMOLCA; 2009.
157. Ackerman JL PW. The characteristics of malocclusion: a modern approach to classification and diagnosis. *Am J Orthod*. 1969;56:443-54.
158. Ackerman J, Proffit W. The characteristics of malocclusion:a modern approach to classification and diagnosis. *Am J Orthod*. 1969;56:443-54.
159. Brook A. Multilevel complex interactions between genetic, epigenetic and environmental factors in the aetiology of anomalies of dental development. *Arch Oral Biol*. 2009;54(suppl 1):S3-S17.
160. Weerheijm K, Jalevik B, Alaluusua S. Molar incisor hypomineralisation. *Caries Res*. 2001;35:390-1.
161. Weerheijm K. Molar incisor hypomineralisation (MIH). *Eur J Paediatr Dent*. 2003;3:115-20.
162. Jalevik B, Noren J. Enamel hypomineralization of permanent first molars: a morphological study and survey of possible aetiological factors. *Int J Paediatr Dent*. 2000;10:278-89.
163. Mathu-Muju K, Wright J. Diagnosis and treatment of molar incisor hypomineralization. . *Compend Contin Educ Dent*. 2006;27:604-10.
164. Hyo-Seol L, Soo-Hyun K, Seong-Oh K, Lee LJ-H, Hyung-Jun C, Jung SH-S, et al. A new type of dental anomaly: molar-incisor malformation (MIM). *Oral and Maxillofacial Pathology*. 2014;118:101-10.

ANEXOS

ANEXO 1

EXPEDIENTE CLÍNICO DE ODONTOPEDIATRÍA DEPEeI UNAM



FACULTAD DE ODONTOLOGIA
 U. N. A. M.
 HISTORIA CLINICA
 DEPARTAMENTO DE ODONTOPEDIATRIA

INFORMACION GENERAL

Nombre _____ (_____) Fecha _____
 Edad _____ Fecha y lugar de Nacimiento _____
 Domicilio _____ Tel. _____
 Escuela _____ Grado _____
 Padre _____ Ocupación _____
 Domicilio de trabajo _____ Tel. _____
 Madre _____ Ocupación _____
 Pediatra o médico familiar _____ Tel. _____
 Hermanos(as) Nombres y edades _____
 Acompañante o responsable del tratamiento _____
 Motivo de la consulta _____

HISTORIA CLINICA MEDICA

Fecha de la última visita del niño(a) a su médico _____
 Razón _____
 Intervenciones quirúrgicas padecidas _____
 Medicamentos que toma regularmente _____
 Problemas en el embarazo y/o perinatales _____

¿Ha padecido el niño alguna de las enfermedades siguientes?

| | Edad | | Edad | | Edad |
|-------------------------|-----------|--------------|-----------|-------------------|-----------|
| Anaemia | () _____ | Sarampión | () _____ | Fiebre reumática | () _____ |
| Paladar hendido | () _____ | Toxferina | () _____ | Tuberculosis | () _____ |
| Epilepsia | () _____ | Varicela | () _____ | Fiebres eruptivas | () _____ |
| Cardiopatías | () _____ | Escarlatina | () _____ | Otras: | _____ |
| Hepatitis | () _____ | Difteria | () _____ | _____ | _____ |
| Enf. Renal | () _____ | Tifoidea | () _____ | _____ | _____ |
| Enfermedad Hepática | () _____ | Papeas | () _____ | _____ | _____ |
| Trastornos del lenguaje | () _____ | Poliomelitis | () _____ | _____ | _____ |

¿Ha presentado el niño hemorragias excesivas en operaciones o accidentes? Sí No
 () ()
 ¿Tiene dificultades en la Escuela? Sí No
 () ()

Antecedentes familiares, patológicos y no patológicos _____

Observaciones _____

OCLUSION Y ALINEAMIENTO

| 1) Línea Media | Normal | Desviado a | | 2) Planos Terminales | 1) Vertical | 2) Menaj | 3) Distal |
|-------------------------|--------|------------|------|----------------------|-------------|----------|-----------|
| | | Izq. | Der. | | | | |
| 3) Espacios Primates | Si | No | | 4) Angle | I | II 1, 2 | III |
| 5) Mordida Cruzada | Si | No | | 6) Sobre Mordida | | Si | No |
| 7) Traslape Horizontal | Si | No | | 8) Mordida Abierta | | Si | No |
| 9) Malposición Dentaria | Si | No | | 10) Diastema | | Si | No |

HABITOS PERNICIOSOS

| | | | |
|----------------------|-----|------------------------|-----|
| 1) Succión de dedo | () | 2) Protusión de lengua | () |
| 3) Morderse el Labio | () | 4) Morderse las Uñas | () |
| 5) Respirador Bucal | () | 6) Otros _____ | |
| | | _____ | |
| | | _____ | |

ERUPCION Y DENTICION

| | | | |
|-------------------------------|-------|----|----|
| 1) Secuencia Anormal | _____ | Si | No |
| 2) Pérdida Prematura | _____ | Si | No |
| 3) Retención Prolongada | _____ | Si | No |
| 4) Erupción Retardada | _____ | Si | No |
| 5) Falta de Contacto Proximal | _____ | Si | No |
| 6) Malposición Dentaria | _____ | Si | No |
| 7) Otras Anormalidades | _____ | Si | No |

Edad Dental _____

CONDICION DENTAL GENERAL Y LOCAL

| | | | | | |
|---------------|---------------------|---------|---------------------------------------|-------|-----------|
| Higiene Oral | Buena | Regular | Pobre | Placa | Sarro |
| Localización | Supragingival _____ | | Subgingival _____ | | |
| Cantidad | Poca | | Mediana | | Abundante |
| Calcificación | Buena | Pobre | Hipoplasia, Dentinogenesis Imperfecta | | |

FACULTAD DE ODONTOLOGIA U.N.A.M

EXAMEN DENTAL

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |

- | | |
|---|--|
| <p>Color: Rojo — Caries y otras Patosis Rojo y Azul — Caries Secundaria</p> <p>Triángulo Rojo — Ausente (Congénito)</p> <p>Flechas — Inclinación del Diente</p> <p style="text-align: center;">(—) ()</p> | <p>Azul — Restauraciones</p> <p>Triángulo Azul — Ausente (Extracción o Exfoliación)</p> <p>Cuadrado — Sin Erupcionar</p> <p>Flechas — Curvación de Diente</p> <p style="text-align: center;">(C)</p> |
|---|--|

Indicar en el cuadro del Odontograma la anomalía que presente por medio de su abreviatura.

Diente Fusionado (Fu) Geminación Dentaria (Gem) Diente Supernumerario (Sn)

Hipoplasia (Hip) en Borde Incisal 1/3 2/3 3/3 Borde Incisal (i) Centro de la Corona (c) Cervical Solamente (ce)

Diente Traumatizado (Tr) Cerca Exfoliación (CEs)

Morlida — Diente (MV)

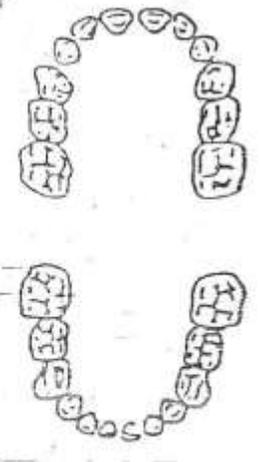
Inflamación Gingival (PMA)

Tipo de caries: Simple, crónica, aguda, extensiva, severa.

Condición General: Estatura, pelo, piel, presión arterial, color de las uñas, de los dedos, estado emocional, estado intelectual.

Condición Local: Presente de tejidos blandos, Labios, lengua, amígdalas, mucosa oral y de otras áreas.

Observaciones _____

| -PLAN DE TRATAMIENTO | | | | | | | | | | | | |
|----------------------|----------------|--|--|--|--|-----------------------|--|--|--|--|--------------|---|
| | | | | | | | | | | | | Nombre |
| Diente | Punto Problema | | | | | Método de Instrucción | | | | | No. de Veces | |
| Higiene Bucal | | | | | | | | | | | | |
| Dieta | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | Orden de Tratamiento |
| | | | | | | | | | | | | 1 |
| | | | | | | | | | | | | 2 |
| | | | | | | | | | | | | 3 |
| | | | | | | | | | | | | 4 |
| | | | | | | | | | | | | 5 |
| | | | | | | | | | | | | 6 |
| | | | | | | | | | | | | 7 |
| | | | | | | | | | | | | 8 |
| | | | | | | | | | | | | 9 |
| | | | | | | | | | | | | 10 |
| | | | | | | | | | | | | 11 |
| | | | | | | | | | | | | 12 |
| | | | | | | | | | | | | 13 |
| | | | | | | | | | | | | No. de Citas |
| | | | | | | | | | | | | Total |
| Método de Prevención | | | | | | | | | | | |  |
| Examen Periódico | | | | | | | | | | | | |
| Cuidado en el Hogar | | | | | | | | | | | | |

FACULTAD DE ODONTOLOGIA
DEPARTAMENTO DE PAAOOONCIA

Control de Placa DentobacterWla_

Nombre _____ Fecha _____
Cdad. _____ Control - - _____

Total de dientes _____ Total de caras _____ Porcentaje _____

| | |
|--|---|
| <p>7 6 5 4 3 2</p> <p>OOOOO-OO</p> <p>[XJ[2?][2?]fSJ</p> <p style="text-align: center;">v JY III JI -I</p> <p>[2J[SJ[SJ</p> <p>OO·OO OO@a</p> <p style="text-align: center;">7 6 5 4 3 2 1</p> | <p>2 J : 5</p> <p>OOO R R- R R</p> <p>fSJcg] lS1 [XJ -</p> <p style="text-align: center;">I II JII IY</p> <p>120cg)J[gJ[SJ</p> <p>0@a- @R @-C8)R</p> <p style="text-align: center;">1 2 J 4 5 6 7</p> |
|--|---|

Total de dientes _____ Total de caras _____ Control _____
Porcentaje _____ Fecha ---'---

| | |
|--|--|
| <p>0 5 4 3 2 1</p> <p>R @ OOO R O</p> <p>[2?]fSJ [2?]</p> <p style="text-align: center;">v IV III II I</p> <p>lS1 [2?]</p> <p>R O @ R R R O</p> <p style="text-align: center;">7 6 5 4 J 2 1</p> | <p>1 2 3 4 5 6 7</p> <p>OOO·OO@aR</p> <p>lS1</p> <p>[2_g[XJ[2_glS1[Z]</p> <p>O@a O R R OO</p> <p style="text-align: center;">1 2 J 4 5 6 7</p> |
|--|--|

Total de dientes _____ Total de caras _____ Control _____
Porcentaje _____ Fecha _____

| | |
|---|---|
| <p>7 6 5 4 3 2 1</p> <p>R O O R R R O</p> <p>[2_gr2? fl fZl.</p> <p style="text-align: center;">v JV JII II I</p> <p>-O</p> <p>R R O R OO R-</p> <p style="text-align: center;">7 6 5 4 3 2 1</p> | <p>1 2 J 4 5 6 7</p> <p>O@a O R R O R</p> <p>lZJ (g]</p> <p style="text-align: center;">I II III IV V</p> <p>{ZJ [8J</p> <p>OOOOOOOO</p> <p style="text-align: center;">1 2 3 4 5 6 7</p> |
|---|---|

Alumno: _____

Observaciones: _____

Cepillo _____

Técnica de cepillado: _____

Seo: _____

Soluciones recomendadas: _____

Lengua _____

| | |
|--------------|--------------------|
| Fecha: _____ | F. Profesoc: _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |

Resultados: _____

ANEXO 2

DIENTES CARIADOS PERDIDOS OBTURADOS (CPOD- ceod)

Los criterios para el diagnóstico y la codificación (claves de los dientes primarios entre paréntesis) son:

ÍNDICE DE DIENTES CARIADOS PERDIDOS Y OBTURADOS(123):

0(A) CORONA SANA: Cuando no presenta evidencia de caries clínica o que no haya sido tratada por caries. Deben excluirse los estados de caries que preceden la cavitación, como también otras condiciones similares a caries incipientes. Por lo tanto se codifican como sana: manchas blancas, manchas o rugosidades descoloridas que no son blandas al examinarlas con sonda CPI, puntos o fisuras teñidas en el esmalte que no tienen signos visuales de esmalte socavado o reblandecimiento de piso o paredes identificado con sonda CPI, áreas puntuales, oscuras, brillantes de esmalte en un diente que presenta signos moderados a severos de fluorosis, lesiones que, en base a su distribución o historia, o examen visual/táctil, parecen ser debidas a abrasión.

1(B) CORONA CARIADA: Se registra caries cuando una lesión en un punto o fisura o en una superficie lisa, tiene una inequívoca cavitación, esmalte socavado, o piso/pared reblandecidos. Un diente con obturación provisoria o con sellante (código 6 ó F) pero cariado debe también ser incluido en esta categoría. En caso que la corona ya ha sido destruida por caries y solamente persiste la raíz, se considera que la caries se ha originado de la corona y por lo tanto se codifica solamente como diente cariado. La sonda CPI debe ser utilizada para confirmar evidencia visual de caries en superficies oclusal, vestibular y lingual / palatino. Donde existen dudas no debe registrarse como caries.

2(C) CORONA OBTURADA CON CARIES: Se considera que una corona está obturada con caries cuando tiene una o más restauraciones permanentes y una o más zonas que están cariadas. No debe diferenciarse la caries primaria de la secundaria.

3(D) CORONA OBTURADA SIN CARIES: Se considera que una corona está obturada, sin caries, cuando se encuentra una o más restauraciones permanentes y no existe ninguna caries en la corona. Se incluye en esta categoría un diente con una corona colocada debido a una caries anterior.

4(E) DIENTE PERDIDO COMO RESULTADO DE CARIES: Se utiliza este código para los dientes permanentes o primarios que han sido extraídos debido a la presencia de caries, incluyendo el registro en el estado de la corona. Para los dientes primarios perdidos, este grado debe emplearse sólo si el sujeto presenta una edad en que la exfoliación normal no sería explicación suficiente de la ausencia. En algunos grupos de edad puede ser difícil diferenciar entre los dientes sin erupcionar (código 8) y los dientes perdidos (código 4 ó 5). No debe utilizarse el código 4 para los dientes que se consideran perdidos por motivo distinto a la caries.

5(-) DIENTE PERMANENTE PERDIDO, POR CUALQUIER OTRO MOTIVO: Este código se utiliza para los dientes permanentes que se consideran ausentes de modo congénito o que se han extraído por motivos ortodóncicos, periodontales, traumatismos, etc.

6(F) OBTURACIÓN DE FISURA (SELLANTE): Se utiliza para los dientes en los que se ha colocado un sellante o en la superficie oclusal, fisura oclusal se ha ensanchado con una fresa redondeado “en forma de llama”colocando un material de resina compuesta (ameloplastía). Si el diente obturado con sellante tiene caries, debe codificarse como 1 ó B.

7(G) PILAR DE PUENTE, CORONA ESPECIAL O FUNDA: Se incluye este código para indicar que un diente forma parte de un puente fijo, como pilar. Este código puede también emplearse para coronas colocadas por motivos distintos de la caries y para fundas o carillas que cubren la superficie vestibular de un diente en el que no hay signos de caries. Implante. Se utiliza este código en el estado de la raíz, para indicar que se ha colocado un implante como soporte.

8(-) CORONA SIN ERUPCIONAR: Este código está limitado a los dientes permanentes y se utiliza sólo para un espacio en el que hay un diente permanente sin erupcionar, pero en ausencia de diente primario. Los dientes clasificados como no erupcionados quedan excluidos de todos los cálculos relativos a la caries dental. Esta categoría no incluye los dientes perdidos por traumatismos, etc. Raíz cubierta. Este código indica que la superficie de la raíz está cubierta, es decir cuando no hay recesión gingival más allá de la unión esmalte-cemento.

INDICE ceod.- El índice de ceod es la sumatoria de dientes cariados primarios, con indicación de extracción y obturados. Respecto a su ejemplo téngase en cuenta que:

No se considera a este índice los dientes ausentes:

- La extracción indicada es la que procede ante una patología que no responde al tratamiento más frecuentemente usado.
- La restauración por medio de una corona se considera diente obturado

Cuando el mismo diente está obturado y cariado, se considera el diagnóstico más grave; la presencia de selladores no se cuantifica

ANEXO 3

SEVERIDAD DE CARIES DENTAL

La severidad de la caries fue tomada del expediente clínico de la Clínica de Odontopediatría del DEPel de la UNAM, campus C.U. (Anexo 1)

CARIES EN ESMALTE (C1)

Es el estadio más temprano de la caries, implica la disolución directa de la superficie del esmalte con apertura de las vías de difusión del ácido, a través de los espacios intercristalinos e interprismáticos y posiblemente también a través de los defectos de desarrollo del esmalte. En este primer estadio hay un reblandecimiento de la superficie.

La evidencia macroscópica de la afectación inicial del esmalte es la mancha blanca, especialmente en medio seco, superficie frágil con la sonda, aumento de la porosidad, a veces la lesión puede aparecer marrón debido al material exógeno es absorbido en sus porosidades. La superficie del esmalte sobre la lesión blanca puede aparecer como clínicamente intacta y lisa indicando que la lesión no es activa. Las lesiones con superficie rugosa indican que la lesión es activa. Las lesiones de caries en fosas y fisuras tienen unas características de inicio especiales. La lesión primero se forma no en el fondo , sino en las paredes de la fisura y tienen el aspecto de las lesiones pequeñas similares a las de las superficies lisas, esto se debe a la presencia de material orgánico en el fondo de la fisura que actúa como un tapón amortiguador contra los residuos ácidos de la placa , suavizando el ataque ácido en la base de la fisura; en este momento , debido a la proximidad de la unión amelo-dentinaria.

CARIES EN DENTINA (C2)

Antes de producirse fractura en el esmalte, se observa en el esmalte un cambio de coloración de blanco a gris o marrón. Esto se debe a que la lesión ha alcanzado el límite amelodentinario y se produce la desmineralización inicial de la dentina previamente hipermineralizada.

Una vez que se fractura el esmalte, se produce la cavitación de la lesión; se observa una zona de dentina cariada externa de aspecto amarillento, blanda fácilmente friable, es la dentina infectada o necrótica que debe eliminarse y a medida que se profundiza en la lesión la dentina aumenta en contenido mineral y por tanto es dureza, el color es amarillo oscuro o marrón, es la dentina interna, actualmente también llamada dentina afectada, susceptible de remineralización . El paciente puede referir sintomatología dolorosa(13).

CARIES EN TEJIDO PULPAR (C3).

El proceso de invasión bacteriana en los tejidos dentarios duros es muy rápido y el avance de estos microorganismos no es solo en sentido lateral, sino también hacia la cámara pulpar. Una serie de cambios pulpaes se describen: desde la formación de dentina secundaria debajo de la caries incipiente, pasando luego a una dispersión de macrófagos y linfocitos propiamente en pulpa en presencia de una caries moderada hasta llegar a observar un exudado inflamatorio crónico por debajo de las lesiones cariosas.

El avance de la caries dental hace que el tejido pulpar invariablemente se inflame. Si la lesión avanza la respuesta vascular aumenta la presión del tejido, sobrepasando eventualmente la capacidad que se tiene para generar mecanismos compensatorios, por lo que el tejido sucumbe necrosándose. Este proceso inflamatorio se esparce circunferencial e incrementalmente abarcando estructuras y perpetuando el ciclo destructivo.

La respuesta pulpar a la caries no se detiene en ese punto anatómico. El tejido conjuntivo pulpar va conectado con el tejido conjuntivo del ligamento periodontal. Los cambios inflamatorios que suceden en el tejido pulpar ante la presencia de caries producen un aumento de presión que generalmente se trasmite al ligamento. Esta presión empuja al diente hacia el exterior del alveolo, pudiendo disociar algunas fibras y colocar el diente en un trauma de oclusión, creando a veces una sensibilidad a la percusión vertical, radiográficamente puede observarse como un espacio de ligamento ensanchado.

La presencia de dolor en el signo característico de esta severidad, en especial cuando se relaciona con el estímulo que lo provoca y con ciertos estímulos actúa con predilección, particularmente al térmico calor y frío. Además este dolor puede percibirse pulsátil y/o sordo y en ocasiones espontáneo(153).

DIENTE INDICADO PARA EXTRACCIÓN C4.

Diente que no puede ser restaurado y requiere necesariamente su extracción (Anexo 1).

ANEXO 4

ESCALAS DE MEDICIÓN PARA LAS MALOCLUSIONES

MALOCLUSIÓN

La maloclusión es un término universalmente aceptado, genérico y fácilmente comprensible. Existe una línea continua entre lo ideal, lo normal y lo maloclusivo y debe entenderse como un hecho biológico difícilmente separable, y que solo la comunicación interpersonal y la didáctica obligan a presentar como entidades separadas(154).

El término maloclusión debe aplicarse , sobre todo, a aquellas situaciones que exigen intervención más que a cualquier desviación de la oclusión ideal (154), sin embargo para un mejor entendimiento tomaremos la descripción de Angle, como la perversión del crecimiento y desarrollo normal de la dentadura(155).

CLASIFICACIÓN DE LA MALOCLUSIÓN DE ANGLE

Edward Angle en 1899 introdujo el término “clase” para denominar distintas relaciones mesiodistales de los dientes, las arcadas dentarias y los maxilares que dependen de la posición sagital de los primeros molares permanentes a los que consideró como puntos fijos de referencia en la arquitectura craneofacial (156).

Angle dividió las maloclusiones en tres amplias categorías denominadas como “ Clases” y son representadas por números romanos I,II y III(155).

MALOCLUSIÓN CLASE I: Se registra como la relación mesiodistal normal del arco mandibular en relación con el arco maxilar, y la cúspide mesiobucal del primer molar maxilar ocluye con el surco bucal del primer molar mandibular permanente y la cúspide mesiolingual del primer molar permanente ocluye con la fosa oclusal del primer molar mandibular permanente cuando los maxilares están en reposo y los dientes aproximados en oclusión céntrica (124, 156). Siendo las relaciones sagitales normales, la situación maloclusiva consiste en las malposiciones individuales de los dientes, la anomalía de las realciones verticales, transversales o la desviación sagital de los incisivos(154).

MALOCLUSIÓN CLASE II: Se registra cuando el arco y el grupo dentario mandibular están en relación distal respecto al arco maxilar. La cúspide mesiolingual del primer molar maxilar permanente ocluye mesial a la cúspide mesiolingual del primer molar mandibular permanente (156).

MALOCLUSIÓN CLASE III: Se registra cuando el arco y el grupo dentario mandibular están en relación mesial respecto al arco maxilar. La cúspide mesiobucal del primer molar maxilar permanente ocluye en el espacio interdentario entre la cara distal de la cúspide mesial del segundo molar mandibular permanente (156).

ANEXO 5

CLASIFICACIÓN DE ACKERMAN-PROFITT

Ackerman y Profitt propusieron un sistema de clasificación muy completo que dividió las maloclusiones en los tres planos del espacio y se ocuparon de dar una indicación a la severidad de la maloclusión presente. Este sistema se basa en la teoría del conjunto, donde un conjunto es definido en base a las desviaciones morfológicas del ideal(158).

1. **LÍNEA MEDIA:** Es la observación de la simetría entre las líneas medias superior e inferior, observando la línea media facial y se mide en mm la discrepancia entre estas y se determina la desviación hacia la derecha o izquierda. Esta debe coincidir con una discrepancia hasta 2 mm.
2. **MORDIDA CRUZADA POSTERIOR:** Se registra como la observación de una mordida cruzada esquelética o telescópica cuando sobrepasa el arco antagonista, es decir cuando la cara vestibular de los inferiores está cubriendo la cara vestibular de los superiores.
3. **TRASLAPE HORIZONTAL:** Es la distancia que se da desde el borde incisal de los incisivos superiores a la cara vestibular de los Incisivos Inferiores. Se llama también overjet, se mide en milímetros, en modelos de estudio o cefalométricamente. Puede deberse a un excesivo crecimiento del maxilar superior, al deficiente crecimiento de la mandíbula, a la inclinación hacia afuera de los dientes superiores. Lo normal es de 2mm.
4. **MALPOSICIÓN DENTARIA** Se registra cuando uno o varios dientes están situados en posición anormal, la misma que trae como consecuencias que las piezas dentarias superiores o inferiores no articulen, engranen o encajen con normalidad.
5. **SOBREMORDIDA:** Distancia que se va a dar desde el borde incisal de los incisivos superiores al borde incisal de los incisivos inferiores que va a ser perpendicular al plano de oclusión. Se llama overbite, se mide en milímetro, en modelos de estudio o cefalométricamente. La norma es de 2.5 mm

- 6. MORDIDA ABIERTA:** No existe superposición vertical entre cualquiera de los pares opuestos de incisivos, mientras que los dientes posteriores se encuentran en oclusión céntrica.
- 7. DIASTEMAS:** Se define el diastema de la línea media como el espacio en milímetros, comprendido entre los dos incisivos permanentes en la posición normal de los puntos de contacto, esta medición puede efectuarse en cualquier nivel entre las superficies mesiales de los incisivos centrales.

Escala de medición de las Maloclusiones según la Historia Clínica de Odontopediatría de DEPel.

| OCLUSIÓN Y ALINEAMIENTO | | Normal | Desviado a Izq. Der. |
|--------------------------------|---------------------------|---------------|-----------------------------|
| 2 | Línea Media | Si | No |
| 3 | Mordida Cruzada Posterior | Si | No |
| 4 | Traslape Horizontal | Si | No |
| 5 | Malposición dentaria | Si | No |
| PLANO TERMINALES | | | |
| 6 | Angle I | | |
| 7 | Angle II | | |
| 8 | Angle III | | |
| 9 | Sobremordida | Si | No |
| 10 | Mordida Abierta | Si | No |
| 11 | Diastema | Si | No |

Tomado del expediente clínico de la clínica de odontopediatría de la División de Estudios de Posgrado e Investigación de la UNAM (DEPel)-2013.

ANEXO 6

DEFECTOS DEL ESMALTE

Los defectos del esmalte han sido definidos como un disturbio (genético, epigenético, factores ambientales) en la matriz tejido duro del diente y su mineralización, que se forma durante la odontogénesis (159).

De acuerdo con la apariencia clínica , los defectos del esmalte del diente han sido clasificados como una marcada opacidad , opacidad difusa o hipoplasia (126).

HIPOPLASIA DEL ESMALTE (123).- Es un defecto cuantitativo que afecta a la superficie del esmalte y que se asocia con una disminución localizada del espesor del esmalte. Puede presentarse en forma de hoyos: únicos o múltiples, planos o profundos, dispersos o dispuestos en filas horizontales a través de la superficie dental; b) surcos: únicos o múltiples, estrechos o anchos (2mm como máximo); c) ausencia parcial o total de esmalte en una superficie considerable de la dentina. El esmalte afectado puede ser traslúcido u opaco.

HIPOMINERALIZACIÓN INCISIVO - MOLAR (HIM) .- Es una patología descrita por primera vez en el 2001 por Weerheijm et al, como una hipomineralización de origen sistémico envolviendo frecuentemente a los 4 primeros molares permanentes afectando también a los incisivos permanentes(160).

Para distinguir la Hipomineralización Incisivo – Molar (HIM) no existe una clasificación universal, generalmente son atribuidos a términos “ suave”, “ moderada”, y “ severa”(161).

Microscópicamente, el esmalte es más poroso mientras más oscura es la zona decolorada(162). Clínicamente, el esmalte de los dientes afectados presenta zonas de decoloración blanca, opaca, amarilla o castaño y las zonas más oscuras reflejan un aumento de la severidad (160, 161), se puede observar malformación radicular de los molares y defectos en la corona de los incisivos. Estas anomalías causan problemas clínicos como impactación, pérdida de espacio, temprana exfoliación, dolor espontáneo, sensibilidad, y problemas estéticos (163, 164).

ANEXO 7

CUESTIONARIO DE PERCEPCIÓN INFANTIL CPQ 8-10

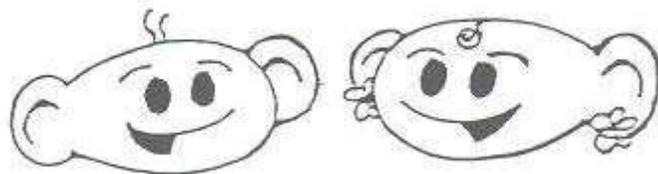
Hola,

¡Gracias por ayudarnos con nuestro estudio!

Estamos haciendo este estudio para entender mejor las cosas que tal vez le sucedan a los niños debido a sus dientes o su boca.

POR FAVOR RECUERDA:

- **No** escribas tu nombre en el cuestionario
- Esto **no es** un examen y no existen respuestas correctas o incorrectas
- Responde lo más **honesto** que puedas.
- No hables con nadie sobre las preguntas mientras estés contestándolas.
- Tus respuestas son privadas.
- **Nadie** que conozcas vera estas respuestas
- Lee **cuidadosamente** cada pregunta y piensa sobre las cosas que te han pasado en los últimos 4 semanas
- Antes de contestar, pregúntate a ti mismo: “¿**Esto me ha pasado debido a mis dientes, labios o boca?**”
- Marca con una tache **X** en el cuadro que se encuentra junto a la respuesta que has escogido



PRIMERA UNAS PREGUNTAS DE TI

Folio: |_|_|_|_|_|_|_|_|

Fecha: |_|_|_|_|-|_|_|_|-|_|_|_|_|_|_|_|_|
dd mm aaaa

Entrevistador: _____

1. ¿Cuándo naciste? ___/___/___
Día mes año

2. ¿Eres niño o niña?

Niño ___

Niña ___

3. Cuando piensas en tus dientes, labios y boca, dirías que están?

- Excelente
- Muy buena
- Buena
- Normal
- Mala

4. ¿Qué tanto afecta la condición de tus dientes, labios, y boca a tu vida diaria?

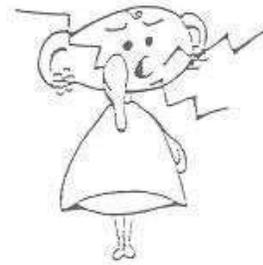
- Para nada
- Un poco
- Algo
- Mucho
- Demasiado

AHORA, ALGUNA PREGUNTAS SOBRE TUS DIENTES Y TU BOCA.

Que tan frecuentemente:

5¿Tuviste dolor en tus dientes o tu boca, en las últimas 4 semanas?

- Nunca
- Una o dos veces
- Algunas veces
- Frecuentemente
- Todos o casi todos los días



6¿Tuviste úlceras en tu boca en las últimas 4 semanas?

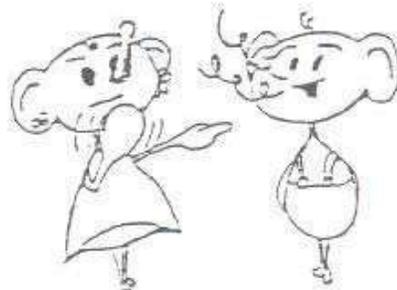
- Nunca
- Una o dos veces
- Algunas veces
- Frecuentemente
- Todos o casi todos los días

7¿Te dolieron tus dientes cuando comiste o tomas alimentos fríos o calientes , en las últimas 4 semanas?

- Nunca
- Una o dos veces
- Algunas veces
- Frecuentemente
- Todos o casi todos los días

8¿Se te quedó comida atorada en tus dientes en las últimas 4 semanas?

- Nunca
- Una o dos veces
- Algunas veces
- Frecuentemente
- Todos o casi todos los días



9¿Tuviste mal aliento, en las últimas 4 semanas?

- Nunca
- Una o dos veces
- Algunas veces
- Frecuentemente
- Todos o casi todos los días

PREGUNTAS SOBRE ESTAR CON OTRAS PERSONAS.

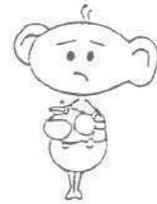
Que tan frecuentemente:

10¿Tardaste más tiempo que los demás en comer por problemas en tus dientes o tu boca, en las 4 últimas semanas?

- Nunca
- Una o dos veces
- Algunas veces
- Frecuentemente
- Todos o casi todos los días

11¿Tuviste dificultad para morder o masticar alimentos como manzanas, elotes o carne por problemas en tus dientes, o tu boca en las últimas 4 semanas?

- Nunca
- Una o dos veces
- Algunas veces
- Frecuentemente
- Todos o casi todos los días



12¿Tuviste problemas comiendo alimentos que te gustaría comer por problemas en tus dientes o tu boca en las últimas 4 semanas?

- Nunca
- Una o dos veces
- Algunas veces
- Frecuentemente
- Todos o casi todos los días

13¿Tuviste problemas al pronunciar algunas palabras por problemas en tus dientes, o tu boca en las últimas 4 semanas?

- Nunca
- Una o dos veces
- Algunas veces
- Frecuentemente
- Todos o casi todos los días

14 ¿Tuviste dificultad para dormir en la noche por problemas en tus dientes o boca, en las últimas 4 semanas?

- Nunca
- Una o dos veces
- Algunas veces
- Frecuentemente
- Todos o casi todos los días



ALGUNAS PREGUNTAS SOBRE TUS SENTIMIENTOS

Que tan frecuentemente:

15. ¿Te enojaste por problemas en tus dientes o tu boca, en las últimas semanas?

- Nunca
- Una o dos veces
- Algunas veces
- Frecuentemente
- Todos o casi todos los días



16. ¿Te sentiste frustrado o decepcionado por problemas en tus dientes o tu boca, en las últimas 4 semanas?

- Nunca
- Una o dos veces
- Algunas veces
- Frecuentemente
- Todos o casi todos los días

17. ¿ Te sentiste apenado o cohibido por problemas en tus dientes o tu boca, en las últimas 4 semanas?

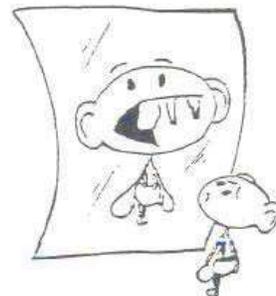
- Nunca
- Una o dos veces
- Algunas veces
- Frecuentemente
- Todos o casi todos los días

18. ¿ Te preocupó lo que otra gente piense sobre tus dientes o tu boca en las últimas 4 semanas?

- Nunca
- Una o dos veces
- Algunas veces
- Frecuentemente
- Todos o casi todos los días

19. ¿ Te preocupó no verte tan bien como los demás debido a tus dientes o tu boca en las últimas 4 semanas?

- Nunca
- Una o dos veces
- Algunas veces
- Frecuentemente
- Todos o casi todos los días



PREGUNTAS SOBRE LA ESCUELA .

Que tan frecuentemente:

20. ¿Faltaste a la escuela por dolor en tus dientes o por citas con el dentista, en las últimas 4 semanas?

- Nunca
- Una o dos veces
- Algunas veces
- Frecuentemente
- Todos o casi todos los días

21. ¿Tuviste dificultad para hacer tu tarea por problemas en tus dientes o tu boca en las últimas 4 semanas?

- Nunca
- Una o dos veces
- Algunas veces
- Frecuentemente
- Todos o casi todos los días

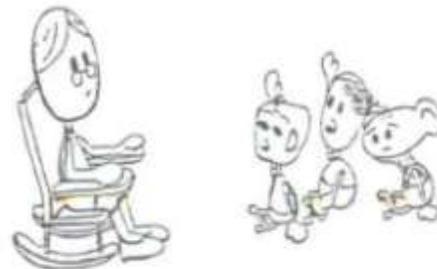


22. ¿Tuviste dificultad en poner atención en la escuela por problemas en tus dientes o tu boca en las últimas 4 semanas?

- Nunca
- Una o dos veces
- Algunas veces
- Frecuentemente
- Todos o casi todos los días

23. ¿Evitaste hablar o leer en voz alta en clase problemas en tus dientes o boca en las últimas 4 semanas?

- Nunca
- Una o dos veces
- Algunas veces
- Frecuentemente
- Todos o casi todos los días



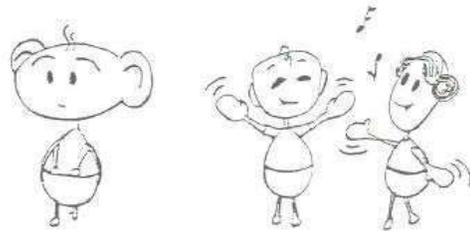
QUE TAN FRECUENTEMENTE

24. ¿Evitaste sonreír o reír con otros niños por problemas en tus dientes o tu boca, en las últimas 4 semanas?

- Nunca
- Una o dos veces
- Algunas veces
- Frecuentemente
- Todos o casi todos los días

25. ¿Evitaste hablarle a otros niños por problemas en tus dientes o tu boca, en las últimas 4 semanas?

- Nunca
- Una o dos veces
- Algunas veces
- Frecuentemente
- Todos o casi todos los días



26. ¿Evitaste estar con otros niños por problemas en tus dientes o tu boca, en las últimas 4 semanas?

- Nunca
- Una o dos veces
- Algunas veces
- Frecuentemente
- Todos o casi todos los días

27. ¿Evitaste actividades como deportes y clubes por problemas en tus dientes o tu boca, en las últimas 4 semanas?

- Nunca
- Una o dos veces
- Algunas veces
- Frecuentemente
- Todos o casi todos los días



QUE TAN FRECUENTEMENTE:

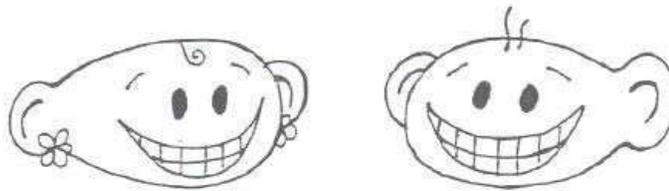
28. ¿Otros niños se han burlado de ti o te pusieron apodos, debido a tus dientes en las últimas 4 semanas?

- Nunca
- Una o dos veces
- Algunas veces
- Frecuentemente
- Todos o casi todos los días



29. ¿Otros niños te preguntaron sobre tus dientes o tu boca, en las últimas 4 semanas?

- Nunca
- Una o dos veces
- Algunas veces
- Frecuentemente
- Todos o casi todos los días



¡!!!! HAS TERMINADO ¡!!!!

GRACIAS

ANEXO 8

CUESTIONARIO DE PERCEPCIÓN INFANTIL CPQ 11-14

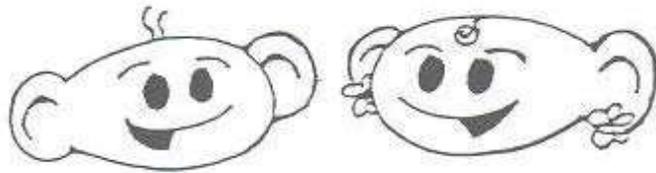
Hola,

¡Gracias por ayudarnos con nuestro estudio!

Estamos haciendo este estudio para entender mejor las cosas que tal vez le sucedan a los niños debido a sus dientes o su boca.

POR FAVOR RECUERDA:

- **No** escribas tu nombre en el cuestionario
- Esto **no es** un examen y no existen respuestas correctas o incorrectas
- Responde lo más **honesto** que puedas.
- **No** hables con nadie sobre las preguntas mientras estés contestando el cuestionario.
- Tus respuestas son privadas. **Nadie** que conozcas vera estas respuestas
- Lee **cuidadosamente** cada pregunta y piensa sobre las cosas que te han pasado en los últimos 3 meses
- Antes de contestar, pregúntate a ti mismo: “¿**Esto me ha pasado debido a problemas en mis dientes, labios o boca?**”
- Marca con una tache **X** en el cuadro que se encuentra junto a la respuesta que has escogido



PRIMERO, UNAS PREGUNTAS SOBRE TI

Folio: |_|_|_|_|_|_|_|_|
Fecha: |_|_|_|_|-|_|_|_|_|-|_|_|_|_|_|_|_|_|
dd mm aaaa

Entrevistador: _____

1. ¿Cuándo naciste? ___/___/___
Día mes año

2. ¿Eres niño o niña?
Niño ___
Niña ___

3. Dirías que la salud de tus dientes, labios y boca es:

- Excelente
- Muy buena
- Buena
- Normal
- Mala

4. ¿Qué tanto afecta la condición de tus dientes, labios, y boca a tu vida en general?

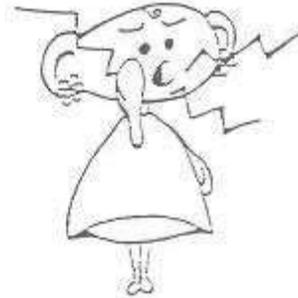
- Para nada
- Un poco
- Algo
- Mucho
- Demasiado

PREGUNTAS SOBRE PROBLEMAS DE SALUD BUCAL

En los últimos tres meses, que tan frecuentemente has tenido:

5. ¿Dolor en los dientes, labios o boca?

- Nunca
- Una o dos veces
- Algunas veces
- Frecuentemente
- Todos o casi todos los días



6. ¿Sangrado en la encía?

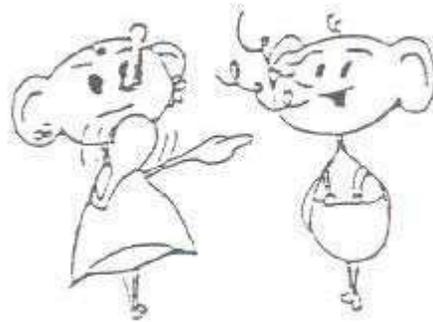
- Nunca
- Una o dos veces
- Algunas veces
- Frecuentemente
- Todos o casi todos los días

7. ¿Úlceras en tu boca?

- Nunca
- Una o dos veces
- Algunas veces
- Frecuentemente
- Todos o casi todos los días

8. ¿Mal aliento?

- Nunca
- Una o dos veces
- Algunas veces
- Frecuentemente
- Todos o casi todos los días



9. ¿Comida retenida en o entre tus dientes?

- Nunca
- Una o dos veces
- Algunas veces
- Frecuentemente
- Todos o casi todos los días

10. ¿Comida retenida en la parte alta de tu boca?

- Nunca
- Una o dos veces
- Algunas veces
- Frecuentemente
- Todos o casi todos los días

Para las siguientes preguntas.....

Esto te ha sucedido debido a tus dientes, labios o la boca?

En los últimos 3 meses que tan frecuentemente has:

11. ¿Respirado a través de tu boca cuando estas en reposo?

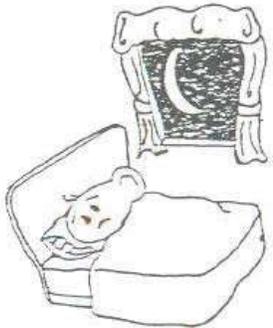
- Nunca
- Una o dos veces
- Algunas veces
- Frecuentemente
- Todos o casi todos los días

12. ¿Tardado más tiempo que los demás en comer?

- Nunca
- Una o dos veces
- Algunas veces
- Frecuentemente
- Todos o casi todos los días

13. ¿Tenido dificultad para dormir por problemas en tus dientes, labios o boca?

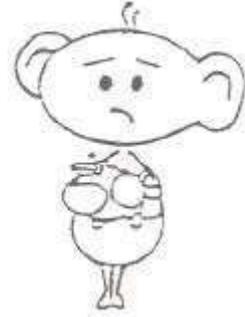
- Nunca
- Una o dos veces
- Algunas veces
- Frecuentemente
- Todos o casi todos los días



En los **últimos 3 meses**, debido a **tus dientes, labios o boca**, que tan frecuentemente has tenido:

14. ¿Dificultad para morder o masticar alimentos como las manzanas, elotes o carne?

- Nunca
- Una o dos veces
- Algunas veces
- Frecuentemente
- Todos o casi todos los días



15. ¿Dificultad para abrir grande tu boca?

- Nunca
- Una o dos veces
- Algunas veces
- Frecuentemente
- Todos o casi todos los días

16. ¿Dificultad para pronunciar algunas palabras?

- Nunca
- Una o dos veces
- Algunas veces
- Frecuentemente
- Todos o casi todos los días

17. ¿Dificultad para comer alimentos que te gusta consumir?

- Nunca
- Una o dos veces
- Algunas veces
- Frecuentemente
- Todos o casi todos los días

18. ¿Dificultad para beber con popote?

- Nunca
- Una o dos veces
- Algunas veces
- Frecuentemente
- Todos o casi todos los días



19. ¿Dificultad para beber o comer cosas calientes o frías?

- Nunca
- Una o dos veces
- Algunas veces
- Frecuentemente
- Todos o casi todos los días



PREGUNTAS SOBRE SENTIMIENTOS

Has tenido estos sentimientos debido a tus dientes, labios o boca?... Si tienes el sentimiento debido a otra razón, responde "nunca"

En los últimos 3 meses, que tan frecuentemente te has:

20. ¿Sentido irritable o frustrado por problemas en tus dientes, labios o boca?

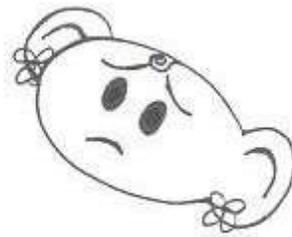
- Nunca
- Una o dos veces
- Algunas veces
- Frecuentemente
- Todos o casi todos los días

21. ¿Sentido inseguro de ti mismo por problemas en tus dientes, labios o boca?

- Nunca
- Una o dos veces
- Algunas veces
- Frecuentemente
- Todos o casi todos los días

22. ¿Sentido timidez o vergüenza por la apariencia de tus dientes, labios o boca?

- Nunca
- Una o dos veces
- Algunas veces
- Frecuentemente
- Todos o casi todos los días



En los últimos tres meses que tan frecuentemente te has:

23. ¿Preocupado por lo que otra gente piense sobre tus dientes, labios o boca?

- Nunca
- Una o dos veces
- Algunas veces
- Frecuentemente
- Todos o casi todos los días

24. ¿Preocupado por no lucir tan bien como otros?

- Nunca
- Una o dos veces
- Algunas veces
- Frecuentemente
- Todos o casi todos los días



25. ¿Sentido molesto por problemas en tus dientes, labios o boca?

- Nunca
- Una o dos veces
- Algunas veces
- Frecuentemente
- Todos o casi todos los días

26. ¿Sentido nervioso o asustado por problemas en tus dientes, labios o boca?

- Nunca
- Una o dos veces
- Algunas veces
- Frecuentemente
- Todos o casi todos los días

27. ¿Preocupado por qué no ser tan saludable como otros?

- Nunca
- Una o dos veces
- Algunas veces
- Frecuentemente
- Todos o casi todos los días

28. ¿Preocupado por qué eres diferente a los demás?

- Nunca
- Una o dos veces
- Algunas veces
- Frecuentemente
- Todos o casi todos los días

PREGUNTAS SOBRE LA ESCUELA

¿Has tenido estas experiencias debido a tus dientes, labios o boca? Si es por otra razón, responde "nunca"

En los últimos 3 meses, que tan frecuentemente:

29. ¿Has faltado a la escuela por dolor, cirugías o por citas con el dentista?

- Nunca
- Una o dos veces
- Algunas veces
- Frecuentemente
- Todos o casi todos los días

30. ¿Has tenido dificultad para prestar atención en la escuela debido a problemas en tus dientes, labios o boca?

- Nunca
- Una o dos veces
- Algunas veces
- Frecuentemente
- Todos o casi todos los días



31. ¿Has tenido dificultad para hacer tu tarea debido a problemas en tus dientes, labios o boca?

- Nunca
- Una o dos veces
- Algunas veces
- Frecuentemente
- Todos o casi todos los días

32. ¿No has querido hablar o leer en voz alta durante la clase debido a problemas en tus dientes, labios o boca?

- Nunca
- Una o dos veces
- Algunas veces
- Frecuentemente
- Todos o casi todos los días

PREGUNTAS SOBRE TUS ACTIVIDADES DE TIEMPO LIBRE Y AL ESTAR CON OTRAS PERSONAS

¿Has tenido estas experiencias debido a tus dientes, labios o boca? Si es por otra razón, responde "Nunca"

En los últimos 3 meses, que tan frecuentemente:

33. ¿Has evitado participar en actividades deportivas, clubes, teatro, música, excursiones escolares?

- Nunca
- Una o dos veces
- Algunas veces
- Frecuentemente
- Todos o casi todos los días

34. ¿No has querido hablar con otros niños?

- Nunca
- Una o dos veces
- Algunas veces
- Frecuentemente
- Todos o casi todos los días

35. ¿Has evitado sonreír o reír cuando están otros niños a tu alrededor?

- Nunca
- Una o dos veces
- Algunas veces
- Frecuentemente
- Todos o casi todos los días

36. ¿Has tenido dificultad tocando instrumentos como la flauta, clarinete o trompeta?

- Nunca
- Una o dos veces
- Algunas veces
- Frecuentemente
- Todos o casi todos los días

37. ¿No has querido pasar tiempo con otros niños?

- Nunca
- Una o dos veces
- Algunas veces
- Frecuentemente
- Todos o casi todos los días



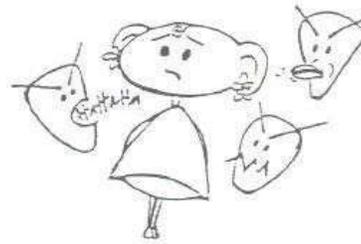
38. ¿Has discutido con otros niños o con tu familia?

- Nunca
- Una o dos veces
- Algunas veces
- Frecuentemente
- Todos o casi todos los días

En los 3 últimos meses, debido a tus dientes, labios o boca, que tan frecuentemente:

39. ¿Otros niños se han burlado de ti o te han puesto apodosos?

- Nunca
- Una o dos veces
- Algunas veces
- Frecuentemente
- Todos o casi todos los días



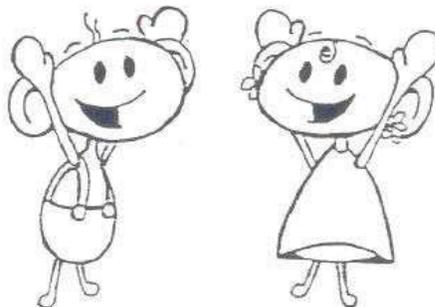
40. ¿Otros niños te han hecho sentir fuera de lugar?

- Nunca
- Una o dos veces
- Algunas veces
- Frecuentemente
- Todos o casi todos los días

41. ¿Otros niños te han preguntado sobre tus dientes, labios o boca?

- Nunca
- Una o dos veces
- Algunas veces
- Frecuentemente
- Todos o casi todos los días

GRACIAS POR TU COLABORACIÓN!!!



ANEXO 9**INSTRUMENTO DE ALFABETISMO FUNCIONAL EN ODONTOLOGÍA**

Folio: |_|_|_|_|_|_|_|_|

Fecha: |_|_|_|_|-|_|_|_|_|-|_|_|_|_|_|_|_|_|
dd mm aaa

Entrevistador: _____

El siguiente cuestionario tiene como finalidad conocer algunas de sus habilidades de lectura en el ámbito odontológico, la información que usted nos proporcione será confidencial y se utilizará únicamente con fines estadísticos. Por favor lea detenidamente cada una de las indicaciones y responda las preguntas correspondientes.

SECCIÓN I

Nombre: _

Edad: _

Dirección: _

Teléfono: _

Sexo: 1.Femenino 2.Masculino /_ /

Estado Civil:

1.Soltero 2.Casado 3.Viudo 4.Divorciado
5.Unión Libre 6.Separado 7.Otro /_ /

Escolaridad: /_ /

0. Analfabeto 1.Primaria Incompleta 2.Primaria completa
3. Secundaria 4. Estudios Técnicos 5. Preparatoria o bachillerato
6. Licenciatura o más.

Ultimo grado escolar cursado: _

Aproximadamente hace cuantos años dejó de estudiar _ años.

¿Cuál es su ingreso económico mensual aproximado _ pesos.

Sección II .Por favor relaciona con una línea cada palabra con el dibujo que le corresponde (elija un dibujo).

1. Caries Dental



2. Dentadura



3. Fractura Dental



4. Caries



5. Anestesia



6. Corona Dental



7. Pasta dental



8. Encía



9. Absceso



A continuación encierre la siguiente tarjeta de presentación y encierre en un círculo la dirección:

10.



CD Daniela Carmona Díaz

Odontología Integral

Coazintla 15 San Jerónimo Aculco

Teléfono 56-81-87-58

Lee el siguiente texto y contesta la pregunta:

Indicaciones para un buen cepillado dental

Primero tiene que elegir correctamente el cepillo de dientes, es decir con cabeza pequeña y cerdas de dureza mediana, una vez hecho esto, coloque una cantidad de pasta del tamaño de un chicharro y no remoje el cepillo. Por último, cepille sus dientes siguiendo siempre un orden con la finalidad de formar un hábito.

11. ¿Cuál es el título del texto que acaba de leer? (subraye la respuesta)

/ /

1. Manifestaciones de los problemas bucodentales

2. Indicadores para un buen cepillado dental

3. Ventajas de un cepillado dental

4. Enfermedades de la encía

12. Por favor seleccione la segunda actividad que tiene que realizar como parte del procedimiento (subraye la respuesta)

/ /

1. Iniciar el cepillado siguiendo siempre un orden

2. Elegir el cepillo adecuado (cabeza pequeña y cerdas medianas)

3. Colocar la pasta en el cepillo en la cantidad adecuada

**Lee el siguiente párrafo y responde las preguntas que se presentan a continuación
(puede leerlo las veces que requiera)**

Recomendaciones a seguir después de una cirugía bucal:

Después de una cirugía siempre es recomendable el uso de medicamentos para evitar cualquier infección, en ese caso usted puede utilizar.

PEN-VI-K. Penicilina V Potásica en tabletas de 400.00 UI: tomando una cada 6 horas por 7 días.

En caso de ser alérgico a la penicilina, notifíquelo a su odontólogo y como opción podría utilizar

DALACIN C. Clindamicina en cápsulas de 300 mg tomando una cada 8 horas durante 7 días.

Para evitar el dolor usted podría utilizar.-

ACTRON Ibuprofeno en tabletas de 400 mg, tomando una cápsula cada 6 horas durante 3 días.

De acuerdo al párrafo que acaba de leer , responda las siguientes preguntas colocando en el recuadro el número que le corresponde:

13. ¿Cuántos días debe seguir el tratamiento a base de penicilina?

/ /

1. 14
2. 10
3. 7
4. 3

14. ¿A qué hora deberá tomar la siguiente dosis de penicilina si usted ingiera la primera dosis después de una cirugía realizada a la 1pm?

/ /

1. 9 pm
2. 7 pm
3. 5 pm
4. 3 pm

15. ¿Cuántas tabletas de Pen- Vi-K debe tomar en día (24 horas),siguiendo las indicaciones previas?

/ /

1. 7 tabletas
2. 6 tabletas
3. 4 tabletas
4. 1 tableta

16. ¿En caso de ser alérgico al a penicilina el medicamento que debe tomar es :

1. Ibuprofeno
2. Pen-Vi-K
3. Clindamicina
4. Actron

/ /

Ahora lea detenidamente el siguiente texto:

Entiendo y acepto que pueden surgir variaciones en el plan de tratamiento originalmente propuesto, si es fuera el caso apruebo que cualquier modificación sea hecha tanto en el diseño de algún tipo de aparato como en los materiales empleados, lo cual puede implicar la realización de extracciones dentales o eventos quirúrgicos; así como costos extras siempre y cuando exista justificación para ello.

De acuerdo a lo anteriormente planteado, responda si las siguientes aseveraciones son ciertas o falsas (tache la respuesta)

17. Los tratamientos odontológicos propuestos pueden sufrir modificaciones

- 1. Cierto
- 2. Falso

18. Los cambios posibles sólo se incluyen en los materiales empleados para el tratamiento

- 1. Cierto
- 2. Falso

19. Las modificaciones en el tratamiento, pueden ser reflejadas en el costo

- 1. Cierto
- 2. Falso

20. Cualquier modificación en el plan de tratamiento originalmente propuesto debe ser justificada

- 1. Cierto
- 2. Falso

A continuación lea el siguiente texto

INSTRUCCIONES: Use el enjuague antes o después de cepillar sus dientes al menos dos veces al día. Llene la tapa dosificadora hasta la marca de 15ml con enjuague. No adicione agua. Enjuague la boca durante 60 segundos y después elimine el producto de la boca.

ADVERTENCIAS: No tragar. Manténgase fuera del alcance de los niños. No debe ser usado por niños menores de 6 años. Si observa alguna reacción desfavorable, suspenda su uso.

Ahora relacione cada una de las columnas colocando en el paréntesis la respuesta que le corresponde. Sólo existe una respuesta correcta para cada pregunta:

- | | |
|--|---|
| 21. Una práctica que debe evitarse el usar el enjuague es: | () Mayores de 6 años |
| 22. El producto se debe suspender si: | () Tragar el producto |
| 23. La cantidad apropiada que debe utilizarse del producto es: | () 15 ml |
| 24. La edad apropiada de utilización del enjuague es: | () 60 seg |
| 25. El momento adecuado para la utilización del enjuague es: | () Se observa una reacción desfavorable . |
| 26. El tiempo que el enjuague debe permanecer en la boca es aproximadamente: | () Antes o después e cepillar los dientes. |

Ahora lea determinadamente el siguiente párrafo.

Periodontitis:

Controlar las bacterias es la clave principal de la enfermedad periodontal . En los estadios tempranos, la enfermedad es completamente reversible. Cuando la enfermedad ya se ha establecido, los dentistas han encontrado que los pacientes responden favorablemente al programa de remoción de placa. En aproximadamente una semana, la inflamación cede y la encía inflamada se recupera y crece firme.

En sus propias palabras explique.

27 ¿Cuál es la idea principal del texto?

28 ¿Cuál es uno de los elementos más importantes que intervienen en el desarrollo de la enfermedad periodontal?

29 ¿De qué manera se puede restablecer la condición de la encía una vez que la enfermedad se ha establecido?

¡MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!

ANEXO 10

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, que llevo por nombre: paciente del departamento de Odontopediatría de la División de Estudios de Posgrado e Investigación, Facultad de Odontología de la UNAM, acepto participar en el estudio que lleva por título **“Calidad de vida en niños con diferentes problemas de salud bucal”**

El Objetivo de este estudio es “Evaluar el impacto de la salud bucal en la calidad de vida de niños de 8 a 14 años con diferentes problemas de salud bucodental que solicitan atención de primera vez en la Clínica de Odontopediatría de la División de Estudios de Posgrado e Investigación, de la Facultad de Odontología, UNAM durante 2013 (abril-octubre), para con ello aportar información a las respectivas autoridades, de manera que se pueda tomar decisiones para mejorar aspectos en la atención Odontológica. La responsable de este estudio es la Dra. Aída Borges Yáñez Coordinadora de la especialización en Salud Pública Bucal

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Si usted acepta participar en éste, se deberá completar una encuesta que le tomará aproximadamente 40 minutos de su tiempo, básicamente con algunos datos personales e información sobre sus vivencias con los problemas bucodentales, sus efectos, y otros aspectos relacionados con su salud.

Si no deseo participar en este estudio, la atención dental que se me brinde en la clínica de odontopediatría no se verá afectada.

Cualquier duda que yo tenga puedo consultarla con Alejandra Cabrera al teléfono (55) 25590462

He leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Convengo en participar en este estudio de investigación

CONSENTIMIENTO AUTORIZADO

NOMBRE Y FIRMA DEL PADRE O TUTOR RESPONSABLE DEL NIÑO

TESTIGO 1

TESTIGO 2

Nombre completo
Firma del testigo

Nombre completo
Firma del testigo

Alejandra Cabrera Arias
Responsable de la Investigación

México D.F. A ____ de _____ del

| | | |
|--------------|------------------------|--------------------------|
| 3.5 | HIPOPLASIA | |
| 3.5.1 | Presencia: 0) No 1) Sí | <input type="checkbox"/> |
| 3.6 | COMENTARIOS: _ | |

| | |
|-----------|--|
| V. | CALIDAD DE VIDA CUESTIONARIO CPQ 8-10 |
|-----------|--|

Hola Folio:

¡Gracias por ayudarnos con nuestro estudio!

Estamos haciendo este estudio para entender mejor las cosas que podrían pasarles a los niños debido a sus dientes o su boca.

POR FAVOR RECUERDA:

- **No** escribas tu nombre en el cuestionario
- Esto **no es** un examen y **no** existen respuestas correctas o incorrectas
- Responde lo más **honestamente** que puedas.
- **No** hables con nadie sobre las preguntas mientras estés contestando el cuestionario.
- Tus respuestas son privadas. **Nadie** que conozcas verá estas respuestas
- Lee **cuidadosamente** cada pregunta y piensa sobre las cosas que te han pasado en **las últimas 4 semanas**
- Antes de contestar, pregúntate a ti mismo: “¿**Esto me ha pasado debido a problemas en mis dientes, labios o boca?**”
- Marca con una tache **X** dentro del cuadro que se encuentra junto a la respuesta que has escogido

| 4.1 | | Percepción general sobre tu salud bucal | | | | |
|--------------|--|--|-----------------|--------------------|---------------------|----------------------------------|
| | | Muy bien | Bien | Regular | Mal | Muy mal |
| 4.1.1 | ¿Cuándo piensas en tus dientes o tu boca, dirías que están? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | | Para nada | Un poco | Algo | Mucho | Demasiado |
| 4.1.2 | ¿Qué tanto te molestan tus dientes, o tu boca en tu vida diaria? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4.2 | AHORA, ALGUNA PREGUNTAS SOBRE TUS DIENTES Y TU BOCA. | | | | | |
| | Que tan frecuentemente... | | | | | |
| 4.2.1 | ¿Tuviste dolor en tus dientes o tu boca, en las últimas 4 semanas? | Nunca 0 | 1o 2 veces 1 | Algunas veces 2 | Frecuentemente 3 | Todos o casi todos los días 4 |
| 4.2.2 | ¿Tuviste úlceras en tu boca en las últimas 4 semanas? | Nunca 0 | 1o 2 veces 1 | Algunas veces 2 | Frecuentemente 3 | Todos o casi todos los días 4 |
| 4.2.3 | ¿Te dolieron tus dientes cuando comiste o tomaste alimentos fríos o calientes, en las últimas 4 semanas? | Nunca 0 | 1o 2 veces 1 | Algunas veces 2 | Frecuentemente 3 | Todos o casi todos los días 4 |
| 4.2.4 | ¿Se te quedó comida atorada en tus dientes en las últimas 4 semanas? | Nunca 0 | 1o 2 veces 1 | Algunas veces 2 | Frecuentemente 3 | Todos o casi todos los días 4 |
| 4.2.5 | ¿Tuviste mal aliento en las últimas 4 semanas? | Nunca 0 | 1o 2 veces 1 | Algunas veces 2 | Frecuentemente 3 | Todos o casi todos los días 4 |
| 4.3 | PREGUNTAS SOBRE ESTAR CON OTRAS PERSONAS. | | | | | |
| | Que tan frecuentemente: | | | | | |
| 4.3.1 | ¿Tardaste más tiempo que los demás en comer por problemas en tus dientes o tu boca, en las 4 últimas semanas? | Nunca 0 | 1o 2 veces 1 | Algunas veces 2 | Frecuentemente 3 | Todos o casi todos los días 4 |
| 4.3.2 | ¿Tuviste dificultad para morder o masticar alimentos como las manzanas, elotes o carne por problemas en tus dientes o tu boca, en las últimas 4 semanas? | Nunca 0 | 1o 2 veces 1 | Algunas veces 2 | Frecuentemente 3 | Todos o casi todos los días 4 |

| | | | | | | |
|-------|--|------------|--------------------|-----------------------|--------------------------|--|
| 4.3.3 | ¿Tuviste problemas comiendo alimentos que te gustarían comer por problema en tus dientes o boca, en las últimas 4 semanas? | Nunca 0 | 1o 2 veces 1 | Algunas veces 2 | Frecuen- Temente 3 | Todos o casi todos los días 4 |
| 4.3.4 | ¿Tuviste problemas al pronunciar algunas palabras por problemas en tus dientes o boca en las últimas 4 semanas? | Nunca 0 | 1o 2 veces 1 | Algunas veces 2 | Frecuen- Temente 3 | Todos o casi todos los días 4 |
| 4.3.5 | ¿Tuviste dificultad para dormir en la noche por problemas en tus dientes o boca, en las últimas 4 semanas? | Nunca 0 | 1o 2 veces 1 | Algunas veces 2 | Frecuen- Temente 3 | Todos o casi todos los días 4 |
| 4.4 | ALGUNAS PREGUNTAS SOBRE TUS SENTIMIENTOS. Que tan frecuentemente... | | | | | |
| 4.4.1 | ¿Te enojaste por problemas en tus dientes o tu boca, en las últimas semanas? | Nunca 0 | 1o 2 veces 1 | Algunas veces 2 | Frecuen- Temente 3 | Todos o casi todos los días 4 |
| 4.4.2 | ¿Te sentiste frustrado o decepcionado por problemas en tus dientes o tu boca, en las últimas 4 semanas? | Nunca 0 | 1o 2 veces 1 | Algunas veces 2 | Frecuen- Temente 3 | Todos o casi todos los días 4 |
| 4.4.3 | ¿Te sentiste apenado o cohibido por problemas en tus dientes o tu boca, en las últimas 4 semanas? | Nunca 0 | 1o 2 veces 1 | Algunas veces 2 | Frecuen- Temente 3 | Todos o casi todos los días 4 |
| 4.4.4 | ¿Te preocupó lo que otra gente haya pensado sobre tus dientes o tu boca en las últimas 4 semanas? | Nunca 0 | 1o 2 veces 1 | Algunas veces 2 | Frecuen- Temente 3 | Todos o casi todos los días 4 |
| 4.4.5 | ¿Te preocupó no verte tan bien como los demás debido a tus dientes o tu boca en las últimas 4 semanas? | Nunca 0 | 1o 2 veces 1 | Algunas veces 2 | Frecuen- Temente 3 | Todos o casi todos los días 4 |
| 4.5 | PREGUNTAS SOBRE LA ESCUELA. Que tan frecuentemente... | | | | | |
| 4.5.1 | ¿Faltaste a la escuela por dolor en tus dientes o por citas con el dentista, en las últimas 4 semanas? | Nunca 0 | 1o 2 veces 1 | Algunas veces 2 | Frecuen- Temente 3 | Todos o casi todos los días 4 |

| | | | | | | |
|--------|--|------------|--------------------|-----------------------|--------------------------|--|
| 4.5.2 | ¿Tuviste dificultad para hacer tu tarea por problemas en tus dientes o tu boca, en las últimas 4 semanas? | Nunca 0 | 1o 2 veces 1 | Algunas veces 2 | Frecuen- Temente 3 | Todos o casi todos los días 4 |
| 4.5.3 | ¿Tuviste dificultad en poner atención en la escuela por problemas en tus dientes o tu boca en las últimas 4 semanas? | Nunca 0 | 1o 2 veces 1 | Algunas veces 2 | Frecuen- Temente 3 | Todos o casi todos los días 4 |
| 4.5.4 | ¿Evitaste hablar o leer en voz alta en clase por problemas en tus dientes o boca en las últimas 4 semanas? | Nunca 0 | 1o 2 veces 1 | Algunas veces 2 | Frecuen- Temente 3 | Todos o casi todos los días 4 |
| 4.5.5 | ¿Evitaste sonreír o reír con otros niños por problemas en tus dientes o tu boca, en las últimas 4 semanas? | Nunca 0 | 1o 2 veces 1 | Algunas veces 2 | Frecuen- Temente 3 | Todos o casi todos los días 4 |
| 4.5.6 | ¿Evitaste hablarle a otros niños por problemas en tus dientes o tu boca, en las últimas 4 semanas? | Nunca 0 | 1o 2 veces 1 | Algunas veces 2 | Frecuen- Temente 3 | Todos o casi todos los días 4 |
| 4.5.7 | ¿Evitaste estar con otros niños por problemas en tus dientes o tu boca en las últimas 4 semanas? | Nunca 0 | 1o 2 veces 1 | Algunas veces 2 | Frecuen- Temente 3 | Todos o casi todos los días 4 |
| 4.5.8 | ¿Evitaste actividades como deportes y clubes por problemas en tus dientes o tu boca en las últimas 4 semanas? | Nunca 0 | 1o 2 veces 1 | Algunas veces 2 | Frecuen- Temente 3 | Todos o casi todos los días 4 |
| 4.5.9 | ¿Otros niños burlaron de ti o te pusieron apodos, debido a tus dientes o tu boca en las últimas 4 semanas? | Nunca 0 | 1o 2 veces 1 | Algunas veces 2 | Frecuen- Temente 3 | Todos o casi todos los días 4 |
| 4.5.10 | ¿Otros niños te preguntaron sobre tus dientes o tu boca, en las últimas 4 semanas? | Nunca 0 | 1o 2 veces 1 | Algunas veces 2 | Frecuen- Temente 3 | Todos o casi todos los días 4 |

**!!! HAS TERMINADO!!!
GRACIAS**

| | | |
|--------------|------------------------|---|
| 3.4 | HIPOPLASIA | |
| 3.4.1 | Presencia: 0) No 1) Sí | _ |
| 3.5 | COMENTARIOS: _ | |

| | |
|----------|---|
| 4 | CALIDAD DE VIDA CUESTIONARIO CPQ 11-14 |
|----------|---|

Folio: |_|_|_|_|_|

Hola

¡Gracias por ayudarnos con nuestro estudio!

Estamos haciendo este estudio para entender mejor las cosas que tal vez les sucedan a los niños debido a sus dientes o su boca.

POR FAVOR RECUERDA:

- **No** escribas tu nombre en el cuestionario
- Esto **no es** un examen y no existen respuestas correctas o incorrectas
- Responde lo más **honestamente** que puedas.
- **No** hables con nadie sobre las preguntas mientras estés contestando el cuestionario.
- Tus respuestas son privadas. **Nadie** que conozcas verá estas respuestas
- Lee **cuidadosamente** cada pregunta y piensa sobre las cosas que te han pasado en los últimos 3 meses
- Antes de contestar, pregúntate a ti mismo: “**¿Esto me ha pasado debido a problemas en mis dientes, labios o boca?**”
- Marca con una tache **X** en el cuadro que se encuentra junto a la respuesta que has escogido

| 4.1 Preguntas relacionadas a la percepción general que el niño tiene sobre el estado de su salud bucal | | Excelente | Muy Buena | Buena | Normal | Mala |
|--|--|-----------|-------------|---------------|----------------|-----------------------------|
| 4.1.1 | Dirías que la salud de tus dientes, Labios, mandíbula y boca es: | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | | Para nada | Un poco | Algo | Mucho | Demasiado |
| 4.1.2 | ¿Qué tanto afecta la condición de tus dientes, labios y boca a tu vida en general? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4.2 PREGUNTAS SOBRE PROBLEMAS DE SALUD BUCAL En los últimos tres meses, que tan frecuentemente has tenido: | | | | | | |
| | | Nunca | 1 o 2 veces | Algunas veces | Frecuentemente | Todos o casi todos los días |
| 4.2.1 | ¿Dolor en los dientes, labios o boca? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4.2.3 | ¿Sangrado en la encía? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4.2.4 | ¿Úlceras en tu boca? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4.2.5 | ¿Mal aliento? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4.2.6 | ¿Comida atorada en o entre tus dientes? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4.2.7 | ¿Comida atorada en la parte alta de tu boca | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4.3 Para las siguientes preguntas... ¿Esto te ha sucedido debido a tus dientes, labios o boca? En los <u>últimos 3 meses</u> que tan frecuentemente has... | | | | | | |
| | | Nunca | 1 o 2 veces | Algunas veces | Frecuentemente | Todos o casi todos los días |
| 4.3.1 | ¿Respirado a través de tu boca cuando estas en reposo? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4.3.2 | ¿Tardado más tiempo que los demás en comer? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4.3.3 | ¿Tenido dificultad para dormir por problemas en tus dientes, labios o boca? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

| En los últimos 3 meses, debido a tus dientes, labios o boca, que tan frecuentemente has tenido: | | | | | | |
|--|--|-------|-------------|---------------|-----------|-----------------------------|
| | | Nunca | 1 o 2 veces | Algunas veces | Frecuente | Todos o casi todos los días |
| 4.3.4 | ¿Dificultad para morder o masticar alimentos como las manzanas, elotes o carne? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4.3.5 | ¿Dificultad para abrir grande tu boca? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4.3.6 | ¿Dificultad para pronunciar algunas palabras? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4.3.7 | ¿Dificultad para comer alimentos que te gusta comer? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4.3.8 | ¿Dificultad para beber con popote? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4.3.9 | ¿Dificultad para beber o comer alimentos fríos o calientes? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4.4 | PREGUNTAS SOBRE SENTIMIENTOS. Has tenido estos sentimientos debido a tus dientes, labios o boca?... Si has sentido así por otra razón, responde “nunca” En los <u>últimos 3 meses</u>, que tan frecuentemente te has: | | | | | |
| | | Nunca | 1 o 2 veces | Algunas veces | Frecuente | Todos o casi todos los días |
| 4.4.1 | ¿Sentido irritable o frustrado por problemas en tus dientes, labios o boca? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4.4.2 | ¿Sentido inseguro de ti mismo por problemas en tus dientes, labios o boca? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4.4.3 | ¿Sentido timidez o vergüenza por la apariencia de tus dientes, labios o boca? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | En los últimos 3 meses, debido a tus dientes, labios o boca, que tan frecuentemente te has: | Nunca | 1 o 2 veces | Algunas veces | Frecuente | Todos o casi todos los días |
| 4.4.4 | ¿Preocupado por lo que otra gente piense sobre tus dientes, labios o boca? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

| | En los últimos 3 meses, debido a tus dientes, labios o boca, que tan frecuentemente te has: | Nunca | 1 o 2 veces | Algunas veces | Frecuente | Todos o casi todos los días |
|--------------|---|-------|-------------|---------------|-----------|-----------------------------|
| 4.4.5 | ¿Preocupado por no verte tan bien como otros? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4.4.6 | ¿Sentido molesto por problemas en tus dientes, labios o boca? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4.4.7 | ¿Sentido nervioso o asustado por problemas en tus dientes, labios o boca? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4.4.8 | ¿Preocupado porque no eres tan saludable como otros por problemas en tus dientes, labios o boca? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4.4.9 | ¿Preocupado porque eres diferente a los demás por problemas en tus dientes, labios o boca? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4.5 | PREGUNTAS SOBRE LA ESCUELA. ¿Has tenido estos sentimientos debido a tus dientes, labios o boca?... Si tienes el sentimiento debido a otra razón, responde “nunca” En los últimos 3 meses, que tan frecuentemente te has... | | | | | |
| | | Nunca | 1 o 2 veces | Algunas veces | Frecuente | Todos o casi todos los días |
| 4.5.1 | ¿Has faltado a la escuela por dolor dental, cirugías bucales o por citas con el dentista? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4.5.2 | ¿Has tenido dificultad para prestar atención en la escuela debido a problemas en tus dientes, labios o boca? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4.5.3 | ¿Has tenido dificultad para hacer tu tarea debido a problemas en tus dientes, labios o boca? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4.5.4 | ¿No has querido hablar o leer en voz alta durante la clase debido a problemas en tus dientes, labios o boca. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

| 4.6 PREGUNTAS SOBRE TUS ACTIVIDADES DE TIEMPO LIBRE Y AL ESTAR CON OTRAS PERSONAS. | | | | | | |
|--|--|-------|-------------|---------------|----------------|-----------------------------|
| ¿Has tenido estas experiencias debido a tus dientes, labios o boca? Si es por otra razón, responde “Nunca”. | | | | | | |
| En los últimos 3 meses, que tan frecuentemente: | | | | | | |
| | | Nunca | 1 a 2 veces | Algunas veces | Frecuentemente | Todos o casi todos los días |
| 4.6.1 | ¿Has evitado participar en actividades deportivas, clubes, teatro, música, excursiones escolares debido a problemas en tus dientes, labios o boca? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4.6.2 | ¿No has querido hablar con otros niños debido a problemas en tus dientes, labios o boca? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4.6.3 | ¿Has evitado sonreír o reír cuando están otros niños a tu alrededor debido a problemas en tus dientes, labios o boca? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4.6.4 | ¿Has tenido dificultad para tocar instrumentos como la flauta, trompeta o clarinete debido a problemas en tus dientes, labios o boca? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4.6.5 | ¿No has querido pasar tiempo con otros niños debido a problemas en tus dientes, labios o boca? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4.6.6 | ¿Has discutido con otros niños o con tu familia debido a problemas en tus dientes, labios o boca? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | En los 3 últimos meses , debido a tus dientes, labios o boca, que tan frecuentemente: | Nunca | 1 o 2 veces | Algunas veces | Frecuentemente | Todos o casi todos los días |
| 4.6.7 | ¿Otros niños se han burlado de ti o de han puesto apodosos debido a tus dientes, labios o boca? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4.6.8 | ¿Otros niños te han hecho sentir fuera del lugar debido a tus dientes, labios o boca? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4.6.9 | ¿Otros niños te han preguntado sobre tus dientes, labios o boca? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

¡ ¡HAS TERMINADO !! GRACIAS

Responda lo más honestamente que pueda.

No hable con nadie sobre las preguntas mientras esté contestando el cuestionario.

Sus respuestas son privadas. Nadie que conozca verá estas respuestas.

Lea detenidamente cada instrucción y pregunte a su entrevistador cualquier inquietud.

| 2.1 | Relacione los dibujos con el texto | | |
|-------|---|--|--------|
| | Por favor relaciona con una línea cada palabra con el dibujo que le corresponde | | Código |
| 2.1.1 | Cepillo dental |  | |
| 2.1.2 | Dentadura |  | |
| 2.1.3 | Fractura |  | |
| 2.1.4 | Caries |  | |
| 2.1.5 | Anestesia |  | |
| 2.1.6 | Corona Dental |  | |
| 2.1.7 | Pasta Dental |  | |
| 2.1.8 | Encía |  | |
| 2.1.9 | Absceso |  | |

2.2 En una tarjeta de PRESENTACIÓN señale con una raya la dirección



CD Daniela Carmona Díaz

Odontología Integral

Coazintla 15 San Jerónimo Aculco

Teléfono 56-81-87-58

Lea el siguiente texto y conteste la pregunta:

Indicaciones para un buen cepillado dental

Primero tiene que elegir correctamente el cepillo de dientes, es decir con cabeza pequeña y cerdas de dureza mediana, una vez hecho esto, coloque una cantidad de pasta del tamaño de un chicharro y no remoje el cepillo. Por último, cepille sus dientes siguiendo siempre un orden con la finalidad de formar un hábito

| | | |
|-------|--|--------------------------|
| 2.2.1 | <p>¿Cuál es el título del texto que acaba de leer? (ponga la respuesta correcta dentro del recuadro)</p> <p>1)Manifestaciones de los problemas bucodentales 2) Indicadores para un buen cepillado dental 3)Ventajas de un cepillado dental 4) Enfermedades de la encía</p> | <input type="checkbox"/> |
| 2.2.2 | <p>Por favor seleccione la segunda actividad que tiene que realizar como parte del procedimiento (ponga la respuesta correcta dentro del recuadro)</p> <p>1)Iniciar el cepillado siguiendo siempre un orden 2) Elegir el cepillo adecuado (cabeza pequeña y cerdas medianas) 3) Colocar la pasta en el cepillo en la cantidad adecuada</p> | <input type="checkbox"/> |

2.3 Lea el siguiente párrafo y responda las preguntas que se presentan a continuación

(puede leerlo las veces que requiera)

Recomendaciones a seguir después de una cirugía bucal

Después de una cirugía siempre es recomendable el uso de medicamentos para evitar cualquier infección, en ese caso usted puede utilizar.

PEN-VI-K. Penicilina V Potásica en tabletas de 400.00 UI: tomando una cada 6 horas por 7 días.

En caso de ser alérgico a la penicilina, notifíquelo a su odontólogo y como opción podría utilizar DALACIN C. Clindamicina en cápsulas de 300 mg tomando una cada 8 horas durante 7 días.

Para evitar el dolor usted podría utilizar ACTRON Ibuprofeno en tabletas de 400 mg, tomando una cápsula cada 6 horas durante 3 días.

| De acuerdo al párrafo que acaba de leer, responda las siguientes preguntas colocando en el recuadro el número que le corresponde: | | |
|--|---|--------------------------|
| 2.3.1 | ¿Cuántos días debe seguir el tratamiento a base de penicilina? 1) 14 2)10 3)7 4)4 | <input type="checkbox"/> |
| 2.3.2 | ¿A qué hora deberá tomar la siguiente dosis de penicilina si usted ingiera la primera dosis después de una cirugía realizada a la 1pm? 1)9pm 2)7pm 3)5pm 4)3pm | <input type="checkbox"/> |
| 2.3.4 | ¿Cuántas tabletas de Pen- Vi-K debe tomar en día (24 horas), siguiendo las indicaciones previas? 1)7 tabletas 2)6 tabletas 3)4 tabletas 4)1 tableta | <input type="checkbox"/> |
| 2.3.5 | En caso de ser alérgico al a penicilina el medicamento que debe tomar es : 1)Ibuprofeno 2)Pen-Vi-K 3) Clindamicina 4) Actron | <input type="checkbox"/> |
| <p>2.4 Lea el siguiente texto</p> <p><i>Entiendo y acepto que pueden surgir variaciones en el plan de tratamiento originalmente propuesto, si es fuera el caso apruebo que cualquier modificación sea hecha tanto en el diseño de algún tipo de aparato como en los materiales empleados, lo cual puede implicar la realización de extracciones dentales o eventos quirúrgicos; así como costos extras siempre y cuando exista justificación para ello.</i></p> <p>De acuerdo a lo anteriormente planteado , responda si las siguientes aseveraciones son ciertas o falsas (ponga el número que corresponda dentro del recuadro)</p> | | |
| 2.4.1 | Los tratamientos odontológicos propuestos pueden sufrir modificaciones 1)Cierto 2)Falso | <input type="checkbox"/> |
| 2.4.2 | Los cambios posibles sólo se incluyen en los materiales empleados para el tratamiento 1)Cierto 2)Falso | <input type="checkbox"/> |
| 2.4.3 | Las modificaciones en el tratamiento ,pueden ser reflejadas en el costo 1)Cierto 2)Falso | <input type="checkbox"/> |
| 2.4.4 | Cualquier modificación en el plan de tratamiento originalmente propuesto debe ser justificada 1)Cierto 2)Falso | <input type="checkbox"/> |

2.5 Lea el siguiente texto

INSTRUCCIONES Use el enjuague antes o después de cepillar sus dientes al menos dos veces al día. Llene la tapa dosificadora hasta la marca de 15ml con e enjuague. No adicione agua. Enjuague la boca durante 60 segundos y después elimine e producto de la boca.

ADVERTENCIAS: No tragar. Manténgase fuera del alcance de los niños. No debe ser usado por niños menores de 6 años. Si observa alguna reacción desfavorable, suspenda su uso.

Relacione cada una de las columnas colocando dentro del paréntesis la respuesta que le corresponde. Sólo existe una respuesta correcta para cada pregunta

| | | |
|----------|--|---|
| 1 | Una práctica que debe evitarse el usar el enjuague es: | () Mayores de 6 años |
| 2 | El producto se debe suspender si: | () Tragar el producto |
| 3 | La cantidad apropiada que debe utilizarse del producto es: | () 15 ml. |
| 4 | La edad apropiada de utilización del enjuague es: | () 60 seg. |
| 5 | El momento adecuado para la utilización del enjuague es: | () Se observa una reacción desfavorable |
| 6 | El tiempo que el enjuague debe permanecer en la boca es aproximadamente: | () Antes o después de cepillar de los dientes. |

2.6 Ahora lea determinadamente el siguiente párrafo.**Periodontitis:**

Controlar las bacterias es la clave principal de la enfermedad periodontal. En los estadios tempranos, la enfermedad es completamente reversible.

Cuando la enfermedad ya se ha establecido, los dentistas han encontrado que los pacientes responden favorablemente al programa de remoción de placa. En aproximadamente una semana, la inflamación cede y la encía inflamada se recupera y crece firme.

En sus propias palabras explique:

| | |
|-------|---|
| 2.6.1 | ¿Cuál es la idea principal del texto? |
| 2.6.2 | ¿Cuál es uno de los elementos más importantes que intervienen en el desarrollo de la enfermedad periodontal? <hr/> <hr/> |
| 2.6.3 | ¿De qué manera se puede restablecer la condición de la encía una vez que la enfermedad se ha establecido? |

!!! MUCHAS GRACIAS!!!