

UNIVERSIDAD DE HUANUCO
ESCUELA DE POSGRADO
PROGRAMA ACADÉMICO DE MAESTRÍA EN CIENCIAS DE LA
SALUD, CON MENCIÓN EN SALUD PÚBLICA Y DOCENCIA
UNIVERSITARIA



TESIS

“Estado de salud bucal e impacto en la calidad de vida en niños de primaria de la Institución Educativa Miguel Grau – Huánuco 2023”

PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRA EN CIENCIAS DE LA SALUD, CON MENCIÓN EN SALUD PÚBLICA Y DOCENCIA UNIVERSITARIA

AUTORA: Palacios León, Claudia

ASESORA: Preciado Lara, María Luz

HUÁNUCO – PERÚ

2025

U

D

H

**TIPO DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:**

- Tesis (X)
- Trabajo de Suficiencia Profesional()
- Trabajo de Investigación ()
- Trabajo Académico ()

LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN: Salud Pública**AÑO DE LA LÍNEA DE INVESTIGACIÓN (2020)****CAMPO DE CONOCIMIENTO OCDE:****Área:** Ciencias médicas, Ciencias de la salud**Sub área:** Ciencias de la salud**Disciplina:** Salud pública, Salud ambiental**DATOS DEL PROGRAMA:**

Nombre del Grado/Título a recibir: Maestra en ciencias de la salud, con mención en salud pública y docencia universitaria

Código del Programa: P21

Tipo de Financiamiento:

- Propio (X)
- UDH ()
- Fondos Concursables ()

DATOS DEL AUTOR:

Documento Nacional de Identidad (DNI): 45623853

DATOS DEL ASESOR:

Documento Nacional de Identidad (DNI): 22465462

Grado/Título: Doctora en ciencias de la salud

Código ORCID: 0000-0002-3763-5523

DATOS DE LOS JURADOS:

Nº	APELLIDOS Y NOMBRES	GRADO	DNI	Código ORCID
1	Ortega Buitron, Marisol Rossana	Doctora en ciencias de la salud	43107651	0000-0001-6283-2599
2	Angulo Quispe, Luz Idalia	Magister en odontología	22435547	0000-0002-9095-9682
3	Ballarte Baylon, Natalia	Magister en ciencias de la educación docencia en educación superior e investigación	22486754	0000-0002-0795-9324

ACTA DE SUSTENTACIÓN DEL GRADO DE MAESTRO (A) EN SALUD PÚBLICA Y DOCENCIA UNIVERSITARIA

En la ciudad de Huánuco, siendo las 16:30 horas del día 05 del mes de DICIEMBRE del año 2025, en Auditorio de la Facultad de Ciencias de la Salud y en cumplimiento de lo señalado en el Reglamento de Grados de Maestría y Doctorado de la Universidad de Huánuco, se reunió el Jurado Calificador integrado por los docentes:

- Dra. Marisol Rossana ORTEGA BUITRON (PRESIDENTA)
- Mg. Luz Idalia ANGULO QUISPE (SECRETARIA)
- Mg. Natalia BALLARTE BAYLON (VOCAL)

Nombrados mediante Resolución N°907-2025-D-EPG-UDH, de fecha 03 de diciembre de 2025, para evaluar la sustentación de la tesis intitulada: "**ESTADO DE SALUD BUCAL E IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA EN NIÑOS DE PRIMARIA DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA MIGUEL GRAU – HUÁNUCO 2023**"; presentado (a) por el/la graduando **Claudia PALACIOS LEON** para optar el Grado Académico de Maestro con mención en Salud Pública y Docencia Universitaria.

Dicho acto de sustentación, se desarrolló en dos etapas: exposición y absolución de preguntas; procediéndose luego a la evaluación por parte de los miembros del jurado.

Habiendo absuelto las objeciones que le fueron formuladas por los miembros del Jurado y de conformidad con las respectivas disposiciones reglamentarias, procedieron a deliberar y calificar, declarándolo (a) APROBADA por UNANIMIDAD con el calificativo cuantitativo de DIFUSO y cualitativo de Bueno.

Siendo las 16:30 horas del día 05 del mes de DICIEMBRE del año 2025, los miembros del Jurado Calificador firman la presente Acta en señal de conformidad.

PRESIDENTA

Dra. Marisol Rossana ORTEGA BUITRON
Código ORCID: 0000-0001-6283-2599
DNI: 43107651

SECRETARIO

Mg. Luz Idalia ANGULO QUISPE
Código ORCID: 0000-0002-9095-9682
DNI: 22435547

VOCAL

Mg. Natalia BALLARTE BAYLON
Código ORCID: 0000-0002-0795-9324
DNI: 22486754



UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO

CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD

El comité de integridad científica, realizó la revisión del trabajo de investigación del estudiante: CLAUDIA PALACIOS LEÓN, de la investigación titulada "ESTADO DE SALUD BUCAL E IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA EN NIÑOS DE PRIMARIA DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA MIGUEL GRAU - HUÁNUCO 2023", con asesor(a) MARÍA LUZ PRECIADO LARA, designado(a) mediante documento: RESOLUCIÓN N° 410-2023-D-EPG-UDH del P. A. de MAESTRÍA EN CIENCIAS DE LA SALUD CON MENCIÓN EN SALUD PÚBLICA Y DOCENCIA UNIVERSITARIA.

Puede constar que la misma tiene un índice de similitud del 18 % verificable en el reporte final del análisis de originalidad mediante el Software Turnitin.

Por lo que concluyo que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio y cumple con todas las normas de la Universidad de Huánuco.

Se expide la presente, a solicitud del interesado para los fines que estime conveniente.

Huánuco, 14 de octubre de 2025



RICHARD J. SOLIS TOLEDO
D.N.I.: 47074047
cod. ORCID: 0000-0002-7629-6421



MANUEL E. ALIAGA VIDURIZAGA
D.N.I.: 71345687
cod. ORCID: 0009-0004-1375-5004

63. CLAUDIA PALACIOS LEÓN.docx

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	hdl.handle.net Fuente de Internet	5%
2	www.researchgate.net Fuente de Internet	1%
3	repositorio.udh.edu.pe Fuente de Internet	1%
4	repositorio.uwiener.edu.pe Fuente de Internet	1%
5	revistas.unjbg.edu.pe Fuente de Internet	1%



RICHARD J. SOLIS TOLEDO
D.N.I.: 47074047
cod. ORCID: 0000-0002-7629-6421



MANUEL E. ALIAGA VIDURIZAGA
D.N.I.: 71345687
cod. ORCID: 0009-0004-1375-5004

DEDICATORIA

A mis pequeños hijos Oscar y Valeria, que son mi motor, mi fuerza y mis ganas para seguir esforzándome cada día.

A mis padres Oscar y Nanci, por su apoyo constante a lo largo de los años, mi cariño, admiración y respeto por siempre.

AGRADECIMIENTO

Al director, docentes, padres de familia y alumnos de la I.E. Miguel Grau
Seminario por su apoyo durante todo el proceso de recolección de datos.

ÍNDICE

DEDICATORIA.....	II
AGRADECIMIENTO	III
ÍNDICE.....	IV
ÍNDICE DE TABLAS	VII
ÍNDICE DE GRÁFICOS	VIII
RESUMEN.....	IX
ABSTRACT.....	X
INTRODUCCIÓN.....	XI
CAPÍTULO I	13
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	13
1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.....	13
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	15
1.2.1. PROBLEMA GENERAL	15
1.2.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS.....	16
1.3. OBJETIVOS	16
1.3.1. OBJETIVO GENERAL	16
1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	16
1.4. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	16
1.4.1. JUSTIFICACIÓN TEÓRICA.....	16
1.4.2. JUSTIFICACIÓN PRÁCTICA.....	17
1.4.3. JUSTIFICACIÓN METODOLÓGICA.....	18
1.5. LIMITACIONES DEL ESTUDIO	19
1.6. VIABILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN	19
CAPÍTULO II	20
MARCO TEÓRICO	20
2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	20
2.1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES	20
2.1.2. ANTECEDENTES NACIONALES.....	22
2.1.3. ANTECEDENTES REGIONALES	24
2.2. BASES CONCEPTUALES	24
2.2.1. SALUD BUCAL EN LA POBLACIÓN INFANTIL	24
2.2.2. CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD ORAL ...	28

2.2.3. CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS	34
2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS.....	37
2.4. FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS.....	38
2.4.1. HIPÓTESIS GENERAL.....	38
2.4.2. HIPÓTESIS NULA	38
2.5. VARIABLE DE INVESTIGACIÓN	39
2.5.1. VARIABLE INDEPENDIENTE.....	39
2.5.2. VARIABLE DEPENDIENTE	39
2.5.3. VARIABLE INTERVINIENTE	39
2.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	40
CAPÍTULO III	42
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	42
3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	42
3.1.1. ENFOQUE	42
3.1.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN.....	42
3.1.3. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	42
3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	43
3.2.1. POBLACIÓN.....	43
3.2.2. MUESTRA	43
3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS .	44
3.3.1. TÉCNICAS.....	44
3.3.2. INSTRUMENTO.....	44
3.3.3. PROCESAMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS	45
3.4. TÉCNICAS PARA EL PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE INFORMACIÓN	47
3.4.1. TABULACIÓN DE INFORMACIÓN DE DATOS	47
3.4.2. ANÁLISIS DE INFORMACIÓN DE DATOS	47
CAPÍTULO IV.....	48
RESULTADOS	48
4.1. PROCESAMIENTO DE DATOS.....	48
4.2. CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS	52
CAPÍTULO V.....	53
DISCUSIÓN DE RESULTADOS	53

5.1. CONTRASTACIÓN DE LOS RESULTADOS DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN.....	53
CONCLUSIONES	58
RECOMENDACIONES	59
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	60
ANEXOS	67

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Distribución del estado de salud bucal de los niños de primaria de la Institución Educativa Miguel Grau – Huánuco 2023	48
Tabla 2. Distribución de la calidad de vida de los niños de primaria de la Institución Educativa Miguel Grau – Huánuco 2023	49
Tabla 3. Distribución de las variables socioeconómicas vinculadas al estado de salud bucal y la calidad de vida de los niños de primaria de la Institución Educativa Miguel Grau – Huánuco 2023	50
Tabla 4. Distribución de relación entre el estado de salud bucal y la calidad de vida en niños de primaria de la Institución Educativa Miguel Grau – Huánuco, 2023.....	52
Tabla 5. Chi-cuadrado.....	52

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Distribución del estado de salud bucal de los niños de primaria de la Institución Educativa Miguel Grau – Huánuco 2023.....	48
Gráfico 2. Distribución de la calidad de vida de los niños de primaria de la Institución Educativa Miguel Grau – Huánuco 2023	49
Gráfico 3. Distribución de las variables socioeconómicas vinculadas al estado de salud bucal y la calidad de vida de los niños de primaria de la Institución Educativa Miguel Grau – Huánuco 2023	50

RESUMEN

Objetivo: Determinar la relación entre el estado de salud bucal y la calidad de vida de los niños de primaria de la Institución Educativa Miguel Grau – Huánuco 2023. **Materiales y Método:** La investigación presentó un estudio no experimental, observacional, con un nivel descriptivo correlacional, donde se trabajó con una muestra de 137 niños. **Resultados:** Se encontró que la gran mayoría de los niños 98.5% presenta un estado de higiene oral regular, mientras un porcentaje mínimo 0.7%, tiene una higiene oral deficiente, y adecuada. La mitad de los niños, 49.6%, presenta un alto riesgo de caries, un 28.5% tiene un riesgo moderado, y los riesgos bajos y muy bajo representan el 13.1% y 8.8% respectivamente. A su vez, se encontró que la calidad de vida con respecto a la salud bucal fue buena, abarcando el 53.3% de los niños, mientras que el 46.7% de los niños reportan una calidad de vida mala con relación a la salud bucal. Por otro lado, se encontró que la mayoría de los niños 48% tienen 8 años, el 52% de los niños en estudio fueron del sexo masculino, la mayoría de los niños 81% provienen de zonas urbanas, con una familia de tipo nuclear con el 49%, con una situación conyugal de los padres de convivientes con el 49%, y su condición laboral con el 58% que ambos padres trabajan. **Conclusión:** Existe una relación directa y estadísticamente significativa $p = 0,001$ entre el estado de salud bucal y la calidad de vida de los niños de primaria.

Palabras Claves: Calidad de vida, salud bucal, caries dental, IHOS, riesgo de caries.

ABSTRACT

Objective: To determine the relationship between oral health status and quality of life of elementary school children at the Miguel Grau Educational Institution - Huánuco 2023. **Materials and Method:** The research presented a non-experimental, observational study with a descriptive correlational level, where a sample of 137 children was worked with. **Results:** It was found that the vast majority of children 98.5% have a regular oral hygiene status, while a minimum percentage 0.7%, have poor and adequate oral hygiene. Half of the children, 49.6%, have a high risk of caries, 28.5% have a moderate risk, and low and very low risks represent 13.1% and 8.8% respectively. In turn, it was found that the quality of life with respect to oral health was good, covering 53.3% of children, while 46.7% of children report a poor quality of life in relation to oral health. On the other hand, it was found that the majority of children 48% were 8 years old, 52% of the children in the study were male, the majority of children 81% came from urban areas, with a nuclear family type (49%), with a marital status of parents living together (49%), and their employment status with 58% where both parents worked. **Conclusion:** There is a direct and statistically significant relationship $p = 0.001$ between the state of oral health and the quality of life of primary school children.

Key words: Quality of life, oral health, dental caries, IHOS, caries risk.

INTRODUCCIÓN

El bienestar oral representa un pilar fundamental para mantener una vida saludable y plena, influyendo directamente en cómo las personas experimentan su día a día en todas las etapas de su existencia ⁽¹⁾. Este concepto trasciende la simple inexistencia de enfermedades dentales; engloba una condición integral que facilita llevar a cabo actividades cotidianas fundamentales: desde disfrutar los alimentos y comunicarse efectivamente, hasta participar en interacciones sociales con naturalidad y confianza ⁽²⁾. Para los niños específicamente, mantener una boca sana resulta crucial en su crecimiento integral, ya que las afecciones dentales pueden comprometer seriamente aspectos tan diversos como su alimentación adecuada, el proceso natural de crecimiento, la construcción de su autoimagen y su desempeño en el ámbito escolar ⁽³⁾.

Las consecuencias de las afecciones dentales trascienden los consultorios odontológicos e influyen profundamente en cómo los escolares viven su cotidianidad. Investigaciones recientes demuestran que las patologías orales generan repercusiones multidimensionales en el mundo infantil: desde molestias físicas como el dolor y dificultades para comer normalmente, pasando por efectos emocionales que incluyen inseguridad y nerviosismo, hasta complicaciones en las relaciones familiares y problemas escolares manifestados en faltas frecuentes y calificaciones bajas ^(4,5).

Los estudiantes del colegio Miguel Grau en Huánuco enfrentan una realidad compleja donde convergen diversos elementos que complican el mantenimiento de una buena condición oral. La combinación de prácticas higiénicas insuficientes, una alimentación rica en productos azucarados, dificultades para obtener productos con flúor y una cultura que prioriza poco la prevención, configura un escenario de alta vulnerabilidad para estos escolares. A esto se suman obstáculos de índole económica, distancias geográficas considerables y diferencias culturales que limitan las posibilidades de recibir atención dental oportuna, generando así un círculo problemático donde la enfermedad se perpetúa y el bienestar se deteriora progresivamente.

Distintas investigaciones confirman que implementar medidas preventivas desde temprana edad resulta altamente beneficioso tanto en términos económicos como de salud a largo plazo. Sin embargo, desarrollar programas efectivos requiere primero entender a fondo las particularidades epidemiológicas y cómo se relacionan las condiciones orales con el bienestar en cada comunidad específica. Esta comprensión permite optimizar el uso de recursos existentes y potenciar el impacto de las acciones implementadas.

La presente investigación se propone analizar las condiciones de salud oral y cómo éstas influyen en el bienestar cotidiano de los alumnos de educación primaria del colegio Miguel Grau en Huánuco durante el período 2023. Se busca generar datos concretos acerca del alcance y naturaleza de las afecciones dentales presentes en estos estudiantes, además de explorar cómo dichos problemas afectan diferentes aspectos de su vida diaria. Las conclusiones derivadas proporcionarán bases sólidas para orientar políticas sanitarias locales, crear iniciativas educativas y preventivas adaptadas a la realidad local y, fundamentalmente, contribuir a que los niños huanuqueños disfruten de una mejor calidad de vida.

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

La salud bucodental constituye un elemento fundamental dentro del estado de la salud integral del individuo, ejerciendo una influencia determinante en su calidad de vida. Este concepto abarca la ausencia de patologías orofaciales tales como dolor crónico, procesos infecciosos, lesiones ulcerativas en la mucosa oral, caries dental y enfermedad periodontal, condiciones que garantizan el adecuado desempeño de funciones esenciales como la masticación, la fonación, la expresión facial y la interacción social ⁽⁶⁾.

Ahora bien, cuando nos referimos específicamente a cómo la salud oral impacta en la calidad de vida (CVRSB), estamos abordando un concepto complejo que abarca múltiples dimensiones: desde la capacidad funcional hasta los aspectos emocionales y las relaciones interpersonales, sin olvidar la presencia o ausencia de síntomas dolorosos o sensaciones desagradables. Este enfoque permite comprender de qué manera los problemas bucales interfieren en las actividades diarias que realizan los niños ⁽⁷⁾.

Los problemas de salud bucal en la población infantil representan un fenómeno de creciente preocupación en el contexto educativo de la Institución Educativa Miguel Grau de Huánuco. Las afecciones bucodentales comprometen significativamente el bienestar físico, psicológico y social de los escolares, repercutiendo en su desempeño académico y desarrollo personal. Se ha observado que los estudiantes con problemas bucales como caries no tratadas, gingivitis o maloclusiones presentan limitaciones funcionales para comer, hablar, sonreír e interactuar socialmente, ocasionando ausentismo escolar y dificultades en el aprendizaje ⁽⁸⁾.

La magnitud de los problemas de salud bucal en niños constituye una considerable preocupación de salud pública tanto a nivel mundial como nacional y local. Según la Organización Mundial de la Salud, se estima que

las enfermedades bucodentales afectan a casi, 3700 millones de personas en todo el mundo, siendo la caries dental el trastorno de salud más frecuente ⁽⁹⁾. Las enfermedades bucodentales, pese a ser en su mayoría prevenibles, suponen una carga importante para el sector de la salud en muchos países y afectan a su población durante toda la vida salud bucodental.

En el contexto nacional, las cifras son alarmantes. El 60% de los niños de 2 a 5 años presentan caries dental, en los escolares y adolescentes la cifra aumenta a 70% problemática actual en salud bucal en el Perú, mientras que la prevalencia de caries en dentición mixta (niños mayores de 6 años y adolescentes) alcanza un 85,6% ⁽¹⁰⁾.

En la región de Huánuco, investigaciones recientes en centros de salud locales indican que los problemas bucales estuvieron vinculados a la higiene bucal y al estado nutricional en niños que asistieron a un establecimiento de salud en Huánuco ⁽¹¹⁾. Estas estadísticas evidencian la crítica situación de salud bucal en la población infantil huanueña, constituyendo un problema multidimensional que requiere intervención inmediata.

Las causas de los problemas de salud bucal en niños en edad escolar de la institución educativa Miguel Grau de Huánuco son multifactoriales. Primordialmente, los hábitos de higiene bucal deficientes constituyen un factor determinante, debido principalmente a la falta de conocimiento y supervisión adecuada por parte de los padres o cuidadores ⁽¹²⁾. Otro factor importante para los problemas de la salud bucal es la frecuencia de ingesta de alimentos no saludables caracterizados por un elevado consumo de carbohidratos refinados y bebidas azucaradas, potencian el riesgo de caries. Otra situación que también agrava la salud bucal es el limitado acceso a productos con flúor y la exposición insuficiente a fluoruros, tanto en el suministro de agua como en dentífricos ⁽¹³⁾.

Las consecuencias de una salud bucal deficiente en niños de primaria son devastadoras y multidimensionales. En el ámbito físico, los problemas bucodentales no tratados provocan dolor crónico, infecciones recurrentes, dificultades para alimentarse adecuadamente y alteraciones en el desarrollo

maxilofacial, comprometiendo el crecimiento integral del niño ⁽¹⁴⁾. Cuando se altera la salud bucal por la presencia de dolor e infección por caries, gingivitis o alteraciones funcionales de la oclusión, esa armonía se rompe y disminuye la calidad de vida del paciente. En el plano psicosocial, las afecciones estéticas como dientes manchados, mal posicionados o perdidos generan baja autoestima, ansiedad, problemas de socialización e incluso aislamiento, afectando su bienestar emocional y desarrollo de habilidades sociales ⁽¹⁵⁾. A nivel académico, el dolor y las infecciones bucales ocasionan ausentismo escolar, disminución de la concentración y menor rendimiento académico, limitando significativamente las oportunidades educativas ⁽¹⁶⁾.

Las alternativas de solución para abordar la problemática de salud bucal infantil en la Institución Educativa Miguel Grau de Huánuco requieren un enfoque integral y multidisciplinario. La implementación de programas escolares de educación en salud bucal constituye una estrategia primordial para desarrollar conocimientos, actitudes y prácticas saludables tanto en niños como en padres y docentes. Por todo ello, es necesario educar y concienciar a la población, desde las edades más tempranas, en una correcta higiene bucal.

La presente investigación tiene como propósito fundamental evaluar el estado de salud bucal y determinar su impacto en la calidad de vida de los niños de primaria de la Institución Educativa Miguel Grau de Huánuco durante el año 2023. La evaluación de estas influencias puede ayudar a clínicos e investigadores en sus propósitos de conocer mejor los aspectos sociales y emocionales del impacto de la salud bucal en la calidad de vida de escolares de 8 a 10 años, permitiendo a los profesionales estar más conscientes de las necesidades de esta población escolar.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. PROBLEMA GENERAL

¿Cuál es la relación entre el estado de salud bucal y la calidad de vida en niños de primaria de la Institución Educativa Miguel Grau – Huánuco, 2023?

1.2.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS

Pe. 01. ¿Cuál es el estado de salud bucal de los niños de primaria de la Institución Educativa Miguel Grau – Huánuco, 2023?

Pe. 02. ¿Cuál es la calidad de vida de los niños de primaria de la Institución Educativa Miguel Grau – Huánuco, 2023?

Pe. 03. ¿Cuáles son las variables socioeconómicas vinculadas al estado de salud bucal y la calidad de vida de los niños de primaria de la Institución Educativa Miguel Grau – Huánuco, 2023?

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación entre el estado de salud bucal y la calidad de vida de los niños de primaria de la Institución Educativa Miguel Grau – Huánuco, 2023.

1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Oe. 01. Identificar el estado de salud bucal de los niños de primaria de la Institución Educativa Miguel Grau – Huánuco, 2023

Oe. 02. Describir la calidad de vida de los niños de primaria de la Institución Educativa Miguel Grau – Huánuco, 2023

Oe. 03. Identificar las variables socioeconómicas vinculadas al estado de salud bucal y la calidad de vida de los niños de primaria de la Institución Educativa Miguel Grau – Huánuco 2023

1.4. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1. JUSTIFICACIÓN TEÓRICA

La presente investigación sobre el estado de salud bucal y su impacto en la calidad de vida de los escolares de la Institución Educativa Miguel Grau de Huánuco aportó significativamente al cuerpo de

conocimientos científicos desde múltiples perspectivas. En primer lugar, permitió profundizar en la comprensión de la interrelación entre las condiciones bucodentales y el bienestar integral de los niños en un contexto sociocultural específico, superando el enfoque biomédico tradicional centrado exclusivamente en aspectos clínicos. A pesar del creciente reconocimiento de la salud bucal como componente esencial del bienestar general, existe una notable escasez de estudios que exploren esta asociación en poblaciones escolares de regiones andinas del Perú como Huánuco, donde las características epidemiológicas, nutricionales y de acceso a servicios presentan particularidades distintivas.

El estudio refuerza el paradigma biopsicosocial en la odontopediatría al combinar la evaluación de indicadores clínicos objetivos con la percepción subjetiva sobre cómo las afecciones bucales impactan diversas dimensiones de la vida cotidiana de los escolares. Esta perspectiva holística es esencial para elaborar marcos conceptuales que dilucidarán los mecanismos mediante los cuales los problemas bucodentales afectan el rendimiento físico, emocional y social de los niños, especialmente en contextos vulnerables. Los resultados obtenidos validaron o replantearon modelos teóricos existentes sobre determinantes sociales de la salud bucal en la población infantil, adaptándolos a las realidades específicas de las comunidades escolares huanueñas, lo que enriquecerá la literatura científica nacional e internacional en este ámbito.

1.4.2. JUSTIFICACIÓN PRÁCTICA

Desde una perspectiva práctica, la presente investigación atendió una necesidad prioritaria en el ámbito de la salud pública al proporcionar información epidemiológica contextualizada sobre la prevalencia, distribución territorial y características clínicas de las patologías bucodentales en la población escolar de Huánuco. Los datos generados constituyen un insumo fundamental para la planificación estratégica, el diseño metodológico y la ejecución de intervenciones preventivas y

terapéuticas ajustadas al perfil epidemiológico específico de esta población.

Los hallazgos del estudio representan una herramienta de gestión sanitaria que permitirá a las autoridades de salud y educación del ámbito local optimizar la asignación de recursos, establecer prioridades de intervención basadas en criterios de costo-efectividad y formular políticas públicas sustentadas en evidencia científica rigurosa. La cuantificación precisa de la asociación entre el estado de salud bucal y la calidad de vida infantil facilita el desarrollo de programas integrales que abordan simultáneamente los componentes clínicos, psicológicos y sociales del bienestar del niño.

1.4.3. JUSTIFICACIÓN METODOLÓGICA

La relevancia metodológica de esta investigación se fundamenta en su perspectiva comprehensiva, que articula una valoración clínica sistemática con herramientas previamente validadas para medir el impacto de la salud bucodental dentro del marco sociocultural particular de las instituciones educativas huanuqueñas. El diseño metodológico propuesto enriquece el panorama investigativo en odontología poblacional al superar las restricciones de trabajos anteriores que se enfocaron exclusivamente en variables clínicas, desatendiendo las consecuencias que las patologías orales generan en el quehacer diario de los menores y sus núcleos familiares.

La contextualización transcultural junto con la validación de herramientas para evaluar el bienestar relacionado con la salud oral en niños de la región andina representa un aporte metodológico relevante, dadas las particularidades idiomáticas y socioculturales que pueden modificar tanto la interpretación como las respuestas a estos cuestionarios. El protocolo desarrollado en esta investigación configura un modelo reproducible para exploraciones futuras en entornos semejantes, facilitando el establecimiento de paralelismos confiables entre distintas poblaciones y momentos históricos.

1.5. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

La evaluación de la calidad de la salud bucodental mediante instrumentos de autopercepción estuvo sujeta a posibles sesgos debido a factores como la comprensión de los niños. A pesar de que se utilizaron instrumentos validados y culturalmente apropiados, estos factores podrían afectar la precisión de las mediciones, especialmente en los grupos de menor edad.

1.6. VIABILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN

A pesar de las limitaciones señaladas, la presente investigación demostró una sólida viabilidad desde diversas perspectivas que garantizaron su adecuada ejecución y la obtención de resultados válidos y relevantes.

Desde el punto de vista técnico, el estudio fue altamente viable, considerando la disponibilidad de instrumentos validados tanto para la evaluación clínica de la salud bucal como para la medición de la calidad de vida relacionada con salud bucal en población infantil peruana.

La viabilidad operativa estuvo asegurada gracias al establecimiento de coordinaciones previas con la dirección de la Institución Educativa Miguel Grau, que ha manifestado su interés y autorización formal para la realización del estudio. Se contó con espacios adecuados dentro de la institución para llevar a cabo las evaluaciones clínicas en condiciones apropiadas y con la disposición de horarios que minimicen la interferencia con las actividades académicas regulares.

En términos económicos, el estudio presentó una favorable relación costo-beneficio. Los recursos materiales requeridos para las evaluaciones clínicas (instrumental básico de exploración, material descartable, fichas de registro) son accesibles y tienen un costo razonable que será asumido por el presupuesto asignado a la investigación.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES

En Irán, 2023, Kamyabi et al ⁽¹⁷⁾, en su estudio titulado: La calidad de vida relacionada con la salud oral en niños con y sin cuidado parental en el sureste de Irán, presentó como metodología un estudio transversal descriptivo-analítico. La investigación se desarrolló en 160 escolares con cuidado parental y 100 huérfanos en Kerman, Irán, durante el año 2020. Después de completar voluntariamente el cuestionario CPQ11-14, se realizó un examen clínico registrando índices como dientes cariados, perdidos y obturados (CPOD), hipoplasia molar-incisiva (HMI), índice gingival modificado (IGM), lesión dental traumática (LDT) y maloclusión. Los datos fueron analizados estadísticamente utilizando SPSS versión 25 mediante ANOVA, coeficiente de correlación de Pearson, prueba Chi-cuadrado y estadística descriptiva. Llegando a la conclusión que los niños sin padres obtuvieron puntuaciones significativamente más bajas en los elementos de calidad de vida relacionada con la salud oral comparada con aquellos que tenían padres ($p<0.001$). El índice CPOD no mostró relación significativa con la calidad de vida oral; sin embargo, los dientes perdidos se correlacionaron con el puntaje general del CPQ11-14. Además, el índice de lesión dental traumática presentó una relación significativa con la puntuación media del CPQ ($p=0.02$). Los hallazgos enfatizan la importancia de medidas preventivas y promotoras de salud para este grupo de niños, especialmente aquellos sin cuidado parental, por ser más vulnerables.

En México, 2023, González ⁽¹⁸⁾, en su estudio titulado: Evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud oral en pacientes pediátricos, presentó como metodología un estudio descriptivo, prospectivo y transversal. El estudio incluyó a 50 padres o tutores

seleccionados al azar de niños que asistieron a la clínica de Posgrado de Infantil en la Universidad de Nuevo León entre abril de 2022 y marzo de 2023. La encuesta ECOHIS traducida al español se administró a los padres, con una puntuación de 0 a 6 que indica un efecto negativo en la calidad de vida de la salud bucal. Se realizaron exploraciones intraorales, usando el índice ceo-d, para localizar y graduar lesiones cariosas y comparar información con datos personales del paciente y parent/madre/cuidador. Los datos se analizaron utilizando estadísticas descriptivas y coeficientes de correlación de Spearman. Concluyendo que las lesiones cariosas impactan fuertemente la calidad de vida de la salud dental de los niños en edad preescolar. En los puntos más altos del cuestionario, el ceo-d fue más alto y la calidad de vida del paciente fue peor. El nivel socioeconómico fue el componente más importante, mostrando que los niños en edad preescolar en Nuevo México con una posición socioeconómica más baja tenían más problemas de calidad de vida relacionados con la salud bucal.

En Colombia, 2023, Agudelo et al ⁽¹⁹⁾, en su estudio titulado: Salud bucal en la primera infancia: estrategia con agentes educativas y acudientes, presentó como metodología una investigación cualitativa con diseño de investigación-acción. La población fueron las agentes educativas del ICBF en el municipio de Santa Rosa de Cabal, quienes trabajan en 14 hogares comunitarios y dos Centros de Desarrollo Infantil. Participaron 25 agentes educativas y 55 acudientes seleccionados por muestreo no probabilístico por conveniencia. Las técnicas de investigación empleadas fueron grupos focales y talleres pedagógicos, desarrollándose en tres fases: reconocimiento de saberes y experiencias, desarrollo de la intervención educativa, e indagación de aprendizajes y cambios. Para analizar los datos se utilizó Análisis Temático basado en el Modelo de Creencias en Salud. Llegando a la conclusión que Los agentes educativos y acudientes exhibieron conocimientos previamente adquiridos sobre salud bucal, aunque presentaron deficiencias en prácticas de higiene, causas de enfermedades bucales y sus consecuencias. Los participantes indicaron

la relevancia de los nuevos conocimientos sobre el cuidado bucal infantil mediante la modificación de prácticas diarias, como el cepillado dental y la reducción del uso del biberón. Se sugiere la formulación de estrategias educativas fundamentadas en modelos teóricos y metodologías participativas, ajustadas a las necesidades y contextos comunitarios, ya que es necesario generar conocimiento contextualizado y culturalmente aceptable.

2.1.2. ANTECEDENTES NACIONALES

En Perú (Tacna), 2023, Ayca ⁽²⁰⁾, en su estudio titulado: Percepción de la calidad de vida relacionada con la salud bucal de los padres de niños que acuden a una clínica universitaria. Se presentó como metodología un estudio descriptivo, transversal. La muestra incluyó 61 padres/tutores de niños que visitaron la Clínica Odontológica de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann (UNJBG) de Tacna en el 2023. Se utilizó la escala de impacto familiar (FIS), compuesta por 14 ítems con cuatro dimensiones: actividad familiar, emociones familiares, conflicto familiar y carga financiera. Las respuestas fueron calificadas en una escala Likert de (0) a (4), donde puntajes más altos indican mayor influencia en la calidad de vida según la percepción de los padres. El instrumento fue validado por Abanto et al. en el 2015. Se utilizó el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS) para procesar los datos. Concluyendo que el 68.9% de la autopercepción de los padres sobre la calidad de vida en salud bucal fue negativa y el 31.1% positiva. Los participantes se sintieron afectados en las actividades familiares, molestados, incapaces de dormir y responsables del cuidado bucal de sus hijos. Además, se preocupan por el futuro de sus hijos debido a problemas dentales y sienten que su salud dental ha causado conflictos y discordias familiares. Según los padres, la mala salud dental afecta negativamente la calidad de vida de los niños, incluyendo sus actividades, emociones y conflictos familiares.

En Perú (Lima), 2022, Vargas et al ⁽²¹⁾. en su estudio titulado: Calidad de vida relacionada con la salud bucal del preescolar y

conocimientos del padre cuidador, presentó un estudio descriptivo transversal como metodología. El año 2019, la población fue compuesta por padres de niños de 3 a 5 años. La muestra se obtuvo de una población completa ($N = 371$) utilizando un método basado en probabilidad con un nivel de confianza del 95%, precisión de 1.5, desviación estándar de 14.15 y un tamaño de muestra mínimo de 178. Después de un ajuste de pérdida del 10%, se seleccionaron aleatoriamente 198 participantes. Para medir la calidad de vida relacionada con la salud bucal en niños, se utilizó la Escala de Impacto de la Salud Bucal en la Primera Infancia (ECOHIS), junto con un cuestionario sobre conocimientos de salud bucal y un formulario de características sociales. Se utilizaron la U de Mann Whitney y la correlación de Spearman. Concluyendo que, la calidad de vida del niño fue de $7,52 \pm 8,25$, y el impacto en el niño tuvo un puntaje de $3,68 \pm 5,3$, con limitación funcional ($1,58 \pm 2,55$). La influencia familiar obtuvo una puntuación de $3,84 \pm 4,05$, siendo el estrés parental ($2,35 \pm 2,58$) la dimensión más significativa. Una puntuación baja indicó que la salud dental no afectó negativamente la calidad de vida de los preescolares. Los niveles de conocimiento del cuidador fueron deficientes 5 (2,6%), normales 60 (31,7%), buenos 110 (58,2%) y muy buenos 14 (7,4%). No se observó una correlación estadísticamente significativa entre el conocimiento de la salud bucal y la calidad de vida ($p > 0,05$).

Perú (Lima), 2022, Aranguren⁽²²⁾, en su investigación denominada: Calidad de vida y salud bucal en niños de la Comunidad de niños Sagrada Familia, 2021, desarrolló un método cuantitativo, descriptivo, no experimental y transversal. La muestra incluyó a 90 niños de ambos sexos, de 11 a 14 años, de la Comunidad de Niños Sagrada Familia. Conclusión: Existe una relación directa, positiva y débil entre la salud bucal y la calidad de vida (ρ de Spearman: 0,333; $p=0,001$). El 72,2 % de los participantes tenía una salud bucal regular y el 54,4 % una calidad de vida regular. Las dimensiones más afectadas fueron el bienestar funcional, emocional y social, mientras que no se observó una correlación significativa con los síntomas bucales. Esto sugiere que las

condiciones de salud bucal afectan negativamente el bienestar general de los estudiantes más jóvenes.

2.1.3. ANTECEDENTES REGIONALES

Perú (Huánuco), 2022, Mera ⁽²³⁾, en su investigación titulada: Autocuidado de la salud bucal asociado a la calidad de vida en los pacientes, implementó una metodología de enfoque cuantitativo, tipo básica, nivel relacional con diseño no experimental, correlacional de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 100 pacientes de ambos sexos que recibieron atención odontológica en el Hospital II de Juanjuí. Concluyendo que existe una relación estadísticamente significativa entre el autocuidado de la salud bucal y la calidad de vida (Chi-cuadrado de Pearson = 13,909, p=0,001), donde el 74% de los participantes demostró alto conocimiento sobre elementos y técnicas de higiene bucal, mientras que el 59% presentó conocimiento regular sobre enfermedades bucales. Las dimensiones más comprometidas fueron el malestar e incapacidad psicológica (35% de pacientes afectados) y la limitación funcional e incapacidad física bucal (40% de pacientes con algún grado de limitación), evidenciando que un mayor conocimiento sobre autocuidado bucal se asocia con mejor calidad de vida, aunque otros factores también influyen en el bienestar general de los pacientes estudiados.

2.2. BASES CONCEPTUALES

2.2.1. SALUD BUCAL EN LA POBLACIÓN INFANTIL

La salud bucal representa un pilar fundamental en el desarrollo integral de los niños, constituyendo mucho más que la simple ausencia de patologías orales. Según la definición establecida por la Organización Mundial de la Salud, este concepto abarca un estado completo de bienestar que permite a los individuos comer, hablar y socializar sin experimentar dolor, incomodidad o vergüenza por su condición oral. Cuando hablamos de niños, el concepto de salud bucal cobra un significado especial. Los trastornos dentales que surgen en la niñez no

se quedan únicamente en la boca: pueden comprometer el desarrollo físico de los pequeños, interferir con su desempeño académico e incluso repercutir en cómo se relacionan socialmente ⁽²⁴⁾.

Para analizar adecuadamente la salud dental en población infantil, los profesionales necesitan contar con instrumentos de medición particulares que les ayuden a identificar y medir con precisión lo que está sucediendo dentro de la cavidad bucal. Este abordaje completo va más allá de simplemente detectar si hay o no enfermedad presente; también toma en cuenta aspectos como qué tan bien se realiza la limpieza dental, cuáles son las probabilidades de que aparezcan problemas a futuro, y de qué manera las alteraciones actuales están limitando las funciones normales de la boca ⁽²⁵⁾.

Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS)

El IHOS (Índice Simplificado de Higiene Bucal) representa una de las herramientas más importantes cuando se trata de medir qué tan bien cuidan los niños su boca. Fue Greene junto con Vermillion quienes crearon este sistema de medición allá por 1964, y desde entonces se ha confirmado que funciona bastante bien para anticipar tanto problemas en las encías como la aparición de caries. Para aplicar este método, los profesionales examinan seis zonas específicas de los dientes: hay tres ubicadas en la parte delantera de la boca (por fuera en los dientes centrales de arriba y por dentro en los centrales de abajo) y otras tres en la zona trasera, siguiendo el mismo patrón ⁽²⁶⁾.

Para obtener el resultado final del IHOS se combinan dos mediciones distintas: cuánta placa bacteriana hay (IP) y qué cantidad de sarro se ha formado (IC). La evaluación de la placa bacteriana se hace observando cuánto biofilm cubre cada superficie dental, asignando valores del 0 al 3. Un 0 significa que no hay placa visible, el 1 se da cuando la placa no llega a cubrir ni la tercera parte, un 2 se asigna si abarca entre un tercio y dos tercios, mientras que el 3 corresponde a superficies donde más de dos tercios están cubiertos ⁽²⁶⁾.

Para medir el sarro acumulado se sigue una lógica parecida, verificando los depósitos endurecidos en esas mismas áreas dentales. Una vez calculado el IHOS final, este número permite determinar si la limpieza bucal es excelente (valores entre 0,0 y 0,6) o si está en el rango deficiente (de 3,1 a 6,0), ofreciendo así datos importantes sobre los hábitos de cuidado y señalando si hacen falta medidas preventivas o tratamientos ⁽²⁶⁾.

Tratándose de niños, el IHOS resulta particularmente útil porque es fácil de aplicar y porque sirve para detectar cómo van cambiando los patrones de limpieza dental con el paso del tiempo. Investigaciones que han seguido a grupos de niños durante períodos prolongados demuestran que aquellos con cifras elevadas de IHOS enfrentan mayores riesgos de sufrir inflamación de encías, enfermedades periodontales tempranas y también caries. Por si fuera poco, se ha encontrado que este índice guarda relación estrecha con aspectos como la situación económica familiar, los patrones de alimentación y las posibilidades que tienen de acceder a atención odontológica ⁽²⁶⁾.

Riesgo de Caries: Índices ceo-d y CPO-D

La determinación del riesgo carioso en población infantil requiere emplear marcadores epidemiológicos particulares que reflejen las peculiaridades propias de cada dentición. Como patología crónica prevalente durante la infancia, la caries muestra comportamientos distintos en su aparición y avance, influenciados por múltiples variables tanto personales como del entorno y contexto social del paciente ⁽²⁷⁾.

Índice ceo-d (Dentición Temporal)

Este instrumento de medición representa el método convencional para cuantificar la prevalencia de lesiones cariosas en estructuras dentarias deciduas. Su creación data de 1944, cuando Gruebbel lo propuso para contabilizar las piezas temporales afectadas por caries (c), aquellas perdidas por extracción (e) y las que recibieron tratamiento obturador (o). De esta forma, ofrece una valoración completa del impacto

carioso en la dentición infantil primaria ⁽²⁷⁾.

Para implementar este sistema de evaluación, se lleva a cabo una revisión clínica organizada de las veinte piezas temporales, aplicando parámetros diagnósticos uniformes que permiten detectar alteraciones sugestivas. Una pieza dental recibe la clasificación de cariada al evidenciar destrucción tisular manifiesta o mostrar daño en el tejido adamantino con ruptura de su integridad superficial. Las piezas catalogadas como extraídas corresponden a aquellas removidas específicamente por procesos cariosos, dejando fuera las avulsiones relacionadas con tratamientos ortodóncicos o lesiones traumáticas ⁽²⁷⁾.

En cuanto a las piezas obturadas, se refieren a aquellas restauradas terapéuticamente ante la presencia de caries, sin importar los materiales utilizados ni las estrategias restauradoras seleccionadas. Cabe destacar que existe la posibilidad de que una misma pieza dental acumule simultáneamente las categorías de cariada y obturada cuando se identifiquen procesos cariosos adicionales o lesiones que reaparecen tras el tratamiento inicial ⁽²⁷⁾.

La interpretación del índice CEO-D permite categorizar el riesgo de caries en diferentes niveles. Valores entre 0-1 se consideran muy bajo riesgo, 2-3 bajo riesgo, 4-5 moderado riesgo, 6-7 alto riesgo, y valores superiores a 8 indican muy alto riesgo de caries ⁽²⁷⁾.

Índice CPO-D (Dentición Permanente)

El índice CPO-D constituye el indicador más ampliamente utilizado para evaluar la experiencia de caries en dentición permanente. Introducido por Klein, Palmer y Knutson en 1938, este índice considera el número de dientes permanentes cariados (C), perdidos debido a caries (P) y obturados (O) ⁽²⁸⁾.

La aplicación del índice CPO-D en población infantil presenta características particulares debido a la presencia simultánea de dentición temporal y permanente durante el período de dentición mixta.

Los criterios diagnósticos para dientes cariados siguen los estándares internacionales establecidos por la OMS, considerando tanto lesiones cavitarias evidentes como lesiones incipientes con pérdida de estructura dental (28).

Dentro de la categoría de piezas dentales perdidas, únicamente se contemplan aquellas removidas como consecuencia directa de procesos cariosos. Para validar este origen, resulta indispensable verificarlo mediante el historial clínico del paciente o pruebas radiográficas pertinentes. Tratándose de niños, cobra especial relevancia distinguir las extracciones motivadas por lesiones cariosas de aquellas ejecutadas con fines ortodóncicos o derivadas de traumatismos (28).

El conjunto de piezas obturadas engloba todo tipo de intervenciones restauradoras efectuadas ante la presencia de caries, ya sean coronas protésicas, restauraciones indirectas tipo inlay u onlay, o procedimientos restauradores directos. Es importante señalar que los selladores preventivos aplicados en surcos y fosas quedan excluidos de esta clasificación, salvo cuando se colocan sobre cavidades cariosas ya establecidas (28).

Cuando se analizan conjuntamente los índices CEO-D y CPOD en pacientes infantiles con dentición mixta, se obtiene una visión comprehensiva de la trayectoria de enfermedad cariosa, facilitando la detección de perfiles de susceptibilidad y permitiendo diseñar tácticas preventivas personalizadas (28).

2.2.2. CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD ORAL

El concepto de calidad de vida vinculada a la salud bucodental (CVRSB) representa actualmente una noción compleja que supera los parámetros clínicos convencionales, integrando la visión del paciente respecto a cómo las alteraciones bucales afectan sus dimensiones física, psicológica y social. En el contexto pediátrico, esta noción presenta complejidades adicionales derivadas de las particularidades cognitivas y afectivas propias del desarrollo infantil, demandando

instrumentos evaluativos específicamente adaptados para registrar las vivencias de los menores ⁽²⁹⁾.

Durante la valoración de la CVRSB infantil, resulta crucial considerar no solamente la autopercepción del menor sobre su condición bucal, sino también las apreciaciones de quienes lo cuidan, quienes frecuentemente funcionan como fuentes de información suplementarias debido a las restricciones cognitivas que presentan los niños pequeños para comprender y comunicar nociones abstractas sobre calidad de vida ⁽³⁰⁾.

Síntomas Orales

La faceta más tangible y cuantificable de la CVRSB corresponde a los síntomas orales, abarcando todas las expresiones físicas derivadas de patologías bucales que generan molestias o incomodidad en el infante ⁽³¹⁾.

El dolor dentario representa la queja bucal predominante en edades pediátricas, manifestándose con características variables según su origen. Las lesiones cariosas pueden provocar desde leve hipersensibilidad ante estímulos térmicos en fases iniciales, hasta dolores agudos e intensos cuando existe compromiso pulpar irreversible. La intensidad y periodicidad del malestar dental fluctúan notablemente entre individuos, influenciadas por aspectos como el estado anímico infantil, enfermedades sistémicas coexistentes y el umbral doloroso particular de cada paciente ⁽³²⁾.

La hipersensibilidad dentinaria constituye otra molestia habitual, caracterizándose por respuestas dolorosas, momentáneas y agudas frente a determinados estímulos como variaciones térmicas, presión táctil o agentes osmóticos. En pacientes infantiles, esta sensibilidad puede expresarse mediante el rechazo hacia bebidas frías o condimentadas, resistencia al cepillado en zonas específicas o aversión hacia ciertos comportamientos durante la ingesta alimenticia ⁽³³⁾.

Las afecciones gingivales y periodontales generan sintomatología que incluye sangrado de encías, tumefacción, molestias durante la masticación y mal aliento. En niños, estas manifestaciones frecuentemente se asocian con prácticas higiénicas deficientes, aunque pueden verse moduladas por enfermedades sistémicas, medicamentos o fluctuaciones hormonales ⁽³⁴⁾.

Las úlceras en mucosa oral, daños por trauma y procesos infecciosos desencadenan síntomas particulares con potencial para comprometer significativamente el bienestar infantil. Estas expresiones clínicas pueden interferir con actividades vitales como nutrición, comunicación verbal y descanso nocturno, generando consecuencias que trascienden el ámbito estrictamente oral ⁽³⁵⁾.

Al evaluar sintomatología oral infantil, debe considerarse que existen limitaciones evolutivas para verbalizar y cuantificar las molestias percibidas. Los instrumentos evaluativos incorporan escalas adaptadas etariamente, utilizando recursos gráficos como caritas expresivas o escalas numéricas simplificadas que facilitan la comprensión y respuesta de los menores ⁽³⁶⁾.

Limitación Funcional

Esta dimensión examina cómo las alteraciones bucodentales afectan la habilidad infantil para ejecutar funciones cotidianas fundamentales como masticar, deglutir, articular palabras y respirar. Resulta particularmente relevante en población pediátrica, considerando que estas restricciones funcionales pueden comprometer el desarrollo físico, la adquisición del lenguaje y el desempeño escolar ⁽³⁷⁾.

Las dificultades masticatorias representan la restricción funcional más frecuentemente reportada en menores con patologías bucales. Pueden manifestarse como imposibilidad para procesar alimentos firmes, predilección por texturas blandas, masticación compensatoria en un solo lado para evitar zonas sensibles, o incremento del tiempo necesario para completar las comidas. En escenarios graves, estas

limitaciones masticatorias pueden derivar en modificaciones dietéticas importantes, potencialmente afectando el estado nutricional del menor (38).

Las dificultades deglutorias relacionadas con problemas bucales incluyen complicaciones para conformar y movilizar el bolo alimenticio, sensaciones dolorosas al tragar o percepción de atragantamiento. Estas complicaciones pueden desencadenar temor alimentario en los niños, originando comportamientos evitativos que repercuten en su nutrición (39).

Las dificultades en la articulación verbal constituyen una limitación funcional considerable durante el desarrollo infantil, pudiendo interferir con la comunicación efectiva, las relaciones sociales y el aprovechamiento académico. Las condiciones bucales que más comúnmente generan alteraciones fonéticas incluyen ausencias dentarias prematuras en el sector anterior, desarmonías oclusales severas y patologías que limitan la movilidad lingual (40).

Los disturbios del sueño vinculados a problemas dentales comprenden dificultades para conciliar el descanso debido a dolor, despertares nocturnos frecuentes y deterioro en la calidad del sueño. Estos trastornos pueden generar impactos importantes en el rendimiento escolar, la conducta diurna y el equilibrio emocional del niño (41).

Para valorar las limitaciones funcionales se requiere un enfoque integral que considere tanto la percepción infantil como las observaciones parentales. Los instrumentos utilizados incluyen preguntas específicas sobre rutinas diarias, la recurrencia de las limitaciones y las tácticas adaptativas que desarrolla el niño (42).

Bienestar Emocional

Esta esfera examina las repercusiones psicológicas de las condiciones bucodentales sobre el estado afectivo y la percepción personal del niño. Cobra particular importancia durante la niñez, período

en que se configuran constructos fundamentales relacionados con la imagen corporal, la valoración personal y la construcción identitaria (43).

Los sentimientos de bochorno y malestar relacionados con la apariencia dental constituyen reacciones emocionales habituales en niños con alteraciones dentales evidentes. Pueden expresarse mediante renuencia a sonreír abiertamente, ocultamiento bucal durante conversaciones o risas, y evitación de situaciones que requieran exposición facial. La magnitud de estas emociones puede variar según la etapa evolutiva del niño, la severidad del problema bucal y el marco sociocultural circundante (44).

El desasosiego e irritación producidos por restricciones funcionales o molestias persistentes pueden modificar sustancialmente la conducta infantil, reflejándose en modificaciones del ciclo vigilia-sueño, problemas atencionales o perturbaciones en vínculos interpersonales. Estos cambios afectivos pueden ser malinterpretados por progenitores y docentes como trastornos conductuales, requiriendo una valoración minuciosa que considere la posible contribución de problemas odontológicos (45).

El temor relacionado con procedimientos odontológicos o la anticipación de dolor puede establecer un círculo vicioso que afecta simultáneamente el bienestar emocional y el acceso a servicios odontológicos necesarios. Esta aprensión puede evidenciarse como resistencia a acudir a consultas, comportamientos evitativos o manifestaciones físicas de ansiedad (46).

Sentimientos de diferenciación o marginación pueden desarrollarse en niños con condiciones bucales que los distinguen de sus pares, particularmente en contextos escolares donde la presentación física posee relevancia social significativa. Estos sentimientos pueden afectar la participación en dinámicas grupales, el establecimiento de vínculos amistosos y la adquisición de competencias sociales (47).

La evaluación del bienestar emocional en niños requiere

herramientas sensibles a las características del desarrollo afectivo infantil, utilizando vocabulario apropiado para cada edad y reconociendo las dificultades cognitivas para expresar sentimientos complejos. La información aportada por los cuidadores resulta fundamental para complementar la perspectiva del menor ⁽⁴⁸⁾.

Bienestar Social

Esta faceta estudia cómo las alteraciones bucodentales impactan la capacidad infantil para relacionarse exitosamente con su contexto social, incluyendo vínculos familiares, escolares y comunitarios. Presenta especial relevancia durante la niñez, fase en que se consolidan competencias sociales básicas y se establecen modelos relacionales que pueden extenderse hacia la vida adulta ⁽⁴⁹⁾.

Las restricciones en el ámbito educativo constituyen una expresión importante del impacto social de las afecciones dentales. Estas pueden incluir inasistencias escolares motivadas por dolor dental o compromisos odontológicos, dificultades para participar en actividades verbales como exposiciones o lectura colectiva, y problemas de atención que comprometen el aprovechamiento académico. El ausentismo escolar derivado de problemas dentales se ha identificado como factor predisponente para bajo rendimiento educativo y abandono escolar prematuro ⁽⁵⁰⁾.

Las dificultades en las relaciones interpersonales pueden manifestarse como evitación de interacciones sociales, especialmente en situaciones que impliquen comer en público, hablar ante grupos o actividades que requieran proximidad física. Los niños con problemas bucales evidentes pueden sufrir burlas o comentarios despectivos de los compañeros, esto que provoca aislamiento social y afecta el desarrollo de habilidades sociales ⁽⁵¹⁾.

El impacto en actividades recreativas y deportivas abarca restricciones para participar en deportes de contacto debido a dolor o sensibilidad dental, dificultades para participar en celebraciones que

impliquen alimentos, o la evitación de actividades que puedan agravar síntomas bucales. Estas limitaciones pueden influir sobre el desarrollo físico, la integración social y el bienestar general del niño (52).

Las alteraciones en la dinámica familiar pueden surgir cuando los problemas bucodentales del niño exigen modificaciones en las rutinas familiares, incurren en gastos adicionales para tratamientos, o provocan estrés en los cuidadores. Estas modificaciones pueden influir sobre las relaciones intrafamiliares y en el apoyo social accesible para el niño (53).

La evaluación del bienestar social debe contemplar diversas perspectivas, incluyendo la del niño, los cuidadores y, cuando sea factible, educadores u otros actores relevantes en el entorno social del menor. Los instrumentos de medición deben ser receptivos a las variaciones culturales en las expectativas sociales y los comportamientos considerados adecuados (54).

2.2.3. CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS

Los factores socioeconómicos desempeñan un papel crucial en la configuración de la salud bucodental durante la niñez, generando brechas de inequidad que emergen tempranamente en el ciclo vital y pueden extenderse hacia la adultez. Resulta imprescindible comprender estos condicionantes para diseñar tácticas de prevención y fomento de la salud oral que se adapten a las características específicas de cada realidad socioeconómica (55).

Edad

La etapa de desarrollo representa un elemento decisivo tanto en la aparición y evolución de afecciones bucales como en las capacidades del menor para ejecutar prácticas higiénicas orales apropiadas. A lo largo del crecimiento infantil, la edad modula diversos componentes vinculados a la salud bucodental, tales como el proceso eruptivo dentario, la consolidación de destrezas motrices requeridas para el autocuidado, y las competencias cognitivas necesarias para valorar la

relevancia de conductas preventivas⁽⁵⁶⁾.

Durante los primeros años de existencia, la total dependencia hacia quienes ejercen el cuidado para preservar la limpieza bucal transforma la edad en un elemento determinante para instaurar prácticas preventivas. Los menores de tres años demandan apoyo integral durante el cepillado, en tanto que entre los tres y seis años van adquiriendo progresivamente capacidades motoras que facilitan su participación en el cuidado oral, si bien continúan requiriendo vigilancia constante⁽⁵⁷⁾.

Sexo

Las variaciones asociadas al género respecto a la salud oral infantil han sido documentadas de forma reiterada en publicaciones científicas, evidenciando patrones distintivos en cuanto a frecuencia de afecciones bucales, prácticas higiénicas y utilización de servicios sanitarios. Tales variaciones pueden explicarse mediante factores biológicos, conductuales y socioculturales que se entrelazan de manera intrincada durante el proceso de desarrollo infantil⁽⁵⁸⁾.

Los comportamientos vinculados al género revelan que las niñas suelen demostrar prácticas higiénicas bucales superiores, mayor constancia en rutinas de limpieza dental y más interés por el aspecto personal en comparación con los varones. Estas disparidades pueden derivarse de expectativas sociales diferenciadas según género, que incentivan conductas de autocuidado más exhaustivas en el sexo femenino⁽⁵⁹⁾.

Lugar de Procedencia

La procedencia geográfica, particularmente la distinción entre áreas urbanas y rurales, constituye un determinante social fundamental que influye en múltiples aspectos de la salud bucal infantil. Las disparidades urbano-rurales en salud bucal reflejan diferencias estructurales en acceso a servicios, exposición a factores protectores, y disponibilidad de recursos comunitarios para la promoción de la salud

(60).

El acceso a servicios odontológicos presenta marcadas diferencias entre áreas urbanas y rurales, con las comunidades rurales enfrentando barreras significativas relacionadas con la disponibilidad de profesionales, distancia a centros de atención, costos de transporte, y limitaciones en la oferta de servicios especializados. Estas limitaciones en el acceso pueden dar como resultados diagnósticos tardíos, tratamientos postergados, y mayor prevalencia de patologías bucales no tratadas ⁽⁶¹⁾.

Tipo de Familia

La estructura familiar constituye un determinante social que influye significativamente en la salud bucal infantil a través de múltiples mecanismos, incluyendo la disponibilidad de recursos económicos, la supervisión del cuidado bucal, y la transmisión de hábitos y valores relacionados con la salud. Los diferentes tipos de familia presentan características particulares que pueden impactar de manera diferencial el bienestar bucal de los niños ⁽⁶²⁾.

Situación Conyugal de los Padres

El vínculo matrimonial de los padres repercute en la salud bucodental de los hijos mediante diversos mecanismos, abarcando el equilibrio afectivo del núcleo familiar, los medios económicos disponibles y el nivel de atención parental brindada. Las transiciones en el estado civil parental, tales como rupturas matrimoniales o separaciones, pueden desencadenar etapas de tensión familiar que comprometan las prácticas de cuidado habituales y minimicen la importancia otorgada a la salud oral ⁽⁶³⁾.

Los progenitores que mantienen vínculos estables, independientemente si están casados o en cohabitación, suelen ofrecer mayor solidez financiera que facilita el acceso a atención odontológica, permite repartir las obligaciones de crianza equitativamente y sostener

hábitos regulares de cuidado. La colaboración entre ambos padres puede promover la vigilancia durante el cepillado, establecer limitaciones alimenticias apropiadas y asegurar el cumplimiento de indicaciones terapéuticas odontológicas⁽⁶⁴⁾.

Los procesos separativos y divorcios pueden provocar alteraciones importantes en la dinámica familiar cotidiana, comprometiendo la regularidad del cuidado bucal infantil. Durante estas transiciones, los padres pueden concentrar su atención en cuestiones jurídicas y afectivas del proceso, postergando las demandas de salud oral de sus hijos. Paralelamente, la fragmentación del patrimonio familiar puede disminuir los fondos destinados a intervenciones odontológicas⁽⁶⁵⁾.

Condición Laboral de los Padres

La estabilidad laboral parental representa un factor socioeconómico determinante que modula la salud bucodental infantil mediante diversos canales, contemplando los recursos financieros accesibles, la cobertura médica disponible, la posibilidad de ajustar horarios para consultas profesionales y los niveles de tensión familiar⁽⁶⁶⁾.

La ocupación permanente de los padres aporta medios económicos que permiten acceder a servicios odontológicos especializados, obtener insumos de higiene oral de calidad superior e implementar planes nutricionales que favorezcan la salud bucal. Asimismo, numerosos empleos del sector formal incorporan prestaciones sanitarias que pueden financiar parcial o íntegramente los gastos terapéuticos odontológicos, disminuyendo los obstáculos económicos para recibir atención apropiada⁽⁶⁷⁾.

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

Salud Bucal: La salud bucal representa un estado integral de bienestar que trasciende la simple ausencia de patologías orales, abarcando la funcionalidad completa del sistema estomatognático y su armonía con el bienestar general del individuo⁽¹⁾.

Calidad de Vida: La calidad de vida relacionada con la salud oral constituye un constructo multidimensional que evalúa la percepción individual sobre cómo las condiciones bucales influyen en el bienestar físico, funcional, emocional y social ⁽²¹⁾.

Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS): Representa una herramienta de evaluación epidemiológica diseñada para cuantificar objetivamente la calidad del cuidado bucal mediante la medición de placa bacteriana y cálculo dental en superficies dentarias específicas ⁽³⁵⁾.

Caries Dental: La caries dental constituye un proceso patológico dinámico y multifactorial caracterizado por la desmineralización progresiva de los tejidos duros dentales, resultante del desequilibrio entre factores protectores y destructivos en el ambiente oral ⁽²²⁾.

Determinantes socioeconómicos: Los determinantes socioeconómicos de la salud bucal comprenden el conjunto de factores estructurales y contextuales que influyen en las oportunidades, recursos y comportamientos relacionados con el cuidado oral, generando patrones diferenciales de salud y enfermedad entre grupos poblacionales ⁽²⁰⁾.

2.4. FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS

2.4.1. HIPÓTESIS GENERAL

Ha: Existe relación directa entre el estado de salud bucal y la calidad de vida de los niños de primaria de la Institución Educativa Miguel Grau – Huánuco, 2023.

2.4.2. HIPÓTESIS NULA

Ho: No existe relación directa entre el estado de salud bucal y la calidad de vida de los niños de primaria de la Institución Educativa Miguel Grau – Huánuco, 2023.

2.5. VARIABLE DE INVESTIGACIÓN

2.5.1. VARIABLE INDEPENDIENTE

Estado de salud bucal

2.5.2. VARIABLE DEPENDIENTE

Calidad de vida en niños

2.5.3. VARIABLE INTERVINIENTE

Características socioeconómicas

2.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE DEPENDIENTE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN
Calidad de Vida	Constituye un constructo multidimensional que evalúa la percepción individual sobre cómo las condiciones bucales influyen en el bienestar físico, funcional, emocional y social ⁽³⁸⁾ .	Síntomas orales	<ul style="list-style-type: none"> • Alteraciones en estructuras de la boca. • Halitosis • Acumulación de alimentos en los dientes 	Cualitativa Polítómica	
		Limitación Funcional	<ul style="list-style-type: none"> • Dificultar al comer • Dificultad para dormir • Dificultad de masticar alimentos duros • Dificultad al hablar 	Cualitativa Polítómica	
		Bienestar emocional	<ul style="list-style-type: none"> • Sentimiento de irritación o frustración. • Sentimiento de inseguridad • Preocupación por la apariencia facial • Sentimiento de enojo 	Cualitativa Polítómica	<ul style="list-style-type: none"> • Nunca = 4 • Casi nunca= 3 • A veces= 2 • Casi siempre=1 • Siempre= 0
		Bienestar social	<ul style="list-style-type: none"> • Evitar hablar o leer en clases • Evitar mostrar la sonrisa • Problemas con otras personas • Burlas de otros niños de la apariencia bucodental 	Cualitativa Polítómica	
VARIABLE INDEPENDIENTE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN
Salud bucal	La salud bucal representa un estado integral de bienestar que trasciende la IHOS		<ul style="list-style-type: none"> • Adecuado • Regular • Deficiente 	Cualitativa Polítómica	<ul style="list-style-type: none"> • 0.0 - 1.2 • 1.3 - 3.0 • 3.1 - 6.0

	simple ausencia de patologías orales, abarcando la funcionalidad completa del sistema estomatognático y su armonía con el bienestar general del individuo ⁽³⁹⁾ .	Riesgo de caries (Índice de ceo – d + CPO – d)	<ul style="list-style-type: none"> • Buen estado • Estado regular • Estado deficiente • Estado deficiente • Estado muy deficiente 	Cualitativa Politómica	<ul style="list-style-type: none"> • 0 a 3 • 4 a 6 • 7 a 9 • 10 o más
VARIABLE INTERVINIENTE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN
Características socioeconómicas	Conjunto de factores estructurales y contextuales que influyen en las oportunidades, recursos y comportamientos relacionados con el cuidado oral, generando patrones diferenciales de salud y enfermedad entre grupos poblacionales ⁽⁴⁰⁾ .	Edad	<ul style="list-style-type: none"> • En años 	Discreta	8 – 10 años
		Sexo	<ul style="list-style-type: none"> • Masculino • Femenino 	Nominal Dicotómico	<ul style="list-style-type: none"> • Masculino (1) • Femenino (2)
		Lugar de procedencia	<ul style="list-style-type: none"> • Urbano • Urbano Marginal 	Nominal Dicotómico	<ul style="list-style-type: none"> • Urbano (1) • Urbano (2) Marginal (3)
		Tipo de familia	<ul style="list-style-type: none"> • Nuclear • Extensa • Incompleta • Reestructurada 	Nominal politómico	<ul style="list-style-type: none"> • Nuclear (1) • Extensa (2) • Incompleta (3) • Reestructurada (4)
		Situación conyugal de los padres	<ul style="list-style-type: none"> • Convivientes • Casados • Separados 	Nominal politómico	<ul style="list-style-type: none"> • Convivientes (1) • Casados (2) • Separados (3)
		Condición laboral de los padres	<ul style="list-style-type: none"> • Ambos padres trabajan • Solo padre trabaja • Solo madre trabaja 	Nominal politómico	<ul style="list-style-type: none"> • Ambos padres (1) • Trabajan (2) • Solo padre trabaja (3) • Solo madre trabaja (4)

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

El trabajo de acuerdo con el manejo de las variables fue de tipo no experimental, analítico, correlacional, observacional, puesto que el investigador no intervino en ningún hecho, solo buscó determinar el tipo de comportamiento de las variables y la relación que hay entre las mismas. Asimismo, nuestro estudio fue de tipo prospectivo, puesto que la información que se va a registrar será en tiempo presente.

3.1.1. ENFOQUE

Presentó un enfoque de tipo cuantitativo que se caracterizó por la utilización de métodos estadísticos para la recolección, procesamiento y análisis de datos numéricos.

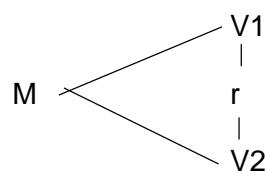
3.1.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN

La investigación presentó un alcance descriptivo-correlacional que buscó caracterizar el estado de salud bucal y su impacto en la calidad de vida de los niños participantes, así como identificar y cuantificar las relaciones existentes entre estas variables.

3.1.3. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El estudio adoptó un diseño correlacional, transversal, prospectivo que permitió la evaluación simultánea de todas las variables de interés en un momento específico del tiempo.

El esquema del diseño es:



Dónde:

M = Muestra

V1 = Estado de salud bucal

V2 = calidad de vida en niños

r = Relación entre variables

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.2.1. POBLACIÓN

La población objetivo del estudio estuvo constituido por 216 niños matriculados en la Institución Educativa Miguel Grau de Huánuco durante el año académico 2023, específicamente aquellos cursando los grados del 2do al 5to de educación primaria.

3.2.2. MUESTRA

La muestra se estableció mediante el análisis epidemiológico de Datos EPIDAT con un nivel de confianza del 95% y una precisión absoluta del 5%, con un efecto de diseño de 1, empleando la fórmula de muestras finitas:

$$n = \frac{X N Z^2 p q}{e^2 (N-1) + Z^2 p q}$$

Donde:

N = 216

Z = Nivel de seguridad 90% = 1.64

p = 70' % (Probabilidad de éxito) = 0.7

q = 30% (Probabilidad de fracaso) = 0.5

e = 5% = 0.5

$$n = 216 (1.64)2 (0.7) (0.5)$$

$$(0.05)2 (216 -1) + (1.64) 2 (0.7) (0.5)$$

$$n = 137$$

Por lo tanto, el tamaño de la muestra fue de 137 niños que se determinaron por el sistema aleatorio simple.

3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.3.1. TÉCNICAS

La técnica empleada en la presente investigación para la recolección de datos fue la encuesta y la observación estructurada.

3.3.2. INSTRUMENTO

En la presente investigación se utilizarán dos instrumentos:

- **Un cuestionario CALIDAD DE VIDA** (Cuestionario Child Perceptions) de preguntas cerradas para medir la calidad de vida conformada por 16 preguntas y cada pregunta tiene 5 alternativas en el cual se debe elegir solo una respuesta que le parezca correcta.
- **Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS):** La puntuación del IHOS se obtiene mediante la suma de dos componentes principales: el índice de placa bacteriana (IP) y el índice de cálculo dental (IC). El índice de placa evalúa la presencia y extensión de biofilm bacteriano en las superficies dentarias, utilizando una escala de 0 a 3, donde 0 representa ausencia de placa, 1 indica placa cubriendo no más de un tercio de la superficie, 2 señala placa cubriendo más de un tercio, pero menos de dos tercios, y 3 denota placa cubriendo más de dos tercios de la superficie.
- **Índices ceo-d y CPO-D:** Representa la herramienta estándar para evaluar la experiencia de caries en dentición temporal, este índice cuantifica el número de dientes temporales cariados (c), extraídos debido a caries (e) y obturados (o), proporcionando una medida integral de la experiencia de caries.

3.3.3. PROCESAMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

Gestión de Permisos y Autorizaciones

La fase de captación de información comenzó asegurando las aprobaciones institucionales requeridas para acceder a los sujetos de estudio y respetar los principios éticos investigativos. Se presentó una solicitud oficial ante el Comité Ético de Investigación de la entidad académica pertinente, adjuntando el diseño metodológico íntegro, las herramientas evaluativas planteadas y los documentos de consentimiento y asentimiento informado. Seguidamente, se trató el permiso de la Dirección Regional Educativa de Huánuco para ejecutar labores investigativas en centros escolares públicos del área. Esta aprobación contempló la descripción de las metas del trabajo, el diseño metodológico establecido, los aportes proyectados hacia la comunidad escolar, además de las salvaguardas sobre reserva y resguardo informativo de los participantes.

Procedimiento de Evaluación Clínica

Evaluación del Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS)

La valoración del IHOS se ejecutó conforme al protocolo estandarizado desarrollado por Greene y Vermillion, inspeccionando seis áreas dentarias determinadas: cara vestibular de incisivos centrales maxilares, superficie vestibular de primeros molares maxilares, y cara lingual de incisivos centrales mandibulares junto con primeros molares mandibulares.

El proceso se inició reconociendo las superficies dentarias a examinar, empleando la secuencia predeterminada para asegurar un análisis sistemático. En cada superficie se valoró inicialmente el factor de biofilm mediante observación visual sin instrumentos adicionales.

Evaluación de Índices de Caries Dental

La determinación de la experiencia cariosa se llevó a cabo

mediante exploración visual-táctil organizada de toda la estructura bucal, aplicando parámetros diagnósticos reconocidos globalmente. Para la dentición decidua se utilizó el índice ceo-d, documentando piezas con caries, removidas por procesos cariosos y restauradas.

La inspección cariológica comenzó identificando todas las piezas dentarias presentes en la cavidad oral, distinguiendo entre elementos temporales y definitivos. Cada pieza fue evaluada respecto a presencia de lesiones cavitarias cariosas, intervenciones restauradoras anteriores y señales de extracciones motivadas por caries.

Los parámetros diagnósticos para caries contemplaban cavitación manifiesta, discontinuidad del tejido adamantino o lesiones con sustrato reblandecido identificable mediante explorador periodontal. Las restauraciones fueron documentadas sin distinción del material empleado, incorporando amalgamas, composites, coronas protésicas e incrustaciones.

Para la dentición permanente se aplicó el índice CPO-D, siguiendo metodología similar, pero registrando dientes perdidos en lugar de extraídos. Se tuvo especial cuidado en diferenciar entre pérdidas por caries y pérdidas por otras causas, consultando antecedentes cuando fue necesario.

Aplicación de Cuestionarios para la calidad de vida.

La evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud oral se realizó mediante entrevistas estructuradas utilizando cuestionarios validados y adaptados culturalmente para población infantil peruana. Se establecieron espacios privados y cómodos que favorecieran la comunicación abierta entre el entrevistador y el niño.

Los entrevistadores recibieron capacitación específica en técnicas de comunicación con niños, incluyendo estrategias para establecer, manejo de la timidez o ansiedad, y métodos para verificar la comprensión de las preguntas. Se desarrollaron protocolos para adaptar el lenguaje

según la edad y nivel de comprensión de cada participante.

3.4. TÉCNICAS PARA EL PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE INFORMACIÓN

3.4.1. TABULACIÓN DE INFORMACIÓN DE DATOS

La información recolectada se tabuló en el software estadístico Excel y luego fue digitalizado en el programa estadístico SPSS versión 9.

3.4.2. ANÁLISIS DE INFORMACIÓN DE DATOS

Análisis descriptivo: Se calcularon distribuciones de frecuencia absoluta y relativa, incluyendo intervalos de confianza del 95% para las proporciones estimadas. Se construyeron tablas de contingencia para examinar la distribución conjunta de variables categóricas relacionadas.

Análisis inferencial: Para evaluar la relación entre las dos variables se utilizó la prueba no paramétrica del chi cuadrado de independencia donde se examinó las relaciones entre variables en estudio.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1. PROCESAMIENTO DE DATOS

Tabla 1. Distribución del estado de salud bucal de los niños de primaria de la Institución Educativa Miguel Grau – Huánuco 2023

Salud bucal		fi	%
IHOS	Deficiente	1	0.7%
	Regular	135	98.5%
	Adecuado	1	0.7%
Riesgo de caries	Muy bajo	12	8.8%
	Bajo	18	13.1%
	Moderado	39	28.5%
	Alto	68	49.6%

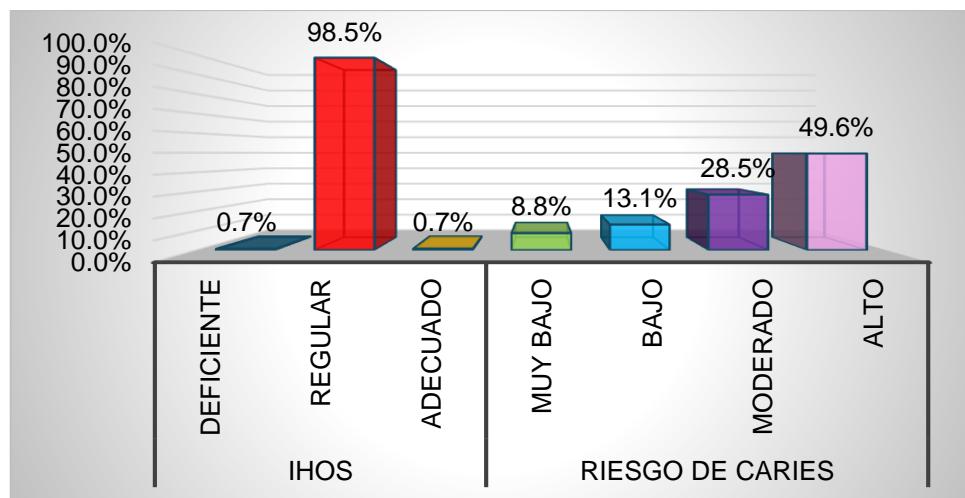


Gráfico 1. Distribución del estado de salud bucal de los niños de primaria de la Institución Educativa Miguel Grau – Huánuco 2023

Interpretación:

Se encontró que la gran mayoría de los niños 98.5%. presenta un estado de higiene oral regular, mientras un porcentaje mínimo 0.7%, tiene una higiene oral deficiente, y otro 0.7% tiene un índice de higiene oral adecuada. Por otro lado, casi la mitad de los niños, 49.6%, presenta un alto riesgo de caries, un 28.5% tiene un riesgo moderado, y los riesgos bajos y muy bajo representan el 13.1% y 8.8% respectivamente.

Tabla 2. Distribución de la calidad de vida de los niños de primaria de la Institución Educativa Miguel Grau – Huánuco 2023

Calidad de vida	fi	%
Mala	64	46.7%
Buena	73	53.3%

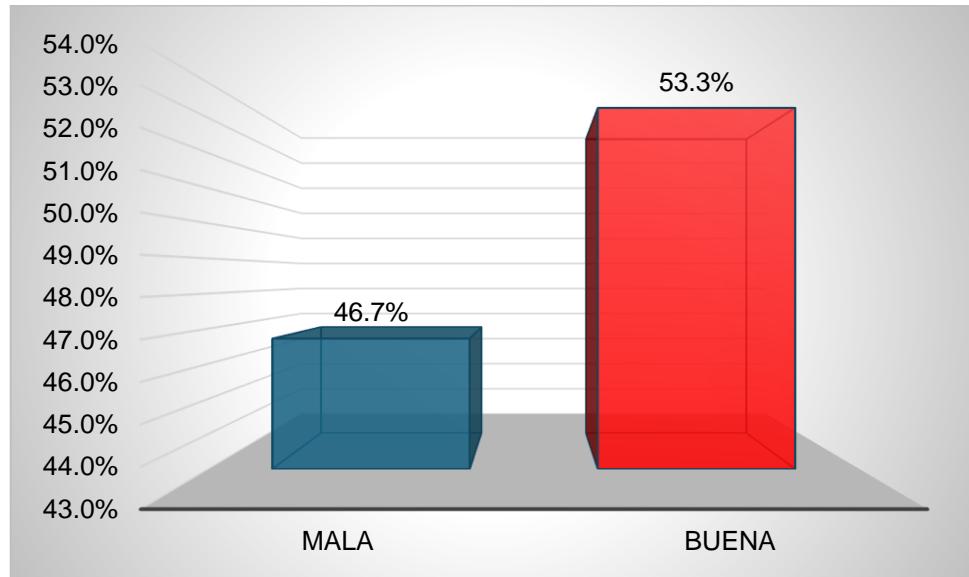


Gráfico 2. Distribución de la calidad de vida de los niños de primaria de la Institución Educativa Miguel Grau – Huánuco 2023

Interpretación:

De acuerdo con la distribución de la calidad de vida percibida en los niños, se identificó que la calidad de vida buena es ligeramente predominante, abarcando el 53.3% de los niños, mientras que el 46.7% de los niños reportan una calidad de vida mala.

Tabla 3. Distribución de las variables socioeconómicas vinculadas al estado de salud bucal y la calidad de vida de los niños de primaria de la Institución Educativa Miguel Grau – Huánuco 2023

		fi	%
Edad	8	64	48%
	9	40	29%
	10	33	23%
Sexo	Femenino	66	48%
	Masculino	71	52%
Lugar de procedencia	Urbano	111	81%
	Urbano marginal	26	19%
Tipo de familia	Nuclear	67	49%
	Extensa	24	18%
	Incompleta	32	23%
	Reestructurada	14	10%
Situación conyugal	Convivientes	67	49%
	Casados	19	14%
	Separados	51	37%
Condición laboral de los padres	Ambos padres trabajan	80	58%
	solo padre trabaja	37	27%
	Solo madre trabaja	20	15%

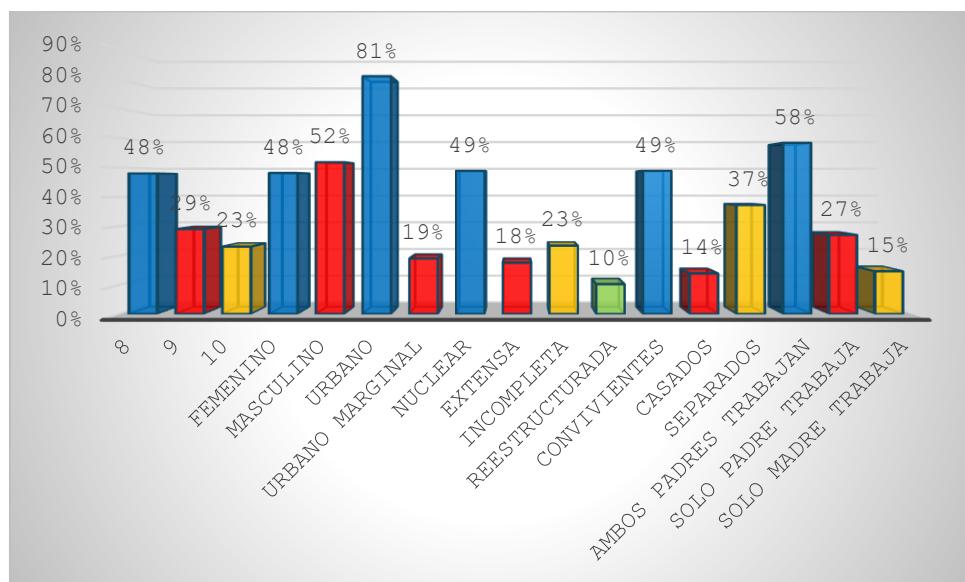


Gráfico 3. Distribución de las variables socioeconómicas vinculadas al estado de salud bucal y la calidad de vida de los niños de primaria de la Institución Educativa Miguel Grau – Huánuco 2023

Interpretación:

En relación con las características socio demográficos se encontró que la mayoría de los niños 48% tienen 8 años, el 29% 9 años y el 23% 10 años. En relación con el sexo, se encontró que el 52% de los niños en estudio fueron del sexo masculino y el 48% femenino. De acuerdo con la procedencia, la mayoría de los niños 81% provienen de zonas urbanas y solo el 19% proviene de zonas urbano-marginales. En cuanto al tipo de familia. la nuclear es el tipo más común con el 49%, seguido de la familia incompleta con un 23% y las familias extensa y reestructurada representan el 18% y 10% respectivamente. Mientras que en la situación conyugal de los padres se evidenció que los padres convivientes constituyeron el 49%, mientras que el 37% fueron separados, mientras que los padres casados representaron el 14%. En relación con la condición laboral de condición laboral de los padres, se encontró que en el 58% de los casos, ambos padres trabajan, mientras que el 27% solo el padre trabaja y el 15% solo la madre trabaja.

4.2. CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS

Tabla 4. Distribución de relación entre el estado de salud bucal y la calidad de vida en niños de primaria de la Institución Educativa Miguel Grau – Huánuco, 2023

Salud bucal	Buen estado	Calidad de vida		Total
		Mala	Buena	
	Buen estado	14	16	30
	Mal estado	50	57	107
Total		64	73	137

En la distribución de la tabla se observó que del total de 137 niños en estudio, 30 niños presentaron una salud bucal en buen estado, mientras que 107 presentaron un mal estado en su salud bucal. Asimismo, 64 niños presentaron una calidad de vida mala, y 73 presentaron una calidad de vida buena.

Tabla 5. Chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado	,001 ^a	1	0.995		
Corrección de continuidad	0.001	1	1.000		
Razón de verosimilitud	0.001	1	0.995		
Asociación lineal por lineal	0.001	1	0.995		
N de casos válidos	137				

Dado que el valor de chi cuadrado de significancia es menor que el nivel de significancia comúnmente aceptado ($p < 0.05$), se puede concluir que Existe relación directa entre el estado de salud bucal y la calidad de vida de los niños de primaria de la Institución Educativa Miguel Grau – Huánuco 2023. Por lo que se rechaza la hipótesis nula.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

5.1. CONTRASTACIÓN DE LOS RESULTADOS DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Los hallazgos del presente estudio confirmaron la existencia de una relación estadísticamente significativa entre el estado de salud bucal y la calidad de vida en niños de primaria ($p < 0.05$), corroborando la hipótesis de investigación planteada. Esta asociación evidencia que las condiciones bucodentales ejercen un impacto directo sobre el bienestar integral de los menores evaluados.

Los resultados obtenidos encuentran respaldo en diversas investigaciones que han documentado asociaciones similares. Aranguren⁽²²⁾ demostró una relación directa y positiva entre salud bucal y calidad de vida (ρ ho de Spearman = 0.333, $p = 0.001$) en población infantil, donde el 72.2% de participantes presentó condiciones regulares de salud bucal correlacionadas con impactos moderados en su bienestar. Complementariamente, González⁽¹⁸⁾ identificó que la presencia de lesiones cariosas afecta significativamente la calidad de vida relacionada con salud oral en preescolares, estableciendo una correlación directa entre mayor índice CEO-D y mayor afectación del bienestar. De manera similar, Mera⁽²³⁾ documentó una relación estadísticamente significativa entre autocuidado bucal y calidad de vida (χ^2 -cuadrado = 13.909, $p = 0.001$), evidenciando que mejores prácticas de higiene oral se asocian con mejor percepción del bienestar.

Sin embargo, algunos estudios presentan resultados divergentes respecto a la magnitud de esta asociación. Vargas et al.⁽²¹⁾ reportaron puntuaciones bajas en el impacto negativo de la salud oral sobre la calidad de vida (7.52 ± 8.25), sugiriendo una afectación menor a la encontrada en nuestro estudio. Kamyabi et al.⁽¹⁷⁾ encontraron que el índice CPOD no mostró relación significativa con la calidad de vida oral, aunque sí identificaron correlaciones

con componentes específicos como dientes perdidos. Adicionalmente, Vargas et al. ⁽²¹⁾ no encontraron relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento parental y la calidad de vida relacionada con salud oral ($p > 0.05$), contrastando con otros estudios que enfatizan la importancia del componente educativo familiar.

El análisis del estado de salud bucal reveló una situación preocupante, caracterizada por una higiene oral predominantemente regular (98.5%) y un alto riesgo de caries en aproximadamente la mitad de la población estudiada (49.6%). Estos hallazgos reflejan deficiencias significativas en las prácticas preventivas y de mantenimiento de la salud bucodental.

Los resultados obtenidos se alinean con tendencias documentadas en poblaciones similares. Ayca ⁽²⁰⁾ identificó que el 68.9% de los padres percibió negativamente la calidad de vida relacionada con salud bucal de sus hijos, sugiriendo la existencia de problemas bucodentales significativos que impactan el bienestar familiar. González ⁽¹⁸⁾ documentó una fuerte afectación de la calidad de vida por presencia de lesiones cariosas, estableciendo que mayores índices de caries se correlacionan con mayor deterioro del bienestar, lo cual es consistente con nuestros hallazgos de alto riesgo cariogénico. Mera ⁽²³⁾ encontró que el 59% de los participantes presentó conocimiento regular sobre enfermedades bucales, lo cual podría explicar la prevalencia de condiciones deficientes de higiene oral observadas en nuestro estudio.

No obstante, ciertos estudios presentan panoramas más favorables. Vargas et al. ⁽²¹⁾ reportaron puntuaciones bajas indicativas de ausencia de impacto negativo significativo de la salud oral, sugiriendo mejores condiciones bucodentales en su población de estudio comparada con nuestros hallazgos. Agudelo et al. ⁽²²⁾ documentaron conocimientos previamente adquiridos sobre salud bucal en cuidadores, aunque con vacíos en prácticas de higiene, lo cual contrasta con la alta prevalencia de higiene regular encontrada en nuestro estudio. Kamyabi et al. ⁽¹⁷⁾ no encontraron correlación significativa entre índice CPOD y calidad de vida, sugiriendo que en algunas poblaciones las condiciones de caries pueden no impactar significativamente el bienestar percibido.

La evaluación de la calidad de vida evidenció una distribución relativamente equilibrada, con ligera predominancia de percepción positiva (53.3%) sobre percepción negativa (46.7%). Esta distribución sugiere heterogeneidad en las experiencias de bienestar de los menores evaluados, con una proporción considerable experimentando limitaciones en su calidad de vida.

Los hallazgos encuentran correspondencia parcial con investigaciones previas que han documentado impactos moderados de las condiciones bucodentales sobre el bienestar. Aranguren ⁽²²⁾ reportó que el 54.4% de los participantes mostró calidad de vida regular, con afectación predominante en limitación funcional, bienestar emocional y bienestar social, lo cual es consistente con la distribución equilibrada observada en nuestro estudio. Mera ⁽²³⁾ identificó que las dimensiones más comprometidas fueron el malestar e incapacidad psicológica (35%) y la limitación funcional (40%), evidenciando impactos moderados similares a los encontrados en nuestra investigación. González ⁽¹⁸⁾ documentó que factores socioeconómicos constituyen determinantes importantes de la calidad de vida relacionada con salud oral, lo cual podría explicar la variabilidad observada en nuestros resultados.

Sin embargo, algunos estudios presentan panoramas más desfavorables. Ayca ⁽²⁰⁾ encontró que el 68.9% de los padres percibió negativamente la calidad de vida relacionada con salud bucal, una proporción considerablemente mayor a la encontrada en nuestro estudio (46.7%). Vargas et al. ⁽²¹⁾ reportaron puntuaciones bajas (7.52 ± 8.25) indicativas de menor impacto negativo, sugiriendo mejor calidad de vida que la documentada en nuestra población. Kamyabi et al. ⁽¹⁷⁾ identificaron que niños sin cuidado parental obtuvieron puntuaciones significativamente más bajas en calidad de vida ($p < 0.001$), indicando mayor vulnerabilidad que la población estudiada en nuestra investigación.

El análisis sociodemográfico reveló una población predominantemente urbana (81%), con estructura familiar nuclear prevalente (49%) y padres en situación de convivencia (49%). La mayoría de las familias (58%) cuenta con ambos progenitores económicamente activos, sugiriendo estabilidad

socioeconómica relativa en la población estudiada.

Los hallazgos sociodemográficos encuentran respaldo en estudios que han documentado la influencia de factores familiares y socioeconómicos sobre la salud bucal y calidad de vida. González ⁽¹⁸⁾ identificó que el factor socioeconómico constituye el determinante más influyente, demostrando que menores estatus socioeconómicos se asocian con mayor afectación negativa de la calidad de vida relacionada con salud oral, lo cual es relevante considerando que el 58% de las familias en nuestro estudio cuenta con doble ingreso económico. Ayca ⁽²⁰⁾ documentó que los padres perciben que la salud bucal afecta actividades familiares y genera conflictos, lo cual podría estar relacionado con la estructura familiar nuclear predominante observada en nuestro estudio. Mera ⁽²³⁾ encontró que el 74% de los participantes demostró alto conocimiento sobre higiene bucal, sugiriendo que factores educativos familiares influyen en los resultados de salud oral.

No obstante, algunos estudios han documentado características sociodemográficas diferentes. Kamyabi et al. ⁽¹⁷⁾ incluyeron específicamente niños sin cuidado parental, una población más vulnerable que contrasta con la estructura familiar predominantemente nuclear encontrada en nuestro estudio. Agudelo et al. ⁽¹⁹⁾ trabajaron con agentes educativas y cuidadores de contextos comunitarios específicos, sugiriendo diferentes dinámicas sociofamiliares comparadas con nuestro entorno escolar urbano. Vargas et al. ⁽²¹⁾ no encontraron relación significativa entre conocimiento parental y calidad de vida relacionada con salud oral ($p > 0.05$), contrastando con la importancia que otros estudios atribuyen a factores familiares y que podría ser relevante considerando las características socioeconómicas de nuestra población.

Los resultados obtenidos evidencian la necesidad de implementar estrategias integrales que aborden simultáneamente los aspectos preventivos de salud bucal y los factores que impactan la calidad de vida infantil. La relación significativa documentada entre ambas variables sugiere que intervenciones bucodentales podrían generar beneficios que trasciendan el ámbito estrictamente clínico, impactando positivamente el bienestar general de los menores.

La alta prevalencia de higiene oral regular y riesgo cariogénico elevado identificados demandan el desarrollo de programas educativos y preventivos específicamente diseñados para el contexto escolar. Considerando las características socioeconómicas de la población, estas intervenciones deberían incorporar componentes familiares y comunitarios que potencien su efectividad y sostenibilidad a largo plazo.

CONCLUSIONES

1. Existe una relación directa y estadísticamente significativa $p = 0,001$ entre el estado de salud bucal y la calidad de vida de los niños de primaria.
2. La mayoría de los niños presenta una higiene oral regular, con un porcentaje mínimo de higiene oral deficiente y adecuada. Asimismo casi la mitad de los niños tiene un alto riesgo de caries, seguido por un riesgo moderado.
3. La calidad de vida percibida por los niños muestra una distribución relativamente equilibrada con ligera tendencia favorable, donde el 53.3% reporta calidad de vida buena, mientras que el 46.7% manifiesta calidad de vida deficiente.
4. Las características sociodemográficas de la población estudiada revelan predominio de niños de 8 años, distribución equilibrada por sexo masculino, y femenino, y procedencia mayoritariamente urbana. La estructura familiar nuclear constituye el tipo más frecuente, con padres en situación de convivencia y doble actividad laboral parental, configurando un perfil socioeconómico de estabilidad relativa que favorece el acceso a recursos para el cuidado de la salud bucal.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda el desarrollo e implementación de programas de salud bucal preventiva específicamente diseñados para el entorno escolar, que incluyan actividades de educación sanitaria, técnicas de cepillado supervisado, aplicación de flúor tópico y sellantes dentales.
- Es fundamental desarrollar estrategias educativas dirigidas a padres y cuidadores que aborden conocimientos sobre prevención de enfermedades bucales, técnicas adecuadas de higiene oral, importancia de la dieta en la salud dental y reconocimiento temprano de signos de patología bucodental.
- Se sugiere implementar un sistema de seguimiento longitudinal que permita evaluar periódicamente tanto el estado de salud bucal como la calidad de vida de los niños, estableciendo indicadores específicos que faciliten la detección temprana de cambios y la evaluación de la efectividad de las intervenciones implementadas.
- Es necesario promover la formulación e implementación de políticas institucionales que integren la salud bucal como componente esencial del bienestar estudiantil, estableciendo alianzas estratégicas con servicios de salud locales, programas gubernamentales de salud pública y organizaciones comunitarias.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Glick M, Williams DM, Kleinman DV, Vujicic M, Watt RG, Weyant RJ. A new definition for oral health developed by the FDI World Dental Federation opens the door to a universal definition of oral health. *J Am Dent Assoc.* 2016; 147(12): 915-917.
2. Organización Mundial de la Salud. Informe Global sobre la Salud Bucal. Ginebra: OMS; 2023.
3. Sheiham A. Oral health, general health and quality of life. *Bull World Health Organ.* 2022; 83(9): 644-645.
4. Abanto J, Carvalho TS, Mendes FM, Wanderley MT, Bönecker M, Raggio DP. Impact of oral diseases and disorders on oral health-related quality of life of preschool children. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2021; 39(2): 105-114.
5. Munayco-Pantoja ER, Pereyra-Zaldívar H, Cadillo-Ibarra MM. Calidad de vida relacionada a la salud bucal en niños peruanos con caries de infancia temprana severa. *Odontoestomatol.* 2020; 22(36): 4-14.
6. Organización Mundial de la Salud. Informe Global sobre la Salud Bucal. Ginebra: OMS; 2023.
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.* 2020; 81(7): 459-463.
8. Abanto J, Carvalho TS, Mendes FM, Wanderley MT, Bönecker M, Raggio DP. Impact of oral diseases and disorders on oral health-related quality of life of preschool children. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2021; 39(2): 105-114.
9. Ministerio de Salud del Perú. Estado nutricional en el Perú. Componente nutricional ENAHO-CENAN 2021-2022. Lima: MINSA; 2022.
10. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - ENDES Continua. Lima: INEI; 2023.
11. Díaz-Cárdenas S, Gonzales-Martínez F. Prevalencia de caries dental y factores familiares en niños escolares de Cartagena de Indias, Colombia. *Rev Salud Pública.* 2020; 12(5): 843-851.

12. Kumar S, Kroon J, Laloo R. A systematic review of the impact of parental socio-economic status and home environment characteristics on children's oral health related quality of life. *Health Qual Life Outcomes*. 2022; 12: 41.
13. Colgate Oral Health Network. Guía para la salud bucal en niños y adolescentes. New York: Colgate-Palmolive; 2023.
14. Peres MA, Macpherson LMD, Weyant RJ, Daly B, Venturelli R, Mathur MR, et al. Oral diseases: a global public health challenge. *Lancet*. 2019; 394(10194): 249-260.
15. Sheiham A. Oral health, general health and quality of life. *Bull World Health Organ*. 2022; 83(9): 644-645.
16. World Health Organization. WHO Global Oral Health Status Report. Geneva: WHO; 2023.
17. Kamyabi H, Darijani MA, Amanpour S, Fereidooni R, Yazdi-Feyzabadi V, Fardisi S. Oral health-related quality of life among children aged 11-14 years old with and without parental care in South-East of Iran. *Pesqui Bras Odontopediatria Clín Integr*. 2023; 23: e220103.
18. González MF. Evaluación de la calidad de vida relacionada a la salud oral en pacientes pediátricos [tesis]. Monterrey: Universidad Autónoma de Nuevo León; 2023.
19. Agudelo A, Galvis JA, Villegas E. Salud bucal en la primera infancia: estrategia con agentes educativas y acudientes. *Rev Cuid*. 2023; 14(2): e2676.
20. Ayca IR. Percepción de la calidad de vida relacionada a la salud bucal de los padres de niños que acuden a una clínica universitaria. *Rev Odontol Basadrina*. 2023; 7(1): 83–94.
21. Vargas K, Evaristo T, Medina K, Castro A. Calidad de vida relacionada a la salud bucal del preescolar y conocimientos del parente cuidador. OACTIVA UC Cuenca [Internet]. 2022 [Consultado 2025 May 18]; 7(2): 13–20. Disponible en: <https://revistaoactiva.ucacue.edu.ec/index.php/oactiva/article/view/459>
22. Aranguren OC. Calidad de vida y salud bucal en niños de 11-14 años de la Comunidad de niños Sagrada Familia, 2021 [Tesis de maestría]. Lima - Perú: Universidad César Vallejo; 2022.

23. Mera DA. Autocuidado de la salud bucal asociado a la calidad de vida en los pacientes atendidos del Hospital II de Juanjuí, San Martín 2022 [Tesis de Cirujano Dentista]. Huánuco, Perú: Universidad de Huánuco; 2024.
24. World Health Organization. Oral health surveys: basic methods. 5th ed. Geneva: WHO Press; 2013.
25. Petersen PE, Bourgeois D, Ogawa H, Estupinan-Day S, Ndiaye C. The global burden of oral diseases and risks to oral health. Bull World Health Organ. 2005; 83(9): 661-669.
26. Greene JC, Vermillion JR. The simplified oral hygiene index. J Am Dent Assoc. 1964; 68: 7-13.
27. Selwitz RH, Ismail AI, Pitts NB. Dental caries. Lancet. 2007; 369(9555):51-59.
28. Gruebbel AO. A measurement of dental caries prevalence and treatment service for deciduous teeth. J Dent Res. 1944; 23(3): 163-168.
29. Klein H, Palmer CE, Knutson JW. Studies on dental caries: I. Dental status and dental needs of elementary school children. Public Health Rep. 1938; 53(19): 751-765.
30. 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. 2002; 81(7): 459-463.
31. Barbosa TS, Gavião MB. Oral health-related quality of life in children: part II. Effects of clinical oral health status. A systematic review. Int J Dent Hyg. 2008; 6(2): 100-107.
32. Gilchrist F, Rodd H, Deery C, Marshman Z. Assessment of the quality of measures of child oral health-related quality of life. BMC Oral Health. 2014; 14: 40.
33. Versloot J, Veerkamp JS, Hoogstraten J. Children's coping with pain during dental care. Community Dent Oral Epidemiol. 2004;32(6):456-461.
34. Nuttall NM, Steele JG, Evans D, Chadwick B, Morris AJ, Hill K. The reported impact of oral condition on children in the United Kingdom, 2003. Br Dent J. 2006; 200(10): 551-555.
35. Adair PM, Pine CM, Burnside G, Nicoll AD, Gillett A, Anwar S, et al. Familial and cultural perceptions and beliefs of oral hygiene and dietary practices

- among ethnically and socio-economically diverse groups. *Community Dent Health*. 2004; 21(1 Suppl): 102-111.
36. Armfield JM, Spencer AJ, Roberts-Thomson KF, Plastow K. Water fluoridation and the association of sugar-sweetened beverage consumption and dental caries in Australian children. *Am J Public Health*. 2013; 103(3): 494-500.
 37. Auslander WF, Sterritt GR, Zayas LE, Jon MC. The short-term impact of a program to reduce children's access to guns. *Pediatrics*. 1997; 100(2 Pt 1): E4.
 38. McGrath C, Broder HL, Wilson-Genderson M. Assessing the impact of oral health on the life quality of children: implications for research and practice. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2004; 32(2): 81-85.
 39. Acs G, Lodolini G, Kaminsky S, Cisneros GJ. Effect of nursing caries on body weight in a pediatric population. *Pediatr Dent*. 1992; 14(5): 302-305.
 40. Ayhan H, Suskan E, Yildirim S. The effect of nursing or rampant caries on height, body weight and head circumference. *J Clin Pediatr Dent*. 1996; 20(3): 209-212.
 41. Filstrup SL, Briskie D, da Fonseca M, Lawrence L, Wandera A, Inglehart MR. Early childhood caries and quality of life: child and parent perspectives. *Pediatr Dent*. 2003; 25(5): 431-440.
 42. Harwood AN, Harrison JE. How readable are orthodontic patient information leaflets? *J Orthod*. 2004; 31(3): 210-219.
 43. Huntington NL, Spetter D, Jones JA, Rich SE, Garcia RI, Spiro A 3rd. Development and validation of a measure of pediatric oral health-related quality of life: the POQL. *J Public Health Dent*. 2011; 71(3): 185-193.
 44. 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.
 45. Abanto J, Carvalho TS, Mendes FM, Wanderley MT, Bönecker M, Raggio DP. Impact of oral diseases and disorders on oral health-related quality of life of preschool children. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2011; 39(2): 105-114.

46. Foster Page LA, Boyd D, Davidson P. Resilience and oral health-related quality of life in children. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2013; 41(4): 281-287.
47. Kramer PF, Feldens CA, Ferreira SH, Bervian J, Rodrigues PH, Peres MA. Exploring the impact of oral diseases and disorders on quality of life of preschool children. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2013; 41(4): 327-335.
48. Klingberg G, Broberg AG. Dental fear/anxiety and dental behaviour management problems in children and adolescents: a review of prevalence and concomitant psychological factors. *Int J Paediatr Dent.* 2007; 17(6): 391-406.
49. Gomes MC, Pinto-Sarmento TC, Costa EM, Martins CC, Granville-Garcia AF, Paiva SM. Impact of oral health conditions on the quality of life of preschool children and their families: a cross-sectional study. *Health Qual Life Outcomes.* 2014; 12: 55.
50. 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; 26(6): 512-518.
51. Clarke M, Locker D, Berall G, Pencharz P, Kenny DJ, Judd P. Malnourishment in a population of young children with severe early childhood caries. *Pediatr Dent.* 2006; 28(3): 254-259.
52. Malden PE, Thomson WM, Jokovic A, Locker D. 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(2): 108-117.
53. Seirawan H, Faust S, Mulligan R. The impact of oral health on the academic performance of disadvantaged children. *Am J Public Health.* 2012; 102(9): 1729-1734.
54. Badger E. Effects of communicative audience on social dialects. In: Shuy R, Fasold RW, editors. *Language attitudes: current trends and prospects.* Washington, DC: Georgetown University Press; 1973. p. 111-118.
55. Martins-Júnior PA, Vieira-Andrade RG, Corrêa-Faria P, Oliveira-Ferreira F, Marques LS, Ramos-Jorge ML. Impact of early childhood caries on the

- oral health-related quality of life of preschool children and their parents. *Caries Res.* 2013; 47(3): 211-218.
56. Easton JA, Landgraf JM, Casamassimo PS, Wilson S, Ganzberg S. Evaluation of a generic quality of life instrument for early childhood caries-related pain in children. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2008; 36(5): 434-440.
 57. Tsakos G, Blair YI, Yusuf H, Wright W, Watt RG, Macpherson LM. Developing a new self-reported scale of oral health outcomes for 5-year-old children (SOHO-5). *Health Qual Life Outcomes.* 2012; 10:62.
 58. Watt RG. From victim blaming to upstream action: tackling the social determinants of oral health inequalities. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2007; 35(1): 1-11.
 59. Tinanoff N, Baez RJ, Diaz Guillory C, Donly KJ, Feldens CA, McGrath C, et al. Early childhood caries epidemiology, aetiology, risk assessment, societal burden, management, education, and policy: Global perspective. *Int J Paediatr Dent.* 2019; 29(3): 238-248.
 60. American Academy of Pediatric Dentistry. Guideline on infant oral health care. *Pediatr Dent.* 2016; 38(6): 150-154.
 61. Ferraro M, Vieira AR. Explaining gender differences in caries: a multifactorial approach to a multifactorial disease. *Int J Dent.* 2010; 2010: 649643.
 62. Macgregor ID, Regis D, Balding J. Self-concept and dental health behaviours in young people. *J Clin Periodontol.* 1997; 24(5): 335-339.
 63. Chi DL, Masterson EE, Carle AC, Mancl LA, Coldwell SE. Socioeconomic status, food security, and dental caries in US children: mediation analyses of data from the National Health and Nutrition Examination Survey, 2007-2008. *Am J Public Health.* 2014; 104(5): 860-864.
 64. Piovesan C, Mendes FM, Ferreira FV, Guedes RS, Ardenghi TM. Socioeconomic inequalities in the distribution of dental caries in Brazilian preschool children. *J Public Health Dent.* 2010; 70(4): 319-326.
 65. Pine CM, Adair PM, Nicoll AD, Burnside G, Petersen PE, Beighton D, et al. International comparisons of health inequalities in childhood dental caries. *Community Dent Health.* 2004; 21(1 Suppl): 121-130.

66. Petersen PE. Sociobehavioural risk factors in dental caries - international perspectives. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2005; 33(4): 274-279.
67. Antunes JL, Peres MA, de Campos Mello TR, Waldman EA. Multilevel assessment of determinants of dental caries experience in Brazil. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2006; 34(2): 146-152.

COMO CITAR ESTE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Palacios C. Estado de salud bucal e impacto en la calidad de vida en niños de primaria de la Institución Educativa Miguel Grau – Huánuco 2023 [Internet] Huánuco: Universidad de Huánuco; 2026 [Consultado]. Disponible en: <http://...>

ANEXOS

ANEXO 1

MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	METODOLOGIA
PROBLEMA GENERAL ¿Cuál es la relación entre el estado de salud bucal y la calidad de vida en niños de primaria de la Institución Educativa Miguel Grau – Huánuco 2023?	OBJETIVO GENERAL Determinar la relación entre el estado de salud bucal y la calidad de vida de los niños de primaria de la Institución Educativa Miguel Grau – Huánuco 2023.	H_a : Existe relación directa entre el estado de salud bucal y la calidad de vida de los niños de primaria de la Institución Educativa Miguel Grau – Huánuco 2023. H_0 : No existe relación directa entre el estado de salud bucal y la calidad de vida de los niños de primaria de la Institución Educativa Miguel Grau – Huánuco 2023.	VARIABLE INDEPENDIENTE Estado de salud bucal Variable dependiente Calidad de vida en niños	Tipo de investigación Diseño. El diseño es Descriptivo. Población y muestra La población y muestra Estuvo constituido por 137 alumnos de la institución educativa Miguel Grau. Técnicas e instrumentos Técnica: encuesta y la observación Instrumento: cuestionario
PROBLEMAS ESPECÍFICOS ¿Cuál es el estado de salud bucal de los niños de primaria de la Institución Educativa Miguel Grau – Huánuco 2023? ¿Cuál es la calidad de vida de los niños de primaria de la Institución Educativa Miguel Grau – Huánuco 2023? ¿Cuáles son las variables socioeconómicas vinculadas al estado de salud bucal y la calidad de vida de los niños de primaria de la Institución Educativa Miguel Grau – Huánuco 2023? .	OBJETIVOS ESPECÍFICOS Describir el estado de salud bucal de los niños de primaria de la Institución Educativa Miguel Grau – Huánuco 2023. Describir la calidad de vida de los niños de primaria de la Institución Educativa Miguel Grau – Huánuco 2023. Describir las variables socioeconómicas vinculadas al estado de salud bucal y la			

calidad de vida de los niños de
primaria de la Institución
Educativa Miguel Grau –
Huánuco 2023.



ANEXO 2 INSTRUMENTO



ESTADO DE SALUD BUCAL E IMPACTO LA CALIDAD DE VIDA EN NIÑOS DE PRIMARIA DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA MIGUEL GRAU – HUÁNUCO 2023

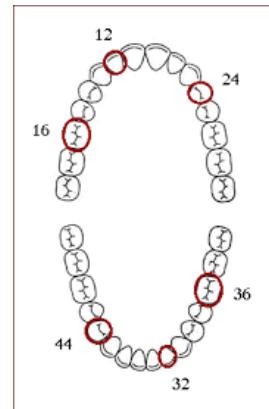
FICHA DE OBSERVACIÓN

Ficha N°: _____

Edad: _____ Sexo: _____

1. Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS)

Cuantitativo	Cualitativo	Marcar (X)
• 0.0 - 1.2	Adecuado	
• 1.3 - 3.0	Regular	
• 3.1 - 6.0	Deficiente	



2. Riesgo de caries (Índice de CEO – d + CPO – d)

Índice CPOD:

		Resultado
C: Caries		
O: Obturado		
P: Perdida		
D: Diente		

Índice CPoD:

		Resultado
C: Cariada		
E: Extraída		
O: Obturada		

Cuantificación de la OMS para el índice COPD		
0,0 a 1,1	:	muy bajo
1,2 a 2,6	:	bajo
2,7 a 4,4	:	moderado
4,5 a 6,5	:	alto

CUESTIONARIO CALIDAD DE VIDA
(Cuestionario Child Perceptions)

Nº:

Edad: _____

Sexo: _____

- Lee atentamente cada pregunta y piensa acerca de aquellas experiencias que has tenido en los últimos 3 meses.
- Marca con una X en el recuadro que consideres como mejor respuesta para ti.

1. ¿Dolor en tus dientes, labios, mandíbula o boca?

- Nunca ()
- Una o dos veces ()
- A veces ()
- Con frecuencia ()
- Casi todos o todos los días ()

2. ¿Heridas en la boca?

- Nunca ()
- Una o dos veces ()
- A veces ()
- Con frecuencia ()
- Casi todos o todos los días ()

3. ¿Mal aliento?

- Nunca ()
- Una o dos veces ()
- A veces ()
- Con frecuencia ()
- Casi todos o todos los días ()

4. ¿Comida atascada en o entre tus dientes?

- Nunca ()
- Una o dos veces ()
- A veces ()
- Con frecuencia ()
- Casi todos o todos los días ()

5. ¿Has tardado más tiempo en comer que otras personas?

- Nunca ()
- Una o dos veces ()
- A veces ()
- Con frecuencia ()
- Casi todos o todos los días ()

6. ¿Has tenido problemas para dormir??

- Nunca ()
- Una o dos veces ()
- A veces ()
- Con frecuencia ()
- Casi todos o todos los días ()

7. ¿Problemas para morder o masticar alimentos como una manzana, un choclo o un bistek?

- Nunca ()
- Una o dos veces ()
- A veces ()
- Con frecuencia ()
- Casi todos o todos los días ()

8. ¿Dificultad para pronunciar algunas palabras?

- Nunca ()
- Una o dos veces ()
- A veces ()
- Con frecuencia ()
- Casi todos o todos los días ()

9. ¿Te has sentido irritable o frustrado?

- Nunca ()
- Una o dos veces ()
- A veces ()
- Con frecuencia ()
- Casi todos o todos los días ()

10. ¿Te has sentido tímido o avergonzado?

- Nunca ()
- Una o dos veces ()
- A veces ()
- Con frecuencia ()
- Casi todos o todos los días ()

11. ¿Te ha preocupado lo que piensan otras personas acerca de tus dientes, labios, boca o mandíbula?

- Nunca ()
- Una o dos veces ()
- A veces ()
- Con frecuencia ()
- Casi todos o todos los días ()

12. ¿Has estado molesto?

- Nunca ()
- Una o dos veces ()
- A veces ()
- Con frecuencia ()
- Casi todos o todos los días ()

13. ¿No has querido hablar o leer en voz alta en clase?

- Nunca ()
- Una o dos veces ()
- A veces ()
- Con frecuencia ()
- Casi todos o todos los días ()

14. ¿Has evitado reír mientras estabas con otros niños?

- Nunca ()
- Una o dos veces ()
- A veces ()

- Con frecuencia ()
- Casi todos o todos los días ()

15. ¿Has discutido/peleado con tu familia u otros niños?

- Nunca ()
- Una o dos veces ()
- A veces ()
- Con frecuencia ()
- Casi todos o todos los días ()

16. ¿Algunos niños se han burlado de ti o te han puesto apodos?

- Nunca ()
- Una o dos veces ()
- A veces ()
- Con frecuencia ()
- Casi todos o todos los días ()

CUESTIONARIO DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIOECONOMICOS

Nº _____

1. Edad: _____

2. Sexo

- Masculino ()
- Femenino ()

3. Lugar de procedencia

- Urbano ()
- Urbano Marginal ()

4. Tipo de familia

- Nuclear ()
- Extensa ()
- Incompleta ()
- Reestructurada ()

5. Situación conyugal de los padres

- Convivientes ()
- Casados ()
- Separados ()

6. Condición laboral de los padres

- Ambos padres trabajan ()
- Solo padre trabaja ()
- Solo madre trabaja ()

ANEXO 3

ASENTIMIENTO INFORMADO

ASENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DE INVESTIGACIÓN

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de esta, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por **CLAUDIA PALACIOS LEON**, alumna de Pos Grado de la Universidad de Huánuco. La finalidad del estudio es: **Determinar la relación entre el estado de salud bucal y la calidad de vida de los niños de primaria de la Institución Educativa Miguel Grau – Huánuco 2023.**

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista (o completar una encuesta, o lo que fuera según el caso). Esto tomará aproximadamente 20 minutos de su tiempo.

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. Sus respuestas al cuestionario y a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y, por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por **CLAUDIA PALACIOS LEON**. He sido informado (a) de que la finalidad de este estudio es: **Determinar la relación entre el estado de salud bucal y la calidad de vida de los niños de primaria de la Institución Educativa Miguel Grau – Huánuco 2023.**

Me han indicado también que tendré que responder cuestionarios, lo cual tomará aproximadamente 20 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido.

Fecha: _____ de _____ de ____.

Nombre del Participante _____

Firma del Participante _____

ANEXO 4

CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DE INVESTIGACIÓN El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de esta, así como de su rol en ella como participantes. La presente investigación es conducida por _____, alumno de la Universidad de Huánuco. El objetivo del estudio es _____

_____. Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista (o completar una encuesta, o lo que fuera según el caso). Esto tomará aproximadamente _____ minutos de su tiempo. 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. Sus respuestas al cuestionario y a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas. Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Desde ya le agradecemos su participación. Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por _____. He sido informado (a) de que la finalidad de este estudio es _____

_____. Me han indicado también que tendré que responder cuestionarios, lo cual tomará aproximadamente _____ minutos. Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Fecha: _____ de _____ de _____.

Nombre del Participante _____

Firma del Participante _____

ANEXO 5

PERMISO DE LA INSTITUCIÓN A REALIZAR LA INVESTIGACIÓN

**"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia,
y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"**

Solicito autorización para
aplicar el instrumento de mi
investigación en los alumnos de la
institución educativa Miguel Grau.

**SEÑOR(A): DIRECTOR DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA
MIGUEL GRAU.**

Presente. -

Yo, CLAUDIA PALACIOS LEON, Alumna de Pos Grado de la Universidad de Huánuco, con el debido respeto que se merece, me dirijo ante usted. Y expongo: que con la finalidad de ejecutar mi proyecto de tesis "**ESTADO DE SALUD BUCAL E IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA EN NIÑOS DE PRIMARIA DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA MIGUEL GRAU – HUÁNUCO 2023**", solicito la autorización correspondiente para acceder en la encuesta y en el examen clínico bucal de los alumnos de la institución educativa Miguel Grau durante el año 2024 y poder recopilar la información necesaria que requiere la investigación en estudio.

Conocedora de su gran colaboración, comprensión y su apoyo a la investigación científica, pido a Ud. Acceder a mi solicitud

Huánuco – Perú, 09 de julio, de 2024

Leyendo
01-07-2024
EN 0334 MIGUEL GRAU SEMINARIO

Prof. Wilmer B. Torres Valar
DIRECTOR



Firma

CD. CLAUDIA PALACIOS LEON

DNI: 45623853

ANEXO 6
IMÁGENES DE LA RECOLECCIÓN



