



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA



**RELACIÓN ENTRE CALIDAD DE VIDA Y SALUD ORAL EN
ESTUDIANTES DE LA ESCUELA PROFESIONAL DE
ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DEL
ALTIPLANO - PUNO - 2023**

TESIS

PRESENTADA POR:

Bach. MAURICIO ANDRÉ RIVERA NADAL

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

CIRUJANO DENTISTA

PUNO – PERÚ

2024



Reporte de similitud

NOMBRE DEL TRABAJO

RELACIÓN ENTRE CALIDAD DE VIDA Y SALUD ORAL EN ESTUDIANTES DE LA ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO - PUNO - 2023

AUTOR

MAURICIO ANDRÉ RIVERA NADAL

RECuento DE PALABRAS

22322 Words

RECuento DE CARACTERES

115102 Characters

RECuento DE PÁGINAS

104 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

1.6MB

FECHA DE ENTREGA

Jul 19, 2024 9:33 AM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Jul 19, 2024 9:34 AM GMT-5

● 16% de similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base de datos.

- 13% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 10% Base de datos de trabajos entregados
- 5% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● Excluir del Reporte de Similitud

- Material bibliográfico
- Material citado
- Bloques de texto excluidos manualmente
- Material citado
- Coincidencia baja (menos de 10 palabras)


Dra. Sheyla L. Cervantes A.
Cirujano Dentista
COP 17362


Dr. Henry Quispe Cruz
COP 21296
ESPECIALISTA EN ORTODONCIA Y
ORTOPEDIA MAXILAR

Resumen



DEDICATORIA

En primer lugar, a Dios, por brindarme un día más de vida lleno de bendiciones y por guiarme a lo largo de mi vida brindándome fortaleza y perseverancia para poder lograr mis metas y objetivos.

A mis padres, por su constante apoyo y motivación para que pueda cumplir mis metas, brindándome su cariño y su sabiduría a lo largo de mi vida, quienes me enseñaron a nunca rendirme y mantener la fe a pesar de las circunstancias y que con esfuerzo y motivación todo se puede lograr en esta vida.

A mi hermano Rodrigo que siempre estuvo apoyándome y motivando a ser una mejor persona y un mejor profesional.

Mauricio André Rivera Nadal



AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Nacional del Altiplano Puno, mi alma mater, por haberme brindado conocimientos y experiencias pre profesionales, además de proporcionarme calor humano y la motivación para superarme cada día.

A mis docentes de la Escuela Profesional de Odontología por brindarme sus conocimientos, experiencias y sabiduría en el campo odontológico y la capacidad para poder enfrentarme y resolver problemas.

A mi asesora Dra. Sheyla Lenna Cervantes Alagon, por su constante apoyo, comprensión, dedicación, tiempo y paciencia durante todo el proceso de desarrollo de la presente investigación.

A todos mis amigos, compañeros que conocí durante mi etapa pre profesional, quienes me brindaron su apoyo y contribuyeron a la realización de la presente investigación.

Mauricio André Rivera Nadal



ÍNDICE GENERAL

	Pág.
DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTOS	
ÍNDICE GENERAL	
ÍNDICE DE TABLAS	
ÍNDICE DE FIGURAS	
ÍNDICE DE ANEXOS	
ACRÓNIMOS	
RESUMEN	13
ABSTRACT.....	14
CAPÍTULO I	
INTRODUCCIÓN	
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	16
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	18
1.2.1. Problema general.....	18
1.2.2. Problemas específicos	18
1.2.3. Justificación del problema.....	19
1.3. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN	20
1.3.1. Hipótesis General	20
1.3.2. Hipótesis Especifica	20
1.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	21
1.4.1. Objetivo General	21
1.4.2. Objetivos Específicos.....	21

CAPÍTULO II



REVISIÓN DE LITERATURA

2.1.	ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	22
2.1.1.	Antecedentes internacionales	22
2.1.2.	Antecedentes nacionales	26
2.2.	MARCO TEÓRICO	32
2.2.1.	Calidad de vida.....	32
2.2.1.1.	Factores que influyen la calidad de vida.....	33
2.2.1.2.	Dimensiones de calidad de vida.....	34
2.2.2.	Salud oral	37
2.2.3.	Calidad de vida y salud oral (CVRSO).....	52

CAPÍTULO III

MATERIALES Y MÉTODOS

3.1.	DISEÑO Y TIPO DE ESTUDIO	55
3.1.1.	Diseño de la investigación	55
3.1.2.	Tipo de la investigación	55
3.2.	POBLACION Y MUESTRA.....	55
3.2.1.	Población.....	55
3.2.2.	Muestra.....	55
3.2.2.1.	Tipo de muestreo.....	56
3.2.3.	Criterios de selección	56
3.2.3.1.	Criterios de inclusión	56
3.2.3.2.	Criterios de exclusión.....	56
3.3.	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	57
3.4.	TÉCNICA E INSTRUMENTOS	58
3.4.1.	Técnica	58



3.4.2. Instrumentos	58
3.5. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	60
3.6. ANÁLISIS ESTADÍSTICO	63
3.7. VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO	63
3.8. CONSIDERACIONES ÉTICAS	63

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. RESULTADOS.....	65
4.1.1. Salud oral de los estudiantes de la Escuela Profesional de Odontología de la Universidad Nacional del Altiplano Puno.....	65
4.1.2. Calidad de vida en los estudiantes de la Escuela Profesional de Odontología de la Universidad Nacional del Altiplano Puno.....	72
4.1.3. Relación entre calidad de vida y salud oral de los estudiantes de la Escuela Profesional de Odontología de la Universidad Nacional del Altiplano Puno.....	74
4.2. DISCUSIÓN	79
V. CONCLUSIONES.....	83
VI. RECOMENDACIONES	84
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	85
ANEXOS.....	92

ÁREA: Ciencias de la salud

TEMA: Salud Pública y Ocupacional

FECHA DE SUSTENTACIÓN: 22 de julio del 2024



ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1 Descripción según sexo de la muestra de estudiantes de la Escuela Profesional de Odontología UNA-Puno.....	65
Tabla 2 Grado de Higiene Oral según el sexo de la muestra de estudiantes de la Escuela Profesional de Odontología UNA-Puno.....	66
Tabla 3 Índice CPO-D según sexo de la muestra de estudiantes de la Escuela Profesional de Odontología UNA-Puno.	68
Tabla 4 Índice CPITN según sexo de la muestra de estudiantes de la Escuela Profesional de Odontología UNA-Puno.	70
Tabla 5 Calidad de vida (OHIP) según el sexo de la muestra de estudiantes de la Escuela Profesional de Odontología UNA-Puno.....	72
Tabla 6 Relación entre higiene oral y calidad de vida en la muestra de estudiantes de la Escuela Profesional de Odontología UNA-Puno.....	74
Tabla 7 Relación entre experiencia de caries y calidad de vida en la muestra de estudiantes de la Escuela Profesional de Odontología UNA-Puno.	75
Tabla 8 Relación entre el estado periodontal y calidad de vida en la muestra de estudiantes de la Escuela Profesional de Odontología UNA-Puno.	77



ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1 Descripción según sexo de la muestra de estudiantes de la Escuela Profesional de Odontología UNA-Puno.....	65
Figura 2 Grado de Higiene Oral según sexo de la muestra de estudiantes de la Escuela Profesional de Odontología UNA-Puno.....	66
Figura 3 Grado de Higiene Oral en estudiantes de la Escuela Profesional de Odontología UNA-Puno.....	67
Figura 4 Índice CPO-D según sexo de la muestra de estudiantes de la Escuela Profesional de Odontología UNA-Puno.....	68
Figura 5 Índice CPO-D de la muestra de estudiantes de la Escuela Profesional de .	69
Figura 6 Índice CPITN de la muestra de estudiantes de la Escuela Profesional de Odontología UNA-Puno.....	70
Figura 7 Índice CPITN según sexo de la muestra de estudiantes de la Escuela Profesional de Odontología UNA-Puno.....	71
Figura 8 Calidad de vida (OHIP) en la muestra de estudiantes de la Escuela Profesional de Odontología UNA-Puno.....	73
Figura 9 Calidad de vida (OHIP) según sexo en la muestra de estudiantes de la Escuela Profesional de Odontología UNA-Puno.	73
Figura 10 Relación entre higiene oral y calidad de vida en la muestra de estudiantes de la Escuela Profesional de Odontología UNA-Puno.....	75
Figura 11 Relación entre experiencia de caries y calidad de vida en la muestra de estudiantes de la Escuela Profesional de Odontología UNA-Puno.	76



Figura 12 Relación entre presencia de enfermedad periodontal y calidad de vida en la muestra de estudiantes de la Escuela Profesional de Odontología UNA-Puno.
..... 78



ÍNDICE DE ANEXOS

	Pág.
ANEXO 1. Consentimiento informado	92
ANEXO 2. Ficha de recolección de datos	94
ANEXO 3. Prueba piloto y fiabilidad del instrumento OHIP-14sp	97
ANEXO 4. Base de datos de la investigación	98
ANEXO 5. Autorización de ejecución de proyecto de investigación	101
ANEXO 6. Solicitud para acceder a historias clínicas del servicio médico primario de la Universidad Nacional del Altiplano-Puno.....	102
ANEXO 7. Declaración jurada de autenticidad de tesis.....	103
ANEXO 8. Autorización para el depósito de tesis en el Repositorio Institucional....	104



ACRÓNIMOS

OMS:	Organización Mundial de la Salud.
CPO-D:	Índice Cariado, Perdido, Obturado.
IHOS:	Índice de Higiene Oral Simplificado.
CPITN:	Índice de Necesidad de Tratamiento Periodontal Comunitario.
CVRSO:	Calidad de Vida en Relación a Salud Oral.
EP:	Enfermedad Periodontal.



RESUMEN

Objetivo: Determinar la relación entre calidad de vida y salud oral en estudiantes de la Escuela Profesional de Odontología de la Universidad Nacional del Altiplano Puno.

Materiales y método: El estudio fue de diseño no experimental, de nivel relacional, de tipo cuantitativo, observacional, prospectivo y de corte transversal; la muestra estuvo conformada por 150 estudiantes, obtenida por muestreo no probabilístico denominado juicio o muestreo de selección experta, para la recolección de datos se hizo uso de cuestionarios validados como: el Impacto del Perfil de Salud Oral (OHIP), índice CPOD, odontograma, índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS) y el Índice de Necesidad de Tratamiento Periodontal Comunitario (CPITN). Los datos recolectados fueron ordenados y digitalizados en el programa Microsoft Excel 2016, en una matriz de datos, que luego se trasladaron a la base de datos SPSS 26 para su análisis estadístico. Se utilizó la prueba estadística Gamma y su extensión D de Sommers para el análisis bi-variado entre calidad de vida y salud bucal. **Resultados:** El estudio estuvo conformado por 56.7% de estudiantes del sexo femenino y 43.3% del sexo masculino con una edad promedio de 21.07 años (D.E. \pm 3.236). En cuanto a salud oral se obtuvo que la muestra presentó una regular higiene oral, una experiencia de caries moderada y un estado periodontal que presentó sangrado después del sondeo; además se obtuvo que la muestra presenta una buena calidad de vida. Por último, se determinó la existencia de relación entre calidad de vida e higiene oral, experiencia de caries y estado periodontal. **Conclusión:** La salud oral tiene relación con la calidad de vida en los estudiantes de la Escuela Profesional de Odontología.

Palabras Clave: Calidad de vida, Caries, Salud oral, Tratamiento, Universitarios.



ABSTRACT

Objective: Determine the relationship between quality of life and oral health in students aged 18 to 25 years of the Professional School of Dentistry of the National University of the Altiplano Puno. **Materials and method:** The study had a non-experimental design, relational level, quantitative, observational, prospective and cross-sectional; The sample was made up of 150 students, obtained by non-probabilistic sampling called judgment or expert selection sampling. For data collection, validated questionnaires were used such as: the Impact of the Oral Health Profile (OHIP), DMFT index, odontogram, Simplified Oral Hygiene Index (IHOS) and the Community Periodontal Treatment Need Index (CPITN). The collected data were organized and digitized in the Microsoft Excel 2016 program, in a data matrix, which was then transferred to the SPSS 26 database for statistical analysis. The Gamma statistical test and its Sommers D extension were used for the bivariate analysis between quality of life and oral health. **Results:** The study was made up of 56.7% female students and 43.3% male students with an average age of 21.07 years (S.D. \pm 3.236). Regarding oral health, it was found that the sample presented regular oral hygiene, a moderate caries experience and a periodontal state that presented bleeding after the probing; Furthermore, it was found that the sample has a good quality of life. Finally, the existence of a relationship between quality of life and oral hygiene, caries experience and periodontal status was determined. **Conclusion:** Oral health is related to the quality of life in students of the Professional School of Dentistry.

Keywords: Quality of life, Caries, Oral health, Treatment, University students.



CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

En los últimos años el concepto de calidad de vida ha ido adquiriendo mayor relevancia en estudios epidemiológicos y en instituciones prestadoras de salud, pues al ser un concepto amplio que implica una de las dimensiones más importantes dentro de las características que posee el ser humano como es la personalidad y, por otro lado, la satisfacción que el individuo tiene por su vida lo cual implica: el estado que se tiene por su propia existencia, salud, interacción social y el ambiente; además que conforme el individuo va desarrollándose y madurando son distintos factores externos los que aquejan la calidad de vida en las distintas etapas del crecimiento, pudiendo provocar disminución de la productividad, insatisfacción personal, alejamiento social y una desadaptación del individuo ante la sociedad (1,2).

Por otro lado, se habla también de la salud oral, pues el sistema estomatognático cumple funciones importantes como la masticación, habla y armonización del macizo facial que repercuten en el grado de interacción del individuo ante la sociedad, debido a que la sociedad moderna se caracteriza por ser globalizada y por ende a tener estándares establecidos (habla, aspecto, belleza, estado nutricional, entre otros) que en muchos casos condicionan el estilo y calidad de vida de las personas (3). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la salud oral se define como “un estado de bienestar físico, mental y social, y no solamente ausencia de afección o patología”(4).

El presente trabajo de investigación nos permite conocer la situación de la salud oral de la población y la percepción que se tiene con respecto al grado de calidad de vida que estos pueden llegar a alcanzar y cómo esta es afectada por diversas circunstancias. Es así se busca encontrar existencia de relación entre calidad de vida y salud oral, con la



finalidad de exponer su relación y cómo repercute en el desenvolvimiento diario de la persona, ya sea en el ámbito laboral, familiar o social.

Este tipo de estudios pueden contribuir en la formulación de programas o planes enfocados en la medicina preventiva en salud oral, referidos a distintos grupos poblacionales con características en común, con la finalidad de lograr altos niveles de éxito en la disminución de prevalencia de enfermedades orales como caries y enfermedad periodontal, que a su vez mejoren la calidad de vida de la población sin necesidad de aplicar procedimientos correctivos e invasivos que impliquen dolor, malestar o gasto económico.

Bajo dichas consideraciones, el objetivo del presente estudio es determinar la relación entre calidad de vida y salud oral en estudiantes de la Escuela Profesional de Odontología de la Universidad Nacional del Altiplano-Puno, cuyos resultados nos permitirán trazar estrategias para plantear en un futuro planes de prevención y controlar la incidencia de patologías bucodentales como la caries y la enfermedad periodontal.

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Se sabe, según diferentes estudios, que la calidad de vida de las personas puede ser perjudicada según el estado de su salud, siendo la caries dental la principal causante de esta condición, pues al ser una enfermedad multifactorial, presenta un alto índice de prevalencia, siendo así la cuarta enfermedad más recurrente en el mundo (5,6).

Esta patología se encuentra determinada por factores ambientales, microbianos y genéticos los que agrupan principalmente en: flora bacteriana habitual, malos hábitos alimenticios (sustrato cariogenico); ineficiente higiene oral; y, en menor medida, a la exposición de las estructuras dentales al flúor, composición (iones, proteínas) y cantidad salival y a la anatomía presente en las piezas dentales(7). Todos estos factores también



pueden provocar la aparición de enfermedad periodontal, la cual acelera la presencia de sintomatología (dolor) y la posible pérdida de piezas dentales, generando malestar e incomodidad (8,9).

Por otro lado, los jóvenes se encuentran influenciados por dos aspectos principales: el aspecto socioeconómico y cultural de los padres, que condicionaran los hábitos y costumbres del adolescente, así como del grado socioeconómico que permitirá el acceso o no a programas de salud estatal o privado que responderán ante cualquier urgencia o emergencia médica (8,10). De otro lado, las relaciones sociales que el joven pueda formar, delimitarán aspectos emocionales que forjaran su carácter y autoestima que, conjuntamente a lo ya mencionado, llevarán a formar un grado de calidad de vida (11,12).

La aparición de patología en la cavidad oral no solo afecta la salud del paciente, sino involucran aspectos emocionales, funcionales, económicos y sociales, que impiden un correcto y normal desenvolvimiento en el día a día, afectando también la de sus familiares, por la preocupación hacia la sintomatología que el paciente presente y al impacto económico que resultaría un tratamiento correctivo, el cual no todos pueden a llegar a costear, lo que desencadenaría en una progresión de la patología que muchas veces termina en la exodoncia de la pieza afectada disminuyendo así la calidad de vida del paciente (8,10).

Por otro lado, en la actualidad la odontología está centrada en la rehabilitación dental, con un enfoque reactivo en el tratamiento de enfermedades bucodentales que hoy en día resultan insuficiente para abarcar las necesidades de toda la población debido a que estas medidas no representan necesariamente un cambio en la calidad de vida de la población, provocando a que el paciente solo acuda a consulta, siempre y cuando presente



dolor o incomodidad que modifica su calidad de vida, además de demandar un gasto económico adicional en el paciente y a su vez en la salud pública que debe ser atendida por las instancias gubernamentales (13,14).

Es por ello que conocer los aspectos tanto objetivos como subjetivos de la salud oral en relación a la calidad de vida, brindarán datos que servirán para enfocar programas de prevención y promoción en la población (12), por parte de los gobiernos locales y nacionales, para que la odontología pueda lograr una transformación significativa hacia la salud familiar y comunitaria (14).

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. Problema general

- ¿Existirá relación entre calidad de vida y salud oral en estudiantes de la Escuela Profesional de Odontología de la Universidad Nacional del Altiplano Puno, 2023?

1.2.2. Problemas específicos

- ¿Existirá una mala higiene oral, mala experiencia de caries y mal estado periodontal según el sexo de los estudiantes de la Escuela Profesional de Odontología de la Universidad Nacional del Altiplano Puno?
- ¿Existirá un nivel bajo de calidad de vida según el sexo de los estudiantes de la Escuela Profesional de Odontología de la Universidad Nacional del Altiplano Puno?



- ¿Existirá relación entre calidad de vida e higiene oral, experiencia de caries y estado periodontal de los estudiantes de la Escuela Profesional de Odontología de la Universidad Nacional del Altiplano Puno?

1.2.3. Justificación del problema

Esta investigación fue factible debido a que existió disponibilidad de la muestra, tiempo, literatura, recursos económicos, recursos humanos y aplicación metodológica.

Es un estudio novedoso debido a la poca existencia de estudios enfocados en grupos etarios que corresponden a poblaciones jóvenes con características correspondientes a estudiantes universitarios de ciencias de la salud en la región Puno.

El estudio es relevante e importante debido que pone en conocimiento la relación entre salud oral y calidad de vida en el departamento de Puno, para que a partir de esta información otros investigadores y entidades responsables de la salud pública puedan enfocar estrategias de salud como programas de promoción y prevención direccionados a determinados grupos poblacionales según las características que presentan las mismas, con la finalidad de mitigar la prevalencia de patologías orales que repercutan en la calidad de vida y poder modificar el enfoque centrado en la rehabilitación bucodental de la odontología actual, la cual no toda la población tiene acceso, para disminuir así el impacto económico que estas patologías generan en la población y en el gasto público, además de poder llegar a grupos poblacionales más grandes.

Además, cuenta con justificación ética, pues se proporcionó a cada participante la información necesaria del estudio, tanto en procedimiento,



instrumentos empleados y medidas de bioseguridad con la subsecuente aprobación de participación, mediante el llenado del consentimiento informado, además de brindar un prediagnóstico de su salud bucal, así como de medidas de cuidado y prevención en salud.

1.3. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1. Hipótesis General

- Existe una relación entre la calidad de vida con el estado de salud oral en estudiantes de la Escuela Profesional de Odontología de la Universidad Nacional del Altiplano Puno.

1.3.2. Hipótesis Específica

- Existe una mala higiene oral, mala experiencia de caries y mal estado periodontal según el sexo de los estudiantes de la Escuela Profesional de Odontología de la Universidad Nacional del Altiplano Puno.
- Existe un nivel bajo de calidad de vida según el sexo de los estudiantes de la Escuela Profesional de Odontología de la Universidad Nacional del Altiplano Puno.
- Existe relación entre calidad de vida e higiene oral, experiencia de caries y estado periodontal de los estudiantes de la Escuela Profesional de Odontología de la Universidad Nacional del Altiplano Puno.



1.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1. Objetivo General

- Determinar la relación entre calidad de vida con la salud oral en estudiantes de la Escuela Profesional de Odontología de la Universidad Nacional del Altiplano Puno.

1.4.2. Objetivos Específicos

- Identificar estado de higiene oral, experiencia de caries y estado periodontal según el sexo de los estudiantes de la Escuela Profesional de Odontología de la Universidad Nacional del Altiplano Puno.
- Evaluar la calidad de vida según el sexo de los estudiantes de la Escuela Profesional de Odontología de la Universidad Nacional del Altiplano Puno.
- Relacionar la calidad de vida e higiene oral, experiencia de caries y estado periodontal de los estudiantes de la Escuela Profesional de Odontología de la Universidad Nacional del Altiplano Puno.



CAPÍTULO II

REVISIÓN DE LITERATURA

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1. Antecedentes internacionales

Chacón et al. (2022) Ecuador. Estudio cuyo objetivo de este estudio fue determinar la frecuencia del impacto de la salud bucal en la calidad de vida en adultos, siendo un estudio descriptivo y observacional, que tuvo como muestra a 384 adultos; como instrumentos se utilizó el cuestionario OHIP-14. Como resultados se obtuvo que un 76.04% correspondió al grupo etario comprendido entre los 18 y 50 años y el 85.68% de la muestra evaluada presentó un impacto bajo, seguido de 12.76% que representó a un impacto medio y solo un 1.56% que correspondió a un impacto alto de salud oral sobre calidad de vida. En conclusión, la salud oral presentó un bajo impacto en la calidad de vida de adultos, pero esta puede variar dependiendo de cómo la persona percibe su vida y cómo los factores externos influyen en ella, además que, es muy importante conocer e identificar cuáles son esos factores, condiciones y circunstancias que puedan alterar la percepción del individuo sobre su calidad de vida (15).

Moncayo (2021) Ecuador. Estudio cuyo objetivo fue analizar el impacto que tiene la salud oral en la calidad de vida, siendo un estudio descriptivo, cuantitativo y observacional, donde se contó con una muestra de 383 adultos habitantes de la ciudad de Riobamba de los cuales el 58% correspondió al sexo femenino, mientras un 42% fue al sexo masculino. Se utilizó como instrumento el índice OHIP-14. Como resultado se obtuvo que el 92% de la muestra refirió



percibir algún impacto de su salud bucal sobre la calidad de vida, pero solo el 3% refirió que dicho impacto fue alto, donde las dimensiones más afectadas determinadas por el índice OHIP-14 fueron malestar psicológico (56.8%) y discapacidad psicológica (26.8%). Se concluyó que el impacto de salud bucal en la calidad de vida en habitantes de Riobamba es bajo a pesar de que el 92% presentó algún grado de impacto, pudiendo deberse a que muchas veces las molestias bucodentales pasan desapercibidas hasta que se convierten en una dolencia mayor, además no se encontró relación estadística entre calidad de vida y el sexo de la muestra (16).

Molina et al. (2021) Ecuador. Estudio cuyo objetivo fue determinar la calidad de vida relacionada con la salud oral en adultos, siendo un estudio descriptivo, transversal y cuantitativo con una muestra de 415 personas de 18 a 99 años de edad, utilizando como instrumento el índice OHIP-49. Como resultado se obtuvo que más de 50% manifestó un bajo o nulo malestar funciona en su estado de salud oral, pero en cuanto al malestar psicológico generado por una mala salud oral fue mucho mayor; también se mencionó que los cambios que le ocurren a las personas a lo largo de su vida influyen directamente en la calidad de vida, es por ello que la salud oral busca los motivos por los cuales se encuentra alta prevalencia de caries y a partir de ello generar un cambio positivo para que el paciente acuda a consulta estomatológica de forma preventiva, mas no correctiva; generando así que los profesionales de salud encaminen programas de promoción y prevención para mejorar la salud oral y la calidad de vida en la población (17).

López et al. (2018) México. Estudio cuyo objetivo fue determinar el estado de salud periodontal en pacientes mayores de edad, siendo un estudio de tipo observacional, descriptivo y de corte transversal cuya muestra estuvo



constituida por 408 pacientes adultos mayores de 18 años. Se empleó como instrumento al índice de necesidad de tratamiento periodontal comunitario (CPITN). Como resultados se obtuvo que el 47% de la muestra presentó el código 2 del índice CPITN que representa la presencia de bolsas patológicas de 3.5 a 5.5 mm correspondientes, mientras que el 40.5% obtuvo el código 4 que representa la presencia de bolsas patológicas mayores a 5.5mm y que el 11.5% obtuvo el código 2 que representa presencia de tártaro y/u obturaciones desbordantes. Se concluyó que los resultados mostraron una alta necesidad de tratamiento periodontal (96%), mientras que el 4% solo requirió tratamiento preventivo y de instrucción (18).

Muñoz et al. (2021) Ecuador. Estudio cuyo objetivo fue determinar la calidad de vida relacionada con la salud bucal en adultos, fue un estudio descriptivo y transversal, que contó con la participación de 403 adultos, donde el 84.5% pertenecían al grupo etario de 18 a 44 años, metodológicamente se empleó como instrumento el índice OHIP-14 y un cuestionario socioeconómico. Como resultado se obtuvo que la muestra presentó un impacto bajo de salud oral sobre calidad de vida (75%), siendo la dimensión malestar psicológico la que presentó mayor repercusión (58%); por otro lado, se encontró que el 65% reportó tener ingresos inferiores a \$ 400 dólares mensuales y que el 85% de los encuestados no contaba con un seguro médico que pueda satisfacer las necesidades frente a una urgencia o emergencia odontológica. Se llegó a la conclusión que la salud oral presentó un bajo impacto en la calidad de vida de la muestra y que el nivel de ingreso condiciona la percepción de calidad de vida donde poblaciones desfavorecidas y vulnerables enfrentan necesidades más urgentes en cuanto a condiciones materiales que al impacto de las afecciones bucales lo que ocasiona su descuido (19).



Dias et al. (2017) Colombia. Estudio cuyo objetivo fue asociar el estado de salud oral y calidad de vida en adultos, siendo un estudio analítico y transversal, que contó con la participación de 400 adultos. Se empleó como instrumentos, un cuestionario sociodemográfico validado asociado a salud oral, el índice GOHAI y la aplicación de un examen clínico estomatológico. Como resultados se obtuvo que la muestra presentó una elevada experiencia de caries (89%), una presencia de placa bacteriana superior al 15% y que el 50% de la muestra presentó restos radiculares, en relación a calidad de vida se obtuvo que el 60.2% presentó un bajo impacto salud oral sobre calidad de vida, un 33.2% con un impacto alto y solo un 6.5% con un impacto bajo, además. En conclusión, la presencia de restos radiculares, cálculo dental, ausencia de servicios de salud presentaron un impacto negativo en adultos jóvenes y maduros (10).

Barnetche et al. (2016) Argentina. Estudio cuyo objetivo fue evaluar el impacto de experiencia de caries en la calidad de vida de jóvenes institucionalizados de Área correccional de Córdoba-Argentina, siendo un estudio observacional de corte transversal, en el que se tomó como muestra a 70 jóvenes de 17 a 18 años. Se utilizó el índice CPOD y el índice OHIP 49. Se obtuvo como resultado que la muestra presentó una moderada experiencia de caries pues la media del índice CPOD fue de 8.9 donde el mayor valor medio fue hacia el componente cariado (7.4), además se observó la existencia de un alto predominio de necesidad de rehabilitación (67.14%); con respecto al índice OHIP 49 se obtuvo que la muestra presentó un impacto moderado de salud oral con respecto a la calidad de vida con una media de 63.37; con relación a las dimensiones del OHIP 49 se encontró que la dimensión malestar psicológico fue la de mayor prevalencia con 52.86%, seguido de limitación funcional con (44.28%) y malestar



físico (40%). Se concluyó que la experiencia de caries produce un impacto moderado en la calidad de vida de los jóvenes en situación de encierro, siendo el dolor físico el principal responsable (20).

2.1.2. Antecedentes nacionales

Saavedra (2023) Piura. Estudio cuyo objetivo fue determinar la necesidad de tratamiento periodontal en pacientes adultos, siendo un estudio descriptivo de corte transversal donde se contó con una muestra de 202 pacientes mayores de 18 años, donde el grupo etario de 26 a 33 años representó el 80.8%. El instrumento empleado fue el índice de necesidad de tratamiento periodontal comunitario (CPITN). Como resultados se obtuvo que la muestra presentó en mayor medida el código 2 que representa la presencia de tártaro y/u obturaciones defectuosas con un 57.4%, seguido del código 3 que representa la presencia de bolsas patológicas de 3.5mm a 5.5mm y solo el 9.4 % y 5% correspondientes al código 1 y 4 que representan presencia de sangrado hasta 30 segundos después del sondeo y presencia de bolsa patológica mayor a 5.5 mm respectivamente. Se concluyó con que la muestra estudiada presentó una necesidad de tratamiento periodontal equivalente al código 2 (21).

Soto (2022) Huancayo. Estudio cuyo objetivo fue determinar la relación entre calidad de vida y salud bucodental en pacientes del Centro de Salud Maritza Campos Díaz, siendo un estudio correlacional, descriptivo y de corte transversal donde se contó con una muestra de 125 pacientes. Los instrumentos empleados fueron el índice de perfil de impacto de salud oral (OHIP) y el índice de higiene oral simplificado (IHOS). Como resultado se obtuvo que el 39.2% de la muestra presentó una calidad de vida regular, seguido de 33.6% que corresponde a una



calidad de vida mala y solo el 27.2% presentó una calidad de vida buena; con respecto a la evaluación de salud oral, se obtuvo que el 44% de la muestra presentó una regular higiene oral, mientras que el 30.4% presentó una mala higiene oral y solo el 25.6% presenta una buena higiene oral. Se concluyó que existe relación entre calidad de vida y salud bucodental de los pacientes de dicho centro de salud (22).

Carrillo (2021) Lima. Estudio cuyo objetivo fue establecer la relación entre el estado de salud oral y la calidad de vida del personal policial del centro odontológico PNP, siendo un estudio cuantitativo, correlacional y de diseño transversal que contó con una muestra de 168 efectivos policiales. Se empleó como instrumentos al índice de dientes cariados, perdidos y obturados (CPOD) y el perfil de impacto de salud oral (OHIP-14SP). Como resultados se obtuvo que en relación a la evaluación de la salud oral se encontró que dicho índice tuvo un valor de 16.93, el cual fue considerado como un nivel alto de experiencia donde no hubo diferencia estadística significativas en relación al sexo de la muestra; por otro lado, en relación a la calidad de vida se encontró que el 95.27% de la muestra consideró tener algún tipo de impacto en su calidad de vida con respecto a su salud oral; sin embargo, el 51% de la muestra percibió tener una excelente calidad de vida, el 38% una regular calidad de vida y solo un 11% una mala calidad de vida. Se concluyó que no existe relación significativa entre el estado de salud oral y la calidad de vida a pesar que la mayoría de la muestra presentó un mal estado de salud oral (23).

Quintanilla et al. (2021) Lima. Estudio cuyo objetivo fue determinar el impacto de la salud oral en la calidad de vida en relación a la caries dental y determinantes sociales de salud en migrantes venezolanos, siendo un estudio



descriptivo de corte transversal con una muestra de 350 ciudadanos venezolanos de 18 a 42 años. Como instrumentos se utilizaron el índice OHIP-14sp, el índice CPOD y un cuestionario sociodemográfico. Se obtuvo como resultados que en relación a salud, el 65.1% presentó una experiencia de caries muy bajo; por otro lado, en relación a la calidad de vida el 89.4% de la muestra presentó un impacto positivo de la salud oral en la calidad de vida y solo un 10.6% presentó un impacto negativo; con respecto al componente sociodemográfico se encontró que la edad promedio fue de 30 años donde el 70% viene viviendo más de 1 año en el país, el 54.68% presenta un nivel de instrucción secundario seguido de un 30.3% con nivel de instrucción universitario y que el 56% tiene trabajo. Se concluye que existió una relación entre calidad de vida y salud oral donde el impacto bajo de experiencia de caries influyó en una percepción buena de calidad de vida con respecto a la salud oral; sin embargo, al evaluar las dimensiones del índice OHIP-14sp, la dimensión malestar psicológico tuvo un impacto negativo (38%) con respecto a factores sociodemográficos como el grado de instrucción y el sexo de la muestra(24).

López (2021) Lima. Estudio cuyo objetivo fue determinar la relación entre calidad de vida en salud bucal y el nivel de autoestima en adolescentes, siendo una investigación de tipo no experimental y correlacional conformada por 100 adolescentes. Los instrumentos empelados fueron el perfil de impacto de salud bucal (OHIP-14) y la escala de autoestima de Rossemberg. Como resultados se obtuvo que en relación a la calidad de vida respecto a la salud bucal, el 71% presentó una calidad de vida en salud oral alta, el 26% moderada y solo el 13% presentó una baja calidad de vida en salud bucal; mientras que en relación al nivel de autoestima se obtuvo que el 39% presentó un nivel de autoestima alto, el 48%



un nivel de autoestima medio y solo el 18% un nivel de autoestima bajo. Se concluyó con que no existe relación estadística significativa entre el sexo, la calidad de vida y nivel de autoestima (25).

Marca (2021) Tacna. Estudio cuyo objetivo fue determinar la relación del nivel de calidad de vida y salud bucal en la tropa del cuartel Tarapacá, siendo un estudio no experimental, de diseño descriptivo correlacional y de corte transversal, que presentó una muestra de 104 miembros de la tropa del cuartel Tarapacá. Se utilizó como instrumento el cuestionario OHIP-14, el índice COP-D y el índice de higiene oral O'Leary. Como resultados se obtuvo que, en relación a calidad de vida los soldados presentaron una alta calidad de vida; en relación a experiencia de caries se obtuvo que el índice CPOD adquirió un valor de 11.50 (moderada experiencia de caries); en relación a la higiene oral se obtuvo que el 91.3% de la muestra tuvo una deficiente higiene oral y que solo el 1% presentó una aceptable higiene oral. Se concluyó que la relación entre calidad de vida y experiencia de caries resultó muy dispersa debido al alto porcentaje de variabilidad en ambos índices por lo que no se puede establecer una relación; en cuanto a la relación entre calidad de vida e higiene oral se obtuvo que los soldados con alta calidad de vida (99%) tuvieron una deficiente y cuestionable higiene oral, mientras que los soldados con baja calidad de vida (1%) presentaron una deficiente higiene oral (26).

Monroy (2021) Lima. Estudio cuyo objetivo fue evaluar el nivel de calidad de vida relacionado con la salud bucal en estudiantes de odontología, siendo un estudio cuantitativo, descriptivo y de corte transversal con una muestra de 341 estudiantes universitarios. Como instrumentos se utilizaron el perfil de salud oral (OHIP-14) y un cuestionario para evaluar los factores psicosociales y



demográficos de los estudiantes. Como resultado se obtuvo que la mayoría de estudiantes mostraron un nivel alto de calidad de vida relacionada a salud oral con un 68.9%, seguido de un nivel de impacto moderado con 29% y solo 2.1% correspondiente a un nivel bajo; en relación a las dimensiones del índice OHIP-14 la dimensión malestar psicológico fue la única categoría que presentó un impacto moderado con 37.7% de incidencia; con respecto a los factores psicosociales y demográficos estudiados, se obtuvo que los estudiantes con inestabilidad psicológica y económica tuvieron una menor cifra de alta calidad de vida relacionada con salud oral (62.7% y 64,6%) frente a estudiantes que no presentaron inestabilidad psicológica ni económica (87% y 86.6%). En conclusión, la mayoría de estudiantes mostraron un alto nivel de calidad de vida relacionada con la salud bucal, pero esta es afectada dependiendo de los factores psicológicos y demográficos propios de cada estudiante (27).

Valenzuela et al. (2020) Lima. Estudio cuyo objetivo fue evaluar la calidad de vida relacionada con la salud oral en la población venezolana en el Perú, siendo un estudio analítico y transversal que conto con una muestra de 880 personas. Se utilizo como instrumentos a los índices COPD, IHOS, OHIP e índice gingival. Como resultados se obtuvo que la muestra presentó en relación a salud oral una experiencia de caries baja (45%), una higiene oral muy mala (42.7%), una buena salud periodontal (57.5%), en relación a calidad de vida se obtuvo que el 72% presentó una buena calidad y una buena y que solo el 27% presento algún grado de impacto negativo de su salud oral sobre su calidad de vida. Se concluye que a pesar que existió una limitación funcional de la cavidad oral debido a un historial de caries bajo y un índice de higiene oral alto la población inmigrante estudiada presentó una buena calidad de vida en general (28).



Aquino et al. (2018) Huancavelica. Estudio cuyo objetivo fue determinar la prevalencia de experiencia, significancia de caries dental y el nivel de higiene oral en adultos jóvenes de la escuela Técnico Superior PNP, siendo un estudio de diseño observacional, descriptivo y de corte transversal que conto con una muestra de 174 adultos jóvenes de 18 a 24 años del sexo masculino, utilizando como instrumentos al índice cariado, perdido y obturado (CPOD) y al índice de higiene oral simplificado (IHOS). Como resultado se encontró una prevalencia de caries dental del 98.5% y una experiencia de caries poblacional equivalente a 5.76 que correspondió a una alta experiencia de caries; con respecto a la higiene oral se encontró que la mayoría de la muestra presentó una regular y una mala higiene oral con 39.7% cada uno. Se concluye que al ver los resultados donde existe una alta prevalencia de caries dental y una mala y regular higiene oral de la muestra, es necesario desarrollar programas preventivos coherentes y dinámicos de salud bucal en adultos jóvenes (29).

Cava et al. (2015) Lima. Estudio cuyo objetivo fue determinar la relación entre índice de higiene oral simplificado (IHOS) y el índice cariado, perdido y obturado (CPOD) en pacientes atendidos en una clínica odontológica universitaria, siendo un estudio descriptivo, observacional y de corte transversal que conto con una muestra de 194 pacientes mayores de 18 años. Se emplearon como instrumentos al índice IHOS y al índice CPOD. Como resultados se obtuvo que en relación al índice IHOS la mayoría de la muestra obtuvo una buena higiene oral (54.1%); por otro lado, en relación al índice CPOD se obtuvo que el 80.4% obtuvo una experiencia de caries baja. En conclusión, no se encontró evidencias estadísticas significativas de relación entre higiene oral medida mediante el índice IHOS y experiencia de caries medida mediante el índice CPOD (30).



More et al. (2015) Chiclayo. Estudio cuyo su objetivo fue determinar la relación entre la calidad de vida y experiencia de caries en pacientes mayores de edad, siendo un estudio no experimental y cuantitativo, con diseño descriptivo, correlacional y transversal, teniendo como muestra a 110 pacientes donde se empleó como instrumentos una ficha dental empleada en la clínica odontológica de la Universidad San Martín de Porres, además de un cuestionario que mide la calidad de vida en mayores de edad (WHOQAL-BREF). Se obtuvo como resultados que existió una prevalencia de caries del 87.27% y que posiblemente esta prevalencia pueda estar relacionada con las condiciones de vida que permiten controlar los factores de riesgo; por otro lado, el 77,27% tuvo una experiencia de caries moderado, de los cuales el 57.27% consideran tener una moderada calidad de vida. Como conclusión se determinó la existencia de una asociación moderada entre experiencia de caries y calidad de vida en pacientes mayores de edad (31).

2.2. MARCO TEÓRICO

2.2.1. Calidad de vida

El concepto de calidad de vida tiene que ser tomado de manera amplia y multidimensional, debido a que está relacionado al bienestar y desarrollo humano, pues se incluye la personalidad y la satisfacción que lleva por la vida, el individuo, el cual está dado principalmente por su propia experiencia, su salud, su interacción con la sociedad y el ambiente (31). Es decir, la calidad de vida incluye aspectos objetivos y evaluaciones subjetivas propias de la persona (salud física, estado emocional, condiciones económicas) lo que conlleva a un bienestar general del individuo dentro de su comunidad (32).



Para la OMS la calidad de vida se define como la percepción de la persona sobre su vida dentro del contexto sociocultural y del sistema de valores en los que rige su existencia, en relación a sus objetivos, expectativas, normas, inquietudes e intereses, siendo esta una definición que se centra únicamente a la cuantificación subjetiva de calidad de vida (17,33).

Resultando como definición de calidad de vida más aceptada y acertada, al concepto del conjunto de condiciones de vida de un individuo, como a la satisfacción acontecida por la persona con dichas condiciones vitales, como la conjugación de componentes objetivos y subjetivos (33).

2.2.1.1. Factores que influyen la calidad de vida

Al ser calidad de vida un concepto muy amplio, es necesario entender que los factores asociados que repercuten a este término, serán determinantes según sea la etapa de crecimiento del individuo. Es así, que en la infancia y en la adolescencia, factores como el poco ingreso económico familiar, el grado de instrucción de los padres, la rotura del núcleo familiar y hábitos generados determinaran la calidad de vida (8).

Por otro lado, en la juventud, factores socioeconómicos y políticos que impiden el fácil acceso a un seguro de salud, largas jornadas de trabajo en condiciones deplorables, generan un deterioro de la calidad de vida (10).

Por último, en la adultez y senectud, los factores que influyen en la calidad de vida se dan en los aspectos personales, como el estado mental, el nivel de salud, las capacidades funcionales cotidianas y el nivel de



actividad y ocio, además de aspectos externos como el acceso a servicios sociales y de salud y la calidad del medio ambiente (34).

2.2.1.2. Dimensiones de calidad de vida

Siendo la calidad de vida el resultado de una complicada interacción de factores objetivos y subjetivos que el individuo experimenta a lo largo de su vida y que no necesariamente uno independientemente del otro llegue a provocar un bienestar hacia la persona y entendiendo que bienestar podría resumirse al conjunto de cosas necesarias para vivir bien, dando una vida entretenida, tranquila y saludable hacia el individuo, resulta necesario desglosar ambos factores para su respectivo estudio y entendimiento (33).

- **Dimensión objetiva**

El componente objetivo constituye las condiciones externas al ser humano, que se relacionan directamente con el desenvolvimiento cotidiano del mismo, y que facilitan o complican el desarrollo del hombre, considerándose así aspectos como el bienestar material, la salud, la relación armónica con el ambiente y su comunidad. Estos aspectos no son necesariamente indispensables para conseguir un incremento de felicidad, por ende, no conllevan a claros beneficios emocionales, es por ello que es necesario desglosar en las siguientes subcategorías (33,35):

- **Bienestar humano (BH)**

Esta subdimensión está determinada por variables relacionadas con factores económicos como el grado de escolaridad de la cabeza de familia,



nivel socioeconómico, seguridad ocupacional, así como por factores relacionados hacia la salud de los componentes de la familia, tales como el número de personas que presentan una o más enfermedades y el total de enfermedades que presentan todos los miembros de una familia, los cuales se relacionaran directamente con el grado de desenvolvimiento que pueda tener cada integrante en su día a día.

- **Bienestar material (BM)**

Corresponde a variables relacionadas al hogar del individuo como el tipo de propiedad que posea, el material de construcción de los pisos, techo y paredes de la vivienda, el número de habitaciones para dormir dependiendo de la cantidad de personas que habitan el hogar, disponibilidad de poder acceder a los servicios básicos (agua potable, luz y drenaje) y el tipo de sanitario presente en la vivienda.

- **Seguridad alimentaria (SA)**

Enmarca variables tanto para los miembros de la familia como grado de seguridad alimentaria y la diversidad dietética de alimentos disponibles en el hogar, así como el estado nutricional de la cabeza de hogar.

- **Apoyo social (AS)**

Subdimensión que podría catalogarse entre la dimensión subjetiva y objetiva de la calidad de vida, pues se relaciona por un lado con aspectos sociales propios del individuo tales como la red social que la persona posee (cantidad, tipo y calidad de amistades o personas cercanas) y al empleo de



dicha red (cantidad de contactos existentes en un periodo de tiempo). De otro lado, factores externos como la disponibilidad de servicios que se presenta la comunidad, pues los gobiernos hoy en día pueden llegar a brindar servicios sociales que ayudan a generar un estado social de bienestar en su población, pues al ser estatales no conllevan a un excesivo costo para su acceso, es así que la accesibilidad y calidad de servicios sanitarios, comerciales, ocio, transporte, educación y seguridad son de vital importancia para generar bienestar en la sociedad (36).

- **Dimensión subjetiva**

La dimensión subjetiva de la calidad de vida es considerada por múltiples autores como uno de los ejes más importantes dentro de las capacidades, cualidades y factores externos que posea un individuo, debido a que esta dimensión se centra en la percepción que el sujeto tiene de la vida, esto se debe a que, en si la calidad de vida es necesariamente un atributo de la persona que podría englobarse en términos de actitud, rasgo de personalidad o estado sentimental que posea la persona y que por ende corresponde a un asunto personal (35). En esta dimensión se evidencia solo un solo aspecto:

- **Bienestar psicológico (BP)**

En la estructura de la dimensión subjetiva se tiene como núcleo central el aspecto psicológico del individuo, que expresa el grado de correspondencia entre las aspiraciones y las expectativas trazadas por el individuo, además de los logros que ha alcanzado o puede alcanzar, ya sea a corto o mediano plazo. Por otro lado, para completar este indicador se



tiene al bienestar que tiene que ver con la valoración del resultado logrado con una determinada manera de haber vivido. Es por ello su importancia pues, es cierto que, los indicadores objetivos resultan necesarios, pero requieren de un complemento indispensable que viene a ser la forma en como la persona distingue como se expresan estos valores sociales y por ende cuán importante resultan para él. Esto quiere decir que el bienestar psicológico es el resultado de como la persona afronta adecuadamente las circunstancias y situaciones de stress que la vida cotidiana pueda presentar, siendo pilares fundamentales del bienestar psicológico la autoestima, la autodeterminación y la autoconfianza por ser factores mediadores y que influyen en el nivel de bienestar que pueda llegar a tener una persona (35).

2.2.2. Salud oral

El tener sana la cavidad bucal es importante debido a que con ella se realiza la masticación y el habla, además de brindar un buen aspecto y armonía en el macizo facial; sin embargo, su descuido puede afectar a todo el organismo y la salud en general (37).

La OMS define salud oral a la ausencia de enfermedad y patologías que afecten la boca, cavidad oral y dientes, tales como cáncer, llagas bucales, defectos congénitos en estructuras duras y blandas, enfermedad periodontal, caries, dolor orofacial crónico y toda patología que afecte al sistema estomatognático. Refiriéndose así al estado de normalidad y funcionalidad (Homeostasis) de los dientes, estructuras de soporte y huesos, relacionados con la masticación, fonación y la musculatura facial (4).



Es así que la salud oral constituye un fenómeno dinámico relacionado con las diferentes etapas de la vida, donde la adolescencia cobra mayor importancia, pues es en esta etapa donde ocurren complejos cambios biológicos, psicológicos y sociales (37).

- **Caries dental**

Caries dental puede definirse como una enfermedad multifactorial, compleja y reemergente causada por el desequilibrio fisiológico entre el mineral de los tejidos duros del diente y la biopelícula, la cual es inducida por bacterias endógenas y relacionada con los procesos de los individuos y las colectividades (38).

Esto quiere decir que la carie involucra la interacción en el tiempo de una o más superficies dentales susceptibles, bacterias cariogénicas y la existencia de una fuente de carbohidratos fermentables dentro de la cavidad oral (sacarosa en predilección), provocando la disolución de la matriz mineral del diente (39).

Recientemente se incluyó el término de desequilibrio ecológico en el microbioma oral estable, puesto que los microorganismos atacan la placa dental de la superficie de los dientes dañándola, es así que se reconoce la participación del ambiente y el comportamiento del individuo en el transcurso de la patología (38,39).

Es así que el enfoque dado al control de la caries va a un manejo dirigido al control de los factores de riesgo, que incluyen los efectos de las bacterias en la biopelícula, donde la prevención y el manejo conservador del tejido dental prevalecen, dado que la caries ya no se ve como una enfermedad infecciosa, siendo el objetivo principal controlar su actividad y no remover la lesión en sí



misma, para así realizar tratamientos no invasivos donde no hay necesidad de remover la totalidad de bacterias, ya que al sellar la restauración dichas bacterias quedan aisladas e inactivadas debido a la usencia de nutrientes (38).

- **Factores relacionados con caries dental**

La caries dental presenta como característica principal ser una enfermedad de origen multifactorial donde existe interacción del huésped (higiene bucal, saliva y dientes), la microflora (colonias bacterianas) y el sustrato (dieta cariogénica) que se relacionan directamente con el tiempo, ya que para que se forme caries es necesario tener una condición favorable de cada factor, es decir, un huésped susceptible a caries, una flora cariogénica y un sustrato provechoso y apropiado en un periodo de tiempo determinado (39).

- **Factores cariogénicos relacionados con el huésped**

a. Esmalte

El esmalte se considera como el tejido más externo y más duro que compone el órgano dentario, por ende, su superficie externa está en constante intercambio iónico con el medio bucal, esto quiere decir que el esmalte está expuesto a saliva, alimentos y colonias de microorganismos que desempeñan un rol de metabolización de residuos alimenticios que generan un pH ácido en el medio bucal provocando su deterioro, es por ello que es de importancia conocer la resistencia del esmalte a la desmineralización ácida, la cual está relacionada con la velocidad de difusión de los ácidos producidos por el metabolismo bacteriano y la velocidad de disolución de los cristales componentes de sus prismas(40).



Teniendo que la velocidad en que se propagan los ácidos al interior del esmalte está asociada directamente con la morfología y estructura del esmalte presente (tamaño y número de poros y la composición mineral); por otro lado, la velocidad de disolución de los cristales depende de la composición mineral y química del esmalte. Diversos autores también mencionan que la resistencia del esmalte a la disolución ácida está relacionada con la etapa de formación de las estructuras dentarias, ya sea dada por el grado de nutrición que tenga la madre para poder aportar leche materna rica en minerales para contribuir con el correcto proceso de calcificación de estructuras anatómicas del lactante y por el aporte de iones de calcio y fosfato de la saliva sobre el esmalte de dientes recién erupcionados que permiten incrementar el grado de mineralización y a la vez perfeccionar su estructura (maduración post eruptiva) (40).

b. Saliva

La saliva es una solución rica en calcio y fosfatos que contienen flúor, proteínas, enzimas, agentes buffers, entre otros componentes de gran importancia para evitar la aparición de caries. Uno de los componentes de la saliva encargado en gran medida en la remineralización es el flúor a pesar que su concentración es baja, esto se debe a que, al combinarse con los cristales del esmalte, forma fluorapatita que es más resistente al ataque ácido. Este cambio de pH en la cavidad oral se genera principalmente por los subproductos metabólicos de carbohidratos dado por bacterias obteniendo así principalmente ácido láctico; pero en condiciones normales el sistema buffer constituido por bicarbonato, fosfatos y proteínas equilibra y aumenta el pH salival a sus valores normales, dado principalmente por la concentración de bicarbonato presente en boca. Por otro lado, la saliva, gracias a sus macromoléculas, forma la película salival o película



adquirida encargadas en la protección de la superficie dentaria, la remineralización y la colonización bacteriana (38,40).

- **Factores cariogénicos relacionados con los microorganismos**

a. Microflora

La cavidad bucal posee colonias de diversos tipos de microorganismo siendo los pertenecientes al género estreptococo (*mutans*, *sanguis*, *sobrinus* y *crictetus*) asociados al proceso de caries, siendo el *streptococcus mutans*, la primera bacteria que coloniza la superficie dental post erupción y la más aislada en lesiones cariosas (38,40).

b. Factores de virulencia

Se considera como factor de virulencia a las condiciones o características específicas de cada microorganismo que lo convierten en patógeno.

- **Acidogenicidad:** El estreptococo tiene la facultad de fermentar los azúcares de los residuos alimenticios produciendo principalmente ácido láctico, bajando así el pH bucal y por ende la desmineralización del esmalte dental.
- **Aciduricidad:** Capacidad de los microorganismos de producir ácido en un medio con pH bajo.
- **Acidofilicidad:** Capacidad de resistencia del *streptococcus mutans* a resistir la acidez del medio bombardeando protones (H+) fuera de la célula.



- **Síntesis de glucanos y fructanos:** Por medio de enzimas producen glucano y fructano a partir de la sacarosa de los residuos alimenticios, facilitando a la adhesión del *streptococcus mutans* a la superficie dentaria y ser reserva de nutrientes.
- **Síntesis de polisacáridos intracelulares (glucogeno):** Sirve como reserva alimenticia y mantiene la producción de ácido durante periodos de ausencia de consumo de azúcar (38,40).

c. Sustrato cariogénico

Uno de los factores que favorecen al desarrollo de caries dental es el excesivo consumo de alimentos azucarados (siendo la sacarosa la de mayor capacidad cariogénica) conjuntamente de ciertas características propias del alimento (consistencia, textura y adhesión) y las condiciones en las cuales fueron ingeridos. Estos factores que establecen la cariogenicidad potencial de los alimentos son:

- **Consistencia física de la dieta:** La consistencia adhesiva de ciertos alimentos los vuelven mucho más cariogénicos que los no retentivos.
- **Momento de la ingestión:** Los alimentos azucarados son más cariogénicos, si son consumidos entre comidas que durante ellas (desayuno, almuerzo y cena); esto se debe a los mecanismos de defensa propios de la boca, que funcionan al máximo durante las comidas cotidianas y tienden a eliminar restos de alimentos y a neutralizar los ácidos que puedan haberse formado.



- **Frecuencia:** Tras la ingesta de azúcar se produce a los pocos minutos una reducción importante de pH de la placa dental que facilita e induce la desmineralización del diente, es por ello que mientras más frecuente sea el consumo de azúcares, más cariogénicos se vuelve el alimento (41).

d. Enfermedad periodontal

La enfermedad periodontal (EP) viene a ser una patología inflamatoria que se incluye dentro de las enfermedades crónicas multifactoriales, donde la capacidad reducida del huésped trae la aparición de alteraciones en el periodonto, que se manifiestan desde una simple inflamación gingival hasta la pérdida de hueso de la cresta alveolar (42).

Uno de los principales factores que conllevan al desarrollo de EP es el incremento de bacterias patógenas dentro de la placa dental, que activan la respuesta inmune innata y adaptativa, generando una progresiva destrucción del tejido conectivo del hueso alveolar que conlleva a la migración apical del tejido y su subsecuente formación de bolsas periodontales. Por otro lado, el comienzo del proceso inflamatorio provoca la migración de fagocitos (neutrófilos y macrófagos) al sitio de la lesión, siendo promovidos por el epitelio gingival que libera interleuquinas, prostaglandinas E2 y factores de necrosis tumoral alfa (mediadores químicos) como respuesta de defensa inicial. Si la respuesta inflamatoria aguda es deficiente, estas citoquinas estimulan la secreción de proteínas de fase aguda (proteína C reactiva) que conlleva a un proceso inflamatorio crónico sistémico, reclutando más células inmunes, como células T



y monocitos, correspondiendo ya a una respuesta frente a un proceso de inflamación periodontal crónico (43).

Como factor etiológico primario esta la biopelícula de origen bacteriano altamente organizada en un nicho ecológico favorable para su crecimiento y desarrollo, la cual asociada a factores locales y sistémicos ocasionan la infección y destrucción de los tejidos de soporte del diente (44).

- **Factores de riesgo**

- Factores de riesgo modificables

a. Hábito de fumar

El hábito de fumar es considerado como el factor más importante de riesgo de desarrollo de periodontitis, pues los fumadores tienden a presentar 3 veces mayor riesgo de presentar formas severas de EP que las personas no fumadoras. Esto se debe a que el tabaco agrava la EP en 2 factores: al promover la invasión bacteriana patógena, inhibir las defensas inmunes, agravar la inflamación y aumentar la pérdida del hueso alveolar, y afectando la función y proliferación de las células periodontales (fibroblastos y células del ligamento periodontal) induciendo su apoptosis. Por otra parte, la nicotina también conlleva a la destrucción del tejido periodontal a través de la inhibición de la migración y proliferación de cementoblastos e induce la síntesis de citoquinas (43).

b. Deficiente higiene bucal

La deficiente higiene bucal favorece el depósito de bacterias y formación de placa dentobacteriana sobre los dientes provocando el cambio inflamatorio de los tejidos periodontales, siendo los azúcares contenidos en los alimentos de la



dieta diaria del individuo los principales responsables de la prevalencia de la EP y de caries dental, pues al ser fermentados por bacterias, producen un cambio de pH bucal provocando una respuesta inflamatoria en los tejidos blandos y la desmineralización de los tejidos duros (esmalte) (43).

c. Cambios hormonales en mujeres

Los cambios hormonales que se presentan a lo largo de la vida de las mujeres incrementan la probabilidad de EP. Es así que, pueden experimentar inflamación gingival días antes de la menstruación y durante la ovulación, debido a los altos niveles de progesterona que bloquean la reparación de fibras colágenas e inducen vasodilatación. Durante el embarazo también se puede evidenciar cambios gingivales como gingivitis o crecimiento localizado de los tejidos gingivales, que a los pocos meses del parto desaparecen por la regulación hormonal que se presenta (43).

d. Enfermedades sistémicas

Enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares, metabólicas (obesidad, síndrome metabólico, diabetes), cánceres, entre otras, son consideradas como factores de riesgo para la formación de EP, debido a que estas presentan un proceso inflamatorio crónico en el organismo del individuo, favoreciendo la entrada de organismo periodontales y sus factores de virulencia a la circulación. Siendo la diabetes tipo 2 la enfermedad con más relación hacia la formación de EP, pues se cree que participa en la alteración de las poblaciones bacterianas subgingivales que favorecen el crecimiento de patógenos como la *porphyromonas gingivalis*, *annerella forsythia* y *aggregatibacter actinomycetemcomitan*, así como



el incremento de mediadores inflamatorios relacionados a la enfermedad periodontal (43,45).

e. Medicamentos

Medicamentos que como efectos secundarios conllevan a una disminución del flujo salival se relacionan no solo con la formación de EP, sino también al riesgo de caries, erosión dental, hipersensibilidad dentaria, mucositis crónica y candidiasis oral. Dentro de los fármacos que producen reducción salival se encuentran: antidepresivos tricíclicos, atropina, antihistamínicos y betabloquadores. No obstante, existe evidencia de fármacos que inducen el crecimiento anormal de los tejidos anormales como fenitoína, ciclosporina y nifedipina, los cuales dificultan la remoción de placa dental y agravan la EP (43).

- **Factores de riesgo no modificables**

a. Edad

El riesgo de enfermedad periodontal incrementa con el envejecimiento, pues la edad es un factor de riesgo relacionado directamente con la pérdida de hueso alveolar y del ligamento periodontal, debido a factores patológicos como caries profundas con la subsecuente pérdida de piezas dentales, como del historial de enfermedades del individuo (43,46).

b. Herencia genética

La genética desempeña un rol importante dentro de la aparición de enfermedad periodontal al estar relacionada con la susceptibilidad de la enfermedad hacia cierto grupo de personas. Esto se debe a que existe una compleja correlación entre factores genéticos (herencia poligénica), ambientales (grado



de desarrollo) y demográficos (accesibilidad a servicios de salud), que desencadenan susceptibilidad hacia enfermedad periodontal en poblaciones latinas, hispanas y afroamericanas (43,47).

- **Clasificación de la enfermedad periodontal**

Fue dada por la Academia Americana de Periodoncia y la Federación Europea de Periodoncia en el 2018, donde se empieza a tomar en cuenta nuevos aspectos, tales como una dimensión salutógena dada por el proceso salud-enfermedad y riesgo de enfermar, otra dimensión centrada en las características del paciente y sus estadios patológicos, así como una dimensión que incluye las manifestaciones de enfermedades sistémicas y enfermedades periimplantarias no incluidas en la clasificación anterior (44).

- **Salud periodontal**

Estado libre de enfermedad periodontal inflamatoria, esto quiere decir, la ausencia de cualquier tipo de inflamación asociada a gingivitis, periodontitis u otra condición periodontal, donde se debe diferenciar 2 situaciones distintas dentro de la salud periodontal: la primera es la presencia de salud gingival clínica con un periodonto intacto y la segunda, la presencia de salud gingival en presencia de un periodonto reducido (48).

- **Gingivitis inducida por biopelícula dental**

a. Gingivitis asociada solo a biopelícula dental

Este tipo de gingivitis es el resultado de la interacción entre la biopelícula dental y la respuesta inflamatoria del hospedero, abarcando solo encías y sin



afectar la inserción periodontal, el cual puede presentarse en un periodonto intacto o reducido, pudiendo clasificarse en:

- Gingivitis en un periodonto intacto (leve, moderado, severo).
- Gingivitis en un periodonto reducido con periodontitis estable (leve, moderado, severo).
- Gingivitis en un periodonto reducido sin periodontitis (leve, moderado, severo).

Los síntomas más comunes son presencia de edema, eritema, inflamación gingival, sangrado y halitosis. El diagnóstico se basa en el sondaje dispuesto en 6 sitios (mesiobucal, medial bucal, distobucal, mesiolingual, medial lingual y distolingual), donde se identificará la presencia de sangrado que debe ser mayor o igual al 10% de lugares, con profundidades de sondeo igual o menor a 3 mm. Por otro lado, el grado de inflamación gingival (leve, moderado, severo) se determinará por el grado de cambio de color, aumento de volumen, el tiempo y tipo de sangrado durante el examen (48).

b. Gingivitis mediada por factores de riesgo locales y sistémicos

Se conoce que el principal factor etiológico de la gingivitis es la presencia de biopelícula dental, pero sus manifestaciones clínicas pueden variar dependiendo de factores predisponentes y modificadores que pueden exacerbar los signos clínicos del proceso inflamatorio.

- Factores predisponentes: Corresponde a cualquier agente local capaz de generar acumulación de biopelícula dental (anatomía y posición dental, restauraciones).



- Factores modificantes: Corresponde a cualquier agente que altera la forma en que un hospedero responde a la presencia de biopelícula subgingival (enfermedades sistémicas, tabaquismo, fármacos, estrés, factores genéticos) (48).

c. Agrandamiento gingival influenciado por fármacos

Se define como aumento de tamaño mayor de lo que normalmente se esperaría de una reacción inflamatoria propia de los tejidos gingivales que genera un mayor acumulo de biopelícula dental y, por ende, una inflamación más severa. Dentro de los fármacos causantes de se puede tener: antiepilépticos (fenitoína), bloqueadores del canal de calcio (nifedipina) e inmunorreguladores (ciclosporina). Además, presenta características como la extensión, la cual puede ser localizada (limitada a una o más piezas dentales) o generalizada (toda la boca) y la severidad, la cual puede ser limitada a la papila gingival (leve), limitada a la papila y encía marginal (moderada) o limitada a la papila, margen gingival y encía adherida (severo) (48).

- Enfermedades gingivales no inducidas por biopelícula dental

Corresponde a manifestaciones de condiciones sistémicas o cambios patológicos limitados a los tejidos gingivales que inducen a procesos inflamatorios. Se puede deber a trastornos genéticos, infecciones, condiciones y lesiones inflamatorias, neoplasias o lesiones traumáticas (48).

a. Formas de periodontitis

Se define como periodontitis a un proceso inflamatorio multifactorial, crónico, asociado con un desbalance del equilibrio microbiano en la biopelícula



dental; con características que incluyen pérdida de soporte del tejido periodontal manifestando pérdida de inserción clínica y pérdida ósea alveolar, presencia de bolsas periodontales y sangrado (48).

b. Enfermedad periodontal necrosante

En las nuevas disposiciones dadas para la clasificación de la enfermedad periodontal se considera a la gingivitis y periodontitis ulcerosa necrosante dentro de un mismo grupo, es así que tenemos:

- **Gingivitis necrosante:** Proceso inflamatorio agudo caracterizado por la presencia de úlceras o necrosis de las papilas interdentes, sangrado y dolor, pudiéndose incluir también halitosis, pseudomenbrana, linfadenopatía regional, sialorrea en niños y fiebre.
- **Periodontitis necrosante:** Proceso inflamatorio del periodonto caracterizado por la presencia de necrosis o úlceras de las papilas interdentes, sangrado, dolor y una progresiva y rápida pérdida ósea.
- **Estomatitis necrosante:** Inflamación avanzada del periodonto y cavidad oral donde la necrosis de los tejidos blandos se extiende más allá de la encía, pudiendo producir exposición ósea; asociado a pacientes comprometidos sistémicamente (48).

c. Periodontitis relacionada a enfermedades sistémicas

Algunas enfermedades sistémicas tienen la capacidad para poder afectar indirectamente los tejidos periodontales, ya sea influyendo en el inicio o en la progresión de periodontitis y afectando los tejidos de soporte periodontal. Dentro de las enfermedades o condiciones sistémicas que desencadenen periodontitis se



puede considerar al síndrome de Papillon-Lefevre y a la diabetes mellitus responsables de afectar el curso de la periodontitis generando un incremento en la severidad de la patología (48).

d. Periodontitis

La nueva clasificación se basa principalmente en la pérdida de inserción ósea, clasificando a la periodontitis en estadios (I, II, III, IV) y grados de progresión (A, B, C) (48).

e. Estadios

Se basan en la severidad, que se relaciona con la pérdida de inserción clínica, pérdida ósea radiográfica y pérdida dentaria; la complejidad, la cual está determinada por factores locales (profundidad de sondeo, tipo de pérdida ósea, grado de compromiso de furca y defectos del reborde) y por la extensión y distribución de la enfermedad, correspondiente a la cantidad de tejido destruido y dañado.

- Estadio I: Representa a la periodontitis inicial.
- Estadio II: Representa a periodontitis moderada.
- Estadio III: Periodontitis severa con potencial adicional de pérdida dentales.
- Estadio IV: Periodontitis avanzada con pérdidas dentales extensas y potencial de perder la dentición.

f. Grado



Es un indicador de velocidad o grado de progresión de la periodontitis, categorizándose en: lento (A), moderado (B) y rápido (C). Este indicador se determina por medio de evidencia directa de la progresión que corresponde a información radiográfica recolectada durante el curso de la patología que muestran pérdida ósea o de inserción clínica; y de evidencia indirecta de progresión (donde no existe evidencia previa de pérdida ósea o inserción clínica radiográfica), donde se puede determinar el grado mediante el porcentaje de pérdida ósea presente en el diente más afectado dividido entre la edad del paciente (A: $< 0.25\%$, B: $0.25-1.0\%$ y C: $> 1.0\%$) (48).

2.2.3. Calidad de vida y salud oral (CVRSO)

La relación que tiene la calidad de vida con respecto a la salud oral se puede definir como aspectos del bienestar del individuo, los cuales se relacionan o se ven afectados por la presencia de una enfermedad o por estar bajo algún tratamiento bucodental (49). Es así que, la salud oral se ve afectada primeramente por la condición de las estructuras bucodentales, factores sociales, psicológicos, ambientales y la salud en general, denotando así que la percepción de CVRSO forma un complejo multidimensional de dominios interrelacionados que forman la perspectiva subjetiva del individuo con respecto a síntomas y experiencias propias de las patologías que afecten a la cavidad oral (13,50). Uno de los modelos que permite entender los factores de CVRSO, es el modelo de Wilson y Cleary planteado en el año 1996, en el cual se pone énfasis en la observación de como los factores biológicos y fisiológicos interactúan con las características personales y ambientales desencadenan una serie de eventos que comprometen las funciones físicas, sociales y psicosociales que provocan una percepción negativa de salud y por ende repercute en la calidad de vida (49).



Por otro lado, estudios relacionados a CVRSO han podido generar herramientas que permitan comprender el comportamiento y la percepción del paciente desde una perspectiva más amplia dentro de la práctica clínica, investigación y prevención en salud oral, pues se evidencia la repercusión directa o indirecta de la calidad de vida del individuo con respecto a la salud oral, con la finalidad de cambiar la perspectiva clínica de la odontología la cual se centraba en la mayoría de los casos en medidas correctivas por medidas preventivas y mínimamente invasivas (32).

Uno de las herramientas más aceptadas para poder evaluar CVRSO es el Perfil de Impacto de Salud Oral conocido por sus siglas en ingles OHIP (Oral Health Index Profile); si bien existen diversos instrumentos que miden CVRSO, el OHIP es el más estudiado, pues está enfocado en la frecuencia de los impactos percibidos. Este cuestionario en sus inicios estaba conformado por 49 preguntas (OHIP-49) desarrolladas bajo modelos teóricos de la OMS, pero posteriormente en 1997 fue modificado y reducido a 14 interrogantes (OHIP-14) que miden el impacto de los problemas bucales de las personas y como estas influyen en su entorno, además de lograr determinar los problemas funcionales, sociales y psicológicos que padece la persona evaluada, demostrando así su confiabilidad y validez. El cuestionario cuenta con 7 dominios, los cuales son (10,17):

- Limitación funcional.
- Malestar físico.
- Malestar psicológico.
- Discapacidad física.



- Discapacidad psicológica.
- Discapacidad social.
- Minusvalía.



CAPÍTULO III

MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. DISEÑO Y TIPO DE ESTUDIO

3.1.1. Diseño de la investigación

Esta investigación tuvo un diseño no experimental y corresponde al nivel de investigación relacional.

3.1.2. Tipo de la investigación

Esta investigación fue de tipo cuantitativo, observacional, prospectivo y de corte transversal.

3.2. POBLACION Y MUESTRA

3.2.1. Población

La población de este estudio estuvo conformada por todos los estudiantes matriculados del I al X semestre de la Escuela Profesional de Odontología correspondientes al periodo académico 2023-II, llegando a un total de 414 estudiantes.

3.2.2. Muestra

La muestra estuvo conformada por 150 estudiantes matriculados desde el I al X semestre, quienes cumplieron con los criterios de selección.



3.2.2.1. Tipo de muestreo

Se recurrió al tipo de muestreo no probabilístico denominado juicio o muestreo de selección experta (51), que permite el cálculo de la muestra según criterio del propio investigador, considerando el universo de la población, alcance de la investigación y factibilidad y/o dificultades para acceder a los participantes del estudio.

3.2.3. Criterios de selección

3.2.3.1. Criterios de inclusión

- Estudiantes matriculados del I al X semestre de la Escuela Profesional de Odontología de la Universidad Nacional del Altiplano Puno.
- Estudiantes que manifestaron su voluntad para participar en el estudio.
- Estudiantes de la Escuela Profesional de Odontología de ambos sexos.
- Estudiantes que firmaron el consentimiento informado.

3.2.3.2. Criterios de exclusión

- Estudiantes matriculados en la Escuela Profesional de Odontología de la Universidad Nacional del Altiplano Puno menores de 17 años.
- Estudiantes matriculados en la Escuela Profesional de Odontología de la Universidad Nacional del Altiplano Puno mayores de 35 años.
- Estudiantes que no mostraron voluntad para participar en la investigación.
- Estudiantes que presentaron alguna limitación funcional que impida la evaluación.

3.3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores	Subindicadores / Valores	Escala
CALIDAD DE VIDA (variable dependiente)	La percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y sistema de valores con respecto a sus objetivos, estándares e intereses (14).	-Síntomas -Limitación funcional -Bienestar social -Bienestar emocional	Cuestionario de impacto de perfil de salud oral. (OHIP-14Sp).	0: nunca 1: casi nunca 2: ocasionalmente 3: frecuentemente 4: siempre	Número
			1. Prevalencia de caries	Índice CPO-D	Excelente: 0 Bueno: [1 – 18] Regular: [19– 37] Malo: [18 – 56] Muy bajo: [< 5.0] Bajo: [5.0-8.9] Moderado: [9.0-13.9] Alto: [>13.9]
SALUD BUCAL (variable independiente)	Ausencia de dolor orofacial Crónico y de cualquier patología que afecte a la boca y cavidad bucal(18).	2. Situación actual de piezas dentaria	Odontograma	-Caries -Restauraciones -Exodoncia -Aparatología -Prótesis	Nominal
		3. Higiene oral (placa blanda bacteriana)	Índice de Higiene Oral IHO-S	- Excelente =0 - Buena= 0.1-1.2 - Regular= 1.3-3.0 - Mala= 3.1- 6.0	Ordinal
		4. Presencia de enfermedad periodontal	Índice de necesidad de tratamiento periodontal comunitario (CPITN)	Código 0: tejidos periodontales sanos Código 1: sangrado después del sondaje Código 2: presencia de cálculo, placa	Ordinal



Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores	Subindicadores / Valores	Escala
				y/o obturaciones defectuosas, Código 3: bolsa periodontal de 3.5-5.5mm, Código 4: bolsa periodontal \geq 5.5mm	

3.4. TÉCNICA E INSTRUMENTOS

3.4.1. Técnica

La técnica utilizada para poder obtener la información necesaria para la elaboración del presente estudio fue la observación que permitió analizar los datos a partir de una muestra representativa de la población.

3.4.2. Instrumentos

a. Cuestionario para evaluar la calidad de vida

El instrumento utilizado fue el índice de Perfil de Impacto de Salud Oral (OHIP-14sp), que fue desarrollado y validado por Slade y Spencer en 1994, y que permite conocer el valor que las personas otorgan a su salud bucal. Inicialmente este instrumento contaba de 49 ítems que enmarcaban 7 dimensiones a evaluar (limitación funcional, malestar físico y psicológico, discapacidad física, psicológica y social, minusvalía); pero posteriormente Slade propuso un nuevo diseño más resumido, el cual contiene 14 ítems (OHIP-14) que contaba con la misma confiabilidad, precisión y validez, además de incluir también las 7 dimensiones que poseía el inicial (2 ítems por dimensión). El instrumento ha sido objeto de validación en distintos países alrededor del mundo, siendo traducido en múltiples idiomas, es así que se crea la versión traducida al español (OHIP-14sp)



(52). En el Perú, este instrumento ya fue utilizado y validado por múltiples investigadores resaltando en trabajo de Becerra et al. (2019), donde adaptaron y validaron este instrumento, concluyendo que la nueva versión del instrumento (OHIP-14sp) presenta propiedades métricas aceptables, por lo tanto, puede ser utilizado en futuras investigaciones y estudios de validación (53).

b. Índices para evaluar la Salud Oral

Para poder evaluar el estado de salud oral, se emplearon:

- El Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS), diseñado por Greene y Vermillón en 1964, el cual evalúa la calidad de higiene oral, evaluando 6 superficies dentarias que engloban 2 componentes: depósitos de placa dentobacteriana y depósitos de cálculo dental, es así que este índice mide la superficie de diente cubierta por estos. Para su medición se utiliza la observación y puede o no estar acompañando de pastillas reveladoras, además se divide cada superficie dental resultando en tercio gingival, medio e incisal, dando como indicadores (0= no hay presencia de residuos, 1= desechos blandos o duros que cubren no más de 1/3 de la superficie evaluada, 2= desechos blandos o duros que cubren más de 1/3 de la superficie evaluada, 3= residuos blandos o duros que cubren más de 2/3 de la superficie evaluada) (54).
- El Índice CPO-D (cariado, perdido y obturado), desarrollado por Klein, Palmer y Knutzon en 1938, donde se considera a la caries dental como una enfermedad acumulativa, es así que, este índice requiere la consideración de: caries pasada y caries presente, reconociendo, como caries pasada a los dientes obturados y a los extraídos a consecuencia de una lesión cariosa y



como caries presente, a la pérdida de la continuidad del esmalte a consecuencia de caries dental. Este índice recoge la información de la cantidad de piezas dentales cariados, perdidos y obturados, dando como resultado un promedio, que puede categorizarse en función del grado de afección de la enfermedad (muy bajo= <5.0, bajo= 5.0-8.9, moderado= 9.0-13.9, alto= > 13.9) (55).

- El Índice de necesidad de tratamiento periodontal comunitario (CPITN), diseñado y realizado por primera vez en 1978, gracias al trabajo conjunto de la Federación Dental Internacional (FDI) y la OMS, donde determinaron mediciones y estandarizaciones para poder determinar la necesidad de tratamiento periodontal en la población. Es así, que se divide la dentición en seis sextantes (S) tomando como piezas a evaluar a: S1=1.6, S2= 1.1, S3=2.6, S4= 4.6, S5= 3.1 y S6= 3.6; donde dicha evaluación estará determinada por la codificación de hallazgos en el tejido periodontal (Código 0: tejidos periodontales sanos, Código 1: sangrado observado hasta 30 segundos después del sondaje, Código 2: presencia de tártaro y/o obturaciones defectuosas, Código 3: bolsa patológica de 3.5-5.5mm, Código 4: bolsa patológica ≥ 5.5 mm) (56).

3.5. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

- La investigación fue desarrollada bajo supervisión y calibración (con coeficiente Alfa de Cronbach de 0,922).
- Se solicitó autorización al señor director de la Escuela Profesional de Odontología para la ejecución del proyecto de investigación, dando a conocer la forma de realización de la investigación. (ANEXO 5)



- Recibido el documento de autorización, se procedió a contactar con la encargada de la Oficina de Coordinación Académica de la Facultad de Ciencias de la Salud, con la finalidad de obtener el consolidado de estudiantes de la Escuela Profesional de Odontología matriculados en el semestre 2023-II.
- Se procedió a contactar con los docentes de la Escuela Profesional de Odontología de los diferentes semestres (I al X Semestre), para corroborar su disponibilidad de tiempo dentro de sus sesiones de aprendizaje, además del número de estudiantes por semestre.
- Debido a que en el semestre 2023-II se estaba realizando la Actualización de Historial Médico de los estudiantes, se optó por pedir autorización para acceder a las historias clínicas de los estudiantes de la Escuela Profesional de Odontología a la Sub Unidad de Servicio Médico Primario de la Universidad Nacional del Altiplano Puno, con la finalidad de obtener el odontograma actualizado de cada estudiante. (ANEXO 6)
- Una vez obtenido el odontograma realizado por la Sub Unidad de Servicio Médico Primario, se procedió a ordenar y clasificar cada uno por semestres, para proceder con la visita los salones de clases donde:
 - En primer lugar, se explicó a detalle a los alumnos el propósito, características y requisitos para el desarrollo de la investigación, para que puedan firmar el consentimiento informado.
 - Posteriormente, se procedió a entregar al estudiante, el cuestionario OHIP-14sp, brindando las indicaciones pertinentes para el llenado



- correcto. Donde las respuestas son registradas en una escala Likert, donde 0= nunca, 1= casi nunca, 2= algunas veces, 3= frecuentemente y 4= siempre; brindándoles 10 minutos para su desarrollo. (ANEXO 2)
- La evaluación intraoral fue realizada en un ambiente con buena iluminación natural donde se le pidió al paciente sentarse en una carpeta inclinando ligeramente la cabeza hacia atrás, se empleó luz natural y la ayuda de una linterna para la visibilidad y, por último, se tomaron medidas de bioseguridad como: la utilización de equipos esterilizados (bajalenguas, exploradores, espejos oral N° 5, sondas periodontales tipo OMS) para cada paciente. Además, el investigador utilizó un equipo de protección personal comprendido de un mandilón descartable, mascarilla facial, gorro descartable y guantes descartables (por cada paciente).
 - Para finalizar, se procedió a evaluar la salud bucal de cada estudiante mediante: Índice CPO-D, índice de necesidad de tratamiento periodontal comunitario (CPITN) e índice de higiene oral simplificado (IHOS). Todo este procedimiento fue realizado en un periodo de tiempo de 20 minutos por estudiante, recolectando la información en una ficha de recolección de datos. (ANEXO 2)
 - Obtenida la información, se procedió al traslado hacia una hoja de cálculo del programa Microsoft Excel, para su posterior realizar el análisis estadístico en el software SPSS.



3.6. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

La base de datos fue realizada en Excel 2016 donde los datos fueron tabulados y codificados para poder ser transferidos al software SPSS versión 26 para su análisis estadístico. Los resultados fueron estratificados por sexo. Se utilizaron tablas de frecuencia, estimaciones puntuales e intervalos de confianza del 95%. Por último, se calculó el nivel de significancia para la relación de OHIP-14SP. El análisis estadístico fue descriptivo, donde se utilizaron tablas de frecuencia y el análisis de relación dada por Gamma y su extensión D de Sommers para confirmar la existencia o no de relación entre las variables. Se optó por utilizar Gamma y D de Sommers debido a que las variables son de carácter cualitativo ordinales y porque las tablas obtenidas tanto las filas como las columnas contiene valores ordenadas donde sus factores de clasificación van desde 3 a 10 (57).

3.7. VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

En la selección del instrumento que evaluó la percepción de calidad de vida con la salud oral de los estudiantes de la Escuela Profesional de Odontología fue el de Perfil de Impacto de Salud Oral (OHIP-14sp), el cual fue validado y traducido en distintos idiomas y países, siendo validado y adaptado en Perú por Becerra Et al. (53) en una muestra de adultos en la ciudad de Ica. Se realizó la validación donde se obtuvo como valor del coeficiente alfa de Crombach 0.911 que determina un valor aceptable. (ANEXO 3)

3.8. CONSIDERACIONES ÉTICAS

- Se solicitó autorización al director de la Escuela Profesional de Odontología para la ejecución del proyecto de investigación.



- Se presentó una solicitud al Servicio Médico Primario de la Universidad Nacional del Altiplano para poder acceder a las historias clínicas de los estudiantes de la Escuela Profesional de Odontología.
- A cada estudiante se entregó una copia del consentimiento informado (ANEXO 1), explicándoles los motivos de la revisión y procedimientos que se realizarán manteniendo en confidencialidad sus datos personales.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. RESULTADOS

4.1.1. Salud oral de los estudiantes de la Escuela Profesional de Odontología de la Universidad Nacional del Altiplano Puno.

Tabla 1

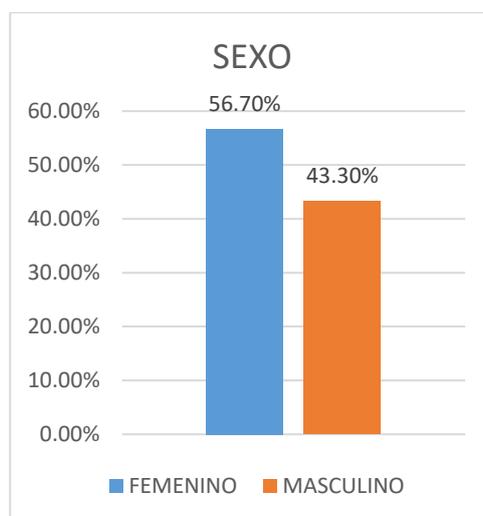
Descripción según sexo de la muestra de estudiantes de la Escuela Profesional de Odontología UNA-Puno.

Sexo	Nro.	%
Femenino	85	56.7
Masculino	65	43.3
Total	150	100.0

Nota. Ficha de recolección de datos.

Figura 1

Descripción según sexo de la muestra de estudiantes de la Escuela Profesional de Odontología UNA-Puno.



Nota. Elaborado por el autor.

Interpretación:

Se determinó que la edad media de los estudiantes es de 21.07 años con una desviación estándar de 3.236. En la Tabla 1 y la Figura 1, se muestra un ligero predominio del sexo femenino (56.70%) respecto al sexo masculino (43.30%).

Tabla 2

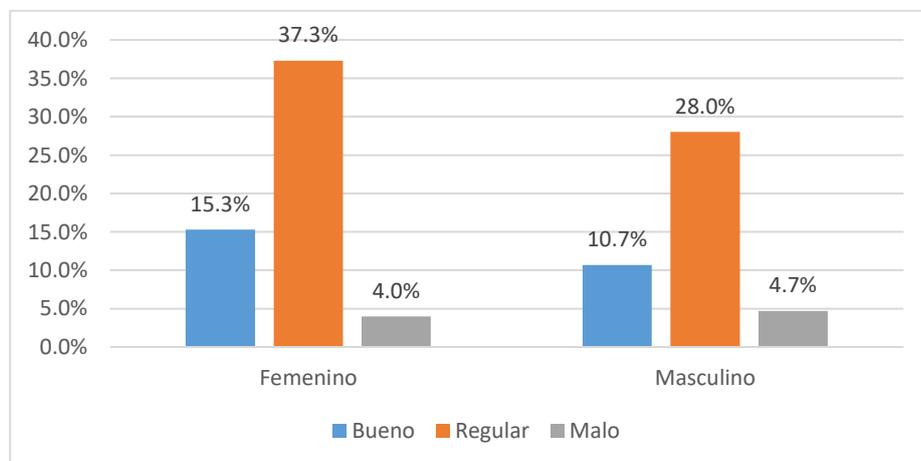
Grado de Higiene Oral según el sexo de la muestra de estudiantes de la Escuela Profesional de Odontología UNA-Puno.

IHOS	SEXO				TOTAL	
	FEMENINO		MASCULINO		Nro.	%
	Nro.	%	Nro.	%		
Malo	6	4.0	7	4.7	13	8.7
Regular	56	37.3	42	28.0	98	65.3
Bueno	23	15.3	16	10.7	39	26.0
Total	85	56.7	65	43.3	150	100.0

Nota. Ficha de recolección de datos.

Figura 2

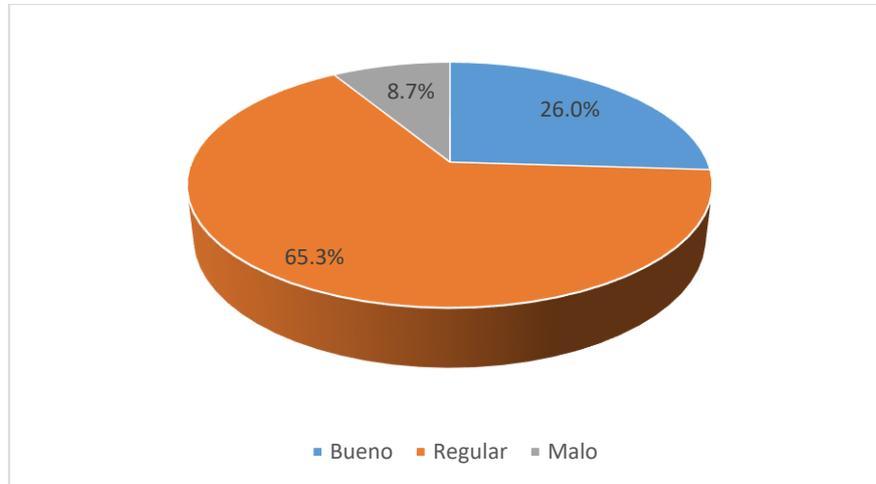
Grado de Higiene Oral según sexo de la muestra de estudiantes de la Escuela Profesional de Odontología UNA-Puno.



Nota. Elaborado por el autor.

Figura 3

*Grado de Higiene Oral en estudiantes de la Escuela Profesional de Odontología
UNA-Puno.*



Nota. Elaborado por el autor.

Interpretación:

En la Tabla 2 y Figura 3, se evidencia los resultados obtenidos con respecto al Índice de Higiene Oral donde el 65.3% de la muestra presenta una regular higiene oral, mientras que solo un 8.7% presenta una mala higiene oral. Por otra parte, en la Figura 2 se evidencia que el sexo femenino es quien presenta un mayor grado de higiene oral regular (37.3%) respecto al sexo masculino (28%), además el sexo masculino presenta un valor ligeramente mayor en cuanto a mala higiene (4.7%) en comparación con el sexo femenino (4%); por último, en cuanto a buena higiene oral, el sexo femenino presenta un 15.3%, mientras que el sexo masculino presenta un 10.7%.

Tabla 3

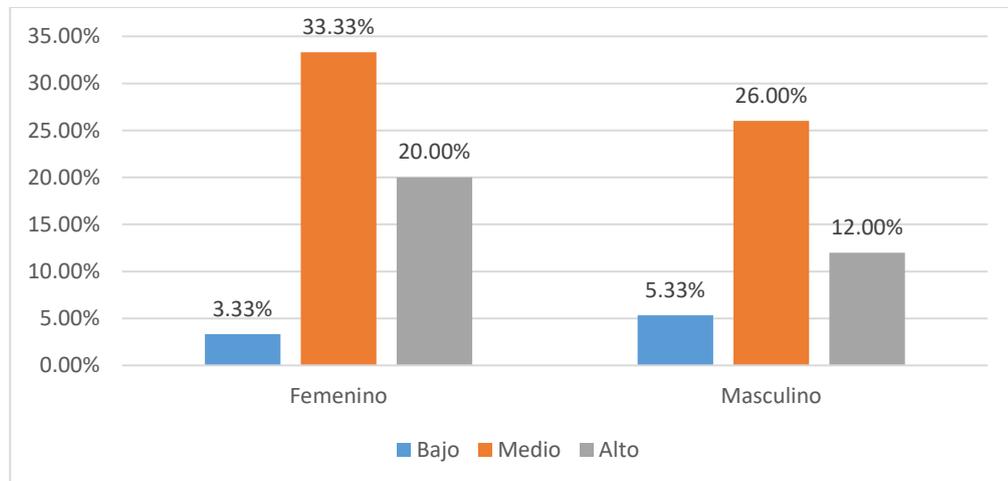
Índice CPO-D según sexo de la muestra de estudiantes de la Escuela Profesional de Odontología UNA-Puno.

CPO-D	SEXO				TOTAL	
	FEMENINO		MASCULINO		Nro.	%
	Nro.	%	Nro.	%		
Bajo	5	3.3	8	5.3	13	8.7
Medio	50	33.3	39	26.0	89	59.3
Alto	30	20.0	18	12.0	48	32.0
Total	85	56.7	65	43.3	150	100.0

Nota. Ficha de recolección de datos.

Figura 4

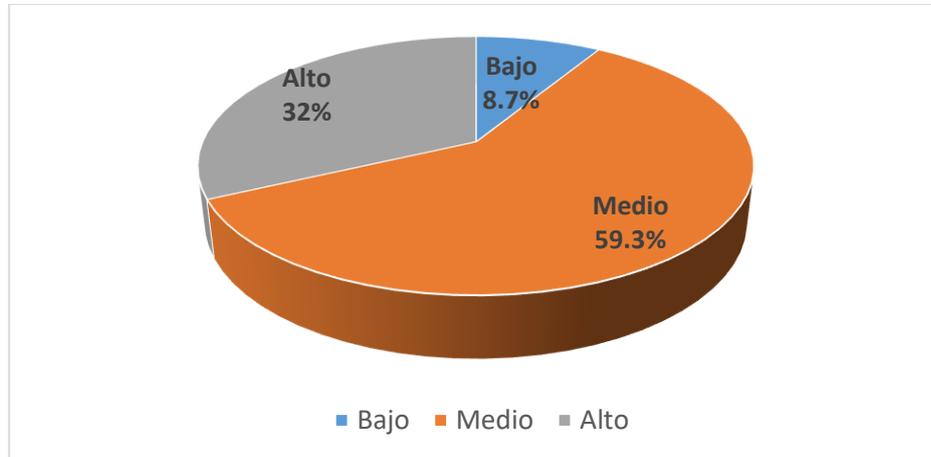
Índice CPO-D según sexo de la muestra de estudiantes de la Escuela Profesional de Odontología UNA-Puno.



Nota. Elaborado por el autor.

Figura 5

Índice CPO-D de la muestra de estudiantes de la Escuela Profesional de Odontología UNA-Puno.



Nota. Elaborado por el autor.

Interpretación:

En la Tabla 3 y Figura 5, se evidencian los resultados obtenidos con respecto al Índice CPO-D donde el 59.3% de la muestra presenta un grado medio de experiencia de caries (CPO-D), mientras que un 32% presenta un grado alto de experiencia de caries (CPO-D) y por último se aprecia un 8.7% que presenta un bajo grado de experiencia de caries (CPO-D). Por otra parte en la Figura 4, se evidencia que el sexo femenino es quien presenta un mayor grado de experiencia de caries (CPO-D) alto equivalente al 20% respecto al sexo masculino (12%), del mismo modo el sexo femenino presenta un mayor grado de experiencia de caries (CPO-D) medio equivalente al 33.33% mientras que el sexo masculino representa el 26%, no obstante, en cuanto al grado de experiencia de caries (CPO-D) bajo, el sexo masculino es donde se presenta mayor incidencia, m5.33%, respecto del sexo femenino (3.33%).

Tabla 4

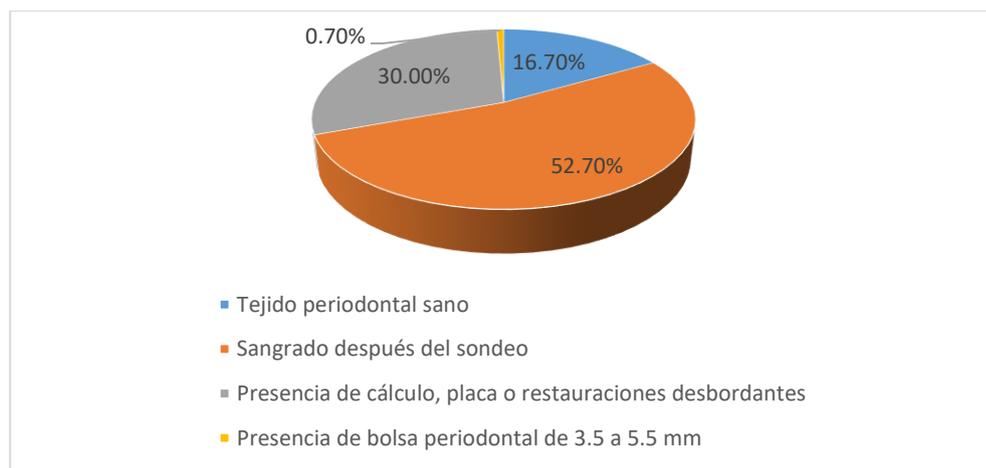
Índice CPITN según sexo de la muestra de estudiantes de la Escuela Profesional de Odontología UNA-Puno.

CPITN	SEXO				TOTAL	
	FEMENINO		MASCULINO		Nro.	%
	Nro.	%	Nro.	%		
Tejido periodontal sano	15	10.0	10	6.7	25	16.7
Sangrado después del sondeo	44	29.3	35	23.3	79	52.7
Presencia de cálculo, placa o restauraciones desbordantes	25	16.7	20	13.3	45	30.0
Presencia de bolsa periodontal de 3.5 a 5.5 mm	1	0.7	0	0.0	1	0.7
Total	85	56.7	65	43.3	150	100.0

Nota. Ficha de recolección de datos.

Figura 6

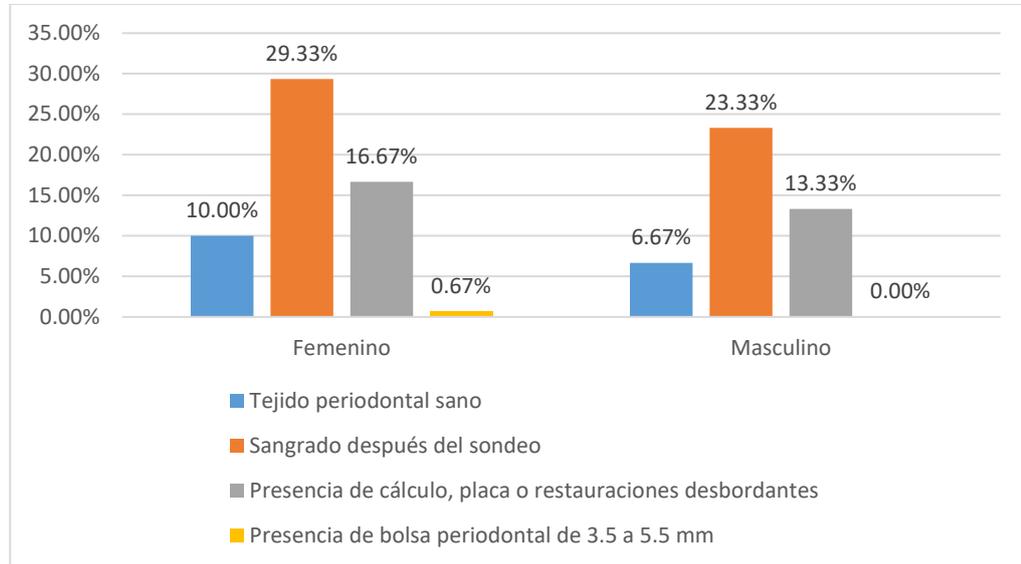
Índice CPITN de la muestra de estudiantes de la Escuela Profesional de Odontología UNA-Puno.



Nota. Elaborado por el autor.

Figura 7

Índice CPITN según sexo de la muestra de estudiantes de la Escuela Profesional de Odontología UNA-Puno.



Nota. Elaborado por el autor.

Interpretación:

Según la Tabla 4 y la Figura 6 se evidencia como resultado que un 52.70% de la muestra presentó sangrado después del sondeo aplicado, para calcular el índice CPITN, mientras que un 30% de la muestra presentó cálculo, placa o restauraciones desbordantes al calcular el índice CPITN, por otro lado, se evidencia que un 16.7% de la muestra presenta un tejido periodontal sano y por último, solo un 0.7% presentó bolsa periodontal de 3.5mm a 5.5mm al realizar el índice CPITN. Por otro lado, en la Figura 7 se evidencia los resultados obtenidos según el sexo de la muestra donde se encontró que el sexo femenino es quien posee un mayor número de personas con tejido periodontal sano (10%) en comparación con el sexo masculino (6.67%); no obstante, también se evidencia que el sexo femenino presenta una mayor incidencia a presentar sangrado después del sondeo al realizar el índice CPTIN con un 29.33% en comparación con el sexo masculino



que presentó un 23.33%, de igual forma el sexo femenino presentó mayor incidencia en presentar cálculo, placa o restauraciones desbordantes (16.67%) con respecto al sexo masculino (13.33%). Por último, solo el sexo femenino presentó presencia de bolsa periodontal de 3.5mm a 5.5mm con un 0.7%.

4.1.2. Calidad de vida en los estudiantes de la Escuela Profesional de Odontología de la Universidad Nacional del Altiplano Puno.

Tabla 5

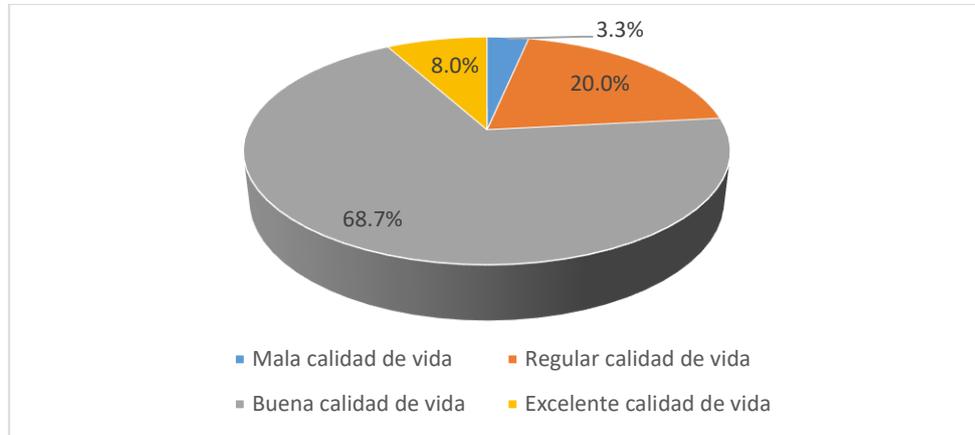
Calidad de vida (OHIP) según el sexo de la muestra de estudiantes de la Escuela Profesional de Odontología UNA-Puno.

OHIP	SEXO				TOTAL	
	FEMENINO		MASCULINO			
	Nro.	%	Nro.	%	Nro.	%
Mala calidad de vida	2	1.3	3	2.0	5	3.3
Regular calidad de vida	18	12.0	12	8.0	30	20.0
Buena calidad de vida	61	40.7	42	28.0	103	68.7
Excelente calidad de vida	4	2.7	8	5.3	12	8.0
Total	85	56.7	65	43.3	150	100.0

Nota. Ficha de recolección de datos.

Figura 8

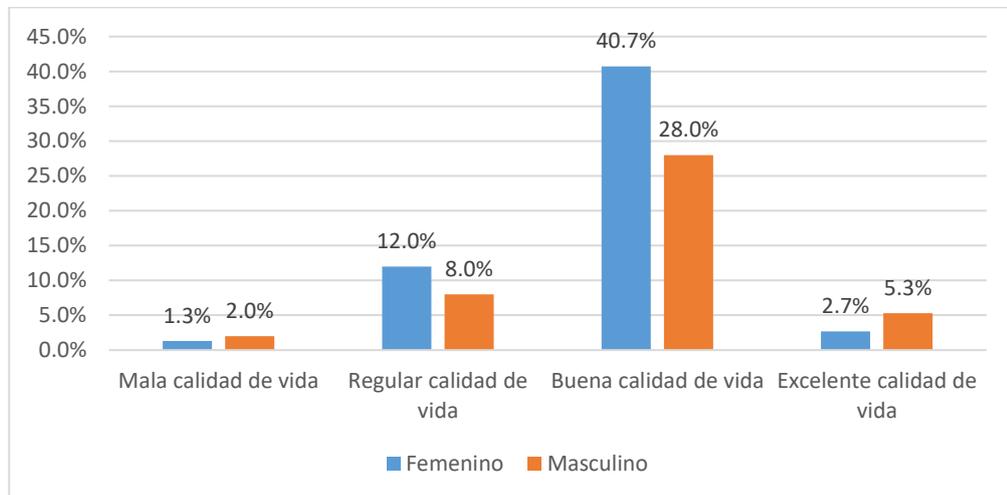
Calidad de vida (OHIP) en la muestra de estudiantes de la Escuela Profesional de Odontología UNA-Puno.



Nota. Elaborado por el autor.

Figura 9

Calidad de vida (OHIP) según sexo en la muestra de estudiantes de la Escuela Profesional de Odontología UNA-Puno.



Nota. Elaborado por el autor.

Interpretación:

Según la Tabla 5 y la Figura 8, se obtuvo como resultados que el 68.7% de la muestra posee una buena calidad de vida. Por otro lado, en la Figura 9 se observa que el ítem buena calidad de vida obtuvo el valor más alto tanto para el

sexo femenino (40.7%) y el sexo masculino (28%), seguido por el ítem regular calidad de vida con 12% para el sexo femenino y 8% para el sexo masculino, para el ítem excelente calidad de vida se encontró que el 2.7% corresponde al sexo femenino y el 5.3% al sexo masculino, por último, el ítem mala calidad de vida obtuvo valores de 1.3% para el sexo femenino y 2% para el sexo masculino.

4.1.3. Relación entre calidad de vida y salud oral de los estudiantes de la Escuela Profesional de Odontología de la Universidad Nacional del Altiplano Puno.

Tabla 6

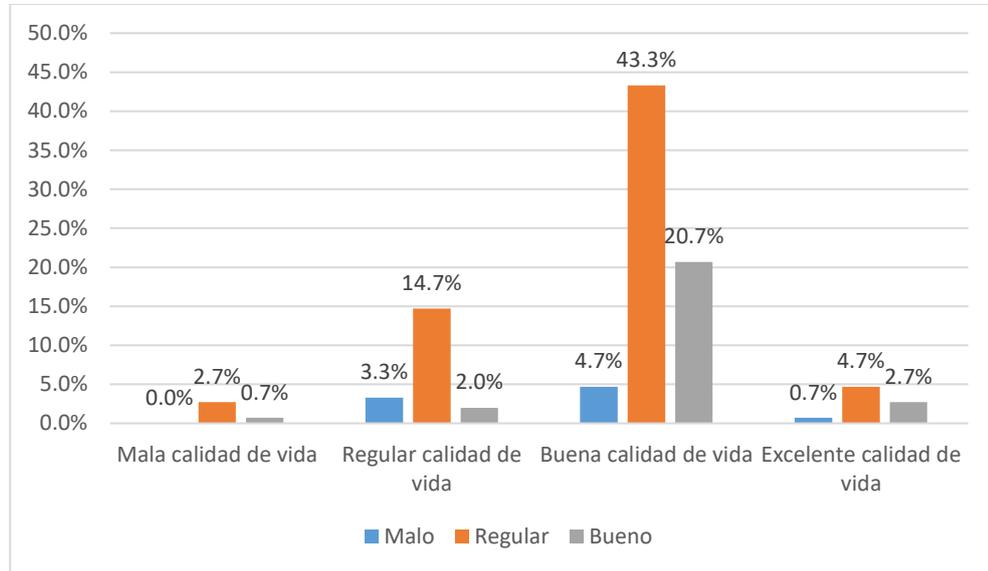
Relación entre higiene oral y calidad de vida en la muestra de estudiantes de la Escuela Profesional de Odontología UNA-Puno.

OHIP	Índice IHOS						TOTAL	
	Malo		Regular		Bueno		Nro.	%
	Nro.	%	Nro.	%	Nro.	%		
Mala calidad de vida	0	0.0	4	2.7	1	0.7	5	3.3
Regular calidad de vida	5	3.3	22	14.7	3	2	30	20.0
Buena calidad de vida	7	4.7	65	43.3	31	20.7	103	68.7
Excelente calidad de vida	1	0.7	7	4.7	4	2.7	12	8
Total	13	8.7	98	65.3	39	26	150	100.0

Nota. Ficha de recolección de datos.

Figura 10

Relación entre higiene oral y calidad de vida en la muestra de estudiantes de la Escuela Profesional de Odontología UNA-Puno.



Nota. Elaborado por el autor

Interpretación:

De acuerdo a la Tabla 6 y la Figura 10, se muestran los resultados del análisis estadístico de relación entre calidad de vida e higiene oral de la muestra mediante la prueba de Sommers y la prueba Gamma donde en ambas pruebas se determinó la existencia de una significancia estadística ($p < 0.05$), demostrando que sí existe relación entre calidad de vida e higiene oral para la muestra del estudio. Por otro lado, se obtuvo como respuesta a las variables (calidad de vida e higiene oral) que: una higiene oral buena conlleva a una buena calidad de vida y que una higiene oral regular conlleva a una regular calidad de vida y buena calidad de vida.

Tabla 7

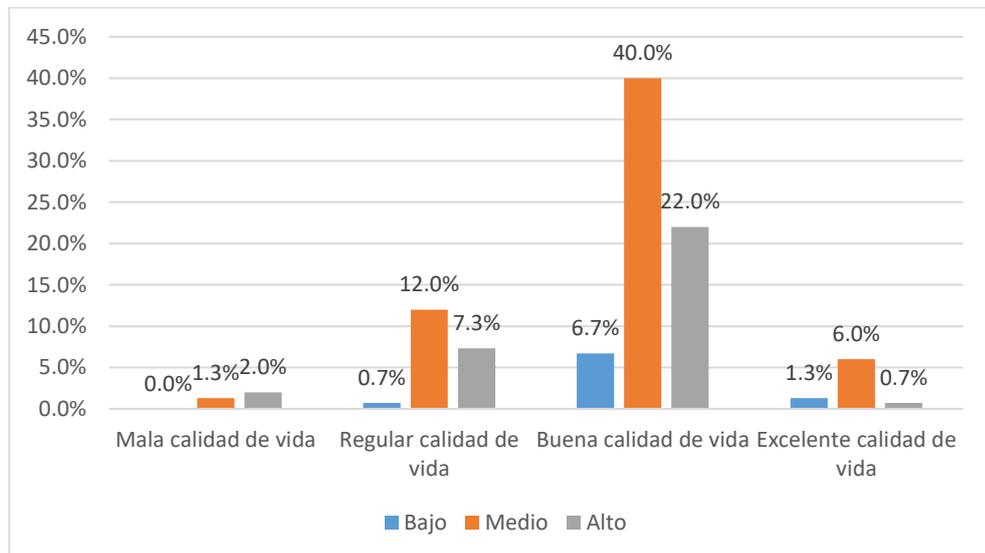
Relación entre experiencia de caries y calidad de vida en la muestra de estudiantes de la Escuela Profesional de Odontología UNA-Puno.

OHIP	Índice CPO-D						TOTAL	
	Bajo		Medio		Alto		Nro.	%
	Nro.	%	Nro.	%	Nro.	%		
Mala calidad de vida	0	0.0	2	1.3	3	2.0	5	3.3
Regular calidad de vida	1	0.7	18	12.0	11	7.3	30	20.0
Buena calidad de vida	10	6.7	60	40.0	33	22.0	103	68.7
Excelente calidad de vida	2	1.3	9	6.0	1	0.7	12	8.0
Total	13	8.7	89	59.3	48	32.0	150	100.0

Nota. Ficha de recolección de datos.

Figura 11

Relación entre experiencia de caries y calidad de vida en la muestra de estudiantes de la Escuela Profesional de Odontología UNA-Puno.



Nota. Elaborado por el autor

Interpretación:

De acuerdo a la Tabla 7 y la Figura 11, se muestran los resultados del análisis estadístico de relación entre calidad de vida y experiencia de caries de la

muestra mediante la prueba de Sommers y la prueba Gamma, donde en ambas se determinó la existencia de una significancia estadística ($p < 0.05$), demostrando que sí existe relación entre calidad de vida y experiencia de caries para la muestra del estudio. Por otro lado, se obtuvo como respuesta a las variables (calidad de vida y experiencia de caries) que: un alto grado de experiencia de caries conlleva a una mala calidad de vida y regular calidad de vida, mientras que un grado medio de experiencia de caries conlleva a una buena calidad de vida y por último un bajo grado de experiencia de caries conlleva a una excelente calidad de vida.

Tabla 8

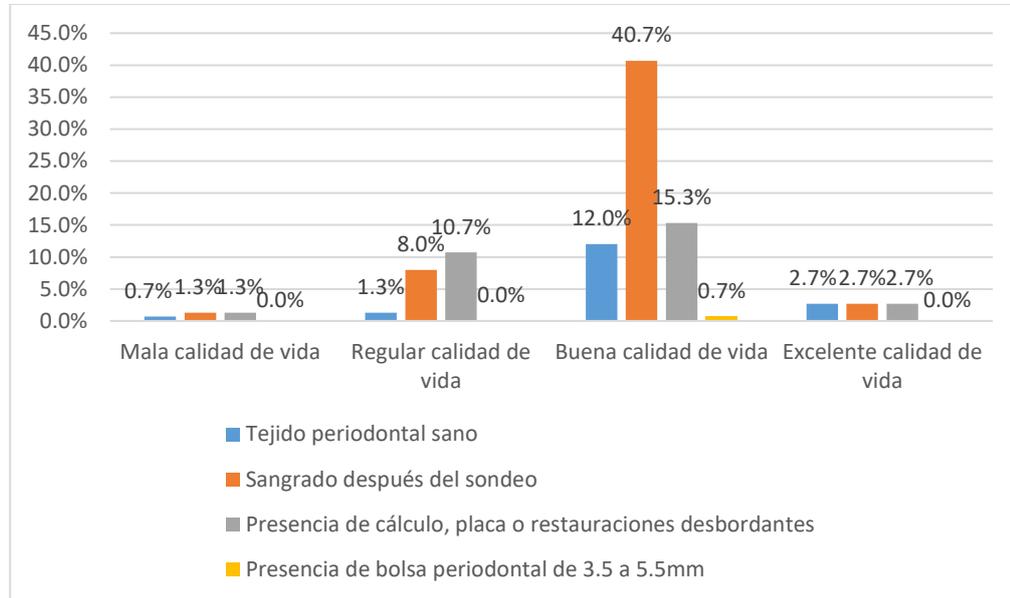
Relación entre el estado periodontal y calidad de vida en la muestra de estudiantes de la Escuela Profesional de Odontología UNA-Puno.

OHIP	Índice CPITN								TOTAL	
	Tejido periodontal sano		Sangrado después del sondeo		Presencia de cálculo, placa o restauraciones desbordantes		Presencia de bolsa periodontal de 3.5 a 5.5mm			
	Nro.	%	Nro.	%	Nro.	%	Nro.	%	Nro.	%
Mala calidad de vida	1	0.7	2	1.3	2	1.3	0	0.0	5	3.3
Regular calidad de vida	2	1.3	12	8.0	16	10.7	0	0.0	30	20.0
Buena calidad de vida	18	12.0	61	40.7	23	15.3	1	0.7	103	68.7
Excelente calidad de vida	4	2.7	4	2.7	4	2.7	0	0.0	12	8.0
Total	25	16.7	79	52.7	45	30.0	1	0.7	150	100.0

Nota. Ficha de recolección de datos.

Figura 12

Relación entre presencia de enfermedad periodontal y calidad de vida en la muestra de estudiantes de la Escuela Profesional de Odontología UNA-Puno.



Nota. Elaborado por el autor.

Interpretación:

De acuerdo a la Tabla 8 y la Figura 12, se muestran los resultados del análisis estadístico de relación entre calidad de vida y presencia de enfermedad periodontal de la muestra mediante la prueba de Sommers y la prueba Gamma, donde en ambas pruebas se determinó la existencia de una significancia estadística ($p < 0.05$), demostrando que sí existe relación entre calidad de vida presencia de enfermedad periodontal para la muestra del estudio. Por otro lado, se obtuvo como respuesta a las variables (calidad de vida y estado periodontal) que: una presencia de tejido periodontal sano conlleva a una excelente calidad de vida, mientras que la presencia de sangrado después del sondeo conlleva a una buena calidad de vida y por último la presencia de cálculo, placa o restauraciones desbordantes conlleva a una regular calidad de vida.

4.2. DISCUSIÓN

Las repercusiones que se genera por descuido hacia la salud oral, acceso poca información en salud y políticas públicas de países que enfocan el sector salud a un ámbito rehabilitador de la enfermedad, provocan que mucha parte de la población brinde poca importancia hacia su salud oral, pudiendo provocar un deterioro temprano de la misma que a su vez pueda conllevar a un impacto negativo de la salud oral en su calidad de vida. La muestra estuvo conformada por un total de 150 participantes con un rango de edades de 17 a 35 años y con una edad promedio de 21.07 años (D.E. \pm 3.236).

Respecto al estado de salud oral presente de la muestra, se desglosa:

En relación a la higiene oral, la cual fue evaluada por medio del índice IHOS el presente estudio evidenció que el 65.3% obtuvo una higiene oral regular, 26% correspondiente a una higiene oral buena y un 8.7% a una higiene oral mala, resultados similares a los hallados de Soto KL (22) y Aquino CR et al.(29), en la que se encontró una higiene oral regular, y donde no hubo relación estadística por sexo, no obstante para Aquino CR et al.(29) un gran porcentaje de su muestra presentó una higiene oral mala, al igual que Valenzuela MR et al.(28) y a Marca YE (26); solo en el estudio de Cava C et al.(30) se obtuvo que predominó una higiene oral buena, pudiendo deberse a que su muestra estuvo conformada por pacientes en tratamiento que acudían a una clínica odontológica.

En cuanto a experiencia de caries evaluada por medio del índice CPOD, en el presente estudio se observó que el 59.3% de la muestra posee una experiencia moderada de caries y el 32% obtuvo una experiencia alta de caries donde no se presentó diferencia significativa por sexo ($p=0.29$), resultados similares a los hallados por Marca YE (26), Barnetche M et al.(20) y a los de More et al. (31), donde se encontró una experiencia de



caries moderada; no obstante, los estudios de Quintanilla et al.(24), Valenzuela MR et al.(28) y Cava C et al.(30) obtuvieron que sus respectivas muestras presentaron un grado bajo de experiencia de caries, pudiendo ser atribuidos a las características propias de las muestras evaluadas, pues corresponden a poblaciones migrantes en el caso de los 2 primeros estudios y a pacientes bajo tratamiento dental en el último; por otro lado, el estudio de Aquino CR et al. (29) presentó un grado alto de experiencia de caries, resultados que difieren a los de la presente investigación.

Con respecto al estado periodontal obtenido mediante el índice CPTIN, en el presente estudio se obtuvo que el 52.7% presentó sangrado después del sondeo y que el 30% presentó calculo, placa o restauraciones desbordantes lo que indicaría la prevalencia de enfermedad periodontal y también la necesidad de tratamiento periodontal, resultados que concuerdan con la necesidad de tratamiento periodontal en las investigaciones de López M (25) y Saavedra AM (21); sin embargo, en ambos estudios se encontró un estado periodontal más grave pues por la presencia de tártaro y/o restauraciones desbordantes, además de bolsas periodontales de 3.5 a 5.5mm de profundidad; por otro lado, el estudio de Valenzuela MR et al.(28) encontró que su muestra presentó un estado periodontal sano, resultado que puede deberse a que su muestra correspondió a inmigrantes venezolanos informados en cuidado de salud oral debido a políticas en salud propias de su país.

Por otro lado, en relación a la calidad de vida evaluada en este estudio se obtuvo como resultado que la mayoría de la muestra presentó una buena calidad con un 68.7%, un 20% presentó una regular calidad de vida, además se evidenció que la dimensión malestar psicológico fue la de mayor incidencia en la muestra, hallazgos similares a los estudios realizados en Ecuador por Chacón LJ et al.(15), Moncayo MM (16), Molina J et al. (17), Muñoz TF et al.(19) y los estudios realizados en Lima por López M(25) y Monroy RE(27) donde se encontró una buena calidad de vida y la afectación en mayor número de



la dimensión malestar psicológico; sin embargo, en el estudio de Días CV et al.(13) en Colombia, su muestra presentó una mala calidad de vida pudiendo deberse a que su muestra correspondía a adultos con problemas en su salud oral, por otra parte el estudio de More K et al.(31) presentó una moderada calidad de vida, resultados que difieren con los de la presente investigación.

Finalizando con respecto al objetivo de la investigación que evalúa la relación entre calidad de vida y salud oral, se desglosa que:

La relación entre calidad de vida e higiene oral en la presente investigación muestra relación estadística ($p=0.023$), resultados similares a los demostrando que una higiene oral buena conlleva a una buena calidad de vida y que una higiene oral regular conlleva a una regular calidad de vida y buena calidad de vida, hallazgos similares a los de Soto KL(22) donde una buena calidad de vida conlleva a una regular higiene oral; no obstante, el estudio de Marca YE (26) obtuvo que a pesar que la muestra tiene una buena calidad de vida estos presentan una deficiente higiene oral, resultados que se deben a que la muestra corresponde a personal de tropa del ejército peruano, quienes viven en bajo condiciones limitadas.

La relación entre calidad de vida y experiencia de caries muestra relación estadística ($p=0.019$), demostrando que un alto grado de experiencia de caries conlleva a una mala calidad de vida y regular calidad de vida, mientras que un grado medio de experiencia de caries conlleva a una buena calidad de vida y por último un bajo grado de experiencia de caries conlleva a una excelente calidad de vida, hallazgos similares a los de Barnetche M et al.(20) y los estudios Carril CO(23), Quintanilla MI et al. (24) y Valenzuela MR et al.(28) donde sí se establece una relación directa entre salud oral y experiencia de caries; sin embargo, el estudio de Marca YE (26) difiere de la presente



investigación pues no se encontró relación entre experiencia de caries y salud oral debido al alto porcentaje de variabilidad de los resultados de los índices OHIP y CPOD.

La relación entre calidad de vida y estado periodontal muestra relación estadística ($p=0.014$) donde una presencia de tejido periodontal sano conlleva a una excelente calidad de vida, mientras que la presencia de sangrado después del sondeo conlleva a una buena calidad de vida y por último la presencia de cálculo, placa o restauraciones desbordantes conlleva a una regular calidad de vida, hallazgos similares a los de Valenzuela MR et al. (28) donde también se encontró relación entre el estado periodontal y la calidad de vida.

El estudio realizado tuvo inconvenientes como la limitación de los estudiantes para poder participar en presente estudio debido a su disponibilidad de tiempo; así como en el área de trabajo el cual no fue el adecuado, pues es necesario contar con una unidad dental y con las condiciones adecuadas que brinda un consultorio dental para el adecuado examen clínico.



V. CONCLUSIONES

- En relación a la salud oral se obtuvo que la muestra posee en su mayoría una regular higiene oral, un grado medio de experiencia de caries y un estado periodontal que presentó presencia de sangrado gingival y presencia de cálculo, placa o restauraciones desbordantes. No se presentó diferencia significativa mediante la prueba Chi cuadrado según sexo de la muestra.
- La mayoría de estudiantes de la Escuela Profesional de Odontología tiene una percepción de buena calidad de vida. No se presentó diferencia significativa mediante la prueba Chi cuadrado según el sexo de la muestra.
- Se encontró relación entre el estado de salud oral y calidad de vida de la muestra, pues con respecto a los indicadores de salud oral y calidad de vida se obtuvo: en referencia a la higiene oral se concluye que una buena higiene oral conlleva a una buena calidad de vida y que una regular higiene oral conlleva a una regular y buena calidad de vida; en referencia a la experiencia de caries de la muestra se concluye que un alto grado de experiencia de caries conlleva a una mala y regular calidad de vida, y un grado bajo de experiencia de caries conlleva a una excelente calidad de vida; por último en referencia a salud periodontal se concluye que la presencia del tejido periodontal sano conlleva a una excelente calidad de vida, la presencia de sangrado gingival conlleva a una buena calidad de vida, mientras que la presencia de cálculo, placa o restauraciones desbordantes conlleva a una regular calidad de vida.



VI. RECOMENDACIONES

- A los futuros investigadores realizar realizarse investigaciones que identifiquen las necesidades de los diferentes grupos poblacionales con características similares con respecto a su salud oral para así orientar medidas de promoción y prevención específicas a cada grupo poblacional.
- A la Escuela Profesional de Odontología, promover e incentivar a sus alumnos a enfocar el desarrollo profesional del Odontólogo hacia un ámbito más preventivo que correctivo, además de inculcar y desarrollar programas de prevención y promoción en salud oral.
- Al profesional Odontólogo de la región Puno, que en la práctica diaria informe y eduque a sus pacientes sobre la importancia de la salud oral y como esta se relaciona con la calidad de vida del paciente, además que más allá de que la odontología en Puno y en el Perú este enfocada más en la fase correctiva de la enfermedad, se debe enfocar sus esfuerzos en la medida preventiva y de promoción de salud oral.
- A la población en general, tomar en consideración el correcto cuidado de la salud oral priorizando más el enfoque preventivo el cual conllevara a mejorar sustancialmente la calidad de vida.



VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Porto I, Diaz S. Repercusiones de la salud bucal sobre calidad de vida por ciclo vital individual. Acta Odont Col [Internet]. 2017 [citado el 7 de junio de 2024];7(2):49–64. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/actaodontocol/article/view/66369>
2. Cerón XA. Relación de calidad de vida y salud oral en la población adolescente. Rev CES Odont [Internet]. 2018 [citado el 7 de junio de 2024];31(1):38–46. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.21615/>
3. Tello G, Abanto J, Oliveira LB, Sato CM, Bonini G, Bönecker M. Impacto de los principales problemas de salud bucal en la calidad de vida de preescolares. Rev, Odontología. 2016;18(2):42–52.
4. Oñate T. Efectos de la salud oral en la calidad de vida de adultos mayores dependientes, comuna de Hualpén, 2015. [Internet] [Tesis de Postgrado]. [Chile]: Universidad Andres Bello; 2015 [citado el 1 de junio de 2024]. Disponible en: <https://repositorio.unab.cl/items/6fe1b4f7-9d65-4bce-ab03-bbf9acce10c5>
5. Moya P, Chappuzeau E, Carlos Caro J, José Monsalves M, Patricia Moya Rivera D. Situación de salud oral y calidad de vida de los adultos mayores Artículo Original Correspondencia. Rev Estomatol Herediana. 2012;22(4):197–202.
6. Matamala A, Rivera F, Zaror C. Impacto de la Caries en la Calidad de Vida Relacionada con la Salud Oral de Adolescentes: Revisión Sistemática y Metaanálisis. Int J Odontostomat [Internet]. 2019;13(2):219–29. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-381X2019000200219>
7. Moya J, Morales A, Salazar C, Vaca R, Fernández J, Valenzuela V, et al. Genética de la caries. Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica [Internet]. 2021 [citado el 24 de junio de 2024];40(5):510–6. Disponible en: doi.org/10.5281/zenodo.5451093
8. Apaza S, Torres G, Blanco J, Antezana V, Montoya J. Influencia de los factores sociodemográficos, familiares y el estado de la salud bucal en la calidad de vida de adolescentes peruanos. Rev Estomatol Herediana



- [Internet]. 2015 [citado el 7 de junio de 2024];25(2):87–99. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1019-43552015000200002
9. Ingunza J, Del Castillo C, Evangelista A, Sánchez P. Calidad de vida relacionada a la salud bucal en escolares de ámbito urbano-marginal. *Rev Estomatol Heridiana*. 2015;25(3):194–204.
 10. Díaz S, Meisser MA, Tirado LR, Fortich N, Tapias L, González FD. Impacto de Salud Oral sobre Calidad de Vida en Adultos Jóvenes de Clínicas Odontológicas Universitarias. *Int J Odontostomat* [Internet]. 2017 [citado el 7 de junio de 2024];11(1):5–11. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-381X2017000100001>
 11. Marró ML, Candiales YM, Cabello R, Urzúa I, Rodríguez G. Aspectos sobre la medición del impacto de la caries dental en la calidad de vida de las personas: Artículo de revisión. *Rev Clin Periodoncia Implantol Rehabil Oral* [Internet]. 2013 [citado el 7 de junio de 2024];6(1):42–6. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0719-01072013000100009>
 12. Torres G, Blanco D, Chávez M, Apaza S, Antezana V. Impacto de la caries de la infancia temprana en la calidad de vida relacionada a la salud bucal en niños peruanos menores de 71 meses de edad. *Odontol Sanmarquina* [Internet]. 2015 [citado el 7 de junio de 2024];18(2):87. Disponible en: <https://doi.org/10.15381/os.v18i2.11520>
 13. Diaz CV, Casas I, Roldán J. Calidad de Vida Relacionada con Salud Oral: Impacto de Diversas Situaciones Clínicas Odontológicas y Factores Socio-Demográficos. Revisión de la Literatura. *Int J Odontostomat* [Internet]. 2017;11(1):31–9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-381X2017000100005>
 14. Cueto U. La odontología del futuro: un enfoque integrado en salud familiar y comunitaria. *Revista Científica Odontológica*. el 26 de septiembre de 2023;11(3):e160.



15. Chacón LJ, Andrade GA, Juela C, González FN. Calidad de vida relacionada a la salud oral en adultos. *Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud y Vida* [Internet]. 2022 [citado el 4 de julio de 2024];6(1):808–16. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.35381/s.v.v6i1.2190>
16. Moncayo MM. Calidad de vida relacionada a la salud bucal en habitantes de la ciudad de Riobamba en el año 2021 [Tesina de Pregrado]. [Cuenca]: Universidad Católica de Cuenca; 2021.
17. Molina J, Centeno M. Calidad de vida relacionada con la salud oral en adultos de la ciudad de Macas, Ecuador, 2021. *Revista Científica Odontológica* [Internet]. 2021 [citado el 7 de junio de 2024];9(3):1–7. Disponible en: <http://doi.org/10.21142/2523-2754-0903-2021-068>
18. López G, Chavira GE, Gallardo JJ, Montes LO, Nevárez A. Necesidades de tratamiento periodontal en pacientes de la Facultad de Odontología de la Universidad Autónoma de Chihuahua. *Rev ADM* [Internet]. 2018 [citado el 6 de julio de 2024];75(6):316–21. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=84183>
19. Muñoz TF, Pulgarín CM, Ortega MF, Ramos RR. Calidad de vida relacionado con la salud bucal en adultos de la ciudad de Quito – Ecuador. *Sapienza* [Internet]. 2021 [citado el 4 de julio de 2024];2(4):9–17. Disponible en: <https://doi.org/10.51798/sijis.v2i4.127>
20. Barnetche M, Cornejo L. Experiencia de caries y calidad de vida de jóvenes en situación de encierro. *Revista de Salud Pública* [Internet]. 2016 [citado el 4 de julio de 2024];18(5):816–26. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15446/rsap.v18n5.45565>
21. Saavedra AM. Necesidad del tratamiento periodontal en pacientes adultos atendidos en un centro de salud del distrito de las Lomas, Piura -2023 [Tesis de Pregrado]. [Piura]: Universidad Cesar Vallejo; 2023.
22. Soto KL. "Calidad de vida y salud bucodental en pacientes del centro de salud "Maritza Campos Diaz" – Zamacola. Arequipa, 2022 [Internet] [Tesis de



- Pregrado]. [Perú]: Universidad Roosevelt; 2022 [citado el 1 de junio de 2024]. Disponible en: <https://repositorio.uroosevelt.edu.pe/handle/20.500.14140/848>
23. Carrillo CO. Salud bucal y calidad de vida del personal policial usuario del Centro Odontológico PNP, 2020 [Internet] [Tesis de Postgrado]. [Perú]: Universidad Ricardo Palma; 2021 [citado el 6 de julio de 2024]. Disponible en: <https://repositorio.urp.edu.pe/handle/20.500.14138/4201>
24. Quintanilla MI, García CR. Impacto de la salud oral en la calidad de vida en relación a la caries dental y los determinantes sociales en migrantes venezolanos Lima-2019. *Odovtos - International Journal of Dental Sciences* [Internet]. 2022 [citado el 6 de julio de 2024];24(2):122–35. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15517/ijds.2021.46680>
25. López M. Relación entre la calidad de vida en salud bucal y nivel de autoestima en adolescentes durante la pandemia Lima 2021 [Internet] [Tesis de Pregrado]. [Perú]: Universidad Alas Peruanas; 2021 [citado el 6 de julio de 2024]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12990/9504>
26. Marca YE. Calidad de vida y su relación con la salud bucal en la tropa del cuartel Tarapacá Tacna 2021 [Internet] [Tesis de Pregrado]. [Perú]: Universidad Alas Peruanas; 2021 [citado el 6 de julio de 2024]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12990/9506>
27. Monroy RE. Calidad de vida relacionada con la salud bucal en estudiantes de odontología de la Universidad Norbert Wiener durante la Covid-19, Lima 2021 [Tesis de Pregrado]. [Lima]: Universidad Norbert Wiener; 2021. Disponible en: <https://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/20.500.13053/4870>
28. Valenzuela MR, Scipión RD, Portocarrero JP. Calidad de vida relacionada con la salud oral en una población venezolana en el Perú. *Av Odontoestomatol.* 2020;36(4):186–90.
29. Aquino CR, Huamán KM. Salud oral en adultos jóvenes peruanos. *Rev OACTIVA UC Cuenca* [Internet]. 2018 [citado el 6 de julio de 2024];3(3). Disponible en: <https://doi.org/10.31984/oactiva.v3i3.265>



30. Cava C, Robello J, Olivares, Salazar G, Reyes J, Orrego G, et al. Relación entre índice IHOS e índice CPOD en pacientes atendidos en la clínica especializada de la Universidad de San Martín de Porres. KIRU [Internet]. 2015 [citado el 6 de julio de 2024];12(2):33–6. Disponible en: <https://core.ac.uk/reader/268149067>
31. More K, Rivas C, Chumpitaz R. Calidad de vida en relación a experiencia de caries en pacientes de la clínica odontológica de la universidad de San Martín de Porres de Chiclayo. KIRU. 2015;12(2):37–42.
32. Díaz S, Tirado L, Tamayo G. Impacto de la sonrisa sobre calidad de vida relacionada con salud bucal en adultos. Rev Clin Periodoncia Implantol Rehabil Oral [Internet]. 2018 [citado el 7 de junio de 2024];11(2):78–83. Disponible en: <http://doi.org/10.4067/S0719-01072018000200078>
33. Marcial N, Peña BV, Escobedo JS, Macías A. Elementos objetivos y subjetivos en la calidad de vida de hogares rurales en Yehualtepec, Puebla. Estudios Sociales. 2016;26(48):279–303.
34. Aguilar J, Álvarez J, Lorenzo J. Factores que determinan la calidad de vida de las personas mayores. International Journal of Developmental and Educational Psychology [Internet]. 2011;4(1):161–8. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349832331017>
35. García CRV. El bienestar psicológico: dimensión subjetiva de la calidad de vida. Rev Elec Psic Izt. 2005;8(2):1–20.
36. Rodríguez J, García JA, Terol MC. 2018. Calidad de Vida, indicadores y componentes. Disponible en: <https://institutosalamanca.com/blog/calidad-de-vida-indicadores-y-componentes/>.
37. Hechevarria B, Zulueta S, Carbonell M, Carbonell C. Salud bucal en la adolescencia. MEDISAN. 2013;17(1):117–25.
38. Moreno GC, Lara LC. Caries dental: de la placa ecológica a las decisiones clínicas. Univ Odontol [Internet]. 2020 [citado el 7 de junio de 2024];39. Disponible en: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.uo39.cdpe>



39. Campuzano Y. Factores genéticos asociados al desarrollo de caries [Internet] [Tesis de Pregrado]. [Ecuador]: Universidad de Guayaquil; 2022 [citado el 1 de junio de 2024]. Disponible en: <https://repositorioslatinoamericanos.uchile.cl/handle/2250/6094280>
40. Collazo T. Bioquímica de la caries dental [Internet]. 2021 [citado el 6 de julio de 2024]. Disponible en: <https://cibamanz2021.sld.cu/index.php/cibamanz/cibamanz2021/paper/viewFile/360/273>
41. Morón M. Los biofilms orales y sus consecuencias en la caries dental y enfermedad periodontal. Cienc Innov Salud [Internet]. 2021 [citado el 6 de julio de 2024];e134:269–77. Disponible en: <https://revistas.unisimon.edu.co/index.php/innovacionsalud/article/view/4754>
42. González ME, Toledo B, Nazco C. Enfermedad periodontal y factores locales y sistémicos asociados. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2002 [citado el 7 de junio de 2024];39(3). Disponible en: <https://revestomatologia.sld.cu/index.php/est/rt/prINTERfriendly/2359/588>
43. Sánchez CR, Sánchez RJ, Sigcho CR, Expósito A. Factores de riesgo de enfermedad periodontal. Correo Científico Médico (CCM) [Internet]. 2021;25(1). Disponible en: <https://revcocmed.sld.cu/index.php/cocmed/rt/prINTERfriendly/3585/1892>
44. García CM, García RD, San Juan MA. Clasificación de las condiciones y enfermedades periodontales y perimplantares desde una perspectiva evolutiva. Medisur [Internet]. 2021;19(4):642–55. Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/5086>
45. Alvear FS, Vélez ME, Botero L. Factores de riesgo para las enfermedades periodontales. Rev Fac Odontol Univ Antioq [Internet]. 2010 [citado el 7 de junio de 2024];22(1):109–16. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-246X2010000200012



46. Marín R, Duque A. Condiciones modificadoras del riesgo de enfermedad periodontal: una revisión narrativa sobre la evidencia en américa latina. CES Odontol [Internet]. 2021 [citado el 7 de junio de 2024];34(1):82–99. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.21615/cesodon.34.1.8>
47. Yáñez AI, Alvarado AM. Consideraciones sobre la enfermedad periodontal y su control. Rev Dom Cien [Internet]. 2016;2:3–12. Disponible en: <http://dominiodelasciencias.com/ojs/index.php/es/indexCienciasdelasalud>
48. Vargas AP, Yáñez BR. Clasificación de enfermedades y condiciones periodontales y periimplantarias 2018. Primera parte. Rev Odont Mex [Internet]. 2021;25(1):10–26. Disponible en: www.medigraphic.com/facultadodontologiaunam
49. Vezna S, Albala C. Calidad de Vida Relacionada con Salud Oral y Autopercepción de Salud: Encuesta Nacional de Calidad de Vida y Salud 2015-2016 en Chile. Int J Odontostomat [Internet]. 2019 [citado el 7 de mayo de 2024];13(3):338–44. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-381X2019000300338
50. Munayco ER, Pereyra H, Cadillo MM. Calidad de vida relacionada a la salud bucal en niños peruanos con caries de infancia temprana severa. Odontoestomatología [Internet]. 2020 [citado el 7 de junio de 2024];22(36):4–14. Disponible en: <http://doi.org/10.22592/ode2020n36a2>
51. Pimienta R. Encuestas probabilísticas vs. no probabilísticas. Política y Cultura [Internet]. 2000 [citado el 7 de junio de 2024];13:263–76. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/267/26701313.pdf>
52. Rivera ES. La importancia del OHIP (Oral Health Impact Profile) en la Odontología. Odontología Sanmarquina [Internet]. 2020 [citado el 7 de mayo de 2024];23(1):35–42. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15381/os.v23i1.17505>
53. Becerra BD, Condori AS. Adaptación y validación en adultos peruanos del instrumento Perfil de impacto de la salud oral. Rev Cubana Estomatol [Internet].



- 2022 [citado el 7 de mayo de 2024];59(1). Disponible en:
<https://revestomatologia.sld.cu/index.php/est/rt/printerFriendly/3285/2015>
54. Zumaeta A. “Índice de higiene oral simplificado en pacientes de 12 a 16 años atendidos en el servicio de odontología, Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas-2019” [Internet] [tesis de Pregrado]. [Perú]: Universidad Nacional “Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas”; 2021 [citado el 7 de junio de 2024]. Disponible en:
<https://repositorio.untrm.edu.pe/handle/20.500.14077/2250>
55. Duran ED. Índice de higiene oral simplificado y caries dental en niños de 3 a 5 años de la Institución Educativa N.º 143, Yananaco Huancavelica 2019 [Internet] [Tesis de Pregrado]. [Huancayo]: Universidad Continental; 2019 [citado el 7 de junio de 2024]. Disponible en:
https://repositorio.continental.edu.pe/bitstream/20.500.12394/10726/1/IV_FCS_503_TI_Duran_Castellares_2019.pdf
56. Montenegro G. Índice de necesidad de tratamiento periodontal de la población que asiste a la unidad de diagnóstico y orientación de la facultad de odontología. ODOUS Científica [Internet]. 2002 [citado el 7 de junio de 2024]; Disponible en:
<http://servicio.bc.uc.edu.ve/odontologia/revista/v3n1/3-1-3.pdf>
57. Flores E, Miranda MG, Villasís MA. El protocolo de investigación VI: cómo elegir la prueba estadística adecuada. Estadística inferencial. Rev Alerg Mex [Internet]. 2017;64(3):364–70. Disponible en: <http://www.revistaalergia.mx>

ANEXOS

ANEXO 1. Consentimiento informado

**“RELACIÓN ENTRE CALIDAD DE VIDA Y SALUD ORAL EN ESTUDIANTES DE
LA ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD
NACIONAL DE ALTIPLANO-PUNO-2023”**

FECHA: _____

Yo _____ identificado con número de DNI N° _____, acepto participar de manera voluntaria del proceso de recolección de datos para el proyecto en mención, realizado por el investigador:



MAURICIO ANDRE RIVERA NADAL.

Accedo a participar y me comprometo a responder las preguntas que se me hagan de la forma mas honesta posible, así como de participar en el desarrollo de los índices y evaluaciones pertinentes al proyecto de investigación. Asimismo, autorizo que los datos que se obtengan del proceso de la investigación sean utilizados, para efectos de sistematización y publicación de resultado final de la investigación.

Expreso que el investigador cumplió con informar y explicar con antelación el objetivo y los alcances de dicho proceso.

FIRMA: _____



ANEXO 2. Ficha de recolección de datos

1. Datos generales

Nombre y Apellidos: _____
 Género: M F Edad: _____ Fecha: _____

2. Índice de Higiene Oral Simplificado.

Diente	Superior			Inferior			Índice	IHOS	Valoración
	M	I	M	M	I	M			
IPB									B ()
IPD									R ()
									M ()

3. Índice CPO-D.

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	C:
																—
																P:
																O:
																—
48	47	46	45	44	43	43	41	31	32	33	34	35	35	37	38	TOT AL:
																—

4. Índice de Necesidad de Tratamiento Periodontal Comunitario.

S1:	S2:	S3:
S6:	S5:	S4:

CUESTIONARIO OHIP-14Sp

FECHA: _____

Recomendaciones: Las preguntas deberán ser tomadas en el sentir del paciente en los últimos 12 meses (1 año). Marque con una X la alternativa de su preferencia.

Preguntas OHIP		Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuente mente	Siempre
1	¿Tiene usted incomodidad para pronunciar algunas palabras debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis?					
2	¿El sabor de sus alimentos empeora debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis?					
3	¿Ha presentado dolor en su boca, dientes o prótesis?					
4	¿Ha presentado incomodidad al comer algún alimento por problemas con sus dientes, boca o prótesis?					



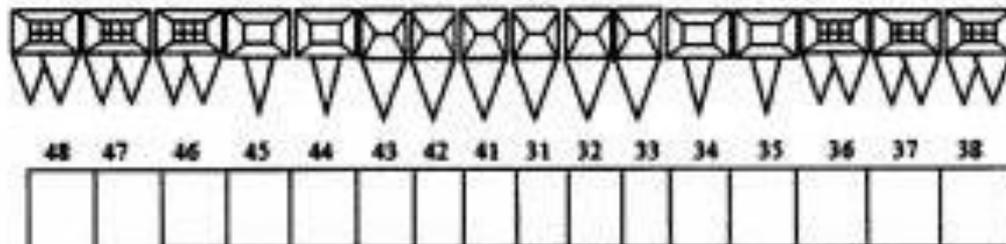
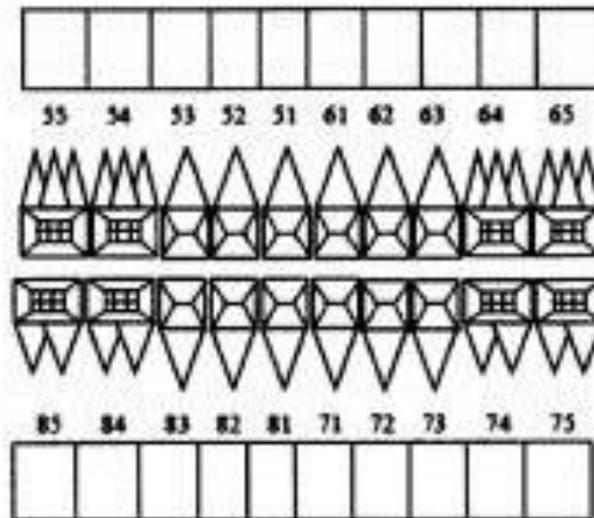
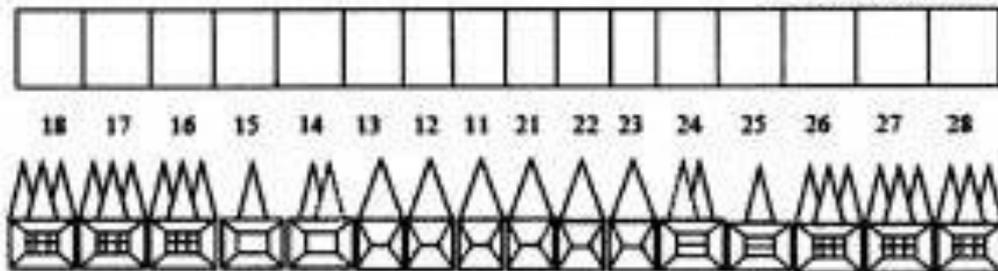
5	¿Se ha preocupado debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis?					
6	¿Se ha estresado debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis?					
7	¿Ha tenido que cambiar su dieta debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis?					
8	¿Ha tenido que interrumpir la ingesta de alimentos debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis?					
9	¿Ha tenido dificultad para relajarse debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis?					
10	¿Se ha sentido avergonzado ante la sociedad por problemas con sus dientes, boca o prótesis?					
11	¿Ha estado irritable con su entorno debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis?					
12	¿Ha tenido dificultades para realizar sus actividades diarias debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis?					
13	¿Ha sentido que su vida ha sido menos satisfactoria debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis?					
14	¿Se ha sentido totalmente incapaz para realizar sus actividades diarias por problemas con sus dientes, boca o prótesis?					

Nunca=0, Casi nunca=1, Algunas veces=2, Frecuentemente=3, Siempre=4.



ODONTOGRAMA

Fecha:.....





ANEXO 3. Prueba piloto y fiabilidad del instrumento OHIP-14sp

ALFA DE CRONBACH

ESTADÍSTICAS DE TOTAL DE ELEMENTO				
	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
P1	11,7733	77,760	,508	,921
P2	12,0400	79,435	,583	,919
P3	11,2867	76,823	,523	,921
P4	11,3600	74,890	,661	,916
P5	10,6400	72,675	,616	,919
P6	11,1667	72,891	,703	,915
P7	11,5000	75,607	,612	,918
P8	11,5533	75,819	,700	,915
P9	11,5933	74,122	,763	,913
P10	11,2800	73,760	,715	,914
P11	11,6800	75,508	,721	,915
P12	11,7333	75,324	,738	,914
P13	11,6000	74,215	,735	,914
P14	11,9067	78,219	,608	,918

Resultados:

Se analizó la información, utilizando la opción de análisis de fiabilidad del software SPSS ver. 25, donde se encontró:

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,922	14

El análisis estadístico de fiabilidad Alfa de Cronbach, señala un valor de 0.922 para un total de 14 ítems, donde se considera que el coeficiente obtenido es aceptable, pudiendo ser utilizado para los fines de la investigación.



ANEXO 4. Base de datos de la investigación

N°	SEXO	EDAD	OHIP 14	IHOS	CPOD	CPITN
1	M	A	D	B	B	B
2	F	A	C	B	C	B
3	F	A	B	B	B	C
4	F	A	C	B	C	B
5	M	A	C	C	A	B
6	F	A	C	C	C	B
7	F	A	B	B	C	B
8	F	A	B	B	B	C
9	F	A	C	B	C	B
10	M	A	C	C	B	B
11	F	A	C	B	C	B
12	F	A	C	B	B	C
13	F	A	C	C	B	B
14	M	A	D	A	C	C
15	F	A	C	B	C	C
16	M	A	C	B	C	B
17	M	B	A	C	C	A
18	F	A	C	B	A	B
19	F	A	B	B	B	C
20	F	A	C	B	C	C
21	M	A	C	B	B	B
22	M	A	C	C	A	B
23	F	A	C	C	B	B
24	F	A	C	C	B	B
25	M	A	C	B	B	C
26	F	A	C	A	C	B
27	F	A	C	C	B	B
28	M	A	C	B	A	B
29	M	A	B	B	B	B
30	F	A	C	B	B	B
31	M	A	A	B	C	B
32	M	A	C	B	B	B
33	F	A	B	B	B	C
34	F	C	B	B	A	B
35	F	A	C	A	B	C
36	F	A	C	B	C	C
37	M	A	C	A	C	B
38	F	A	C	B	B	C
39	F	A	C	A	B	B
40	F	A	C	C	B	A
41	F	A	C	B	B	B
42	F	A	A	B	B	B
43	M	A	B	A	C	C
44	M	A	B	C	B	B
45	M	A	C	B	C	B
46	F	A	C	C	B	A
47	F	A	C	B	A	B
48	F	A	C	B	C	B
49	M	A	C	C	B	A
50	F	A	C	B	B	B



51	F	A	C	C	B	A
52	F	A	C	B	C	B
53	F	A	C	B	C	D
54	M	B	C	C	A	B
55	M	A	D	B	A	B
56	F	A	B	B	B	C
57	M	A	C	C	B	A
58	F	A	C	B	C	B
59	F	A	C	B	B	B
60	M	A	C	A	C	C
61	F	A	B	C	B	A
62	F	A	C	B	C	B
63	F	A	B	A	B	C
64	F	A	C	B	B	B
65	M	A	C	C	B	A
66	F	A	C	C	B	B
67	F	B	C	B	C	B
68	F	A	C	B	C	C
69	F	B	B	B	C	C
70	M	B	C	B	B	B
71	M	B	C	B	B	B
72	F	A	C	B	B	C
73	F	A	C	B	B	A
74	F	B	C	B	C	B
75	F	A	C	B	C	C
76	F	A	C	B	C	B
77	F	B	C	B	B	B
78	M	A	C	B	B	B
79	M	A	C	C	C	B
80	F	B	C	B	B	B
81	M	B	C	B	A	C
82	M	A	C	C	B	A
83	F	A	C	B	B	B
84	F	A	B	B	C	C
85	F	B	C	C	C	B
86	F	B	C	C	C	A
87	M	A	C	B	B	C
88	M	B	B	B	C	B
89	M	A	C	C	A	A
90	M	A	C	B	B	C
91	M	B	C	A	A	C
92	F	A	C	B	C	C
93	F	A	C	B	B	C
94	M	A	C	B	B	B
95	F	B	C	B	B	C
96	M	A	C	B	B	C
97	M	D	C	B	B	C
98	F	B	B	A	C	C
99	M	B	D	B	B	C
100	F	A	C	C	C	A
101	M	A	D	B	B	B
102	F	A	B	C	B	A
103	F	A	B	B	B	C



104	M	A	C	C	C	A
105	F	A	D	C	A	A
106	F	A	C	B	B	B
107	M	A	D	B	B	C
108	M	B	C	B	C	C
109	M	A	D	B	B	C
110	F	A	C	C	B	A
111	F	B	B	A	C	C
112	F	B	C	B	C	B
113	M	A	C	A	C	C
114	F	A	A	B	C	C
115	M	A	C	B	C	C
116	M	A	C	B	B	B
117	F	A	C	B	B	B
118	F	A	C	C	B	A
119	F	A	B	B	B	B
120	M	C	B	B	C	B
121	M	B	C	B	C	B
122	F	A	B	B	C	C
123	M	D	B	B	C	C
124	F	B	C	C	B	A
125	F	C	B	B	B	B
126	M	B	B	B	B	B
127	F	B	C	C	A	B
128	M	B	C	B	B	B
129	M	B	B	B	B	C
130	F	B	D	B	B	B
131	M	B	C	C	B	A
132	M	B	C	B	B	B
133	M	B	D	C	B	A
134	F	C	D	C	B	A
135	F	B	D	C	B	A
136	F	C	C	C	B	B
137	M	C	C	B	B	B
138	M	B	C	B	B	B
139	M	C	B	B	B	B
140	F	B	C	B	B	B
141	M	B	B	B	B	B
142	F	B	C	B	B	B
143	F	B	C	C	B	A
144	M	B	B	B	B	B
145	M	B	C	B	B	B
146	M	B	C	B	B	B
147	F	B	C	B	B	B
148	M	A	B	A	C	C
149	M	C	A	B	B	C
150	M	B	C	C	B	A



ANEXO 5. Autorización de ejecución de proyecto de investigación



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGIA
DIRECCIÓN



"Año De La Unidad, La Paz Y Desarrollo"

Puno, 28 de diciembre de 2023.

CARTA N°020-2023-D/EPO-FCDS-UNA

Señorita

MAURICIO ANDRE RIVERA NADAL
EGRESADO DE LA ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGIA
UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO

PRESENTE.-

ASUNTO : AUTORIZA APLICACIÓN DE INSTRUMENTOS PARA PROYECTO DE TESIS.
REF. : Solicitud.

Es sumamente grato dirigirme a usted, en atención a la solicitud de fecha 28/12/2023, referente al permiso para ejecución del proyecto de tesis titulado: **"RELACIÓN ENTRE CALIDAD DE VIDA Y SALUD ORAL EN ESTUDIANTES DE LA ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO-PUNO-2023"**, a fin de realizar la recolección de datos de los estudiantes matriculados del I al X ciclo del Programa de Estudios de Odontología de la Escuela Profesional de Odontología; por lo que, se autoriza que el recurrente aplique los instrumentos de recolección de datos de manera presencial para los fines de investigación según su requerimiento, previo consentimiento voluntario de los señores estudiantes.

Atentamente,



[Firma]
Dr. GAELORD VLADIMIR HUACASI SUPO
DIRECTOR (H)
ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGIA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNA PUNO

C.c:
Arch. 2023.
GVHStaba.



ANEXO 6. Solicitud para acceder a historias clínicas del servicio médico primario de la Universidad Nacional del Altiplano-Puno.

“AÑO DEL BICENTENARIO, DE LA CONSOLIDACIÓN DE NUESTRA
INDEPENDENCIA Y DE LA CONMEMORACIÓN DE LAS HEROICAS BATALLAS
DE JUNÍN Y AYACUCHO”

SOLICITO: AUTORIZACIÓN PARA ACCEDER A LAS HISTORIAS CLÍNICAS DE
LOS ESTUDIANTES DE LA ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA

MAG. GISELA VERONICA RIQUELME MERCADO

JEFA DE LA SUB UNIDAD DE SERVICIO MÉDICO PRIMARIO DE LA
UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO - PUNO

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO		
SERVICIO MEDICO PRIMARIO		
RECEPCIONADO		
03 ENE 2024		
Registro	Nota	Trámite
12.02		J

Yo, Mauricio André Rivera Nadal, identificado con DNI N° 70001722, con código de matrícula 154004, y con domicilio en la Urb. Aziruni Zona C, Manzana B. Lt. 6 de la ciudad de Puno, ante usted con el debido respeto me presento y expongo.

Que teniendo ya aprobado y con autorización para recolectar datos para mi proyecto de investigación titulado "Relación entre calidad de vida y salud oral en estudiantes de la Escuela Profesional de Odontología de la Universidad Nacional de Altiplano-Puno – 2023" requisito indispensable para la realización de la tesis y la obtención del grado de Cirujano dentista; pido a usted poder acceder a las historias clínicas de los estudiantes de la Escuela Profesional de Odontología del I al X semestre para la conclusión de mi tesis.

POR LO EXPUESTO:

Pido a usted acceder a mi solicitud por ser justa y legal.

Puno 03 de enero del 2024.

Atentamente,

MAURICIO ANDRE RIVERA NADAL

DNI:70001722



ANEXO 7. Declaración jurada de autenticidad de tesis.

Universidad Nacional
del Altiplano PunoVicerrectorado
de InvestigaciónRepositorio
Institucional

DECLARACIÓN JURADA DE AUTENTICIDAD DE TESIS

Por el presente documento, Yo Mauricio André Rivera Nadal
identificado con DNI 70001322 en mi condición de egresado de:

Escuela Profesional, Programa de Segunda Especialidad, Programa de Maestría o Doctorado
Odontología

informo que he elaborado el/la Tesis o Trabajo de Investigación denominada:
" Relación entre calidad de vida y salud oral en estudiantes
de la Escuela Profesional de Odontología de la
Universidad Nacional del Altiplano - Puno - 2023 "

Es un tema original.

Declaro que el presente trabajo de tesis es elaborado por mi persona y **no existe plagio/copia** de ninguna naturaleza, en especial de otro documento de investigación (tesis, revista, texto, congreso, o similar) presentado por persona natural o jurídica alguna ante instituciones académicas, profesionales, de investigación o similares, en el país o en el extranjero.

Dejo constancia que las citas de otros autores han sido debidamente identificadas en el trabajo de investigación, por lo que no asumiré como tuyas las opiniones vertidas por terceros, ya sea de fuentes encontradas en medios escritos, digitales o Internet.

Asimismo, ratifico que soy plenamente consciente de todo el contenido de la tesis y asumo la responsabilidad de cualquier error u omisión en el documento, así como de las connotaciones éticas y legales involucradas.

En caso de incumplimiento de esta declaración, me someto a las disposiciones legales vigentes y a las sanciones correspondientes de igual forma me someto a las sanciones establecidas en las Directivas y otras normas internas, así como las que me alcancen del Código Civil y Normas Legales conexas por el incumplimiento del presente compromiso

Puno 16 de julio del 2024



FIRMA (obligatoria)



Huella



ANEXO 8. Autorización para el depósito de tesis en el Repositorio Institucional.

 Universidad Nacional del Altiplano Puno  Vicerrectorado de Investigación  Repositorio Institucional

AUTORIZACIÓN PARA EL DEPÓSITO DE TESIS O TRABAJO DE INVESTIGACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

Por el presente documento, Yo Mauricio André Rivera Nadal
identificado con DNI 70001927 en mi condición de egresado de:

Escuela Profesional, Programa de Segunda Especialidad, Programa de Maestría o Doctorado

Odontología

informo que he elaborado el/la Tesis o Trabajo de Investigación denominada:

“ Relación entre calidad de vida y salud oral en estudiantes de la Escuela Profesional de Odontología de la Universidad Nacional del Altiplano -Puno - 2023 ”

para la obtención de Grado, Título Profesional o Segunda Especialidad.

Por medio del presente documento, afirmo y garantizo ser el legítimo, único y exclusivo titular de todos los derechos de propiedad intelectual sobre los documentos arriba mencionados, las obras, los contenidos, los productos y/o las creaciones en general (en adelante, los “Contenidos”) que serán incluidos en el repositorio institucional de la Universidad Nacional del Altiplano de Puno.

También, doy seguridad de que los contenidos entregados se encuentran libres de toda contraseña, restricción o medida tecnológica de protección, con la finalidad de permitir que se puedan leer, descargar, reproducir, distribuir, imprimir, buscar y enlazar los textos completos, sin limitación alguna.

Autorizo a la Universidad Nacional del Altiplano de Puno a publicar los Contenidos en el Repositorio Institucional y, en consecuencia, en el Repositorio Nacional Digital de Ciencia, Tecnología e Innovación de Acceso Abierto, sobre la base de lo establecido en la Ley N° 30035, sus normas reglamentarias, modificatorias, sustitutorias y conexas, y de acuerdo con las políticas de acceso abierto que la Universidad aplique en relación con sus Repositorios Institucionales. Autorizo expresamente toda consulta y uso de los Contenidos, por parte de cualquier persona, por el tiempo de duración de los derechos patrimoniales de autor y derechos conexos, a título gratuito y a nivel mundial.

En consecuencia, la Universidad tendrá la posibilidad de divulgar y difundir los Contenidos, de manera total o parcial, sin limitación alguna y sin derecho a pago de contraprestación, remuneración ni regalía alguna a favor mío; en los medios, canales y plataformas que la Universidad y/o el Estado de la República del Perú determinen, a nivel mundial, sin restricción geográfica alguna y de manera indefinida, pudiendo crear y/o extraer los metadatos sobre los Contenidos, e incluir los Contenidos en los índices y buscadores que estimen necesarios para promover su difusión.

Autorizo que los Contenidos sean puestos a disposición del público a través de la siguiente licencia:

Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional. Para ver una copia de esta licencia, visita: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

En señal de conformidad, suscribo el presente documento.

Puno 16 de julio del 2024


FIRMA (obligatoria)


Huella