

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA



TESIS

**RELACIÓN ENTRE CALIDAD DE VIDA Y SALUD BUCAL EN
ESCOLARES DE 11 A 14 AÑOS EN UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA
PÚBLICA Y PRIVADA EN LA PROVINCIA DE URUBAMBA,
CUSCO - 2025**

PRESENTADO POR:

Br. EZNIT MATEO MEZA

**PARA OPTAR AL TÍTULO PROFESIONAL
DE CIRUJANO DENTISTA**

ASESOR:

DR. JULIO LAZO ALVAREZ

CUSCO – PERÚ

2026



Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco

INFORME DE SIMILITUD

(Aprobado por Resolución Nro.CU-321-2025-UNSAAC)

El que suscribe, el Asesor JULIO LAZO ALVAREZ
..... quien aplica el software de detección de similitud al
trabajo de investigación/tesis titulada: RELACIÓN ENTRE CAUDAL DE VIDA
Y SALUD BUCAL EN ESCOLARES DE 11 A 14 AÑOS EN UNA
INSTITUCIÓN EDUCATIVA PÚBLICA Y PRIVADA EN LA
PROVINCIA DE URUBAMBA, CUSCO - 2025

Presentado por: EZNI MATEO MEZA DNI N° 75187900 ;
presentado por: DNI N°:
Para optar el título Profesional/Grado Académico de CIRUJANO DENTISTA

Informo que el trabajo de investigación ha sido sometido a revisión por 2 veces, mediante el
Software de Similitud, conforme al Art. 6° del **Reglamento para Uso del Sistema Detección de**
Similitud en la UNSAAC y de la evaluación de originalidad se tiene un porcentaje de 9 %.

Evaluación y acciones del reporte de coincidencia para trabajos de investigación conducentes a grado académico o título profesional, tesis

Porcentaje	Evaluación y Acciones	Marque con una (X)
Del 1 al 10%	No sobrepasa el porcentaje aceptado de similitud.	<u>X</u>
Del 11 al 30 %	Devolver al usuario para las subsanaciones.	
Mayor a 31%	El responsable de la revisión del documento emite un informe al inmediato jerárquico, conforme al reglamento, quien a su vez eleva el informe al Vicerrectorado de Investigación para que tome las acciones correspondientes; Sin perjuicio de las sanciones administrativas que correspondan de acuerdo a Ley.	

Por tanto, en mi condición de Asesor, firmo el presente informe en señal de conformidad y **adjunto**
las primeras páginas del reporte del Sistema de Detección de Similitud.

Cusco, 10 de junio de 2026

[Firma]
.....
Firma

Post firma Julio Lazo Alvarez

Nro. de DNI 24684160

ORCID del Asesor 0000 - 0003 - 0372 - 0321

Se adjunta:

1. Reporte generado por el Sistema Antiplagio.
2. Enlace del Reporte Generado por el Sistema de Detección de Similitud: **oid:** 27259:598973478

RELACION ENTRE CALIDAD DE VIDA Y SALUD BUCAL EN ESCOLARES DE 11 A 14 AÑOS.docx



Universidad Nacional San Antonio Abad del Cusco

Detalles del documento

Identificador de la entrega

trn:oid:::27259:598973478

Fecha de entrega

10 jun 2026, 9:06 a.m. GMT-5

Fecha de descarga

10 jun 2026, 9:20 a.m. GMT-5

Nombre del archivo

RELACION ENTRE CALIDAD DE VIDA Y SALUD BUCAL EN ESCOLARES DE 11 A 14 AÑOS.docx

Tamaño del archivo

3.6 MB

102 páginas

22.703 palabras

121.198 caracteres

9% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- Bibliografía
- Texto citado
- Texto mencionado
- Coincidencias menores (menos de 12 palabras)

Fuentes principales

- 7%  Fuentes de Internet
- 3%  Publicaciones
- 7%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alerta de integridad para revisión

-  **Texto oculto**
1 caracteres sospechosos en N.º de página
El texto es alterado para mezclarse con el fondo blanco del documento.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

DEDICATORIA

Dedico el presente trabajo de investigación a mi padre, Orencio Mateo Venturo, y a mi madre, Juliana Meza Mandujano, por su amor incondicional, esfuerzo y sacrificio constante a lo largo de mi formación académica. Gracias por su apoyo permanente, tanto moral como económico, por su comprensión y motivación, que fueron fundamentales para alcanzar este logro.

Asimismo, dedico este trabajo a mis hermanos Boney, Nelia, Gady y Mayda, por su compañía, apoyo y consejos sinceros, firmes y realistas, que aunque exigentes, contribuyeron a fortalecer mi carácter y a mantenerme firme en el camino hacia la culminación de esta meta académica.

De manera especial, dedico este trabajo a mis sobrinos Melvin, Dayiro y Rodrigo, por su apoyo, compañía y motivación durante todo este proceso, deseándoles que perseveren en sus estudios y sigan luchando por alcanzar sus sueños.

A M Angel, por su apoyo constante que me motivó a iniciar este proceso; y a Kenyi A, por su ayuda invaluable, que permitió culminar exitosamente esta investigación. Su amistad, confianza y aliento hicieron más llevadero este camino y fueron fundamentales para alcanzar esta meta.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por brindarme vida, salud y fortaleza para culminar esta etapa de mi formación académica, así como a la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco, por contribuir a mi formación profesional y brindarme los conocimientos científicos y éticos necesarios para el desarrollo de la presente investigación.

A mi asesor de tesis, Dr. Julio Lazo Álvarez, por su valiosa orientación y apoyo desde el inicio del presente trabajo de investigación. Asimismo, expreso mi reconocimiento por su calidad humana y excelencia como docente, así como por su exigencia académica y constantes observaciones, las cuales fueron fundamentales para el avance oportuno y la mejora continua de la presente tesis, despertando en mí el interés por la carrera de odontología, lo que constituye una fuente de admiración por su vocación profesional.

Asimismo, agradezco a los directores de las instituciones educativas donde se realizó el estudio, al Sr. Eustaquio Huayta Vera, director de la institución educativa privada, y a la Sra. Angie Gonzales Beltrán, directora de la institución educativa pública.

Al Dr. Edwin Palomino Sotomayor, por despertar en mí el interés y la vocación por la odontología, así como por sus valiosos consejos, los cuales contribuyeron significativamente a mi formación académica y personal.

ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA.....	2
AGRADECIMIENTO.....	3
ÍNDICE DE TABLAS	7
ABREVIATURAS.....	8
RESUMEN	9
ABSTRACT	10
CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA	11
1.1. Caracterización del problema de investigación	11
1.2. Formulación del problema.....	12
1.2.1. Problema general	12
1.2.2. Problema específico	13
1.3. Justificación.....	13
1.3.1. Valor teórico	13
1.3.2. Implicancia práctica	13
1.3.3. Relevancia social.....	14
1.3.4. Utilidad metodológica	14
1.3.5. Conveniencia.....	14
1.4. Objetivos de la investigación.....	15
1.4.1. Objetivo general	15
1.4.2. Objetivos específicos.....	15
1.5. Delimitación del estudio	15
1.5.1. Delimitación espacial.....	15
1.5.2. Delimitación temporal	16
1.6. Limitaciones del estudio	16
CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO.....	17
2.1. Antecedentes de la investigación.....	17

2.1.1. Antecedentes internacionales.....	17
2.1.2. Antecedentes nacionales.....	18
2.1.3. Antecedentes locales	20
2.2. Bases teóricas de la investigación	21
2.2.1. Calidad de vida	21
2.2.1.1 Teoría relacionada a calidad de vida	21
2.2.2. Cuestionario de Percepción Infantil CPQ 11-14	22
2.2.3. Salud bucal	25
2.2.4. Índice CPO-D	27
2.2.5. Caries dental	27
2.2.6. Higiene bucal	31
2.2.7. Índice Simplificado de Higiene Oral	32
2.3. Definición de términos básicos.....	35
CAPÍTULO III METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	37
3.1 Diseño de la investigación.....	37
3.2 Tipo de investigación	37
3.3 Población	38
3.4 Muestra	38
3.4.1 Criterios de selección	38
3.4.2 Tipo de muestreo.....	39
3.5 Unidad de análisis.....	39
3.6 Variables	40
3.6.1 Variable 1	40
3.6.2 Variable 2	40
3.7 Operacionalización de variables	41
3.8 Hipótesis	44
3.9 Técnica e instrumentos de recolección.....	44

3.9.1	Técnica	44
3.9.2	Instrumento.....	44
3.10	Procedimiento	45
3.10.1	Etapa de procedimientos administrativos	45
3.10.2	Etapa de aplicación de instrumento	46
3.11	Validez y confiabilidad de los instrumentos	48
3.12	Prueba piloto.....	48
3.13	Calibración.....	49
3.14	Plan de análisis de los datos	50
3.15	Aspecto ético	50
CAPÍTULO IV RESULTADOS.....		52
CAPÍTULO V DISCUSIÓN Y COMENTARIOS		63
a.	Descripción de los hallazgos más relevantes y significativos	63
b.	Comparación crítica con la literatura existente	67
CONCLUSIONES.....		74
SUGERENCIAS		75
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS		76
ANEXOS		82

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Calidad de vida en escolares de la Institución educativa pública, según edad y sexo	52
Tabla 2. Calidad de vida en escolares de la institución educativa privada, según edad y sexo	53
Tabla 3. Experiencia de caries en escolares de la institución educativa pública, según edad y sexo	54
Tabla 4. Experiencia de caries en escolares de la institución educativa privada, según edad y sexo	55
Tabla 5. Higiene bucal en escolares de la institución educativa pública, según edad y sexo	56
Tabla 6. Higiene bucal en escolares de la institución educativa privada, según edad y sexo	57
Tabla 7. Calidad de vida y la experiencia de caries de una institución educativa pública y privada	58
Tabla 8. Calidad de vida y la higiene bucal en estudiantes de una institución educativa pública y privada.....	60
Tabla 9. Calidad de vida y salud bucal	62
Tabla 10. Confiabilidad alfa de Cronbach calidad de vida	100
Tabla 11. Índice de Kappa calibración de instrumentos.....	100

ABREVIATURAS

CPO-D: Índice de dientes cariados, perdidos y obturados

CPQ 11-14: Cuestionario de Percepción Infantil (11-14 años)

IHOS: Índice de Higiene Oral Simplificado

OMS: Organización Mundial de la Salud

SPSS: Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales

DNI: Documento Nacional de Identidad

OPS: Organización Panamericana de la Salud

MINSA: Ministerio de Salud

RESUMEN

Objetivo: Determinar la relación entre la calidad de vida y la salud bucal en escolares de 11 a 14 años de una institución educativa pública y privada en la provincia de Urubamba, Cusco, 2025.

Metodología: Estudio básico, cuantitativo, no experimental, relacional de asociación y transversal. La muestra fue censal, conformada por 159 escolares: 76 de la institución pública "Señor de Torrechayoc" y 83 de la privada "Integrando". Se aplicó el Cuestionario de Percepción del Niño (CPQ 11-14) para medir calidad de vida, el índice CPOD mediante odontograma OMS para experiencia de caries, y el Índice Simplificado de Higiene Oral (IHOS) para higiene bucal. Los datos se analizaron mediante chi cuadrado y correlación de Spearman.

Resultados: En la institución pública predominó el nivel bajo de calidad de vida (56.6%), el nivel alto de CPOD (40.8%) y la higiene bucal mala (53.9%). En la privada predominó el nivel alto de calidad de vida (55.4%), el nivel muy bajo de CPOD (61.4%) y la higiene bucal buena (59.0%). Se halló relación inversa y significativa entre calidad de vida y CPOD ($r = -0.849$; $p = 0.000$), y relación directa y significativa entre calidad de vida e IHOS ($r = 0.846$; $p = 0.000$).

Conclusión: Existe relación estadísticamente significativa entre la salud bucal y la calidad de vida de los escolares: a mayor experiencia de caries y peor higiene bucal, menor es la calidad de vida percibida.

Palabras clave: Calidad de vida, Salud bucal, Caries dental, Higiene bucal

ABSTRACT

Objective: To determine the relationship between quality of life and oral health in schoolchildren aged 11 to 14 years from a public and a private educational institution in the province of Urubamba, Cusco, 2025.

Methodology: Basic, quantitative, non-experimental, Associative relational study, and cross-sectional study. The sample was census-based, comprising 159 schoolchildren: 76 from the public institution "Señor de Torrechayoc" and 83 from the private institution "Integrando." The Child Perceptions Questionnaire (CPQ 11-14) was used to measure quality of life, the DMFT index through the WHO odontogram to assess caries experience, and the Simplified Oral Hygiene Index (OHI-S) to evaluate oral hygiene. Data were analyzed using chi-square and Spearman correlation.

Results: In the public institution, low quality of life predominated (56.6%), along with a high DMFT level (40.8%) and poor oral hygiene (53.9%). In the private institution, high quality of life predominated (55.4%), a very low DMFT level (61.4%), and good oral hygiene (59.0%). An inverse and significant relationship was found between quality of life and DMFT ($r = -0.849$; $p = 0.000$), and a direct and significant relationship between quality of life and OHI-S ($r = 0.846$; $p = 0.000$).

Conclusion: A statistically significant relationship exists between oral health and quality of life in schoolchildren: the greater the caries experience and the poorer the oral hygiene, the lower the perceived quality of life.

Keywords: Quality of life, Oral health, Dental caries, Oral hygiene.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA

1.1. Caracterización del problema de investigación

A nivel global, las enfermedades bucodentales constituyen una carga sustantiva de morbilidad entre la población infantil y adolescente. El Informe Mundial sobre el Estado de la Salud Oral (Global Oral Health Status Report, OMS 2022) documenta la elevada prevalencia de caries, reportando estimaciones agregadas que sitúan la afectación de la dentición primaria en torno al 43,2% y de la dentición permanente en aproximadamente 28,2%. Estas cifras indican la persistencia de una alta carga de enfermedad a pesar de intervenciones preventivas disponibles y subrayan la magnitud del problema en términos poblacionales (1).

La evidencia científica reciente muestra que la morbilidad clínica bucodental enfatizada en la particularidad de caries, tiene consecuencias trascendentes desde signos de dolor dental, restricciones funcionales (dificultad para masticar, hablar o dormir) y alteraciones estéticas asociadas con peores puntuaciones en medidas validadas de calidad de vida relacionada con la salud oral en la infancia, tales como el Child-OIDP y el CPQ (Child Perceptions Questionnaire) (2).

En el plano nacional, los perfiles y documentos oficiales señalan una carga elevada de la enfermedad bucodental en la niñez peruana. El perfil de salud oral del Perú (WHO Country Profile, 2022) estima prevalencias relevantes de caries no tratada, donde alrededor del 44,6% en niños menores de 9 años (dentición primaria) y de 38,2% en niños mayores de 5 años (dentición permanente) (3). La carga de caries infantil es igualmente elevada y representa un desafío para la salud pública conforme al informe realizado por la Encuesta Nacional de Programas Presupuestales de 2023 que reporta una prevalencia de caries dental del 85,6% y de enfermedad periodontal del 52,5% en escolares menores de 15 años (4).

Asimismo, investigaciones epidemiológicas y análisis de utilización de servicios han documentado tendencias preocupantes en Perú (2017 a 2021) la probabilidad de uso de servicios odontológicos en niños menores de 12 años se redujo de forma notable (cerca de 45% en algunos análisis), evidencia que sugiere barreras crecientes de acceso y una menor cobertura efectiva de acciones preventivas y de tratamiento, factores que contribuyen a la acumulación de caries no tratada y al aumento de la carga funcional y psicosocial. Estas dinámicas explican en parte la elevada prevalencia reportada y enfatizan la necesidad de intervenciones integradas entre escuela y servicios de salud (5).

Diversos factores pueden influir en la calidad de vida relacionada con la salud bucal de los escolares. La higiene bucal inadecuada favorece la acumulación de placa bacteriana, incrementando la probabilidad de presentar afecciones bucodentales. Por otro lado, la experiencia de caries constituye un problema frecuente durante la etapa escolar y puede generar molestias, dolor y limitaciones funcionales que afectan el desenvolvimiento cotidiano. En consecuencia, estas condiciones pueden repercutir en el bienestar físico, emocional y social de los estudiantes, influyendo en la percepción que tienen sobre su calidad de vida relacionada con la salud bucal (3).

A nivel local no ofrecen datos desagregados que permitan caracterizar la realidad problemática en escolares, por lo que esta ausencia de evidencia impide el diseño de programas de promoción de la salud bucal y estrategias de prevención cultural pertinente en escolares de edades entre 11 a 14 años en instituciones públicas, lo que justifica la necesidad de este estudio exploratorio y descriptivo.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿Cuál es la relación entre la calidad de vida y la salud bucal en escolares de 11 a 14 años de una institución pública y privada de la provincia de Urubamba - Cusco, 2025?

1.2.2. Problema específico

1. ¿Cuál es la calidad de vida en escolares de 11 a 14 años de una institución educativa pública y privada, según edad y sexo?
2. ¿Cuál es la experiencia de caries dental en escolares de 11 a 14 años de una institución educativa pública y privada, según edad y sexo?
3. ¿Cómo es la higiene bucal en escolares de 11 a 14 años de una institución educativa pública y privada, según edad y sexo?
4. ¿Qué relación existe entre la calidad de vida y la experiencia de caries dental en estudiantes de 11 a 14 años de una institución educativa pública y privada?
5. ¿Qué relación existe entre la calidad de vida y la higiene bucal en estudiantes de 11 a 14 años de una institución educativa pública y privada?

1.3. Justificación

1.3.1. Valor teórico

El presente estudio posee un alto valor teórico, ya que aporta conocimiento sobre la relación entre la calidad de vida y la salud bucal en escolares de 11 a 14 años. La investigación contribuye a la literatura científica en áreas de odontología pediátrica, salud pública y psicología de la salud, proporcionando información sobre cómo los indicadores de salud bucal, como la experiencia de caries y la higiene oral, pueden influir en el bienestar general de los niños y adolescentes. Asimismo, los resultados de este estudio permiten evidenciar la conexión entre la salud oral y la calidad de vida, fortaleciendo la base teórica para futuras investigaciones que busquen comprender de manera integral los factores que afectan el bienestar de la población escolar.

1.3.2. Implicancia práctica

Este estudio tiene importantes implicancias prácticas, ya que permite identificar los principales indicadores de caries dental y hábitos de higiene bucal que afectan la calidad de vida de los escolares. Los resultados obtenidos servirán de base para diseñar estrategias de prevención, programas educativos y campañas

de promoción de la salud bucal dirigidas a estudiantes, padres y docentes. De esta manera, se podrá mejorar la atención, prevención y promoción de la salud oral en el entorno escolar, garantizando un impacto positivo en el bienestar físico y emocional de los niños y adolescentes.

1.3.3. Relevancia social

La presente investigación posee relevancia social porque genera información sobre la relación entre la salud bucal y la calidad de vida en escolares de 11 a 14 años de instituciones educativas pública y privada de la provincia de Urubamba. Los resultados permiten conocer la situación de salud bucal de esta población y su influencia en aspectos de la vida diaria de los escolares.

Asimismo, la información obtenida puede servir como referencia para padres de familia, docentes y profesionales de la salud en el fortalecimiento de acciones de promoción y prevención en salud bucal. De esta manera, la investigación aporta evidencia que favorece la toma de decisiones orientadas al bienestar y desarrollo integral de la población escolar.

1.3.4. Utilidad metodológica

Metodológicamente, el presente estudio constituye un modelo para futuras investigaciones que busquen analizar la relación entre variables ordinales de calidad de vida y salud bucal. La utilización de cuestionarios validados, escalas de medición y pruebas estadísticas apropiadas, como Spearman y Chi-cuadrado, ofrece un soporte técnico sólido que puede ser adaptado o replicado en otros contextos educativos o poblacionales. De esta manera, la metodología empleada no solo garantiza la validez y confiabilidad de los resultados, sino que también sirve como referencia para estudios similares.

1.3.5. Conveniencia

La presente investigación es conveniente porque permite conocer la relación entre la salud bucal y la calidad de vida en escolares de 11 a 14 años de una institución educativa pública y una privada de la provincia de Urubamba. Asimismo, posibilita identificar las características de la salud bucal y la calidad

de vida en dos contextos educativos diferentes, generando información relevante sobre una población escolar poco estudiada en el ámbito local.

Los resultados contribuyen a una mejor comprensión de la problemática, proporcionando evidencia que puede servir como referencia para futuras investigaciones y para el desarrollo de acciones orientadas al fortalecimiento de la salud bucal y el bienestar de los escolares.

1.4. Objetivos de la investigación

1.4.1. Objetivo general

Determinar la relación entre la calidad de vida y salud bucal en escolares de 11 a 14 años de una institución pública y privada de la provincia de Urubamba - Cusco, 2025.

1.4.2. Objetivos específicos

1. Establecer la calidad de vida en escolares de 11 a 14 años de una institución educativa pública y privada, según edad y sexo.
2. Determinar la experiencia de caries dental en escolares de 11 a 14 años de una institución educativa pública y privada, según edad y sexo.
3. Identificar la higiene bucal en escolares de 11 a 14 años de una institución educativa pública y privada, según edad y sexo.
4. Determinar la relación entre la calidad de vida y la experiencia de caries dental en estudiantes de 11 a 14 años de una institución educativa pública y privada.
5. Determinar la relación entre la calidad de vida y la higiene bucal en estudiantes de 11 a 14 años de una institución educativa pública y privada.

1.5. Delimitación del estudio

1.5.1. Delimitación espacial

Esta investigación se realizará en una institución pública y privada en la provincia de Urubamba en el año 2025, respecto a niños de once a catorce años

matriculados para el presente año escolar, a quienes se consideró como el grupo objetivo del estudio.

1.5.2. Delimitación temporal

El período de la investigación se llevará a cabo durante el mes de setiembre a noviembre del año 2025.

1.6. Limitaciones del estudio

Respecto al estudio, una de las principales limitaciones será la disponibilidad de participantes, ya que al tratarse de menores de edad puede existir dificultad en captar su interés y colaboración. Asimismo, el compromiso de los padres de familia en otorgar el consentimiento y participar activamente en la evaluación podría afectar la recolección de datos y el seguimiento de la información correspondiente.

Para superar estas limitaciones, se implementará una adecuada sensibilización dirigida tanto a estudiantes como a los padres de familia, explicando claramente los objetivos y beneficios de la investigación. De esta manera, se busca garantizar una mayor disposición y compromiso durante el proceso de recolección de datos.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

2.1.1. Antecedentes internacionales

Balkaran R, Lahti S, Ramroop V, Virtanen J. (Turquía, 2025), en el estudio titulado “Calidad de vida relacionada con la salud bucal en niños que asisten a clínicas universitarias de necesidades especiales y odontología pediátrica en Trinidad y Tobago: una perspectiva parental”, cuyo objetivo fue analizar la calidad de vida y la salud oral en niños de 6 a 18 años, según la percepción de sus padres o cuidadores, desde una metodología cuantitativa de tipo básica nivel correlacional de cohorte transversal, una muestra de 201 participantes que respondieron al cuestionario OHIP-14, comparando a niños con y sin discapacidad. Los resultados revelaron que niños con discapacidad presentaron una calidad de vida ligeramente más baja (media = 6.41) en comparación con aquellos sin discapacidad (media = 7.01), con una diferencia estadísticamente significativa ($p = 0.020$). Además, al considerar impactos orales ocasionales o frecuentes, estos niños tuvieron 2.9 veces más probabilidades de experimentar efectos negativos en su bienestar ($OR = 2.9$; $p = 0.003$), concluyendo que resalta la necesidad de atención odontológica adaptada a sus condiciones (6).

Khan A, Hasan T, Zabin S, Sharmin M, Shohid S, Zerín T, Shahed L, Jamal S, Hossain, M. (Bangladesh, 2025), en el estudio titulado “Calidad de vida relacionada con la salud bucal en hijos de trabajadoras sexuales de Bangladesh: predictores socio conductuales y de salud bucal”, cuyo objetivo fue evaluar la calidad de vida relacionada con la salud oral y los factores asociados, desde una metodología de nivel correlacional, tipo básica - transversal, una muestra a 180 niños de 7 a 17 años, aplicando la OHRQoL, el Cuestionario CPQ8-10 y el OIDP para adolescentes con exámenes clínicos evaluando caries, placa, cálculo y gingivitis. Los resultados indicaron presencia de caries asociada con una peor calidad de vida oral ($\beta = 0.361$, $p = 0.001$). En adolescentes, se identificó que la gingivitis también tuvo un efecto negativo al desempeño diario ($\beta = 0.265$, $p = 0.035$). Estos hallazgos evidencian la necesidad de implementar estrategias de

prevención y atención bucal orientadas a mejorar la calidad de vida de niños en contextos altamente vulnerables (7).

Almutairi B, Rashed T, Bustami R. (Arabia Saudita, 2024), en el estudio titulado “Prevalencia de caries entre niños de escuelas primarias públicas y privadas de Riad: un estudio retrospectivo”, cuyo objetivo fue hallar la correlación entre diferentes escuelas por indicativos de condiciones socioeconómicas y la prevalencia de caries dental, desde un método de enfoque cuantitativo, retrospectivo con una población muestral de 28.343 con una edad promedio de 8 años utilizando datos del Ministerio de Salud de Arabia Saudita (febrero-abril de 2019), aplicando el índice CPOD/CPOD para la evaluación y recopilación de datos demográficos. En general, el índice CPOD medio para los dientes permanentes y el índice CPOD para los dientes primarios fueron 1,78 y 1,94, respectivamente, 58% de los escolares no presentaba caries dental, el 25% presentaba caries leve y 17% caries moderada a severa. Los alumnos de escuelas públicas mostraron una mayor prevalencia de caries que los de escuelas privadas. Por lo que concluyeron que la enfermedad bucodental era resaltante con diferencias en niñas que niños, a pesar de innovaciones y avances tecnológicos se observaron limitaciones en la intervención odontológica por parte de un reconocimiento nacional (8).

2.1.2. Antecedentes nacionales

Altamirano M. (Trujillo, 2025), en el estudio titulado “Percepción de calidad de vida relacionada a salud oral en alumnos entre 11 y 14 años de la I.E. Los Pinos, distrito y provincia de Trujillo, departamento de La Libertad, año 2023”, cuyo objetivo fue determinar la relación entre percepción de calidad de vida y salud oral en alumnos entre 11 y 14 años, desde una metodología de tipo observacional, prospectivo; considerando una muestra de 96 estudiantes mediante el “Child Perceptions Questionnaire” (CPQ 11-14). Los resultados partieron de indicadores como una percepción regular en la calidad de vida (77.1%). Un 12.5% a nivel bueno; mientras que 10.4% como mala. Respecto a su salud oral se halló un 77.1% a nivel regular, el 10.4% refiere tener un nivel bueno y 12.5% un nivel malo. Conclusiones: Se observó implicancias relacionadas conforme a una integridad de participantes desde distintas

consideraciones, con la excepción de una asociación estadística por límites metodológicos (9).

Sánchez G, Vargas L. (Lima, 2025), en el artículo titulado “El papel de la salud bucal en el bienestar integral en escolares de educación primaria”, cuyo objetivo fue analizar la percepción de la salud bucal, desde una metodología con enfoque cuantitativo de tipo básico, una muestra de 160 escolares mediante el cuestionario “Child Perceptions Questionnaire” (CPQ 11-14). Los resultados indicaron que la percepción representativa fue buena (38,8%), muy buena (30,0%), excelente y regular simultáneamente (15,0%) y mala (1,3%) en 5to grado. A su vez en 6to grado se presentaron buena (47,5%), muy buena y regular simultáneamente (21,3%), excelente (8,8%) y mala (1,3%). Concluyen que los problemas bucales afectan la funcionalidad, el bienestar emocional y la interacción social (10).

Estrada V, Cuaresma, L. (Lima, 2021), en el estudio titulado “Asociación entre las Consecuencias clínicas de lesiones cariosas no tratadas con Calidad de vida relacionada a la salud oral en escolares de 11 a 14 años de la ciudad de Lima, Perú” cuyo objetivo fue asociar las consecuencias clínicas de lesiones cariosas no tratadas con la calidad de vida en escolares de 11 a 14 años, desde una metodología de tipo básica y transversal, tuvo una muestra de 175 estudiantes mediante el índice PUFA, y el cuestionario CPQ11-14. Los resultados presentaron una distribución de escolares con 11 años (36,0%), 12 años (24,0%), 13 años (25,1%) y 14 años (14,9%), con índices de caries inicial (49,7%), caries moderada (26,9%) y severa (13,7%). No se encontró una asociación entre las consecuencias por lesión de caries y la calidad de vida ($p=0.629$), sin embargo, se observó relaciones conforme a los síntomas orales (0.021), por lo que concluyen que si bien en un aspecto general no se presenta una correlación bilateral; esta si se presenta basándose en aspectos del cuidado de los síntomas orales (11).

Condori S, Tapia R, Coa P. (Juliaca, 2019), en su estudio titulado “Impacto en la calidad de vida relacionada al historial de caries según percepción subjetiva de escolares de 11 a 14 años de colegios estatales en Perú, 2019”, cuyo objetivo fue evaluar la calidad de vida y su relación con la salud bucal; desde un método

cualitativo y transversal considerando una muestra de 274 escolares con edades entre 12 a 14 años, utilizando la encuesta CPQ11-14, los resultados indicaron un promedio de calidad de vida relacionada al historial de caries con una media de 77,1 ($\pm$ 19,68), bienestar social con 25,7 ($\pm$ 9,2) y dominio de síntomas orales con 13,9 ($\pm$ 3,6). Concluyeron que se evidencia índices de CPOD muy alto en escolares; sin embargo; esto nos obliga a idear mecanismos de prevención (12).

2.1.3. Antecedentes locales

Velásquez E. (Cusco, 2024), en el estudio titulado “Calidad de vida en relación a la salud bucal en escolares de 11 - 14 años de la institución educativa Miguel Grau Seminario - Cusco, 2023”, cuyo objetivo fue identificar la calidad de vida relacionada a la salud bucal en escolares de 11-14 años; desde una metodología a nivel correlacional de cohorte transversal, una muestra de 206 participantes. Obteniendo como resultado una correlación positiva moderada respecto a la calidad de vida y salud bucal ($r= 0,581$, $p= 0,03$). Concluyó que la aplicación de un plan de educación en salud resalta como importante para evaluar técnicas de cepillado y uso del hilo dental (13).

Patilla R. (Cusco, 2019), en el estudio titulado “Calidad de vida en relación a la salud bucal en escolares de 12-14 años entre una Institución Educativa Pública y Privada, Abancay - 2019”, cuyo objetivo destacó en comparar calidad de vida relacionada a salud bucal en escolares de 12 - 14 años, desde una metodología a nivel descriptivo comparativo de tipo básica; para ello conto se consolidó a 160 escolares matriculados en el año lectivo 2019. Obteniendo como resultados una evidencia de relación entre calidad de vida y salud bucal respecto al sexo de cada estudiante ($X^2= 2.120$, $p= 0.548$), desde la a edad de cada estudiante ($X^2= 8.572$, $p= 0.199$), con respecto al tipo de institución ($X^2= 6.668$, $p= 0.083$), concluyó que la calidad de vida relacionada a la salud bucal indica que no hay diferencia de calidad en ambos grupos y no se asocia al tipo de institución (14).

2.2. Bases teóricas de la investigación

2.2.1. Calidad de vida

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, la calidad de vida se entiende como la manera en que cada persona percibe su posición en la vida, considerando el contexto cultural y el sistema de valores en el que se desarrolla, así como en relación con sus metas, expectativas, normas e intereses personales (15).

Se puede definir como el conjunto de dimensiones dentro de la vida de un individuo que confluyen para una percepción individualizada de satisfacción. La individualidad de cada persona (edad, sexo, religión, etc), pone en conflicto la conceptualización de calidad de vida, puesto que se muestra como un indicador multidimensional relacionado a la salud que incluye varios aspectos: físico, psicológico y social. Además, considerando que cada dimensión es parte de un componente objetivo y un componente subjetivo (16).

La calidad de vida se define como el nivel de bienestar que experimenta una persona en relación con el desarrollo de sus capacidades. Este concepto integra una dimensión subjetiva, vinculada a la percepción individual del estado físico, emocional y social, incluyendo aspectos como la seguridad, la expresión de sentimientos y la autovaloración de la salud; así como una dimensión objetiva, relacionada con las condiciones de vida, el entorno social y comunitario, además de la valoración externa del estado de salud (17).

2.2.1.1 Teoría relacionada a calidad de vida

La *Teoría de bienestar subjetivo* propuesta por Ed Diener, se centra en cómo las personas perciben su propia vida y cómo esta percepción influye en su calidad de vida. Se entiende que la calidad de vida no solo está determinada por factores objetivos como la salud, el empleo y el acceso a recursos, sino que depende en gran medida de cómo las personas evalúan su vida. Del mismo modo se puede entender el Bienestar Subjetivo como el balance global que las personas hacen de sus oportunidades vitales, recursos sociales, personales y aptitudes

individuales, del curso de los acontecimientos a los que se enfrentan, privación u opulencia, soledad o compañía, y de la experiencia emocional derivada de ello (18).

Asimismo, la *Teoría de Jerarquía de Necesidades* propuesta por Abraham Maslow es una de las teorías más conocidas relacionadas con el bienestar y la calidad de vida. Maslow sugirió que las personas tienen diferentes niveles de necesidades, y solo una vez que se satisfacen las necesidades más básicas, se pueden alcanzar las necesidades más altas. Este modelo se aplica tanto a la calidad de vida personal como a la salud mental. La administración y las ciencias sociales se enfocan principalmente al estudio del comportamiento humano definiendo términos y conceptos como: deseos, necesidades, instintos, impulsos, etc. para hacer referencia a una fuerza interna del individuo que lo lleva a tener un comportamiento positivo o negativo y poder lograr una meta u objetivo previamente planteado, como lo hacen diversos autores en sus investigaciones con la finalidad de destacar la relevancia que tienen las personas en los diversos ámbitos que se desarrollan (19).

A su vez la *Teoría del Control* propuesta por Langer y Rodin sugiere que la percepción de control sobre la propia vida tiene un impacto directo sobre la calidad de vida. Las personas que sienten que tienen control sobre su entorno, sus decisiones y su bienestar, tienden a experimentar mayores niveles de satisfacción y bienestar. Desde tiempos antiguos se ha reconocido que la percepción de control sobre la propia vida representa un factor relevante para el bienestar del ser humano. Esta noción ha sido abordada en distintos campos del conocimiento y en diversos tipos de literatura, tanto científica como filosófica. En este contexto, el filósofo griego Epicteto (55–135 a.C.) señaló que: “Ningún hombre es libre, si no es dueño de sí mismo”. El individuo que percibe poco o ningún control en su vida tiende a sentirse como un pequeño engrane que forma parte de una gran máquina, y expuesto a fuerzas imposibles de controlar (20).

2.2.2. Cuestionario de Percepción Infantil CPQ 11-14

El Cuestionario de Percepción Infantil CPQ 11-14 (Child Perceptions Questionnaire) es originalmente desarrollado por Jokovic et al. en Toronto -

Canadá respecto al año 2002 (21). Con la traducción para la lengua española peruana por Abanto et al. en el año 2011, demostró su validez en niños de habla inglesa, danés, alemán, árabe, portugués y chino (22), estos autores validaron el cuestionario con el objetivo principal medir la calidad de vida relacionada con la salud bucal en niños de 11 a 14 años.

El CPQ 11-14 se compone de varios dominios o dimensiones que abarcan diferentes aspectos de la vida relacionados con la salud bucal, consta de 37 ítems distribuidos de manera siguiente:

a) Síntomas orales

Los síntomas orales comprenden manifestaciones como dolor dental, infecciones, halitosis u otros signos que evidencian alteraciones en la cavidad bucal. Estas condiciones pueden repercutir significativamente en la calidad de vida, ya que el dolor persistente o las molestias al masticar y hablar interfiere con el desarrollo normal de las actividades diarias. En este contexto, patologías como la caries, las enfermedades periodontales y otras infecciones bucales contribuyen a disminuir el bienestar general. A medida que los síntomas se intensifican, el impacto negativo sobre la salud física se hace más evidente, pudiendo generar un deterioro en la calidad de vida (23). Este componente consta de 06 ítems que evalúan la presencia de dolor, molestias u otras manifestaciones asociadas a la salud bucal consta de 06 ítems y evalúa la presencia de dolor, molestias o malestar relacionado con la salud bucal.

b) Limitaciones funcionales

Las limitaciones funcionales respectan a la pérdida o reducción de la capacidad para realizar tareas y actividad cotidianas estas se relacionan con la capacidad de su realización efectiva de manera cotidiana; estas limitaciones pueden ser muy significativas por su aspecto funcional para la calidad de vida, ya que interfieren directamente con la rutinas personal del individuo (24), consta de 09 ítems evaluando la dificultad por realizar actividades relacionadas a boca y dientes.

c) Bienestar emocional

La salud mental puede describirse como una condición de bienestar en la cual la persona identifica sus habilidades, logra manejar las demandas habituales de la vida diaria, desarrolla actividades de manera productiva y aporta positivamente a su entorno social. Está determinado por una serie de factores a ser tomados en cuenta para que pueda lograrse esa sensación de paz y equilibrio. El bienestar emocional se relaciona con las emociones, éstas son la base que impulsa la conducta, las actitudes y las relaciones con el entorno. Las emociones son mecanismos que nos sirven para reaccionar rápidamente ante los acontecimientos que ocurren a nuestro alrededor (25), consta de 10 ítems y evalúa el bienestar emocional general relacionado con la salud bucal.

d) Bienestar social

Se refiere al grado en que una persona se siente integrada, apoyada y valorada dentro de su entorno social. Este aspecto del bienestar abarca la calidad de las relaciones interpersonales, capacidad para comunicarse con otros, y el nivel de participación en la vida comunitaria, familiar o grupal. Sentirse parte con redes de apoyo emocional y vínculos sociales saludables con elementos clave que contribuyan a la percepción general de bienestar (26), consta de 20 ítems y explora el impacto emocional y social respecto a problemas bucales.

Las puntuaciones por cada dimensión se basan en una escala Likert politómica, considerando las siguientes respuestas:

- Nunca = 0
- Una / dos veces = 1
- A veces = 2
- A menudo = 3
- Todos los días/casi todos los días = 4

La puntuación global del CPQ 11-14 se mide desde la sumatoria global, consta de 37 preguntas en variabilidad (0-148 pts.), un índice alto denota el grado de impacto en la calidad de vida del niño, alta (99-148 pts.), media (50-98 pts.) y baja (0-49 pts.).

Cada dimensión se identifica por las siguientes categorías de distribución:

- Síntomas orales, buena (0-12pts.) y mala (13-24 pts.)
- Limitaciones funcionales, buena (0-18pts.) y mala (19-36 pts.)
- Bienestar emocional, buena (0-18pts.) y mala (19-36 pts.)
- Bienestar social, buena (0-26 pts.) y mala (27-52 pts.)

2.2.3. Salud bucal

Según Franco (27) es el proceso mediante el cual los individuos y las comunidades están en condiciones de ejercer el mayor control sobre los determinantes de la salud y, de este modo, mejorar el estado de salud bucal. La promoción de la salud busca fortalecer las capacidades individuales y optimizar los mecanismos administrativos, organizativos y políticos que permitan a las personas y a las comunidades ejercer un mayor control sobre su propia salud. En el ámbito de la salud bucal colectiva, esta función adquiere gran relevancia debido a que las enfermedades bucodentales generan elevados niveles de morbilidad, incrementan la demanda de servicios de atención y se asocian con altos índices de ausentismo escolar y laboral. Asimismo, pueden relacionarse con el desarrollo o agravamiento de enfermedades crónicas no transmisibles.

Asimismo, resguarda implicancias en la salud general del ser humano respecto a su bienestar integral del individuo en fundamental para una buena calidad de vida contribuyendo a la adecuada masticación y facilitando una buena digestión (28).

Según la Organización Mundial de la Salud (28), la salud bucal es un componente esencial de la salud general y el bienestar. No se trata solo de la ausencia de enfermedad, sino de mantener una boca funcional y saludable durante toda la vida. La mayoría de las afecciones bucodentales se pueden

prevenir en gran medida y tratarse en sus etapas iniciales. La mayor parte de los casos son caries dentales, enfermedades periodontales, pérdida de dientes y cánceres bucodentales. Otras afecciones de importancia para la salud pública son las fisuras bucofaciales, la noma (una grave enfermedad gangrenosa que empieza en la boca y que afecta mayoritariamente a niños) y los traumatismos bucodentales.

La boca es uno de los órganos más importantes del sistema digestivo, puesto que es donde empieza el proceso, los componentes de la boca: dientes, encías, lengua son importante para procesar los alimentos que ingerimos es por este motivo que debemos cuidar esta parte del cuerpo para prevenir la aparición de enfermedades bucales. Educar a los niños para una buena salud bucal es primordial para prevenir caries y otras enfermedades por esto se debe concientizar a los niños desde la edad temprana y comiencen con buenos hábitos de higiene bucal ya que al ser pequeños a medida que van creciendo hasta llegar a su edad adulta estos hábitos perduraran hay que ser conscientes que la falta de higiene bucal en niños es debido a la falta de información que existe en la sociedad (29).

Existe una fuerte relación entre la salud oral y la salud sistémica, algunas enfermedades crónicas, como la diabetes mellitus, están relacionadas con la enfermedad periodontal. La endocarditis infecciosa puede ser causada por bacterias orales. Por eso, mantener la salud bucal también previene problemas generales respecto de salud (30).

Para el estudio se evaluará mediante un criterio respecto al Índice CPO-D (índice de dientes cariados, perdidos y obturados) así como el Índice IOHS (Índice Simplificado de Higiene Oral) considerado un criterio categórico diferenciado de manera que, buena (CPOD nivel muy bajo y bajo; IHOS nivel bueno), regular (CPOD nivel moderado; IHOS nivel regular) y mala (CPOD nivel alto y muy alto; IHOS nivel malo).

2.2.4. Índice CPO-D

El índice CPO-D es un acrónimo de cariado, perdido y obturado, considerado un indicador epidemiológico fundamental para medir la experiencia de caries dental tanto a nivel individual como poblacional. Este se calcula dividiendo el número total de dientes cariados, perdidos y obturados entre el número total de personas examinadas. La fórmula es la siguiente (31):

$$\text{CPO-D} = (\text{Número de dientes Cariados} + \text{Número de dientes Perdidos} + \text{Número de dientes Obturados}) / \text{Número total de personas examinadas}$$

Este índice se caracteriza por su uso amplio en la medición de la caries dental, al permitir la comparabilidad entre diferentes estudios y el seguimiento temporal de la enfermedad en distintas poblaciones (1,2). Según la OMS, se clasifica de la siguiente manera: muy bajo (<1.2), bajo (1.2 - 2.6), moderado (2.7 - 4.4), alto (4.5 - 6.5) y muy alto (> 6.5) (31).

De acuerdo con la metodología de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013), el registro de la experiencia de caries se realiza mediante el formulario *Oral Health Assessment Form for Children*, en el cual cada diente es clasificado según su condición clínica. Para ello, se emplean códigos específicos: 1 para diente con caries, 2 para diente obturado con caries, 3 para diente obturado sin caries y 4 para diente perdido a causa de caries. En el cálculo del índice CPO-D se consideran los dientes cariados, perdidos y obturados, sumando cada uno de estos componentes para determinar la experiencia de caries en el individuo (32).

2.2.5. Caries dental

A. Definición

La caries dental se define como una patología infecciosa originada por microorganismos capaces de producir ácidos, los cuales, en muchos casos, pueden transmitirse al niño durante los primeros meses de vida. Asimismo, es considerada una de las enfermedades crónicas con mayor frecuencia en la población infantil a nivel mundial, sin presentar diferencias significativas según sexo o grupo étnico. De igual manera, como otras enfermedades crónicas

prevalentes en la actualidad, presenta un origen multifactorial y se asocia estrechamente con diversos factores, entre ellos los estilos de vida, especialmente los hábitos alimentarios y la higiene bucal deficiente, la alimentación nocturna, el consumo elevado de azúcares, la colonización bacteriana temprana y el nivel socioeconómico bajo (33).

B. Etiología

La caries dental es fundamentalmente una enfermedad microbiana que resulta de un desequilibrio en el microbioma oral, conocido como disbiosis. Este desequilibrio provoca un cambio hacia especies bacterianas que producen y toleran mejor los ácidos, lo que aumenta significativamente el riesgo de desarrollar caries (34).

Los principales factores de la caries son tres grupos de microorganismos: *Streptococcus mutans*, *Lactobacillus spp.* y *Actinomyces spp.*, que juegan un papel fundamental en el inicio y avance de la enfermedad (35). La cariología estudia las complejas interacciones entre tres elementos clave: los fluidos orales como la saliva, los depósitos bacterianos que forman la placa dental, y los carbohidratos fermentables de la dieta, especialmente los azúcares (34).

Es relevante señalar que la caries dental puede transmitirse entre individuos. Diversos estudios indican que muchos niños adquieren bacterias cariogénicas principalmente a través del contacto con la saliva de la madre o de las personas responsables de su cuidado. Sin embargo, el desarrollo de la enfermedad depende de múltiples factores del propio individuo, como la cantidad y composición de su saliva, el proceso de erupción dental, la forma de los dientes y las características físico-químicas de su superficie. Además, influyen factores como la edad, la genética y aspectos socioeconómicos y culturales (34).

Recientemente se ha descubierto que ciertas variaciones genéticas, conocidas como polimorfismos de nucleótido único (SNPs), también contribuyen al desarrollo de la caries. Se han identificado SNPs en varios genes relacionados con la formación y mineralización del esmalte dental, así como con la respuesta inmunológica, que actúan como factores de riesgo para esta enfermedad (36).

C. Fisiopatología

La caries dental no es un proceso estático, sino un fenómeno dinámico caracterizado por ciclos continuos de pérdida y recuperación de minerales del diente (37).

La interacción entre bacterias cariogénicas y los carbohidratos de la dieta, como azúcares y almidones, da lugar a la formación de ácidos que afectan la estructura del esmalte. Este proceso favorece la pérdida de minerales, especialmente cuando existe una ingesta frecuente de alimentos y bebidas ricos en estos compuestos. La repetición de estos episodios contribuye a una desmineralización progresiva del tejido dental (34).

El punto crítico ocurre cuando el pH alcanza 5.5, valor en el cual la hidroxiapatita (el mineral principal del esmalte) comienza a disolverse. Si hay flúor presente, puede formarse fluorapatita, un mineral más resistente cuyo pH crítico es menor (4.5). Los ácidos penetran a través de los espacios entre los prismas del esmalte, causando una desmineralización que ocurre justo debajo de la superficie (37).

Afortunadamente, existe un proceso natural de reparación llamado remineralización, mediante el cual los cristales de la superficie dental pueden recuperar los minerales perdidos. La saliva desempeña un papel crucial en este proceso, ya que sus componentes previenen la pérdida de minerales y ayudan a mantener el equilibrio ácido-base en la placa dental (38).

La saliva, gracias a sus características físicas y composición química, proporciona un sistema de defensa natural a la cavidad bucal. Contiene una solución sobresaturada de calcio y fosfato que favorece el transporte de iones y neutraliza los ácidos, permitiendo una reparación limitada del tejido dental dañado (37).

Curiosamente, cuando el esmalte ha sido sometido repetidamente a estos ciclos de pérdida y recuperación de minerales, el tejido resultante se vuelve más resistente que el esmalte original. Los cristales de fluorapatita formados durante

estos procesos son más grandes y más resistentes a la disolución por ácidos que los cristales originales (37).

La lesión cariosa se manifiesta inicialmente como una mancha blanca o lesión incipiente, que representa una desmineralización bajo la superficie con una capa externa que se ha vuelto a mineralizar. En esta etapa temprana, la lesión todavía puede revertirse mediante la remineralización. Sin embargo, si las condiciones que favorecen el desarrollo de la caries persisten durante un tiempo prolongado, estas lesiones iniciales progresarán hasta que la superficie se colapse y se forme una cavidad visible (34).

A medida que avanza la lesión cavitada, el diente puede perder su vitalidad y existe un alto riesgo de que la infección se extienda más allá de los límites del diente, invadiendo los tejidos circundantes. La combinación de todos estos factores, su frecuencia de ocurrencia y los mecanismos básicos de la acción bacteriana sobre la superficie dental son los que determinan la susceptibilidad individual a la caries y la velocidad de su progresión (34).

D. Epidemiología

La caries dental tiene el dudoso honor de ser la enfermedad más prevalente en la humanidad y continúa siendo el principal problema de salud crónico en la infancia (34). Según datos del estudio sobre la carga mundial de morbilidad de 2021, la caries no tratada en dientes permanentes es uno de los trastornos de salud más frecuente a nivel global (28).

La caries dental afecta aproximadamente al 43,2% de la dentición primaria y al 28,2% de la dentición permanente, reflejando la persistencia de la enfermedad a pesar de las intervenciones preventivas disponibles (1). Esta condición genera dolor, dificultades funcionales y alteraciones estéticas que impactan negativamente la calidad de vida relacionada con la salud oral en la infancia (2).

En Perú, la carga de caries infantil es elevada, con prevalencias de caries no tratada de 44,6% en dentición primaria y 38,2% en dentición permanente, y de 85,6% en escolares menores de 15 años según la Encuesta Nacional de

Programas Presupuestales (3,4). Además, la reducción en el uso de servicios odontológicos en niños menores de 12 años entre 2017 y 2021 evidencia barreras de acceso y una cobertura insuficiente de acciones preventivas y de tratamiento, contribuyendo a la acumulación de caries no tratada (5).

2.2.6. Higiene bucal

A. Definición

La higiene bucal comprende el conjunto de medidas de cuidado personal destinadas a conservar la cavidad oral en condiciones saludables. Incluye el cepillado dental, el uso de dispositivos interdetales como el hilo dental y, en determinados casos, enjuagues químicos. Estas prácticas permiten controlar la acumulación de biopelícula y sus productos, contribuyendo a la prevención de caries, gingivitis y periodontitis. Asimismo, la higiene bucal forma parte de las estrategias de promoción y prevención en salud, al incorporar el uso de pastas fluoradas, colutorios y controles periódicos con el profesional odontólogo (39).

B. Importancia y repercusiones clínicas

La higiene bucal adecuada se plantea como una piedra angular de la prevención bucodental; en la reducción de la acumulación de placa, la inflamación por gingivitis y el riesgo de progresión hacia una periodontitis; disminuye la formación de lesiones cariosas al reducir sustratos y biofilms cariogénicos, contribuyendo a la preservación funcional y estética de la dentición. A escala poblacional, la práctica deficiente de higiene perjudica en una aparición de múltiples enfermedades bucales; por lo que amplía la necesidad de tratamiento y perjudica la calidad de vida relacionada con la salud oral, dado que aborda una relevancia de cuidado con fines estéticos, de salud oral, mejora y evitación de problemas relacionados (40).

La higiene deficiente favorece el biofilm maduro, aumento de Ph ácido por metabolitos bacterianos y lesiones en tejidos duros como la caries y blandos como es la gingivitis, por ende la remoción mecánica periódica del biofilm es la intervención más efectiva para prevenir una progresión; aún se presentan varias

cuestiones por diversas complejidades en la interacción de bacterias y el huésped debido a la composición de diversas clases de polímeros y sus numerosas variantes de manera que se entienda la mejora de la estructura y su función (41).

C. Aspectos funcionales

Se ven reflejo en un individuo con una pérdida de la función masticatoria, indicadores en la molestia de comer y alteraciones en el habla si la enfermedad progresa de forma crónica, estas limitaciones repercuten en la nutrición adecuada, el rendimiento propio de un contexto donde se desarrolle el individuo y la calidad de vida auto percibida, en pacientes con enfermedades graves, las bacterias orales vinculadas con la enfermedad propia dental puede complicar indicios de riesgo (42).

D. Factores anatómicos y locales de retención de placa

La morfología dental influye de manera significativa en la retención de biopelícula. En el maxilar superior, las superficies vestibulares de incisivos y molares, así como las fosas y fisuras de molares, constituyen áreas con alta susceptibilidad a la acumulación de placa y restos alimentarios. En la mandíbula, la cara lingual de los incisivos inferiores presenta frecuente depósito de cálculo supragingival debido a la proximidad de las glándulas salivales, lo que facilita la formación de sarro en ausencia de higiene adecuada. Ante la aparición de placa no controlada se presenta mayor demanda por tratamientos restauradores y periodontales, con implicancia económicas y de planificación en los servicios; correspondiente a una promoción de servicio comunitario (43).

2.2.7. Índice Simplificado de Higiene Oral

La higiene oral puede medirse mediante diferentes índices, que permiten cuantificar de manera objetiva la presencia de placa y cálculo. Entre ellos, el más utilizado en investigación epidemiológica es el Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS), diseñado por Greene y Vermillion en 1964 por su sencillez y confiabilidad, es una herramienta epidemiológica rápida para evaluar el estado

de higiene oral mediante la cuantificación de debris; es decir restos blandos y un cálculo de sarro en superficies dentarias representativas; su resultado tiene una varianza entre 0 a 6, donde valores más altos indican peor higiene; el cual es sencillo y reproducible para utilidad de comparativas en poblaciones que evalúan posibilidades ante la aparición de problemas dentarios.

- **Placa dental blanda (PDB)**

La placa blanda corresponde a una biopelícula compuesta por bacterias y matriz extracelular que se adhiere firmemente a las superficies dentarias. Se observa como una capa blanquecina o amarillenta y puede ser removida con el cepillado adecuado. Es el principal factor causal de la gingivitis y un elemento clave en la iniciación de la caries dental, por lo que su control diario es imprescindible para mantener la salud oral (21).

Valores de Placa Blanda:

- 0 : No hay placa
- 1 : Placa blanda cubre hasta 1/3 de la superficie dentaria
- 2 : Placa blanda cubre entre 1/3 y 2/3 de la superficie dentaria
- 3 : Placa blanda cubre más de 2/3 de la superficie dentaria

- **Cálculo dentario**

Es la forma mineralizada de la placa bacteriana, resultado de la precipitación de sales de calcio y fosfato procedentes de la saliva y el fluido crevicular, se adhiere firmemente a la superficie dentaria en localización supragingival o subgingival. Su textura rugosa facilita la retención de nueva biopelícula, convirtiéndose en un factor de riesgo para la progresión de la periodontitis. A diferencia de la placa blanda, su eliminación solo es posible mediante procedimientos profesionales como el raspado y alisado radicular (44).

Valores del cálculo dental:

- 0: No hay cálculo.

- 1: Presencia de cálculo supragingival que abarca hasta un tercio de la superficie del diente.
- 2: Acumulación de cálculo supragingival que se extiende entre un tercio y dos tercios de la superficie dentaria, pudiendo observar además pequeñas áreas de cálculo supragingival en la zona cervical.
- 3: Deposito de cálculo supragingival que supera los dos tercios de la superficie dental o presencia de una banda continua de cálculo subgingival a lo largo del diente.

Este índice evalúa seis superficies dentarias: vestibular de los primeros molares superiores (16 y 26), lingual de los primeros molares inferiores (36 y 46), y vestibular de los incisivos centrales superiores (11 y 21).

Para obtener el Índice de Higiene Oral Simplificado (IHO-S), se emplea la siguiente fórmula.

$$\text{IHO-S} = \text{placa blanda} + \text{cálculo dental} / 6$$

Donde:

- Placa blanda = suma de los valores de placa blanda en los 6 dientes índice.
- Cálculo dental = suma de los valores de cálculo dental en los 6 dientes índice.

Se divide entre 6 porque son seis superficies dentarias evaluadas.

El promedio de los puntajes da un valor entre 0 y 6, que se interpreta de la siguiente forma:

- 0.0 – 1.2: Buena higiene
- 1.3 – 3.0: Higiene regular
- 3.1 – 6.0: Higiene deficiente

El IHOS se ha consolidado como un indicador epidemiológico de referencia, útil para relacionar el nivel de higiene oral con la prevalencia de caries y enfermedad periodontal, así como para realizar comparaciones entre distintas poblaciones (45).

2.3. Definición de términos básicos

Placa bacteriana: Es una comunidad microbiana estructurada que se adhiere a las superficies dentarias y queda embebida en una matriz extracelular polimérica; inicialmente blanda y removible mediante higiene mecánica (46).

Caries dental: Se caracteriza por una aparición en la placa superficial del diente; consecuente del consumo excesivo y deliberado de azúcares entre alimentos y bebidas que generan una exposición inadecuada al flúor; generando pérdida e infección de la pieza dental (47).

Higiene bucal: Conjunto de prácticas destinadas a mantener la boca limpia y libre de placa bacteriana, restos de alimentos y microorganismos. Incluye el cepillado dental, el uso del hilo dental, enjuagues bucales y controles odontológicos periódicos (33).

Salud pública bucal: Área de la salud pública que se encarga de promover la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades bucodentales a nivel colectivo, mediante campañas educativas, políticas de acceso y servicios odontológicos preventivos (48).

Prevención bucodental: Conjunto de medidas orientadas a evitar la aparición de enfermedades en la cavidad oral. Incluye acciones como el uso de flúor, selladores dentales, educación sobre dieta saludable y revisiones odontológicas periódica (48).

Calidad de vida relacionada con la salud bucal: Hace referencia a la percepción que tiene una persona sobre el impacto de su salud oral en su bienestar físico, psicológico y social, así como en sus actividades cotidianas salud (27).

Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS – Green y Vermillion): Instrumento clínico diseñado para evaluar el nivel de higiene oral mediante la observación de la placa bacteriana y cálculo dental en superficies específicas de dientes seleccionados, proporcionando un valor cuantitativo del estado de higiene oral (45).

Escolares: Estudiantes que cursan la educación básica en instituciones públicas o privadas; en este estudio se consideran aquellos entre 11 y 14 años de edad, etapa caracterizada por cambios físicos, psicológicos y sociales que influyen en sus hábitos de salud (49).

Institución educativa pública: Centro de enseñanza financiado y administrado por el Estado, de acceso gratuito y regulado por las políticas educativas nacionales.

Institución educativa privada: Centro de enseñanza gestionado por personas naturales o jurídicas, cuyo financiamiento proviene principalmente del pago de matrículas y pensiones, bajo la supervisión del Ministerio de Educación.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Diseño de la investigación

El diseño de la investigación será no experimental, nivel relacional de asociación y de corte transversal, por las siguientes razones:

No experimental, porque no se manipularán las variables independientes; es decir, el investigador no intervendrá ni modificará las condiciones del estudio. Solo se observará y registrará el comportamiento de las variables tal como se manifiestan en la realidad (50).

Relacional de asociación, porque tiene como propósito determinar la relación entre la calidad de vida y la salud bucal en los escolares, identificando si los niveles de una variable se asocian con los niveles de la otra (51).

Transversal, porque la recolección de datos se realizará en un único momento del tiempo, lo que permitirá describir la situación actual de los participantes respecto a las variables estudiadas durante el año 2025 (50).

Con un enfoque cuantitativo; dado que se realizará el uso de magnitudes, observación y mediación desde un análisis para describir la realidad de cómo se presentan las variables propuestas (52).

3.2 Tipo de investigación

La investigación fue de tipo básico, ya que tuvo como finalidad ampliar el conocimiento científico sobre la relación entre la calidad de vida y la salud bucal en escolares, sin buscar la aplicación inmediata de los resultados en un contexto práctico o de intervención, según la clasificación propuesta por Hernández y Mendoza (50). Este tipo de estudio se orientó a generar evidencias teóricas que contribuyan a futuras investigaciones en el ámbito de la salud pública y la odontología preventiva.

El estudio presentó un enfoque cuantitativo, debido a que los datos recolectados fueron expresados en valores numéricos y analizados mediante procedimientos estadísticos, lo que permitió medir de manera objetiva los niveles de calidad de vida y de salud bucal en la población estudiada, de acuerdo con el modelo MAPIC propuesto por Hernández y Mendoza (50).

3.3 Población

La población inicial estuvo conformada por 234 estudiantes de 11 a 14 años matriculados en una institución educativa privada “Integrando” y una institución educativa pública “Señor de Torrechayoc”. Posteriormente, al aplicar los criterios de selección, la población accesible quedó constituida por 159 estudiantes.

3.4 Muestra

La muestra fue de tipo censal y estuvo conformada por la totalidad de la población accesible, integrada por 159 estudiantes de 11 a 14 años que cumplieron con los criterios de selección establecidos para el estudio.

3.4.1 Criterios de selección

3.4.1.1 Criterios de inclusión

- Estudiantes de 11 a 14 años cumplidos al momento de la recolección de datos
- Estudiantes matriculados y con asistencia regular durante el año lectivo 2025
- Consentimiento informado firmado por el apoderado y asentimiento informado del escolar
- Ausencia de aparatología odontológica fija (brackets) al momento del examen odontológico

3.4.1.2 Criterios de exclusión

- Presencia de enfermedades sistémicas que afecten la cavidad oral o el flujo salival
- Presencia de trastornos del desarrollo que impidan la comprensión y respuesta adecuada a los instrumentos de medición
- Tratamiento odontológico profesional reciente que altere temporalmente la percepción de la salud bucal, como profilaxis o aplicación de barniz de flúor

3.4.2 Tipo de muestreo

Se aplicó un muestreo censal, debido a que se trabajó con la totalidad de la población accesible que cumplió con los criterios de selección. Este procedimiento garantizó la representatividad de los datos y la validez de los resultados, al incluir a todos los estudiantes disponibles y evitar sesgos de selección (53).

3.5 Unidad de análisis

Escolar de 11 a 14 años en una institución educativa pública y privada en la provincia de Urubamba, Cusco - 2025.

El estudio se realizó con 159 estudiantes de 11 a 14 años matriculados, 85 fueron seleccionados de la institución educativa privada “Integrando” y 74 seleccionados de la institución educativa pública “Señor de Torrechayoc”, quienes constituyeron la unidad de análisis, sobre los cuales se aplicaron los instrumentos de recolección de datos para evaluar los índices de salud bucal, incluyendo experiencia de caries (CPOD), higiene oral (IHOS) y calidad de vida bucal, durante el año 2025.

3.6 Variables

3.6.1 Variable 1

Calidad de vida

3.6.2 Variable 2

Salud bucal

Dimensiones: Caries dental, Higiene bucal

Co - variables: Sexo, Edad

3.7 Operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Tipo de variable	Instrumento de medición	Expresión final de la variable
Calidad de vida	Corresponde a un constructo multidimensional que permite evaluar el impacto de diversas condiciones en el desempeño de las actividades diarias del individuo, evidenciando posibles afectaciones en su vida cotidiana. (55).	-Alta calidad de vida -Media calidad de vida -Baja calidad de vida	Síntomas orales	0- 24 puntos	Cualitativa Ordinal	Se utiliza el cuestionario CPQ 11-14 (Child Perceptions Questionnaire), orientado a evaluar la calidad de vida en relación a la salud bucal	Alta: entre 99 a 148 puntos Medio: entre 50 y 98 puntos Bajo: entre 0 a 49 puntos
			Limitaciones funcionales	0- 36 puntos			
			Bienestar emocional	0 – 36 puntos			
			Bienestar social	0 -52 puntos			

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Tipo de variable	Instrumento de medición	Expresión final de la variable
Salud bucal	La salud bucal es un estado de bienestar integral que permite al individuo desarrollar sus funciones vitales como hablar, masticar y socializar sin dolor, molestias. Este concepto abarca la ausencia de enfermedades bucodentales y la presencia de una funcionalidad plena que contribuye al bienestar general de la persona (47).	Se evalúa mediante la valoración clínica de la experiencia de caries dental y del estado de higiene bucal del individuo	Experiencia de caries dental	C:diente cariado P:diente perdido O:diente obturado D: dientes permanentes <u>C+P+O</u> = grupal Número de personas evaluadas	Cualitativa Ordinal	Índice CPO-D (Dientes Cariados, Perdidos y Obturados)	Muy bajo: <1.2 Bajo: 1.2 – 2.6 Moderado: 2.7–4.4 Alto: 4.5 – 6.5 Muy alto: >6.5
			Higiene bucal	Presencia de - Placa dental blanda -Cálculo dental	Cualitativa Ordinal	Índice IOHS (Índice Simplificado de Higiene Oral)	Bueno: 0.0 -1.2 Regular : 1.3 – 3.0 Malo: 3.1 – 6.0

Covariables	Definición conceptual	Definición operacional	Indicadores	Tipo de variable	Instrumento de medición	Expresión final de la variable
Sexo	La expresión del sexo según el dato del documento de identidad	El sexo se expresará como masculino y femenino, según el dato consignado en el documento de verificación.	Masculino Femenino	Cualitativa Nominal	Ficha de observación	Masculino Femenino
Edad	Edad expresada en años cumplidos por los participantes	La edad se expresará como 11, 12, 13 y 14 años, según el dato consignado en el documento de verificación.	Años de vida	Cuantitativa De Razón	Ficha de observación	11 años 12 años
						13 años 14 años

3.8 Hipótesis

HG: Existe relación estadísticamente significativa entre la calidad de vida y salud bucal en escolares de 11 a 14 años en una institución educativa pública y privada en la provincia de Urubamba, 2025

Ho: No existe relación estadísticamente significativa entre la calidad de vida y salud bucal en escolares de 11 a 14 años en una institución educativa pública y privada en la provincia de Urubamba, 2025.

3.9 Técnica e instrumentos de recolección

3.9.1 Técnica

La técnica que se utilizará en este estudio será la observación y la encuesta, considerando que permitirán recolectar información directa tanto del estado clínico de salud bucal como de la apreciación subjetiva de la calidad de vida en los escolares. La observación se empleará para evaluar indicadores clínicos como caries dental e higiene bucal, mientras que la encuesta permitirá conocer la percepción del niño sobre cómo su salud bucal impactará su bienestar psicosocial y funcional.

3.9.2 Instrumento

Se utilizarán los siguientes instrumentos:

Cuestionario de Percepción del Niño (CPQ 11-14): instrumento estandarizado que permitirá evaluar la calidad de vida vinculada a la salud bucodental en estudiantes, considerando dimensiones de tipo funcional, emocional y social estructuradas en 37 preguntas. Cada ítem responde mediante una escala de tipo Likert con cinco opciones de respuesta (0 = nunca, 1 = casi nunca, 2 = a veces, 3 = casi siempre, 4 = siempre). El puntaje global se calcula a partir de la suma de los ítems, en el que un valor más alto indica un mayor impacto de la salud bucal en la calidad de vida del niño y viceversa, clasificándose en alta (99-148 pts.), media (50-98 pts.) y baja (0-49 pts.).

Odontograma de la Organización Mundial de la Salud (OMS): Para la evaluación clínica de la salud bucal, se empleará la odontograma propuesta por la OMS (2013) (32), que permitirá registrar los dientes cariados, perdidos y obturados. Con esta información se calculará el índice CPO-D, que mide la experiencia de caries dental. Asimismo, cada registro se realizará siguiendo los códigos establecidos por la OMS: 1 (diente con caries), 2 (diente obturado con caries), 3 (diente obturado sin caries) y 4 (diente perdido por caries), los cuales permiten determinar con precisión los componentes del índice CPO-D.

Índice Simplificado de Higiene Oral (IOHS): Instrumento empleado para evaluar el nivel de higiene bucal mediante la observación de la presencia de placa bacteriana y cálculo dental en superficies dentarias específicas, lo que permite clasificar el nivel de higiene oral de los escolares de acuerdo con criterios estandarizados utilizados en estudios epidemiológicos (45).

3.10 Procedimiento

3.10.1 Etapa de procedimientos administrativos

Para la ejecución del presente estudio, se realizaron los siguientes procedimientos administrativos:

1. Aprobación del proyecto:

El proyecto de investigación fue elaborado conforme a las normas establecidas por la Escuela Profesional de Odontología de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco y revisado por el asesor responsable, quien autorizo su desarrollo.

2. Solicitud de permisos institucionales:

Se remitieron oficios de solicitud de autorización a las direcciones de las instituciones educativas participantes:

- A la Institución Educativa Pública “Señor de Torrechayoc”, dirigida por la Mg. Angie Gonzales Beltrán.
- A la Institución Educativa Particular Integrandó, dirigido por el Lic. Eustaquio Huayta Vera.

Ambas instituciones se encuentran ubicadas en la provincia de Urubamba, departamento de Cusco.

Una vez obtenidas las autorizaciones correspondientes, se programó la aplicación de los instrumentos de recolección de datos

3. Consentimiento informado:

Se explicará a los estudiantes el propósito y la importancia del estudio, así como las actividades que se realizarían durante la recolección de datos. Luego de brindar la información correspondiente, se entregaron las hojas de consentimiento informado para que fueran llevadas a sus hogares y firmadas por sus padres o apoderados. En dicho documento se detallaron los objetivos, beneficios, voluntariedad y confidencialidad del estudio, garantizando el respeto a los derechos de los participantes y el uso exclusivo de la información con fines académicos.

4. Coordinación institucional:

Se coordinó con los directivos y docentes tutores de ambas instituciones las fechas y horarios adecuados para la aplicación de los instrumentos, procurando no interferir con las actividades escolares habituales.

3.10.2 Etapa de aplicación de instrumento

Una vez obtenidas las autorizaciones institucionales y los consentimientos informados firmados por los padres o apoderados, se procederá a la aplicación de los instrumentos en las instituciones educativas seleccionadas. Las actividades se desarrollarán en coordinación con los directores y docentes tutores, siguiendo el siguiente orden:

1. Coordinación y preparación:

Se coordinará con las autoridades educativas las fechas y horarios más convenientes para la aplicación de los instrumentos en cada institución, procurando no interferir con las actividades académicas. Posteriormente se acudirá a ambas instituciones con los materiales requeridos y cumpliendo las medidas de bioseguridad establecidas.

2. Explicación a los estudiantes:

En compañía de los docentes tutores, se explicará a los estudiantes el propósito del estudio, la forma de responder el cuestionario y la importancia de su participación. Se garantizará un ambiente tranquilo y ordenado que facilite la comprensión de las indicaciones.

3. Aplicación del cuestionario:

Se entregará a cada estudiante el cuestionario sobre calidad de vida relacionada con la salud bucal, el cual será respondido de forma individual.

Antes de su aplicación, la investigadora brindará las indicaciones necesarias sobre cómo resolverlo correctamente, asegurándose de que todos los participantes comprendan cada parte del instrumento.

Se otorgará un tiempo aproximado de 15 minutos para completar el cuestionario.

Durante el proceso, la investigadora permanecerá en el aula para resolver dudas sin intervenir en las respuestas de los estudiantes.

4. Evaluación clínica bucal:

Una vez concluido el cuestionario, se procederá a la observación clínica mediante el uso del odontograma y el índice de higiene oral.

Para esta etapa, se adecuará un ambiente dentro de la institución, disponiendo de una silla y un campo de trabajo que permita realizar el examen de forma cómoda, segura y con buena iluminación.

La observación será netamente visual, utilizando bajalenguas, guantes y una linterna de cabeza marca Petrul, modelo LI-CA- 3AAAP, todos previamente desinfectados.

Al finalizar cada evaluación, los materiales desechables, incluidos guantes y bajalenguas, serán correctamente eliminados, siguiendo las normas de bioseguridad y manejo de residuos vigentes.

La observación se realizará bajo condiciones de asepsia, registrando cuidadosamente los hallazgos en las fichas respectivas.

5. Cierre de la actividad:

Al concluir la evaluación, se agradecerá la colaboración de los estudiantes, docentes y directivos de ambas instituciones educativas, destacando la importancia de su participación en el desarrollo del estudio. Finalmente, se entregará a cada estudiante un cepillo dental, como muestra de agradecimiento y con el propósito de promover una adecuada higiene bucal.

3.11 Validez y confiabilidad de los instrumentos

Con la finalidad de garantizar la validez y confiabilidad de los instrumentos de recolección de datos utilizados en la presente investigación, se consideraron los antecedentes de validación y los procedimientos estadísticos correspondientes antes de su aplicación definitiva.

El Cuestionario de Percepción del Niño (CPQ 11-14) es un instrumento estandarizado que presenta adecuada validez de contenido, respaldada por la evaluación de expertos en odontología pediátrica, así como validez de constructo, determinada mediante análisis factorial, evidenciando una adecuada estructura dimensional del instrumento (56). Asimismo, diversos estudios han demostrado que el cuestionario presenta una adecuada confiabilidad interna, evaluada mediante el coeficiente Alfa de Cronbach, con valores que oscilan entre 0,71 y 0,83, lo que indica una consistencia interna aceptable para su aplicación en población infantil (56,57).

En el contexto peruano, el cuestionario CPQ 11-14 fue adaptado y validado por Abanto et al. en el año 2011, demostrando adecuados niveles de validez y confiabilidad para su uso en escolares peruanos (24).

Por otro lado, los instrumentos clínicos utilizados en la investigación, específicamente el índice CPO-D y el Índice Simplificado de Higiene Oral (IHOS), son indicadores estandarizados ampliamente empleados en estudios epidemiológicos en salud bucal y recomendados por la Organización Mundial de la Salud, presentando adecuados niveles de confiabilidad cuando son aplicados siguiendo criterios diagnósticos estandarizados (40,48).

3.12 Prueba piloto

Previo a la aplicación definitiva del instrumento de recolección de datos tipo cuestionario, se realizó una prueba piloto con la finalidad de evaluar la claridad, comprensión y aplicabilidad del Cuestionario de Percepción del Niño CPQ 11-14, así como determinar el tiempo requerido para su aplicación.

La prueba piloto se llevó a cabo en una población equivalente al 10 % de la población de estudio, conformada por escolares de 11 a 14 años, con características similares a la población objetivo, quienes no formaron parte de la muestra final de la investigación.

Durante la aplicación del cuestionario CPQ 11-14 se evaluó la comprensión de los ítems, la adecuación del lenguaje y la coherencia de las respuestas, determinándose un tiempo aproximado de 18 a 20 minutos para su desarrollo.

Los resultados obtenidos evidenciaron que el cuestionario presentó una adecuada comprensión y aplicabilidad para la población de estudio, por lo que no fue necesario realizar modificaciones sustanciales. Con los datos obtenidos se procedió a evaluar la confiabilidad del instrumento mediante el coeficiente Alfa de Cronbach, obteniéndose valores aceptables que evidencian una adecuada consistencia interna.

En base a los resultados de la prueba piloto, se concluyó que el cuestionario CPQ 11-14 fue válido, confiable y apto para su aplicación en la muestra definitiva del estudio.

3.13 Calibración

Con el fin de asegurar la precisión y uniformidad en la recolección de los datos clínicos, se realizó la calibración del examinador previo al inicio del trabajo de campo, siguiendo los criterios diagnósticos estandarizados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para estudios epidemiológicos en salud bucal.

La calibración consistió en la evaluación clínica de un grupo de escolares con características similares a la población de estudio, aplicándose los criterios correspondientes para el registro del índice CPO-D y del Índice Simplificado de Higiene Oral (IHOS). Los registros se realizaron bajo condiciones similares a las del estudio, utilizando los mismos procedimientos e instrumentos clínicos.

Para evaluar la confiabilidad de los registros clínicos se determinó la concordancia intra examinador, empleándose el coeficiente Kappa, el cual es recomendado para medir el grado de acuerdo en variables categóricas. Se

consideraron valores de Kappa superiores a 0,80 como indicativos de una concordancia casi perfecta, evidenciando un nivel adecuado de consistencia en la aplicación de los criterios diagnósticos y garantizando la confiabilidad de los datos recolectados (40).

3.14 Plan de análisis de los datos

El procesamiento y análisis de los datos se realizará mediante el paquete estadístico SPSS versión 26.

Para los objetivos específicos 1, 2 y 3, que tienen un carácter descriptivo, se llevará a cabo un análisis descriptivo mediante tablas de frecuencias absolutas y relativas. Asimismo, cuando se considere pertinente, se utilizarán tablas de doble entrada para caracterizar la distribución de las variables principales según las Covariables edad y sexo, con la finalidad de describir de manera completa la muestra de escolares de 11 a 14 años de instituciones educativas públicas y privadas de la provincia de Urubamba.

Para los objetivos específicos 4 y 5, orientados a evaluar la asociación entre variables categóricas, se aplicará la prueba de Chi-cuadrado (χ^2), con el fin de determinar la existencia de asociación significativa entre la calidad de vida y las distintas dimensiones de la salud bucal en los escolares.

Para el objetivo general, considerando que las variables del estudio se encuentran medidas en escala ordinal, se empleará el coeficiente de correlación Rho de Spearman, con la finalidad de establecer la relación existente entre la calidad de vida y la salud bucal.

Los resultados serán considerados estadísticamente significativos cuando el valor de p sea menor a 0,05, utilizando un nivel de confianza del 95%.

3.15 Aspecto ético

La indagación se efectuará de manera prospectiva dentro del período comprendido y delimitado, la investigación se rige por los fundamentos de la declaración de Helsinki (54). No se transgrede ninguna norma legal, ni moral. Se

presenta un diseño en el cual no se arriesga la vida de los pacientes durante su aplicación ya que la unidad de análisis será los estudiantes previo consentimiento informado necesariamente. Se cumplirá el principio de confidencialidad a identificar a cada participante desde su participación voluntaria; por lo que se esclarecerá sobre la relevancia, objetivos, proceso y propósito del estudio.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

TABLA 1

Calidad de vida en escolares de 11 a 14 años de una institución educativa pública, según edad y sexo de la provincia de Urubamba, Cusco – 2025

Covariables			Calidad de vida				
			Baja	Media	Alta	Total	
Institución educativa pública	Sexo	Masculino	F	18	13	0	31
			%	58.06%	41.94%	0.00%	100.00%
		Femenino	F	25	11	9	45
			%	55.56%	24.44%	20.00%	100.00%
	Edad	11 a 12 años	F	19	12	1	32
			%	59.38%	37.50%	3.13%	100.00%
	13 a 14 años	F	24	12	8	44	
		%	54.55%	27.27%	18.18%	100.00%	

Fuente: elaboración propia

Interpretación

Al establecer la calidad de vida en los estudiantes de sexo masculino se observa que el 58.06% presenta un nivel bajo de calidad de vida, mientras que el 41.94% alcanza un nivel medio y ningún estudiante registra un nivel alto; por su parte, en el sexo femenino se observa que el 55.56% presenta un nivel bajo, el 24.44% un nivel medio y el 20.00% tiene un nivel alto de calidad de vida. Considerando la covariable edad, los escolares de 11 a 12 años muestran que el 59.38% tiene un nivel bajo, el 37.50% un nivel medio y apenas el 3.13% presenta un nivel alto, en tanto que el grupo de 13 a 14 años refleja que el 54.55% se encuentra en nivel bajo, el 27.27% en nivel medio y el 18.18% alcanza un nivel alto.

TABLA 2

Calidad de vida en escolares de 11 a 14 años de una institución educativa privada, según edad y sexo de la provincia de Urubamba, Cusco – 2025

Covariables			Calidad de vida				
			Baja	Media	Alta	Total	
Institución educativa privada	Sexo	Masculino	F	5	15	32	52
			%	9.62%	28.85%	61.54%	100.00%
		Femenino	F	3	14	14	31
			%	9.68%	45.16%	45.16%	100.00%
	Edad	11 a 12 años	F	7	8	26	41
			%	17.07%	19.51%	63.41%	100.00%
		13 a 14 años	F	1	21	20	42
			%	2.38%	50.00%	47.62%	100.00%

Fuente: elaboración propia

Interpretación

Al establecer la calidad de vida en los estudiantes de sexo masculino, los hallazgos indican la mayoría con 61.54% tiene un nivel alto, el 28.85% se ubica en nivel medio y, únicamente el 9.62% presenta un nivel bajo de calidad de vida, en cuanto al sexo femenino el 45.16% presenta un nivel medio y otro 45.16% logra un nivel alto de calidad de vida y se identifica que el 9.68% mantiene un nivel bajo. Al analizar los grupos etarios, los estudiantes de 11 a 12 años revelan que predominantemente el 63.41% muestra un nivel alto, el 19.51% un nivel medio y, el 17.07% tiene un nivel bajo, mientras que los adolescentes de 13 a 14 años muestra un nivel medio con 50.00%. El 47.62% logra un nivel alto y, solamente el 2.38% se encuentra en nivel bajo.

TABLA 3

Experiencia de caries en escolares de 11 a 14 años de una institución educativa pública, según edad y sexo de la provincia de Urubamba, Cusco - 2025

Covariables			CPOD					
			Muy bajo	Moderado	Alto	Muy alto	Total	
Institución educativa pública	Sexo	Masculino	F	1	14	13	3	31
			%	3.2%	45.2%	41.9%	9.7%	100.0%
		Femenino	F	12	11	18	4	45
			%	26.7%	24.4%	40.0%	8.9%	100.0%
	Edad	11 a 12 años	F	3	12	15	2	32
			%	9.4%	37.5%	46.9%	6.3%	100.0%
		13 a 14 años	F	10	13	16	5	44
			%	22.7%	29.5%	36.4%	11.4%	100.0%

Fuente: elaboración propia

Interpretación

Al determinar la experiencia de caries dental en los estudiantes de sexo masculino se observa que el 45.2% un nivel moderado, el 41.9% un nivel alto, el 9.7% alcanza un nivel muy alto y, el 3.2% presenta un nivel muy bajo de CPOD; asimismo, en el sexo femenino se aprecia que, el 40.0% un nivel alto, el 24.4% un nivel moderado, el 26.7% mantiene un nivel muy bajo y el 8.9% registra un nivel muy alto de experiencia de caries. Al examinar la distribución por edades, el grupo de 11 a 12 años manifiesta que el 46.9% un nivel alto, el 37.5% un nivel moderado, el 9.4% tiene un nivel muy bajo y el 6.3% presenta un nivel muy alto, y en el grupo de 13 a 14 años donde el 36.4% un nivel alto, el 29.5% presenta un nivel moderado, el 22.7% evidencia un nivel muy bajo y el 11.4% alcanza un nivel muy alto.

TABLA 4

Experiencia de caries en escolares de 11 a 14 años de una institución educativa privada, según edad y sexo de la provincia de Urubamba, Cusco - 2025

Covariables				CPOD				Total
				Muy bajo	Moderado	Alto	Muy alto	
Institución educativa privada	Sexo	Masculino	F	36	14	2	0	52
			%	69.2%	26.9%	3.8%	0.0%	100.0%
	Femenino	F	15	14	1	1		31
		%	48.4%	45.2%	3.2%	3.2%		100.0%
	Edad	11 a 12 años	F	30	7	3	1	41
			%	73.2%	17.1%	7.3%	2.4%	100.0%
		13 a 14 años	F	21	21	0	0	42
			%	50.0%	50.0%	0.0%	0.0%	100.0%

Fuente: elaboración propia

Interpretación

Al determinar la experiencia de caries dental en los estudiantes de sexo masculino los datos revelan que el 69.2% presenta un nivel muy bajo de CPOD, el 26.9% un nivel moderado, el 3.8% un nivel alto y ningún estudiante registra un nivel muy alto; del mismo modo, en el sexo femenino se constata que el 48.4% mantiene un nivel muy bajo, el 45.2% un nivel moderado, el 3.2% un nivel alto y el 3.2% evidencia un nivel muy alto de experiencia de caries. Atendiendo a la edad, los estudiantes entre 11 a 12 años muestran que el 73.2% tiene un nivel muy bajo, el 17.1% un nivel moderado, el 7.3% un nivel alto y el 2.4% presenta un nivel muy alto, a diferencia del grupo de 13 a 14 años donde el 50.0% se ubica en nivel muy bajo, otro 50.0% en nivel moderado y ninguno alcanza los niveles alto ni muy alto.

TABLA 5

Higiene bucal en escolares de 11 a 14 años de una institución educativa pública, según edad y sexo de la provincia de Urubamba, Cusco – 2025

Covariables			IHOS			
			Malo	Regular	Bueno	Total
Institución educativa pública	Sexo	Masculino	F 19	12	0	31
			% 61.3%	38.7%	0.0%	100.0%
		Femenino	F 22	14	9	45
			% 48.9%	31.1%	20.0%	100.0%
	Edad	11 a 12 años	F 34	17	1	52
			% 65.4%	32.7%	1.9%	100.0%
		13 a 14 años	F 15	14	2	31
			% 48.4%	45.2%	6.5%	100.0%

Fuente: elaboración propia

Interpretación

Al identificar la higiene bucal en estudiantes del sexo masculino, se observa que el 61.3% presenta un nivel malo de higiene bucal, el 38.7% un nivel regular y ningún estudiante alcanza un nivel bueno, mientras que, en el sexo femenino se identifica que el 48.9% mantiene un nivel malo, el 31.1% un nivel regular y el 20.0% logra un nivel bueno de higiene bucal. Considerando la distribución etaria, los escolares de 11 a 12 años reflejan que el 65.4% tiene un nivel malo, el 32.7% un nivel regular y solamente el 1.9% evidencia un nivel bueno, al tiempo que el segmento de 13 a 14 años presenta que el 48.4% se encuentra en nivel malo, el 45.2% en nivel regular y el 6.5% presenta un nivel bueno.

TABLA 6

Higiene bucal en escolares de 11 a 14 años de una institución educativa privada, según edad y sexo de la provincia de Urubamba, Cusco - 2025

Covariables				IHOS			
				Malo	Regular	Bueno	Total
Institución educativa privada	Sexo	Masculino	F 3	10	28	41	
			% 7.3%	24.4%	68.3%	100.0%	
		Femenino	F 0	21	21	42	
			% 0.0%	50.0%	50.0%	100.0%	
	Edad	11 a 12 años	F 3	17	34	54	
			% 5.6%	31.5%	63.0%	100.0%	
		13 a 14 años	F 2	14	15	31	
			% 6.5%	45.2%	48.4%	100.0%	

Fuente: elaboración propia

Interpretación

Al identificar la higiene bucal en estudiantes referente al sexo masculino, los resultados muestran que el 68.3% alcanza un nivel bueno, el 24.4% un nivel regular y el 7.3% presenta un nivel malo de higiene bucal, respecto al sexo femenino se aprecia que, el 50.0% presenta un nivel regular y otro 50.0% tiene un nivel bueno de higiene bucal y ninguna estudiante mantiene un nivel malo. Al evaluar por grupos de edad, los estudiantes de 11 a 12 años demuestran que mayoritariamente el 63.0% evidencia un nivel bueno, el 31.5% un nivel regular y únicamente el 5.6% tiene un nivel malo; en los escolares de 13 a 14 años el 48.4% muestra un nivel bueno, el 45.2% en nivel regular y el 6.5% se ubica en nivel malo.

TABLA 7

Relación entre la calidad de vida y la experiencia de caries en escolares de 11 a 14 años de una institución educativa pública y privada de la provincia de Urubamba, Cusco - 2025

CPOD		Calidad de vida				Chi cuadrado
			Baja	Media	Alta	Total
Institución educativa pública	Muy bajo	N	4	0	9	13
		F	30.77%	0.00%	69.23%	100.00%
	Moderado	N	1	24	0	25
		F	4.00%	96.00%	0.00%	100.00%
	Alto	N	31	0	0	31
		F	100.00%	0.00%	0.00%	100.00%
	Muy alto	N	7	0	0	7
		F	100.00%	0.00%	0.00%	100.00%
	Muy bajo	N	3	2	46	51
		F	5.88%	3.92%	90.20%	100.00%
	Moderado	N	1	27	0	28
		F	3.57%	96.43%	0.00%	100.00%
Institución educativa privada	Alto	N	3	0	0	3
		F	100.00%	0.00%	0.00%	100.00%
	Muy alto	N	1	0	0	1
		F	100.00%	0.00%	0.00%	100.00%

Fuente: elaboración propia

Interpretación

Al determinar la relación de la calidad de vida y experiencia de caries dental en la institución educativa pública se observa que del total de escolares con nivel muy bajo de CPOD, el 69.23% calidad de vida alta y, el 30.77% presenta calidad de vida baja, mientras que del grupo con nivel moderado de CPOD tanto el nivel alto como el muy alto de experiencia de caries concentran el 100.00% de los casos en calidad de vida baja, el 96.00% calidad de vida media y, el 4.00% mantiene calidad de vida baja. Por su parte, en la institución educativa privada se constata que del total de estudiantes con nivel muy bajo de CPOD el 90.20%

calidad de vida alta, el 5.88% presenta calidad de vida baja y, el 3.92% calidad de vida media y, en tanto que del grupo con nivel moderado el 96.43% calidad de vida media y, el 3.57% mantiene calidad de vida baja y, además, tanto el nivel alto como el muy alto de experiencia de caries evidencian el 100.00% de los casos en calidad de vida baja. El valor de Chi cuadrado de 0.001 demuestra una relación estadísticamente significativa entre ambas variables en las dos instituciones educativas.

TABLA 8

Relación entre la calidad de vida y la higiene bucal en escolares de 11 a 14 años de una institución educativa pública y privada de la provincia de Urubamba, Cusco - 2025

IHOS		Calidad de vida				Chi cuadrado
			Baja	Media	Alta	Total
Institución educativa pública	Malo	N	39	2	0	41
		F	95.12%	4.88%	0.00%	100.00%
	Regular	N	3	22	1	26
		F	11.54%	84.62%	3.85%	100.00%
	Bueno	N	1	0	8	9
		F	11.11%	0.00%	88.89%	100.00%
Institución educativa privada	Malo	N	3	0	0	3
		F	100.00%	0.00%	0.00%	100.00%
	Regular	N	2	29	0	31
		F	6.45%	93.55%	0.00%	100.00%
	Bueno	N	3	0	46	49
		F	6.12%	0.00%	93.88%	100.00%

Fuente: elaboración propia

Interpretación

Al determinar la relación de la calidad de vida y experiencia de caries dental en la institución educativa pública, los datos revelan que del total de escolares con higiene bucal mala, el 95.12% presenta una calidad de vida baja, el 4.88% una calidad de vida media y ninguno alcanza una calidad de vida alta, mientras que entre aquellos con higiene bucal regular, el 84.62% una calidad de vida media, el 11.54% mantiene una calidad de vida baja y el 3.85% evidencia una calidad de vida alta, asimismo, del grupo con higiene bucal buena, el 88.89% logra una calidad de vida alta, el 11.11% registra una calidad de vida baja y ninguno presenta nivel medio. Por su parte, en la institución educativa privada se constata que del total de estudiantes con higiene bucal mala, el 100.0% presenta una calidad de vida baja y ninguno alcanza los niveles medio ni alto, en

tanto que entre aquellos con higiene bucal regular, el 93.55% una calidad de vida media, el 6.45% mantiene una calidad de vida baja y ninguno evidencia nivel alto, además, del segmento con higiene bucal buena, el 93.88% alcanza una calidad de vida alta, el 6.12% registra una calidad de vida baja y, ninguno presenta nivel medio. El valor de Chi cuadrado de 0.001 demuestra una relación estadísticamente significativa entre la higiene bucal y la calidad de vida en ambas instituciones educativas.

TABLA 9

Relación entre la calidad de vida y salud bucal en escolares de 11 a 14 años de una institución educativa pública y privada de la provincia de Urubamba, Cusco - 2025

Calidad de vida	Coefficiente de correlación	Sig. (bilateral)	N
CPOD	-,849**	0.000	159
IHOS	,846**	0.000	

Fuente: elaboración propia

Interpretación

Al determinar la relación de la calidad de vida y salud bucal los resultados del análisis relacional demuestran que existe una relación inversa y estadísticamente significativa entre la calidad de vida y el índice CPOD, evidenciándose un coeficiente de correlación de -0.849 con un nivel de significancia bilateral de 0.000, lo cual indica que a mayor experiencia de caries, menor será el nivel de calidad de vida de los escolares evaluados en las instituciones educativas pública y privada. Del mismo modo, se constata una relación directa y estadísticamente significativa entre la calidad de vida y el índice IHOS, registrándose un coeficiente de correlación de 0.846 con un nivel de significancia bilateral de 0.000, lo que señala que a mejor higiene bucal mayor será el nivel de calidad de vida de los estudiantes y viceversa. Por tanto, los hallazgos confirman que los indicadores de salud bucal, tanto la experiencia de caries como la higiene oral, se encuentran significativamente asociados con la percepción de bienestar general de los escolares que conformaron la muestra de estudio en ambas instituciones educativas.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

a. Descripción de los hallazgos más relevantes y significativos

En el presente estudio participaron 159 escolares entre 11 y 14 años de edad, distribuidos en dos instituciones educativas de la provincia de Urubamba: 76 estudiantes pertenecientes a una institución educativa pública y 83 escolares matriculados en una institución educativa privada. La muestra estuvo conformada predominantemente por el sexo femenino en la institución pública con 59.2% y por el sexo masculino en la institución privada con 62.7%. En cuanto a la distribución etaria, el grupo de 11 a 12 años representó el 42.1% en la institución pública, mientras que en la institución privada se observó una distribución más equitativa entre ambos grupos de edad, con 49.4% para el rango de 11 a 12 años y 50.6% para el grupo de 13 a 14 años.

Respecto a la calidad de vida en escolares de la institución educativa pública, el 56.6% de los estudiantes presentó un nivel bajo, el 31.6% alcanzó un nivel medio y solamente el 11.8% tuvo un nivel alto. Según el sexo, el 58.06% de los estudiantes masculinos evidenció un nivel bajo de calidad de vida, mientras que el 55.56% de las estudiantes femeninas también presentó este nivel. En cuanto a la edad, el 59.38% de los escolares de 11 a 12 años mostró un nivel bajo de calidad de vida, en tanto que el 54.55% del grupo de 13 a 14 años se encontró igualmente en este nivel. Cabe destacar que únicamente el sexo femenino registró estudiantes con nivel alto de calidad de vida, representando el 20.00% de este grupo, y de manera similar, en el grupo etario de 13 a 14 años se observó que el 18.18% alcanzó un nivel alto, mientras que en el grupo de 11 a 12 años apenas el 3.13% logró este nivel.

Por su parte, en la institución educativa privada se constató que el 55.4% de los escolares presentó un nivel alto de calidad de vida, el 34.9% alcanzó un nivel medio y solamente el 9.6% registró un nivel bajo. Según el sexo, el 61.54% de los estudiantes masculinos evidenció un nivel alto de calidad de vida, mientras que en el sexo femenino se observó una distribución equitativa entre los niveles medio y alto, con 45.16% en cada categoría. Respecto a la edad, el 63.41% de los escolares de 11 a 12 años mostró un nivel alto de calidad de vida, y el grupo

de 13 a 14 años donde el 50.00% se ubicó en nivel medio y el 47.62% en nivel alto. Es importante destacar que tanto en el sexo masculino como en el femenino, la proporción de estudiantes con nivel bajo de calidad de vida fue mínima, con 9.62% y 9.68% respectivamente, asimismo, el grupo de 13 a 14 años registró únicamente el 2.38% en nivel bajo, siendo el porcentaje más reducido entre todas las categorías analizadas.

En cuanto a la experiencia de caries en escolares de la institución educativa pública, el 40.8% presentó un nivel alto de CPOD, el 32.9% alcanzó un nivel moderado, el 17.1% evidenció un nivel muy bajo y el 9.2% registró un nivel muy alto. Según el sexo, el 45.2% de los estudiantes masculinos mostró un nivel moderado de CPOD, mientras que el 40.0% de las estudiantes femeninas presentó un nivel alto. Respecto a la edad, el 46.9% de los escolares de 11 a 12 años evidenció un nivel alto de experiencia de caries, en tanto que el 36.4% del grupo de 13 a 14 años también se ubicó en este nivel. En cuanto al sexo masculino, es relevante señalar que apenas el 3.2% presentó un nivel muy bajo de CPOD, y en el sexo femenino donde el 26.7% mantuvo este nivel, de manera similar, el grupo de 13 a 14 años registró el 22.7% en nivel muy bajo, mientras que el grupo de 11 a 12 años solamente alcanzó el 9.4% en esta categoría.

Por el contrario, en la institución educativa privada se observó que el 61.4% de los escolares presentó un nivel muy bajo de experiencia de caries, el 33.7% alcanzó un nivel moderado, el 3.6% evidenció un nivel alto y solamente el 1.2% registró un nivel muy alto. Según el sexo, el 69.2% de los estudiantes masculinos mostró un nivel muy bajo de CPOD, mientras que el 48.4% de las estudiantes femeninas también presentó este nivel. Respecto a la edad, el 73.2% de los escolares de 11 a 12 años evidenció un nivel muy bajo de experiencia de caries, y en el grupo de 13 a 14 años donde se observó una distribución equitativa entre los niveles muy bajo y moderado, con 50.0% en cada categoría. Es importante destacar que ningún estudiante masculino alcanzó el nivel muy alto de CPOD, y en el grupo de 13 a 14 años no se registraron casos en los niveles alto ni muy alto, asimismo, en el sexo femenino, únicamente el 3.2% presentó niveles alto y muy alto respectivamente.

Respecto a la higiene bucal en escolares de la institución educativa pública, el 53.9% presentó un nivel malo, el 34.2% alcanzó un nivel regular y solamente el 11.8% registró un nivel bueno. Según el sexo, el 61.3% de los estudiantes

masculinos evidenció un nivel malo de higiene bucal, mientras que el 48.9% de las estudiantes femeninas también presentó este nivel. Respecto a la edad, el 65.4% de los escolares de 11 a 12 años mostró un nivel malo de higiene bucal, en tanto que el 48.4% del grupo de 13 a 14 años se encontró igualmente en este nivel. Cabe destacar que ningún estudiante masculino alcanzó el nivel bueno de higiene bucal, mientras que en el sexo femenino el 20.0% logró este nivel, de manera similar, en el grupo de 11 a 12 años únicamente el 1.9% evidenció un nivel bueno, en el grupo de 13 a 14 años donde el 6.5% alcanzó esta categoría. En la institución educativa privada se constató que el 59.0% de los escolares presentó un nivel bueno de higiene bucal, el 37.3% alcanzó un nivel regular y apenas el 3.6% registró un nivel malo. Según el sexo, el 68.3% de los estudiantes masculinos evidenció un nivel bueno de higiene bucal, mientras que el 50.0% de las estudiantes femeninas también presentó este nivel, equiparándose con el mismo porcentaje en nivel regular. Respecto a la edad, el 63.0% de los escolares de 11 a 12 años mostró un nivel bueno de higiene bucal, en tanto que el 48.4% del grupo de 13 a 14 años se encontró igualmente en este nivel. Es importante destacar que ningún estudiante del sexo femenino presentó nivel malo de higiene bucal, y en los grupos etarios evaluados, únicamente el 5.6% y el 6.5% de los escolares de 11 a 12 años y 13 a 14 años respectivamente mantuvieron este nivel.

En cuanto a la relación entre calidad de vida y experiencia de caries, en la institución educativa pública se observó que del total de escolares con nivel muy bajo de CPOD, el 30.77% presentó calidad de vida baja y el 69.23% calidad de vida alta, mientras que del grupo con nivel moderado de CPOD, el 4.00% mantuvo calidad de vida baja y el 96.00% calidad de vida media, asimismo, tanto el nivel alto como el muy alto de experiencia de caries concentraron el 100.00% de los casos en calidad de vida baja. Por su parte, en la institución educativa privada se constató que del total de estudiantes con nivel muy bajo de CPOD, el 5.88% presentó calidad de vida baja, el 3.92% calidad de vida media y el 90.20% calidad de vida alta, en tanto que del grupo con nivel moderado, el 3.57% mantuvo calidad de vida baja y el 96.43% calidad de vida media, además, tanto el nivel alto como el muy alto de experiencia de caries evidenciaron el 100.00% de los casos en calidad de vida baja. El valor Chi cuadrado de 0.001 confirmó

una asociación estadísticamente significativa entre calidad de vida y experiencia de caries en ambos contextos educativos.

Respecto a la relación entre calidad de vida e higiene bucal, en la institución educativa pública se evidenció que el 53.9% de los escolares presentó higiene bucal mala, de los cuales el 95.12% mantuvo una calidad de vida baja, el 34.2% con higiene bucal regular registró que el 84.62% alcanzó una calidad de vida media, mientras que el 11.8% con higiene bucal buena mostró que el 88.89% logró una calidad de vida alta. Por su parte, en la institución educativa privada se constató que el 3.6% de los estudiantes presentó higiene bucal mala, de los cuales el 100.0% mantuvo una calidad de vida baja, el 37.3% con higiene bucal regular evidenció que el 93.55% alcanzó una calidad de vida media, y el 59.0% con higiene bucal buena demostró que el 93.88% logró una calidad de vida alta. El valor Chi cuadrado de 0.001 confirmó una asociación estadísticamente significativa entre la higiene bucal y la calidad de vida en ambas instituciones educativas.

En la relación de calidad de vida y salud bucal observó, una relación inversa entre la calidad de vida y la experiencia de caries, evidenciándose un coeficiente de correlación de -0.849 con un nivel de significancia de 0.000, lo cual indicó que a mayor índice CPOD menor será el nivel de calidad de vida de los escolares evaluados. Del mismo modo, se constató una relación directa entre la calidad de vida y la higiene bucal, registrándose un coeficiente de correlación de 0.846 con un nivel de significancia de 0.000, lo que señaló que a mejor higiene bucal mayor será el nivel de calidad de vida de los estudiantes de ambas instituciones educativas.

b. Comparación crítica con la literatura existente

Los hallazgos de este estudio sobre calidad de vida en escolares de instituciones educativas públicas y privadas revelan que el 56.6% de los escolares de la institución pública presentó un nivel bajo de calidad de vida, mientras que el 55.4% de los escolares de la institución privada evidenció un nivel alto de calidad de vida. Estos resultados muestran similitud parcial con los reportados por Patilla en su investigación sobre calidad de vida relacionada a salud bucal en escolares de 12 a 14 años entre una institución educativa pública y privada de Abancay, quien trabajó con una muestra de 160 escolares y encontró que no existían diferencias significativas entre ambos grupos según el tipo de institución con $X^2=6.668$ y $p=0.083$, aunque su enfoque metodológico de nivel descriptivo comparativo de tipo básica no especificó los niveles de calidad de vida alcanzados.

Por otro lado, los resultados presentan discrepancia con los hallazgos de Altamirano en su estudio sobre percepción de calidad de vida relacionada a salud oral en alumnos entre 11 y 14 años de la I.E. Los Pinos de Trujillo, quien aplicó el cuestionario CPQ 11-14 a una muestra de 96 estudiantes mediante metodología de tipo observacional prospectivo y encontró que el 77.1% de los estudiantes presentó una percepción regular en la calidad de vida, el 12.5% alcanzó un nivel bueno y únicamente el 10.4% evidenció un nivel malo. Estos resultados difieren significativamente de los hallazgos de la presente investigación, especialmente en el contexto de la institución pública donde más de la mitad de los escolares presentó un nivel bajo de calidad de vida, lo que sugiere que las condiciones socioeconómicas y el acceso a servicios de salud bucal en instituciones públicas del Cusco podrían ser más limitadas en comparación con otras regiones del país.

Los resultados de la institución privada muestran similitud con los reportados por Sánchez y Vargas en su artículo sobre el papel de la salud bucal en el bienestar integral en escolares de educación primaria, quienes trabajaron con una muestra de 160 escolares mediante el cuestionario CPQ 11-14 desde una metodología con enfoque cuantitativo de tipo básico y encontraron que en 5to grado la percepción representativa fue buena con 38.8% y muy buena con 30.0%, mientras que en 6to grado fue buena con 47.5% y muy buena con 21.3%. Estos

hallazgos evidencian que los escolares de instituciones privadas, independientemente de su ubicación geográfica, tienden a presentar mejores niveles de calidad de vida relacionada a la salud bucal, probablemente debido a un mayor acceso a atención odontológica preventiva, educación en salud y recursos económicos familiares que facilitan el mantenimiento de una adecuada salud oral. Aunque los resultados de esta investigación muestran una marcada diferencia entre instituciones públicas y privadas, es importante considerar que la calidad de vida no solo depende de factores bucales, sino también de condiciones socioeconómicas, culturales y de acceso a servicios de salud que caracterizan a cada contexto educativo.

Respecto a la experiencia de caries en escolares de instituciones educativas públicas y privadas, los hallazgos de este estudio revelan que el 40.8% de los escolares de la institución pública presentó un nivel alto de CPOD, mientras que el 61.4% de los escolares de la institución privada evidenció un nivel muy bajo de experiencia de caries. Estos resultados muestran similitud con los reportados por Almutairi, Rashed y Bustami en su investigación sobre prevalencia de caries entre niños de escuelas primarias públicas y privadas de Riad, quienes desde un método de enfoque cuantitativo retrospectivo trabajaron con una población muestral de 28,343 escolares con una edad promedio de 8 años utilizando datos del Ministerio de Salud de Arabia Saudita aplicando el índice CPOD para la evaluación, encontrando que el índice CPOD medio para los dientes permanentes fue 1.78 y para los dientes primarios fue 1.94, donde el 58% de los escolares no presentaba caries dental, el 25% presentaba caries leve y el 17% caries moderada a severa, evidenciando que los alumnos de escuelas públicas mostraron una mayor prevalencia de caries que los de escuelas privadas.

De manera similar, los hallazgos presentan similitud con los reportados por Condori, Tapia y Coa en su estudio sobre impacto en la calidad de vida relacionada al historial de caries según percepción subjetiva de escolares de 11 a 14 años de colegios estatales en Perú, quienes desde un método cualitativo y transversal trabajaron con una muestra de 274 escolares utilizando la encuesta CPQ11-14 y evidenciaron un promedio de calidad de vida relacionada al historial de caries con una media de 77.1 ± 19.68 , bienestar social con 25.7 ± 9.2 y dominio de síntomas orales con 13.9 ± 3.6 , concluyendo que se evidencian índices de CPOD muy alto en escolares de instituciones públicas, lo que coincide

con los hallazgos de la presente investigación donde se observó una alta prevalencia de experiencia de caries en el contexto público.

Sin embargo, estos resultados presentan discrepancia con los reportados por Estrada y Cuaresma en su investigación sobre asociación entre las consecuencias clínicas de lesiones cariosas no tratadas con calidad de vida relacionada a la salud oral en escolares de 11 a 14 años de la ciudad de Lima, quienes desde una metodología de tipo básica y transversal trabajaron con una muestra de 175 estudiantes mediante el índice PUFA y el cuestionario CPQ11-14, encontrando que el 49.7% presentó caries inicial, el 26.9% caries moderada y el 13.7% caries severa, distribución que sugiere una menor severidad en comparación con los escolares de la institución pública del presente estudio, donde los niveles alto y muy alto de CPOD representaron conjuntamente el 50.0% de la muestra. Estos hallazgos reflejan que la experiencia de caries es un problema de salud pública prevalente en instituciones educativas públicas, siendo más acentuado en contextos donde el acceso a servicios odontológicos preventivos y curativos es limitado. La alta proporción de estudiantes con niveles moderado y alto de CPOD en la institución pública, y con predominancia de niveles muy bajos en la institución privada, sugiere diferencias significativas en las prácticas de higiene bucal, educación en salud, acceso a atención odontológica y condiciones socioeconómicas que caracterizan a cada población escolar.

En cuanto a la higiene bucal en escolares de instituciones educativas públicas y privadas, los hallazgos de este estudio indican que el 53.9% de los escolares de la institución pública presentó un nivel malo de higiene bucal, mientras que el 59.0% de los escolares de la institución privada evidenció un nivel bueno. Estos resultados no cuentan con antecedentes directos en la literatura revisada que evalúen específicamente el índice IHOS en población escolar de 11 a 14 años comparando instituciones públicas y privadas en el contexto peruano. Sin embargo, los hallazgos pueden interpretarse a la luz de los estudios sobre calidad de vida y salud bucal, donde se evidencia que las prácticas de higiene oral constituyen un determinante fundamental del bienestar general percibido por los escolares. La marcada diferencia observada entre ambas instituciones sugiere que los escolares de la institución privada tienen acceso a una mejor educación en salud bucal, recursos adecuados para la higiene oral y un entorno

familiar que fomenta prácticas preventivas, mientras que los escolares de la institución pública enfrentan limitaciones que se reflejan en sus deficientes prácticas de higiene bucal.

Esta disparidad muestra similitud indirecta con los hallazgos de Khan y colaboradores en su estudio sobre calidad de vida relacionada con la salud bucal en hijos de trabajadoras sexuales de Bangladesh, quienes desde una metodología de nivel correlacional tipo básica transversal trabajaron con una muestra de 180 niños de 7 a 17 años aplicando la OHRQoL, el Cuestionario CPQ8-10 y el OIDP para adolescentes con exámenes clínicos evaluando caries, placa, cálculo y gingivitis, identificando que la presencia de caries se asoció con una peor calidad de vida oral con $\beta = 0.361$ y $p = 0.001$, y que en adolescentes la gingivitis tuvo un efecto negativo en el desempeño diario con $\beta = 0.265$ y $p = 0.035$. Aunque este estudio se desarrolló en un contexto de alta vulnerabilidad social diferente al de la presente investigación, pone de manifiesto que las condiciones socioeconómicas y el acceso a educación en salud bucal son determinantes críticos de las prácticas de higiene oral. Los resultados evidencian que las prácticas de higiene bucal son deficientes en la institución educativa pública, siendo más crítica esta situación en el sexo masculino y en los escolares de menor edad, lo que sugiere la necesidad urgente de implementar programas educativos que promuevan hábitos saludables de cepillado dental y cuidado bucal integral en esta población.

Respecto a la relación entre calidad de vida y experiencia de caries, los hallazgos de este estudio revelan un patrón diferenciado entre ambas instituciones educativas. En el contexto público, del total de escolares con nivel muy bajo de CPOD, el 30.77% presentó calidad de vida baja y el 69.23% calidad de vida alta, mientras que del grupo con nivel moderado de CPOD, el 4.00% mantuvo calidad de vida baja y el 96.00% calidad de vida media, asimismo, tanto el nivel alto como el muy alto de experiencia de caries concentraron el 100.00% de los casos en calidad de vida baja. Por su parte, en el contexto privado, del total de estudiantes con nivel muy bajo de CPOD, el 5.88% presentó calidad de vida baja, el 3.92% calidad de vida media y el 90.20% calidad de vida alta, en tanto que del grupo con nivel moderado, el 3.57% mantuvo calidad de vida baja y el 96.43% calidad de vida media, además, tanto el nivel alto como el muy alto de

experiencia de caries evidenciaron el 100.00% de los casos en calidad de vida baja.

Estos resultados presentan discrepancia con los reportados por Estrada y Cuaresma, quienes encontraron que no existía una asociación estadísticamente significativa entre las consecuencias por lesión de caries y la calidad de vida con $p=0.629$, aunque sí observaron relaciones conforme a los síntomas orales con $p=0.021$. Esta discrepancia puede explicarse por diferencias metodológicas en la evaluación de la experiencia de caries y la calidad de vida, así como por las características particulares de las poblaciones estudiadas.

Por su parte, los hallazgos de la institución privada muestran similitud con los reportados por Balkaran, Lahti, Ramroop y Virtanen en su estudio sobre calidad de vida relacionada con la salud bucal en niños que asisten a clínicas universitarias de necesidades especiales y odontología pediátrica en Trinidad y Tobago, quienes desde una metodología cuantitativa de tipo básica nivel correlacional de cohorte transversal trabajaron con una muestra de 201 participantes que respondieron al cuestionario OHIP-14 comparando a niños con y sin discapacidad, encontrando que los niños con discapacidad presentaron una calidad de vida ligeramente más baja con media = 6.41 en comparación con aquellos sin discapacidad con media = 7.01, evidenciando una diferencia estadísticamente significativa con $p = 0.020$, además, al considerar impactos orales ocasionales o frecuentes, estos niños tuvieron 2.9 veces más probabilidades de experimentar efectos negativos en su bienestar con $OR = 2.9$ y $p = 0.003$.

De manera similar, Condori, Tapia y Coa evidenciaron que existían índices de CPOD muy alto asociados a una menor calidad de vida en escolares de instituciones públicas, lo que resalta la importancia de la salud bucal como determinante del bienestar general. El valor Chi cuadrado de 0.001 obtenido en la presente investigación confirma una asociación estadísticamente significativa entre calidad de vida y experiencia de caries en ambos contextos educativos, lo que sugiere que estos indicadores se encuentran interrelacionados aunque con patrones opuestos según el tipo de institución, evidenciando posiblemente diferencias en el acceso a servicios odontológicos, prácticas preventivas y condiciones socioeconómicas que caracterizan a cada población.

En cuanto a la relación entre calidad de vida e higiene bucal, los hallazgos de este estudio revelan un patrón consistente en ambas instituciones educativas donde la higiene bucal se encuentra directamente relacionada con la calidad de vida. En el contexto público, la mayor proporción de escolares con higiene bucal mala se concentró predominantemente en niveles bajos de calidad de vida con 95.12%, mientras que aquellos con higiene bucal buena alcanzaron mayoritariamente calidad de vida alta con 88.89%. Esta relación se replicó en la institución privada, aunque con una distribución más favorable hacia los niveles bueno y alto respectivamente.

Estos resultados muestran similitud con los reportados por Velásquez en su investigación sobre calidad de vida en relación a la salud bucal en escolares de 11 a 14 años de la institución educativa Miguel Grau Seminario del Cusco, quien desde una metodología a nivel correlacional de cohorte transversal trabajó con una muestra de 206 participantes y encontró una correlación positiva moderada respecto a la calidad de vida y salud bucal con $r = 0.581$ y $p = 0.03$, lo que evidencia que las prácticas de higiene oral constituyen un determinante importante del bienestar general percibido por los escolares.

De manera similar, Khan y colaboradores identificaron que la presencia de caries se asoció con una peor calidad de vida oral con $\beta = 0.361$ y $p = 0.001$, y que en adolescentes la gingivitis tuvo un efecto negativo en el desempeño diario con $\beta = 0.265$ y $p = 0.035$, hallazgos que refuerzan la importancia de las prácticas de higiene bucal como factor protector de la calidad de vida. Asimismo, Sánchez y Vargas concluyeron que los problemas bucales afectan la funcionalidad, el bienestar emocional y la interacción social, lo que subraya la dimensión multifactorial de la relación entre higiene bucal y calidad de vida. El valor Chi cuadrado de 0.001 obtenido en la presente investigación confirma una asociación estadísticamente significativa entre la higiene bucal y la calidad de vida en ambas instituciones educativas, lo que evidencia que las prácticas de higiene oral constituyen un determinante importante del bienestar general percibido por los escolares, independientemente del contexto socioeconómico en el que se encuentren.

Finalmente, al comparar la correlación entre calidad de vida y salud bucal con investigaciones previas, los resultados de este estudio demuestran una relación inversa entre la calidad de vida y la experiencia de caries con $r = -0.849$ y $p =$

0.000, así como una relación directa entre la calidad de vida y la higiene bucal con $r = 0.846$ y $p = 0.000$. Estos hallazgos muestran similitud con los reportados por Velásquez, quien encontró una correlación positiva moderada respecto a la calidad de vida y salud bucal con $r = 0.581$ y $p = 0.03$, aunque con un coeficiente de correlación menor al obtenido en la presente investigación. Esta diferencia puede explicarse por la inclusión de dos contextos educativos diferentes en el presente estudio, lo que permitió identificar correlaciones más robustas al observar las poblaciones con características socioeconómicas divergentes.

Los resultados también muestran similitud con los hallazgos de Balkaran y colaboradores, quienes reportaron que los niños con discapacidad y mayores problemas de salud bucal tuvieron 2.9 veces más probabilidades de experimentar efectos negativos en su bienestar con $OR = 2.9$ y $p = 0.003$, lo que evidencia que la salud bucal constituye un determinante crítico de la calidad de vida en población infantil y adolescente. Aunque los resultados de esta investigación muestran correlaciones altamente significativas, es importante considerar que la calidad de vida es un constructo multidimensional que no solo depende de la salud bucal, sino también de factores psicológicos, sociales, económicos y culturales que interactúan de manera compleja para determinar el bienestar integral de los escolares en ambas instituciones educativas evaluadas..

CONCLUSIONES

PRIMERO: Existe una relación estadísticamente significativa entre la calidad de vida y la salud bucal en los escolares de 11 a 14 años de la institución educativa pública y de la institución educativa privada.

SEGUNDO: La calidad de vida presentó diferencias según el tipo de institución educativa. En la institución educativa pública predominó un nivel bajo, mientras que en la institución educativa privada predominó un nivel alto, independientemente de la edad y el sexo.

TERCERO: La experiencia de caries dental presentó diferencias según el tipo de institución educativa. En la institución educativa pública predominaron niveles moderados y altos de CPOD, mientras que en la institución educativa privada predominó un nivel muy bajo, independientemente de la edad y el sexo.

CUARTO: La higiene oral presentó diferencias según el tipo de institución educativa. En la institución educativa pública predominaron niveles de higiene regular y mala, mientras que en la institución educativa privada predominó una higiene buena, tanto en varones como en mujeres.

QUINTO: Existe una relación estadísticamente significativa entre la calidad de vida y la experiencia de caries dental en los escolares de 11 a 14 años. En la institución educativa pública, los escolares con niveles altos o muy altos de CPOD presentaron predominantemente niveles bajos de calidad de vida. En la institución educativa privada, los escolares con niveles bajos de CPOD presentaron predominantemente niveles medios y altos de calidad de vida.

SEXTO: Existe una relación estadísticamente significativa entre la calidad de vida y la higiene oral en los escolares de 11 a 14 años. En la institución educativa pública predominó una higiene regular y mala asociada principalmente a niveles bajos de calidad de vida. En la institución educativa privada predominó una higiene buena asociada principalmente a niveles medios y altos de calidad de vida.

SUGERENCIAS

PRIMERO: Se sugiere a las autoridades de la institución educativa pública fortalecer las actividades de promoción y prevención de la salud bucal mediante la implementación de programas permanentes de educación en higiene oral, control de placa bacteriana y prevención de caries dental, involucrando activamente a docentes y padres de familia. Asimismo, se recomienda mantener y reforzar las estrategias preventivas desarrolladas en la institución educativa privada, con la finalidad de conservar los niveles favorables de higiene bucal, la baja experiencia de caries y la adecuada calidad de vida relacionada con la salud bucal observados en sus escolares.

SEGUNDO: Se recomienda a la Escuela Profesional de Odontología promover y desarrollar investigaciones en instituciones educativas públicas y privadas de diferentes contextos socioculturales, considerando variables relacionadas con la higiene bucal, la experiencia de caries y la calidad de vida relacionada con la salud bucal. Asimismo, se sugiere ampliar los estudios a otros grupos etarios y poblaciones, con la finalidad de obtener una visión más integral de los factores que influyen en la salud bucal y su impacto en la calidad de vida de los escolares.

TERCERO: Se aconseja a la Red de Servicios de Salud de Urubamba, a través de los programas de salud bucal del Ministerio de Salud (MINSA), fortalecer las actividades de promoción, prevención y atención odontológica dirigidas a escolares de instituciones educativas públicas y privadas. Estas intervenciones deben enfocarse en el desarrollo de hábitos adecuados de higiene bucal, la prevención y el control de la caries dental, involucrando activamente a estudiantes, padres de familia y docentes. Asimismo, se recomienda priorizar acciones en las instituciones educativas públicas, considerando los mayores niveles de experiencia de caries, el predominio de higiene bucal regular y mala, y los niveles bajos de calidad de vida relacionada con la salud bucal evidenciados en la presente investigación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. Global oral health status report. [Online].; 2023 [cited 2025 Mayo 20. Available from: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/373542/9789240070820-eng.pdf?>
2. James A, Janakiram C, Meghana R, Kumar V, Sagarkar A, Yuvraj B. Impact of oral conditions on oral health-related quality of life among Indians- a systematic review and Meta-analysis. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2023; 21(102): p. 1-18.
3. Organización Mundial de la Salud. Oral Health Country Profile. [Online].; 2022 [cited 2025 Setiembre 27. Available from: chrome-extension://efaidnbmninnibpcajpcgclclefindmkaj/https://cdn.who.int/media/defaults/default-source/country-profiles/oral-health/oral-health-per-2022-country-profile.pdf?download=true&sfvrsn=b02dc1f8_7&utm.
4. Ministerio de Salud. Programa Presupuestal 0018: Enfermedades No Transmisibles. [Online].; 2023 [cited 2025 Mayo 20. Available from: https://www.minsa.gob.pe/presupuestales/doc2024/reporte-seguimiento/Reporte%202023-I_PP%200018.pdf?
5. Azañedo D, Hernández A, F. V, Turpo E. Frequency, inequalities and spatial distribution of oral health services utilization in Peruvian children under twelve years of age: a population-based comparative analysis of the years 2017 and 2021. *BMC Oral Health*. 2023; 23(778): p. 1-15.
6. Balkaran R, Lahti S, Ramroop V, Virtanen J. Oral health-related quality of life in children attending university special needs and paediatric dental clinics in Trinidad and Tobago: A parental perspective. *Acta Odontológica Scandinavica*. 2025; 84(1): p. 103-111.
7. Khan A, Farook T, Eusufzai S, Sharmin M, Shohid S, Zerín T, et al. Oral health-related quality of life in Bangladeshi children of sex workers: socio-behavioural and oral health predictors. *Health Qual Life Outcomes*. 2025 mayo; 23(51): p. 23-51.

8. Almutairi B, Rashed T, Bustami R. Caries prevalence among children at public and private primary schools in Riyadh: a retrospective study. *BMC Oral Health*. 2024; 24(1): p. 1-7.
9. Altamirano M. Percepción de calidad de vida relacionada a salud oral en alumnos entre 11 y 14 años de la I.E. Los Pinos, distrito y provincia de Trujillo, departamento de La Libertad, año 2023. [Tesis de Licenciatura]. Chimbote: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2025.
10. Sanchez G, Vargas L. El papel de la salud bucal en el bienestar integral en escolares de educación primaria. *Espacios*. 2025; 46(3): p. 1-10.
11. Estrada V, Cuaresma L. Asociación entre las Consecuencias clínicas de lesiones cariosas no tratadas con Calidad de vida relacionada a la salud oral en escolares de 11 a 14 años de la ciudad de Lima, Perú. [Tesis de grado]. Lima: Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas; 2021.
12. Condori S, Tapia R, Coa P. Impacto en la calidad de vida relacionada al historial de caries según percepción subjetiva de escolares de 11 a 14 años de colegios estatales en Perú, 2019. *Odontología Activa*. 2022; 7(3): p. 23-28.
13. Velásquez E. Calidad de vida en relación a la salud bucal en escolares de 11-14 años de la institución educativa Miguel Grau Seminario - Cusco, 2023. [Tesis de Licenciatura]. Cusco: Universidad Andina del Cusco; 2024.
14. Patilla R. Calidad de vida en relación a la salud bucal en escolares de 12-14 años entre una Institución Educativa Pública y Privada, Abancay - 2019. [Tesis de pregrado, Universidad Andina del Cusco]; 2019.
15. Organización Mundial de la Salud. The World Health Organization quality of life (WHOQOL) - BREF, 2012 revision. [Online].; 2012 [cited 2025 Agosto 26. Available from: <https://iris.who.int/handle/10665/77773>.
16. Suarez M, Arostegui S, Remache E, Resero C. Calidad de vida: El camino de la objetividad a la subjetividad en población general y grupos como niños y jóvenes, personas con discapacidad y adultos mayores. *Revista Medica Vozandes*. 2022; 33(1): p. 61-68.
17. Ardilla R. Calidad de vida: Una definición integradora. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 2003; 35(2): p. 161-164.

18. Montenegro M, Cordova P. Caracterización del Bienestar Subjetivo mediante la aplicación de la Escala de Satisfacción Vital de Ed Diener en estudiantes de la Corporación Universitaria Antonio José de Sucre en Sincelejo durante el primer semestre de 2015. *Encuentros*. 2017; 15(2).
19. Madero S. Percepción de la jerarquía de necesidades de Maslow y su relación con los factores de atracción y retención del talento humano. *Contaduría y administración*. 2023; 68(1).
20. Lozada C, Ortiz , Juan , Cortes E. Control percibido, emociones y experiencias satisfactorias. *Economía Creativa*. 2017; 1(8).
21. Jokovic A, Locker D, Stephens M, Kenny D, Tompson B, Guyatt G. Validez y confiabilidad de un cuestionario para medir la calidad de vida relacionada con la salud bucal infantil. *Sage Journals*. 2002; 81(7): p. 459-463.
22. Abanto J, Albites U, Bonecker M, Martins S, Castillo J, Denisse A. Cross-cultural adaptation and psychometric properties of the child perceptions questionnaire 11-14 (CPQ11-14. *Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal*. 2013; 18(6): p. 832-838.
23. Chimbina Í, Ferreira B, Miranda G, Saraiva R. Oral-health-related quality of life in adolescents: umbrella review. *BMC Public Health*. 2023; 23(1603): p. 1-29.
24. Sianturi E, Saptarini R, Suzy A. A self-reported cross-sectional study on the oral function and the quality of life in children with stunted growth. *Frontiers in Pediatrics*. 2023; 10(1): p. 1-10.
25. Hernandez V, Solano N, Ramirez P. Entorno social y bienestar emocional en el adulto mayor. *Revista venezolana de gerencia*. 2021; 26(95).
26. Gonzales S. Bienestar social y calidad de vida. *Revista Acantis*. 2023; 1(1).
27. Franco A. La salud bucal, entre la salud sistémica y la salud pública. *Universidad y Salud*. 2021; 23(3).
28. Organización Mundial de la Salud. Salud bucodental. [Online].; 2025 [cited 2025 Setiembre 27]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>.
29. Castillo G, Mera D, Armijos J, Gavilanes M. Técnicas preventivas para un adecuado cuidado bucal en niños de la escuela Julio Moreno Espinosa,

- Ecuador. Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río. 2023; 27(1): p. 1-8.
30. López G, Huerta S. Conexión entre salud oral y sistémica. Ciencias de la Salud. 2024; 8(6).
 31. Petersen P, Baez R. Oral Health Surveys Basic Methods. Quinta ed. Francia: Organización Mundial de la Salud; 2013.
 32. Organización Mundial de la Salud [OMS]. Oral health surveys Basic Methods. Quinta ed.: Organización Mundial de la Salud; 2013.
 33. Catala M, Cortes O. La caries dental: una enfermedad que se puede prevenir. Anales de pediatría continuada. 2021; 12(3): p. 147-151.
 34. Gómez S, Uribe S. Pasado, presente y futuro de la cariología. International journal of interdisciplinary dentistry. 2022; 15(3).
 35. Rojas M, Guzmán K, Baldiviezo A. Etiología microbiana de la caries dental: Análisis y Prevención. Recio UNITEPC. 2024; 3.
 36. González C, Molina N, Espinosa L, García S, Castañeda E. Polymorphisms associated with dental caries in pediatric populations: a systematic review. Zenodo. 2023; 61(4).
 37. Dau R, Astudillo P, Zambrano M, Armijos F. Un enfoque sistemático para las técnicas de eliminación de caries profunda. RECIMUNDO. 2023; 7(2).
 38. Núñez D, García L. Bioquímica de la caries dental. Revista Habanera de Ciencias Médicas. 2010; 9(2).
 39. Wang Y, Gao H, Chang L, Xu J, Zhou X, Zhang C, et al. Eliminación eficaz de la biopelícula de placa dental de los dientes de tipodonto en formación mediante irrigador bucal. Bioingeniería. 2023; 10(9): p. 1-11.
 40. Woelber J, Al-Ahmad A, Werner K. On the Pathogenicity of the Oral Biofilm: A Critical Review from a Biological, Evolutionary, and Nutritional Point of View. Nutrients. 2022; 14(10): p. 1-13.
 41. Jakubovic N, Goodman S, Masburn L, Stafford G, Cieplik F. La matriz del biofilm de la placa dental. Periodontología. 2022; 86(1): p. 32-56.
 42. Hildebrant T, Swietochowska E, Trzcionka A, Zawilka A, Mazurek H, Maczkowiak D, et al. Necesidades de higiene bucal y tratamiento

- periodontal en pacientes adultos con fibrosis quística (FQ). *Healthcare*. 2022; 10(5): p. 1-11.
43. D'Elia G, Floris W, Marini L, Corridore D, Rojas M, Ottolenghi L, et al. Métodos para evaluar la eficacia de las medidas de higiene bucal en el hogar: una revisión narrativa de los índices de biopelícula dental. *Dentistry Journal*. 2023; 11(7): p. 1-24.
44. White D. Dental calculus: recent insights into occurrence, formation, prevention, removal and oral health effects of supragingival and subgingival deposits. *European Journal Oral Science*. 1997; 105(5): p. 508-522.
45. Greene J, Vermillón J. El Índice Simplificado de Higiene Bucal. *The Journal of the American Dental Association*. 1964; 68(1): p. 7-13.
46. Jakubovics N, Goodman S, Mashburn L, Stafford G, Cieplik F. La matriz del biofilm de la placa dental. *Periodontología*. 2000; 86(1): p. 32-56.
47. Organización Mundial de la Salud. Salud bucal. [Online].; 2025 [cited 2025 Marzo 17]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/oral-health?utm>.
48. Do L, A. S. Oral health-related quality of life of children by dental caries and fluorosis experience. *Journal Public Health Dental*. 2007; 67(3): p. 132-139.
49. Oficina Regional para América Latina y el Caribe. Adolescencia en América Latina y el Caribe. 2001..
50. Hernández R, Mendoza C. Metodología de la Investigación Ciudad de México: McGraw-Hill; 2018.
51. Hinojosa R. La relación y la correlación en investigación científica. [Online].; 2023. Available from: <https://www.aldia.unah.edu.pe/la-relacion-y-la-correlacion-en-investigacion-cientifica/>.
52. Charaja F. El MAPIC en la Investigación Científica. Tercera ed.: Corporación SIRIO EIRL; 2018.
53. Chero V. Población y muestra. *International journal of interdisciplinary dentistry*. 2024; 17(2).

54. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la AMM - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. [Online].; 2024 [cited 2024 Octubre 10. Available from: <https://www.wma.net/es/polices-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>].

ANEXOS

ANEXO 1. Matriz de consistencia

Título: Relación entre Calidad de vida y Salud bucal en escolares de 11 a 14 años en una institución educativa pública y privada en la provincia de Urubamba, Cusco - 2025				
Problema	Objetivo	Hipótesis	Variable	Metodología
General ¿Cuál es la relación entre la calidad de vida y la salud bucal en escolares de 11 a 14 años de una institución pública y privada de la provincia de Urubamba - Cusco, 2025?	General Determinar la relación entre la calidad de vida y salud bucal en escolares de 11 a 14 años de una institución pública y privada de la provincia de Urubamba - Cusco, 2025.	General HG: Existe relación estadísticamente significativa entre la calidad de vida y salud bucal en escolares de 11 a 14 años en una institución educativa pública y privada en la provincia de Urubamba, 2025. Ho: No existe relación estadísticamente significativa entre la calidad de vida y salud bucal en escolares de 11 a 14 años en una institución educativa pública y privada en la provincia de Urubamba, 2025.	Variable 01: Calidad de vida Dimensiones • Síntomas bucales • Limitaciones funcionales • Bienestar emocional • Bienestar social Variable 02: Salud bucal Dimensiones • Caries dental • Higiene bucal Co - variables • Sexo • Edad	Tipo: Básica Diseño: No experimental, transversal Alcance: Relacional de asociación Población: Población inicial: I.E pública "Señor de Torrechayoc": 94 estudiantes I.E privada "Integrando": 140 estudiantes Población accesible: 159 escolares de 11 a 14 años en una institución educativa pública y privada en la provincia de Urubamba, Cusco 2025. Muestra: 159 escolares de 11 a 14 años en una institución educativa pública y privada en la provincia de Urubamba, Cusco 2025. Técnicas: Encuesta y observación Instrumentos: • Ficha de observación • Cuestionario de percepción del niño (CPQ 11-14)
Específico 1. ¿Cuál es la calidad de vida en escolares de 11 a 14 años de una institución educativa pública y privada, según edad y sexo? 2. ¿Cuál es la experiencia de caries dental en escolares de 11 a 14 años de una institución educativa pública y privada, según edad y sexo? 3. ¿Cómo es la higiene bucal en escolares de 11 a 14 años de una institución educativa pública y privada, según edad y sexo? 4. ¿Qué relación existe entre la calidad de vida y la experiencia de caries dental en estudiantes de 11 a 14 años de una institución educativa pública y privada? 5. ¿Qué relación existe entre la calidad de vida y la higiene bucal en estudiantes de 11 a 14 años de una institución educativa pública y privada?	Específico 1. Establecer la calidad de vida en escolares de 11 a 14 años de una institución educativa pública y privada, según edad y sexo 2. Determinar la experiencia de caries dental en escolares de 11 a 14 años de una institución educativa pública y privada, según edad y sexo 3. Identificar la higiene bucal en escolares de 11 a 14 años de una institución educativa pública y privada, según edad y sexo 4. Determinar la relación entre la calidad de vida y la experiencia de caries dental en estudiantes de 11 a 14 años de una institución educativa pública y privada 5. Determinar la relación entre la calidad de vida y la higiene bucal en estudiantes de 11 a 14 años de una institución educativa pública y privada			



Cuestionario de Percepción Infantil 11-14 años

El presente cuestionario tiene como finalidad recopilar información relacionada con la calidad de vida vinculada a la salud bucal de los participantes evaluados, en el marco del estudio titulado: Relación entre Calidad de vida y Salud bucal en escolares de 11 a 14 años en una institución educativa pública y privada en la provincia de Urubamba, Cusco – 2025

Datos generales:

Sexo:

- a) femenino
- b) masculino

Fecha de cumpleaños: día/ mes/ año

Instrucciones:

Estimado(a) participante:

El presente instrumento forma parte de un trabajo de investigación realizado con fines académicos.

A continuación, se le presentarán una serie de preguntas, por lo que se le solicita:

- Leer cuidadosamente cada enunciado.
- Seleccionar la alternativa que considere más adecuada, marcando con una “X” en el recuadro o paréntesis correspondiente.
- Responder con sinceridad, ya que no existen respuestas correctas o incorrectas.

La encuesta es anónima y la información proporcionada será utilizada únicamente con fines académicos, garantizando la confidencialidad de sus respuestas.

El tiempo aproximado para completar el cuestionario es de 15 minutos.

Agradecemos su valiosa participación.

N°	Pregunta	Nunca (0)	Una o dos veces (1)	A veces (2)	Con frecuencia (3)	Casi todos los días (4)
1	¿Dolor en tus dientes, labios, mandíbula o boca?					
2	¿Sangrado en las encías?					
3	¿Dolor en la boca?					
4	¿Mal aliento?					
5	¿Comida que se queda dentro o entre tus dientes?					
6	¿Comida que se queda pegada en el paladar (arriba) de tu boca?					
7	¿Has respirado por la boca?					
8	¿Has tardado más tiempo en comer que otras personas?					
9	¿Has tenido problemas para dormir?					
10	¿Problemas para morder o masticar alimentos como manzana, choclo o un bistec?					
11	¿Problemas para abrir la boca muy grande?					
12	¿Dificultad para pronunciar algunas palabras?					
13	¿Dificultad para comer lo que te gusta?					
14	¿Problemas para beber con un sorbete o caña?					
15	¿Dificultad para tomar líquidos o comer alimentos calientes o fríos?					
16	¿Te has sentido irritable, frustrado?					
17	¿Te has sentido inseguro de ti mismo?					
18	¿Te has sentido tímido o avergonzado?					
19	¿Te ha preocupado lo que piensen acerca de tus dientes, labios, boca o mandíbula?					
20	¿Has estado preocupado porque no eres tan simpático como otros?					
21	¿Has estado molesto?					
22	¿Has estado nervioso o asustado?					
23	¿Has estado preocupado porque no estar saludable como los demás?					
24	¿Has estado preocupado porque eres diferente a los demás?					
25	¿Has faltado a clases por causa de algún dolor, citas médicas o alguna cirugía?					
26	¿Has tenido dificultad en poner atención en clase?					
27	¿Te ha parecido difícil hacer tus tareas?					
28	¿No has querido hablar o leer en voz alta en clase?					
29	¿Has evitado participar en deportes, teatro, música o paseos escolares?					
30	¿No has querido hablar con otros niños?					
31	¿Has evitado reír mientras estabas con otros niños?					
32	¿Ha sido difícil tocar instrumentos musicales (flauta, trompeta) o silbatos (pitos)?					
33	¿No has querido pasar el tiempo con otros niños?					
34	¿Has discutido/peleado con tu familia u otros niños?					
35	¿Algunos niños se han burlado de ti o te han puesto apodos?					
36	¿Otros niños te han apartado de su grupo?					
37	¿Otros niños te han hecho preguntas acerca de tus dientes, labios, boca o mandíbula?					

ODONTOGRAMA

Odontograma propuesta por la OMS (2013), (32) pag. 58

	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
Corona														
Corona														
	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37

Traducción:

Código OMS	Descripción	Categoría CPOD
1	Diente con caries	Cariado (C)
2	Diente obturado con caries	Cariado (C)
3	Diente obturado sin caries	Obturado (O)
4	Diente perdido por caries	Perdido (P)

CPO-D=Cariado (1,2)+Perdido (3)+Obturado (4)

F, G, H, 8 → no aplican para CPOD

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS DE IHOS (GREENE Y VERMILLION)

Superficie	16 (V)	11(V)	26(V)	36(L)	46(L)	31(V)
Placa blanda						
Cálculo dental						

IHOS =PB + CD / 6 = ____

Solicitud de autorización institución educativa privada



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA



"AÑO DE LA RECUPERACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LA ECONOMÍA PERUANA"

Urubamba, 04 de agosto del año 2025

A: Lic. Eustaquio Huayta Vera

Director de la Institución Educativa Particular Integrando

ASUNTO: SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA REALIZAR PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

De mi mayor consideración:

Es grato dirigirme a usted, en calidad de Bachiller de la Escuela Profesional de Odontología de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco, quien suscribe **Eznit Mateo Meza**, identificado con DNI N.º **75187900** y domiciliado en el Centro Poblado de Yanahuara.

Le brindo un cordial saludo y a su vez me permito solicitar autorización para realizar el Proyecto de Investigación titulado **"RELACIÓN ENTRE CALIDAD DE VIDA Y SALUD BUCAL EN ESCOLARES DE 11 A 14 AÑOS EN UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA PÚBLICA Y PRIVADA EN LA PROVINCIA DE URUBAMBA, CUSCO- 2025"**.

Esta investigación tiene como objetivo principal evaluar la relación existente entre la salud bucal y la calidad de vida de los escolares, aportando así a la promoción y prevención de la salud bucal en la población estudiantil.

Agradezco de antemano su amable atención a la presente solicitud y quedo atenta ante cualquier requerimiento adicional que se presente.

Sin otro particular, agradezco su pronta respuesta.

Atentamente

Eznit Mateo Meza

Nº DNI: 75187900

Nº cel.: 953387581


FIRMA

Solicitud de autorización a la institución educativa pública



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA



"AÑO DE LA RECUPERACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LA ECONOMÍA PERUANA"

Urubamba, 04 de agosto del año 2025

A: Lic. Eustaquio Huayta Vera

Director de la Institución Educativa Particular Integrando

ASUNTO: SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA REALIZAR PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

De mi mayor consideración:

Es grato dirigirme a usted, en calidad de Bachiller de la Escuela Profesional de Odontología de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco, quien suscribe **Eznit Mateo Meza**, identificado con DNI N.º **75187900** y domiciliado en el Centro Poblado de Yanahuara.

Le brindo un cordial saludo y a su vez me permito solicitar autorización para realizar el Proyecto de Investigación titulado **"RELACIÓN ENTRE CALIDAD DE VIDA Y SALUD BUCAL EN ESCOLARES DE 11 A 14 AÑOS EN UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA PÚBLICA Y PRIVADA EN LA PROVINCIA DE URUBAMBA, CUSCO- 2025"**.

Esta investigación tiene como objetivo principal evaluar la relación existente entre la salud bucal y la calidad de vida de los escolares, aportando así a la promoción y prevención de la salud bucal en la población estudiantil.

Agradezco de antemano su amable atención a la presente solicitud y quedo atenta ante cualquier requerimiento adicional que se presente.

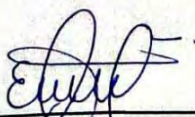
Sin otro particular, agradezco su pronta respuesta.

Atentamente

Eznit Mateo Meza

Nº DNI: 75187900

Nº cel.: 953387581


FIRMA

Carta de aceptación de la institución educativa privada



INSTITUCION EDUCATIVA PARTICULAR INTEGRANDO

Urubamba, 08 de agosto del año 2025

Señorita:

Eznit Mateo Meza

Bachiller en Odontología

Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco

Presente:

Asunto: Autorización para realización de proyecto de investigación

De mi mayor consideración:

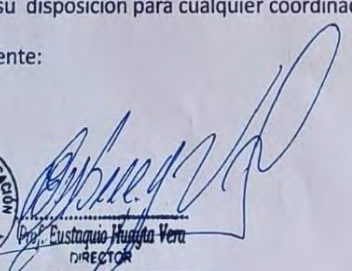
Es grato dirigirme a usted para saludarla cordialmente y, a la vez, manifestar que esta Dirección ha recibido su solicitud fechada el 04 de agosto del presente año, mediante la cual solicita autorización para desarrollar el proyecto de investigación denominado: "Relación entre calidad de vida y salud bucal en escolares de 11 a 14 años en una institución educativa pública y privada en la provincia de Urubamba, Cusco – 2025".

Al respecto, tengo el grado de comunicarle que se le concede la autorización solicitada, así como la confidencialidad y el bienestar de nuestros estudiantes.

Asimismo, se le solicita coordinar previamente con la Dirección y los docentes responsables del nivel correspondiente, a fin de programar adecuadamente las actividades de recolección de datos y cualquier intervención contemplada en su estudio.

Agradeciendo su interés en contribuir a la mejora de la salud bucal de la población escolar, quedo a su disposición para cualquier coordinación adicional.

Atentamente:



Firma

Eustaquio Huayta Vera

Director de la Institución Educativa Integrando

Carta de aceptación de la institución educativa pública

		GERENCIA REGIONAL DE EDUCACIÓN	UNIDAD DE GESTIÓN EDUCATIVA LOCAL DE URUBAMBA	INSTITUCIÓN EDUCATIVA "SEÑOR DE TORRECHAYOC" YANAHUARA	
---	---	---	--	---	---

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres"
"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

Yanahuara, 13 de agosto del 2025.

Señorita:

Eznit Mateo Meza

Bachiller en Odontología

Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco

Presente:

Asunto: Autorización para realización de proyecto de investigación

De mi mayor consideración:

Es grato dirigirme a usted para saludarla cordialmente y, a la vez, manifestar que esta Dirección ha recibido su solicitud fechada el 12 de agosto del presente año, mediante la cual solicita autorización para desarrollar el proyecto de investigación denominado: "Relación entre calidad de vida y salud bucal en escolares de 11 a 14 años en una institución educativa pública y privada en la provincia de Urubamba, Cusco – 2025".

Al respecto, tengo el grado de comunicarle que se le concede la autorización solicitada, así como la confidencialidad y el bienestar de nuestros estudiantes.

Asimismo, se le solicita coordinar previamente con la Dirección y los docentes responsables del nivel correspondiente, a fin de programar adecuadamente las actividades de recolección de datos y cualquier intervención contemplada en su estudio.

Agradeciendo su interés en contribuir a la mejora de la salud bucal de la población escolar, quedo a su disposición para cualquier coordinación adicional.

Atentamente,


MARTILFRANGIE GONZALES BELTRÁN
DIRECTORA

Constancia de aceptación de la institución educativa privada



"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

CONSTANCIA

HACE CONSTAR:

Que la Srta. bachiller Eznit Mateo Meza, identificada con DNI N° 75187900, ha realizado satisfactoriamente la recolección de datos para su trabajo de investigación titulado: "Relación entre calidad de vida y salud bucal en estudiantes de 11 a 14 años de una institución pública y privada en la provincia de Urubamba, Cusco-2025", en nuestra institución educativa.

Dicha investigación se desarrolló en nuestra institución educativa, contando con la participación de los estudiantes de 11 a 14 años, a quienes se evaluó la condición bucal y se aplicó el cuestionario de percepción infantil (11-14). Asimismo, la bachiller cumplió con todos los protocolos establecidos para la ejecución del estudio.

Se expide la presente constancia a solicitud de la interesada, para fines que estime conveniente.

Urubamba, 6 de diciembre del año 2025

Director: Eustaquio Huayta Vera

Institución Educativa Particular Integrando



Constancia de aceptación de la institución educativa pública

	GERENCIA REGIONAL DE EDUCACIÓN	UNIDAD DE GESTIÓN EDUCATIVA LOCAL DE URUBAMBA	INSTITUCIÓN EDUCATIVA "SEÑOR DE TORRECHAYOC" - YANAHUARA	
"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres"				
"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"				

CONSTANCIA

HACE CONSTAR:

Que la Srta. bachiller Ezniit Mateo Meza, identificada con DNI N° 75187900, ha realizado satisfactoriamente la recolección de datos para su trabajo de investigación titulado: "Relación entre calidad de vida y salud bucal en estudiantes de 11 a 14 años de una institución pública y privada en la provincia de Urubamba, Cusco-2025", en nuestra institución educativa.

Dicha investigación se desarrolló en nuestra institución educativa, contando con la participación de los estudiantes de 11 a 14 años, a quienes se evaluó la condición bucal y se aplicó el cuestionario de percepción infantil (11-14). Asimismo, la bachiller cumplió con todos los protocolos establecidos para la ejecución del estudio.

Se expide la presente constancia a solicitud de la interesada, para fines que estime conveniente.

Urubamba, 6 de diciembre del año 2025

Directora: Marilyn Angie Gonzales Beltran

Institución Educativa Señor de Torrechayoc


MARILYN ANGIE GONZALES BELTRAN
DIRECTORA

Matriz de sistematización de datos

CALEIDAD DE VIDA Y SALUD BUCAI 28-11-25 SPSS (1) (1) [3].sav [Conjunto de datos] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

Visible: 28 de 28 variables

	Institución	Genero	Edad	Calidad de vida	Nivel de calidad de vida	CPOD	NIVEL CPOD	IHOS	NIVEL IHOS	Publica E	Pu Genero	Pu Edad	Pu calidad de vida	Pu Nivel de calidad de vida	Pu CPOD	Pu NIVEL CPOD	Pu IHOS	Pu NIVEL IHOS	PRI Institución	PRI Genero	PRI Edad	PRI Calidad de vida
1	1.00	1.00	2.00	33.00	1.00	283.00	3.00	600.00	3.00	1.00	1.00	2.00	33.00	1.00	283.00	3.00	600.00	3.00	2.00	2.00	1.00	124.00
2	1.00	1.00	1.00	76.00	2.00	250.00	3.00	267.00	2.00	1.00	1.00	1.00	76.00	2.00	250.00	3.00	267.00	2.00	2.00	1.00	1.00	126.00
3	1.00	2.00	1.00	33.00	1.00	283.00	4.00	600.00	3.00	1.00	2.00	1.00	33.00	1.00	283.00	4.00	600.00	3.00	2.00	1.00	1.00	52.00
4	1.00	1.00	1.00	39.00	1.00	400.00	5.00	500.00	3.00	1.00	1.00	1.00	39.00	1.00	400.00	5.00	500.00	3.00	2.00	1.00	1.00	124.00
5	1.00	2.00	1.00	48.00	1.00	100.00	1.00	533.00	3.00	1.00	2.00	1.00	48.00	1.00	100.00	1.00	533.00	3.00	2.00	1.00	1.00	126.00
6	1.00	2.00	2.00	33.00	1.00	283.00	4.00	333.00	3.00	1.00	2.00	2.00	33.00	1.00	283.00	4.00	333.00	3.00	2.00	1.00	1.00	46.00
7	1.00	2.00	2.00	112.00	3.00	.00	1.00	100.00	1.00	1.00	2.00	2.00	112.00	3.00	.00	1.00	100.00	1.00	2.00	2.00	2.00	63.00
8	1.00	2.00	1.00	62.00	2.00	200.00	3.00	267.00	2.00	1.00	2.00	1.00	62.00	2.00	200.00	3.00	267.00	2.00	2.00	1.00	2.00	50.00
9	1.00	2.00	2.00	36.00	1.00	.00	1.00	533.00	3.00	1.00	2.00	2.00	36.00	1.00	.00	1.00	533.00	3.00	2.00	2.00	2.00	68.00
10	1.00	2.00	1.00	50.00	2.00	183.00	3.00	267.00	2.00	1.00	2.00	1.00	50.00	2.00	183.00	3.00	267.00	2.00	2.00	2.00	1.00	58.00
11	1.00	2.00	2.00	112.00	3.00	.00	1.00	100.00	1.00	1.00	2.00	2.00	112.00	3.00	.00	1.00	100.00	1.00	2.00	2.00	2.00	124.00
12	1.00	1.00	1.00	37.00	1.00	100.00	1.00	567.00	3.00	1.00	1.00	1.00	37.00	1.00	100.00	1.00	567.00	3.00	2.00	2.00	1.00	124.00
13	1.00	2.00	1.00	65.00	2.00	183.00	3.00	267.00	2.00	1.00	2.00	1.00	65.00	2.00	183.00	3.00	267.00	2.00	2.00	2.00	1.00	126.00
14	1.00	2.00	1.00	47.00	1.00	250.00	4.00	333.00	3.00	1.00	2.00	1.00	47.00	1.00	250.00	4.00	333.00	3.00	2.00	1.00	2.00	87.00
15	1.00	1.00	2.00	33.00	1.00	433.00	5.00	333.00	3.00	1.00	1.00	2.00	33.00	1.00	433.00	5.00	333.00	3.00	2.00	1.00	1.00	36.00
16	1.00	2.00	2.00	45.00	1.00	250.00	4.00	333.00	3.00	1.00	2.00	2.00	45.00	1.00	250.00	4.00	333.00	3.00	2.00	1.00	2.00	83.00
17	1.00	2.00	1.00	38.00	1.00	250.00	4.00	333.00	3.00	1.00	2.00	1.00	38.00	1.00	250.00	4.00	333.00	3.00	2.00	2.00	1.00	70.00
18	1.00	2.00	2.00	112.00	3.00	.00	1.00	100.00	1.00	1.00	2.00	2.00	112.00	3.00	.00	1.00	100.00	1.00	2.00	1.00	2.00	124.00
19	1.00	1.00	2.00	48.00	1.00	250.00	4.00	333.00	3.00	1.00	1.00	2.00	48.00	1.00	250.00	4.00	333.00	3.00	2.00	2.00	2.00	126.00
20	1.00	2.00	1.00	33.00	1.00	433.00	5.00	450.00	3.00	1.00	2.00	1.00	33.00	1.00	433.00	5.00	450.00	3.00	2.00	2.00	1.00	51.00
21	1.00	1.00	2.00	33.00	1.00	283.00	4.00	483.00	3.00	1.00	1.00	2.00	33.00	1.00	283.00	4.00	483.00	3.00	2.00	2.00	1.00	124.00
22	1.00	1.00	1.00	33.00	1.00	283.00	4.00	333.00	3.00	1.00	1.00	1.00	33.00	1.00	283.00	4.00	333.00	3.00	2.00	1.00	1.00	126.00
23	1.00	2.00	2.00	50.00	2.00	183.00	3.00	267.00	2.00	1.00	2.00	2.00	50.00	2.00	183.00	3.00	267.00	2.00	2.00	2.00	2.00	56.00
24	1.00	2.00	2.00	27.00	1.00	267.00	4.00	267.00	2.00	1.00	2.00	2.00	27.00	1.00	267.00	4.00	267.00	2.00	2.00	1.00	1.00	76.00
25	1.00	2.00	2.00	52.00	2.00	200.00	3.00	267.00	2.00	1.00	2.00	2.00	52.00	2.00	200.00	3.00	267.00	2.00	2.00	1.00	1.00	57.00
26	1.00	2.00	2.00	33.00	1.00	433.00	5.00	450.00	3.00	1.00	2.00	2.00	33.00	1.00	433.00	5.00	450.00	3.00	2.00	2.00	2.00	53.00
27	1.00	2.00	2.00	49.00	1.00	250.00	4.00	483.00	3.00	1.00	2.00	2.00	49.00	1.00	250.00	4.00	483.00	3.00	2.00	1.00	1.00	124.00
28	1.00	1.00	1.00	64.00	2.00	183.00	3.00	267.00	2.00	1.00	1.00	1.00	64.00	2.00	183.00	3.00	267.00	2.00	2.00	2.00	2.00	126.00
29	1.00	2.00	1.00	85.00	2.00	183.00	3.00	317.00	3.00	1.00	2.00	1.00	85.00	2.00	183.00	3.00	317.00	3.00	2.00	1.00	1.00	124.00
30	1.00	2.00	2.00	46.00	1.00	250.00	4.00	300.00	2.00	1.00	2.00	2.00	46.00	1.00	250.00	4.00	300.00	2.00	2.00	1.00	2.00	124.00
31	1.00	2.00	2.00	112.00	3.00	.00	1.00	100.00	1.00	1.00	2.00	2.00	112.00	3.00	.00	1.00	100.00	1.00	2.00	1.00	2.00	126.00
32	1.00	2.00	2.00	97.00	2.00	183.00	3.00	267.00	2.00	1.00	2.00	2.00	97.00	2.00	183.00	3.00	267.00	2.00	2.00	1.00	2.00	79.00
33	1.00	1.00	2.00	39.00	1.00	250.00	4.00	500.00	3.00	1.00	1.00	2.00	39.00	1.00	250.00	4.00	500.00	3.00	2.00	1.00	2.00	124.00
34	1.00	1.00	2.00	61.00	2.00	183.00	3.00	133.00	2.00	1.00	2.00	2.00	61.00	2.00	183.00	3.00	133.00	2.00	2.00	2.00	2.00	126.00
35	1.00	1.00	2.00	26.00	1.00	400.00	5.00	450.00	3.00	1.00	1.00	2.00	26.00	1.00	400.00	5.00	450.00	3.00	2.00	2.00	1.00	124.00

CALEIDAD DE VIDA Y SALUD BUCAI 28-11-25 SPSS (1) (1) [2].sav [Conjunto de datos] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

ArchivoEditarVerDatosTransformarAnalizarGráficosUtilidadesAmpliacionesVentanaAyuda

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X	Y	Z	AA	AB	AC	AD	AE	AF	AG	AH	AI	AJ	AK	AL	AM	AN	AO	AP	AQ	AR	AS	AT	AU	AV	AW	AX	AY	AZ	BA	BB	BC	BD	BE	BF	BG	BH	BI	BJ	BK	BL	BM	BN	BO	BP	BQ	BR	BS	BT	BU	BV	BW	BX	BY	BZ	CA	CB	CC	CD	CE	CF	CG	CH	CI	CJ	CK	CL	CM	CN	CO	CP	CQ	CR	CS	CT	CU	CV	CW	CX	CY	CZ	DA	DB	DC	DD	DE	DF	DG	DH	DI	DJ	DK	DL	DM	DN	DO	DP	DQ	DR	DS	DT	DU	DV	DW	DX	DY	DZ	EA	EB	EC	ED	EE	EF	EG	EH	EI	EJ	EK	EL	EM	EN	EO	EP	EQ	ER	ES	ET	EU	EV	EW	EX	EY	EZ	FA	FB	FC	FD	FE	FF	FG	FH	FI	FJ	FK	FL	FM	FN	FO	FP	FQ	FR	FS	FT	FU	FV	FW	FX	FY	FZ	GA	GB	GC	GD	GE	GF	GH	GI	GJ	GK	GL	GM	GN	GO	GP	GQ	GR	GS	GT	GU	GV	GW	GX	GY	GZ	HA	HB	HC	HD	HE	HF	HG	HI	HJ	HK	HL	HM	HN	HO	HP	HQ	HR	HS	HT	HU	HV	HW	HX	HY	HZ	IA	IB	IC	ID	IE	IF	IG	IH	II	IJ	IK	IL	IM	IN	IO	IP	IQ	IR	IS	IT	IU	IV	IW	IX	IY	IZ	JA	JB	JC	JD	JE	JF	JG	JH	JI	IJ	JK	KL	KM	KN	KO	KP	KQ	KR	KS	KT	KU	KV	KW	KX	KY	KZ	LA	LB	LC	LD	LE	LF	LG	LH	LI	LJ	LK	LM	LN	LO	LP	LQ	LR	LS	LT	LU	LV	LW	LX	LY	LZ	MA	MB	MC	MD	ME	MF	MG	MH	MI	MJ	MK	ML	MM	MN	MO	MP	MQ	MR	MS	MT	MU	MV	MW	MX	MY	MZ	NA	NB	NC	ND	NE	NF	NG	NH	NI	NJ	NK	NL	NM	NN	NO	NP	NQ	NR	NS	NT	NU	NV	NW	NX	NY	NZ	OA	OB	OC	OD	OE	OF	OG	OH	OI	OJ	OK	OL	OM	ON	OO	OP	OQ	OR	OS	OT	OU	OV	OW	OX	OY	OZ	PA	PB	PC	PD	PE	PF	PG	PH	PI	PJ	PK	PL	PM	PN	PO	PQ	PR	PS	PT	PU	PV	PW	PX	PY	PZ	QA	QB	QC	QD	QE	QF	QG	QH	QI	QJ	QK	QL	QM	QN	QO	QP	QQ	QR	QS	QT	QU	QV	QW	QX	QY	QZ	RA	RB	RC	RD	RE	RF	RG	RH	RI	RJ	RK	RL	RM	RN	RO	RP	RQ	RR	RS	RT	RU	RV	RW	RX	RY	RZ	SA	SB	SC	SD	SE	SF	SG	SH	SI	SJ	SK	SL	SM	SN	SO	SP	SQ	SR	SS	ST	SU	SV	SW	SX	SY	SZ	TA	TB	TC	TD	TE	TF	TG	TH	TI	TJ	TK	TL	TM	TN	TO	TP	TQ	TR	TS	TT	TU	TV	TW	TX	TY	TZ	UA	UB	UC	UD	UE	UF	UG	UH	UI	UJ	UK	UL	UM	UN	UO	UP	UQ	UR	US	UT	UU	UV	UW	UX	UY	UZ	VA	VB	VC	VD	VE	VF	VG	VH	VI	VJ	VK	VL	VM	VN	VO	VP	VQ	VR	VS	VT	VU	VV	VW	VX	VY	VZ	WA	WB	WC	WD	WE	WF	WG	WH	WI	WJ	WK	WL	WM	WN	WO	WP	WQ	WR	WS	WT	WU	WV	WW	WX	WY	WZ	XA	XB	XC	XD	XE	XF	YG	YH	YI	YJ	YK	YL	YM	YN	YO	YP	YQ	YR	YS	YT	YU	YV	YW	YX	YY	YZ	ZA	ZB	ZC	ZD	ZE	ZF	ZG	ZH	ZI	ZJ	ZK	ZL	ZM	ZN	ZO	ZP	ZQ	ZR	ZS	ZT	ZU	ZV	ZW	ZX	ZY	ZZ																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
	N°	INSTITUCIÓN	SEXO	EDAD	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	P21	P22	P23	P24	P25	P26	P27	P28	P29	P30	P31	P32	P33	P34	P35	P36	P37	P38	P39	P40	P41	P42	P43	P44	P45	P46	P47	P48	P49	P50	P51	P52	P53	P54	P55	P56	P57	P58	P59	P60	P61	P62	P63	P64	P65	P66	P67	P68	P69	P70	P71	P72	P73	P74	P75	P76	P77	P78	P79	P80	P81	P82	P83	P84	P85	P86	P87	P88	P89	P90	P91	P92	P93	P94	P95	P96	P97	P98	P99	P100	P101	P102	P103	P104	P105	P106	P107	P108	P109	P110	P111	P112	P113	P114	P115	P116	P117	P118	P119	P120	P121	P122	P123	P124	P125	P126	P127	P128	P129	P130	P131	P132	P133	P134	P135	P136	P137	P138	P139	P140	P141	P142	P143	P144	P145	P146	P147	P148	P149	P150	P151	P152	P153	P154	P155	P156	P157	P158	P159	P160	P161	P162	P163	P164	P165	P166	P167	P168	P169	P170	P171	P172	P173	P174	P175	P176	P177	P178	P179	P180	P181	P182	P183	P184	P185	P186	P187	P188	P189	P190	P191	P192	P193	P194	P195	P196	P197	P198	P199	P200	P201	P202	P203	P204	P205	P206	P207	P208	P209	P210	P211	P212	P213	P214	P215	P216	P217	P218	P219	P220	P221	P222	P223	P224	P225	P226	P227	P228	P229	P230	P231	P232	P233	P234	P235	P236	P237	P238	P239	P240	P241	P242	P243	P244	P245	P246	P247	P248	P249	P250	P251	P252	P253	P254	P255	P256	P257	P258	P259	P260	P261	P262	P263	P264	P265	P266	P267	P268	P269	P270	P271	P272	P273	P274	P275	P276	P277	P278	P279	P280	P281	P282	P283	P284	P285	P286	P287	P288	P289	P290	P291	P292	P293	P294	P295	P296	P297	P298	P299	P300	P301	P302	P303	P304	P305	P306	P307	P308	P309	P310	P311	P312	P313	P314	P315	P316	P317	P318	P319	P320	P321	P322	P323	P324	P325	P326	P327	P328	P329	P330	P331	P332	P333	P334	P335	P336	P337	P338	P339	P340	P341	P342	P343	P344	P345	P346	P347	P348	P349	P350	P351	P352	P353	P354	P355	P356	P357	P358	P359	P360	P361	P362	P363	P364	P365	P366	P367	P368	P369	P370	P371	P372	P373	P374	P375	P376	P377	P378	P379	P380	P381	P382	P383	P384	P385	P386	P387	P388	P389	P390	P391	P392	P393	P394	P395	P396	P397	P398	P399	P400	P401	P402	P403	P404	P405	P406	P407	P408	P409	P410	P411	P412	P413	P414	P415	P416	P417	P418	P419	P420	P421	P422	P423	P424	P425	P426	P427	P428	P429	P430	P431	P432	P433	P434	P435	P436	P437	P438	P439	P440	P441	P442	P443	P444	P445	P446	P447	P448	P449	P450	P451	P452	P453	P454	P455	P456	P457	P458	P459	P460	P461	P462	P463	P464	P465	P466	P467	P468	P469	P470	P471	P472	P473	P474	P475	P476	P477	P478	P479	P480	P481	P482	P483	P484	P485	P486	P487	P488	P489	P490	P491	P492	P493	P494	P495	P496	P497	P498	P499	P500	P501	P502	P503	P504	P505	P506	P507	P508	P509	P510	P511	P512	P513	P514	P515	P516	P517	P518	P519	P520	P521	P522	P523	P524	P525	P526	P527	P528	P529	P530	P531	P532	P533	P534	P535	P536	P537	P538	P539	P540	P541	P542	P543	P544	P545	P546	P547	P548	P549	P550	P551	P552	P553	P554	P555	P556	P557	P558	P559	P560	P561	P562	P563	P564	P565	P566	P567	P568	P569	P570	P571	P572	P573	P574	P575	P576	P577	P578	P579	P580	P581	P582	P583	P584	P585	P586	P587	P588	P589	P590	P591	P592	P593	P594	P595	P596	P597	P598	P599	P600	P601	P602	P603	P604	P605	P606	P607	P608	P609	P610	P611	P612	P613	P614	P615	P616	P617	P618	P619	P620	P621	P622	P623	P624	P625	P626	P627	P628	P629	P630	P631	P632	P633	P634	P635	P636	P637	P638	P639	P640	P641	P642	P643	P644	P645	P646	P647	P648	P649	P650	P651	P652	P653	P654	P655	P656	P657	P658	P659	P660	P661	P662	P663	P664	P665	P666	P667	P668	P669	P670	P671	P672	P673	P674	P675	P676	P677	P678	P679	P680	P681	P682	P683	P684	P685	P686	P687	P688	P689	P690	P691	P692	P693	P694	P695	P696	P697	P698	P699	P700	P701	P702	P703	P704	P705	P706	P707	P708	P709	P710	P711	P712	P713	P714	P715	P716	P717	P718	P719	P720	P721	P722	P723	P724	P725	P726	P727	P728	P729	P730	P731	P732	P733	P734	P735	P736	P737	P738	P739	P740	P741	P742	P743	P744	P745	P746	P747	P748	P749	P750	P751	P752	P753	P754	P755	P756	P757	P758	P759	P760	P761	P762	P763	P764	P765	P766	P767	P768	P769	P770	P771	P772	P773	P774	P775	P776	P777	P778	P779	P780	P781	P782	P783	P784	P785	P786	P787	P788	P789	P790	P791	P792	P793	P794	P795	P796	P797	P798	P799	P800	P801	P802	P803	P804	P805	P806	P807	P808	P809	P810	P811	P812	P813	P814	P815	P816	P817	P818	P819	P820	P821	P822	P823	P824	P825	P826	P827	P828	P829	P830	P831	P832	P833	P834	P835	P836	P837	P838	P839	P840	P841	P842	P843	P844	P845	P846	P847	P848	P849	P850	P851	P852	P853	P854	P855	P856	P857	P858	P859	P860	P861	P862	P863	P864	P865	P866	P867	P868	P869	P870	P871	P872	P873	P874	P875	P876	P877	P878	P879	P880	P881	P882	P883	P884	P885	P886	P887	P888	P889	P890	P891	P892	P893	P894	P895	P896	P897	P898	P899	P900	P901	P902	P903	P904	P905	P906	P907	P908	P909	P910	P911	P912	P913	P914	P915	P916	P917	P918	P919	P920	P921	P922	P923	P924	P925	P926	P927	P928	P929	P930	P931	P932	P933	P934	P935	P936	P937	P938	P939	P940	P941	P942	P943	P944	P945	P946	P947	P948	P949	P950	P951	P952	P953	P954	P955	P956	P957	P958	P959	P960	P961	P962	P963	P964	P965	P966	P967	P968	P969	P970	P971	P972	P973	P974	P975	P976	P977	P978	P979	P980	P981	P982	P983	P984	P985	P986	P987	P988	P989	P990	P991	P992	P993	P994	P995	P996	P997	P998	P999	P1000	P1001	P1002	P1003	P1004	P1005	P1006	P1007	P1008	P1009	P1010	P1011	P1012	P1013	P1014	P1015	P1016	P1017	P1018	P1019	P1020	P1021	P1022	P1023	P1024	P1025	P1026	P1027	P1028	P1029	P1030	P1031	P1032	P1033	P1034	P1035	P1036	P1037	P1038	P1039	P1040	P1041	P1042	P1043	P1044	P1045	P1046	P1047	P1048	P1049	P1050	P1051	P1052	P1053	P1054	P1055	P1056	P1057	P1058	P1059	P106

95

96



Consentimiento informado de la I.E privada

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PADRES

O APODERADOS



Título del estudio: “Relación entre calidad de vida y salud bucal de escolares de 11 a 14 años de una institución educativa pública y privada de la provincia de Urubamba, Cusco – 2025”

Tipos de estudio:

Proyecto de tesis para optar el Grado Académico de Cirujano Dentista en la Escuela Profesional de Odontología de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco (UNSAAC).

Investigadora responsable:

Bachiller Eznit Mateo Meza

Estimado(a) padre, madre o apoderado(a) de la Institución Educativa Privada Integrando:

Su hijo(a) ha sido invitado(a) a participar en una investigación con fines de tesis universitaria, cuyo propósito es conocer la relación entre la salud bucal y la calidad de vida en escolares de la provincia de Urubamba.

El estudio consistirá en el llenado de una encuesta, que permitirá obtener información sobre la calidad de vida y la salud bucal de los participantes. La otra parte corresponderá a una observación visual de la cavidad bucal, realizada únicamente mediante el uso de bajalenguas desechable y una linterna clínica, sin efectuar ningún tipo de procedimiento clínico.

Todo el proceso se llevara a cabo cumpliendo con las normas de bioseguridad y dentro de la institución educativa, en coordinación con las autoridades del colegio.

Como parte de la actividad educativa, se entregara a cada participante un cepillo dental nuevo y se brindara orientación sobre el cuidado de los dientes y encías.

Toda la información será confidencial y anónima, no se registraran nombres.

Consentimiento: Yo, _____ padre/madre/
apoderado(a) del estudiante _____,
autorizo la participación de mi hijo(a) en esta investigación.

Firma del padre/madre/apoderado(a): _____

DNI: _____ Fecha: ____/10/2025



Consentimiento informado de la I.E pública

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PADRES O APODERADOS



Título del estudio: “Relación entre calidad de vida y salud bucal de escolares de 11 a 14 años de una institución educativa pública y privada de la provincia de Urubamba, Cusco – 2025”

Tipos de estudio:

Proyecto de tesis para optar el Grado Académico de Cirujano Dentista en la Escuela Profesional de Odontología de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco (UNSAAC).

Investigadora responsable:

Bachiller Eznit Mateo Meza

Estimado(a) padre, madre o apoderado(a) de la Institución Educativa Señor de Torrechayoc-Yanahuara:

Su hijo(a) ha sido invitado(a) a participar en una investigación con fines de tesis universitaria, cuyo propósito es conocer la relación entre la salud bucal y la calidad de vida en escolares de la provincia de Urubamba.

El estudio consistirá en el llenado de una encuesta, que permitirá obtener información sobre la calidad de vida y la salud bucal de los participantes. La otra parte corresponderá a una observación visual de la cavidad bucal, realizada únicamente mediante el uso de bajalenguas desechable y una linterna clínica, sin efectuar ningún tipo de procedimiento clínico.

Todo el proceso se llevara a cabo cumpliendo con las normas de bioseguridad y dentro de la institución educativa, en coordinación con las autoridades del colegio.

Como parte de la actividad educativa, se entregara a cada participante un cepillo dental nuevo y se brindara orientación sobre el cuidado de los dientes y encías.

Toda la información será confidencial y anónima, no se registraran nombres.

Consentimiento: Yo, _____ padre/madre/apoderado(a) del estudiante _____, autorizo la participación de mi hijo(a) en esta investigación.

Firma del padre/madre/apoderado(a): _____

DNI: _____ Fecha: ____/10/2025

Constancia de calibración



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA



CONSTANCIA

Por el presente, se hace constar que el **Bach. Eznit Mateo Meza**, con DNI N.º 75187900, ha sido debidamente capacitada y calibrada por el **Dr. Edwin Jesus Palomino Sotomayor** cirujano dentista de la **IPRESS Belenpampa**, en el registro y evaluación clínica de lesiones de caries dental e índice de higiene oral simplificado (IHOS) en adolescentes, como parte del desarrollo de su tesis titulada:

"RELACIÓN ENTRE CALIDAD DE VIDA Y SALUD BUCAL EN ESCOLARES DE 11 A 14 AÑOS EN UNA INSTITUCION EDUCATIVA PUBLICA Y PRIVADA EN LA PROVINCIA DE URUBAMBA, CUSCO - 2025".

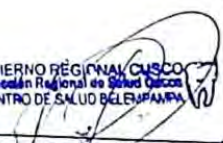
Durante el proceso de capacitación, la Bach. Eznit Mateo Meza adquirió las competencias necesarias para:

1. Aplicar de manera precisa los criterios clínicos para la detección y registro de caries dental e higiene bucal.
2. Realizar correctamente el llenado de la odontograma institucional, identificando la lesión cariosa, según las normas el índice CPO-D.
3. Realizar correctamente el registro de placa dentobacteriana y cálculo dental, según las normas del índice de higiene oral simplificado (IHOS).
4. Estandarizar los criterios diagnósticos para garantizar uniformidad en la recolección de datos clínicos durante el trabajo de campo.

El proceso de calibración incluyó una evaluación rigurosa de la exactitud y consistencia de los registros clínicos, con el fin de garantizar la validez de los datos recolectados para el análisis científico de su investigación.

Dado lo anterior, el Bach. Eznit Mateo Meza se encuentra plenamente capacitada y autorizada para realizar los registros odontológicos y diagnósticos clínicos correspondientes en el marco de su tesis.

Cusco, 12 de noviembre del 2025


GOBIERNO REGIONAL CUSCO
Dirección Regional de Salud Bucal
CENTRO DE SALUD BELENPAMPA
Dr. Edwin Palomino Sotomayor
Especialista en Odontología
COP N.º 8785

Resultado de prueba piloto

Resultados de confiabilidad del instrumento (Alfa de Cronbach)

Tabla 7. Confiabilidad alfa de Cronbach calidad de vida

Alfa de Cronbach	N de elementos
,939	37

El cuestionario CPQ11-14 para evaluar calidad de vida relacionada a salud bucal demostró una confiabilidad excelente, obteniendo un coeficiente Alfa de Cronbach de 0.939 en sus 37 ítems, por tanto, supera ampliamente el umbral de 0.70 considerado como aceptable, indicando una alta consistencia interna del instrumento.

Resultados de concordancia interexaminador (Índice de Kappa)

Confiabilidad inter examinador

Tabla 8. Índice de Kappa calibración de instrumentos

Instrumento	Medida	Valor	Error estándar	Sig.
CPOD		0.835	0.075	<0.001
IHOS placa blanda	Kappa	0.583	0.101	<0.001
IHOS cálculo dental		0.693	0.110	<0.001
N de casos válidos			36	

Interpretación

La calibración del examinador se evaluó mediante el índice Kappa de Cohen en una muestra de 36 observaciones, para el índice CPOD se obtuvo un valor de Kappa = 0.835, lo cual indica una concordancia "casi perfecta" según la escala de Landis y Koch (1977), respecto al índice IHOS, el componente de placa blanda alcanzó un Kappa = 0.583 (concordancia moderada) y el componente de cálculo dental obtuvo un Kappa = 0.693 (concordancia sustancial). Por tanto, todos los valores fueron estadísticamente significativos ($p < 0.001$), lo que garantiza la confiabilidad de las mediciones realizadas en el presente estudio.

Evidencias de la investigación – fotografías



