



**MEDICIÓN DEL IMPACTO DE LA CARIES DE INICIO PRECOZ
EN LA CALIDAD DE VIDA DE NIÑOS PRE-ESCOLARES Y SUS
FAMILIAS, EN DOS CENTROS DE ATENCIÓN
ODONTOPEDIÁTRICA DE VALPARAÍSO.**

Trabajo de investigación
Requisito para Optar al
Título de Cirujano-Dentista

Alumnos: Felipe López de Aréchaga Soto.
Diego Rodríguez Villablanca.

Docente Guía: Prof. Dr. Juan Eduardo Onetto.
Cátedra de Odontopediatria

Índice

-Introducción.	1
-Marco teórico:	
-Generalidades del concepto calidad de vida y su evolución en el tiempo.	2
-Calidad de vida y su relación con la salud.	6
-Calidad de vida y su relación con odontología.	12
-Calidad de vida y su relación con odontología en niños y adolescentes.	14
-Caries de inicio precoz y calidad de vida.	19
-Objetivos.	22
-Materiales y método:	
-Diseño del estudio.	23
-Población y muestra.	23
-Diagrama de flujo.	24
-Criterios de inclusión/exclusión.	25
-VARIABLES y sus escalas de medición.	25
-Definiciones operacionales de las variables con su forma de medición.	26
-Instrumentos de recolección de la información.	28
-Estandarización del lugar de medición de las variables.	28
-Análisis de los resultados.	29
-Control de sesgos y limitaciones del estudio.	30
-Procedimientos administrativos realizados en la recogida de datos.	30
-Resultados:	
-Por Aspectos Generales.	31
-Por Dominio.	37
-Por Impacto en Calidad de Vida.	41
-Por asociación de preguntas.	45
-Discusión.	48
-Conclusión	54
-Sugerencias.	55
-Resumen.	56
-Bibliografía.	57
-Anexos.	60

Introducción

Los avances en los tratamientos y en las intervenciones sanitarias han cambiado la orientación de la atención en salud, desde el diagnóstico y tratamiento de las patologías hasta el control y prevención de las enfermedades crónicas. Es por esto que indicadores clásicos como la tasa de mortalidad ya no son la única medida de resultado cuando se evalúa la eficacia de los tratamientos.

Con la evolución del concepto de salud y todo lo que éste conlleva, se hace fundamental obtener instrumentos que tengan en cuenta el punto de vista del paciente y es por este motivo, que en las últimas décadas ha adquirido progresiva importancia la valoración de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), tanto en adultos como en niños.

Por otro lado, la caries de inicio precoz, se considera como un problema de prevalencia a nivel mundial en la salud pública, cuyas consecuencias no solo afectan en el desarrollo del niño que presenta la patología ya que también influye en la economía de los padres y del estado, debido a que el tratamiento es costoso. Lamentablemente no toda la población se encuentra consciente de prevenir esta manifestación de la caries, por lo tanto no realiza visitas de control a los 6 meses luego de la erupción del primer diente temporal, ni se preocupa de otras medidas importantes como el control de higiene y de la dieta cariogénica.

Es de máxima relevancia relacionar el concepto de calidad de vida, con los factores que influyen en ella, y tener conocimiento sobre la evolución conceptual que ha desarrollado en el tiempo, identificando de qué manera comenzó la relación entre calidad de vida y salud, haciéndose más específica posteriormente hacia distintos campos, entre los que se encuentra la odontología. Se hará mención a los diferentes autores que investigaron sobre este tema, dado que con el punto de vista de cada uno de ellos, se ha logrado tener una visión integral respecto a él, por lo mismo que a lo largo del tiempo se ha ido fortaleciendo y logrando un mayor reconocimiento.

Como se ha expuesto, la calidad de vida como concepto ha evolucionado, relacionándose con la salud y específicamente con la odontología. En niños también ha tenido un desarrollo, con instrumentos que miden la calidad de vida tomando en cuenta diferentes parámetros. En este estudio se verá de qué manera el impacto que genera la caries de inicio precoz, que es una patología prevalente y crítica en salud pública, influye en la calidad de vida no sólo del niño afectado sino que altera el diario vivir de todo un grupo familiar y social, perjudicando el desarrollo normal de la vida cotidiana y afectando en el desempeño de los integrantes de la familia.

Debido al gran número de siglas, tanto de instituciones como de instrumentos de calidad de vida, en el anexo 1 se presenta un glosario donde se especifica cada una de ellas.

Generalidades del concepto calidad de vida y su evolución en el tiempo

El interés por la calidad de vida ha existido desde tiempos inmemorables, es así como filósofos y científicos se han encargado de desarrollar esta inquietud. Sin embargo la calidad de vida - como concepto - y la preocupación por la evaluación sistemática y científica del mismo son relativamente recientes. La idea comienza a popularizarse en la década de los 60 hasta convertirse hoy en un concepto utilizado en ámbitos muy diversos, como son la salud, la educación, la economía, la política y el mundo de los servicios en general. (Gómez-Vela, 2002)

En el ámbito histórico podemos asociar el nacimiento del concepto de calidad de vida al desarrollo, crecimiento económico por la industrialización exagerada y la necesidad de obtener métodos de control de calidad para ser utilizados en los procesos industriales. Al final de la segunda guerra mundial, la preocupación por el desarrollo se manifiesta también en la voluntad de evaluar la calidad de vida de pueblos que permanecen aun en situaciones de bajos niveles de vida y mejorarla mediante la industrialización y la modernización.

La calidad de vida, como tema de estudio, ha ido evolucionando para poder ser estudiada desde diferentes puntos de vista, y ha sido definida de diversas maneras y por distintas personas o agrupaciones a lo largo de la historia. En un primer momento, la expresión calidad de vida aparece en los debates públicos en torno al medio ambiente y al deterioro de las condiciones de vida urbana. Una definición general de la calidad de vida indica que ésta corresponde al bienestar, felicidad y satisfacción de un individuo, que le otorga a éste cierta capacidad de actuación, funcionamiento o sensación positiva de su vida. (Wikipedia Foundation Inc., 2008)

Si se analiza la definición general que se ha enunciado con respecto a la calidad de vida, necesariamente se llega a la conclusión de que los parámetros que encierra son subjetivos (bienestar, felicidad y satisfacción) por lo que en primera instancia se debiera calificar como subjetiva. Además, en la medida en que los seres humanos perciben los problemas y sus posibles soluciones desde diferentes puntos de vista, o según los roles que socialmente desempeñan, y satisfacen sus necesidades bajo criterios también diferentes, una experiencia dada o un mismo objeto físico pueden ser percibidos de forma distinta por diferentes sujetos. Esto significa que una determinada calidad del medio ambiente puede implicar contenidos, percepciones e imágenes muy diferentes para las distintas personas, dependiendo del género, edad, cultura, etnia, o religión, entre otros. (Fadda et al., 1999)

Con estos fundamentos y considerando que la calidad de vida es un tema subjetivo, sería imposible medirla, por lo que dificultaría el desarrollo y estudio del tema. Por estas razones el concepto evoluciona y durante la década de los 50 y comienzos de los 60, el creciente interés por conocer el bienestar humano y la preocupación por las consecuencias de la industrialización de la sociedad, hacen surgir la necesidad de medir esta realidad a través de datos objetivos, y desde las ciencias sociales se inicia el

desarrollo de los indicadores sociales estadísticos, que permiten medir datos y hechos vinculados al bienestar social de una población. Estos indicadores tuvieron su propia evolución siendo en un primer momento referencia de las condiciones objetivas de tipo económico y social, para en un segundo momento contemplar elementos subjetivos (Gómez-Vela, 2002).

La expresión comienza a definirse como concepto integrador, que comprende todas las áreas de la vida (carácter multidimensional) y hace referencia tanto a condiciones objetivas como a componentes subjetivos. La inclusión del término en la primera revista monográfica de E.E.U.U, "Social Indicators Research", en 1974 y en "Sociological Abstracts" en 1979, contribuirá a su difusión teórica y metodológica, convirtiéndose la década de los 80 en la del despegue definitivo de la investigación en torno al término. (Gómez-Vela, 2002)

La evaluación del concepto para Dennis, Williams, Giangreco y Cloninger en el año 1993, según cita Freire de Oliveira en el 2007, muestra que los enfoques de investigación de la calidad de vida son variados, pero podrían englobarse en dos tipos:

- **Enfoques Cuantitativos:** Su propósito es operacionalizar la calidad de vida. Para ello, se estudiaron diferentes indicadores, entre los que encontramos: Sociales (se refieren a condiciones externas relacionadas con el entorno, como la salud, el bienestar social, la amistad, el estándar de vida, la educación, la seguridad pública, el ocio, el vecindario, la vivienda, etc.); Psicológicos (miden las reacciones subjetivas del individuo a la presencia o ausencia de determinadas experiencias vitales); y Ecológicos (miden el ajuste entre los recursos del sujeto y las demandas del ambiente).
- **Enfoques Cualitativos:** Adoptan una postura de escucha a la persona mientras relata sus experiencias, desafíos y problemas y cómo los servicios sociales pueden apoyarles eficazmente. (Freire de Oliveira, 2007)

Ardón en el año 2002, quien es citado por Freire de Oliveira en su tesis doctoral, expresa que la evaluación de la calidad de vida puede dividirse en tres períodos. El primero corresponde al que se ubica entre los años 1975 y 1985, en donde se relaciona la calidad de vida con dos factores primordiales, que corresponden a los indicadores económico-sociales y la salud, siendo preponderante el primer factor. El segundo período se ubica entre los años 1985 y 1995 en donde se observa que se mantienen los estudios enfocados a las dos perspectivas anteriores, pero además aparece un nuevo punto de vista que toma gran fuerza, éste corresponde al medio ambiente, que nace por la necesidad de los ciudadanos de vivir en condiciones más favorables con respecto al bienestar ambiental, entre otras cosas. Finalmente en el tercer período, que va desde 1995 hasta el 2000, se observa que además de las perspectivas que se han presentado anteriormente, se produce la diferenciación y el reconocimiento de un enfoque que aunque siempre ha estado inmerso en las otras directrices desde las que se aborda el tema, no había tenido una figuración importante en los últimos tiempos. Se trata de la perspectiva política, la cual ha popularizado ampliamente el término calidad de vida, aún cuando este no sea correctamente conceptualizado en la mayoría de los casos.

Aunque en el transcurso del tiempo los enfoques que se le dan al concepto de calidad de vida van variando, el tema cada día tiene mayor aceptación debido a que se puede abordar desde varios puntos de vista y ha crecido su reconocimiento por tratarse de un concepto aglutinador de varias disciplinas y que debe ser contextualizado de manera integral. (Freire de Oliveira, 2007)

Un indicador común para medir la calidad de vida corresponde al índice de desarrollo humano (IDH), establecido por las Naciones Unidas para medir el grado de desarrollo de los países a través del programa de las Naciones Unidas para el desarrollo (PNUD), que corresponde a la red mundial de las Naciones Unidas en materia de desarrollo, que promueve el cambio y conecta a los países con los conocimientos, la experiencia y los recursos necesarios para ayudar a los pueblos a forjar una vida mejor. Se encuentra presente en 166 países, trabajando con los gobiernos y las personas para ayudarles a encontrar sus propias soluciones a los retos mundiales y nacionales del desarrollo (UNPD, 2008). El cálculo para medir la calidad de vida se realiza a partir de las siguientes variables:

-Esperanza de vida: Es una estimación del promedio de años que viviría un grupo de personas nacidas el mismo año si los movimientos en la tasa de mortalidad de la región evaluada se mantuvieran constantes, se suele dividir en masculina y femenina, y se ve influenciada por factores como la calidad de la medicina, la higiene, las guerras, etc.

-Educación (en todos los niveles): Corresponde al proceso multidireccional mediante el cual se transmiten conocimientos, valores, costumbres y formas de actuar.

-PBI per Cápita: Es el valor monetario total de la producción corriente de bienes y servicios de un país durante un período (normalmente es un trimestre o un año), dividido por la cantidad de habitantes de ese país.

Los países con el IDH más alto son Islandia, Noruega, Australia, Suecia, Canadá y Japón, mientras en Latinoamérica son Argentina, Chile, Uruguay y Costa Rica. (Wikipedia Foundation Inc., 2008)

Es fundamental definir el por qué es importante investigar acerca de la calidad de vida, y no es muy complicado llegar a encontrar buenas aplicaciones en las que se pueden implementar los conocimientos acerca del tema. Para Schalock (1996), investigador citado por Gómez-Vela el año 2002, la investigación sobre calidad de vida es importante porque el concepto está emergiendo como un principio organizador que puede ser aplicable para la mejora de una sociedad como la nuestra, sometida a transformaciones sociales, políticas, tecnológicas y económicas.

En este sentido, el concepto puede ser utilizado para una serie de propósitos, entre los que encontramos: la evaluación de las necesidades de las personas y sus niveles de satisfacción, la evaluación de los resultados de los programas y servicios humanos, la dirección y guía en la provisión de estos servicios y la formulación de políticas nacionales e internacionales dirigidas a la población general y a otras más específicas, como la población con discapacidad o en nuestro caso a niños que presenten caries de inicio precoz. (Gómez-Vela et al., 2002)

Como se ha expuesto anteriormente con la evolución del concepto, la calidad de vida es aplicable a variados aspectos de la cotidianidad y el que interesa ampliar es sin duda la relación que existe entre calidad de vida y la salud, para de esta manera contextualizar aun más el marco que se necesita para desarrollar el tema de investigación que se propone.

Para la OMS la calidad de vida corresponde a la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus expectativas, sus normas y sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno. (Schwartzmann, 2003)

Como se describe en el párrafo anterior, al relacionar calidad de vida con salud, emergen muchas aristas que plantean el tema como un desafío a resolver, sin embargo a su vez extiende todavía más el concepto, entregando la posibilidad de divagar respecto a él sin llegar a algún resultado concreto. Este desafío implica objetivar y sistematizar algún método con el cual poder medir la calidad de vida.

El anexo 2 corresponde a una tabla de tiempo que muestra la forma en que ha ido evolucionando el concepto de calidad de vida, identificando el autor de la definición y una pequeña reseña que explica lo más relevante de su estudio.

Calidad de vida y su relación con la salud.

Es claro que la calidad de vida es una noción eminentemente humana que se relaciona con el grado de satisfacción que tiene la persona con su situación física, su estado emocional, su vida familiar, amorosa, social así como el sentido que le atribuye a su vida, entre otras cosas (Schwartzmann, 2003). Si de alguna forma este concepto de calidad de vida lo relacionamos con la salud vamos a poder analizar de qué manera se entrecruzan. Para esto es necesario tomar en cuenta la percepción del paciente, sus deseos y motivaciones, teniendo en consideración las normas culturales, patrones de conductas y expectativas de cada uno para que de este modo podamos tomar las mejores decisiones en relación a su salud.

Antes de adentrarse en la relación que existe entre la calidad de vida y la salud, es necesario definir el concepto de salud. La OMS en 1948 fue una de las primeras en englobar la naturaleza multidimensional de la salud, definiéndola como el estado de completo bienestar físico, psíquico y social, no solo la ausencia de enfermedad. Esta definición ha sido criticada por la incapacidad del ser humano de alcanzar el completo bienestar, sin embargo lo relevante de ella es que muestra componentes objetivos y subjetivos, pudiendo darse la posibilidad que aunque el individuo este objetivamente sano (sin patologías), se encuentre subjetivamente enfermo (sensación personal). Esta convivencia de elementos objetivos y subjetivos se hace relevante al aplicar índices, los cuales además de medir la presencia o severidad de una patología, también debe considerar medidas de bienestar psicológico y social. (Montero, 2006)

El concepto relacionado con el campo de la salud es relativamente nuevo. Recién en la década de los 90 fue el momento en que se presentó el auge evidente con respecto al tema, el cual se mantiene como uno de los que genera mayor interés a nivel mundial hasta el día de hoy. (Schwartzmann, 2003)

Desafortunadamente, la vida actual no se encuentra asociada a la mejor calidad de vida, debido a que los seres humanos estamos siendo sometidos a múltiples factores estresantes, como son el desempleo, el multiempleo, el exceso de información, la revolución tecnológica, cambios de la estructura familiar (divorcios, uniones inestables, convivencias, ambos padres en el mercado laboral), etc.

El estrés es un factor de riesgo para la aparición de enfermedades y el deterioro de la calidad de vida. Se cree que en el año 2020 el estrés será la causa principal de muerte, siendo vinculada con otras patologías. Por este motivo se está buscando la mejor forma de superar esta situación (Schwartzmann, 2003).

La incorporación de la percepción del paciente, para poder evaluar los resultados de la salud, es fundamental para objetivar su mejora en la calidad de vida. Por lo tanto es necesario crear instrumentos que permitan evaluarlos. Dichos instrumentos deben ser válidos, confiables y que aporten evidencia empírica con base científica al proceso de toma de decisiones en salud.

Por lo tanto, el concepto de calidad de vida relacionada con salud lo podemos definir como el “impacto que una enfermedad y su consecuente tratamiento tienen sobre la percepción del paciente de su bienestar” (Schwartzmann, 2003). Por otra parte Patrick y Erickson en 1993 la definen como el valor asignado a la duración de la vida en función de la percepción de limitaciones físicas, psicológicas, sociales y de disminución de oportunidades a causa de la enfermedad, sus secuelas, el tratamiento y/o las políticas de salud. (Yanguas, 2004)

En 1996 Shumaker y Naughton ven a la calidad de vida como una percepción subjetiva de la capacidad para realizar aquellas actividades importantes para el individuo, influenciadas por el estado de salud actual. De estas definiciones debemos rescatar que al ser la calidad de vida un concepto subjetivo es fundamental saber que la percepción que las personas tengan sobre su estado de bienestar físico, psíquico, social y espiritual va a depender en gran parte de sus propios valores y creencias, su contexto cultural e historia personal. (Rajmil, 2001)

En general, el concepto de calidad de vida relacionada con salud presenta uno de los avances más importantes en materia de evaluaciones de salud, aunque no existe una base conceptual evidente. Por otra parte, debido al gran interés que se ha suscitado por investigar el tema, también en el camino se han incorporado dilemas éticos, técnicos y conceptuales, criticándose que este concepto lleva a la medicalización de la vida cotidiana, debido a que muchas personas utilizan variados medicamentos para disminuir sus dolores, ansiedades, estrés, cansancio, etcétera, y así mejorar su calidad de vida.

En relación a lo expuesto en el párrafo anterior al relacionar calidad de vida con tecnología, se produce una complicada dicotomía, debido a que podríamos pensar que con el desarrollo de la tecnología en salud, la calidad de vida debiera mejorar cada día más, sin embargo en muchos casos la tecnología otorga cantidad de vida más que calidad de vida.

Los métodos de evaluación de calidad de vida en relación a la salud se han desarrollado sobre todo a partir de tres tipos de investigación:

- Investigaciones de la Felicidad: La demostración por parte de los psicólogos de que las respuestas subjetivas (sentimientos, deseos) podían evaluarse de modo confiable y válido, a través de test, contribuyó a jerarquizar este campo del conocimiento.
- Investigaciones en los indicadores sociales: Se centra en los determinantes sociales y económicos del bienestar. Estudios en este tema comenzaron a mostrar la escasa o nula relación entre indicadores objetivos de satisfacción con la vida y las apreciaciones subjetivas, produciendo que desde este punto las dos líneas de investigación en este campo diverjan.
- Investigaciones en el área de la salud: En esta área al igual que en las demás el concepto fue evolucionando en su forma de medición ya que se tenía que adaptar a los tiempos y modificar de acuerdo a como se iban modernizando las tecnologías médicas.

Estos tres tipos de investigación han desempeñado un rol importante en la aplicación del concepto de calidad de vida relacionada en salud, pero quedan muchas interrogantes sin resolver.

Dentro de la línea de investigación de los indicadores sociales, los distintos modelos teóricos sobre necesidades humanas, desarrollados por filósofos, antropólogos, científicos sociales y políticos, incluyen, a pesar de sus diferencias teóricas las siguientes categorías de necesidades:

1. Necesidades fisiológicas (alimentación, agua, aire, etc.).
2. Necesidad de relación emocional con otras personas.
3. Necesidad de aceptación social.
4. Necesidad de realización y de sentido.

Sin duda alguna es fundamental analizar lo que recién se ha expuesto, debido a que éstas son las necesidades que las personas van a tener para poder sentirse satisfechos y conformes con la vida, por lo que cada carencia que se tenga en estas necesidades básicas van a ir en desmedro de la calidad de vida, afectando directamente en ella. (Schwartzmann, 2003)

Para medir la calidad de vida relacionada con salud fue necesario confeccionar instrumentos sensibles que entregaran resultados confiables y de esta forma a comienzos de los años 80 aparece un desarrollo de perfiles de salud, como por ejemplo el Perfil de Impacto de la Enfermedad (Bergner y cols., 1981); Perfil de Salud de Nottingham (Hunt y Mc Ewen, 1981); SF-36 (Ware y cols., 1996). Más tarde la Organización Mundial de la Salud retoma el tema, al crearse en 1991 un grupo

multicultural de expertos que avanza en la definición de calidad de vida y en algunos consensos básicos que permitan ir dando a este complejo campo alguna unidad, este grupo se denomina World Health Organization Quality of Life (WHOQOL). Esta definición y puntos de consenso fueron la base de la creación del instrumento de Calidad de Vida de la OMS (WHOQOL-100), que a diferencia de otros instrumentos, parte de un marco teórico para su construcción, desarrolla el instrumento en forma simultánea en distintas culturas y utiliza metodologías cualitativas como los grupos focales, para evaluar la pertinencia para los futuros usuarios de los aspectos incluidos en la evaluación. (Schwartzmann, 2003)

La aplicación de estos instrumentos nos permite recolectar información que mide y caracteriza el estado multidimensional de la salud, además nos facilita el acercamiento en la relación médico-paciente, de forma tal que los pacientes tendrán un nuevo marco de referencia respecto a sus prestadores de servicios de salud, y estos últimos podrán juzgar la efectividad del manejo de la población atendida, los cuales han permitido incorporar el concepto de evaluación de la calidad de vida y lo han convertido en la unidad fundamental para la medición de resultados en investigaciones dentro de este campo. (Ramírez, 2007)

Finalmente el grupo WHOQOL llega a puntos de consenso donde especifican que los instrumentos que se utilizan para medir la calidad de vida relacionada con salud deben tomar las siguientes medidas.

1. Ser subjetivos: Recoger la percepción de la persona involucrada.
2. Ser multidimensionales: Relevar diversos aspectos de la vida del individuo, en los niveles físicos, emocional, social, interpersonal etc.
3. Incluir sentimientos positivos y negativos.
4. Registrar la variabilidad en el tiempo: La edad, la etapa vital que se atraviesa (niñez, adolescencia, adultez, adulto mayor), el momento de la enfermedad que se cursa. Todo esto marca diferencias importantes en los aspectos que se valoran.

Los instrumentos de evaluación de calidad de vida relacionada con salud deben combinar características que le den sustento conceptual, confiabilidad y validez (que midan lo que realmente dicen medir), pero es fundamental además que sean relevantes culturalmente, es decir que pregunten sobre las cosas que realmente les importan a las personas en un lugar determinado y en un momento histórico dado. (Schwartzmann, 2003)

Algunas características que deben tener los instrumentos que utilizamos para observar la calidad de vida relacionada con salud son:

- a) Debe estar adecuado al problema que pretendemos medir.
- b) Debe ser válido, es decir, debe medir las características que nosotros queremos medir y no otras.
- c) Debe ser preciso, debe tener un mínimo de errores.
- d) Debe ser sencillo, o sea, debe ser capaz de pesquisar los mínimos cambios entre las respuestas de un mismo individuo a lo largo de la encuesta.
- e) Debe sustentarse en una base de datos generado por los propios pacientes.
- f) Los pacientes deben aceptar la encuesta, al igual que los profesionales que la realizan y sus investigadores.

Por lo general, los instrumentos que se utilizan para medir la calidad de vida en la salud, están compuestos de instrucciones de administración, dimensiones de la calidad de vida e ítems que describan de buena forma las escalas que van a utilizar y sus diferentes niveles de dimensiones. (Esteve y Roca, 1997).

A su vez, estos instrumentos de medida de la salud percibida, pueden clasificarse en genéricos, si miden múltiples dimensiones o categorías y están diseñados para su aplicación a una gran variedad de pacientes, y específicos, si se centran en la medida de aspectos concretos de una determinada enfermedad (p.ej. cáncer de mama o epilepsia), de una población (p. ej. ancianos), una función (p. ej. sueño o actividad sexual) o un aspecto clínico (p. ej. dolor o disnea). (Esteve y Roca, 1997).

Para poder medir de una forma más completa este concepto, los cuestionarios que se utilicen deben estar previamente validados y aprobados. A través de ellos se manifiesta el estado de salud del paciente, y detecta índices clásicos de actividad de enfermedad que son los que causan el deterioro de la calidad de vida. Pero no podemos dejar de lado un problema importante que se genera al ocupar instrumentos que ya están validados y este corresponde a que la gran mayoría de los cuestionarios diseñados se han desarrollado en países de habla inglesa y aunque la adaptación transcultural de estos cuestionarios resulta menos costosa que desarrollar un nuevo instrumento, y además permite realizar comparaciones internacionales, la adaptación de estos instrumentos a otra lengua requiere un procedimiento complejo que puede incluso obligar a un cambio completo de las expresiones originales. No puede limitarse a una simple traducción, sino que debe seguir una metodología que asegure la equivalencia conceptual y semántica con el cuestionario original, la validez y la fiabilidad de la nueva versión y la comprensión por los pacientes de la versión adaptada. (Esteve y Roca, 1997).

Por otro lado se sabe que aunque el concepto de calidad de vida tiene un contexto individual, hay ciertos factores que se pueden relacionar, como son, el marco histórico, cultural y la clase social a la que pertenece el ser humano, que sin duda van a repercutir en su interacción con la salud. En relación al marco histórico, la calidad de

vida va cambiando a través del tiempo. Por otro lado, el marco cultural permite ver los distintos parámetros que tienen las diferentes etnias, dependiendo de sus tradiciones, a partir de las cuales se van construyendo los valores y necesidades.

Un estudio transcultural de la OMS, mostró el distinto valor cultural atribuido a mantener un nivel de independencia física entre personas de E.E.U.U, donde la importancia de la autonomía personal de valerse por sí mismo y no depender de nadie, es un valor en sí mismo, y del medio oriente en donde esta concepción sería considerada “egoísta”, sin embargo el auto-valerse asegura el no ser una carga para los demás (WHOQOL Group 1995, Szabo, 1997; citado en Schwartzmann, 2003)

Finalmente, el último factor que debemos mencionar son las expectativas que cada uno tiene en relación a su propia vida, las cuales tienen una estrecha relación con la clase social a la que se pertenezca. Este aspecto permite reflexionar que los indicadores subjetivos (percepción), así como los indicadores “objetivos” (ingresos, empleo, oportunidades de acceso a la salud) son igualmente valiosos, dependiendo del objetivo de la evaluación. (Schwartzmann, 2003)

Al igual que en algún momento se desarrolló el tema calidad de vida relacionada con salud, en el transcurso de la historia se comenzó a conjugar con áreas más específicas, como la odontología, lo que se muestra a continuación para seguir desarrollando y adentrándonos en la investigación.

Calidad de vida y su relación con odontología.

En el ámbito de la calidad de vida relacionada con la odontología, los primeros estudios de calidad de vida oral iban destinados a medir el impacto que la patología oral acumulada producía en la vida diaria de los sujetos más prevalentemente afectados, por lo que en un primer momento la calidad de vida relacionada con odontología se avocó a estudiar a grupos etarios más avanzados, lo que se veía influenciado aun más por el envejecimiento de la población. (Montero, 2006).

Los indicadores de la calidad de vida oral surgieron en la década de los 70, para evaluar el impacto físico, psicológico y social de los problemas orales, y complementar la información aportada por los índices clínicos ya que estos no son sensibles a percepciones subjetivas como el dolor, la estética, la función, etc. (Montero, 2006).

Si bien es cierto que los problemas orales tienen una preponderancia mucho menor al compararla con patologías más discapacitantes y severas (como el cáncer o las enfermedades degenerativas) podemos encontrar que en la población general hay una asociación significativa entre la salud oral y la autovaloración. Strauss y Hunt en 1993, citados por Montero en el 2006, declararon que el 39% de los sujetos ancianos participantes en un estudio de calidad de vida oral consideraban que los dientes influían en la salud general. Con estos antecedentes podemos afirmar que la salud oral juega un rol preponderante en la vida cotidiana afectando a las personas física y psicológicamente en sus actividades diarias (comer, hablar, relacionarse) (Montero, 2006)

En el caso específico de la relación que se produce entre calidad de vida y la salud oral, en los pacientes de tercera edad se encontró que la salud oral tiene una gran importancia en la psicología de ellos, incluso llegando a haber casos en que la pérdida de una pieza dentaria causa depresión, sin embargo para otros es una realidad inevitable (ancianos de bajo nivel socioeconómico) lo que no significa que los pacientes de bajos recursos no se avergüencen por ser desdentados. En un estudio realizado en la región Metropolitana en el año 1997, Lamadrid y Misrachi informan que el 25,9% de una población de adultos mayores autovalentes del área norte de Santiago es desdentada, mientras que otros informan que entre el 30-50% de la población de adultos mayores de Chile son desdentados totales y el resto son parcialmente desdentados. Como conclusión de los estudios internacionales se puede obtener que sin importar la edad, el género o el nivel socioeconómico del adulto mayor, la salud oral tiene una gran influencia en su calidad de vida. (Montes, 2001)

Gary Slade es el autor del instrumento de evaluación sobre calidad de vida relacionado con salud oral más utilizado en los adultos, este corresponde al perfil de impacto de la salud oral (OHIP). Slade desarrollo una investigación con el propósito de confeccionar y probar el OHIP, un índice tabulado del impacto social de desordenes orales en donde los resultados de la salud oral se muestran en una escala teórica jerárquica. El instrumento cuenta con 49 preguntas que describen las consecuencias de desordenes orales y que fueron seleccionadas a partir de 535 preguntas obtenidas de la entrevista con 64 pacientes. Finalmente el estudio pudo concluir que OHIP es un instrumento confiable y válido para la medida detallada del impacto social de desordenes orales y tiene ventajas potenciales para la toma de decisión y la investigación clínica. (Slade, 1994).

La evaluación de la salud oral relacionada con la calidad de vida de los adultos a existido hace algunas décadas, esto sumado a la importancia que la salud oral ha demostrado tener en nuestra vida cotidiana, se puede entender por qué el tema ha logrado un amplio desarrollo, investigándose cada día más acerca de él. Por el contrario hay una escases de medidas de evaluación para este tópico multidimensional en relación a los niños y adolescentes teniendo pocos datos disponibles sobre el impacto de la salud oral en los niños. (Broder, 2007)

Calidad de vida y su relación con odontología en niños y adolescentes.

La falta de instrumentos para medir la calidad de vida en pediatría se debe a la complejidad que existe, en lo conceptual y metodológico, para construir indicadores que nos ayuden en la confección de cuestionarios relacionados con la calidad de vida de los niños. Esto se debe a que se mezclan variables que son difícilmente combinables, como por ejemplo la actividad diaria, el desarrollo del lenguaje, que entiendan los distintos estados de sentimientos, percepción de relaciones, etc. (Jokovic et al., 2002) Además otro punto en donde se produce dificultad es en que la comprensión y evaluación de los niños es compleja, ya que no son un objetivo estable debido a que constantemente tienen nuevas capacidades de desarrollo. Por lo tanto, es comprensible que las evaluaciones dirigidas a los niños hayan tardado en realizarse. (Broder, 2007)

Al igual que en adultos la importancia de la salud bucal de los niños dentro de su salud general y bienestar, y el profundo impacto que la salud bucal puede tener en la calidad de vida de los niños ha sido destacado. Para poder crear instrumentos que puedan valorar la calidad de vida en la población preescolar, los canadienses desarrollaron por primera vez el Child Oral Health Quality of Life (COHQoL) para los niños (Pahel et al., 2007). Dicho instrumento se encargaba de incluir la percepción de los padres/apoderados y crear una escala de impacto familiar dependiendo de las respuestas. Actualmente podemos encontrar cuestionarios para los distintos intervalos de edad, los cuales han sido desarrollados y aprobados, a excepción de los cuestionarios para los niños entre 6-7 años de edad. Es por esto que actualmente hay pocos instrumentos que puedan medir el impacto de la enfermedad oral a nivel general.

Los primeros instrumentos confeccionados por autores como Filstrup, se basaron en la escala de Michigan, Oral Health Related Quality of Life (OHRQL) para examinar a los niños con caries de inicio precoz, que afecta en su calidad de vida. Desafortunadamente el test de Michigan solo está limitado a comprobar ciertos parámetros clínicos, por lo que su validación se encuentra cuestionada (Pahel et al., 2007).

Por la escases de instrumentos validados y confiables nace el perfil de impacto de la salud oral de los niños (COHIP) que fue desarrollado específicamente para dirigir los asuntos metodológicos diseñados para la población infantil (Dunlow et al., 2007)

Si bien es cierto y como ya se expuso, se presentan dificultades para lograr desarrollar instrumentos que midan el impacto de la salud oral en la calidad de vida de los niños, se deben ocupar todas las armas disponibles para lograr un buen resultado, como son, los conocimientos aprendidos por los especialistas infantiles en donde se encuentra que de acuerdo al desarrollo psicológico del niño, a temprana edad escolar se marca un inicio en la capacidad del pensamiento abstracto y el concepto de sí mismo (Jokovic et al., 2002). Además aparece la habilidad de juzgar según la apariencia, la calidad de relaciones, y otros pensamientos que son normales en las personas, las

emociones. Otra información que debemos aprovechar es la que nos proporcionan los cuestionarios de salud infantil relacionando con la calidad de vida (Broder, 2007).

Para poder utilizar el COHIP, éste se tuvo que validar (objetivo principal de la investigación concurrent validity of the COHIP). Esto se logró mediante exámenes de correlación entre los resultados del COHIP y otros instrumentos de áreas diferentes a la odontología, como por ejemplo: alergia ocular, trastornos alimenticios en niños, problemas afectivos y de ansiedad en jóvenes, asma y COPD. Estos cuestionarios fueron realizados al mismo tiempo, y por lo tanto se esperó que los resultados fueran similares, debido a que los instrumentos comparados evalúan objetivos similares. La intención de este estudio fue examinar las relaciones entre la percepción del impacto de la salud oral de los niños, en diferentes aspectos de sus vidas como la percepción de su atractivo dentofacial, ansiedad social y autoestima. (Dunlow et al., 2007)

El COHIP fue desarrollado para niños de al menos 8 años de edad, su cuestionario consta de 34 ítems y los resultados a medir están comprendidos en 6 sub-escalas que se detallan a continuación: salud oral, bienestar funcional, bienestar socio-emocional, entorno escolar, autoestima y expectativas de tratamiento. (Dunlow et al., 2007)

Finalmente las conclusiones que se obtuvieron en el estudio entregaron apoyo a la validez del COHIP ya que entregan un 77% de las relaciones esperadas entre los tópicos del COHIP y los tópicos generales de los instrumentos estandarizados que fueron observados. Para las investigaciones en niños sobre el efecto de los tratamientos dentales o en estudios epidemiológicos de la salud bucodental, el uso de instrumentos específicos como el COHIP tiene la ventaja de una respuesta directa del paciente para la evaluación centrada en una condición específica, la salud oral, y una gran sensibilidad a los efectos del tratamiento. (Dunlow, 2007)

Otro estudio que se realizó para crear y validar un instrumento capaz de relacionar la calidad de vida con la salud oral de los niños corresponde al ejecutado por Pahel en donde finalmente se confeccionó un cuestionario llamado Early childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS) y que es parte fundamental de este estudio.

Las preguntas que conforman el cuestionario se eligieron en dos fases, las que se confeccionaron para la primera etapa (generación), consta de un total de 45 preguntas, las cuales fueron proporcionadas por el Dr. Jokovic y el dr. Locker, por lo que estas preguntas fueron la base en la creación del ECOHIS. Las 45 preguntas fueron obtenidas a través de grupos de opinión, entrevistas informales y diversos estudios de impacto en padres de niños de entre 6 y 14 años, las cuales conformaron el cuestionario de percepción de los padres-tutores (P-CPQ). Jockovic enmarcó estos 45 ítems dentro de cuatro categorías, las que corresponden a: síntomas, función, emoción y bienestar social/familiar. Muchas de las preguntas eran similares a las del cuestionario Parent form of the Child Health (CHQ) y al cuestionario Infant Toddler Quality of Life (ITQOL), desarrollado por Landgraf para niños y adolescentes entre 5 y 18 años e

infantes y niños respectivamente. Posteriormente las preguntas fueron sometidas al proceso de reducción, en donde se contó con la opinión de profesionales que trabajan diariamente con niños y sus familias, e investigadores que trabajan en salud pública oral. El equipo de trabajo lo integraron, 3 odontopediatras que trabajan en clínicas privadas, 5 odontopediatras de instituciones (academias), 5 funcionarios del personal de la recepción de clínicas dentales privadas, 3 pediatras, 1 psicólogo del desarrollo y 5 dentistas del área pública. Las preguntas fueron contestadas mediante una escala visual, donde debían decir si ellos creían que las preguntas eran relevantes o no, en cada una de ellas. En relación a las respuestas brindadas por los profesionales, se obtuvo un nuevo conjunto de 36 preguntas, debido a que los ítems de la etapa de generación se repetían, se combinaban, o incluso no aportaban información relevante para la confección del instrumento, por lo que se excluían.

Este nuevo conjunto de 36 ítems fue probado en una muestra de 30 padres de niños entre los 3-5 años de edad. En 10 de estos padres, sus hijos necesitaban un tratamiento de baja o moderada complejidad, en 10 necesitaban tratamientos dentales de alta complejidad y en los últimos 10 padres visitaban la clínica pública por razones no relacionadas a la salud dental. Para que la muestra sea aceptada, todos los sujetos de estudios debían hablar inglés, y ser padres de niños que tengan entre 3-5 años de edad.

Los padres que fueron sometidos al cuestionario de 36 preguntas, debieron responder, al igual que los profesionales en la etapa anterior, por intermedio de una escala visual y contestar cada una de las preguntas que se dividieron, por parte de los realizadores del estudio, en seis categorías, basadas en las que había presentado Jokovic y otros autores, las cuales son: síntomas, función, psicología y autoestima, enfocadas a los niños, mientras que función familiar y angustia de los padres, para la familia.

Luego de esta fase el resultado fue un cuestionario de 13 preguntas, que correspondieron a las más representativas en las diferentes categorías, seleccionando 1 pregunta en la categoría de síntomas, 4 en la de función, 2 en relación a la psicología, 2 en la de autoestima, 2 en función familiar y 2 en angustia de los padres.

Posteriormente el cuestionario ECOHIS fue sometido a un proceso de validación que constó de varias etapas en donde el instrumento fue aplicado a diferentes grupos de padres con lo que finalmente se pudo llegar a la conclusión de que el cuestionario está validado, sin embargo es necesario probar el ECOHIS en diferentes poblaciones con diferentes patologías para poder establecer y discriminar las propiedades clínicas de la población. (Pahel, 2007)

Es fundamental destacar la importancia que cumplen los tutores dentro de la salud oral de niños ya que los resultados en su salud se obtienen de la interacción compleja entre determinantes biológicos con variables socioculturales, familiares y de comunidad. Los índices crecientes de caries en niños pequeños han creado necesidad urgente de estudiar los factores de familia y comunidad en salud oral. Después de una conferencia experiencial realizada en los Ángeles en donde se analizaron los modelos

de salud de los niños y sus familias en la comunidad, se concluyó que para eliminar las disparidades en la salud oral de los niños debemos cambiar los paradigmas para promover la salud, integrar la salud oral dentro de otros programas de salud y fortalecer las comunidades, en este ámbito nosotros estamos llamados a ser líderes en la expansión del conocimiento sobre el tema estableciendo relaciones entre las comunidades y entregando educación en determinantes de la salud (Wendy, 2007)

Algunos estudios exponen que 1 de cada 5 niños en EEUU tienen una experiencia similar a infantes con ECC (Early Childhood Caries/ Caries de inicio precoz), en relación a que experimentan un dolor significativo, al igual que los niños afectados por caries de inicio precoz. Este proceso no solo altera la percepción del dolor por parte del niño, sino que, también afecta al peso y la estatura, debido a que el niño no se alimenta como corresponde por la presencia de esta molestia tan significativa. Como se sabe el efecto del dolor en enfermedades crónicas tiene una repercusión en la calidad de vida. Esto se ha estudiado extensamente y se han obtenido resultados desde donde podemos consignar que los niños que sufren frecuentes dolores de cabeza, son mucho más sensibles al dolor, lloran más durante las visitas médicas, evitan jugar por miedo a dañarse, y tienen una mayor frecuencia en los dolores relacionados al desarrollo comparados con otros niños (Pahel et al., 2007).

Como se sabe los adultos son los responsables de los niños, y por lo tanto son ellos los que toman sus decisiones. De esta forma se debe registrar la percepción que ellos tienen acerca de la enfermedad, conociendo sus síntomas, la enfermedad (patogenia) y como el tratamiento afecta el modo de vivir en sus niños.

La evidencia nos ha mostrado, que los padres de los niños afectados con caries de inicio precoz también se encuentran relacionados con dicha enfermedad, debido a que ellos pierden días de su trabajo para cuidar a sus hijos en su casa, o tienen un gasto adicional en su mensualidad por el tratamiento dental.

Se dice que la caries de inicio precoz afecta en la calidad de vida del niño, debido a que presenta 4 características que la clasifican como tal. Estas características son: síntomas físicos (dolor y fatiga), estado funcional (capacidad de actuar en relación a la actividad diaria de en relación a la edad), funcionamiento psicológico (estado afectivo, autoestima) y funcionamiento social (número, tipo y calidad de contactos sociales y relaciones) (Plutzer K, 2008)

Además, en 1976 Davis argumentó que las enfermedades orales afectan la calidad de vida de las personas, esta aseveración se clarificó cuando investigaciones posteriores demostraron las consecuencias de las enfermedades dentales en los niños, donde la caries de inicio precoz presenta consecuencias, incluyendo el aumento del riesgo de aparición de nuevas lesiones, lo que produce un aumento en los costos de los tratamientos y en el aumento del tiempo clínico.

Por otra parte, estas investigaciones manifestaron el impacto que tienen las restauraciones en la calidad de vida de los niños, y fue en 1999 donde Low y sus colaboradores demostraron el efecto de la caries de inicio precoz en la calidad de vida de los niños, pero que eran evaluados por sus padres (Filstrup, 2003)

Estudios creados por Filstrup y colaboradores demostraron como la caries de inicio precoz afecta en la calidad de vida de los niños preescolares, luego que ellos recibieran el tratamiento adecuado. Las conclusiones que se pueden deducir de dicho estudio son las siguientes.

- Los niños sobre los 36 meses de edad se encuentran capacitados para responder encuestas relacionadas con la calidad de vida.
- Los niños con caries de inicio precoz tiene una peor calidad de vida relacionada con salud que los niños que no presentan caries. Pero los niños que han recibido el tratamiento adecuado han mejorado su calidad de vida.
- La evaluación que arrojaron los padre se encuentra relacionada a la calidad de vida que tienen sus hijos (Filstrup, 2003)

Caries de inicio precoz y calidad de vida.

Para enfatizar la calidad de vida en el área de la odontopediatría, se debe tener ciertos conocimientos en relación a la caries de inicio precoz, la cual presenta múltiples nombres, entre los cuales podemos mencionar: “caries del biberón”, “caries del lactante”, “caries de la botella de crianza”, “caries del hábito de lactancia prolongada”. Antes de seguir el desarrollo del tema, sería positivo detenerse en este último término con el cual se denomina la caries de inicio precoz. Si decimos caries del hábito de lactancia prolongada lo primero que se viene a la mente es el proceso de amamantamiento materno el cual ha sido asociado, si se realiza de manera prolongada y sin restricciones, a caries infantiles a pesar de que la academia Americana de Pediatría identifica la leche humana como el nutriente ideal para niños, basado en una vasta evidencia científica, demostrando que el hecho de amamantar y el consumo de la leche humana provee de diversas ventajas asociadas a la salud para los niños, madres y la sociedad y es recomendada por pediatras y otros profesionales de la salud hasta por lo menos el primer año de vida y más, al menos hasta que el deseo de amamantar sea mutuo entre madre e hijo.

Aunque la evidencia epidemiológica que relaciona la lactancia infantil con su duración y con caries de inicio precoz es muy limitada, se encontró que en el estudio Association between infant breastfeeding and early childhood caries in the EEUU, llegaron a resultados muy interesantes en donde, por ejemplo, aproximadamente el 60% de los niños que participaron en el estudio, recibieron lactancia materna y sobre todo estos niños habían tenido índices bajos de caries de inicio precoz y caries de inicio precoz severa comparados con los que no recibieron amamantamiento. Otra arista importante de este estudio es que consignaron que el ingreso familiar y la etnia o raza del niño estuvieron significativamente asociados con caries de inicio precoz y caries de inicio precoz severa, ambos con índices mayores a aquellos que vivían sobre la línea de pobreza federal y mayores aún de aquellos que vivían sobre o igual al 200% de la línea de pobreza federal.

Finalmente lida, con este estudio, concluye que la caries de inicio precoz no está significativamente relacionada con la lactancia materna o su duración, por el contrario sí a factores como la pobreza o la etnia en donde los lactantes tienen mayor riesgo de una salud oral deficiente en los primeros años. (lida, 2007)

El término caries del biberón fue utilizado por primera vez por Elias Fass en 1962 para describir el proceso de la caries dental en el infante, sus manifestaciones clínicas y factores de riesgo. (Arango, 2004)

El término de caries de inicio precoz fue establecido de una forma simple gracias al National Institute of Health (NIH), que la definió como “la presencia de una o más lesiones de caries activas (cavitadas, no cavitadas), dientes ausentes por caries y obturaciones en cualquier diente temporal en niños menores de 71 meses” (Plutzer, 2008).

Actualmente, esta enfermedad se considera como un problema a nivel mundial en salud pública, cuyas consecuencias no solo afecta en la economía de los padres y el estado, debido a que el tratamiento es costoso, y no toda la población se encuentra consciente de prevenir esta manifestación de la caries. También produce sufrimiento al niño y es un riesgo para la salud del infante, debido a que produce un retardo en el desarrollo, bajo peso, malnutrición, entre otras patologías. (Arango, 2004)

En Chile, el 85% de los niños preescolares presenta caries, con un COPD de 3,42 dientes. La región más afectada con un COPD de 5,14 es la IX Región, mientras que la menos afectada con un COPD de 2,19 corresponde a la III Región. (Palomer, 2008). Según información adquirida en el Minsal, entre los niños de 4 años de edad solo un 51,98% están libres de caries, y el índice ceo-d corresponde a 2.32 dientes. (Minsal, 2008)

La caries de inicio precoz se relaciona a múltiples factores, como, hábitos del biberón, placa bacteriana, hábitos de higiene bucal, la temprana adquisición y colonización del *Streptococo mutans*; otros factores como la cantidad y calidad de la saliva del niño, el patrón de erupción de los dientes, las alteraciones estructurales de los tejidos duros del diente, si se encuentra flúor en el medio oral, tipo de dieta, pacientes con discapacidad física y/o mental, nivel socioeconómico, nivel educativo, padres o personal a cargo del niño que no han recibido educación sobre cuidados en higiene oral.

Diversos estudios epidemiológicos han demostrado que la caries de inicio precoz tiene una alta prevalencia, sin que la diferencia de sexo fuera significativa (Arango, 2004). Para poder prevenir esta situación, se debe realizar la primera visita de control, 6 meses luego de la erupción del primer diente temporal. Además, se deben implementar todas las medidas preventivas, como es el control de higiene, control de dieta cariogénica, etc.

La dificultad que estas medidas ocurran a la perfección, se debe a que las familias más afectadas son de bajos recursos, por lo que su capacidad de actuar ante este tipo de lesiones se encuentra bastante limitada. Además hay investigaciones que han demostrado como el dolor dental produce efectos en la vida cotidiana de las familias, en el entorno social y que el funcionamiento psicológico de los niños se limita. También se observa relación con el ausentismo escolar, imposibilidad de concentrarse en el colegio, reducción de la autoestima del niño, poca habilidad para relacionarse y alteración en su capacidad para conversar. (Easton, 2008).

A medida que se ha ido contextualizando el tema de investigación que se propuso desarrollar, se pudo notar la importancia que tiene el concepto de calidad de vida en variados ámbitos y cómo desde la década del 50 ha ido evolucionando y transformándose, logrando ser un tema de interés y contingencia en nuestros días. Por otra parte se mostró el impacto que tiene la caries de inicio precoz tanto para los niños que la padecen como para sus familias, produciendo grados de disfunción relevantes y dignos de analizar. Es por esto que nuestro estudio pretende demostrar el impacto de la caries de inicio precoz en la calidad de vida de los niños y sus familias, considerando la prevalencia e importancia para la salud pública que este tema encierra.

Objetivos

General:

Determinar el impacto de la caries de inicio precoz en la calidad de vida de niños pre-escolares y sus familias, en dos centros de atención odontopediátrica de Valparaíso.

Específicos:

- Comparar el impacto en la calidad de vida de niños con caries de inicio precoz versus los que no la presentan.
- Verificar si el ECOHIS es un instrumento útil en la medición del impacto en la calidad de vida de los niños que presentan caries de inicio precoz y sus familias.
- Establecer qué relación se presenta entre la magnitud de caries con el impacto en la calidad de vida.
- Comparar el impacto en la calidad de vida en los diferentes dominios que afectan a los niños que presentan caries de inicio precoz.
- Identificar cual dominio se encuentra más afectado por la presencia de caries de inicio precoz y por lo tanto influye de mayor manera en la pérdida da calidad de vida.
- Identificar cual dominio se encuentra menos afectado por la presencia de caries de inicio precoz y por lo tanto es menos relevante en la calidad de vida de los niños con caries.

Materiales y Método.

Diseño del estudio:

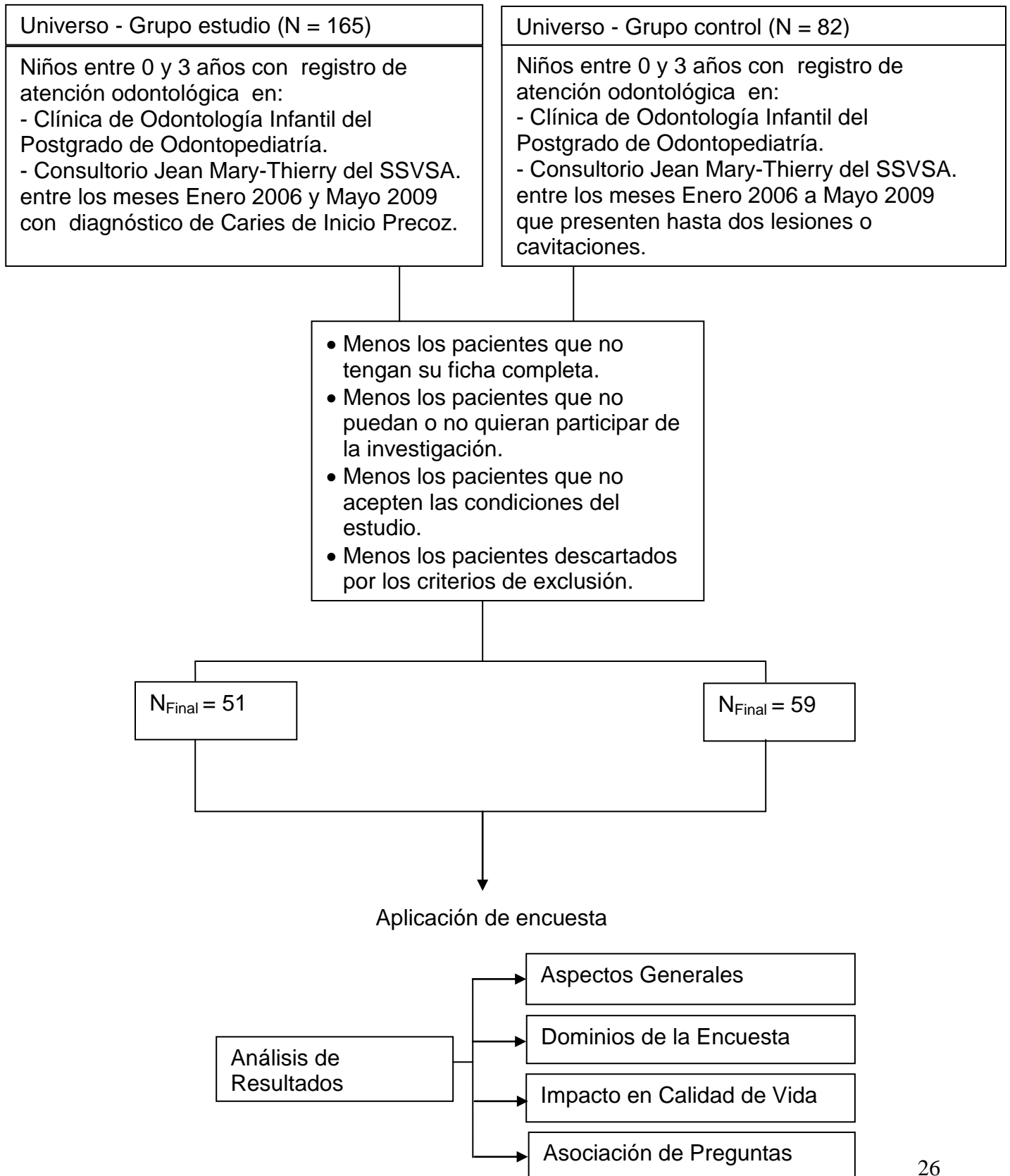
La presente investigación corresponde a un estudio de tipo descriptivo de caso y control, en donde se aplicaron test estadísticos para encontrar posibles correlaciones entre las variables principales y de esta manera mejorar la calidad de la información obtenida. Se determinaron dos grupos de niños, con edades hasta 3 años, 11 meses y 30 días (al momento de realizarse el diagnóstico), un grupo caso (niños que presentaron caries de inicio precoz) y un grupo control (niños que presentaron hasta dos lesiones o cavitaciones en boca y que no fueron diagnosticados por trauma dentario, patología de mucosas, enfermedades sistémicas, hereditarias o genéticas). Los pacientes seleccionados, realizaron su primera consulta entre los años 2006 y 2009, en la clínica de Odontología Infantil del Postgrado de Odontopediatría de la Universidad Valparaíso o en el consultorio Jean Mary-Thierry, del servicio de salud Valparaíso- San Antonio. Una vez seleccionados los pacientes, sus padres fueron sometidos a una encuesta (entrevista personal o vía telefónica).

Población y muestra:

El universo-muestra de los grupos caso y control corresponde a todos los niños entre 0 y 3 años que registraron atención odontológica en la clínica de Odontología Infantil del Postgrado de Odontopediatría, o en el consultorio Jean Mary-Thierry del servicio de salud Valparaíso-San Antonio entre los meses de Enero del 2006 y Mayo del 2009, que cumplieron las condiciones y estuvieron dispuestos a participar en el estudio. El grupo caso fue conformado por los niños con diagnóstico de caries de inicio precoz, mientras que el grupo control estuvo constituido por los niños que presentaron hasta dos lesiones o cavitaciones en boca y que no fueron diagnosticados por trauma dentario, patología de mucosas, enfermedades sistémicas, hereditarias o genéticas.

Una vez descartados todos los pacientes que no participaron, ya sea porque no cumplieron con todos los criterios de inclusión, presentaron algún criterio de exclusión o por otros motivos (falta de datos en su ficha, cambio de dirección, cambio de teléfono, número de teléfono equivocado, decisión por parte de los padres de no participar, etc.) se obtuvo la muestra definitiva de ambos grupos, a los que se les aplicó el cuestionario ECOHIS.

Diagrama de flujo del diseño metodológico.



Criterios inclusión/exclusión:

Incluidos:

- Pacientes de 0 a 3 años que hayan sido atendidos entre Enero del 2006 y Mayo del 2009 en la clínica de Odontología Infantil de Postgrado de Odontopediatría o en el consultorio Jean Mary-Thierry.
- Pacientes que hayan sido diagnosticados con caries de inicio precoz.
- Pacientes que hayan acudido a control y que presenten no más de dos lesiones o cavitaciones en boca.
- Tutores (Padre, madre, o apoderado) que acepten contestar el cuestionario bajo las condiciones que requiere el estudio.

Excluidos:

- Pacientes que no acepten lo estipulado en el consentimiento informado por cualquier razón.
- Pacientes que no tengan su ficha clínica completa (Dentograma).
- Pacientes con diagnóstico de trauma dentario, patología de mucosas, enfermedades sistémicas, hereditarias o genéticas.

Variables y sus escalas de medición

Variable	Tipo de variable	Unidad de medida
Nombre del paciente	Cualitativa nominal	
Nombre del tutor	Cualitativa nominal	
Edad del paciente	Cuantitativa continua	Numérica (años, meses)
Teléfono y domicilio del paciente y tutor	Cualitativa nominal	Numérica
Fecha de atención dental	Cuantitativa ordinal	Numérica (día, mes año)
Calidad de Vida	Dependiente	
Impacto en calidad de vida	Dependiente	Bajo, Medio, Alto
Caries de Inicio precoz	Independiente/Dicotómica	
Sexo del paciente	Dicotómica	
Tipo de previsión de los pacientes	Cualitativa ordinal	FONASA A, B, C, D, ISAPRE

Definiciones operacionales de las variables con su forma de medición.

- **Edad del paciente.**

Se consignó en la ficha la edad en que el paciente realizó su primera consulta y la edad actual del paciente.

- **Teléfono del paciente, domicilio del paciente y fecha de primera consulta.**

Estos datos se obtuvieron de las fichas clínicas que se les realizaron a los pacientes en el momento que acudieron a la clínica dental para controlarse o recibir atención y se utilizaron para contactarse con las familias que fueron seleccionadas para participar del estudio. Los datos fueron actualizados hasta Mayo del 2009 y archivados para ser utilizados en algún otro momento, si fuera necesario.

- **Calidad de vida.**

Esta corresponde a la variable respuesta y fue medida a través del cuestionario ECOHIS que ya se encuentra validado. Los padres respondieron 13 enunciados que finalmente entregaron un puntaje, el cual se interpretó y comparó para obtener conclusiones sobre la investigación.

- **Impacto en calidad de vida.**

El cuestionario cuenta con 13 preguntas y a su vez cada una de ellas presenta 5 opciones de respuesta. Los puntajes asignados se detallan a continuación: “nunca” = 1 punto, “rara vez” = 2 puntos, “a veces” = 3 puntos, “a menudo” = 4 puntos y “casi siempre” = 5 puntos. Los pacientes que contestaron la opción “no sé” se les asignó un puntaje 1. Se estimó una escala para medir el impacto en la calidad de vida objetivando que las respuestas “nunca” y “rara vez” correspondieran a un bajo impacto, la opción “a veces” designara un impacto medio, mientras que las alternativas “a menudo” y “casi siempre” definirían un alto impacto en la calidad de vida. De esta manera la escala queda conformada de la siguiente manera: de 13 a 26 puntos = bajo impacto; de 27 a 39 puntos = impacto medio y de 40 a 65 puntos = alto impacto.

- **Caries de inicio precoz.**

Para efectos del estudio, se consideró caries de inicio precoz, como la presencia de más de dos lesiones de caries activas (cavitadas o no cavitadas), dientes ausentes por caries y obturaciones en cualquier diente temporal en niños menores de 4 años. Además, ésta corresponde a la variable independiente del estudio y fue medida según su presencia o ausencia. Luego de esto, los pacientes fueron separados en dos grupos dependiendo si contaban o no con la variable.

- **Nivel socioeconómico de la familia.**

Se midió esta variable para ver si hay relación entre ella y las otras, como la calidad de vida y la caries de inicio precoz. Para esto se preguntó en la ficha clínica del estudio (Anexo 3), cual es la previsión del paciente con las siguientes opciones de respuesta: FONASA A, B, C, D e ISAPRE, con lo que se pudo hacer una evaluación objetiva de las diferencias de ingresos entre las distintas familias.

- **Magnitud de caries.**

Se consideró el número de caries activas (cavitadas o no cavitadas), dientes ausentes por caries y obturaciones para medir esta variable. Los pacientes se agruparon en los siguientes intervalos: entre 0 y 2 caries, entre 3 y 6 caries, entre 7 y 10 caries y más de 10 caries.

Instrumentos de recolección de la información

La forma de recolección de datos fue realizada a través de una ficha confeccionada para este estudio que en su primera parte incluyó datos personales tanto del paciente como del tutor, además se registraron antecedentes que permitieron controlar las variables que se presentaron anteriormente como por ejemplo la previsión de los pacientes (Anexo 3).

La segunda parte de la ficha correspondió a los trece ítems que componen el cuestionario ECOHIS de los cuales el tutor debió responder entre las alternativas: nunca, rara vez, a veces, a menudo, casi siempre y no sé, para cada una de ellas. Este cuestionario que se encuentra validado y traducido al español, fue aplicado sin ninguna modificación (anexo 4), a excepción que las preguntas no fueran entendidas por los padres. En este caso, los ítems, se explicaron de una manera más simple para la total comprensión del cuestionario.

La parte final de la ficha correspondió a un consentimiento informado en donde se explicaba al paciente el motivo del estudio y las condiciones que éste involucraba, para que el tutor aprobara los procedimientos que se realizaron (Anexo 5).

Estandarización de la forma y lugar de recolección de datos e insumos para ello.

La forma de recolección de datos fue desarrollada de diferentes maneras dependiendo de la disponibilidad de los pacientes. La mayor cantidad de pacientes fueron entrevistados personalmente, previo acuerdo telefónico para efectos de coordinación de día y hora en el que se encuestarían. El lugar en que se realizó el procedimiento fue en la clínica de Odontología Infantil, en donde se contó con una sala de reuniones para efectuar el cuestionario, proceso que duraba 15 minutos aproximadamente.

Para las personas que se veían imposibilitadas de asistir a la clínica de Odontología Infantil por cualquier motivo, existía la opción de acudir a sus casas o trabajos, para obtener la información que se necesitaba.

Finalmente para las personas que no podían ser entrevistadas personalmente, pero que quisieron participar del estudio, la solución fue realizar la entrevista vía telefónica, poniendo especial énfasis en que las preguntas fueran bien entendidas.

Análisis de los resultados.

Se realizaron mediante programas computacionales que entregan herramientas para el análisis estadístico como el STATCAL.EXE (EpiInfo versión 6), Epidat 3.1 y Microsoft Office Excel 2007.

Posteriormente a que los datos fueron recolectados, se llevó a cabo un análisis estadístico a través de la creación de tablas de contingencia simple y estratificada para comparar los grupos y medir relaciones entre algunas de las variables analizadas. Los test estadísticos utilizados fueron Chi-cuadrado con corrección de Yates que se aplica cuando al menos el valor de una frecuencia esperada es menor que 5 y Chi-cuadrado de Pearson que corresponde a una prueba no paramétrica que se utiliza para probar la independencia de dos variables entre sí.

En consecuencia, las pruebas estadísticas utilizaron una probabilidad de error del 5%, es decir, se probó si existen diferencias significativas, homogeneidad, tendencia e independencia entre ambos grupos, según el tipo de tabla a analizar. La aplicación de estos test, permitieron realizar los siguientes análisis:

- A) Consideraciones generales: Corresponde a las variables obtenidas en la ficha clínica previa al cuestionario ECOHIS. (anexo 3)
- B) Por Dominio:
- Dominio de Síntomas del Niño.
 - Dominio de Función del Niño.
 - Dominio Psicología del Niño.
 - Dominio de autoimagen del niño/interacción social.
 - Dominio de angustia de los padres.
 - Dominio de función familiar.
- C) Por impacto:
- Bajo impacto: Puntaje igual o menor a 26 puntos.
 - Medio impacto: Puntaje entre los 26 puntos y 39 puntos.
 - Alto impacto: Puntaje igual o mayor a los 40 puntos.
- D) Por asociación de preguntas: Se entrecruzaron preguntas que pudieran haber tenido alguna relación cercana entre ellas, por lo que las respuestas serían significativas al realizarse una comparación.

Control de sesgos y limitaciones del estudio.

Con respecto al control de sesgos, se cauteló utilizando el universo de los pacientes (luego de haber pasado el proceso que muestra el diagrama de flujo), tanto para el grupo estudio como para el grupo control. La forma de completar el cuestionario fue una tarea hecha por el operador, el cual realizó cada una de las preguntas en un tono neutro, asegurándose que el tutor entendiera la interrogante. El tutor contó con una cartilla que mostraba cada una de las posibles respuestas e indicaba luego de cada pregunta, cuál era la opción que elegía, siendo registrada en la ficha por el examinador.

El factor limitante radicó en que un gran número de los pacientes incluidos en la investigación no pudo participar de ella por diversos motivos (ficha incompleta, cambio de dirección, lugar lejano de residencia, cambio de teléfono, número de teléfono equivocado, número de teléfono fuera de servicio, número de teléfono que no contesta, decisión por parte de los padres de no participar del estudio, faltas reiteradas a las citaciones acordadas, etc.)

Procedimientos administrativos realizados en la recogida de datos

A.- Solicitud de Dirección de escuela al consultorio Jean Mary-Thierry, requiriendo permiso para revisar fichas y citar a apoderados.

B.- Confección de una base de datos con todos los pacientes que presentan las características necesarias para participar del estudio.

C.- Cuando se terminó de elaborar la base de datos, que contenía los niños seleccionados, se procedió a la comunicación vía telefónica con cada uno de los pacientes que formaban parte de ésta, con motivo de presentar el estudio, dar a conocer los objetivos de éste y verificar la posibilidad de que participaran. Además se comunicó a los tutores que debían firmar un consentimiento informado, el cual estipulaba todas las condiciones para participar del estudio. Finalmente se le dejaba citado para una reunión según la disponibilidad de tiempo del tutor. Una vez terminado este proceso se pudo obtener el número preciso de pacientes que participaron en la investigación.

D.- El día en que asistieron los padres o tutores de los niños a la reunión, éstos fueron recibidos por un examinador quien les presentó la ficha clínica, procedió a la toma de datos y finalmente pidió al tutor que firmara el consentimiento informado.

E.- Al final de cada reunión se realizaba una recopilación de los datos en el computador y se verificaba la asistencia de todos los tutores. Si alguno no se presentaba se procedía a llamarlo nuevamente y citarlo en otra ocasión en la que tuviera tiempo disponible. Si el paciente tenía dificultades para ir a la clínica de Odontología Infantil, se le entregaban opciones como visitarlo en su casa, en su trabajo o realizar la encuesta por vía telefónica.

Resultados

A) Aspectos Generales:

Tabla I. Distribución de los grupos caso y control según sexo del paciente.

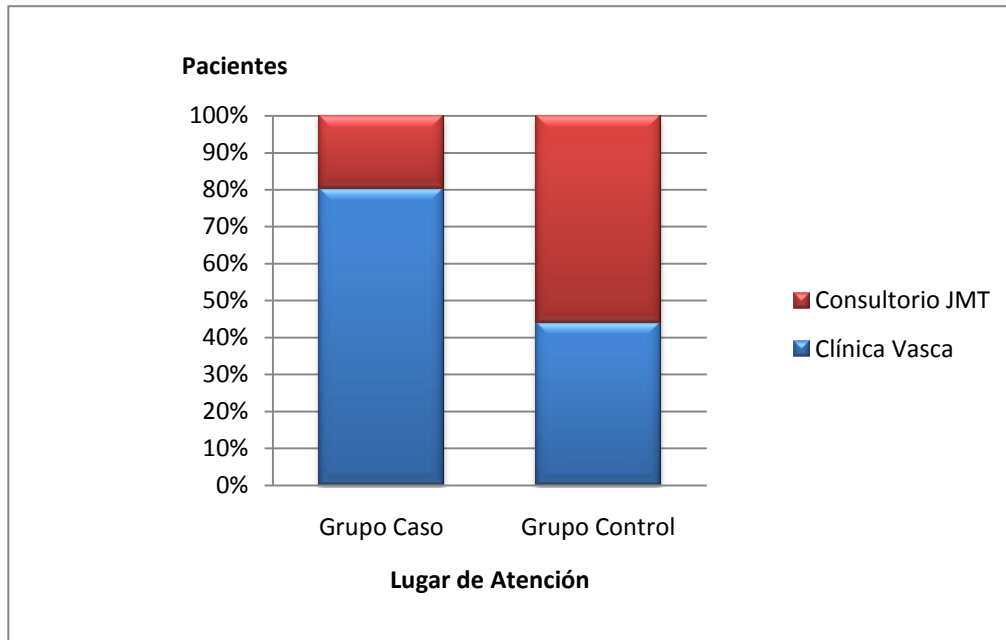
	Grupo Caso	Grupo Control	Total de pacientes
Hombres	20	25	45
Mujeres	31	34	65
Total de pacientes	51	59	110

El valor p de 0.89 indica que el Sexo de los niños en estudio no difiere en forma significativa entre el grupo caso y control, siendo la proporción de niños similar en ambos grupos. El análisis estadístico se muestra en la Tabla II.

Tabla II. Razón de chance (Odds ratio) y contraste de la prueba estadística para la variable Sexo.

Sexo				
Razón de chance (Odds ratio)	I.C 95%	Estadístico de prueba	de	Valor p
0.88	(0.41;1.88)	0.02		0.89

Gráfico 1. Distribución de los grupos caso y control según lugar de atención del paciente.



La representación gráfica muestra que la conformación de los grupos caso y control varía en forma significativa ($p: 0,0002$) entre los establecimientos desde donde fueron seleccionados los pacientes (clínica de Odontología Infantil de la Universidad Valparaíso y consultorio Jean Marie Thierry). El análisis estadístico se muestra en la tabla III.

Tabla III. Razón de chance (Odds ratio) y contraste de la prueba estadística para la variable Lugar de atención.

Lugar de atención			
Razón de chance (Odds ratio)	I.C 95%	Estadístico de prueba	Valor p
5.20	(2.20;12.31)	13.67	0.0002

Tabla IV. Distribución de los grupos caso y control según nivel socioeconómico del paciente.

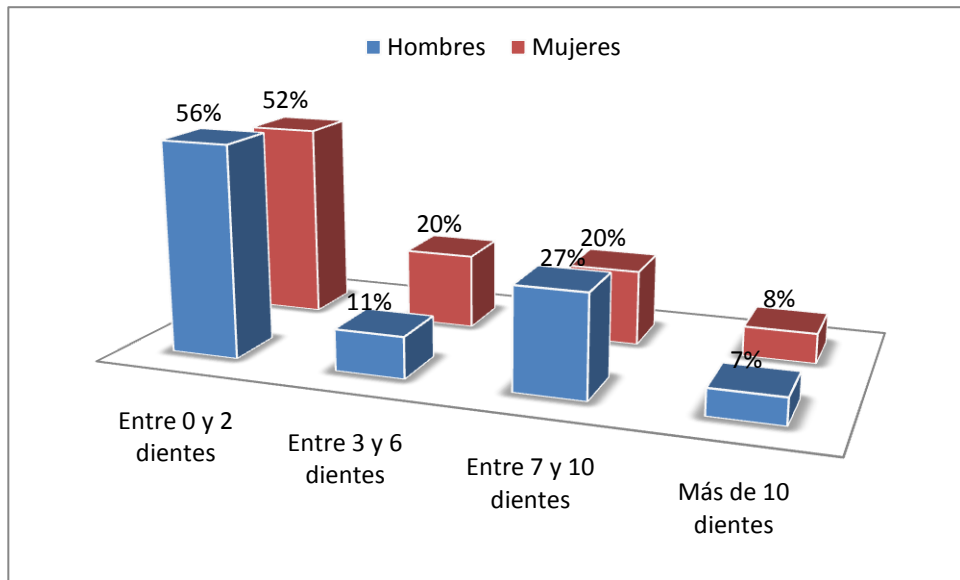
	Grupo Caso	Grupo Control	Total de pacientes
FONASA A	14	23	37
FONASA B	16	13	29
FONASA C	12	8	20
FONASA D	6	6	12
ISAPRE	3	9	12
Total de pacientes	51	59	110

El valor p de 0.22 para la prueba de homogeneidad indica que el Nivel socioeconómico de los niños en estudio no difiere en forma significativa entre el grupo caso y control, es decir, la proporción de niños, es similar en cada uno de los niveles. El análisis estadístico se muestra en la tabla V.

Tabla V. Razón de chance (Odds ratio) y contraste de la prueba estadística para la variable Nivel socioeconómico.

Nivel socioeconómico		
Categorías	Razón de chance (Odds Ratio)	IC 95%
Fonasa A	1.00	.
Fonasa B	2.02	(0.75;5.43)
Fonasa C	2.46	(0.81;7.51)
Fonasa D	1.64	(0.44;6.10)
Isapre	0.55	(0.13;2.37)
Prueba	Estadístico de prueba	Valor p
Homogeneidad	5.70	0.22

Gráfico 2. Distribución de magnitud de caries según sexo.

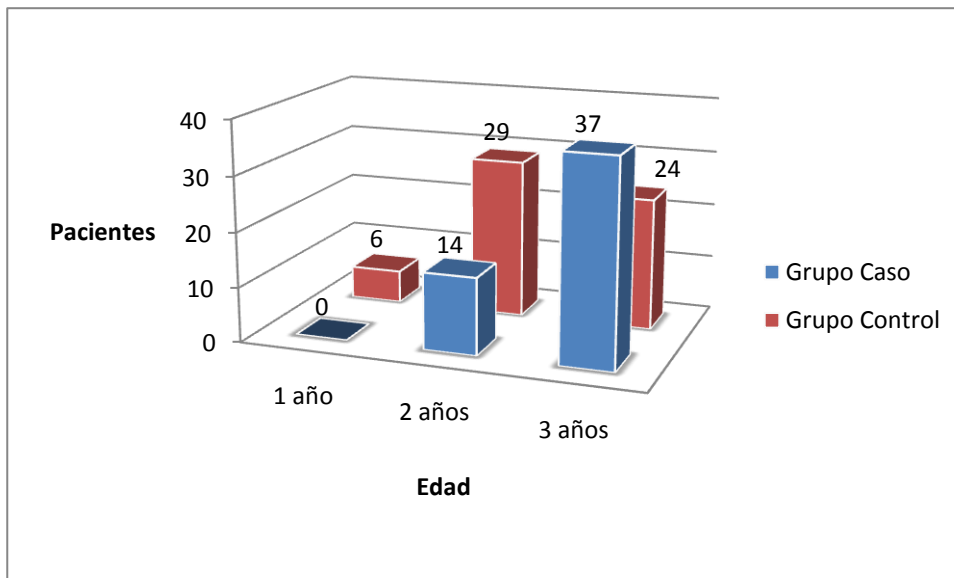


El valor p de 0.60 para la prueba de homogeneidad indica que la magnitud de caries de los niños en estudio no difiere en forma significativa entre el grupo de los hombres y las mujeres, es decir, la proporción de niños, es similar en cada uno de los niveles. El análisis estadístico se muestra en la tabla VI.

Tabla VI. Razón de chance (Odds ratio) y contraste de la prueba estadística para la variable Magnitud de caries según sexo

Magnitud de caries según sexo		
Categorías	Razón de chance (Odds Ratio)	IC 95%
Entre 0 y 2 dientes	1.00	.
Entre 3 y 6 dientes	0.52	(0.17;1.66)
Entre 7 y 10 dientes	1.26	(0.49;3.21)
Más de 10 dientes	0.82	(0.18;3.74)
Prueba	Estadístico de prueba	Valor p
Homogeneidad	1.88	0.60
Tendencia	0.004	0.94

Gráfico 3. Distribución de los grupos caso y control según la edad de los pacientes.



La mayor cantidad de pacientes que fueron encuestados correspondieron a niños que al momento de su primera consulta tenían 3 años, luego los de 2 años y finalmente muy pocos niños de 1 año. Un dato importante muestra que el 73% de los pacientes del grupo caso tenían tres años al momento de su primera consulta.

El valor p de 0.0012 para la prueba de homogeneidad indica que la edad de los niños en estudio difieren en forma significativa entre el grupo caso y control, es decir la proporción de niños no es similar en cada uno de los niveles. El análisis estadístico se muestra en la tabla VII.

Tabla VII. Razón de chance (Odds ratio) y contraste de la prueba estadística para la variable Edad.

Edad		
Categorías	Razón de chance (Odds Ratio)	IC 95%
Un año	1.00	Indefinido
Dos años	Indefinido	Indefinido
Tres años	Indefinido	Indefinido
Prueba	Estadístico de prueba	Valor p
Homogeneidad	13.37	0.0012
Tendencia	13.34	0.0003

Tabla VIII. Distribución de la magnitud de caries en el grupo caso.

	Grupo Caso	Grupo Control
Entre 0 y 2 dientes	---	59 (100%)
Entre 3 y 6 dientes	18 (35,3%)	---
Entre 7 y 10 dientes	25 (49%)	---
Más de 10 dientes	8 (15,7%)	---
Total de pacientes	51	59

Dentro del grupo caso, los pacientes que tenían una magnitud de 7 a 10 dientes afectados fueron el subgrupo predominante con un 49%, los pacientes que se encontraban con una magnitud de caries entre 3 y 6 dientes correspondieron al 35% y finalmente los que tenían más de 10 dientes afectados conformaron el 16% de la muestra. Por otra parte los pacientes del grupo control se concentraron íntegramente en el subgrupo que tiene entre 0 a 2 dientes afectados

B) Por Dominio:

Tabla IX. Pregunta del dominio síntomas del niño aplicadas a los grupos caso y control.

	Grupo Caso	Grupo Control	Total de pacientes
Nunca	3 (5,8%)	52 (88,1%)	55
Rara vez	12 (23,5%)	6 (10,1%)	18
A Veces	24 (47,1%)	1 (1,8%)	25
A Menudo	7 (13,7%)	0 (0%)	7
Casi Siempre	5 (9,8%)	0 (0%)	5
No sé	0 (0%)	0 (0%)	0
Total de pacientes	51	59	110

*Pregunta 1: ¿Cuán a menudo su hijo/a ha tenido **dolor** en los dientes, boca o maxilares?

En el grupo caso el 47,1% de los encuestados contestó que a veces sus hijos han presentado dolor, seguido por un 23,5% que respondió rara vez, constituyéndose en las cifras más considerables, por otro lado en el grupo control un 88,1% consideró que sus hijos nunca habían tenido dolor por motivos dentales.

Tabla X. Preguntas del dominio función del niño aplicadas a los grupos caso y control.

	P2		P3		P4		P5		Total Casos	Total Control
	Caso	Control	Caso	Control	Caso	Control	Caso	Control		
Nunca	9	57	6	56	16	56	13	50	44 (21,6%)	219 (92,8%)
Rara vez	16	2	17	2	15	1	11	6	59 (28,9%)	11 (4,6%)
A Veces	20	0	17	1	14	1	22	3	73 (35,8%)	5 (2,1%)
A Menudo	4	0	9	0	4	1	3	0	20 (9,8%)	1 (0,4%)
Casi Siempre	2	0	2	0	2	0	2	0	8 (3,9%)	0 (0%)
No sé	0	0	0	0	0	0	0	0	0 (0%)	0 (0%)
Total	51	59	51	59	51	59	51	59	204	236

*Pregunta 2: ¿Cuán a menudo su hijo/a ha **tenido dificultad al tomar bebidas calientes o heladas** debido a problemas dentales o tratamientos dentales?

*Pregunta 3: ¿Cuán a menudo su hijo/a ha **tenido dificultad al comer algunas comidas** debido a problemas dentales o tratamientos dentales?

*Pregunta 4: ¿Cuán a menudo su hijo/a ha **tenido dificultad de pronunciar cualquier palabra** debido a problemas dentales o tratamientos dentales?

*Pregunta 5: ¿Cuán a menudo su hijo/a ha **perdido días de jardín o colegio** debido a problemas dentales o tratamientos dentales?

En este dominio la respuesta que más escogieron los padres en el grupo caso corresponde a la opción a veces con un 35,8% (para el total del dominio), seguido de un 28,9% de la respuesta rara vez y un 21,6% por la opción nunca. En el grupo control un 92,8% se inclinó por la opción nunca.

Tabla XI. Preguntas del dominio psicología del niño aplicadas a los grupos caso y control.

	P6		P7		Total Casos	Total Control
	Caso	Control	Caso	Control		
Nunca	11	57	12	54	23 (22,5%)	111 (94,1%)
Rara vez	19	0	10	4	29 (28,4%)	6 (5,1%)
A Veces	18	1	22	1	40 (39,2%)	1 (0,8%)
A Menudo	2	1	5	0	7 (6,8%)	0 (0%)
Casi Siempre	1	0	2	0	3 (2,9%)	0 (0%)
No sé	0	0	0	0	0 (0%)	0 (0%)
Total pacientes	51	59	51	59	102	118

*Pregunta 6: ¿Cuán a menudo su hijo/a ha **tenido sueño alterado o con problemas** debido a problemas dentales o tratamientos dentales?

*Pregunta 7: ¿Cuán a menudo su hijo/a ha estado **irritable o frustrado** debido a problemas dentales o tratamientos dentales?

Para el dominio que evalúa la psicología del niño, la mayor cantidad de respuestas fue correspondiente a la alternativa “a veces”, la cual obtuvo un 39% de preferencias en el grupo caso. Por otra parte el grupo control promedió un 94,1% de pacientes que se inclinaron por la alternativa “nunca”.

Tabla XII. Preguntas del dominio de auto imagen del niño/interacción social aplicadas a los grupos caso y control.

	P8		P9		Total Casos	Total Control
	Caso	Control	Caso	Control		
Nunca	24	59	26	59	50 (49%)	118 (100%)
Rara vez	13	0	14	0	27 (26,4%)	0 (0%)
A Veces	9	0	9	0	18 (17,6%)	0 (0%)
A Menudo	2	0	1	0	3 (3%)	0 (0%)
Casi Siempre	2	0	0	0	2 (2%)	0 (0%)
No sé	1	0	1	0	2 (2%)	0 (0%)
Total pacientes	51	59	51	59	102	118

*Pregunta 8: ¿Cuán a menudo su hijo/a ha **evitado sonreír o reírse** cuando hay otros niños alrededor debido a problemas dentales o tratamientos dentales?

*Pregunta 9: ¿Cuán a menudo su hijo/a ha **evitado hablar** con otro niño debido a problemas dentales o tratamientos dentales?

En este dominio el 49% de los entrevistados del grupo caso, respondió que la condición bucal de sus hijos nunca había afectado la imagen o vida social de su hijo y el otro 51% consideraba que en mayor o menor grado si se había producido un problema. En el caso del grupo control el 100% de la gente consideró que nunca, era la alternativa que mejor respuesta daba a estas dos preguntas.

Específicamente la pregunta 9 muestra con más detalle que dentro del grupo caso, un 50% de los pacientes estimó que la conducta preguntada no fue realizada nunca por el niño y otra gran parte del grupo, correspondiente al 27% respondieron que rara vez se llevó a cabo esta acción.

Tabla XIII. Preguntas del dominio de angustia de los padres aplicadas al grupo caso y control.

	P10		P11		Total Casos	Total Control
	Caso	Control	Caso	Control		
Nunca	10	55	4	52	14 (13,7%)	107 (90,7%)
Rara vez	13	2	4	3	17 (16,6%)	5 (4,2%)
A Veces	20	1	18	3	38 (37,3%)	4 (3,4%)
A Menudo	3	1	9	1	12 (11,8%)	2 (1,7%)
Casi Siempre	5	0	16	0	21 (20,6%)	0 (0%)
No sé	0	0	0	0	0 (0%)	0 (0%)
Total pacientes	51	59	51	59	102	118

*Pregunta 10: ¿Cuán a menudo usted u otro miembro de su familia ha estado **enojado** debido a problemas dentales o tratamientos?

*Pregunta 11: ¿Cuán a menudo usted u otro miembro de su familia se ha sentido **culpable** debido a problemas dentales o tratamientos?

En el dominio que corresponde a la angustia de los padres debido a los problemas dentales de sus hijos, se produjo que el 37,3% del grupo caso estimó que “a veces” era la opción adecuada para su experiencia y un 20,6% respondió que “casi siempre” era de consideración. El grupo control mantiene su tendencia y el 90,7% responde que “nunca” se ha enojado o sentido culpable por alguna dificultad dental de sus hijos.

En este dominio el 86,3% de los entrevistados del grupo caso, reconoce que ha estado enojado o ha tenido algún grado de culpabilidad debido a los problemas orales de sus hijos. (Total de respuestas del grupo caso menos los tutores que optaron por la alternativa “nunca”.)

Específicamente en la pregunta 11, un considerable 31,4% de los entrevistados del grupo caso, responde que “casi siempre” se siente culpable de los problemas dentales o tratamientos de sus hijos, mientras que un 35,3% considera que “a veces” se siente culpable, seguidos de un 17,6% que responde “a menudo”.

Tabla XIV. Preguntas del dominio de función familiar aplicadas a los grupos caso y control.

	P12		P13		Total Casos	Total Control
	Caso	Control	Caso	Control		
Nunca	25	42	13	46	38 (38,2%)	88 (74,6%)
Rara vez	6	9	4	6	10 (9,8%)	15 (12,7%)
A Veces	18	6	21	7	39 (38,2%)	13 (11%)
A Menudo	2	2	10	0	12 (11,8%)	2 (1,7%)
Casi Siempre	0	0	3	0	3 (3%)	0 (0%)
No sé	0	0	0	0	0 (0%)	0 (0%)
Total pacientes	51	59	51	59	102	118

*Pregunta 12: ¿Cuán a menudo usted u otro miembro de su familia ha **solicitado permiso para ausentarse del trabajo** debido a problemas dentales o tratamientos?

*Pregunta 13: ¿Cuán a menudo usted u otro miembro de su familia ha tenido **impacto financiero** debido a problemas dentales o tratamientos?

Finalmente para el dominio de función familiar, en el grupo caso las respuestas nunca y a veces comparten un 38,2% cada una, mientras que en el grupo control, el 74,6% de los pacientes optaron por la alternativa “nunca”.

C) Impacto en calidad de vida:

Tabla XV. Distribución del impacto de la calidad de vida según la magnitud de caries.

	Bajo Impacto	Medio Impacto	Alto Impacto	Total
Entre 1 y 2 dts.	58 (98,3%)	1 (1,7%)	0 (0%)	59
Entre 3 y 6 dts.	9 (50%)	8 (44,4%)	1 (5,6%)	18
Entre 7 y 10 dts.	2 (8%)	19 (76%)	4 (16%)	25
Más de 10 dts.	0 (0%)	7 (87,5%)	1 (12,5%)	8
Total	69	35	6	110

En la tabla XV los resultados muestran que en el grupo control (magnitud de caries entre 1 y 2 dientes), el 98,3% de los pacientes han tenido un nulo o bajo impacto en la calidad de vida debido a motivos dentales.

En el grupo cuya magnitud de caries corresponde a una cantidad entre 3 y 6 dientes afectados encontramos que el 50% considera que el impacto en la calidad de vida es bajo, mientras que el 44,4% piensa que el problema tiene un impacto medio.

Para los niños que presentan entre 7 y 10 dientes afectados, se muestra que el mayor grado de impacto en la calidad de vida correspondiente al 76% de los pacientes, es un nivel de impacto medio, seguido por un 16% de los pacientes que obtuvieron un alto impacto en su calidad de vida.

Finalmente de los 8 pacientes que al momento de su primera consulta tenían más de 10 dientes afectados, el 87,5% y 12,5% tuvieron un nivel de impacto medio y alto respectivamente.

El valor p de 0.00001 para la prueba de independencia indica que es significativo para rechazar la estadística de independencia o no asociación entre el impacto de la calidad de vida y la magnitud de caries, **es decir si hay una dependencia o asociación entre ellas**. El análisis estadístico se muestra en la tabla XVI.

Tabla XVI. Prueba de independencia entre el impacto de la calidad de vida y la magnitud de caries (tabla MxN simples)

Prueba Ji - cuadrado de Pearson			
Estadístico de prueba	de	Grados de libertad	de Valor p
79.23		6	0.00001

Tabla XVII. Distribución del impacto de la calidad de vida según grupo caso y control.

	Bajo Impacto	Medio Impacto	Alto Impacto	Total
Grupo Caso	11 (21,6%)	34 (66,7%)	6 (11,7%)	51
Grupo Control	58 (98,3%)	1 (1,7%)	0 (0%)	59
Total	69	35	6	110

De los resultados expresados en la tabla podemos rescatar que en el grupo caso la mayoría de los pacientes, que corresponden al 66,7%, sufrieron un nivel de impacto medio en su calidad de vida, un 21,6% mostró un bajo impacto y un 11,7% recibió un impacto alto en las diferentes aristas que están comprometidas con la salud bucal de los niños.

Muy por el contrario el grupo control mostró que el 98,3% de sus integrantes no sufrieron un impacto relevante en su calidad de vida o éste fue bajo.

El valor p de 0.00001 para la prueba de homogeneidad indica que el impacto en la calidad de vida de los niños en estudio difiere en forma significativa entre el grupo caso y control, es decir la proporción de niños, no es similar en cada uno de los niveles. El análisis estadístico se muestra en la tabla XVIII.

Tabla XVIII. Razón de chance (Odds ratio) y contraste de estadística para la variable Impacto de la calidad de vida.

Impacto de la calidad de vida		
Categorías	Razón de chance (Odds Ratio)	IC 95%
Bajo impacto	1.00	Indefinido
Medio impacto	179.27	(22.16;1450.03)
Alto impacto	Indefinido	Indefinido
Prueba	Estadístico de prueba	Valor p
Homogeneidad	68.29	0.00001
Tendencia	60.01	0.00001

Tabla XIX. Distribución del impacto en la calidad de vida del grupo caso según los dominios presentes en la encuesta.

	Bajo Impacto	Medio Impacto	Alto Impacto	Total
Dominio 1	15 (29,4%)	28 (55%)	8 (15,6%)	51
Dominio 2	16 (31,4%)	27 (53%)	8 (15,6%)	51
Dominio 3	24 (47,1%)	21 (41,1%)	6 (11,8%)	51
Dominio 4	36 (70,6%)	13 (25,5%)	2 (3,9%)	51
Dominio 5	13 (25,5%)	18 (35,3%)	20 (39,2%)	51
Dominio 6	26 (51%)	17 (33,4%)	8 (15,6%)	51

Al relacionar el nivel de impacto en la calidad de vida de los niños considerados caso y sus familias, con los diferentes dominios que la encuesta presenta, se obtienen resultados muy interesantes que se detallan a continuación.

En los dominios 1 y 2 que corresponden a los síntomas del niño y función del niño respectivamente, encontramos resultados muy similares en donde para aproximadamente el 55% de los pacientes el impacto en su calidad de vida, corresponde a un impacto mediano, luego para el 29% de los pacientes fue un impacto bajo mientras que para el 16% de los pacientes se estimó un alto impacto a la luz de sus respuestas.

El dominio 3 y 6 que corresponden respectivamente a la psicología del niño y función familiar son comparables en el sentido que ambos presentan como resultado, una mayor cantidad de pacientes que estima que para estos dominios su impacto en la calidad de vida es bajo, presentando aproximadamente el 50% de los casos. Luego un 37% app. de los pacientes se estimaron como de mediano impacto y el 13% se consideraron como de alto impacto.

El dominio 4, correspondiente a la autoimagen del niño, es el que la muestra de casos, consideró como el dominio en el cual, la calidad de vida se ve afectada en menor grado por la caries de inicio precoz. Es así como el 71% de los pacientes se enmarcaron dentro de un bajo impacto en su calidad de vida, seguido de un 25% de pacientes que alcanzaron un impacto medio y solo un 4% presentó un impacto alto en este dominio.

Por otro lado el dominio 5, que corresponde a la angustia de los padres, nos muestra en donde los tutores consideraron que había un mayor impacto en la calidad de vida de sus hijos y familia. Los resultados muestran que un 40% de los pacientes consideraron que la relevancia que alcanza la caries de inicio precoz, es de alto impacto, un 35% mostraron un nivel de impacto medio y un 25% dijeron que era bajo.

El valor p de 0.00001 para la prueba de independencia indica que es significativo para rechazar la estadística de independencia o no asociación entre el impacto de la calidad de vida y los dominios presentes en la encuesta del grupo caso, **es decir si hay una dependencia o asociación entre ellas.** El análisis estadístico se muestra en la tabla XX.

Tabla XX. Prueba de independencia entre los dominios presentes en la encuesta y el impacto en la calidad de vida (tabla MxN simples)

Prueba Ji - cuadrado de Pearson		
Estadístico de prueba	Grados de libertad	Valor p
46.91	10	0.00001

D) Por asociación de preguntas:

Tabla XXI. Percepción de los padres de la relación entre periodicidad de alteración o complicación del sueño del niño y periodicidad de la presencia de dolor dental.

		Pregunta 6					
		Nunca	Rara vez	A veces	A menudo	Casi siempre	No se
P r e g. 1	Nunca	2	1				
	Rara vez	4	6	2			
	A veces	3	11	10			
	A menudo		1	4	1	1	
	Casi siempre	2		2	1		
	No sé						

El valor p de 0.0037 para la prueba de independencia indica que es significativo para rechazar la estadística de independencia o no asociación entre las preguntas, **es decir si hay una dependencia o asociación entre ellas**. El análisis estadístico se muestra en tabla XXII.

Tabla XXII. Prueba de independencia entre la percepción de los padres de la relación entre periodicidad de alteración o complicación del sueño del niño y periodicidad de la presencia de dolor dental (tabla MxN simple).

Prueba Ji - cuadrado de Pearson		
Estadístico de prueba	Grados de libertad	Valor p
32.27	16	0.0037

Tabla XXIII. Percepción de los padres de la relación entre periodicidad de cambios de genio, irritabilidad o frustración del niño, por motivos dentales y la frecuencia en que los padres han alterado su genio o se han enojado, por motivos dentales de su hijo.

		Pregunta 7					
		Nunca	Rara vez	A veces	A menudo	Casi siempre	No se
P r e g. 10	Nunca	5	3	2			
	Rara vez	3	5	4	1		
	A veces	3	1	11	3	2	
	A menudo			3			
	Casi siempre	1	1	2	1		
	No se						

El valor p de 0.21 para la prueba de independencia indica que no es significativo para rechazar la estadística de independencia o no asociación entre las preguntas, **es decir no hay una dependencia o asociación entre ellas**. El análisis estadístico se muestra en la tabla XXIV.

Tabla XXIV. Prueba de independencia entre la percepción de los padres de la relación entre periodicidad de cambios de genio, irritabilidad o frustración del niño, por motivos dentales y la frecuencia en que los padres han alterado su genio o se han enojado, por motivos dentales de su hijo (tabla MxN simples).

Prueba Ji - cuadrado de Pearson		
Estadístico de prueba	Grados de libertad	Valor p
20.13	16	0.21

Tabla XXV. Estimación por parte de los padres de la periodicidad de ausentismo tanto al jardín como al colegio, por motivos dentales, en relación a la frecuencia en que los padres han solicitado permiso para ausentarse del trabajo, por motivos dentales de su hijo.

		Pregunta 5					
		Nunca	Rara vez	A veces	A menudo	Casi siempre	No se
P r e g. 12	Nunca	10	6	7	1	1	
	Rara vez	2	2	2			
	A veces		2	13	2	1	
	A menudo	1	1				
	Casi siempre						
	No se						

El valor p de 0.14 para la prueba de independencia indica que no es significativo para rechazar la estadística de independencia o no asociación entre las preguntas, **es decir no hay una dependencia o asociación entre ellas**. El análisis estadístico se muestra en la tabla XXVI.

Tabla XXVI. Prueba de independencia entre la estimación por parte de los padres de la periodicidad de ausentismo tanto al jardín como al colegio, por motivos dentales y la frecuencia en que los padres han solicitado permiso para ausentarse del trabajo, por motivos dentales de su hijo (tabla MxN simples).

Prueba Ji - cuadrado de Pearson		
Estadístico de prueba	Grados de libertad	Valor p
17.13	12	0.14

Discusión

El estudio se enfoca en determinar si la caries de inicio precoz tiene un impacto en la calidad de vida de los niños y sus familias. Para esto se consideraron los niños de 0 a 3 años que fueron atendidos entre Enero del 2006 y Mayo del 2009 en la clínica de Odontología Infantil de Postgrado de Odontopediatría y en el consultorio Jean Mary-Thierry y sus tutores fueron sometidos a una encuesta, validada internacionalmente, y que mide el impacto de la caries de inicio precoz en la calidad de vida. (Pahel, 2007)

Uno de los problemas que se produjeron en la realización de esta investigación, fue la imposibilidad de poder comunicarse con todos los pacientes que se atendieron en la clínica de Odontología Infantil y el consultorio Jean Mary Thierry, por lo que definitivamente como muestra se consideró al 100% de los pacientes que se pudo contactar y que respondieron la encuesta. Finalmente se revisaron 135 fichas de la clínica Odontológica Infantil y 112 fichas del consultorio JMT. De la totalidad de los pacientes solo se pudo contactar a 67 pacientes de la clínica Odontológica Infantil y 43 pacientes del consultorio JMT. Esto se relaciona con diversas causas como por ejemplo, que las fichas se encontraron incompletas por lo que era imposible extraer algunos datos, específicamente la magnitud de caries, dejando al paciente automáticamente fuera de la investigación, debido a que no se podía categorizar dentro de esta variable. Además se presentaron otros inconvenientes que consistieron en que el número telefónico se encontraba fuera de servicio, el número telefónico se encontraba erróneo o nunca contestaron. Otra causa que limitó el estudio, con respecto al número de pacientes que se pudieron contactar del total de la muestra, se relaciona con la poca disponibilidad por parte de los padres para poder realizar la encuesta, debido a que ellos trabajaban durante todo el día o simplemente no se mostraron interesados en participar. Esto es francamente preocupante, en especial los niños del grupo caso, debido a que si se observa el gran número de pacientes que se pierden luego de que se satisfacen las necesidades básicas que llegan buscando (53,3% aproximadamente, debido a que de 109 fichas caso revisadas, solo se pudo contactar con un 46,7% de los tutores), se puede verificar que en nuestra sociedad la caries de inicio precoz es mirada como un problema dental y que el momento para preocuparse de ella, es cuando se manifiesta con dolor o hinchazón, sin considerar el carácter integral de la caries de inicio precoz que afecta la calidad de vida general, debido a que presenta características que influyen negativamente en cuatro aspectos del niño: síntomas físicos (dolor y fatiga), estado funcional (capacidad de efectuar las actividades diarias de manera normal en relación a la edad), funcionamiento psicológico (estado afectivo, autoestima) y funcionamiento social (número, tipo y calidad de contactos sociales y relaciones) (Plutzer K, 2008).

Gracias a la revisión bibliográfica que se realizó para la conformación del marco teórico, podemos decir que este es el primer estudio de este tipo que se aplica a un país latinoamericano, por lo que sus resultados marcan una tendencia en el concepto de caries de inicio precoz relacionada con la calidad de vida personal y familiar. Debido a estos motivos, se hace necesario realizar estudios futuros con una muestra mayor, para que sus resultados sean más significativos y ayuden a tomar decisiones importantes en políticas de salud.

En relación a la conformación de los grupos caso y control se observó que la clínica Odontológica Infantil aportó mayormente con pacientes que pertenecen al grupo caso y por el contrario el grupo control fue integrado principalmente por pacientes provenientes del consultorio Jean Marie Thierry, como se puede observar en el gráfico I. La dispar conformación de los grupos se debe principalmente a que la clínica Odontológica Infantil es un centro de atención especializado en odontopediatría, de gran prestigio y trayectoria, por lo que es común que los pacientes que asisten sean niños que no han podido ser atendidos en otro lugar debido a que el dolor que presentan, conjugado con su corta edad, generan un problema difícil de solucionar para un odontólogo general, por otra parte el consultorio se enfoca en atender a todos los pacientes posibles y comenzar desde muy pequeños a realizar estrategias preventivas con el afán de lograr que los niños no presenten caries en un futuro.

Del total de pacientes encuestados, tanto en la clínica Odontológica Infantil como en el consultorio Jean Mary-Thierry, se puede afirmar que la presencia de caries de inicio precoz no tiene relación con el sexo, ya que los datos obtenidos en los test estadísticos mostraron que los resultados no son significativos (Arango, 2004). Al verificar la distribución del sexo de los pacientes según la magnitud de caries, como lo muestra el gráfico 2, se puede señalar que los resultados son proporcionales y la pequeña discrepancia entre ambos sexos se puede asociar al azar.

Al ver la distribución de los grupos caso y control según la edad (gráfico 3), se puede observar que un 73% de los pacientes del grupo caso realizó su primera consulta a los tres años de edad, lo que sin duda muestra que para la gran mayoría de los pacientes del grupo caso el momento en que consultan con el dentista es cuando tienen una emergencia y el proceso de caries está muy avanzado en la boca de esos niños. Este dato se puede tomar desde diferentes perspectivas, como por ejemplo que esto demuestra una falta de interés por parte de los padres, asociando su motivación por consultar sólo como solución al dolor en uno o más dientes, o a la detección de destrucciones coronales producto a la enfermedad de caries. Otra posibilidad es que los apoderados presenten algún grado de temor a dialogar con el profesional, queriendo evitar una reprimenda por la situación dental de sus hijos, lo que a su vez, conlleva un grado de culpabilidad en un futuro. Por otra parte el hecho que los padres consulten a una edad tardía, cuando hay dolor o cuando el proceso de caries lleva mucho tiempo conviviendo con el niño, se presentan mayores inconvenientes en modificar los hábitos incorrectos que lleva el pequeño y que favorecen la aparición de nuevas caries y se dificulta aún más la posibilidad de crear nuevos hábitos como un correcto cepillado o una dieta sana, para protegerlo de este problema. La otra cara de la moneda se

muestra en el grupo control ya que se observa que la mayoría de los tutores, están preocupados porque sus hijos tengan una primera consulta dental, a temprana edad (2 años), que les permita mantener una boca libre de focos infecciosos y sin la presencia de dolor por motivos dentales. Estos resultados se encuentran avalados por el análisis estadístico que arrojó una diferencia significativa entre los grupos caso y control mostrando que la proporción de los niños no es similar en cada uno de los niveles.

En el grupo caso, alrededor de un 49% presenta una magnitud de la enfermedad caries que afecta entre 7 a 10 dientes de la boca del paciente (tabla VIII), lo que corrobora lo anteriormente expuesto acerca de la falta de motivación por parte de sus apoderados o la ignorancia de la enfermedad, ya que muchos confían en que los dientes temporales son insignificantes debido a que se pierden en algún momento.

La conformación de la muestra, como lo expresa la tabla IV, tanto para el grupo caso como para el grupo control fue principalmente integrada por pacientes cuya previsión correspondía a FONASA A y B (60% de los pacientes) las que se relacionan con el nivel socioeconómico más bajo. Esto se debe a que la encuesta se realizó en recintos donde la atención odontológica se encuentra enfocada a este nivel socioeconómico. Sin embargo el análisis estadístico mostró que la relación entre estas variables no difiere en forma significativa entre los grupos caso y control, siendo la proporción de niños similar en cada uno de los niveles. Con los datos expuestos anteriormente se puede visualizar que para la muestra el problema de la caries de inicio precoz se presenta de manera transversal, convirtiéndose en una complicación cultural más que económica, a diferencia de lo que concluyó lida en el año 2007 y Easton en el año 2008 al verificar que la pobreza es un factor de riesgo para el desarrollo de caries en los niños.

La encuesta que se les realizó a los padres consta de 13 preguntas, agrupadas en 6 dominios, en los que la caries de inicio precoz estaría influyendo para de esta forma afectar finalmente la calidad de vida general del niño e indirectamente la de su familia, estos dominios corresponden a: síntomas del niño; función del niño; sicología del niño, autoimagen del niño; angustia de los padres y función familiar. Con respecto a la relación entre cada dominio con el impacto en la calidad de vida, se verificó que el más afectado correspondía a la angustia por parte de los padres, donde efectivamente el mayor porcentaje de tutores (40%) considera que la caries de inicio precoz genera un “alto impacto” en este dominio, como muestra la tabla XIX. Sin duda la importancia que cumplen los padres dentro de la salud oral de sus hijos es fundamental, debido a que los resultados en salud se obtienen de una compleja interacción entre diversos factores, dentro de los que se encuentran los biológicos, los socioculturales, los familiares y los de su comunidad (Wendy, 2007). Si analizamos lo anterior, se puede identificar que en la mantención de la salud del niño, la mayor responsabilidad corresponde a los padres por lo que es totalmente lógico que se sientan afectados si la situación dental de sus hijos se encuentra deteriorada y les está produciendo malestares o dolor. Las formas de reacción de las personas son diversas, por lo que no todos los papás van a responder de la misma manera y mientras algunos van a experimentar una fuerte sensación de culpabilidad por lo que le ocurre a sus hijos, otros reaccionarán con

enojos debido a la alteración del orden familiar que pudiera producirse debido a los malestares que afectan a sus hijos. En el estudio se demostró que la culpabilidad está presente constantemente en los padres cuyos hijos presentan caries de inicio precoz debido a que la enfermedad se pudo desarrollar por la poca preocupación que mostraron respecto a la salud bucal de sus hijos, o debido a que la falta de recursos impidió consultar con anterioridad al dentista, produciéndose una sensación muy incómoda en donde deben decidir entre las necesidades básicas y la salud oral.

Si se refiere el enojo de los padres a causa de problemas dentales de sus hijos, podría relacionarse con la misma reacción por parte del niño. Se tiende a pensar que debido a las incomodidades que ocasiona la caries de inicio precoz como dificultad para comer o tomar bebidas heladas y calientes, además del dolor que produce tener una boca llena de caries, muchos niños experimentan cambios de genio, dificultades para dormir, etcétera, manifestándolo con un mayor grado de irritabilidad y ganas de llorar, lo que finalmente produciría que en muchas ocasiones los padres colapsaran y se enojaran por la situación a la que se enfrentan. Sin embargo como se muestra en las tablas XIII y XIV el análisis estadístico demostró que no hay una dependencia o asociación entre estas dos variables, lo que podría deberse a que los padres simplemente no se enojan por motivos dentales de sus hijos o que el sentimiento que les nace al visualizar los cambios de genio de los niños es el de culpabilidad como quedó de manifiesto en la pregunta 11 del cuestionario.

Por otro lado, el dominio 4 que corresponde a la autoimagen del niño, es el que menos siente el impacto y no se observa que la caries de inicio precoz genere un efecto en la calidad de vida. Se asume que ello se debe a una falta de madurez suficiente por parte de los niños para expresar algún grado de disconformidad en relación a su aspecto físico por la ausencia o destrucción de sus piezas dentales, otra alternativa corresponde a la incapacidad de los padres de visualizar el real grado de compromiso que este dominio presenta para su hijo, debido a que es algo muy personal y difícil de medir por otra persona que no sea el propio paciente, ya que solo él sabe como lo afecta al momento de relacionarse socialmente con sus pares. Se debe considerar que a esta edad los niños son muy curiosos con lo que es diferente a lo normal y probablemente al niño que tenga caries de inicio precoz le pregunten el motivo de que sus dientes sean diferentes, pudiendo generar burlas y molestias que consiguieran producir problemas en el autoestima del pequeño. Así lo consideró Easton en el año 2008 cuando manifestó que la caries de inicio precoz influye en que los niños presenten una alteración en su capacidad para conversar, poca capacidad para relacionarse con sus pares, reducción de su autoestima, imposibilidad de concentrarse en el colegio y un mayor nivel de ausentismo escolar, lo que se contrapone a los resultados obtenidos en este estudio.

Otros dominios que se encuentran afectados, pero en un grado medio en la calidad de vida, son los dominios de síntomas del niño y función del niño, los cuales se encuentran muy relacionados debido a que las preguntas que conforman respectivamente cada dominio, son similares. Por lo general, las preguntas se enfocan al dolor que presentan los niños en distintas situaciones, pero como este síntoma es un tanto subjetivo, la detección de ello fue complicada; es por esto, que fue necesario plantear de manera más simple las preguntas. Sin embargo en otros estudios (Easton, 2008 y Arango, 2004) los resultados que se obtuvieron con respecto a estos aspectos en la vida del niño fueron concluyentes y mostraron una relación estrecha entre la mala salud oral y el sufrimiento del niño, retardo en el desarrollo y bajo peso. Se consideró además que el dolor dental era la piedra angular y el punto de partida para el descalabro en todos los otros aspectos relevantes (relacionados con la caries de inicio precoz) que influyen en la calidad de vida del niño.

Finalmente otro dominio que no tuvo gran impacto en la calidad de vida corresponde a la función familiar. Ello se debe en gran parte a dos motivos; el primero, es que muchos de los tutores encuestados trabajaban de forma independiente, eran dueñas de casa o en ese momento se encontraban cesantes, por lo que no se ausentaban del trabajo o debían pedir permiso para poder acompañar a sus hijos a la consulta dental. El otro gran motivo que fue pesquisado por los encuestadores, corresponde a que los tutores no respondían con total sinceridad cuando se les preguntaba sobre el impacto financiero que generaban los gastos por motivos dentales de sus hijos, intentando minimizar el real problema que se genera al gastar un dinero que se tenía destinado para otros fines.

Si se compara con el grupo control, efectivamente, en todos los dominios el impacto en la calidad de vida es bajo, aunque hay algunos casos fuera de la norma; lo que se asocia a que en el grupo control fueron considerados todos los niños con una magnitud desde 0 a 2 caries por lo que probablemente los pacientes que tenían caries, en algún momento estas le generaron molestias o incomodidades sin llegar a alcanzar un grado de impacto considerable en la calidad de vida de los niños y sus familias. (Plutzer, 2008)

Si se quisiera hacer un ejercicio más riguroso y aumentar la exigencia de clasificación de los niveles de impacto, se debería considerar que la respuesta “a veces” fuera sumada con las alternativas de alto impacto en la calidad de vida con lo que todos los dominios se modificarían y la mayoría de los pacientes quedarían en el grupo de alto impacto en la calidad de vida.

Con respecto a la aplicación del ECOHIS en el trabajo de investigación, cabe destacar que de las 1430 respuestas que recibimos por parte de los 110 pacientes, solo en 2 ocasiones fue elegida la alternativa “no sé”, lo que deja de manifiesto la claridad y precisión del cuestionario, haciéndose innecesario el adaptarlo de alguna u otra manera para la realidad nacional.

La encuesta fue un instrumento adecuado para corroborar el impacto de la caries de inicio precoz en la calidad de vida de los niños y sus familias. No sólo hizo posible determinar esto, sino que también permitió identificar los dominios más afectados de la muestra. Los resultados obtenidos por el estudio son relevantes en el sentido que presentan una realidad que no todos han querido asumir, la caries de inicio precoz no constituye solo un problema dental ya que también influye de manera importante en muchos aspectos de la vida de los niños que la poseen y en sus cercanos, afectando finalmente en su calidad de vida familiar, por lo que es urgente buscar un nuevo enfoque en la atención odontológica, creando políticas de salud que ayuden a la prevención de la caries, para lograr una administración de recursos más eficiente y mejorar la calidad de vida de las familias, en especial las de menos recursos que son las más expuestas a esta patología. (Harrison R, 2007)

Conclusiones

- La caries de inicio precoz efectivamente produce un impacto en la calidad de vida, tanto para el niño como para su entorno familiar, siendo el nivel medio de impacto el que se repitió con más frecuencia en los diferentes dominios, dentro de los niños del grupo caso.
- Se presenta una gran diferencia entre los niños pertenecientes al grupo caso y control, debido a que mientras el 100% de los pacientes del grupo control tubo un bajo impacto en su calidad de vida los del grupo estudio se distribuyeron principalmente entre medio y alto impacto en relación a la caries de inicio precoz.
- En este estudio se concluyó que no hay una relación significativa entre caries de inicio precoz y el nivel socioeconómico de los pacientes, mostrando que la caries de inicio precoz ataca sin discriminación a todas las familias, por lo que el enfoque que debemos tener con respecto a este tema es de carácter cultural más que económico.
- Por el contrario cuando se relaciona el impacto en la calidad de vida con la magnitud de caries se obtuvo una relación directamente proporcional en donde a mayor número de caries es mayor el impacto en la calidad de vida de los niños y sus familias.
- La angustia de los padres es el dominio que más se ve afectado por la caries de inicio precoz siendo de alto impacto en la calidad de vida de los niños y sus familias en el grupo caso.
- El dominio que menos se ve afectado por la caries de inicio precoz en el grupo caso, corresponde a la percepción de los padres de la autoimagen del niño.
- El ECOHIS demostró ser un instrumento válido para medir impacto en la calidad de vida de niños con caries de inicio precoz, lo que justifica su utilización a nivel de salud pública. Éste permite mejorar el rendimiento en la atención odontológica, haciéndola más eficiente y eficaz.

Sugerencias

- Realizar estudios a nivel nacional para corroborar los resultados de esta investigación. Esto permitirá además, identificar de mejor manera las necesidades de educación en salud oral de las familias, según cada región.
- Una opción sería el incorporar esta encuesta a las fichas clínicas que actualmente se utilizan en los distintos servicios de salud pública. Esto permitiría una mayor eficiencia en la realización de los estudios y una mayor cercanía en el trato con el paciente (más personalizada).
- Sería muy importante que los servicios de salud relacionaran los datos clásicos de las fichas clínicas de caries de inicio precoz (magnitud, severidad, etc.) con la encuesta que mide el impacto en la calidad de vida, de este modo se podrá realizar algún otro tipo de comparaciones que no hayan aparecido en esta investigación.
- A la luz de los resultados, se sugiere realizar programas de educación públicos, que se enfoquen en la motivación a los padres, para que a través de ellos, podamos proteger a los pequeños de la caries de inicio precoz.

Resumen.

La calidad de vida es un concepto que se está volviendo de mayor relevancia a medida que pasa el tiempo, debido a la preocupación de las ciencias por entregar bienestar a las personas. Es por esto que una gran cantidad de investigadores ha creado instrumentos con el fin de medir la calidad de vida en relación a distintos temas. La odontología no se ha quedado atrás y ha participado en la evolución de este concepto.

ECOHIS es un cuestionario validado internacionalmente y que corresponde a una escala de impacto de la salud oral en la infancia temprana.

El propósito de este estudio es demostrar si la caries de inicio precoz tiene un impacto en la calidad de vida de niños de 0 a 3 años de edad que se atendieron en la clínica de Odontología Infantil (Clínica Vasca) y el consultorio Jean Marie Thierry durante los años 2006 al 2009, y si esto a su vez influye en la calidad de vida de sus familias.

Para esto, se aplicó el cuestionario ECOHIS además de una ficha clínica que medía otras variables, a un total de 110 familias, las que se clasificaron en grupo caso (51 familias) y grupo control (59 familias).

Como resultado se obtuvo que la caries de inicio precoz afecta en la calidad de vida de los niños y sus familias, considerando que el 66,7% del grupo caso presentó un impacto medio en la calidad de vida. Muy por el contrario el 98% del grupo control fue asociado con un bajo impacto en su calidad de vida.

A la luz de los resultados, se hace fundamental el tomar conciencia de la problemática que acarrea la caries de inicio precoz, debido a que si la seguimos tratando de manera curativa y no con un enfoque educacional o preventivo, estamos condenados a continuar deteriorando la calidad de vida familiar.

Bibliografía

Arango MC, Baena GP (2004). Caries de la infancia temprana y factores de riesgo. Revisión de la Literatura. [En línea] <http://odontologia.univalle.edu.co/revista/publicaciones/12-01-2004/pdf/05V12N01-04.pdf>. (Accesado el 17 de Noviembre del 2008).

Bergner M, Bobbitt RA, Carter WB, Gilson BS (1981). The Sickness Impact Profile: development and final revision of a health status measure. *Med Care*. 1981 Aug;19(8):787-805

Broder HL (2007) Children's oral health-related quality of life. *Community Dent Oral Epidemiology*; 35 (suppl. 1): 5-7

Dunlow N, Phillips C, Broder HL (2007). Concurrent validity of the COHIP. *Community Dent Oral Epidemiology*; 35 (suppl. 1): 41-49

Easton JA, Landgraf JM, Casamassimo PS, Wilson S, Ganzberg S (2008). Evaluation of a generic quality of life instrument for early childhood caries-related pain. *Community Dent Oral Epidemiol*. Oct;36(5):434-40. doi: 10.1111/j. 1600-0528.2007.00417.x

Esteve M, Roca J (1997). Calidad de vida relacionada con la salud: un nuevo parámetro a tener en cuenta [Editorial] *Medicina clínica* ; 108(12) : 458-459 [En línea] <http://www.sepeap.es/Hemeroteca/EDUKINA/Artikulu/Vol108/m1081205.pdf>. (Accesado el 17 de Noviembre del 2008)

Fadda G, Jiròn P, Jadue D (1999). La objetividad y subjetividad del concepto de calidad de vida. VI° Encuentro científico sobre el Medio Ambiente: Mejor Calidad de Vida. Santiago, Chile

Filstrup SL, Briskie D, Fonseca M (2003). Early Childhood Caries and Quality of Life: Child and Parent Perspectives. *Pediatric Dentistry*. Sep-Oct;25(5):431-40

Freire de Oliveira M (2007). Calidad de vida de mayores y sus aspectos bio-psico-sociales. Estudio comparativo de los instrumentos WHOQOL-BREF y SF-36. Tesis Doctoral. España, Facultad de ciencias de la actividad física y del deporte y la salud, Universidad de Granada.[En línea] <http://hera.ugr.es/tesisugr/16679751.pdf>. (Accesado el 14 de Noviembre del 2008)

Gómez-Vela M, Sabeth E (2002). Calidad de vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica. <http://www.usal.es/~inico/investigacion/invesinico/calidad.htm> [En línea]. (Accesado el 15 de Noviembre del 2008).

Harrison R, Benton T, Everson-Stewart S, Weinstein P (2007). Effect of motivational interviewing on rates of early childhood caries: a randomized trial. *Pediatr Dent*. 2007 Jan-Feb;29(1):16-22

Hunt SM, McKenna SP, McEwen J, Williams J, Papp E (1981). The Nottingham Health Profile: subjective health status and medical consultations. *Soc Sci Med A*. 1981 May;15(3 Pt 1):221-9

Iida H, Auinger P, Billings RJ, Weitzman M (2007). Association Between Infant Breastfeeding and Early Childhood Caries en the United States. *Pediatrics*; 120; e944-e952. Doi:10.1542/peds.2006-0124

Jokovic A, Locker D, Stephens M, Kenny D, Tompson B, Guyatt G (2002). Validity and Reliability of a Questionnaire for Measuring Child Oral-health-related Quality of Life. *Journal Dental Research*; 81(7); 459-463.

Minsal (2008). "Caries de inicio precoz" en Minsal [En línea]. Disponible en: http://www.redsalud.gov.cl/archivos/salud_bucal/perfilepidemiologico.pdf [Accesado el día 18 de Noviembre del 2008]

Montero J (2006). Calidad de vida oral en población general. Tesis Doctoral. España, Facultad de Odontología, Universidad de Granada. [En línea] <http://hera.ugr.es/tesisugr/16093823.pdf>. (Accesado el 15 de Noviembre del 2008).

Montes JL (2001). Impacto de la Salud Oral en la Calidad de Vida del Adulto Mayor. *Revista Dental de Chile*; 92 (3): 29-31. [En línea] <http://www.revistadentaldechile.cl/temas%20noviembre%202001/PDF%20NOV%202001/Impacto%20de%20la%20Salud%20Oral....pdf>. (Accesado el 15 de Noviembre del 2008)

Pahel BT, Rozier RG, Slade GD (2007). Parental perceptions of children's oral health: the Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS). *Health and Quality of Life Outcomes* doi:10.1186/1477-7525-5

Palomer L. (2008). Caries dental en el niño. Una enfermedad contagiosa. [En línea] http://www.colegiodentistas.cl/portal/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=158. (Accesado el 15 de Noviembre del 2008)

Plutzer K, Spencer AJ (2008) Efficacy of an oral health promotion intervention in the prevention of early childhood caries. *Community Dent Oral Epidemiol*. 36: 335-346. 2007 The Authors. Journal compilation 2007 Blackwell Munksgaard.

Rajmil L, Estrada M.D, Herdman M, Serra-Sutton V, Alonso J (2001). Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en la infancia y la adolescencia: revisión de la bibliografía y de los instrumentos adaptados en España. *Gac Sanit* 15(Supl. 4):34-43.

Ramírez R (2007). Calidad de vida relacionada con la salud como medida de resultados en salud: revisión sistemática de la literatura. [En línea] http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-56332007000400004&nrm=iso&tlng=pt. (Accesado el 15 de Noviembre del 2008).

Schwartzmann L (2003). Calidad de Vida relacionada con la Salud: Aspectos Conceptuales. [En línea] http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071795532003000200002&script=sci_arttext. [Accesado el 19 de Noviembre del 2008]

Slade GD, Spender AJ (1994). Development and evaluation of the Oral Health Impact Profile. *Community Dent Health*. Mar; 11(1):3-11.

UNPD (2008). (en línea). Disponible en: <http://www.undp.org/> (Accesado el día 25 de noviembre del 2008).

WARE, (1996). The SF-36 Health Survey. En *Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials*. Spilker, B. (III:34) (337-346), New York, Lippincott-Raven.

Wendy E, Mouradian MD, Colleen E (2007). Beyond Access: The Role of Family and Community in Children's Oral Health. *Critical Issues in Dental Education*; 619-631.

Wikipedia Foundation, Inc. (2008). "Calidad de Vida" en wikipedia [En línea] Disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/Calidad_de_vida [accesado el día 14 de Noviembre 2008].

Yanguas J.J (2004). Análisis de la calidad de vida relacionada con la salud en la vejez desde una perspectiva multidimensional. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). Primera Edición.

Anexo 1: **Glosario de Siglas.**

- **CHQ:** Child Health Questionnaire.
- **COHIP:** Child Oral Health Impact Profile.
- **COHQoL:** Child Oral Health Quality of Life.
- **ECC:** Early Childhood Caries.
- **ECOHIS:** Early Childhood Oral Health Impact Scale.
- **IDH:** Índice de Desarrollo Humano.
- **ITQOL:** Infant Toddler Quality of Life.
- **NIH:** National Institute of Health.
- **OHIP:** Oral Health Impact Profile.
- **OHRQL:** Oral Health Related Quality of Life.
- **P-CPQ:** Parental Caregiver Perceptions Questionnaires.
- **PNUD:** Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.
- **WHOQOL:** World Health Organization Quality of Life.

Tabla de tiempo:

Calidad de Vida	Después de la II guerra Mundial.	Nace como concepto para evaluar cómo viven los pueblos de bajo nivel económico. Este concepto se relacionaba al entorno ambiental y al deterioro de la calidad de vida urbana.
Calidad de Vida	Década de finales de los 50'	Empieza a relacionarse con el bienestar humano y las preocupaciones de la industrialización.
Calidad de Vida en Odontología	Década de los '70	Surgen los primeros indicadores de salud oral, que permitían evaluar el impacto físico, psicológico y social de los problemas orales.
Calidad de Vida relacionada con Salud	En los años '80	Se crean los Perfiles de salud, esto permitió adentrar la calidad de vida en la salud de las personas.
Calidad de Vida relacionada con Salud	1993	Se define este concepto como: "El valor asignado a la duración de la vida en función de la percepción de limitaciones físicas, psicológicas, sociales y de disminución de oportunidades a causa de la enfermedad, sus secuelas, el tratamiento y/o las políticas de salud."
Calidad de Vida relacionada con salud	1996	Se agrega una nueva idea al concepto de 1993, esta idea menciona que la calidad de vida también se encuentra relacionada con la percepción subjetiva de la capacidad

		para realizar aquellas actividades importantes para el individuo, influenciadas por el estado de salud actual.
Calidad de Vida en niños con caries de Inicio precoz	1999	Low y colaboradores determinan que la caries de inicio precoz afecta en la calidad de vida de los niños
Calidad de Vida relacionada en Odontología	2007	Dunlow y colaboradores crean y validan el COHIP
Calidad de Vida relacionada en Odontología	2007	Pahel y colaboradores crean y validan el instrumento llamado ECOHIS, el cual permite determinar la escala de impacto en la salud oral de los niños.

Anexo 2: Tabla de tiempo (Evolución del concepto de calidad de vida)

Ficha clínica del estudio
“Perfil de Salud de Calidad de Vida en Niños con Caries de Inicio Precoz”

Nombre del paciente:			
Nombre del tutor:			
Rut del tutor:			
Edad inicio de tratamiento:		Edad actual del paciente:	
Sexo:	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino		
Domicilio:			
Celular:			
Teléfono domicilio:			
Fecha de primera consulta:/...../.....		
Fecha de la encuesta:/...../.....		
Previsión del paciente	FONASA ISAPRE	A B	C D
Presencia de caries de inicio precoz:	<input type="checkbox"/> Si (Grupo caso) <input type="checkbox"/> No (Grupo control)		

Anexo 3: Ficha clínica del estudio.

Escala de impacto de salud oral en la infancia temprana	1	2	3	4	5	6
“Problemas con los dientes, la boca o maxilares y su tratamiento pueden afectar el bienestar y la vida diaria de los niños y sus familias. En cada pregunta, encierre en un círculo el número que mejor describe su experiencia o la de su niño/a. Considere toda la vida de su hijo/a desde el nacimiento hasta hoy para contestar cada pregunta. Si una pregunta no corresponde marque Nunca.”	Nunca	Rara vez	A veces	A menudo	Casi siempre	No sé
1. ¿Cuán a menudo su hijo/a ha tenido dolor en los dientes, boca o maxilares? (Dominio síntomas del niño)	1	2	3	4	5	6
¿Cuán a menudo su hijo/a debido a problemas dentales o tratamientos dentales? (Dominio de función del niño)						
2. ha tenido dificultad al tomar bebidas calientes o heladas	1	2	3	4	5	6
3. ha tenido dificultad al comer algunas comidas	1	2	3	4	5	6
4. ha tenido dificultad de pronunciar cualquier palabra	1	2	3	4	5	6
5. ha perdido días de jardín o colegio	1	2	3	4	5	6
¿Cuán a menudo su hijo/a debido a problemas dentales o tratamientos dentales? (Dominio de psicología del niño)						
6. ha tenido sueño alterado o con problemas	1	2	3	4	5	6
7. ha estado irritable o frustrado	1	2	3	4	5	6
¿Cuán a menudo su hijo/a debido a problemas dentales o tratamientos dentales? (Dominio de auto imagen del niño/interacción social)						
8. ha evitado sonreír o reírse cuando hay otros niños alrededor	1	2	3	4	5	6
9. ha evitado hablar con otro niño	1	2	3	4	5	6
¿Cuán a menudo usted u otro miembro de su familia debido a problemas dentales o tratamientos? (Dominio de angustia de los padres)						
10. ha estado enojado	1	2	3	4	5	6
11. se ha sentido culpable	1	2	3	4	5	6
¿Cuán a menudo usted u otro miembro de su familia debido a problemas dentales o tratamientos? (Dominio de función familiar)						
12. ha solicitado permiso para ausentarse del trabajo	1	2	3	4	5	6
13. ha tenido impacto financiero	1	2	3	4	5	6

Anexo 4: Cuestionario ECOHIS.

Anexo 5: Consentimiento informado.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____ de
Rut _____ el día _____,
declaro en este documento que accedo a participar a voluntad en el estudio *Perfil de Salud de Calidad de Vida en Niños con Caries de Inicio Precoz*. Consiento la entrega de datos personales estando bajo conocimiento de la utilidad que estos tendrán posteriormente.

Del mismo modo se me ha informado acerca de los objetivos del estudio y he aceptado cumplir con los compromisos que la investigación requiera, respondiendo de manera fidedigna y participando con puntualidad.

Firma