

Impacto de las condiciones bucales sobre la calidad de vida en escolares del Distrito de San Juan de Miraflores. Lima, Perú

Impact of oral conditions on the quality of life in schoolchildren in San Juan de Miraflores. Lima, Perú

Evelyn Roxana Paredes-Martínez^{1,a,b}, María Elena Díaz-Pizán^{2,a,b}

RESUMEN

Objetivo: Determinar el impacto de las condiciones bucales sobre la calidad de vida relacionada a la salud bucal (CVRSB) en escolares de 11 y 12 años de edad de la Institución Educativa César Vallejo del distrito de San Juan de Miraflores, a través del Cuestionario Child Oral Impacts Daily Performance (OIDP), en el año 2013. **Material y métodos:** Estudio transversal, observacional que evaluó 169 escolares que cumplieron con los criterios de selección. Los datos fueron recolectados a través de una entrevista, empleando el instrumento OIDP versión en español validada para el Perú. **Resultados:** Se encontraron impactos en los desempeños: comer (55%), hablar (24.9%), limpiarse la boca (41.4%), dormir (22.5%), emoción (16%), sonreír (47.3%), estudiar (18.3%) y socializar (20.7%). **Conclusiones:** La prevalencia del impacto de las condiciones bucales sobre la calidad de vida de los escolares de 11 y 12 años de edad de la Institución Educativa César Vallejo fue del 100%; presentando al menos un desempeño diario impactado; siendo los más afectados: comer y sonreír.

PALABRAS CLAVE: Calidad de vida, salud bucal, calidad de vida relacionada a la salud bucal, Child OIDP. (DeCS, BIREME)

¹ Facultad de Odontología, Universidad de San Martín de Porres. Lima, Perú.

² Sociedad Peruana de Odontopediatría. Lima, Perú.

^a Especialista en Odontología Pediátrica.

^b Magister en Estomatología

SUMMARY

Objective: Determine the impact of the oral conditions on the oral health related quality of life (OHRQoL) in schoolchildren from 11 to 12 years old in César Vallejo School in San Juan de Miraflores, using the survey Child Oral Impacts Daily Performances (Child OIDP) in 2013. **Methods:** Observational and transversal study where 169 schoolchildren, who met the inclusion criteria, were evaluated. The data was collected using a validated Spanish version of Child OIDP index in Peru. **Results:** Impacts were found in the following performances: eating (55%), speaking (24.9%), cleaning (41.4%), sleeping (22.5%), emotion (16%), smiling (47.3%) studying (18.3%) and social contact (20.7%). **Conclusions:** The prevalence of the impacts of oral conditions on the quality of life of schoolchildren in Cesar Vallejo School was 100%; the schoolchildren showed at least one daily performance impacted being the most affected: eating and smiling.

KEYWORDS: Quality of life, oral health, oral-health-related quality of life, Child OIDP. (MeSH, NLM)

INTRODUCCIÓN

El daño más común en la población infantil peruana es la caries dental y para su estudio se emplean parámetros clínicos (1-3).

El concepto multidimensional de la salud hace que sea necesario relacionar la salud bucal y su deterioro con las percepciones emocionales y sociales brindadas por el paciente para contar con una visión integral del proceso salud enfermedad (4-8). A estas percepciones desde el punto de vista del paciente se les denomina Calidad de Vida Relacionada a la Salud (1,9-14).

Se han desarrollado instrumentos para medir la calidad de vida relacionada a la salud en niños los cuales tienen la finalidad de complementar las medidas clínicas utilizadas en la práctica odontológica (15-19). Uno de estos instrumentos es el desarrollado por Sheiham (20) y validado en varios países e idiomas (21-27). La versión en español del Child OIDP validada en nuestro país (28) permite analizar el impacto debido a una condición bucal específica en actividades diarias de acuerdo a la percepción del sujeto que es evaluado. Esto permite su uso en la planificación de los servicios de salud (29-34).

El propósito de la presente investigación fue conocer cómo impactan las condiciones bucales en la calidad de vida relacionada a la salud bucal (CVRSB) en un grupo de escolares de 11 y 12 años de edad, del distrito de San Juan de Miraflores, Lima, en el año 2013.

MATERIAL Y MÉTODOS

El estudio fue de tipo descriptivo y de corte transversal. Se obtuvo la aprobación del Comité Institucional de Ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, la autorización del Director de la Institución Educativa, de los padres de familia y el asentimiento del niño.

La población estuvo conformada por 208 escolares de 11 y 12 años de edad que estuvieron matriculados el año 2013 en la Institución Educativa César Vallejo, del distrito de San Juan de Miraflores (SJM). La muestra fue obtenida estadísticamente y estuvo conformada por 169 escolares. Se consideraron como criterios de inclusión los siguientes: escolares de 11 y 12 años de edad cumplidos, aparentemente sanos, de ambos sexos, con autorización de la institución educativa, con Consentimiento Informado de los padres y Asentimiento Informado de los escolares. Los criterios de exclusión fueron: escolares con discapacidad visual y auditiva no corregida.

Se empleó el método de observación y encuesta utilizando el cuestionario validado Child OIDP versión en español - Perú (28). Se realizó un estudio piloto previo a la ejecución del estudio. La investigadora realizó todas las encuestas en un ambiente aislado dentro de la institución educativa. La duración de la encuesta fue entre 8 a 10 minutos por escolar, realizándose seis encuestas cada hora en el horario de mañana o tarde. Se inició con la primera parte del instrumento en donde el escolar

debía marcar con una aspa los items de una lista de 17 condiciones bucales, aquellas que él percibía como problemas. La segunda sección determinó la severidad, intensidad y extensión del impacto. Previo a determinar la severidad del impacto se evaluó qué desempeños habían sido afectados por las condiciones bucales, preguntándole al escolar lo siguiente: “en los últimos tres meses, ¿alguno de estos problemas con tu boca o dientes te ha causado dificultad para...(desempeño)? Si la respuesta era negativa, entonces se consideró en los casilleros de severidad y frecuencia el puntaje cero. Si la respuesta era positiva, se indagaba por la severidad y frecuencia de cada desempeño. Para determinar la severidad, se le presentó una lámina donde se graficó una flecha horizontal de forma creciente que hacía referencia a los tres valores de severidad (poco, regular, mucho) para que el escolar pudiera identificar la severidad del impacto en desempeños que él mismo consideraba como impactados. Para ello, se le realizó la siguiente pregunta: ¿cuánto ha afectado tu vida diaria la dificultad para... (desempeño)? Para determinar la intensidad fue necesario determinar la frecuencia de la dificultad en el desempeño. Para valorar la frecuencia, en la escala de 1 a 3, se preguntó al escolar cuántas veces se presentó la dificultad en los últimos

tres meses, la pregunta aplicada fue: ¿la dificultad para... (desempeño) se te ha presentado: una o dos veces en un mes? (según la escala corresponde al valor 1), ¿tres a más veces en un mes? (según la escala corresponde al valor 2) o ¿más de tres veces en los últimos tres meses? (según la escala corresponde al valor 3). Para determinar la extensión: la cual se refiere al número de desempeños impactados que afectan la vida diaria del escolar. La pregunta para el escolar fue: de acuerdo a los problemas de tu boca o dientes ¿puedes especificar cuál de ellos es (son) la(s) causa(s) de la dificultad para...(desempeño)? La extensión podía ir desde el valor 0 (que significa ningún desempeño impactado) hasta el valor 8 (todos los desempeños impactados).

El procesamiento y análisis de los datos se realizó con el programa Excel 2010 y el programa estadístico SPSS 20, con un nivel de confianza al 95% (0,005).

RESULTADOS

Del total de escolares, se identificaron 85 mujeres (50,3%) y 84 varones (49,7%). En cuanto al nivel educativo se encontró 75 escolares (44,4%) ubicados en el nivel educativo primario y 94 (55,6%) en el nivel

Tabla 1. Frecuencia de condiciones bucales auto-percibidas como problema por los escolares de la Institución Educativa César Vallejo.

Condiciones Bucales	Presente		Ausente	
	n	%	n	%
Dolor de muela	103	60,9	66	39,1
Diente sensible	87	51,5	82	48,5
Diente cariado	44	26,0	125	74,0
Caída de un diente de leche	55	32,5	114	67,5
Dientes separados o espacio entre dientes	22	13,0	147	87,0
Fractura de diente permanente	6	3,6	163	96,4
Color de los dientes	43	25,4	126	74,6
Forma o tamaño de los dientes	32	18,9	137	81,1
Posición de los dientes	51	30,2	118	69,8
Sangrado de encías	54	32,0	115	68,0
Inflamación de las encías	19	11,2	150	88,8
Sarro o cálculo dental	6	3,6	163	96,4
Llagas o heridas en la boca	15	8,9	154	91,1
Mal aliento	14	8,3	155	91,7
Deformación de la boca	1	0,6	168	99,4
Erupción de diente permanente	0	0,0	169	100,0
Pérdida de diente permanente	1	0,6	168	99,4

Tabla 2. Prevalencia del impacto de las condiciones bucales sobre la CVRSB en escolares de 11 y 12 años de edad de la Institución Educativa César Vallejo.

Desempeños	Con Impacto (Child-OIDP>0)		Sin Impacto (Child-OIDP=0)	
	n	%	n	%
Comer	93	55	76	45
Hablar	42	24,9	127	75,1
Limpiarse la boca	70	41,4	99	58,6
Dormir	38	22,5	131	77,5
Emoción	27	16	142	84
Sonreír	80	47,3	89	52,7
Estudiar	31	18,3	138	81,7
Socializar	35	20,7	134	79,3
Total	169	100	0	0

secundario. El promedio de las condiciones bucales autopercebidas como problemas por los escolares entrevistados fue de $3,27 \pm 1,89$ de un total de 17 condiciones. De los 169 escolares entrevistados el 60.9% (103) percibieron la condición bucal: dolor de muela como primer problema, el 51,5% (87 escolares) percibieron como problema el diente sensible; y por último, el 32,5% (55 escolares) percibieron la caída de un diente de leche como problema, como se muestra en la tabla 1. Con respecto a la prevalencia de los impactos de las condiciones bucales sobre la CVRSB, se encontraron impactos en los desempeños: comer (55%), hablar (24,9%), limpiarse la boca (41,4%), dormir (22,5%), emoción (16%), sonreír (47,3%), estudiar (18,3 %), socializar (20,7%) como se muestra en la tabla 2. Para el sexo femenino el desempeño diario más afectado fue sonreír (58,8%), seguido de limpiarse la boca (41,2%). Para el sexo masculino el

Tabla 3. Intensidad del impacto de las condiciones bucales sobre la CVRSB en escolares de 11 y 12 años de edad de la Institución Educativa César Vallejo.

Intensidad	Limpiarse								TOTAL
	Comer	Hablar	la boca	Dormir	Emoción	Sonreír	Estudiar	Socializar	
Muy Poca	5,4	2,4	5,7	5,3	7,4	2,5	3,2	2,9	38,5
Poca	4,3	4,8	2,9	2,6	3,7	3,8	9,7	5,7	33,7
Moderada	20,4	28,6	28,6	23,7	25,9	33,8	32,3	40,0	22,5
Severa	61,3	64,3	48,6	60,5	48,1	50,0	48,4	51,4	5,3
Muy Severa	8,6	0,0	14,3	7,9	14,8	10,0	6,5	0,0	0,0
(n)	93	42	70	38	27	80	31	35	169

Tabla 4. Extensión del impacto de las condiciones bucales sobre la CVRSB en escolares de 11 y 12 años de edad de la Institución Educativa César Vallejo.

Covariables	n	Media	D.E.	Valor Mínimo	Valor Máximo	Valor P
Sexo						
Mujer	85	1,99	0,932	1	4	0,606
Varón	84	1,9	0,887	1	4	
Nivel Educativo						
Primaria	75	2,11	0,953	1	4	0,045*
Secundaria	94	1,82	0,855	1	4	
TOTAL	169	1,95	0,908	1	4	

Prueba U Mann Whitney

*Sig (P≤ 0.05)

desempeño diario más afectado fue comer (53,6%) seguido de limpiarse la boca (41,7%). En cuanto al nivel educativo, la prevalencia del impacto de las condiciones bucales, sobre la CVRSB fue más alta para el desempeño comer en ambos niveles educativos: primaria (62,7 %) y secundaria (48,9%). Se determinó que la mayor prevalencia de impactos de las condiciones bucales sobre la CVRSB en escolares de primaria fueron para los siguientes desempeños: limpiarte la boca (48%), dormir (28%), emoción (20%), sonreír (54,7%), estudiar (26,7%) y socializar (24%). Encontrándose diferencias estadísticamente significativas sólo en el desempeño estudiar ($p=0,012$). En cuanto a la prevalencia de escolares de nivel secundario se encontró que para el desempeño hablar la prevalencia fue de 27,7%. En relación a la severidad del impacto de las condiciones bucales sobre la CVRSB se determinó que los desempeños: comer y emoción fueron los desempeños diarios con mayor y menor severidad respectivamente $1,45 \pm 1,38$ y $0,41 \pm 0,97$.

En cuanto a la intensidad del impacto de las condiciones bucales sobre la CVRSB en los 169 escolares que manifestaron impactos, se determinó que el 38,5% tuvo impactos de “muy poca intensidad”, el 33,7% tuvo impactos de “poca intensidad”, el 22,5% manifestó impactos de “moderada intensidad” y el 5,3% tuvo impactos de “severa intensidad” como se observa en la tabla 3.

El promedio de extensión del impacto de las condiciones bucales autopercebidas como problemas por los escolares entrevistados, fue de $1,95 \pm 0,90$ desempeños impactados por escolar, de un rango de 1 a 4 desempeños como se visualiza en la tabla 4.

DISCUSIÓN

La presente investigación se realizó en escolares de 11 y 12 años de edad. Se aplicó el Cuestionario Child-OIDP versión en español – Perú (28) ya que la versión original se confeccionó y validó para niños con estas edades, debido a que pueden percibir de manera objetiva la realidad y poseen criterios para diferenciar las condiciones bucales que se presentan teniendo mayor facilidad para expresarlo (35-37). Este rango de edad es el recomendado por la Organización Mundial de la Salud para efectuar la vigilancia de las enfermedades bucales; y permite

realizar comparaciones internacionales (4,38,39). Se han realizado estudios en nuestro país con este mismo índice, en las ciudades de Abancay (40), Piura (41) y Zapallal (36); sin embargo, es importante mencionar que no existen reportes o informes de estudios previos de este tema (calidad de vida relacionada a la salud bucal) en el distrito de San Juan de Miraflores (Lima).

En relación con los resultados, se halló que la prevalencia del impacto de las condiciones bucales sobre la CVRSB fue alta 100%, similares a valores nacionales reportados por: Tineo (40) en Abancay 99,2%, Del Castillo (41) en Piura 88,7% y Sánchez (36) en Zapallal 82%. En cuanto a valores internacionales, en los últimos años, se han reportado de mayor a menor prevalencia los siguientes: Castro y col. (24) en Brasil 88,7%, Krisdapong y col. (42) en Tailandia 85,2%, Bianco y col. (43) en Italia 66,8%, Nurelhuda y col. (44) en Sudán 54,6%; mientras que Cortés y col. (22) en España reportaron 36,5%. Los resultados encontrados en los diversos estudios muestran que existe un alto nivel de prevalencia así como se observa en la presente investigación, en donde los escolares entrevistados reportaron al menos un impacto afectando sus actividades cotidianas o desempeños en los últimos tres meses, siendo las actividades afectadas comer, limpiarse la boca y sonreír. Este alto impacto está relacionado con los altos niveles de caries dental a nivel nacional a los 12 años de edad en nuestro país. Esta relación se fundamenta en que las condiciones bucales que con mayor frecuencia perciben como problemas los escolares fueron: dolor de muela, diente sensible, caída de un diente de leche y sangrado de encías, lo cual es comparable con estudios previos nacionales (36,40,41) e internacionales (22,24,27,42). En relación con la severidad del impacto de las condiciones bucales sobre la calidad de vida, se encontró que los escolares presentaron los desempeños: comer y limpiarse la boca con mayor severidad ($1,45 \pm 1,38$ y $1,07 \pm 1,32$, respectivamente) lo cual indica que los escolares tienen varias condiciones bucales autopercebidas como problemas. Pero, en lo referente a severidad, es baja, muy similar a lo encontrado por Del Castillo (41) $1,34 \pm 0,915$ y $1,23 \pm 0,992$ en los mismos desempeños respectivamente, y que guarda relación con las condiciones bucales como causantes de los impactos más prevalentes.

Además del alto nivel de prevalencia de impactos

entre los escolares entrevistados la mayoría de éstos manifestaron impactos de moderada, poca y muy poca intensidad, lo cual indica que poseen varios problemas que afectan su vida cotidiana. En relación a la extensión del impacto de las condiciones bucales autopercibidas como problemas, se evidenció que todos los escolares muestran al menos un desempeño impactado teniendo cada escolar como máximo cuatro desempeños impactados de un total de ocho desempeños, encontrándose valores similares a estudios nacionales (40,41) e internacionales (25,45,46).

En conclusión, la prevalencia del impacto de las condiciones bucales sobre la CVRSB de los escolares de la Institución Educativa César Vallejo fue muy alta (100%), lo cual significa que todos los escolares presentaron al menos un desempeño diario impactado, siendo los más afectados: comer y sonreír.

Correspondencia:

Evelyn Roxana Paredes-Martínez
Calle Sullana 190, Santiago de Surco. Lima, Perú.
Correo electrónico: evyroxana@yahoo.es

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ismail A, Sohn W, Lim S, Willem J. Predictors of dental caries progression in primary teeth. *J Dent Res.* 2009; 88 (3):270-5.
2. Frencken JE, Holmgren CJ. How effective is ART in the management of dental caries? *Community Dent Oral Epidemiol.* 1999; 27(6):423-30.
3. Filstrup SL, Briskie D, Da Fonseca M, Lawrence L, Wandera A, Inglehart, M. Early childhood caries and quality of life: child and parent perspectives. *Pediatr Dent.* 2003; 25(5):431-40.
4. Organización Mundial de la Salud. Promoción de la Salud: Glosario. Ginebra: Organización Mundial de la Salud;1998.
5. Locker D, Clarke M, Payne B. Self-perceived oral health status, psychological well-being, and life satisfaction in an older adult population. *J Dent Res.* 2000; 79(4):970-75.
6. Badia X, Carné X. La evaluación de la calidad de vida en el contexto del ensayo clínico. *Med Clin (Barc).* 1998; 110:550-6.
7. Velarde-Jurado E, Avila-Figueroa C. Evaluación de la calidad de vida. *Salud Pública Mex.* 2002; 44(4):349-61.
8. Velarde-Jurado E, Avila-Figueroa C. Consideraciones metodológicas para evaluar la calidad de vida. *Salud Pública Mex.* 2002; 44:448-63.
9. Locker D. Measuring oral health: a conceptual framework. *Community Dent Health.* 1988; 5:3-18.
10. Sischo L, Broder H. Oral health-related quality of life: what, why, how, and future implications. *J Dent Res.* 2011; 90(11):1264-70.
11. John M, Hujoel P, Miglioretti D, LeResche L, Koepsell T, Micheelis W. Dimensions of oral-health-related quality of life. *J Dent Res.* 2004; 83(12):956-60.
12. Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en la infancia y la adolescencia: revisión bibliográfica y de los instrumentos adaptados en España. *Gac Sanit.* 2001; 15(4):34-43.
13. Donovan K, Sanson-Fisher R, Redman S. Measuring quality of life in cancer patients. *J Clin Oncol.* 1989; 7(7) 959-68.
14. Tuesca R. La Calidad de vida, su importancia y cómo medirla. *Salud Uninorte.* 2005; 21:76-86.
15. Solans M, Pane S, Estrada M, et al. Health-related quality of life measurement in children and adolescents: a systematic review of generic and disease-specific instruments. *Intern Soc Pharm Outcomes Res.* 2008; 11(4):742-64.
16. Jokovic A, Locker D, Guyatt G. Short forms of the child perceptions questionnaire for 11-14 year-old children (CPQ11-14): development and initial evaluation. *Health Qual Life Outcomes.* 2006; 4:4-13.
17. Schwartzmann L. Calidad de vida relacionada con la salud. Aspectos conceptuales. *Cienc. Enferm.* 2003; 9(2):9-21.
18. Sanjuás C. Medición de la calidad de vida: ¿Cuestionarios genéricos o específicos? *Arch Bronconeumol.* 2005; 41(3):107-9.
19. Jokovic A, Locker D, Stephens M, Kenny D, Tompson B, Guyatt G. Validity and reliability of a questionnaire for measuring child oral-health-related quality of life. *J Dent Res.* 2002; 81(7):459-63.
20. Gherunpong S, Tsakos G, Sheiham A. Developing and evaluating an oral health-related quality of life index for children; the Child-OIDP. *Community Dent Health.* 2004; 21(2):161-9.
21. Gherunpong S, Tsakos G, Sheiham A. A sociodental approach to assessing dental needs of children: concept and models. *Int J Paediatr Dent.* 2006; 16(2):81-8.
22. Cortés-Martínicorena FJ, Rosel-Gallardo E, Artázcoz-Osés J, Bravo M, Tsakos G. Adaptation and validation for Spain of the child-oral impact on daily performance (C-OIDP) for use with adolescents. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2010; 15(1):106-11.
23. Tubert-Jeannin S, Pegon-Machat E, Gremeau R. Validation of a french version of the Child-OIDP index. *Eur J Oral Sci.* 2005; 113(5):355-62.
24. Castro R, Portela M, Leão A, Vasconcellos M. Oral health-related quality of life of 11-12 year old public school children in Rio de Janeiro. *Community Dent*

- Oral Epidemiol. 2011; 39(4):336-44.
25. Gherunpong S, Tsakos G, Sheiham A. The prevalence and severity of oral impacts on daily performances in Thai primary school children. *Health Qual Life Outcomes*. 2004; 12:2-57.
 26. Yusuf H, Gherunpong S, Sheiham A, Tsakos G. Validation of an English version of the Child-OIDP index, an oral health related quality of life measure for children. *Health Qual Life Outcomes*. 2006; 1(4):38-45.
 27. Rodolfo Castro, Leão A, Portela M, et al. Child-OIDP index in Brazil: cross-cultural adaptation and validation. *Health Qual Life Outcomes*. 2008; 36(4):317-25.
 28. Bernabé E, Sheiham A, Tsakos G. A comprehensive evaluation of the validity of Child-OIDP: further evidence from Peru. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2008; 36(4):317-25.
 29. Bonecker M, Abanto J, Tello G, Butini L. Impact of dental caries on preschool children's quality of life: an update. *Braz Oral Res*. 2012; 26(1):103-7.
 30. Paula J, Leite I, Almeida A, Ambrosano G, Pereira A, Mialhe F. The influence of oral health conditions, socioeconomic status and home environment factors on schoolchildrens self-perception of quality of life. *Health Qual Life Outcomes*. 2012; 10:6.
 31. Tsakos G, Gherunpong S, Sheiham A. Can oral health-related quality of life measures substitute for normative needs assessments in 11 to 12 year old Children? *J Public Health Dent*. 2006; 66(4):263-68.
 32. Azeredo L, Rejane M, Thomé A, Cople L. Change in the quality of life of children and adolescents younger than 14 years old after oral health interventions: a systematic review. *Pediatr Dent*. 2013; 35(1):37-42.
 33. Gerritsen A, Finbarr P, Witter D, Bronkhorst E, Creugers N. Tooth loss and oral health-related quality of life: a systematic review and meta-analysis. *Health Qual Life Outcomes*. 2010; 8:126-37.
 34. Acuña G, Apaza J, García C, Medina L. Planeamiento estratégico del distrito de San Juan de Miraflores [Tesis Maestría]. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú. Escuela de Posgrado; 2012.
 35. Boj JR, Catalá M, García-Ballesta C, Mendoza A, Planells P. *Odontopediatría. Evolución del niño al adulto joven*. Madrid: Ripano; 2011.
 36. Sánchez P. Impacto de las condiciones orales sobre la calidad de vida en escolares de 11 y 12 años de edad de Zapallal-Puente Piedra. Lima [Tesis Maestría]. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia. Facultad de Estomatología; 2007.
 37. Bernabé E, Flores-Mir C, Sheiham A. Prevalence, intensity and extent of oral impacts on daily performances associated with self-perceived malocclusion in 11-12-year old children. *BMC Oral Health*. 2007; 7(6):1-7.
 38. Bernabé E, Tsakos G, Sheiham A. Intensity and extent of oral impacts on daily performances by type of self-perceived oral problems. *Eur J Oral Sci*. 2007; 115:111-6.
 39. Esteve M, Roca J. Calidad de vida relacionada con la salud: un nuevo parámetro a tener en cuenta. *Med Clin*. 1997; 108:458-59.
 40. Tineo P. Impacto de las condiciones orales sobre la calidad de vida relacionada a la salud (CVRS) de escolares de 11 y 12 años del ámbito urbano del distrito de Abancay-Apurímac en el año 2011 [Tesis Maestría]. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia. Facultad de Estomatología; 2012.
 41. Del Castillo C. Impacto de las condiciones orales sobre la calidad de vida relacionada a la salud (CVRS) de escolares del ámbito rural de Piura en el año 2010 [Tesis Maestría]. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia. Facultad de Estomatología; 2010.
 42. Krisdapong S, Sheiham A, Tsakos G. Oral health-related quality of life of 12-year and 15-year-old Thai children: findings from a national survey. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2009; 37(6):509-17.
 43. Bianco A, Fortunato L, Giuseppe C, Paiva M. Prevalence and determinants of oral impacts on daily performance: results from a survey among school children in Italy. *Euro J Public Health*. 2010; 20(5):595-600.
 44. Nurelhuda N, Mutaz A, Astrom A, Tordis U. Evaluation of oral health-related quality of life among Sudanese schoolchildren using Child-OIDP inventory. *Health Qual Life Outcomes*. 2010; 8:152-64.
 45. Walter M, Woronuk J. Determinants of oral health-related quality of life in a cross-cultural German-Canadian sample. *J Public health*. 2007; 15:43-50.
 46. Nordrehaug A, Okullo I. Validity and reliability of the Oral impacts on Daily Performance (OIDP) frequency scale: a cross-sectional study of adolescents in Uganda. *BMC Oral Health*. 2003; 3(5):1-9.

<p>Recibido: 20/03/2014 Aceptado: 16/07/2014</p>
--