



CORRELACIÓN ENTRE ÍNDICES DE SALUD ORAL Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN ODONTOLÓGICA INTEGRAL DE CUARTO MEDIO DEL LICEO PIEDRA AZUL, REGIÓN DE LOS LAGOS, AÑO 2020.

POR: PAOLA ANDREA SOLAR SAN MARTÍN

Tesina presentada a la Facultad de Odontología de la Universidad del Desarrollo para optar al Postítulo de Especialidad en Odontopediatría

**TUTOR METODOLÓGICO:
SR. ROGER ARTURO MORAGA CASTILLO**

Noviembre 2020
CONCEPCIÓN

© Se autoriza la reproducción de esta obra en modalidad acceso abierto para fines académicos o de investigación, siempre que se incluya la referencia bibliográfica.

A mi hijo Guillermo, que nació en medio del proceso académico, que ninguna pandemia u obstáculo nos detenga, y recordemos que todo esfuerzo tiene su recompensa, gracias por iluminar mis días.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a mi familia, a mi marido Gonzalo por acompañarme y ayudarme en el proceso académico y en todos los aspectos de mi vida.

A mis padres por impulsarme siempre a estudiar, a mi madre Sandra por acompañarme en los viajes con mi bebé.

A mi amiga Paula por recibirnos en su casa junto a mi amiga Tati.

A mi colega y amigo Francisco por su apoyo constante en el desarrollo del postgrado.

Al Profesor Roger por haber sido un tutor disponible y comprometido con la labor docente.

CONTENIDOS

INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I. PRESENTACIÓN DEL PROBLEMA	3
1.1 Marco Referencial.....	3
1.2 Descripción del Problema	10
CAPÍTULO II. MÉTODOS Y PROCEDIMIENTOS	12
2.1 Hipótesis.....	12
2.2 Objetivo General.....	12
2.3 Objetivos Específicos.....	12
2.4 Diseño de Investigación	13
2.5 Universo.....	13
2.6 Muestra y Muestreo	14
2.7 Criterios de Inclusión.....	14
2.8 Criterios de Exclusión	15
2.9 Definición y Operacionalización de Variables.....	16
2.10 Recolección de la Información	21
2.11 Consideraciones éticas según criterios Ezequiel Emanuel.....	23
CAPÍTULO III. RESULTADOS	25
3.1 Nivel de Salud Oral.....	25
3.2 Calidad de Vida Relacionada con la Salud Oral según OHIP-14 SP	27
3.3 Correlación de Pearson entre variables	29
CAPÍTULO IV. DISCUSIÓN	32
CAPÍTULO V. CONCLUSIONES	38
BIBLIOGRAFÍA.....	39
ANEXO I.....	48
FICHA CUARTO MEDIO	48
ANEXO II.....	49
ENCUESTA OHIP 14 SP	49
ANEXO III.....	50
CONSENTIMIENTO INFORMADO	50
ACTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (PADRES Y APODERADOS).....	52
ACTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ESTUDIANTES).....	53
PLANILLA ANEXA CONSENTIMIENTO INFORMADO	54

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 3.1. DISTRIBUCIÓN DE ALUMNOS DE ACUERDO AL COMPONENTE C DEL COPD.....	26
FIGURA 3.2. NIVEL DE HIGIENE ORAL (IHO-S)	26
FIGURA 3.3. DISTRIBUCIÓN DE ALUMNOS DE ACUERDO A LA CVRSO.....	27
FIGURA 3.4. PROMEDIOS DE VARIABLES COPD, C Y OHIP SEGÚN SEXO.	29
FIGURA 3.5. DIAGRAMA DE DISPERSIÓN ENTRE VARIABLES COPD Y PUNTAJE OHIP-14SP	30
FIGURA 3.6. DIAGRAMA DE DISPERSIÓN ENTRE VARIABLES C DEL COPD Y PUNTAJE OHIP- 14SP	30
FIGURA 3.7. DIAGRAMA DE DISPERSIÓN ENTRE VARIABLES IHO-S Y PUNTAJE OHIP-14SP	31
FIGURA 3.8. CORRELACIONES ENTRE VARIABLES SEGÚN LA CORRELACIÓN DE PEARSON. .	31

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 2.1. VARIABLES	16
TABLA 3.1. RESULTADOS PARA LAS VARIABLES CORRESPONDIENTES AL NIVEL DE SALUD ORAL	25
TABLA 3.2. PUNTAJE TOTAL Y POR DOMINIOS ENCUESTA OHIP-14SP	28

RESUMEN

La calidad de vida relacionada con la salud es una medición de salud desde la perspectiva de los pacientes y un importante insumo en la formulación de objetivos, guías y políticas en salud pública. A su vez, la niñez y adolescencia es una etapa de la vida que se considera muy importante para el desarrollo de los seres humanos, debido a que en esta se desarrolla su personalidad y autoestima. Las enfermedades bucales han mostrado tener un impacto negativo en la calidad de vida de ellos. Por tanto, este estudio tuvo como objetivo saber si existe una relación entre el nivel de salud oral, según el índice COPD, su componente C y el índice de higiene oral simplificado de Greene y Vermellion (IHO-S) y la calidad de vida relacionada a salud oral (CVRSO), según el instrumento OHIP-14 Sp, de los pacientes del programa odontológico integral de cuarto medio del Liceo de Piedra Azul de la Región de los Lagos en el año 2020. Se diseñó un estudio cuantitativo descriptivo transversal correlacional, donde el muestreo fue por conveniencia. Se realizó el examen clínico rutinario a los pacientes y se aplicó el instrumento de calidad de vida en la sesión de ingreso. Se recopilaron los datos en Excel profesional 2010 y se analizaron en el software SPSS Statistics 22.0, aplicando estadística descriptiva y la correlación de Pearson a las variables estudiadas. La media obtenida del índice COPD fue de 3.58, el IHO-S fue bueno en el 82.76% de los pacientes y el promedio de la CVRSO en la muestra fue catalogado como “buena calidad de vida” (12,75). Existió correlación estadísticamente significativa entre el COPD y la CVRSO y el componente C del COPD y la CVRSO. No hubo correlación estadísticamente significativa entre IHO-S y CVRSO. Se sugiere continuar las investigaciones en relación a calidad de vida y salud oral en poblaciones rurales y urbanas y de este modo conocer a la población y dirigir recursos a programas que mejoren el bienestar y salud de las personas.

INTRODUCCIÓN

Las ciencias de la salud tienen como meta preservar la calidad de vida a través de la prevención y el tratamiento de las enfermedades. La calidad de vida (CV) es definida por la OMS como “la percepción individual de la propia posición en la vida dentro del contexto del sistema cultural y de valores en que se vive y en relación con sus objetivos, esperanzas, normas y preocupaciones, incluyendo de forma compleja la salud física de la persona, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, sus creencias personales y su relación con las características destacadas de su entorno” (OMS,1994). La CV relacionada con la salud (CVRS), es frecuentemente identificada como parte de la CV general, sin embargo es útil diferenciarla, ya que es una medición de salud desde la perspectiva de los pacientes y un importante insumo en la formulación de objetivos, guías y políticas para los cuidados en salud, que describe el impacto de la enfermedad en la vida de los pacientes y en la evaluación de la efectividad de los tratamientos (Urzúa, 2010).

En la actualidad, las enfermedades orales constituyen un problema importante de salud a nivel mundial y nacional, que contribuyen con una alta carga de enfermedad y por tanto, con un peso importante en la CV de los individuos (Marcenes et al., 2013). En este contexto, el programa de atención odontológica integral a alumnos de cuarto medio del Ministerio de Salud es un importante beneficio para los adolescentes del país en el campo de la salud oral. Es una

instancia pertinente para conocer cómo se relaciona la salud oral con la calidad de vida de estos pacientes. El objetivo de estos programas es disminuir las brechas de acceso a la salud en los diferentes grupos prioritarios y mejorar el acceso a la atención odontológica, por tanto, saber si existe una relación entre la salud bucal y el nivel de calidad de vida podría ser un útil antecedente en los establecimientos educacionales para promover la realización de programas que vayan en directo beneficio de la población escolar.

La niñez y adolescencia es una etapa de la vida que se considera muy importante para el desarrollo de los seres humanos, debido a que en ésta se desarrolla su personalidad y autoestima (Gaete, 2015). La presencia de afecciones bucodentales tiene una alta repercusión en la seguridad y autoestima de los escolares (Verdugo et al. 2018). El presente estudio tiene como fin marcar un precedente en cuanto a la relación existente entre salud oral y calidad de vida de los adolescentes del programa odontológico integral para alumnos de cuarto medio del Liceo Rural de Piedra Azul de Puerto Montt, y, de este modo establecer bases para continuar con investigaciones en el rubro e ir mejorando el acceso a la atención odontológica y la CV.

CAPÍTULO I. PRESENTACIÓN DEL PROBLEMA

1.1 Marco Referencial

Salud y Calidad de Vida

A fines de la década de 1960 Zapf y colegas definen Calidad de Vida (CV) como una “correlación entre un determinado nivel de vida objetivo y su correspondiente valoración subjetiva (satisfacción, bienestar)” (Glatzer y Zapf, 1984). Como concepto multidimensional, incluye lo físico, psicológico y social (Ware et al., 1978), siendo influenciada por creencias, experiencias, percepciones y expectativas de un sujeto (Testa y Simonson, 1996), por lo tanto, se considera una combinación de elementos objetivos y la evaluación individual de elementos que interactúan (Aroila, 2003). Sin embargo, el concepto CV ha sido utilizado en forma indeterminada a lo largo del tiempo y esta vaguedad conceptual ha dificultado el progreso de la investigación de la calidad de vida dentro de la medicina (Fernández et al, 2010).

La calidad de vida se define como la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones. Es un concepto extenso y complejo que engloba la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y la relación con las características sobresalientes del entorno (WHO, 1996). En

este contexto, el concepto de “salud” cobra importancia como un importante determinante e integrante de la CV, ya que implica el completo bienestar biopsicosocial (WHO, 1986)

La salud es un derecho fundamental (WHO, 1986), e incluye prerequisites tales como paz, recursos económicos, alimenticios, vivienda, ecosistema estable, uso sostenible de los recursos y una salud pública con un concepto social y político destinado a mejorar la salud, prolongar la vida, mejorar la CV mediante la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, y otras intervenciones sanitarias (Gómez, 2009).

Calidad de Vida Relacionada a Salud Oral

Hasta la fecha, no existe un acuerdo universal sobre la definición de la Calidad de Vida Relacionada a Salud Oral (CVRSO), sin embargo, el consenso sostiene que es un constructo subjetivo informado desde la perspectiva del paciente, multidimensional y con una cantidad de dominios, que refleja la comodidad al comer, dormir y participar en la interacción social; autoestima; y satisfacción con la salud oral (Al harthi et al., 2013).

En los últimos años se ha visto el desarrollo y la validación de instrumentos de medición de la CVRSO para capturar los aspectos no clínicos de las enfermedades orales. Uno de los instrumentos desarrollados es el Perfil de

Impacto en Salud Oral (OHIP), formulado por Slade y Spencer con el objetivo de proporcionar “una medida integral auto-reportada sobre la disfunción, el malestar y la discapacidad atribuidas a la cavidad oral” (Slade, 1996). Está relacionado con el deterioro funcional y tres dimensiones de estado funcional: social, psicológica y física. Con el fin de ser aplicado con mayor facilidad y rapidez, el OHIP ha sido abreviado, y actualmente existe un cuestionario de 14 ítems validado en varios idiomas y países (OHIP-14 Sp). Se ha documentado su uso en encuestas transversales y su validez discriminante está bien establecida (Khalifa et al., 2013), siendo una de las escalas de calificación utilizada con más frecuencia (Buset et al., 2016). Este instrumento fue validado en Chile por académicos de la Universidad de Talca (León et al., 2014) y ha sido utilizado en Chile en población mayor de 14 años, como reporta un estudio en la Isla de Robinson Crusoe en 2014 (Aubert et al., 2014).

Antecedentes de Salud Bucal en Chile

En Chile, un 37% de la población mayor de 15 años declara que su salud bucal afecta su calidad de vida (MINSAL, 2006). La salud bucal es una prioridad en el país, siendo reconocida como parte integral del bienestar de las personas, familias y comunidades. Las enfermedades bucales constituyen un problema de salud pública debido a su alta prevalencia, su impacto negativo en la población y el alto costo de su tratamiento. Además, comparten factores de riesgo con otras enfermedades crónicas no transmisibles (MINSAL, 2018). La caries dental

es la más prevalente y se presenta desde los primeros años de vida con un importante incremento con la edad. La prevalencia de caries a los 12 años es de 62,5%, aumentando con la edad hasta llegar a un 99,4% en adultos de 65 a 74 años (Soto et al. 2007; Badenier et al. 2007).

En jóvenes y adultos de 15 años y más, la información disponible sobre caries dental proviene de la Encuesta Nacional de Salud 2016-2017 que evaluó la presencia de lesiones de caries cavitadas. Los resultados muestran que el 54,6% de la población evaluada presenta lesiones de caries cavitadas (MINSAL, 2017).

Dentro del Programa de Gobierno de la Presidenta de la República D. Michelle Bachelet (2014-2018) se desarrollaron diversas estrategias para mejorar el acceso a la atención odontológica de los grupos más vulnerables y reforzar la prevención de las enfermedades bucales desde temprana edad. Entre ellos se encuentra el Programa de Mejoramiento del Acceso a la Atención Odontológica para los Jóvenes de Cuarto Año de Educación Media, de colegios municipales y particulares subvencionados del país (MINSAL, 2018).

A pesar de que el acceso a la salud es un derecho en Chile, diferentes encuestas y trabajos demuestran que no todos los chilenos presentan iguales índices de salud bucal. Las personas de menos recursos, ancianas, de minorías

étnicas, con menor nivel educacional y de poblaciones rurales son las que presentan más carga de enfermedad, mayor daño acumulado, menor acceso a tratamientos y mayores secuelas sociales, laborales y psicológicas (Palomer, 2016).

Caries Dental

La caries dental es una enfermedad crónica no transmisible microbiana que resulta de una disbiosis en el microbioma oral, donde factores como el consumo de azúcar, alteración del flujo salival y cambios en el pH oral influyen en el desbalance del equilibrio microbiano, además de una reducción o fracaso de la capacidad de remineralización de las estructuras orales (Bajali, 2018). La superficie del diente está cubierta con una película de proteína que alberga varios microorganismos de la flora oral, entre ellos, *Streptococcus mutans* y *Lactobacillus acidophilus*, bacterias productoras de ácido. En presencia de carbohidratos fermentables, el ácido producido por estas bacterias desmineraliza el esmalte superficial, daño que puede ser revertido por medio de un proceso remineralización gracias a la presencia constante de iones de calcio y fosfato salivales. Si el ácido permanece en contacto con el diente durante más tiempo, provoca la desmineralización del subsuelo o el ablandamiento del diente en las etapas iniciales. Esta pérdida de minerales del esmalte debajo de la superficie es visible como mancha blanca. En una mayor progresión, hay una ruptura en la continuidad del esmalte que toma la forma de una cavidad (Mathur

& Dhillon 2017). Esta cavitación en los dientes es el resultado de un proceso patogénico que se ha producido en la superficie del diente por semanas o incluso años (Bowen, 2015).

Según Baelum y Fejerskov, no hay consenso sobre qué criterios y métodos deben usarse para la detección de lesiones de caries, y pocos estudios comparan diferentes métodos para medir caries en encuestas epidemiológicas (Baelum, 2015). La OMS propone el COPD (Klein et al., 1938), como indicador para caries dental en dientes permanentes (WHO, 2013), cabe destacar que se ha utilizado globalmente en investigaciones durante los últimos 60 años ya que es simple de aplicar y el análisis de sus resultados es sencillo (Castro et al. 2018).

Junto con la presencia y número de caries, es importante también medir aquellos factores que favorecen la aparición de la patología, lo que podemos evaluar por medio de la aplicación de índices de higiene oral, entendiendo que es clara la asociación entre higiene oral deficiente y la acumulación de biofilm patógeno (Jáuregui et al. 2019). El programa de Atención de 4tos Medios considera la importancia de la higiene oral y permite registrar en la ficha clínica el Índice Simplificado de Higiene Bucal (IHO-S) de Greene y Vermillion (Greene & Vermillion, 1960).

Adolescencia e influencia de la Salud Oral en la Calidad de Vida

La adolescencia es aquella etapa del desarrollo ubicada entre la infancia y la adultez en la que ocurre un proceso creciente de maduración física, psicológica y social que lleva al ser humano a transformarse en un adulto (Gaete, 2015). Según la Organización Mundial de la Salud, la adolescencia es el período comprendido entre los 10 y 19 años (WHO, 1999), sin embargo en los últimos años se consideran aquellos individuos entre 10 y 24 años, grupo denominado según la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2010), como población joven o gente joven, ya que actualmente este rango etario abarca a la mayoría de las personas que están pasando por los cambios biológicos y la transición en los roles sociales que definieron históricamente la adolescencia (Sawyer et al., 2012).

Estudios han demostrado que la caries dental tiene un impacto negativo en la calidad de vida relacionada con la salud oral de los adolescentes (Tubert et al., 2005; Foster et al., 2013, 2008; Turton et al., 2015; Ramos et al., 2015; Martins et al., 2015; citados en Matamala et al., 2019). También se ha encontrado una asociación entre factores clínicos, socioeconómicos, demográficos, psicosociales y condiciones orales en adolescentes (Pilecco et al. 2020).

La importancia de medir la influencia de la salud bucal en la calidad de vida de los adolescentes, es que es una época en donde los estados físicos y

psicológicos de los sujetos se desarrollan rápidamente y se hacen más conscientes de su apariencia; su emoción es vulnerable y cambiante (Sun et. 2018) transformándose en un adulto independiente. La reducción del impacto de las condiciones orales en la calidad de vida en adolescentes puede mejorarse al abordar las desigualdades sociales relacionadas con la salud oral (Mohamed y Vettore, 2018). Esto fue corroborado por Bulgareli et al. 2018, quienes concluyen que las variables sociodemográficas, clínicas y de acceso a los servicios de salud influyen en el impacto de la salud oral en las actividades diarias de adolescentes, adultos y adultos mayores. En este sentido, el poco acceso a lugares con atención odontológica podría ir en desmedro de la calidad de vida de estos pacientes. Entre los niños, la caries se asocia con impactos negativos en una variedad de actividades de la vida diaria (Pitts et al. 2017).

1.2 Descripción del Problema

La Encuesta de Calidad de Vida y Salud 2015-2016 (ENCAVI, 2017), indica que un 8,3% de los encuestados entre 15 a 19 años cree que rara vez el estado de sus dientes y encías afecta su calidad de vida, un 3,4% algunas veces y un 7,9% casi siempre o siempre, este porcentaje se eleva a un 53,2% en los mayores de 65 años (MINSAL, 2017). Esto se debe en parte a que las políticas públicas en salud oral han priorizado la atención de la población de menor edad, que es cuando la evidencia indica que las medidas preventivas tienen su

mayor efectividad y el daño bucal logra ser controlado con los recursos existentes (MINSAL, 2010).

El programa de atención odontológica a alumnos de cuarto medio, se realiza con el fin de cubrir la necesidad de acceso a la prevención y tratamiento de las patologías orales, y dado que es una edad de múltiples cambios psicosociales y corporales en donde se sientan las bases de su autoestima para el futuro desempeño en la vida adulta, surge la idea de saber si existe una relación entre el nivel de salud oral, medidos a través de los índices COPD y el índice de Higiene Oral simplificado de Greene y Vermillion, utilizados ampliamente en las fichas clínicas de los programas ministeriales en Chile, y la calidad de vida relacionada con la salud oral, medida a través del instrumento OHIP-14 Sp validado en Chile, en pacientes del Liceo de Piedra Azul de Puerto Montt.

CAPÍTULO II. MÉTODOS Y PROCEDIMIENTOS

2.1 Hipótesis

El nivel de salud oral se correlaciona directamente con el nivel de calidad de vida de los pacientes del programa odontológico integral de cuarto medio del Liceo de Piedra Azul en el año 2020.

2.2 Objetivo General

Relacionar el nivel de salud oral y la calidad de vida de los pacientes del programa odontológico integral de cuarto medio del Liceo de Piedra Azul de la Región de los Lagos en el año 2020.

2.3 Objetivos Específicos

- Determinar el nivel de salud oral de los pacientes del programa de cuarto medio según el índice COPD y su componente C.
- Determinar el nivel de salud oral de los pacientes del programa de cuarto medio según índice de higiene oral simplificado de Green y Vermillion (IHO-S).
- Establecer el nivel de calidad de vida de los pacientes del programa de cuarto medio según instrumento OHIP-14 Sp.
- Relacionar el índice COPD y la calidad de vida según cuestionario OHIP-14 Sp.

- Relacionar componente C del COPD y la calidad de vida según cuestionario OHIP-14 Sp.
- Relacionar índice de higiene oral simplificado de Greene y Vermillion y calidad de vida según cuestionario OHIP-14 Sp.

2.4 Diseño de Investigación

La presente investigación, corresponde a un estudio cuantitativo de tipo descriptivo transversal correlacional.

La metodología cuantitativa corresponde a un método hipotético-deductivo con racionalidad analítica, deductiva no contradictoria (Hurtado y Toro, 1998). La medición es controlada, objetiva, donde los datos son sólidos y la estadística es matemática (Fernández y Díaz, 2002).

2.5 Universo

Corresponde al grupo de estudiantes que cursan cuarto medio en el Liceo Piedra Azul de la comuna de Puerto Montt, Región de Los Lagos en el año 2020.

2.6 Muestra y Muestreo

El tipo de muestreo utilizado en este estudio es por conveniencia. Corresponde a una técnica no probabilística, en donde la selección de los sujetos a estudio depende de ciertas características, criterios, etc. que el investigador considere en el momento, y permite seleccionar aquellos casos accesibles que acepten ser incluidos, fundamentado en la conveniente accesibilidad y proximidad de los sujetos para el investigador (Otzen & Manterola, 2017).

La muestra, se compone de 29 estudiantes que cursan cuarto medio en el Liceo Piedra Azul, comuna de Puerto Montt, Región de Los Lagos y que cumplen con los criterios de inclusión y exclusión de esta investigación.

2.7 Criterios de Inclusión

- Pertenecer a FONASA/PRAIS
- Participar voluntariamente en el programa Odontológico de Cuarto Medio realizado en el Liceo en la Clínica Dental Móvil del Servicio de Salud del Reloncaví (SSDR), firmando un consentimiento informado el alumno o sus tutores.
- Poseer ficha clínica en la Clínica Dental Móvil del SSDR.
- Pacientes ASA I o ASA II.

2.8 Criterios de Exclusión

- Pacientes que presentan discapacidad intelectual o física leve, moderada, severa.
- Pacientes ASA III o superior

2.9 Definición y Operacionalización de Variables

Tabla 2.1. Variables.

VARIABLES DE ESTUDIO					
Variable	Dimensión	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo	Valor Categoría
Nivel de salud oral	Historia o experiencia de caries (Índice COPD, dientes permanentes cariados, obturados, perdidos) (OMS, 1997).	Medición de la experiencia de caries pasada y presente de 28 dientes (se excluyen los 3ros.molares) considerando dientes con lesiones cariosas cavitadas, tratamientos realizados y dientes perdidos por caries.	Cantidad en números de la sumatoria de dientes definitivos cariados, obturados y perdidos por caries.	Catógica ordinal	Muy bajo: <1.2 Bajo: 1.2-2.6 Moderado: 2.7-4.4 Alto >4.4
	Índice de higiene oral (IHO) simplificado de Greene y Vermillion.	Medición de la cantidad de placa bacteriana presente en boca (depósitos blandos y duros), en 6 dientes y superficies representativas: superficies vestibulares de 1er molar derecho definitivo, incisivo central superior derecho, 1er molar superior izquierdo definitivo e incisivo central inferior izquierdo. Y las superficies linguales de 1er molar inferior izquierdo definitivo y 1er molar inferior derecho definitivo.	Promedio de IHO en 6 superficies mencionadas. Indica tercio(s) de diente(s) cubiertos por depósitos duros y/o blandos, con los siguientes criterios: 0: No hay residuos o manchas; 1: Los residuos o placa no cubren más de un tercio de la superficie dentaria; 2: Los residuos o placa cubren más de un tercio de la superficie, pero no más de dos tercios de la superficie dentaria; 3: Los residuos blandos cubren más de 2 tercios de la superficie dentaria; Mediante la inspección con una sonda OMS.	Catógica Ordinal	Grado clínico de higiene bucal: Excelente (0) Bueno (0,1 - 1,2) Regular: (1,3 - 3,0;) Malo (3,1 - 6,0)

Variable	Dimensión	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo	Valor Categoría
Calidad de vida relacionada a con salud oral (instrumento OHIP 14 SP)	Limitación funcional (LF)	Dificultad para realizar funciones orales como masticar, hablar, etc.	Ha sentido que su aliento se ha deteriorado por problemas con sus dientes, boca o prótesis. Ha sentido que su digestión ha empeorado por problemas con sus dientes, boca o prótesis.	Categórica ordinal	Nunca=0 Casi nunca=1 Algunas veces=2 Frecuentemente=3 Siempre=4 Puntaje dimensión 0 a 8
	Dolor físico (DF1)	Sensibilidad de los dientes.	Ha tenido dientes sensibles, por ejemplo debido a alimentos o líquidos fríos. Ha tenido dolor de dientes.	Categórica ordinal	Nunca=0 Casi nunca=1 Algunas veces=2 Frecuentemente=3 Siempre=4 Puntaje dimensión 0 a 8
	Malestar Psicológico (MP)	Conciencia de uno mismo.	Los problemas dentales lo/a han hecho sentir totalmente infeliz. Se ha sentido inconforme con la apariencia de sus dientes, boca o prótesis.	Categórica ordinal	Nunca=0 Casi nunca=1 Algunas veces=2 Frecuentemente=3 Siempre=4 Puntaje dimensión 0 a 8

Discapacidad física (DF2)	Problemas para comunicarse.	<p>Ha sido poco clara la forma en que habla por problemas con sus dientes, boca o prótesis.</p> <p>La gente ha malentendido algunas de sus palabras por problemas con su boca, dientes o prótesis.</p>	Catagórica ordinal	<p>Nunca=0 Casi nunca=1 Algunas veces=2 Frecuentemente=3 Siempre=4</p> <p>Puntaje dimensión 0 a 8</p>
Discapacidad psicológica (DP)	Disminución de la capacidad para concentrarse.	<p>Su sueño ha sido interrumpido por problemas con sus dientes, boca o prótesis.</p> <p>Ha estado molesto o irritado por problemas con su boca, dientes o prótesis.</p>	Catagórica ordinal	<p>Nunca=0 Casi nunca=1 Algunas veces=2 Frecuentemente=3 Siempre=4</p> <p>Puntaje dimensión 0 a 8</p>
Discapacidad social (DS)	Evitar la interacción social.	<p>Ha sido menos tolerante con su pareja o familia por problemas con su boca, dientes o prótesis.</p> <p>Ha tenido dificultades haciendo su trabajo habitual por problemas con sus dientes, boca o prótesis.</p>	Catagórica ordinal	<p>Nunca=0 Casi nunca=1 Algunas veces=2 Frecuentemente=3 Siempre=4</p> <p>Puntaje dimensión 0 a 8</p>

Minusvalía (M)	No poder trabajar de forma productiva.	Ha sido totalmente incapaz de funcionar por problemas en sus dientes, boca o prótesis. Ha sido incapaz de trabajar a su capacidad total por problemas con sus dientes, boca o prótesis.	Categórica ordinal	Nunca=0 Casi nunca=1 Algunas veces=2 Frecuentemente=3 Siempre=4 Puntaje dimensión 0 a 8
Total	Disfunción, incomodidad y discapacidad atribuidas a las condiciones orales	Sumatoria del puntaje total de la encuesta	Categórica ordinal	Buena calidad de vida (0-14p.) Mala calidad de vida (15-56p.)

Variables Secundarias

Variable	Dimensión	Definición conceptual	Definición Operacional	Tipo	Valor Categoría
Sexo		Rasgos biológicos sexuales	Femenino o masculino	Cualitativa nominal dicotómica	Femenino (1) Masculino (2)
Edad		Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha del examen y aplicación de instrumento de calidad de vida.	Años en números enteros	Cuantitativa discreta	16 a 19 años
Nivel socioeconómico	Vulnerabilidad escolar	El Sistema Nacional de Asignación con Equidad (SINAE) permite identificar grupos dentro de la población de estudiantes de educación básica y media de establecimientos municipales o particulares subvencionados del país, de acuerdo al nivel de vulnerabilidad que presentan.	Población clasificada en 3 prioridades Primera: riesgos principalmente socioeconómicos; Segunda: grupo con menor vulnerabilidad socioeconómica pero que además presenta riesgos socio-educativos asociados a problemas de rendimiento escolar, asistencia o deserción del sistema educacional; Tercera: reúne a estudiantes con el mismo nivel de vulnerabilidad socioeconómica que la segunda prioridad pero que no presenta problemas como los identificados en la segunda prioridad.	Cualitativa ordinal politómica	Primera prioridad (1) Segunda prioridad (2) Tercera prioridad (3)

2.10 Recolección de la Información

Se realizó el ingreso y examen clínico a los pacientes del programa de 4to medio en el colegio dentro de la Clínica Dental Móvil del SSSDR instalada en el Liceo Rural Piedra Azul. El examen clínico se registró en la ficha clínica del programa (Anexo I). El criterio diagnóstico de caries que se utilizó es el recomendado por la Organización Mundial de la Salud (WHO, 2013) medido a través del índice COPD, que indica historia pasada de caries, el que sigue siendo utilizado en forma epidemiológica y en los servicios de salud pública del país y permite comparabilidad entre estudios; se utilizó además el índice de higiene oral de Greene y Vermillion (IHO-S), el cual es parte de la ficha clínica del programa. El examen de las piezas dentarias fue llevado a cabo de acuerdo a los criterios de la OMS con instrumentos para examen oral: espejos de boca planos; sondas periodontales metálicas (sonda del índice periodontal comunitario CPI que cumple con las especificaciones de la OMS, es decir, punta de bola de 0,5 mm; una banda negra entre 3.5 y 5.5 mm y anillos a 8.5 y 11.5 mm de la bola); y varios pares de pinzas (WHO, 2013).

No se realizó calibración de la examinadora, ya que se utilizaron los datos de las fichas clínicas del programa de 4to medio (documento fuente).

Luego se aplicó el instrumento OHIP-14 Sp en español validado para población chilena (León et al. 2014) (Anexo II) en forma presencial a todos los alumnos y

alumnas que participaron en el programa, durante la misma sesión de ingreso en el carro dental.

Se realizó un proceso de consentimiento informado telefónico, debido a las medidas adoptadas por la pandemia del COVID-19, como el cierre total de los colegios. En el contacto para el consentimiento, se explicó el estudio a los tutores/apoderados en caso de pacientes menores de edad y a los alumnos y alumnas del programa (Anexo III). Posteriormente se extrajeron los datos de la ficha clínica y el instrumento OHIP-14 Sp, de aquellos pacientes que autorizaron su participación en el estudio.

La anonimización de la información se aseguró mediante la extracción de datos mínimos necesarios desde las fichas clínicas, lo que se realizó antes de la producción estadística, asignando un número al usuario, eliminando datos como su nombre, dirección, teléfono, RUT, correo electrónico y motivo de consulta.

Los registros se tabularon en Microsoft Excel Professional 2010 para su posterior análisis con el software SPSS Statistics versión 22.0, ambos en plataforma Windows. Los datos se analizaron mediante estadística descriptiva, basadas en tablas de frecuencias y gráficos para las variables categóricas, y resumen de estadísticos de centralización y dispersión para las variables numéricas. La correlación de las variables se probó, mediante el coeficiente de

correlación de Pearson con niveles de significancia de 0,01 y 0,05 para las dimensiones de la variable del nivel de salud oral y la variable de Calidad de Vida relacionada con la salud oral.

El coeficiente de correlación de Pearson es una medida de dependencia lineal entre dos variables aleatorias cuantitativas. Un valor distinto de 0 indica que existe algún tipo de relación entre ambas variables, que puede ser positiva o negativa y de menor o mayor intensidad dependiendo de diversos factores (Weisstein, E., 2010).

2.11 Consideraciones Éticas según Criterios Ezequiel Emanuel

Valor social: Saber cómo la salud oral afecta la calidad de vida de los pacientes nos permite realizar programas enfocados a poblaciones objetivo, su calidad de vida y focalizar los recursos.

Validez científica: El presente proyecto cumple con una estructura metodológica, apoyo de docentes especialistas en el área de análisis de datos y evidencia científica que justifica su realización.

Selección equitativa de los sujetos: Los participantes han sido escogidos de acuerdo a la población atendida en nuestros programas odontológicos, en forma equitativa y respetuosa.

Razón riesgo/beneficio favorable: La presente investigación no presenta ningún riesgo para los sujetos. El beneficio es el conocimiento y obtención de evidencia científica a favor de la calidad de vida de las personas.

Evaluación independiente: No presenta conflicto de intereses.

Consentimiento informado: Se informa a los sujetos potenciales acerca del propósito de la investigación, sus riesgos y beneficios potenciales y las alternativas, de forma que comprendan esta información y puedan tomar decisiones en forma voluntaria acerca de su participación en la investigación.

Respeto: La posibilidad de permitirles salir de la investigación, la protección de su privacidad a través de la confidencialidad, la provisión de información acerca de riesgos o beneficios descubiertos en el curso de la investigación, la provisión de información acerca de los datos de la investigación clínica. Anonimización de información y protección de datos sensibles, y finalmente la vigilancia continua de su bienestar.

CAPÍTULO III. RESULTADOS

Del total de 29 fichas clínicas y encuestas OHIP-14 Sp analizadas, 22 sujetos fueron de sexo masculino y 7 de sexo femenino. La edad de los individuos de la muestra fluctuó entre 16 y 19 años, con una media de 17,2 años. El 100% de los individuos fueron clasificados como población escolar vulnerable con primera prioridad.

3.1 Nivel de Salud Oral

En relación al índice COPD, la media obtenida fue de 3,58, nivel moderado según la OMS (Petersen, 2003), con un mínimo observado de 0 en el 13,79% de los alumnos y un máximo de 9 en el 6,9 % de ellos (Tabla 3.1).

Tabla 3.1. Resultados para las variables correspondientes al Nivel de Salud Oral

Variable	Máximo posible	Mínimo observado	Máximo observado	Media
COPD	28	0	9	3,58
Componente C (del COPD)	28	0	7	1,13
Índice de Higiene Oral de Green y Vermillion	6	0	1,7	0,72

El componente C del índice COPD, presentó una media de 1,13 (Tabla 3.1). El 51,72% de los alumnos presentó caries cavitadas, con un mínimo de C igual a 0 y un máximo de C igual a 7 (Figura 3.1).

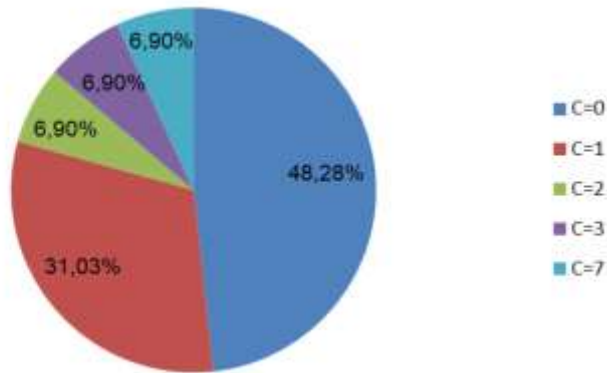


Figura 3.1. Distribución de alumnos de acuerdo al componente C del COPD.

El nivel de salud oral según el índice de higiene oral simplificado de Greene y Vemillion (IHO-S) fue bueno en el 82,76% de la muestra, con una media de 0,7, un mínimo de 0 y un máximo de 1,7 (Figura 3.2).

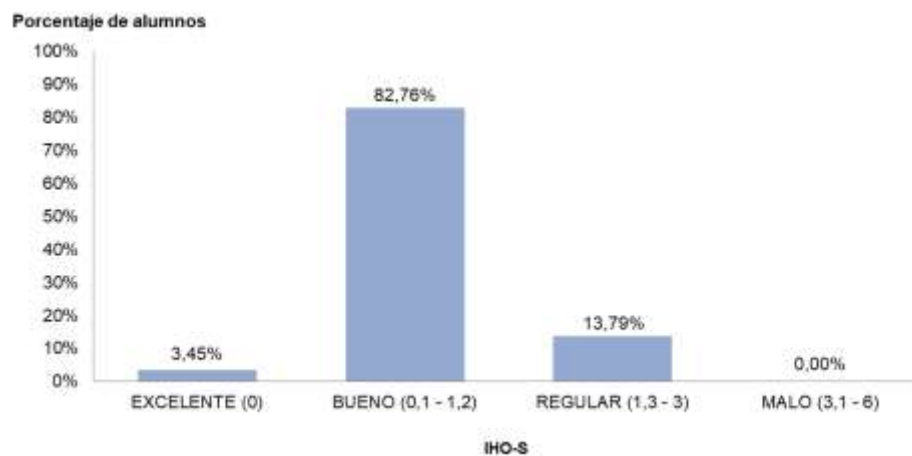


Figura 3.2. Nivel de Higiene Oral (IHO-S)

3.2 Calidad de Vida Relacionada con la Salud Oral según OHIP-14 SP

El puntaje promedio obtenido en las encuestas OHIP-14 Sp fue de 12,75, con un mínimo observado de 1 punto y un máximo de 31 puntos. Esta media se ubica dentro del rango de buena CV. Veinte alumnos se encontraron en el rango de buena CVRSO, mientras que nueve de ellos obtuvieron un puntaje en el rango de mala CVRSO (Figura 3.3).

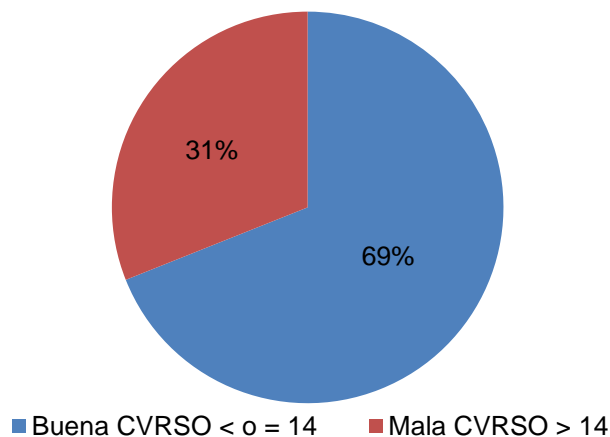


Figura 3.3. Distribución de alumnos de acuerdo a la CVRSO

Las dimensiones del OHIP-14SP que mostraron un mayor impacto negativo en la CVRSO fueron “Malestar Psicológico” (7 de 8 puntos en 2 alumnos) y “Discapacidad Psicológica” (7 de 8 puntos en 1 alumno). Los dominios que presentaron menor impacto fueron “Discapacidad Social” (0 puntos en 15 alumnos) y “Minusvalía” (0 puntos en 19 alumnos). En el dominio de Dolor

Físico se alcanzó el valor promedio más elevado (3,10 puntos), mientras que el dominio con menor puntaje promedio fue el de Minusvalía (0,82 pts) (Tabla 3.2).

Tabla 3.2. Puntaje total y por dominios encuesta OHIP-14SP

Variable	Máximo posible	Mínimo observado	Máximo observado	Media
Limitación Funcional	8	0	6	1,68
Dolor Físico	8	0	6	3,10
Malestar Psicológico	8	0	7	2,89
Discapacidad Física	8	0	6	1,44
Discapacidad Psicológica	8	0	7	1,68
Discapacidad Social	8	0	4	1,10
Minusvalía	8	0	4	0,82
Total encuesta	56	0	31	12,75

Las participantes de sexo femenino obtuvieron los mayores valores promedio en la variable índice COPD (4,57) y Componente C del COPD (1,57). El promedio del Índice de Higiene Oral fue mayor en el sexo masculino, (0,84) al igual que el puntaje total del OHIP-14SP (12,73), en ésta última, la diferencia fue despreciable (Figura 3.4).

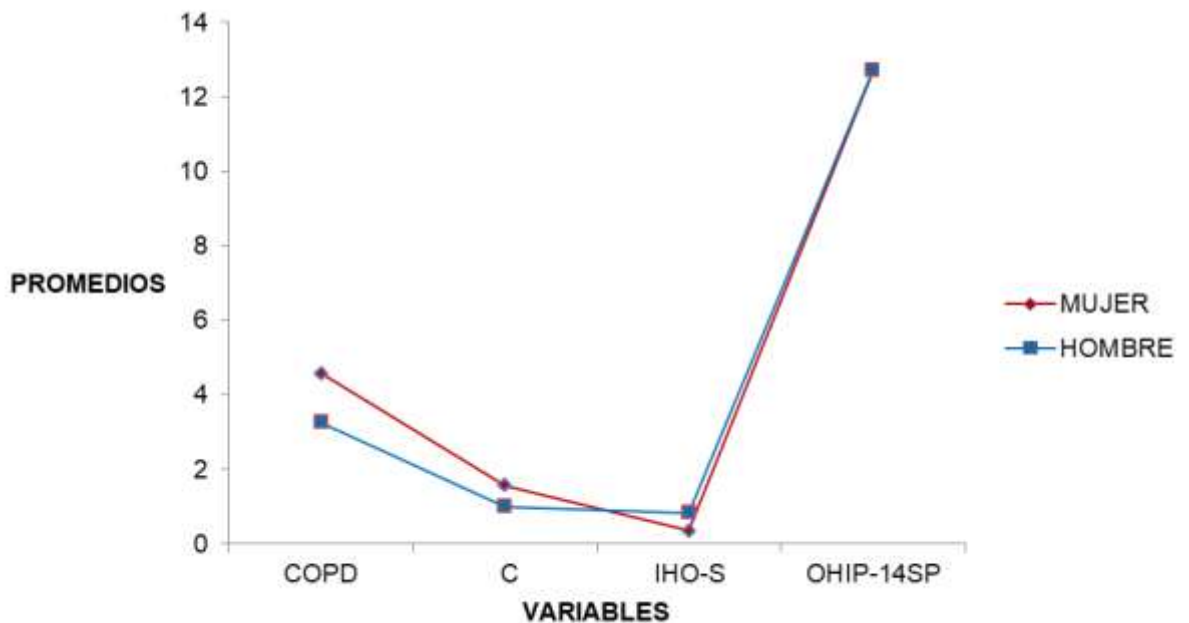


Figura 3.4. Promedios de variables COPD, C y OHIP según sexo.

3.3 Correlación de Pearson entre variables

Al analizar la relación entre las variables con la aplicación de la prueba de Pearson, se observa relación directa estadísticamente significativa entre las variables COPD y OHIP-14SP (coeficiente de relación= 0,397, P-valor = 0,033, nivel de significancia 5%) y entre el Componente C del COPD y OHIP-14SP

No se obtuvo relación estadísticamente significativa entre el Índice de Higiene Oral Simplificado de Green y Vermillion y OHIP-14Sp (coeficiente de relación=0,107, p-valor =0,579) (Figura 3.7 y 3.8)

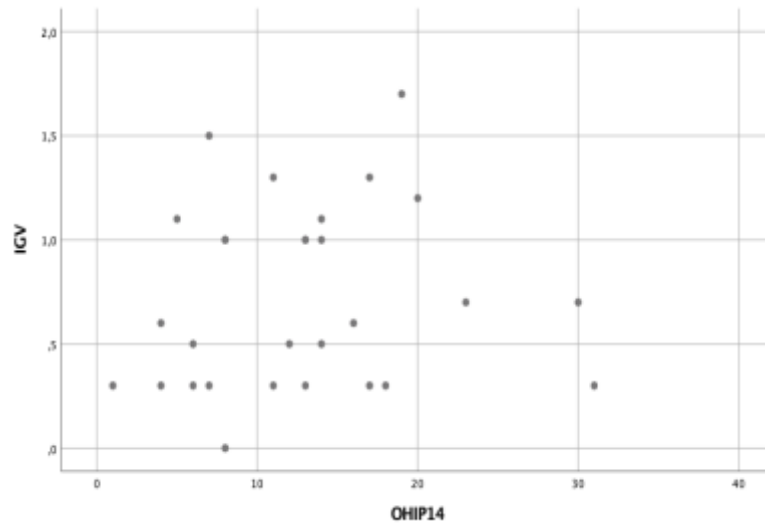


Figura 3.7. Diagrama de dispersión entre variables IHO-S y puntaje OHIP-14SP

		COPD	COPD_C	IGV	OHIP14
COPD	Correlación de Pearson	1	,493**	,061	,397*
	Sig. (bilateral)		,007	,754	,033
	N	29	29	29	29
COPD_C	Correlación de Pearson	,493**	1	,193	,475**
	Sig. (bilateral)	,007		,315	,009
	N	29	29	29	29
IGV	Correlación de Pearson	,061	,193	1	,107
	Sig. (bilateral)	,754	,315		,579
	N	29	29	29	29
OHIP14	Correlación de Pearson	,397*	,475**	,107	1
	Sig. (bilateral)	,033	,009	,579	
	N	29	29	29	29

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

* . La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

Figura 3.8. Correlaciones entre variables según la Correlación de Pearson.

CAPÍTULO IV. DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos indicaron una correlación estadísticamente significativa entre el nivel de calidad de vida relacionado con la salud oral según el OHIP14 SP y el COPD total y componente C. El control de la higiene oral medido con el IHO-S no presentó relación con la CVRSO.

Según los datos obtenidos en la Encuesta Nacional de Salud (ENS) realizada en Chile en el año 2017, se describe que existe una autopercepción más negativa de la CV general a medida que aumenta la edad (MINSAL, 2018), lo que puede estar relacionado con factores que se van presentando al envejecer, como mayor prevalencia de patologías físicas y psicológicas y mayor complejidad de la influencia de los determinantes sociales de la salud (Fernández-López, 2010). Frente a la pregunta “¿Cómo calificaría su calidad de vida?” medida en la ENS 2017, los participantes de edad entre 15 a 19 años presentaron la mejor percepción de CV de todos los grupos etáreos: 82% de hombres y un 80,9% de las mujeres manifestaron CV buena o muy buena. Sólo un 1,3% de los encuestados del rango etáreo entre 15 y 19 contestaron que su CV era mala o muy mala, respuesta que llega a un 8,1% del total de participantes con edad entre 50-64 años (MINSAL, 2018). Se obtuvo además, que los adolescentes presentaron mejor percepción de la CV de acuerdo al estado de su salud bucal, dato concordante con lo obtenido en la presente

investigación, en la que el puntaje promedio de la encuesta OHIP-14 Sp se clasificó con buena calidad de vida relacionada a la salud oral.

Cuando se compara la ENS 2017 con la Encuesta de Calidad de Vida y Salud del 2006 (ENCAVI) (MINSAL, 2006), se observa una mejora en la percepción de la CV según nivel de salud oral en los adolescentes. En la ENCAVI 2006 el 29,5 % de los individuos entre 15 y 19 años manifestaron que su CV se veía afectada siempre o casi siempre por su salud oral, valor que disminuyó a un 7,9% de los participantes en la ENS 2017, lo que puede atribuirse a una mayor cobertura de los programas de salud bucal, como el programa de cuarto año medio.

Las patologías orales más prevalentes y que consecuentemente tienen mayor impacto sobre la CV son la caries dental y la enfermedad periodontal, siendo estas las variables más comúnmente evaluadas para medir la percepción individual de la CVRSO. En una meta revisión realizada en nuestro país por Matamala-Santander et al. en el año 2019, que incluyó 29 artículos internacionales que evaluaban la CVRSO en adolescentes, se informó que existe un aparente impacto negativo entre la cantidad de caries y la CV (Matamala-Santander et al, 2019).

Otro estudio nacional realizado por León et al en adultos mayores chilenos el año 2014 arrojó asociación estadísticamente significativa entre el número de caries y la necesidad de tratamiento periodontal con la CVRSO medida con el instrumento OHIP-14 Sp (León et al, 2014). Se hace indispensable, por tanto, el trabajo con la población joven en la promoción de estilos de vida saludables que les permita disfrutar de su etapa de adulto mayor con una buena calidad de vida (Díaz et al., 2012).

La prevalencia de caries encontrada en los alumnos de 4to medio del Liceo Rural Piedra Azul fue de 52%, superior a la observada en los datos de la ENS 2017 en donde fue 40,9% para el grupo etáreo de 15 a 24 años (MINSAL, 2018). A pesar de ser un valor sobre la media nacional, es relevante considerar que se ha reportado una disminución progresiva de la prevalencia de caries en Chile (Fresno et al, 2019; MINSAL, 2018). Como referencia, un estudio nacional realizado el año 2007 con el mismo grupo etáreo reportó una prevalencia de 73,9% (Badenier et al, 2007).

El índice COPD promedio obtenido de 3,6, que se encuentra dentro de la media observada en la literatura nacional para los adolescentes de 15 años, que varía entre 3 y 3,7 (MINSAL, 2017; Vargas et al, 2012). En otro estudio publicado por Giacaman et al. se encontró un promedio COPD de 4,81 para esa edad, lo que lo ubica superior al presentado en esta investigación (Giacaman et al, 2017).

Analizar la mayor prevalencia de caries encontrada en los alumnos del Liceo Piedra Azul permite discutir la influencia de los determinantes sociales en la salud oral. El acceso a la atención odontológica es más complejo para los usuarios que viven en zonas rurales comparados con aquellos de áreas urbanas, por lo que un mayor número de caries y una mayor prevalencia de enfermedad periodontal en el primer grupo es un hallazgo común en los estudios que comparan estas variables (Soto et al, 2007; Zander et al, 2013, Skinner et al, 2006; Geus et al, 2013; recopilados en Cabrera et al 2015).

Cabrera et al. reportaron peores índices de higiene oral, mayor número de caries, mayor índice COPD y ceod y mayor necesidad de tratamiento dental en niños de 6 a 12 años de sectores rurales comparados con los de sectores urbanos de nuestro país (Cabrera et al, 2015). En el estudio de Giacaman et al. también se obtuvieron resultados similares, con mayor prevalencia de caries en adolescentes de 15 años de zonas rurales comparados con zonas urbanas (Giacaman et al, 2018).

Los factores más reportados que permiten explicar el mayor daño en la población rural son aquellos determinantes que están presentes con mayor frecuencia en zonas no urbanas, como la ausencia de agua potable fluorada, menor nivel socioeconómico de los padres, mayor inasistencia escolar para aquellos estudiantes de sectores aislados y mayor distancia a recorrer y costos

para acceder a los tratamientos dentales en centros de salud de la red pública y privada (Mariño et al, 2006; Cabrera et al, 2015).

Ha existido una disminución mantenida en el porcentaje de población rural en las últimas décadas (INE, 2018), a pesar de esto, y debido a la gran dispersión territorial y variedad geográfica que presenta, la X Región de Los Lagos se ha ubicado constantemente entre las 5 regiones con mayor número de población rural a nivel nacional, alcanzando un 26,4% el año 2017 (INE, 2018), más de 2 veces el promedio para todo Chile. Este alto porcentaje de ruralidad local junto con la mayor prevalencia de caries en esta población hace muy relevante la aplicación de medidas de salud pública con enfoque en el mejoramiento al acceso odontológico y en la promoción y prevención en salud oral.

Aumentar las coberturas de salud favorece directamente el bienestar físico y mental de la población (OPS, 2020). Al analizar los dominios que componen la encuesta OHIP-14 Sp observamos que la influencia de las caries cavitadas (componente C) y del COPD en la CVRSO en los estudiantes, fue más negativo en el dominio de Dolor Físico (DF1), que incluye la pregunta “¿ha tenido dolor de dientes?”. El individuo que presentó la mayor cantidad de caries obtuvo el puntaje máximo observado en ese campo. Además, la caries y sus consecuencias no sólo impactan la CV en el ámbito físico y del dolor; el daño bucal y la pérdida de dientes también pueden afectar profundamente la salud

mental de las personas. En múltiples estudios se ha observado el impacto de la salud oral en las dimensiones psicológicas del OHIP (Matamala-Santander et al, 2019; Diaz-Reissner et al, 2017). Los dominios psicológicos más afectados en los alumnos de este estudio fueron los de Malestar Psicológico (MP) y Discapacidad Psicológica (DP).

El nivel de higiene oral medido con el IHO-S (Green y Vermillion), no tuvo correlación con la CVRSO en este estudio. El valor promedio obtenido se ubicó dentro del rango de “buena higiene oral”, pero este indicador podría no ser totalmente representativo, ya que los alumnos realizan una higiene más meticulosa antes de la atención dental y no se consideró la inflamación gingival que sería un signo más confiable en cuanto al nivel de salud oral.

Este estudio permite tener un antecedente de la calidad de vida relacionada a la salud oral de los estudiantes de cuarto medio de un Liceo Rural de la Región de los Lagos, se sugiere continuar investigando en este campo, en otros grupos étnicos y localidades tanto rurales como urbanas, de este modo obtener información que nos permita adecuar los programas y tratamientos a la realidad local y cuyo objetivo sea mejorar la calidad de vida de las personas.

CAPÍTULO V. CONCLUSIONES

De acuerdo con los hallazgos encontrados en este estudio podemos concluir que el nivel de salud oral de los pacientes del programa de cuarto medio del Liceo Rural de Piedra Azul según el índice COPD es moderado, con un promedio de 3,7. Un 51,7% de los pacientes se encontraron libres de caries cavitadas según el componente C del COPD. Por otro lado, el índice IHO-S fue bueno, con un promedio de 0,724.

Respecto a la calidad de Vida Relacionada con la Salud Oral según el OHIP-14 SP, fue buena con un promedio de 12,74 y se correlacionó directamente con el COPD y el componente C. No hubo correlación entre el nivel de higiene oral (IHO-S) y la CVRSO medida con el OHIP14 SP.

La utilidad de este tipo de estudios es conocer la importancia que le otorga la población adolescente a su salud oral. La atención de niños y adolescentes presenta complejidades que requieren que los equipos de salud se adapten y adquieran las herramientas necesarias para conseguir los cambios proyectados en cada joven, apuntando a una integración real y permanente de los hábitos de cuidado de la salud oral con el consecuente resultado de una mejor calidad de vida en la juventud y posteriormente en la adultez y vejez.

BIBLIOGRAFÍA

Al-Harhi, L., Cullinan, M., Leichter, J., Thomson, W. (2013). "The impact of periodontitis on oral health related quality of life: a review of the evidence from observational studies". *Australian Dental Journal*, 58(3): 274–277.

Aroila, R. (2003). "Calidad de Vida: una definición integradora". *Revista Latinoamericana de Psicología*, Volumen 35 (2) 161-164.

Aubert, J., Sánchez, S., Castro, R., Monsalves, M., Castillo, P y Moya, P. (2014). "Calidad de vida relacionada con salud oral en mayores de 14 años en la comunidad San Juan Bautista, Isla Robinson Crusoe, Chile". *Int. J. Odontostomat.*,8(1):141-145.

Badenier, O., Cueto A., Moya, R., Acevedo, R., Barraza, J. (2007). "Estudio de prevalencia de las enfermedades bucodentales y necesidades de tratamiento en la V región". *Proyecto FONIS; 2007*.

Baelum V, Ole F. (2015). "How big is the problem? Epidemiological features of dental caries". In: Fejerskov O, Nyvad B, Kidd E, editors. *Dental caries: the disease and its clinical management*". Oxford, UK: Wiley; 2015. pp. 21–41.

Balaji, S. (2018). "Dental caries: Research perspective". *Indian J Dent Res (serial online)* 29 (3).

Bulgareli, J., Faria, E., de Cortellazzi, K., Guerra, L., Meneghim, M., Ambrosano, G., Pereira, A. (2018). "Factors influencing the impact of oral health on the daily activities of adolescents, adults and older adults". *Revista De Saude Publica*, 52, (44).

Buset, L., Walter, C., Friedmann, A., Weiger, R., Borgnakke, W., Zitzmann, N. (2016). "Are periodontal diseases really silent? A systematic review of their effect on quality of life". *Journal of Clinical Periodontology*, 43(4):33–344.

Cabrera, C., Arancet, M., Martínez, D., Cueto, A., Espinoza, S. (2015). "Salud Oral en Población Escolar Urbana y Rural". *International Journal of Odontostomatology*, 9 (3): 341-348.

Castro, A., Vianna, M., Mendes, C. (2018). "Comparison of caries lesion detection methods in epidemiological surveys: CAST, ICDAS and DMF". *BMC oral health*, 18(1), 122. Disponible en <https://doi.org/10.1186/s12903-018-0583-6>.

Díaz Cárdenas, S., Arrieta Vergara, K., y Ramos Martínez, K. (2012). Impacto de la Salud Oral en la Calidad de Vida de Adultos Mayores. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 5(1), 9-16. <https://dx.doi.org/10.4321/S1699-695X2012000100003>

Diaz-Reissner, C., Casas-García, I., Roldán-Merino, J. (2017) "Calidad de vida relacionada con salud oral: Impacto de diversas situaciones clínicas odontológicas y factores socio-demográficos". Revisión de la literatura. *Int. J. Odontostomat.*, 11(1):31-39.

Fernández-López, J., Fernández-Fidalgo, M., Cieza, A. (2010). "Los conceptos de calidad de vida, salud y bienestar analizados desde la perspectiva de la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF)". *Revista Española de Salud Pública*, 84(2), 169-184. Recuperado en 04 de julio de 2020, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272010000200005&lng=es&tlng=es.

Fernández P., Díaz P. (2002). "Investigación cuantitativa y cualitativa. La Coruña, España". *Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística-Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo-Cad. Aten. Primaria, 2002: 76-78.* Disponible en: <http://www.fisterra.com/mbe/investiga/cuanti_cuali/cuanti_cuali.asp>

Foster Page, L., Thomson, W., Ukra, A., Baker, S. (2013). "Clinical status in adolescents: is its impact on oral health-related quality of life influenced by psychological characteristics?". *Eur. J. Oral Sci., 121(3 Pt. 1):182-7,.*

Gaete, V. (2015). "Desarrollo psicosocial del adolescente". *Revista chilena de pediatría, 86(6), 436-443.* <https://dx.doi.org/10.1016/j.rchipe.2015.07.005>

Giacaman RA, Bustos IP, Bazán P, Mariño RJ. (2018). Oral health disparities among adolescents from urban and rural communities of central Chile. *Rural and Remote Health; 18: 4312.* <https://doi.org/10.22605/RRH4312>

Glatzer, W., y Wolfgang Z., (1984), *Lebensqualität in der bundesrepublik: objektive: lebensbedingungen und subjektives wohlbefinden*, Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt.

Gómez, M (2009). "Un recorrido histórico del concepto de salud y calidad de vida a través de los documentos de la OMS". *TOG (A Coruña) 6(1).*

Greene J., Vermillion, J. (1960). "The oral hygiene index: a method for classifying oral hygiene status". *J Am Dent Assoc 61:172-179.*

Hurtado, I., Toro, J. (1998). "Paradigmas y métodos de investigación en tiempos de cambio". Segunda edición. Valencia, Venezuela: *Ediciones de la Universidad de Carabobo*.

Jauregui, L., Martín, J. Vásquez, P., Sacoto, F. (2019). "Índice de Higiene Oral en los Escolares de 12 años de la Parroquia Checa en el Cantón Cuenca, Provincia del Azuay - Ecuador, 2016". *Odontoestomatología [online]* 21(34), pp.27-32.

Khalifa, N., Allen, P., Abu-bakr, N., Abdel-Rahman, M. (2013) "Psychometric properties and performance of the Oral Health Impact Profile (OHIP-14s-ar) among Sudanese adults". *Journal of Oral Science* 55(2): 123- 132.

Klein, H., Palmer, C., Knutson, J. (1938) "Studies on dental caries: I. Dental status and dental needs of elementary school children". *Public Health Rep.* ;53: 751–765. doi: 10.2307/4582532.

Ley N° 19.628, Sobre protección a la vida privada. Diario Oficial, 28 de agosto de 1999.

Ley N° 20.120, Sobre investigación científica en el ser humano, su genoma y prohíbe la clonación humana. Diario Oficial, 22 de septiembre de 2006.

Mariño, R.; Villa, A. & Weitz, A (2006). Prevención de la caries dental utilizando la leche como vehículo para fluoruros: Las experiencias chilenas. *Melbourne, Universidad de Melbourne*.

Marcenes, W.; Kassebaum, N. J.; Bernabž, E.; Flaxman, A.; Naghavi, M.; Lopez, A. & Murray, C. J. Global Burden of Oral Conditions in 1990-2010: A Systematic Analysis.(2013) *J.Dent. Res.*, 92(7): 592-7.

Martins, M. T.; Sardenberg, F.; Vale, M. P.; Paiva, S. M. & Pordeus, I. A. Dental caries and social factors: impact on quality of life in Brazilian children. *Braz. Oral Res.*, 29(1):00310, 2015.

Matamala, A., Rivera-Mendoza, F., Zaror, C. (2019). Impacto de la Caries en la Calidad de Vida Relacionada con la Salud Oral de Adolescentes: Revisión Sistemática y Metaanálisis. *International Journal of Odontoestomatology*, 13 (2): 219-229.

Mathur, V. P., & Dhillon, J. K. (2017). Dental Caries: A Disease Which Needs Attention. *The Indian Journal of Pediatrics*, 85(3), 202–206. doi:10.1007/s12098-017-2381-6

Ministerio de Salud de Chile (MINSAL). (2006). II Encuesta de calidad de vida y salud Chile 2006. Santiago, Ministerio de Salud, Gobierno de Chile, 2006. Disponible en: <http://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2012/07/Informe-Final-Encuesta-de-Calidad-de-Vida-y-Salud-2006.pdf>

Ministerio de Salud de Chile (MINSAL). (2007). Soto L, Tapia R, y col. Diagnóstico nacional de salud bucal de los niños de 6 años. Chile.

Ministerio de Salud de Chile (MINSAL) (2017). Encuesta Nacional de Salud. Chile 2016-2017 [Internet]. Santiago, Chile: Ministerio de Salud. Available from: <http://web.minsal.cl/tercera-encuesta-nacionalde-salud-refleja-mejoras-significativas-en-el-desarrollo-funcional-de-ninos-y-ninas/>.

Ministerio de Salud de Chile (MINSAL) (2017). Encuesta de Calidad de Vida y Salud. Chile 2015-2016. [Internet]. Santiago, Chile: Available from: <https://es.scribd.com/document/364963098/Resultados-Abril2017-ENCAVI-2015-16-Depto-Epidemiologia-MINSAL>

Ministerio de Salud (MINSAL). (2017). Orientaciones técnico administrativas para la ejecución del programa de mejoramiento del acceso a la atención odontológica 2017.

Ministerio de Salud de Chile. (2017) Plan Nacional de Salud Bucal 2018-2030 [Internet]. 2017. Available from: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/12/Plan-Nacional-Salud-Bucal-2018-2030-Consulta-P%C3%BAblica-20_12_2017.pdf

Ministerio de Salud de Chile (MINSAL). (2018). Segunda Entrega de Resultados de la ENS 2016-2017. Available from: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/01/2-Resultados-ENS_MINSAL_31_01_2018.pdf

Mohamed, S., & Vettore, M. V. (2018). Oral clinical status and oral health-related quality of life: is socioeconomic position a mediator or a moderator? *International Dental Journal* 69(2) 119-129. <https://doi.org/10.1111/idj.12420>

Organización Mundial de la Salud (OMS) (1994). Statement developed by WHO Quality of Life Working Group. Publicado en el *Glosario de Promoción de la Salud de la OMS 1998*. OMS/HPR/HEP/ 98,1 Ginebra.

Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2010). Estrategia y plan de acción regional sobre los adolescentes y jóvenes 2010-2018. OPS.

Palomer Roggerone, L. (2016). Inequidades en salud bucal: Factores que determinan su realidad en Chile. *Acta bioethica*, 22(2), 315-319. <https://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2016000200018>

Petersen, P. (2003). The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century – the approach of the WHO Global Oral Health Programme. The World Oral Health Report.

Pilecco, R., Godois, L., Maroneze, M., Ortiz, F., & Ardengui, T. (2019). Factors associated with the number of filled teeth in adolescents from public schools: a cohort study. *Brazilian Oral Research*, 33, (124). Epub <https://doi.org/10.1590/1807-3107bor-2019.vol33.0124>

Ramos, J.; Alencar, B. M.; Pordeus, I. A.; Soares, M. E.; Marques, L. S.; Ramos-Jorge, M. L. & Paiva, S. M (2015). Impact of dental caries on quality of life among preschool children: emphasis on the type of tooth and stages of progression. *Eur. J. Oral Sci.*, 123:88-95.

Sawyer S, Afifi R, Bearinger L. (2012). Adolescence: A foundation for future health. *Lancet.* ;379:1630-40.

Slade GD (1997). The Oral Health Impact Profile En Measuring oral health and quality of life. Ed: *Slade GD. Chapel Hill. University of North Carolina* ; p 93-104

Soto L, Tapia R, Jara G, Rodríguez G, Urbina T. (2007). Diagnóstico Nacional de Salud Bucal del Adolescente de 12 años y Evaluación del Grado de Cumplimiento de los 4 Objetivos Sanitarios de Salud Bucal 2000-2010. Santiago, Chile: Universidad Mayor.

Testa MA, Simonson DC. (2012) Assessment of quality-of-life outcomes. *N Engl J Med.* 1996; 334 (13): 835-840.

Vargas, V., Krause, C., Díaz, P. (2012). Estimación del valor promedio del indicador COPD Chile 2012. *Salud Uninorte, Barranquilla (Col.)* 31 (2): 276-283.

Sun, L., Wong, H. M., & McGrath, C. P. J. (2018). The factors that influence oral health-related quality of life in young adults. *Health And Quality Of Life Outcomes*, 16(1), 187.

Tubert-Jeannin, S.; Pegon-Machat, E.; Gremeau-Richard, C.; Lecuyer, M. M. y Tsakos, G. (2005) Validation of a French version of the Child-OIDP index. *Eur. J. Oral Sci.*, 113(5):355-62, 2005.

Turton, B. J.; Thomson, W. M.; Foster Page, L. A.; Saub, R. B. & Razak, I. A. (2015). Validation of an oral health-related quality of life measure for Cambodian children. *Asia Pac. J. Public Health*, 27(2):NP2339-49.

Urzúa M. (2010). Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. *Revista médica de Chile*, 138(3), 358-365. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872010000300017>

Ware JE., Davies-Avery A., Donald CA. (1978). Conceptualization and measurement of health for adults in the health insurance study: *Volume V. General health perceptions*, R-1987/5-HEW. Santa Monica: The Rand Corporation.

World Health Organization (WHO) (1986). Ottawa Charter for Health Promotion. WHO/HPR/HEP/95.1.WHQ Geneva, 1986.

World Health Organization (WHO) (1996). What Quality of Life? The WHOQOL Group. In: World Health Forum, Vol.17, p.354- 356.WHO, Geneva, 1996.

World Health Organization (WHO) (1999). Programming for adolescent health and development: report of a WHO/UNFPA/UNICEF Study Group on Programming for Adolescent Health.

World Health Organization (2013). Oral health surveys basic methods. 5th ed. Geneva: WHO; 2013.

ANEXO I

FICHA CUARTO MEDIO



FICHA CLÍNICA PROGRAMA: "ATENCIÓN ODONTOLÓGICA INTEGRAL ESTUDIANTES DE CUARTO AÑO DE EDUCACIÓN MEDIA"

NÚMERO FICHA FECHA INGRESO

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	FECHA NACIMIENTO	RUT
DIRECCIÓN		PREVISIÓN	FONOS DE CONTACTO	

ANAMNESIS

MOTIVO DE LA CONSULTA:

ANTECEDENTES HEREDITARIOS Y FAMILIARES:

ANTECEDENTES MÉDICOS: (M RQUE CON UN "X" DONDE CORRESPOND)

DIABETES	<input type="checkbox"/>	ENF. CARDIOVASCULAR	<input type="checkbox"/>	FUMA	<input type="checkbox"/>
HIPERTENSIÓN	<input type="checkbox"/>	EPILEPSIA	<input type="checkbox"/>	CONSUME ALCOHOL	<input type="checkbox"/>
ASMA	<input type="checkbox"/>	DISCAPACIDAD	<input type="checkbox"/>	CONSUME DROGAS	<input type="checkbox"/>
HEMORRAGIA	<input type="checkbox"/>	PROBLEMAS PSICOLÓGICOS	<input type="checkbox"/>	VIOLENCIA	<input type="checkbox"/>
ALERGIAS (especificar)	<input type="checkbox"/>	OTROS:	<input type="checkbox"/>		

¿USA ALGÚN MEDICAMENTO? NO SÍ INDIQUE QUÉ MEDICAMENTOS USA: _____

HÁBITOS: (M RQUE CON UN "X" DONDE CORRESPOND)

RESP. BUCAL USO SEDA DENTAL BRUXISMO

CEPILLADO DENTAL FRECUENCIA DIARIA DE CEPILLADO: 2 3 4

EXAMEN FÍSICO

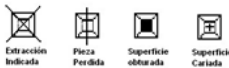
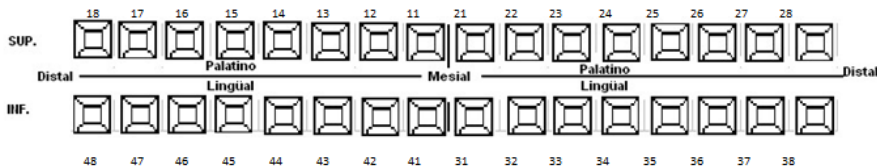
EXAMEN EXTRAORAL:

ALTERACIONES ATM	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
DEFORMACIONES EXTERNAS	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

EXAMEN INTRAORAL:

ALTERACIONES LABIO	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	ALTERACIONES PALADAR	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
ALTERACIONES PISO BOCA	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	ALTERACIONES LENGUA	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
ALTER. MUCOSA VESTIBULAR	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	ALTER. MUCOSA GINGIVAL	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
ALTERACIONES FRENILLO	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	MALOCCLUSIONES	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
GINGIVITIS	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	ENF. PERIODONTAL	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

ODONTOGRAMA



Índice de higiene oral simplificado de Green y Vermillion

C	O	P	COP	Fecha	1.1 (V)	1.6 (V)	2.6 (V)	3.1 (V)	3.6 (L)	4.6 (L)	IHOS	FECHA

ANEXO II

ENCUESTA OHIP 14 SP

Recomendaciones:

Se debe establecer desde un inicio al entrevistado que las preguntas serán en relación a cómo se sintió en el último año (12 meses). Marque con una cruz la alternativa de la respuesta que el encuestado prefiera.

Para cada uno de los siguientes elementos que se enumeran a continuación, indicar en una escala de 0 a 4 con una X si se establece:

“0” = nunca

“1” = casi nunca

“2” = ocasionalmente

“3” = frecuentemente

“4” = siempre

Preguntas OHIP-14Sp		Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
1	¿Ha sentido que su aliento se ha deteriorado por problemas con sus dientes, boca o prótesis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	¿Ha sentido que su digestión ha empeorado por problemas con sus dientes, boca o prótesis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	¿Ha tenido dientes sensibles, por ejemplo debido a alimentos o líquidos fríos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	¿Ha tenido dolor de dientes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	¿Los problemas dentales lo/a han hecho sentir totalmente infeliz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	¿Se ha sentido inconforme con la apariencia de sus dientes, boca o prótesis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	¿Ha sido poco clara la forma en que usted habla por problemas con sus dientes, boca o prótesis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	¿La gente ha malentendido algunas de sus palabras por problemas con sus dientes, boca o prótesis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	¿Su sueño ha sido interrumpido por problemas con sus dientes, boca o prótesis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	¿Ha estado molesto o irritado por problemas con sus dientes, boca o prótesis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	¿Ha sido menos tolerante con su pareja o familia por problemas con sus dientes, boca o prótesis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	¿Ha tenido dificultades haciendo su trabajo habitual por problemas con sus dientes, boca o prótesis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	¿Ha sido totalmente incapaz de funcionar por problemas con sus dientes, boca o prótesis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	¿Ha sido incapaz de trabajar a su capacidad total por problemas con sus dientes, boca o prótesis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

León et al.: Validation of the Spanish version of the Oral Health Impact Profile (OHIP-14Sp) in elderly Chileans. BMC Oral Health 2014 14:95.

ANEXO III

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimados Padres, Apoderados y Estudiantes:

Su hijo/a ha sido invitado/a a participar en el estudio titulado “CORRELACIÓN ENTRE ÍNDICES DE SALUD ORAL Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN ODONTOLÓGICA INTEGRAL A ALUMNOS DE 4TO MEDIO DEL LICEO PIEDRA AZUL REGIÓN DE LOS LAGOS, AÑO 2020. Realizado por Paola Solar San Martín, Cirujano Dentista de la Universidad de Valparaíso, RUT 16.750.289-K, actualmente estudiante del Postgrado de Especialidad en Odontopediatría para el niño y el adolescente de la Universidad del Desarrollo, Sede Concepción, funcionaria del Servicio de Salud de Reloncaví en Clínica Dental Móvil desarrollando programa de atención odontológica integral a alumnos de 4to medio. El presente estudio se realizará como proyecto de Tesina para optar al título de especialista.

Este formulario de consentimiento explica el estudio de investigación. Por favor, léalo detenidamente. Haga preguntas sobre cualquier cosa que no entienda. Si no tiene preguntas ahora, usted puede hacerlo en cualquier momento, por los medios de contacto que más abajo se detallan. Su participación en este estudio es completamente voluntaria.

El objetivo de este estudio es correlacionar índices de salud oral con la calidad de vida de pacientes del programa odontológico de 4to medio. De esta forma medir cómo la salud oral afecta el diario vivir de los pacientes desde el punto de vista de su calidad de vida, entregando la importancia necesaria al desarrollo del programa. Está dirigido a niños 4to medio del Liceo Piedra Azul de Puerto Montt.

Si acepta que su hijo/a participe, se extraerán los siguientes datos de la ficha clínica en forma anónima:

1. Cuestionario de calidad de vida relacionada con salud oral, previamente validada en español y utilizado en población chilena: OHIP 14, el que fue aplicado al inicio del programa dental.
2. Cantidad de caries presentes en el paciente e índice de higiene oral.

Se asegura que la información será anónima, de acuerdo a la Ley 19.628 sobre Protección de la vida Privada. Se extraerán desde las fichas clínicas solamente la información mínima necesaria (edad, sexo, nivel de caries, nivel de higiene oral), asignando un número al paciente, eliminando información tal como su

nombre, dirección, teléfono, rut, correo electrónico, motivo de consulta y enfermedades, la investigadora recibirá solamente los datos necesarios por parte de las profesionales del carro dental.

Las evaluaciones que se le realizarán no tendrán costo para Usted ni para el establecimiento educacional y no presentan riesgo para Usted ni su hijo/a.

Si no desea participar no implicará sanción. Además tiene el derecho a negarse a responder a preguntas concretas, también puede optar por retirarse de este estudio en cualquier momento y la información que hemos recogido será descartada del estudio y eliminada.

Al participar del estudio, los beneficios directos que recibirán son los resultados de las evaluaciones y la posibilidad de prevenir la presencia de enfermedades orales a temprana edad en los pacientes de su colegio. No se contempla ningún otro tipo de beneficio para usted.

Los datos obtenidos serán de carácter confidencial y se mantendrán completamente reservados. Toda la información utilizada en esta investigación proveniente de la ficha clínica y la encuesta de calidad de vida estará conservada y guardada en la oficina de la Clínica Móvil del Servicio de Salud de Reloncaví durante 15 años en formato papel y pueden ser solicitados por Ud. cuando desee.

Los resultados de este estudio estarán disponibles para usted mediante un informe escrito a la directora del establecimiento al concluir y en la base de datos de la Universidad del Desarrollo en formato digital. Podrían además ser presentados en congresos y revistas científicas.

La información recolectada no será usada para ningún otro propósito. Cualquier pregunta que desee hacer durante el proceso de investigación, podrá contactarse con la Dra. Paola Solar San Martín, Fono 9 44332214, Correo electrónico: paola.solar.sanmartin@gmail.com.

Si tiene dudas que no hayan sido aclaradas por el equipo de investigación, comentarios o preocupaciones relacionadas con la conducción de la investigación, puede dirigirse al Presidente del comité ético científico, e-mail: comiteeticocientifico@ssdr.gob.cl Fono: 65 2 771725; secretaría administrativa: e-mail: secretariacec@ssdr.gob.cl; ó en forma personal en calle Egaña 85, oficina 307.

ACTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (PADRES Y APODERADOS)

Yo.....,
Rut:....., acepto que mi pupilo (pupila) participe voluntaria y anónimamente en la investigación "CORRELACIÓN ENTRE ÍNDICES DE SALUD ORAL Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN ODONTOLÓGICA INTEGRAL A ALUMNOS DE 4TO MEDIO DEL LICEO PIEDRA AZUL REGIÓN DE LOS LAGOS, AÑO 2020", autora. Paola Solar San Martín, Cirujano Dentista, actual estudiante de la Especialidad de Odontopediatría de la Universidad del Desarrollo.

Declaro haber sido informado/a de los objetivos y procedimientos del estudio y del tipo de participación que implica el estudio. Acepto lo siguiente:

- a. Extracción de los datos de cuestionario de calidad de vida, cantidad de caries e índice de higiene oral de la ficha clínica del paciente.

SI

NO

- b. Que se relacionen los resultados de la encuesta con su estado de salud bucal según ficha clínica en forma anónima.

SI

NO

Declaro haber sido informado/a que la participación en este estudio no involucra ningún daño o peligro para la salud física o mental, que es voluntaria y que puedo negarme a participar o dejar de participar en cualquier momento sin dar explicaciones o recibir sanción alguna. Declaro saber que la información entregada será confidencial y anónima. Entiendo que la información será analizada por los investigadores en forma grupal y que no se podrán identificar las respuestas y opiniones de modo personal. Por último, la información que se obtenga será guardada y analizada por la investigadora, la resguardara y sólo se utilizará para los fines de este proyecto de investigación. Este documento se firma en dos ejemplares, quedando uno en poder de cada una de las partes.

Nombre Estudiante	Nombre Ministro de fé Director(a) establecimiento	Nombre investigador
_____ Firma	_____ Firma	_____ Firma

ACTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ESTUDIANTES)

Yo.....,
Rut:....., acepto participar voluntaria y anónimamente en la investigación "CORRELACIÓN ENTRE ÍNDICES DE SALUD ORAL Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN ODONTOLÓGICA INTEGRAL A ALUMNOS DE 4TO MEDIO DEL LICEO PIEDRA AZUL REGIÓN DE LOS LAGOS, AÑO 2020", autora. Paola Solar San Martín, Cirujano Dentista, actual estudiante de la Especialidad de Odontopediatría de la Universidad del Desarrollo.

Declaro haber sido informado/a de los objetivos y procedimientos del estudio y del tipo de participación que implica el estudio. Acepto lo siguiente:

a. Extracción de los datos de cuestionario de calidad de vida, cantidad de caries e índice de higiene oral de la ficha clínica del paciente.

SI

NO

b. Que se relacionen los resultados de la encuesta con su estado de salud bucal según ficha clínica en forma anónima.

SI

NO

Declaro haber sido informado/a que la participación en este estudio no involucra ningún daño o peligro para la salud física o mental, que es voluntaria y que puedo negarme a participar o dejar de participar en cualquier momento sin dar explicaciones o recibir sanción alguna. Declaro saber que la información entregada será confidencial y anónima. Entiendo que la información será analizada por los investigadores en forma grupal y que no se podrán identificar las respuestas y opiniones de modo personal. Por último, la información que se obtenga será guardada y analizada por la investigadora, la resguardara y sólo se utilizará para los fines de este proyecto de investigación.

Este documento se firma en dos ejemplares, quedando uno en poder de cada una de las partes.

_____ Nombre Estudiante	_____ Nombre Ministro de fe Director(a) establecimiento	_____ Nombre investigador
_____ Firma	_____ Firma	_____ Firma

