

CALIDAD DE VIDA Y SALUD ORAL EN ADOLESCENTES
Revisión de literatura

Investigadores

MONICA ANDREA CARO
VANESA DUARTE REINA
LILIANA MENDIETA VEGA
MONICA MURCIA JIMENEZ
JOHANA RODRIGUEZ TRIVIÑO
CARLOS ANDRES VELASQUEZ

Trabajo de Grado para Optar el Título de
Odontólogo (a)

INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA COLEGIOS DE COLOMBIAUNICOC
COLEGIO ODONTOLÓGICO
BOGOTÁ D.C
I-2013

CALIDAD DE VIDA Y SALUD ORAL EN ADOLESCENTES

Revisión de literatura

Investigadores

**MONICA ANDREA CARO
VANESA DUARTE REINA
LILIANA MENDIETA VEGA
MONICA MURCIA
JOHANA RODRIGUEZ TRIVIÑO
CARLOS ANDRES VELASQUEZ**

Asesor científico

**DRA MARTHA CAYCEDO
Od. Especialista en epidemiología
Msc en bioética**

DRA CARMENZA MACIAS

Od. Especialista en Odontopediatría

Asesor metodológico

**DRA ÁNGELA SUÁREZ CASTILLO
Od. Especialista en Epidemiología**

INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA COLEGIOS DE COLOMBIA

UNICOC

COLEGIO ODONTOLÓGICO

BOGOTÁ D.C.

I-2013

DEDICATORIA

Este trabajo se lo dedicamos principalmente a Dios quién supo guiarnos por el buen camino, dándonos fuerzas para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se presentaban, enseñándonos a encarar las adversidades sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento.

Para nuestros padres por su apoyo, consejos, comprensión, amor, ayuda en los momentos difíciles, y por ayudarnos con los recursos necesarios para estudiar. Ya que nos han dado todo lo que somos como persona, valores, principios, carácter, empeño, perseverancia y coraje para conseguir nuestros objetivos.

También dedicamos este trabajo principalmente a la doctora Martha Caycedo que aunque no nos pudo acompañar en la sustentación final de nuestro proyecto siempre estuvo ahí supervisando satisfactoriamente cada paso para poder construir uno de las mejores investigaciones. A las doctoras Ángela Suárez y Carmenza Macías, quienes nos dieron su sabiduría para la elaboración final de nuestro proyecto, haciendo posible el desarrollo total de este.

AGRADECIMIENTOS

Primero y antes que nada le damos gracias a dios por estar siempre con nosotros, por fortalecer nuestro corazón e iluminar nuestra mente y por haber puesto en el camino a aquellas personas que han sido un soporte y compañía durante todo el periodo de estudio, agradecemos a la institución puesto que nos brindo conocimientos que nos ayudo para el desarrollo elaboración de nuestro proyecto.

A las doctoras que nos brindaron su sabiduría en varios campos del conocimiento y por enseñarnos a ser en la vida los mejores y a realizarnos profesionalmente ayudándonos así en varios aspectos que requerimos para el conclusión del proyecto.

También damos gracias a nuestros compañeros de semestre quienes nos acompañaron en esta trayectoria de aprendizaje y conocimientos el cual no necesitamos nombrar porque tanto ellos como nosotros sabemos que desde lo más profundo de nuestros corazones les agradecemos el habernos brindado todo el apoyo, colaboración, animo pero sobre todo cariño y amistad el cual nos dejaran muchas enseñanzas y experiencias en nuestra vida.

TABLA DE CONTENIDO

1. ASPECTOS TEÓRICO CIENTÍFICOS.....	20
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	20
2. JUSTIFICACIÓN	22
3. PROPÓSITO	24
4. MARCO TEÓRICO.....	25
4.1. DEFINICIONES Y CONCEPTOS	25
4.1.2 CALIDAD DE VIDA	25
4.1.3 Calidad de vida individual	26
4.1.4 Calidad de vida grupal	27
4.1.5 Calidad de vida social	28
4.1.6 Calidad de vida y medio ambiente	28
4.1.7 Calidad de vida y necesidades humana	30
4.1.8 Índice de Estética Dental	31
4.2 LIMITACIONES DEL INDICE DE ESTETICA DENTAL	33
4.2.1 COMPONENTES COEFICIENTE DE REGRESIÓN	33
4.2.2 INTERPRETACIÓN INDICE DE ESTETICA DENTAL.....	35
4.3 PATOLOGÍAS QUE AFECTAN LA SALUD ORAL	36

5. OBJETIVOS	39
5.1 OBJETIVO GENERAL	39
5.1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	40
6. ASPECTOS METODOLÓGICOS.....	40
7. Tipo de estudio	41
8. Objeto de estudio	41
Salud oral y calidad de vida en adolescentes.....	41
8.1 MATERIAL OBJETO DE ESTUDIO	41
9. Criterios de elegibilidad	42
9.1 Criterios de Inclusión	42
9.2 Criterios de Exclusión	42
10. UNIDAD DE ANALISIS	42
11. Procedimiento.....	43
11.1 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	45
12. RESULTADOS.....	46
12.1 UNIDADES DE ANALISIS	46
12.1.1 Relación entre el índice de estética dental (DAI), Maloclusión y la calidad de vida de la población de 12 a 18 años.....	46

12.1.2 Componentes del Índice COPD (Historia de caries) y su repercusión en la calidad de vida de la población adolescente.....	47
12.1.3 Posible relación del comportamiento académico y laboral y su desarrollo integral en el adolescente, derivado de su condición de salud oral	51
12.1.4 Posible afectación de la calidad de vida relacionada con trastornos bucodentales asociada al nivel socioeconómico y al género	52
13. DISCUSION.....	54
13.1 Relación entre el índice de estética dental (DAI), Maloclusión y la calidad de vida de la población de 12 a 18 años.....	54
13.2 Los componentes del Índice COPD (Historia de caries) y su repercusión en la calidad de vida de la población adolescente.....	55
13.3 Posible relación del comportamiento académico y laboral y su desarrollo integral en el adolescente	56
13.4 Posible afectación de la calidad de vida relacionada con trastornos bucodentales asociada al nivel socioeconómico y al sexo.	57
14. CONCLUSIÓN	58
15. RECOMENDACIONES	58
16. REFERENCIAS.....	59

INTRODUCCIÓN

El concepto de calidad de vida, hace referencia a un estado de bienestar. El término se utiliza en una generalidad de contextos, tales como sociología, ciencia política, estudios médicos, y del desarrollo, entre otros. Este concepto tiene una interpretación diferente cuando lo emplean individuos cuyas necesidades básicas están satisfechas, como en el caso de quienes viven en los países desarrollados e industrializados, a diferencia de los individuos cuya prioridad principal es satisfacer sus necesidades básicas de alimentación, vivienda, vestido, salud y educación.

La salud no es simplemente la ausencia de enfermedad e invalidez. En 1946, en la Carta Constitucional de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se define la salud como el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, por lo tanto, la salud tiene un aspecto subjetivo que es la sensación de bienestar y otro, objetivo, que es la capacidad de funcionar.

Se afirma que el componente de salud oral en la atención integral del adolescente constituye la búsqueda de una forma de mejoramiento de la calidad de vida en donde la familia y la comunidad tienen un papel relevante en la promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento de la salud oral. Generalmente las enfermedades orales no son fatales, sin embargo el dolor, las alteraciones nutricionales, masticatorias, estéticas y las relaciones sociales tienden a afectar el

bienestar de quien los padece. Por esta razón es importante identificar la condición de salud oral y la calidad de vida de la población.

La odontología tiene como misión, prevenir, mantener y mejorar la salud oral de las personas para mejorar su calidad de vida. Los adolescentes son un grupo emergente, que tendrá interacciones sociales importantes mediadas por sus cambios, que experimentarán en los años de pubertad, por medio de un rápido crecimiento debido a mecanismos hormonales que van a permitir ese paso de la niñez a la adultez, y de la misma manera de una etapa no reproductiva a una reproductiva, por tener características que facilitan el establecimiento de enfermedades orales con mayor frecuencia, pues es en esta etapa en donde se atraviesa por una serie de cambios que aunados a las particularidades de cada cultura se convierte en un reto para la práctica odontológica.

En este sentido, el adolescente en los últimos años, ha sido parte de fenómenos como la globalización, donde se promueve la cultura de la «belleza» con mayor intensidad que en años anteriores. En este sentido, resulta interesante observar cada día más jóvenes que consultan los servicios de salud solicitando cirugías estéticas, tratamientos ortodónticos y diversos procedimientos orientados a mejorar la apariencia física, sin ser necesarios desde lo funcional.

Teniendo en cuenta que la etapa de la adolescencia presenta cambios acelerados, consecuentemente con el crecimiento corporal. Los cambios en el sistema

orofacial comprende la modificación de diversas estructuras que pueden involucrar transformaciones físicas que repercuten en las representaciones sociales, emocionales y culturales de esta población.

La calidad de vida es evaluada, haciendo referencia a la salud oral de los adolescentes, de acuerdo al uso del índice OHIP; el cual emplea un instrumento para medirla, relacionando componentes de la salud oral, identificando aspectos que los individuos consideran de importancia para su calidad de vida. El índice fue descrito en 1994 por Slade y Spencer inicialmente con un test de 49 preguntas, posteriormente fue modificado por Slade en 1997 con un test de 14 preguntas debido a la dificultad que se presentaba al realizarlo por su extensión.

Por otra parte al relacionar la calidad de vida con las maloclusiones orales, sobresale el uso del índice de estética dental (DAI), por sus siglas en inglés. El cual permite conocer el grado de severidad de la maloclusión y las necesidades de tratamiento de las mismas en dentición permanente. Descrito por Cons, Jenny y Kohout (1986), el cual fue seleccionado por la OMS en 1997 para realizar estudios epidemiológicos en adolescentes.

Por otra parte, la caries dental a través del tiempo se ha identificado como una de las patologías más comunes en la humanidad. El índice epidemiológico, para medir la historia de caries en un individuo, es el índice COP. Descrito por Klein, Palmer y Knutson en 1935, el índice evalúa la historia de caries en dentición

permanente y temporal: ceo, según la carga por componente. (C: diente afectado por caries, O: obturado por caries, P: perdido por caries) también permite identificar: La proporción de personas con historia de caries, la prevalencia de caries y el promedio poblacional.

La caries dental puede afectar de forma significativa diversas funciones del sistema orofacial; de no ser controlada, puede comprometer el desarrollo integral del individuo, en relación a procesos asociados con la alimentación, nutrición, fonética, comunicación y estética.

La calidad de vida puede verse afectada ya que en esta etapa las características de crecimiento y desarrollo en el grupo adolescente y su impacto psicosocial son particulares. Al finalizar la madurez biológica en términos dento-faciales, sumado a la consolidación de hábitos de higiene saludables, se reflejan en el aspecto físico del adolescente, área muy valorada por él, que repercute de manera directa sobre su autoestima y posterior interacción social.

Otras situaciones que comprometen al adolescente, que no serán sujeto de análisis en este estudio se encuentran relacionadas con los determinantes ambientales, conductuales y sociales, por ejemplo el consumo de alcohol, el tabaquismo, el consumo de sustancias psicoactivas, los desórdenes alimenticios,

y embarazos a temprana edad. Por Lo tanto se demuestra que la adolescencia representa un punto crítico en el desarrollo integral del ser humano.

Teniendo en cuenta lo anteriormente descrito el objetivo del presente estudio es identificar la posible relación entre la salud oral y la calidad de vida en la población adolescente, a través de una Revisión de la literatura científica.

1. ASPECTOS TEÓRICO CIENTÍFICOS

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El concepto de calidad de vida, hace referencia a un estado de bienestar. El término se utiliza en una generalidad de contextos, tales como sociología, ciencia política, estudios médicos, y del desarrollo, entre otros. Este concepto tiene una interpretación muy diferente cuando lo emplean individuos cuyas necesidades vitales están satisfechas, como en el caso de quienes viven en los países desarrollados y altamente industrializados. Diferentes a los individuos cuya principal prioridad es como satisfacer sus necesidades básicas de: alimentación, vivienda, vestido, salud y educación. ⁽¹⁾

La salud no es simplemente la ausencia de enfermedad e invalidez. En 1946, en la Carta Constitucional de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se define la salud como el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. ^(2,3)

En los años 70, Milton Terris mejora esta definición y define la salud como un estado de bienestar físico, mental y social con capacidad de funcionamiento y no únicamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Por lo tanto, la salud tiene un aspecto subjetivo que es la sensación de bienestar y otro, objetivo, que es la capacidad de funcionar. ^(2,3)

Se afirma que el componente de salud oral en la atención integral del adolescente, constituye la búsqueda de una forma de mejoramiento de la calidad de vida en donde la familia y la comunidad tienen un papel relevante en la promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento de la salud oral. Generalmente las enfermedades orales no son fatales, sin embargo el dolor, las alteraciones nutricionales, masticatorias, estéticas y las relaciones sociales tienden a afectar el bienestar de quien los padece. Por esta razón es importante identificar la condición de salud oral y la calidad de vida de la población adolescente para determinar si hay que modificar los programas existentes relacionados con la salud oral, analizando las necesidades específicas para generar acciones dirigidas a la población adolescente y la manera en como la primera afecte la segunda^(4,5)

Los principios básicos que la odontología preventiva recomienda un correcto cepillado diario, después de cada alimento, el uso del hilo dental, la limpieza de la cavidad oral y visitar regularmente al odontólogo para prevenir afecciones. No está demás llevar una vida sana, hacer una dieta equilibrada y practicar un deporte, ya que esto se refleja en la salud en general.⁽⁵⁾

El objetivo de la estrategia AIEPI y del programa regional de salud buco-dental de la Organización Panamericana de la Salud, es promover la mejoría de las condiciones de salud buco-dental en los países y contribuir en el desarrollo de servicios de salud accesibles, eficaces y sostenibles⁽⁶⁾

Se recomienda una visión integral acerca de la salud oral y cambiar el paradigma sobre la necesidad de consulta y control con un odontólogo para los aspectos referentes a los problemas orales. Es importante entender que se debe trabajar en equipo, promoviendo prevención oral en todos los contactos del niño y del paciente. No se puede limitar la educación sobre higiene oral sólo a los odontólogos ya que el equipo completo de salud está en la obligación de colaborar con odontología, en evaluar los problemas de boca y remitir lo necesario, para así mejorar su calidad de vida⁽⁶⁾

Teniendo en cuenta lo anterior, surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Existe relación entre la salud oral y la calidad de vida en adolescentes?

2. JUSTIFICACIÓN

La odontología tiene como misión, prevenir, mantener y mejorar la salud oral de las personas para optimizar su calidad de vida. Continuamente se deben adaptar diversos aspectos de esta profesión para conseguir este objetivo y de manera especial a los llamados grupos de riesgo, en el caso particular de esta investigación la población adolescente. Los adolescentes son un grupo emergente, que tendrá interacciones sociales importantes mediadas por sus cambios, que experimentarán en los años de pubertad, por medio de un rápido crecimiento debido a mecanismos hormonales que van a permitir ese paso de la

niñez a la adultez, y de la misma manera de una etapa no reproductiva a una reproductiva, por tener características que facilitan el establecimiento de enfermedades orales con mayor frecuencia, pues es en esta etapa en donde se atraviesa por una serie de cambios que anunciados a las particularidades de cada cultura se convierte en un reto para la práctica odontológica. ^(5,7)

Las características de crecimiento y desarrollo en este grupo y su impacto psicosocial son muy importantes para la profesión desde el abordaje de la salud oral, porque al finalizar la madurez biológica en términos dento-faciales, más la consolidación de hábitos de higiene saludables se reflejan sobre el aspecto físico. En este sentido, el adolescente en los últimos años, ha sido parte de fenómenos como la globalización, donde se promueve la cultura de la «belleza» con mayor intensidad que en años anteriores. Por tanto, es llamativo observar cada día más jóvenes con cirugías estéticas, tratamientos ortodóntico, y otros procedimientos cosméticos, en los que no se perciben la responsabilidad o las implicaciones éticas cuando no es realmente necesario.⁽⁷⁾

Debido a que en esta etapa de la vida concluye el cambio de dentición, se hace indispensable un diagnóstico oportuno sobre problemas de oclusión y pérdida congénita de dientes. Por tanto, se ha establecido que alteraciones como la maloclusión en los adolescentes es elevada, como lo comunica el estudio de Rwakatema *et al.* 5, (2006). ⁽⁷⁾

Otras situaciones que comprometen al adolescente y que son parte los determinantes ambientales, conductuales y sociales, son por ejemplo el consumo de alcohol, cigarrillo y ciertas sustancias psicoactivas, además de desórdenes alimenticios, y embarazos a temprana edad. Como se puede percibir, cada situación es más compleja para este grupo poblacional. Por lo anterior y después de consultar literatura donde se demuestra que la adolescencia es un punto crítico en el desarrollo integral del ser humano, se plantea promover la solución de las características biopsicosociales del adolescente y éstas como influyen en la salud oral y Revisar la literatura científica relacionada con los componentes temáticos planteados como soporte para futuras investigaciones ⁽⁷⁾

3. PROPÓSITO

A través del presente estudio se pretende identificar la literatura científica que permita establecer la relación entre la calidad de vida y las condiciones de salud oral de la población adolescente. Lo anterior permitirá documentar a la comunidad académica sobre el tema en mención.

4. MARCO TEÓRICO

4.1. DEFINICIONES Y CONCEPTOS

4.1.2 CALIDAD DE VIDA

El concepto está directamente asociado al de bienestar, el cual ha sido objeto de una atención permanente en los temas de del desarrollo social, económico y cultural que busca un equilibrio entre la cantidad de seres humanos y los recursos disponibles y la protección del medio ambiente. Debe tener en cuenta al tomar decisiones los derechos del hombre y la sociedad a reclamar una vida digna con libertad, equidad y felicidad. ⁽⁷⁾

Este concepto tiene una interpretación muy diferente cuando lo emplean hombres cuyas necesidades vitales están satisfechas, como en el caso de quienes viven en los países ricos y altamente industrializados. Diferentes a los hombres cuya principal preocupación es como satisfacer sus necesidades básicas de: alimentación, vivienda, vestido, salud y educación. ⁽⁷⁾

El concepto representa un “término multidimensional de las políticas sociales que significa tener buenas condiciones de vida ‘objetivas’ y un alto grado de bienestar ‘subjetivo’, y también incluye la satisfacción colectiva de necesidades a través de políticas sociales” ⁽⁷⁾

4.1.3 Calidad de vida individual

Este término se utiliza en una generalidad de contextos y no se debe confundir con el concepto de nivel de vida que se refiere a los ingresos y en donde se tendría que tener en cuenta el PIB, los niveles de pobreza, el ingreso del capital entre otros indicadores que definen **el nivel de vida**. El tema central de este estudio es la calidad de vida o bienestar social de los adolescentes con respecto a su salud oral. ^(7,8)

"Se define en términos generales como el bienestar, felicidad y satisfacción de un individuo, que le otorga a éste cierta capacidad de actuación, funcionamiento o sensación positiva de su vida. Su realización es muy subjetiva, ya que se ve directamente influida por la personalidad y el entorno en el que vive y se desarrolla el individuo". ^(7,8)

Según la OMS, la calidad de vida es "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto que está influido por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con su entorno". ⁽⁸⁾

La calidad de vida de un individuo se determina a través de: Las necesidades que tiene o no satisfechas y en qué grado y que aspiraciones personales son factibles de ser realizadas.

las necesidades de las personas pueden clasificarse en cuatro tipos:

- Físicas: trabajo, educación, vivienda, ingresos.
- Intelectuales: aprendizaje, desarrollo y crecimiento personal.
- Emocionales: relaciones sociales, salud emocional, uso del tiempo libre, entre otras.
- Espirituales: auto-realización, renovación personal, sentido de trascendencia ⁽⁸⁾

La calidad de vida abarca estas áreas. Incluye las decisiones diarias de una persona, sus emociones respecto a las situaciones cotidianas y su ideal de futuro en cada dimensión. Está relacionada con la búsqueda del sentido que tiene la vida, el cual depende de los valores, la pertenencia a una comunidad y la claridad de las metas propuestas.

4.1.4 Calidad de vida grupal

Se relaciona al respeto y derecho de los valores sociales, en cuanto a la satisfacción de necesidades con los recursos disponibles en un espacio natural dado.

" Es un concepto relativo que depende de cada grupo social y de lo que éste defina como su situación ideal de bienestar por su acceso a un conjunto de bienes y servicios, así como al ejercicio de sus derechos y al respeto de sus valores", Tal como plantea Blanco. ⁽⁸⁾

4.1.5 Calidad de vida social

Es "la capacidad que posee el grupo social ocupante de satisfacer sus necesidades con los recursos disponibles en un espacio natural dado. Abarca los elementos necesarios para alcanzar una vida humana decente." ^(8,9)

"Para analizar la calidad de vida de una sociedad se debe considerar imprescindible el establecimiento de un estándar colectivo, que únicamente es válido para el momento y contexto específico de su establecimiento".

Calidad de Vida es un concepto relativo que depende de cada grupo social y de lo que éste defina como su situación ideal de bienestar. ^(8,9)

4.1.6 Calidad de vida y medio ambiente

Es necesario delinear patrones de vida en los que los medios y formas de producción y consumo tengan una repercusión mínimas en el entorno, intentando, que éste conserve en el tiempo la capacidad de restaurarse de la

incidencia de factores antrópicos (los producidos por el hombre) y también naturales (resiliencia, o sea la capacidad de recuperación).⁽⁹⁾

Por lo tanto hay que producir bienes y servicios sin agotar recursos naturales, alterar el medio y contaminar, tanto en el proceso de producción como en el de consumo (desechos). Aspirar a la calidad de vida, y al *bienestar sostenible*, interpone la racionalización del consumo, lo cual conduce a replantear el desarrollo.⁽⁹⁾

“La racionalización y la humanización del consumo apuntarían hacia la satisfacción de las necesidades básicas biológicas y culturales de todos los sectores sociales en cuanto se relaciona con los desafíos y objetivos ambientales y, por tanto, los ajustes deberían encaminarse principalmente a proteger y estimular la producción de los bienes y servicios destinados esencialmente a la satisfacción de necesidades reales y aspiraciones razonables. Esto significa la eliminación o el desestimulo, en la medida de lo posible de bienes superfluos y suntuarios; asimismo, a garantizar la buena calidad de los productos, su duración y sus posibilidades de mantenimiento y reparación; con medios y formas de producción que implementar tecnologías limpias. El mercado debe ser elástico, operante y retributivo con relación a productos certificados con etiquetas verdes.”^{(9,}

10)

4.1.7 Calidad de vida y necesidades humana

La satisfacción de las necesidades humanas, en último término lleva a una determinada *calidad de vida*. Blanco (1997), define a la calidad de vida como: "el grado de satisfacción de necesidades básicas, bienestar o privación en un periodo de observación". ; entendiéndose que el nivel de satisfacción de estas necesidades va a permitir la estimación de la calidad de vida de la sociedad. La satisfacción de estas necesidades, desde la perspectiva del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), incluye el grado de nivel económico alcanzado por los países como factor preponderante. ⁽¹⁰⁾

El estilo y el nivel de vida de un individuo se desarrolla y se ve reflejado dependiendo del grado de necesidad personal de cada uno, puesto que se debe tener en cuenta la preocupación de la persona por no tener un buen estado de salud bucal, si la calidad de vida de un individuo es óptima, este puede acceder a un estado de salud oral satisfactorio, sin temor a su apariencia física y psicológica. ⁽¹⁰⁾

Así como ha evolucionado el concepto de "Salud", reconociendo que tiene un amplio rango de componentes (Biológicos, mentales, sociales y de calidad de vida); también ha evolucionado el concepto de salud bucal, el cual ha trascendido desde el nivel biológico. La cavidad bucal contribuye con la protección del organismo por medio de la masticación y deglución; alcanza los niveles social y psicológico, donde contribuye con la autoestima, expresión, comunicación y

estética facial. La salud bucal también se ha definido como “dentición funcional y confortable que permite a los individuos continuar con el rol social deseado”, haciendo énfasis su rol como componente integral de la salud, por lo que se entiende que cuando la salud bucal está comprometida, la salud general y la calidad de vida pueden disminuir. Entonces la salud bucal se define no solo clínicamente, sino agregando aspectos como el impacto del dolor bucal en la vida diaria de los individuos, y el grado de inhabilidad o “mal función” de esta. ⁽¹⁰⁾

La calidad de vida es evaluada, haciendo referencia a la salud oral de los adolescentes, de acuerdo al uso del índice OHIP; el cual emplea un instrumento para medirla, relacionando componentes de la salud oral, identificando aspectos que los individuos consideran de importancia para su calidad de vida. El índice fue descrito en 1994 por Slade y Spencer inicialmente con un test de 49 preguntas, posteriormente fue modificado por Slade en 1997 con un test de 14 preguntas debido a la dificultad que se presentaba al realizarlo por su extensión ⁽¹⁰⁾

4.1.8 Índice de Estética Dental

Creado con fines epidemiológicos y adoptados por la OMS El uso del índice de estética dental (IED), descrito por Cons, Jenny y Kohout (1986) establece una lista de rasgos o condiciones oclusales en categorías, ordenadas en una escala de grados que permite observar la severidad necesidades con respecto al tratamiento ortodontico de la población. Tiene dos componentes: estético y dental, uniéndolos

matemáticamente para producir una calificación única que combina los aspectos físicos y estéticos de la oclusión. ⁽¹¹⁾

Este Índice se desarrolló para la dentición permanente, es decir debe ser utilizado para los adolescentes de 12 a los 18 años; pero puede ser adaptado a la dentición mixta, donde al contar el número de incisivos, caninos y premolares faltantes, si es un diente recién exfoliado y parece que el permanente está a punto de erupcionar, no se registra la ausencia. ⁽¹¹⁾

Este constituye un método rápido de aplicar, altamente reproducible que no necesita del Uso de radiografías, lo cual genera ventajas tanto en la investigación como en la mejora de los estándares de práctica clínica. ⁽¹¹⁾.

Índice de estética dental para caracterizar el estado clínico de la oclusión en la población menor de 19 años y comparar sus resultados con el criterio del especialista. Las características oclusales que integra el DAI son de gran importancia sobre la apariencia, y debido a esto están relacionadas con las necesidades percibidas de tratamiento, integrando factores psicosociales y físicos de la maloclusión. El empleo del índice asegura la coincidencia, en la mayoría de los casos, entre el criterio normativo y subjetivo, sobre todo en aquellos con afecciones más severas, lo que resulta importante para guiar la planificación de las acciones terapéuticas ⁽¹¹⁾

4.2 LIMITACIONES DEL INDICE DE ESTETICA DENTAL.

- Discrepancias de la línea media
- Mordida profunda traumática
- Mordida cruzada posterior
- Mordida abierta posterior

Aplicación del Índice de Estética Dental:

El DAI está dado por una ecuación de regresión estándar que tiene presentes 10 componentes o características oclusales, con sus correspondientes coeficientes, cuyos valores exactos y redondeados son:

COMPONENTES DE LA ECUACIÓN DE REGRESIÓN DEL INDICE DE ESTETICA DENTAL

4.2.1 COMPONENTES COEFICIENTE DE REGRESIÓN

Número de dientes visibles faltantes (incisivos, caninos y premolares

En la arcada superior e inferior. 6

Evaluación de apiñamiento en los segmentos incisales: 1

0 = no hay segmentos apiñados

1 = un segmento apiñado

2 = dos segmentos apiñados

Evaluación de espaciamiento en los segmentos incisales: 1

0 = no hay segmentos espaciados

1 = un segmento espaciado

2 = dos segmentos espaciados

Medición de diastema en la línea media en milímetros 3

Mayor irregularidad anterior en el maxilar en milímetros 1

Mayor irregularidad anterior en la mandíbula en milímetros 1

Medición de overjet anterior maxilar en milímetros 2

Medición de overjet anterior mandibular en milímetros 4

Medición de mordida abierta anterior vertical en milímetros 4

Evaluación de la relación molar anteroposterior; mayor desviación

De lo normal, ya sea derecha o izquierda:3

0 = normal

1 = media cúspide, ya sea mesial o distal

2 = una cúspide completa o más, ya sea mesial o distal

CONSTANTE 13

TOTAL REGISTRO INDICE DE ESTETICA DENTAL

Interpretación del Índice de Estética Dental:

Después de que una calificación ha sido calculada, se puede colocar en una escala que determina el punto en el que la calificación se ubica entre lo menos y lo más socialmente Aceptable referente a la apariencia dental. Mientras mayor sea la diferencia entre la Apariencia dental aceptada por el grupo y la determinada, es más probable que la condición oclusal sea socialmente o físicamente discapacitante. ⁽¹¹⁾

4.2.2 INTERPRETACIÓN INDICE DE ESTETICA DENTAL

CALIFICACIÓN INTERPRETACIÓN

- Menor o igual a 25 Oclusión Normal o maloclusión mínima, sin necesidad de Tratamiento o sólo un tratamiento menor.

- 26 - 30 Maloclusión definitiva con tratamiento efectivo.
- 30-35 Maloclusión severa con necesidad de tratamiento altamente
- Deseable por el paciente.
- Mayor o igual a 36 Maloclusión muy severa o discapacitante con tratamiento Obligatorio y prioritario. ⁽¹¹⁾

4.3 PATOLOGÍAS QUE AFECTAN LA SALUD ORAL

Según la OMS la caries dental y la enfermedad periodontal han sido Consideradas como las enfermedades de mayor peso en la historia de la morbilidad bucal a nivel mundial. En la actualidad, la distribución y severidad de las mismas varía de una región a otra y su aparición está fuertemente asociada con factores socioculturales, económicos, del ambiente y del comportamiento. Según la OMS una de las metas a lograr en la población infantil es de llegar al 50% de los niños libres de caries en Colombia, hipotéticamente se resalta que el 75% de la caries dental está en el 25% de la población, con algunas diferencias por grupos de edad. ⁽¹²⁾

La caries es aún el mayor problema de salud bucodental en la mayoría de países industrializados, llegando afectar entre 60% y 90% de la población escolar y adulta. Estudios Realizados a principios de la década de 1990 en algunos países

latinoamericanos como República Dominicana, Argentina, Venezuela y Ecuador, informaban que entre 85% y 97% de la población presentaba esta enfermedad ⁽¹²⁾.

En Colombia, la caries es la enfermedad oral de mayor prevalencia en la población adolescente y, sus efectos aumentan en la medida que la edad es mayor. Según el III Estudio de Salud Bucal, el índice COP-D (sumatoria de dientes-D con caries-C, con obturación permanente-O y Perdidos por caries-P, sobre el total de individuos examinados) fue estimado en 2.3 para los 12 años, cumpliéndose la meta de 3.0 esperada por la Organización Mundial de la Salud

(OMS) para el año 2000, pero llegando a ser de 5.2 en adolescentes entre 15 y 19 años ⁽¹²⁾.

En el departamento del Valle del Cauca, uno de los 32 entes territoriales en que se divide la República de Colombia, la prevalencia de caries aumenta 14.4% entre los 14 y los 15 años de edad. El índice COP-D en adolescentes vallecaucanos es de 2.6 a los 12 años y llega hasta 11.4 a los 15 años de edad. Además, esta enfermedad bucal ocupa el tercer lugar como motivo de consulta externa, después de las enfermedades cardiovasculares y respiratorias ⁽¹²⁾.

Por otra parte, la caries dental a través del tiempo se ha identificado como una de las patologías más comunes en la humanidad. El índice epidemiológico, para medir la historia de caries en un individuo, es el índice COP. Descrito por Klein, Palmer y Knutson en 1935, el índice evalúa la historia de caries en dentición permanente y temporal: ceo, según la carga por componente. (C: diente afectado por caries, O: obturado por caries, P: perdido por caries) también permite

identificar: La proporción de personas con historia de caries, la prevalencia de caries y el promedio poblacional.⁽¹²⁾

La caries dental es una enfermedad infecciosa que afecta a los tejidos duros de los dientes. Algunos investigadores han sugerido que la colonización temprana del *Streptococcus mutans*, la acumulación de placa en la superficie anterior y posterior de la cavidad oral, diversos factores sociodemográficos, así como también algunos otros como los hábitos de alimentación y de higiene oral, se encuentran asociados con el desarrollo de caries dental. Sin embargo, la relación entre otros factores como la escolaridad materna y el estatus socioeconómico de la familia con la caries dental en adolescentes requiere ser mejor estudiada. La presencia de bacterias cariogénicas en la cavidad oral de los adolescentes puede ser un factor importante que favorezca el desarrollo de caries dental ⁽¹³⁾.

Determinar en qué medida algunos factores de riesgo como la escolaridad materna y el estatus socioeconómico de la familia se relacionan con el desarrollo de caries dental puede ser un paso importante para la prevención de la misma. Además, contar con información correcta acerca del comportamiento epidemiológico de la caries dental es importante porque permite establecer programas de salud para la prevención y el manejo oportuno de esta condición, la caries dental puede afectar de forma significativa diversas funciones del sistema orofacial; de no ser controlada, puede comprometer el desarrollo integral del individuo, en relación a procesos asociados con la alimentación, nutrición, fonética, comunicación y estética. ⁽¹³⁾

Las maloclusiones están consideradas como la tercera patología oral de mayor prevalencia e impacto en el mundo, a pesar de esto son pocos los estudios en Chile que abordan el tema y consideran sus consecuencias en la calidad de vida o su relación con grupos poblacionales específicos. ⁽¹⁴⁾

El efecto de las mal oclusiones no es tan sólo funcional y/o estético, sino que también influye en los aspectos psicosociales. Diversas metodologías e índices se han desarrollado tanto para cuantificar la presencia y gravedad de las mal oclusiones como para ver la relación e impacto sobre los aspectos estéticos y la calidad de vida; ante todas estas opciones la Organización Mundial de la Salud ha decidido optar por el Índice Estético Dental como instrumento evaluador (OMS, 1997), esto gracias a que combina tanto aspectos objetivos de necesidad de tratamiento ortodóntico como los estéticos subjetivos ⁽¹⁴⁾.

5. OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GENERAL

Identificar la posible relación entre salud oral y la calidad de vida en la población adolescente, a través de una Revisión de la literatura científica.

5.1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar la relación entre el índice de estética dental (DAI) maloclusion y la calidad de vida de la población de 12 a 18 años.
- Identificar los componentes del Índice COPD (Historia de caries) y su repercusión en la calidad de vida de la población adolescente
- Analizar la posible relación del comportamiento académico y laboral y su desarrollo integral en el adolescente, derivado de su condición de salud oral.
- Identificar la posible afectación de la calidad de vida relacionada con trastornos bucodentales asociada al nivel socioeconómico y al sexo.

6. ASPECTOS METODOLÓGICOS

Se analizaron 41 artículos sobre la relación entre salud oral y calidad de vida en los adolescentes, que cumplieran las condiciones de búsqueda. Se analizó título, población de estudio, año de publicación y resumen basadas en las unidades de análisis a investigar. Se eliminaron 3 artículos por no presentar resultados coherentes, 6 por no especificar la población de estudio, 4 por el título del estudio

incumpliendo con los criterios de elegibilidad, los 28 restantes fueron seleccionados para ser analizados.

TIPO DE ESTUDIO	NUMERO DE ARTICULOS
Revisión de la literatura	1
Revisión sistemática	1
Descriptivos	1
Cohorte	1
Corte Transversal	24

7. Tipo de estudio

Revisión de la literatura

8. Objeto de estudio

Salud oral y calidad de vida en adolescentes.

8.1 MATERIAL OBJETO DE ESTUDIO

Artículos científicos con relación a salud oral y calidad de vida en adolescentes

9. Criterios de elegibilidad

9.1 Criterios de Inclusión

- Artículos científicos publicados en el periodo del 2000 a 2012.
- Artículos científicos en idioma inglés y español.
- Artículos científicos que incluyan población entre los 12 y 18 años de ambos géneros.
- Artículos científicos que incluyan los diferentes indicadores epidemiológicos relacionados con la salud oral.
- Artículos científicos cuyo diseño de estudio sea observacional descriptivos, observacional analítico, ensayos comunitarios y revisiones sistemáticas.

9.2 Criterios de Exclusión

- Artículos científicos que incluyan población con alguna condición de discapacidad o enfermedad sistémica

10. UNIDAD DE ANALISIS

- Relación entre el índice de estética dental (DAI), maloclusion y la calidad de vida de la población de 12 a 18 años.

- Componentes del Índice COPD (Historia de caries) y su repercusión en la calidad de vida de la población adolescente
- Posible relación del comportamiento académico y laboral y su desarrollo integral en el adolescente, derivado de su condición de salud oral.
- Posible afectación de la calidad de vida relacionada con trastornos bucodentales asociada al nivel socioeconómico y al género

11. Procedimiento

Para llevar a cabo la realización de este estudio se tuvo en cuenta el siguiente parámetro de investigación estipulado.

Tipo de estudio: Revisión de la literatura Material objeto de estudio: Literatura científica (Fuentes primarias) relacionadas con los indicadores epidemiológicos que identifican la calidad de vida.

Se realizó búsqueda electrónica en las bases de datos Pubmed, Ebsco, Biomed Central Y Scielo, con los siguientes descriptores de búsquedas: *Oral Health, Quality of Life, Decayed, Missing, Filled Teeth (DMFT), Malocclusion, Dental Aesthetic Index (DAI) y Oral Health Impact Profile (OHIP)*. La estrategia de búsqueda empleada se hizo con base a los descriptores de búsqueda: Oral Health AND Quality of Life; Oral Health AND Quality of Life AND malocclusion, Oral

Health AND Quality of Life AND Dental Aesthetic Index, Oral Health AND Quality of Life AND Oral Health Impact Profile.

Se incluyeron las palabras clave o descriptores de búsqueda en las bases de datos y se registró el número de títulos por palabra clave. Luego se inició con la selección de la información de los artículos que en el título incluían los términos de búsqueda y se relacionaban con el tema de investigación. Posteriormente se realizó lectura de los abstract, seleccionados los artículos que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. Paso seguido se analizaron los artículos en texto completo. Se descartaron los artículos duplicados y finalmente se incluyeron en la matriz bibliográfica aquellos que cumplieran con los criterios de elegibilidad, teniendo en cuenta fundamentalmente el tipo de estudio y la calidad metodológica de los mismos.

Búsqueda y selección de la información: se seleccionaron inicialmente los artículos con los títulos que incluyeron los términos de búsqueda establecidos, posteriormente se realizó la lectura de abstract, de este grupo fueron seleccionados los artículos que cumplieran con los criterios de inclusión: Artículos científicos que contenga información acerca de la salud oral y calidad de vida en adolescentes, Artículos científicos publicados en el periodo del 2000 a 2012, Artículos científicos en español e inglés. Finalmente se realizó la lectura del texto completo.

Los artículos científicos seleccionados se organizaron en el matiz bibliográfica con el fin de dar respuesta las unidades de análisis planteadas por la investigación.

BASE DE DATOS	TOTAL DE ARTICULOS	ARTICULOS CON LIMITS	ARTICULOS QUE CUMPLEN CRITERIO DE INCLUSION
PUBMED	4235	752	9
SCIELO	187	26	7
EBSCO	14	5	6
BIOMED CENTRAL	5080	326	6

TIPO DE ESTUDIO	NUMERO DE ARTICULOS
Revisión de la literatura	1
Revisión sistemática	1
Descriptivos	1
Cohorte	1
Corte Transversal	24



11.1 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

- Ver anexo en cd's adjuntos

12. RESULTADOS

12.1 UNIDADES DE ANALISIS

12.1.1 Relación entre el índice de estética dental (DAI), Maloclusión y la calidad de vida de la población de 12 a 18 años.

Las características oclusales que integra el DAI son de gran importancia sobre la apariencia, y debido a esto están relacionadas con las necesidades percibidas de tratamiento, integrando factores psicosociales y físicos de la maloclusión. El empleo del índice asegura la coincidencia, en la mayoría de los casos, entre el criterio normativo y subjetivo, sobre todo en aquellos con afecciones más severas, lo que resulta importante para guiar la planificación de las acciones terapéuticas.

Reyes L y col ⁽¹⁶⁾ y Artenio I ⁽²⁵⁾ En su estudio *“relación entre el índice de estética dental (DAI), Maloclusión y la calidad de vida de la población de 12 a 18 años “Malocclusion prevalence and comparison between the Angle classification and the Dental Aesthetic Index in scholars in the interior of São Paulo state – Brazil”* según el tipo de malocclusion reportaron de acuerdo al índice de estética dental (DAI) aplicado en los adolescentes examinados que la Maloclusion leve o normal se presento de (60 a 65 %).

.Aguilar A. y col. ⁽¹⁷⁾ En su estudio *“Índice estética dental DAI y necesidad de tratamiento ortodóntico en escolares verano”* y Velasquez, R. ⁽¹⁵⁾ En su estudio *“Maloclusiones y su impacto psicosocial en estudiantes de un liceo intercultural”* observaron que el tipo de Maloclusion severa con un (20%) Apiñamiento (56.5 a 86 %) fue el de más relevancia en los adolescentes. Según la variable satisfacción los autores Velásquez, R. ⁽¹⁵⁾ En su estudio *“Maloclusiones y su impacto psicosocial en estudiantes de un liceo intercultural”* y Reyes L y col ⁽¹⁶⁾ *“relación entre el índice de estética dental (DAI), Maloclusión y la calidad de vida de la población de 12 a 18 años”* se presento afectación, de confianza y relacion con sus pares en un 53 a 95% siendo más representativo en las mujeres (OR = 4,21 con intervalo de confianza al 95 % de: $1,65 < OR < 11,15$ y $p = 0,0007$). Gutiérrez Y y col. ⁽¹⁹⁾ *“Presence of malocclusions in adolescents and its relation with determined psychosocial factors”* de acuerdo a su estudio demostró que la variable satisfacción no tenia afectación alguna en los adolescentes según el 85.4%.

12.1.2 Componentes del Índice COPD (Historia de caries) y su repercusión en la calidad de vida de la población adolescente

Las alteraciones de la estructura dental es una situación que afecta a la mayoría de escolares y adolescentes; esto a su vez compromete el estado

físico del menor en la aparición de patologías del sistema digestivo, bajo rendimiento escolar y posteriormente problemas de tipo emocional. La literatura revela que durante la adolescencia el impacto de la caries es alto, lo cual se ha demostrado a través de evidencia científica. ⁽¹²⁾

Historia de caries: Según Franco M y col. ⁽¹⁸⁾ en su estudio *“Reemergencia de la caries dental en adolescentes”*, De acuerdo a las instituciones educativas en una muestra de 1292 adolescentes con edades entre 14 y 17 años, se presentó en colegios públicos: la historia de caries la cual osciló entre el 65 y 80%, mientras que en los privados fue del 50 al 60%; observando mayor persistencia en la edad de 17 años.

Según Hernández J y col, ⁽²³⁾ en su estudio *“Epidemiología de la caries en adolescentes de un consultorio odontológico Venezolano”* Analizando la muestra de 151 adolescentes de 12 a 14 años, donde el 60.3% presentó historia de caries, observando mayor frecuencia a los 14 años afectando más al género masculino.

Prevalencia: Según Dumitache y col, ⁽²⁶⁾ *“life quality related to oral health of schoolchildren from Bucharest”* Reporta en su estudio de 413 participantes en donde el 44.7% presentó caries moderada. De acuerdo a la afectación de la calidad de vida, se observó que la caries dental persistió en un 57.4% de los participantes afectando las actividades diarias de los adolescentes con un valor ($p = 0,01$).

Según Franco M y col, ⁽¹⁸⁾ en su estudio "Reemergencia de la caries dental en adolescentes", en una muestra de 1292 adolescentes, en instituciones educativas se presentó un 68% de caries en colegios públicos comparándolo con un 39% en colegios privados.

Según Haye M y Col, ⁽²⁸⁾ en su "estudio Relationship between oral health and its impact on quality of life among adolescents" y Marquez M y col, ⁽²⁴⁾ "epidemiología de la caries dental en niños de 6 - 12 años en la Clínica Odontológica" analizando la muestra de 247 y 140 adolescentes en donde la prevalencia de caries fue de un 88.26% a un 95%, con relación en la afectación de calidad de vida, se observa que a pesar de tener un elevado porcentaje, no se presenta mayor impacto en la calidad de vida de los adolescentes.

Carga por componente: Según Franco M y col ⁽¹⁸⁾ en el estudio "*Reemergencia de la caries dental en adolescentes*", Reporto según instituciones educativas en colegios públicos en la edad de 14 años el componente que se observo más afectado fue el cariado con un promedio de 2.8 de dientes afectados sobre los colegios privados con un valor de 0.7 de dientes afectados aumentando a los 17 años en publicos de 4.5 y en privados de 2.8 d dientes afectados.

Según Haye M y Col, ⁽²⁸⁾ en su estudio "*Relationship between oral health and its impact on quality of life among adolescents*" en su estudio donde la

muestra fue de 247 adolescentes, según el COPD, el componente con mayor valor fueron los dientes obturados con un valor de 3.4 de dientes afectados.

Según Hernández J y col ⁽²³⁾ en su estudio "*Epidemiología de la caries en adolescentes de un consultorio odontológico Venezolano*" en su estudio donde la muestra fue de 151 adolescentes, observando un promedio bajo de los componentes cariado y obturado con un valor de 1.5 de dientes afectados.

Según Marquez M y col, ⁽²⁴⁾ "*epidemiología de la caries dental en niños de 6 - 12 años en la Clínica Odontológica*" De acuerdo a los 20 pacientes de 12 años el componente que se vio más afectado fue el cariado con 37 dientes sobre el componente obturado 10 y perdidos 12 con un promedio de COPD: 2.9 de dientes afectados.

Promedio poblacional (COP Comunitario):

Según Dumitache y col, ⁽²⁶⁾ "*life quality related to oral health of schoolchildren from Bucharest*" en su estudio de 413 participantes el valor total de COP-D fue de 2,08 de dientes afectados.

Según Franco M y col, ⁽¹⁸⁾ en el estudio "*Reemergencia de la caries dental en adolescentes*" de acuerdo a las instituciones educativas en una muestra de 1292 adolescentes, el COPD a los 14 años alcanzo un valor de 10.5 de dientes afectados en los colegios públicos y de 4.3 de dientes afectados en

los colegios privados, observando que en la mayoría de las edades el valor se duplico y se triplico.

Según Haye M y Col, ⁽²⁸⁾ en su “*estudio Relationship between oral health and its impact on quality of life among adolescents*” en su estudio donde la muestra fue de 247 adolescentes, el promedio poblacional fue de 5.4, de dientes afectados en adolescentes entre 15 y 17 años.

Según Maquez M y col, ⁽²⁴⁾ “*Epidemiología de la caries dental en niños de 6 - 12 años en la Clínica Odontológica*” en su estudio con pacientes de 10, 11 y 12 años el promedio poblacional fue de 1.8 de dientes afectados de toda la muestra.

12.1.3 Posible relación del comportamiento académico y laboral y su desarrollo integral en el adolescente, derivado de su condición de salud oral

Haye M ⁽²⁸⁾ en su estudio “*Relationship between oral health and its impact on quality of life among adolescents*” y Dumitrache A ⁽²⁶⁾ en su estudio “*life quality related to oral health of schoolchildren from Bucharest*” de acuerdo al índice de calidad vida OHIP se obtuvo una media de 3, 95. En donde cada pregunta varia de 0 a 4, en donde predomino el valor 0 (nunca) en un (42. a 50%) el cual indicaba poca interferencia en las actividades cotidianas de la población.

Tuesca R ⁽¹³⁾ en su estudio *“Calidad de vida relacionada con la salud y determinantes sociodemográficos en adolescentes de Barranquilla (Colombia)”*. Naito M ⁽²⁷⁾ en su estudio *“Oral health status and health-related quality of life: a systematic review.”* Gutiérrez Y ⁽¹⁹⁾. *“Presence of malocclusions in adolescents and its relation with determined psychosocial factors”*; de acuerdo a las puntuaciones con respecto a los jóvenes entre 14 y 15 años según género mostraron salud general $33,8 \pm 23,8$, rol emocional $64,9 \pm 42,9$ y vitalidad $76,6 \pm 23,2$. e índice sumario mental $69,32 \pm 15,7$. con respecto a los jóvenes de 16 años. Obteniendo que se refleja una alta calidad de vida y menos estrés emocional comparado con sus pares mayores. la peor calidad de vida en estas dimensiones se relaciona con enfermedades crónicas como alteración temporomandibular, y maloclusión con 53.40% situación social (desplazamiento, drogadicción (18,32). complejo de inferioridad en un 50%.

12.1.4 Posible afectación de la calidad de vida relacionada con trastornos bucodentales asociada al nivel socioeconómico y al género

Reyes L. ⁽¹⁶⁾ en su estudio. *“maloclusiones por el índice de estética dental (DAI) en la población menor de 19 años”*, Velásquez R. ⁽¹⁵⁾ *“Maloclusiones y su impacto psicosocial en estudiantes de un liceo intercultural”*. y Gutiérrez Y y col, ⁽¹⁹⁾ en su estudio. *“Presence of malocclusions in adolescents and its relation with determined psychosocial factors”*; argumentan que existe

una mayor proporción de maloclusión en el género femenino con un valor aproximado de (53%) sobre el (47 %) del género masculino. Caracterizando con mayor prevalencia la edad de 11 a 14 años. Aun que no alcanza a considerarse estadísticamente significativa, $p = 0,2008$.

Mafla A. ⁽⁴⁾ en su estudio. *“maloclusión y necesidad de tratamiento ortodóntico en adolescentes de pasto, colombia”* Reportan que el género masculino tuvo mayor predominio con un (61.6%) sobre el (38.4%) del género femenino, De acuerdo a la ausencia y diastema dental el género masculino presento (81.4%) sobre el (0%) del género femenino, presentando una evidencia estadísticamente significativa ($p < 0,01$).

Peresy k, ⁽²¹⁾ en su estudio *“Social and dental status along the life course and oral health impacts in adolescents: a population-based birth cohort”* Mafla A. ⁽⁴⁾ en su estudio. *“maloclusión y necesidad de tratamiento ortodóntico en adolescentes de pasto, colombia”* De acuerdo al nivel socioeconómico, los adolescentes que se encuentran en un nivel social bajo 63.3% y que consumen alimentos no saludables sobre los niveles medio con un (27.3%) y alto con un (9,1%) presentan un dolor dental de 12,1%, trauma dental de 14,9% y fluorosis dental de 14,9%, afectando su calidad de vida, en comparación con los que están libres de enfermedades. Observando una diferencia significativa ($p < 0,05$) con respecto a las maloclusiones.

Tuesca R ⁽¹³⁾ en su estudio *“Calidad de vida relacionada con la salud y determinantes sociodemográficos en adolescentes de Barranquilla (Colombia)”*

Según este estudio de acuerdo a las instituciones públicas y privadas, los escolares de nivel socioeconómico bajo obtuvieron mejor puntuación en salud comparados con los de niveles medio y alto ($31,5 \pm 24,0$ $p < 0,05$) presentando que el nivel socioeconómico no influye en la calidad de vida.

13. DISCUSION

La relación que existe entre la salud oral y la calidad de vida en adolescentes, revisada a través de la evidencia científica a partir de los diferentes componentes

13.1 Relación entre el índice de estética dental (DAI), Maloclusión y la calidad de vida de la población de 12 a 18 años.

El índice de estética dental es un instrumento que se utiliza para medir el grado de severidad de las condiciones oclusales y estéticas. Según Reyes L y col ⁽¹⁶⁾. Se observó que la mayoría de los participantes presentaron oclusión normal al momento de examinarlos y aplicar el índice (IED) sin embargo Los autores Aguilar A. Y Velázquez R y col ^(15 17). Mostraron en sus estudios que la maloclusión severa fue la más presentada en los adolescentes al momento de aplicar el índice. De acuerdo a la satisfacción y apariencia dental, en el estudio realizado por Reyes L. ⁽¹⁶⁾ Demuestra q la maloclusión juega un papel importante en donde existe insatisfacción ante su apariencia dental, haciendo que no exista autoconfianza.

Así mismo Velásquez, R ⁽¹⁵⁾ reporta que además de verse afectada su apariencia, su confianza e insatisfacción “tapándose La boca”, también se ve afectado al momento de relacionarse con sus pares. Sin embargo Gutiérrez Y ⁽¹⁹⁾. Al relacionar la imagen de si mismo con la afectación de la estética observo que en los adolescentes no había gran afectación en recibir tratamiento para mejorar su apariencia dental pues no lo veían como un punto importante al momento de relacionarse con sus pares.

13.2 Los componentes del Índice COPD (Historia de caries) y su repercusión en la calidad de vida de la población adolescente.

Según franco M y col ⁽¹⁸⁾ De acuerdo a la frecuencia y distribución de instituciones educativas que los colegios públicos presenan mayor afectación en la historia de caries que en los privados analizando de acuerdo a las edades de 14 a 17 años que los adolescentes de 17 años tuvieron mayor persistencia de la patología, sin embargo Hernández J y col, ⁽²³⁾ controvierte el argumento ya que en su estudio el grupo de edad que mas presento historia de caries fue a los 14 años afectando mas al género masculino.

Según la prevalencia y carga por componente de caries Dumitache y col ⁽²⁶⁾, refieren que existe un alto porcentaje de caries el cual afecta la calidad de vida y las actividades cotidianas de los adolescentes en donde franco M y col, ⁽¹⁸⁾

argumenta, según las instituciones educativas, que los alumnos de los colegios públicos tienen mayor afectación de caries dental frente a los privados teniendo en cuenta que a medida que aumenta la edad se obtiene más afectación dental manifestando el componente más alterado sigue siendo el cariado sin embargo Haye M y Col, ⁽²⁸⁾ y Marquez M y col ⁽²⁴⁾ , Argumentan manifestando que a pesar de la alta prevalencia de caries en los adolescentes no se presenta un mayor impacto en las actividades diarias y la calidad de vida de los adolescentes y según los componentes las obturaciones se presentaron con más frecuencia en los adolescentes con respecto a los demás.

13.3 Posible relación del comportamiento académico y laboral y su desarrollo integral en el adolescente

Naito M, Gutierrez Y .Tuesca R, ^(13, 19,27) manifiestan que las enfermedades orales tienen un impacto significativo en el individuo y la comunidad ya que presenta una consecuencia en la pérdida de trabajo trastornos del sueño y reducción de contactos sociales. Y observando los adolescentes según la edad entre 14 y 15 años que su calidad de vida y estrés es menor en comparación con la edad de 16 años manifestando que las áreas que más se relacionan para afectar la calidad de vida son las enfermedades crónicas, situación social, desplazamiento, drogadicción y violencia analizando su nivel emocional como vergüenza preocupación y problemas de inferioridad con respecto a los demás.

Sin embargo Haye M, y Dumitrache A ^(26,28), reportan de acuerdo al índice de calidad de vida que los problemas orales tienen poca interferencia en las actividades cotidianas de la población aunque refiriere que la sensación de dolor puede ser constante pero moderado sin presentar alteración en la calidad de vida.

13.4 Posible afectación de la calidad de vida relacionada con trastornos bucodentales asociada al nivel socioeconómico y al sexo.

De acuerdo a la frecuencia y distribución por género, Reyes L., Y Velásquez R. ^(15,16) reportan que las alteraciones se presentan con mayor frecuencia en mujeres, donde predomina el rango de edad de 11 a 14 años. Sin embargo Aguilar A. y col., Gutiérrez Y y col, ^(17, 19) Realizaron una comparación en su estudio donde evidencian que el género masculino tenia gran incidencia en anomalías con respecto al género femenino, Así mismo Mafla A. ⁽⁴⁾. En su estudio "Maloclusión y necesidad de tratamiento ortodontico en adolescentes de Pasto, Colombia" sustenta que las anomalías de oclusión afecta con mayor frecuencia al género masculino, por lo cual los datos con relación a esta variable continúan generando controversia, sugiriendo la participación de componentes adicionales, más allá del género como variable exclusiva.

En relación a la variable socioeconómica el estudio realizado por Vázquez E y col ⁽¹⁴⁾. No demostró diferencias significativas entre el género de los padres, sin embargo el grado de escolaridad de los mismos influye en la representación social

de los niños, siendo directamente proporcional con el estado de salud oral. En el mismo sentido, Peres K y col ⁽²¹⁾, reportaron que los hijos de las madres cabezas de familia de estratos socioeconómicos bajos, presentaban inadecuadas prácticas de higiene oral, dolor dental, trauma dental y fluorosis dental demostrando también que el bajo nivel socioeconómico es un factor adicional que repercute negativamente sobre las condiciones de salud oral.

14. CONCLUSIÓN

Se sugiere realizar estudios de mayor nivel de evidencia con el fin de identificar la relación de los indicadores epidemiológicos con la calidad de vida de los diferentes grupos poblacionales, incluida la infancia y la adultez, con el fin de identificar los elementos comunes en el análisis durante los diferentes ciclos vitales.

15. RECOMENDACIONES

Se sugiere realizar estudios de mayor nivel de evidencia con el fin de identificar la relación de los indicadores epidemiológicos con la calidad de vida de los diferentes grupos poblacionales, incluida la infancia y la adultez, con el fin de identificar los elementos comunes en el análisis durante los diferentes ciclos vitales.

16. REFERENCIAS

1. García M. Adolescencia y salud bucal, Adolescencia Latinoamericana; •1414-7130/98/1-170-174. Disponible en:
<http://ral-dolec.bvs.br/pdf/ral/v1n3/a06v01n3.pdf>
2. Misrachi C, Ríos M, Morales I, Urzúa J, Barahona P. Calidad de vida y condición de salud oral en embarazadas chilenas e inmigrantes peruanas. Rev. Perú Med 2009, 26 (4): 455-61. Disponible en:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342009000400007&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1726-4634.
3. Donald A, What is quality of life? 2° ed, Hayward Med, May 2009, 1-8. Disponible en:
<http://www.medicine.ox.ac.uk/bandolier/painres/download/whatis/WhatisQOL.pdf>
4. Mafla A, Adolescencia: cambios bio- psicosociales y salud oral, Colombia Méd 2008 Ene,39 (1), 41-57. Disponible en:
<http://www.bioline.org.br/pdf/rc08006>
5. Parreño M. Ciencia para calidad de vida: conocimiento aplicado al bienestar. Instituto Jesús en el Huerto de los Olivos, Olivos, Buenos Aires. Año 2003: 1-7. Disponible en:
<http://www2.ib.edu.ar/becaib/bib2004/Finalistas/MariaParreno.pdf>

6. Castro C, Reygadas D. Calidad de Vida: Una perspectiva Individual,
Disponible en:
<http://www.monografias.com/trabajos15/calidad-de-vida/calidad-de-vida.shtml>
7. Kushnir D, Shlomo P, validation of a Hebrew version of the Oral Health Impact Profile, Public Health Dent 2004 14 jun 64(2): 71- 75.

Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15180074>
8. Calero j. El tratamiento y la calidad de vida. editores fundamentos de epidemiologia clínica. Madrid 2005: 153-166. Disponible en:
http://ciruelo.uninorte.edu.co/pdf/salud_uninorte/21/8_La%20Calidad%20de%20Vida.pdf.
9. Ruiz O, Estupinan S, Miller T, Soto A, Hernández F. Salud del niño y de la adolescente salud familiar y comunitaria,
10. Palomba R, Calidad de Vida: Conceptos y medidas, Institute of Population Research and Social Policies. Roma, 2002 Mié 24 Jul. CELADE / División de Población, CEPAL, Santiago, Chile. Disponible en:
http://www.cepal.org/celade/agenda/2/10592/envejecimientoRP1_ppt.pdf
11. Jenny J, Cons N, Guide Lines for using the DAI. A supplement ro DAI, the Dental Aesthetic Index. Iowa City; University of Iowa; 1988 7. Disponible en:
<http://estsocial.sld.cu/docs/Publicaciones/Indice%20de%20estetica%20dental.pdf>

12. Tascón J, Cabrera G, Creencias sobre caries e higiene oral en adolescentes del Valle del Cauca Col Méd 2005 Abr-Jun 36(2): 73-78.
Disponible en: <http://www.bioline.org.br/pdf/rc05012>
13. Tuesca Molina R, Centeno Romero H, Ossa Salgado M, García Delgado N, Lobo López J. Calidad de vida relacionada con la salud y determinantes sociodemográficos en adolescentes de Barranquilla (Col.) Salud Uninorte 2008 Mar 28, 24 (1): 53-63. Disponible en:
www.scielo.org.co/pdf/sun/v24n1/v24n1a07.pdf
14. Vázquez Rodríguez E, Calafell Ceballos R, Barrientos Gómez M, Ochoa D, Saldívar González A, Cruz Torres D, et al Prevalencia de caries dental en adolescentes: Asociación con género, escolaridad materna y estatus socioeconómico familiar, Rev CES Odon 2011 May, 24(1):17-22. Disponible en:
http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=74231&id_seccion=4093&id_ejemplar=7405&id_revista=188
15. Cartes Velásquez R, Araya E, Valdés C. Maloclusiones y su Impacto Psicosocial en Estudiantes de un Liceo Intercultural J. Odontostomat 2010, 4(1): 65-70. Disponible en:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-381X2010000100011&lng=es. doi: 10.4067/S0718- 81X2010000100011.
16. Reyes L, Machado Martínez M, Martínez Herrada Y, Muñoz Medina M. Maloclusiones por el índice de estética dental DAI en la población menor de 19 años, Rev cubana estomatol 2004 sep-dic, 41(3): 1-9. Disponible en:

http://www.bvs.sld.cu/revistas/est/vol41_3_04/est06304.htm

17. Perez Aguilar V, Garcia Reyes G, Cardenas León A, Carrazco Gutierrez R, Castro Bernal C, Et al, Indice estetica dental DAI 2007 y nesecidad de tratamiento ortodoncico en escolares, verano, Oral Rev 2008 9 (29): 472-475. Disponible en:
http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=53741&id_seccion=2029&id_ejemplar=5440&id_revista=124
18. Franco Cortes M, Guzmán Zuluaga I, Gómez Restrepo A, Ardila Medina C. Reemergencia de la caries dental en adolescentes, Av. Odontoestomatol 2010, 26(5): 263-270. Disponible en:
scielo.isciii.es/pdf/odonto/v26n5/original5.pdf
19. Gutiérrez Reina Y, Expósito Martín I, Jiménez Macías I, Estrada Verdeja V, Martín Zaldívar L. Presence of malocclusions in adoloscentes and its relation with determined psychosocial factors, 2008 sep-oct 12 (5).
Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552008000500010&lng=es.
20. Jipa I, amariei C. Oral health-related quality of life: a broader perspective, AMT 2012 Ene 31, 2(1): 274-276. Disponible en:
<http://www.amtsibiu.ro/Arhiva/2012/Nr1-en/Jipa.pdf>.
21. Peres K, Peres M, Araujo C, Menezes A, Hallal P. Social and dental status along the life course and oral health impacts in adolescents, Biomed central

2009 22 Nov, 7 (95): 1-10. Disponible en:

<http://www.hqlo.com/content/7/1/95>

22. Koposova N, Widström E, Eisemann M, Koposov R, Eriksen H. Oral health and quality of life in Norwegian and Russian school children: A pilot study, *Stomatologia, Baltic Dental and Maxillofacial J* 2010 26 Mar, 12 (1): 10-16. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20440091>
23. Hernández J, Arpizar Quintana R, Chávez González Z, López Morata B, Coureaux Rojas L. Epidemiología de la caries en adolescentes de un consultorio odontológico venezolano. *Medisan* 2010 5 feb, 14(1): 42-48. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/san/vol_14_1_10/san08110.htm
24. Márquez Filiú M, Rodríguez Castillo R, Rodríguez Jerez Y, Estrada Pereira G, Aroche Arzuaga A. Epidemiología de la caries dental en niños de 6 - 12 años en la Clínica Odontológica. *Med* 2009 May 13: 1-5. Disponible en: http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=59750&id_seccion=636&id_ejemplar=6042&id_revista=80.
25. Isper Garbin A, Pereira Perin P, Saliba Garbin C, Lolli L. Maloclusión prevalencia y la comparación entre la clasificación de angle e Índice de Estética Dental en escolares en el interior del estado de São Paulo – Brasil, *Dental Press J Orthod* 2010 July-Aug, 15(4): 94-102 Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072007000100004&lng=es.

26. Dumitrache M, Comes C, Teodorescu E, Dumitrașcu L, Cuculescu M; Jonescu E. Life quality related to oral health of schoolchildren from Bucharest. J of Bioe, 2009 oct-dic, 7 (4): 169-178 Disponible en : <http://www.bioetica.ro/index.php/arhiva-bioetica/article/view/134>
27. Naito M, Yuasa H, Nomura Y, Nakayama T, Hamajima N, Hanada N. Oral health status and health-related quality of life: a systematic review. J Oral Sci 2006 Mar; 48 (1) 1-7. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16617194>
28. Haye Biazevic MG, Rissotto R, Crosato E, Amorim Mendes L, Amorim Mendes M. Relationship between oral health and its impact on quality of life among adolescents; Braz. oral rev. 2008 Ene-Mar, 22(1): 36-42 Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180683242008000100007&lng=en.